

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

FACULDADE DE MEDICINA

ALINE ALVES FERREIRA

**A RELAÇÃO ENTRE ESTILOS PARENTAIS E DESENVOLVIMENTO
AUDITIVO EM CRIANÇAS USUÁRIAS DE IMPLANTE COCLEAR**

Belo Horizonte
2021

Aline Alves Ferreira

**A RELAÇÃO ENTRE ESTILOS PARENTAIS E DESENVOLVIMENTO
AUDITIVO EM CRIANÇAS USUÁRIAS DE IMPLANTE COCLEAR**

Dissertação apresentada à banca de defesa do Curso de Pós-Graduação em Ciências Fonoaudiológicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Profa Sirley Alves da Silva
Carvalho

Coorientador: Prof. Jonas Jardim de Paula

Belo Horizonte
2021

F383r Ferreira, Aline Alves.
A relação entre estilos parentais e desenvolvimento auditivo em crianças usuárias de implante coclear [manuscrito]. / Aline Alves Ferreira. - - Belo Horizonte: 2021.
90 f.: il.
Orientador (a): Sirley Alves da Silva Carvalho.
Área de concentração: Ciências Fonoaudiológicas.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Psicologia da Criança. 2. Pais. 3. Criança. 4. Perda Auditiva. 5. Desenvolvimento Infantil. 6. Implante Coclear. 7. Fonoaudiologia. 8. Desenvolvimento Infantil. 9. Dissertação Acadêmica. I. Carvalho, Sirley Alves da Silva. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: WV 274



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
COLEGIADO DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FONOAUDIOLÓGICAS

FOLHA DE APROVAÇÃO

"RELAÇÃO ENTRE ESTILOS PARENTAIS E DESENVOLVIMENTO AUDITIVO EM CRIANÇAS USUÁRIAS DE IMPLANTE COCLEAR"

ALINE ALVES FERREIRA

Dissertação de Mestrado defendida e aprovada, no dia **VINTE E SEIS DE MARÇO DE DOIS MIL E VINTE E UM**, pela Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação Ciências Fonoaudiológicas da Universidade Federal de Minas Gerais constituída pelos seguintes professores:

GUSTAVO DE VAL BARRETO
UNA

LUCIANA MACEDO DE RESENDE
UFMG

JONAS JARDIM DE PAULA
FCMMG

SIRLEY ALVES DA SILVA CARVALHO-ORIENTADOR
UFMG

Belo Horizonte, 26 de março de 2021.



Documento assinado eletronicamente por **Jonas Jardim de Paula, Usuário Externo**, em 29/03/2021, às 18:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Gustavo de Val Barreto, Usuário Externo**, em 10/04/2021, às 22:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Sirley Alves da Silva Carvalho, Coordenador(a) de curso de pós-graduação**, em 15/04/2021, às 15:29, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Luciana Macedo de Resende, Professora do Magistério Superior**, em 26/04/2021, às 10:21, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0619521** e o código CRC **32438103**.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor: Prof. Sandra Regina Goulart Almeida

Vice-Reitor: Prof. Alessandro Fernandes Moreira

Pró-Reitora de Pós-Graduação: Prof. Fabio Alves

Pró-Reitor de Pesquisa: Prof. Mario Fernando Montenegro Campos

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor da Faculdade de Medicina: Prof. Humberto José Alves

Vice-Diretor da Faculdade de Medicina: Prof. Alamanda Kfoury Pereira

Coordenador do Centro de Pós-Graduação: Prof. Tarcizo Nunes

Subcoordenador do Centro de Pós-Graduação: Prof. Eli Iola Gurgel

Chefe do Departamento de Fonoaudiologia: Profa Leticia Caldas Teixeira

PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FONOAUDIOLÓGICAS

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Ciências Fonoaudiológicas:

Profa. Sirley Alves da Silva Carvalho

Subcoordenadora do Programa de Pós-Graduação em Ciências

Fonoaudiológicas:

Profa. Luciana Macedo de Resende

COLEGIADO

Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Ciências Fonoaudiológicas:

Sirley Alves da Silva Carvalho- Titular

Denise Utsch Gonçalves- Suplente

Ana Cristina Cortes Gama- Titular

Letícia Caldas Teixeira- Suplente

Stela Maris Aguiar Lemos- Titular

Adriane Mesquita de Medeiros- Suplente

Luciana Macedo de Resende- Titular
Renata Maria Moreira Moraes Furlan- Suplente

Amélia Augusta de Lima Friche- Titular
Patrícia Cotta Mancini- Suplente

Alice Braga de Deus– Discente titular
Maísa Alves Teixeira – Discente suplente

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar o meu agradecimento às pessoas que foram essenciais para a concretização desse sonho.

A **Deus**, por ter me dado a dádiva da vida e me permitir ter forças para errar, aprender e crescer ao longo dessa jornada. Obrigada por me fazer deparar com o sonho do mestrado e ter colocado pessoas boas ao longo da caminhada.

À **Prof. Sirley Alves**, por aceitar embarcar na aventura de escrever um mestrado interdisciplinar comigo! Obrigada pela orientação, disponibilidade, competência, profissionalismo e dedicação tão importantes para o desenvolvimento desse projeto. Tantas foram as vezes em que eu chegava angustiada, ansiosa e cheia de dúvidas para a reunião, e com muita calma e empatia a professora buscava me incentivar na busca desse sonho. Seu apoio foi essencial para o sucesso do trabalho!

Ao **Prof. Jonas**, que me acolheu durante o curso de graduação em psicologia e me mostrou os encantos da área acadêmica. Obrigada por sua grandiosa contribuição para o desenvolvimento do projeto.

Aos membros da banca examinadora, **Prof^a Luciana Macedo de Resende** e **Prof. Gustavo Barreto**, que tão gentilmente aceitaram participar e colaborar com esta dissertação. À **Dra. Ludimila Labanca**, membro suplente, agradeço ainda pelas orientações, palavras de motivação e apoio ao longo do mestrado.

Aos meus pais, **Dalton** e **Cláudia**, por todas as lições de amor, companheirismo, amizade, motivação, compreensão e maturidade, mesmo que forçadamente, que vocês me dão a cada novo dia. E ao meu amado irmão, **Pedro**, por toda a alegria e trocas nessa vida.

Ao meu querido namorado, **Hugo**, por todo o carinho, paciência e apoio nos momentos difíceis que surgiram neste final de percurso. Obrigada por permanecer ao meu lado, entender minha ausência e dificuldade de lidar com dias difíceis. Você foi motivação para a conclusão desta caminhada e é importante na minha vida. Agradeço também aos seus pais, **Eliane** e **Geraldo**, que me acolheram tão bem em sua casa!

À família que me acompanha desde a infância e me recebeu de braços abertos nos momentos de necessidade e medo. **Ana Luiza** e **Tereza**, vocês me ajudaram a conquistar esse sonho, são pessoas maravilhosas e quero levá-las para sempre em meu coração.

Ao **CEMEAR (Centro Mineiro de Reabilitação Auditiva)**, todo o corpo clínico e administrativo, em especial à Coordenadora Geral **Márcia Izabel** e Coordenadora Clínica **Ludmila Lobo**, por me receberem tão bem e colocarem a instituição à disposição para realização desta pesquisa.

A **todos os participantes da pesquisa**, que humildemente disponibilizaram o seu tempo para contribuir na busca do nosso principal propósito: fornecer o bem estar dos seus pequenos.

Aos amigos que conheci durante o mestrado, em especial **Josiana, Erika, Alice, Amanda, Lurdiana, Maisa, Elisa, Cláudia** e **Ualisson** pela amizade, trabalhos e disciplinas realizadas em conjunto. Contar com o apoio de vocês foi essencial para que a minha dissertação se tornasse realidade!

À toda a **equipe de administração e coordenação do Programa de Pós Graduação em Ciências Fonoaudiológicas da UFMG**. Obrigada pela paciência, disponibilidade e esforço em proporcionar a experiência única que é estudar na Universidade Federal de Minas Gerais!

Aos amigos que carregou ao longo da vida e contribuíram através de demonstrações de carinho, preocupação, reconhecimento e motivação durante a trajetória do mestrado. Em especial às amigas **Christianne, Júlia, Izabella, Gisele, Carolina, Giulliana** e **Joanna**.

À **Thais Dell'oro**, pelas conversas de orientação e incentivo para adentrar no mestrado. Agradeço também por toda a disponibilidade para contribuir com o desenvolvimento da minha pesquisa. Ao **Lucas** e **Bruno**, alunos do curso de psicologia, que se disponibilizaram a contribuir tão prontamente com o projeto.

Obrigada!

RESUMO

INTRODUÇÃO: A interação que os cuidadores primários exercem com uma criança influencia positivamente ou negativamente na aquisição de suas habilidades cotidianas e relacionamentos interpessoais. Essa interação pode ser analisada em várias perspectivas, entre elas, pela teoria desenvolvida por Baurim sobre os estilos parentais, isto é, o conjunto de práticas educativas que os pais adotam na criação de seus filhos. Quando se trata de crianças com alguma deficiência, muitas vezes há necessidade de se trabalhar estratégias de interação com o cuidador. No caso da deficiência auditiva podem surgir dificuldades em relação à criação e desenvolvimento da criança, visto o prejuízo no desenvolvimento de linguagem e comunicação intrafamiliar desta com os responsáveis. **OBJETIVO:** Estudar a relação entre os estilos parentais e as habilidades auditivas de crianças usuárias de implante coclear. **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo observacional e analítico. Os participantes são pais e/ou responsáveis por crianças entre 3 a 7 anos, divididos em dois grupos, o grupo clínico, composto por 50 responsáveis de crianças usuárias de implante coclear, acompanhadas no Hospital São Geraldo/ HC-MG e no Centro Mineiro de Reabilitação Auditiva (CEMEAR). O grupo controle foi composto por 28 pais ou responsáveis de crianças sem queixas auditivas. No grupo clínico foram realizados os seguintes procedimentos: anamnese clínica, Questionário de Estilos e Dimensões Parentais (QEDP), Escala de Integração Auditiva para Crianças Pequenas – em responsáveis por crianças nas idades de 3 e 4 anos – e a Escala de Integração Auditiva – com responsáveis por crianças entre 5 e 7 anos. Foram realizados dois procedimentos com o grupo controle: anamnese clínica e QEDP. Na análise dos dados as variáveis contínuas foram calculadas a média, desvio padrão, e as variáveis categóricas por meio da frequência. Para comparar os grupos clínico e controle foi utilizado o teste de *Mann Whitney*. O coeficiente de *Spearman* foi utilizado para avaliar relação entre estilos parentais e habilidades auditivas no grupo clínico. Foi realizado teste de *Kruskal-Wallis* para verificar associação entre estilos e dimensões do QDEP e os grupos avaliados. As análises foram realizadas nos softwares JASP 0.8 e SPSS 23. **RESULTADOS:** Os grupos clínico e controle não apresentam diferenças

significativas em relação aos estilos parentais ($p < 0,05$). As habilidades auditivas desenvolvidas no grupo clínico apresentam associação significativa com o estilo parental democrático. Foi encontrada relevância estatística para o estilo autoritário e dimensão punição, com maior pontuação para o grupo de crianças com desenvolvimento auditivo alterado. CONCLUSÃO: A prática de estilo parental autoritário com dimensões punitivas e coerção física estão relacionados ao desenvolvimento auditivo alterado e a dimensão parental regulação apresenta correlação significativa com o desenvolvimento das habilidades auditivas das crianças usuárias de implante coclear. Esse desfecho sugere que estratégias psicoterapêuticas devem ser propostas a fim de acolher os pais e responsáveis por pessoas com deficiência auditiva e estimular a frequência de estilos parentais adaptativos ao desenvolvimento auditivo das crianças.

Descritores: Psicologia da Criança; Pais; Criança; Perda Auditiva; Implante Coclear; Fonoaudiologia; Desenvolvimento Infantil.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The interaction that primary caregivers have with a child positively or negatively influences the acquisition of their daily skills and interpersonal relationships. This interaction can be analyzed from various perspectives, including the theory developed by Baurim on parenting styles, that is, the set of educational practices that parents adopt in raising their children. When it comes to children with a disability, it is often necessary to work on interaction strategies with the caregiver. In the case of hearing loss, difficulties may arise in relation to the child's upbringing and development, given the loss in language development and intra-family communication between the child and guardians.

PURPOSE: To study the relationship between parenting styles and auditory skills in children using cochlear implants.

METHODS: This is a quantitative, observational and analytical study. Participants are parents and/or guardians of children between 3 and 7 years old, divided into two groups, the clinical group, consisting of 50 guardians of children using cochlear implants, monitored at Hospital São Geraldo/HC-MG and at Centro Mineiro de Auditory Rehabilitation (CEMEAR). The control group consisted of 28 parents or guardians of children without hearing complaints. In the clinical group, the following procedures were performed: clinical anamnesis, Parental Styles and Dimensions Questionnaire (QEDP), Auditory Integration Scale for Young Children - in guardians of children aged 3 and 4 years - and the Auditory Integration Scale - with responsible for children between 5 and 7 years old. Two procedures were performed with the control group: clinical anamnesis and QEDP. In data analysis, continuous variables were calculated as mean, standard deviation, and categorical variables through frequency. To compare the clinical and control groups, the Mann Whitney test was used. Spearman's coefficient was used to assess the relationship between parenting styles and listening skills in the clinical group. The Kruskal-Wallis test was performed to verify the association between styles and dimensions of the QDEP and the evaluated groups. Analyzes were performed using JASP 0.8 and SPSS 23.

RESULTS: The clinical and control groups did not show significant differences regarding parenting styles ($p < 0.05$). The auditory skills developed in the clinical group are significantly associated with the democratic parenting style. Statistical relevance was found

for the authoritarian style and punishment dimension, with higher scores for the group of children with altered auditory development. CONCLUSION: The practice of an authoritarian parenting style with punitive dimensions and physical coercion are related to altered auditory development, and the regulation parenting dimension presents a significant correlation with the development of auditory skills in children using cochlear implants. This outcome suggests that psychotherapeutic strategies should be proposed in order to welcome parents and guardians of people with hearing impairment and encourage the frequency of adaptive parenting styles to children's auditory development.

Descriptors: Child Psychology; Country; Kid; Hearing Loss; Cochlear implant; Speech Therapy; Child development.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Esquema representativo do modelo de estilos parentais

Figura 2 - Implante Coclear

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Descrição dos participantes do grupo clínico e controle

Tabela 2 - Análise descritiva das variáveis contínuas do grupo clínico – idade da criança e idade do responsável

Tabela 3: Associação Entre Estilos e Dimensões Parentais (QEDP) com Grupos avaliados: clínico com resultados normais, clínico com resultados alterados e controle

Tabela 4: Correlação de Spearman entre QEDP e IT MAIS/MAIS do grupo clínico

Tabela 5: Distribuição dos Resultados de Correlação no grupo de crianças usuárias de Implante Coclear com desenvolvimento auditivo normal e alterado

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Análise de Correlação entre IT-MAIS/MAIS e tempo de implante

Gráfico 2- Matriz de correlação entre IT MAIS/MAIS e Estilo Parental Democrático

Gráfico 3- Matriz de correlação entre IT MAIS/MAIS e Estilo Parental Autoritário

Gráfico 4- Matriz de correlação entre IT MAIS/MAIS e Estilo Parental Permissivo

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AASI - Aparelho de Amplificação Sonora Individual
CEMEAR - Centro Mineiro de Reabilitação Auditiva
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
HC/UFMG - Hospital das Clínicas da UFMG
IEP - Inventário de Estilos Parentais
IT MAIS - Escala de Integração Auditiva Significativa para Crianças Pequenas
QEDP - Questionário de Estilos e Dimensões Parentais
LIBRAS - Língua Brasileira de Sinais
MAIS - Escala de Integração Auditiva Significativa
OE - Orelha Esquerda
OD - Orelha Direita
PAQ - Questionário de autoridade parental
QFC - Questionário de Falhas Cognitivas
SNAP-IV - Escala para a Avaliação dos Sintomas Centrais ao Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e do Transtorno de Oposição Desafiante (TOD)
TAN - Triagem Auditiva Neonatal
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH - Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade
TEA – Transtorno do Espectro Autista
TOD – Transtorno Opositor-Desafiador
UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais
YPI - Young Parenting Inventory

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	19
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21
REFERENCIAL TEÓRICO	23
Estilos Parentais	23
Desenvolvimento Da Linguagem X Deficiência Auditiva	26
Deficiência Auditiva E Os Impactos No Desenvolvimento Da Linguagem	28
Intervenção Oralista	29
Intervenção Bilíngue	29
Intervenção por meio da Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) .	29
Família De Pessoas Com Deficiência	32
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
OBJETIVOS	40
Objetivo Geral	40
Objetivos específicos	40
HIPÓTESE	40
MÉTODOS	41
Delineamento Do Estudo	41
Amostra	42
Procedimentos	42
Grupo Clínico	42
Anamnese	42
Versão Brasileira Do QEDP	43
A escala de integração auditiva para crianças pequenas (até 4 anos) IT-MAIS e a Escala de Integração Auditiva (para crianças a partir de 5 anos) MAIS	43
Grupo Controle	44
Anamnese Clínica	44
QEDP	44
Crítérios De Inclusão E Exclusão	45
Análise De Dados	45
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46

RESULTADOS	47
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
DISCUSSÃO	53
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
ANEXOS	61
ANEXO 1- Declaração De Anuência Do Centro Mineiro De Reabilitação Auditiva (CEMEAR)	61
ANEXO 2 - Parecer Do Comitê De Ética Em Pesquisa Da UFMG (CEP-UFMG)	62
ANEXO 3 - Parecer Do Comitê De Ética Em Pesquisa Da UFMG Sob Mudança De Metodologia De Coleta Por Contexto De Pandemia Mundial Pelo COVID-19 (CEP-UFMG)	63
ANEXO 4 - Questionário De Estilos E Dimensões Parentais (QEDP)	65
ANEXO 5 - Escala De Integração Auditiva Significativa Para Crianças Pequenas (IT-MAIS)	66
ANEXO 6 - Escala De Integração Auditiva Significativa (MAIS)	75
APÊNDICES	83
APÊNDICE 1 - Termo De Consentimento Livre E Esclarecido (TCLE)	83
APÊNDICE 2 -Roteiro De Anamnese Clínica.....	88
Descrição Geral Dos Participantes Do Grupo Clínico.....	90

INTRODUÇÃO

A família constitui o primeiro universo de relações sociais da criança e pode proporcionar-lhe um ambiente de crescimento e desenvolvimento. A ciência demonstra que há influência dos pais na socialização e desenvolvimento do comportamento infantil [1]. A comunicação intrafamiliar possui papel fundamental nas relações estabelecidas com a criança e por isso deve ser constantemente estimulada, de modo a construir uma troca efetiva entre os membros da família dos responsáveis com os seus filhos [2]. O conjunto de atitudes e práticas relacionadas à criação dos filhos são nomeados estilos parentais.

Ao longo do avanço científico na área do estudo dos estilos parentais, foram propostos três modelos principais para agrupamento dos pais em relação aos estilos parentais que estabelecem com os filhos - pais autoritários, permissivos e democráticos - caracterizados pela relação de afeto e controle que os responsáveis possuem com seus filhos [3].

A análise dos estilos parentais pode contribuir para nortear o acompanhamento do desenvolvimento infantil, sobretudo em populações com comprometimento/alteração em seu desenvolvimento.

Famílias que possuem crianças com deficiência podem apresentar dificuldade em sua criação. No caso da deficiência auditiva, a comunicação intrafamiliar se torna aspecto desafiador para os pais devido maior predisposição dessas crianças em desenvolver de comportamentos de rebeldia, desinteresse e irritação [4]. As demandas emocionais desenvolvem-se devido as dificuldades na relação intrafamiliar com a criança que possui deficiência auditiva, dado o impacto que o diagnóstico causa na comunicação - verbal e não verbal - da família [5].

A deficiência auditiva é considerada devastadora no âmbito da comunicação, uma vez que o indivíduo apresenta déficit em um dos cinco principais sentidos para percepção do meio que pertence. A perda auditiva acarreta comprometimentos no âmbito do desenvolvimento social, devido sua interferência direta na comunicação interpessoal, impactos educacionais e profissionais [6]. A depender do grau e tipo de perda auditiva, o implante coclear é o recurso tecnológico indicado para habilitação e reabilitação auditiva [7].

O dispositivo de implante coclear tem se mostrado altamente eficiente para o desenvolvimento da linguagem oral de crianças com deficiência auditiva com perda pré-lingual. Entretanto, existem variáveis que influenciam o desenvolvimento auditivo infantil, como o tempo de privação sensorial auditiva, o tempo de uso do implante coclear, o grau de permeabilidade da família no processo terapêutico, o tipo de implante coclear e a estratégia de codificação da fala utilizada [8].

Visto que a criança com deficiência auditiva apresenta dificuldades na linguagem oral, a comunicação intrafamiliar se torna aspecto desafiador para os pais, podendo aparecer sentimentos negativos como nervosismo, desistência, frustração, insegurança e persistência ao longo da criação da criança que possui o diagnóstico de perda auditiva. Aumentando o potencial conflito familiar, crianças com comprometimento auditivo possuem maior predisposição para desenvolvimento de comportamentos de rebeldia, desinteresse e irritação [4]. Dada a importância da comunicação - verbal e não verbal - da família no desenvolvimento de suas crianças, entende-se que a perda auditiva parcial ou total pode gerar dificuldades na relação intrafamiliar durante o período de desenvolvimento infantil [5].

Sabe-se que os pais podem desempenhar um papel fundamental na promoção da autonomia e participação dos filhos nas atividades da vida diária e trajetória educacional [9], porém não se pode afirmar as dimensões e influências das práticas parentais em pais de crianças com deficiência auditiva que são usuárias de implante coclear. A investigação dos estilos parentais do grupo em questão poderá contribuir para a compreensão acerca das influências no decorrer do

tratamento fonoaudiológico e interdisciplinar, indicando possíveis interferências no desenvolvimento de habilidades auditivas das crianças.

Diante do exposto, o presente trabalho possui como objetivo estudar a relação entre os estilos parentais e as habilidades auditivas em crianças usuárias de implante coclear e comparar os estilos parentais de responsáveis por crianças com perda auditiva e crianças sem queixas. Espera-se encontrar associação de estilos parentais democráticos com o desenvolvimento de habilidades auditivas do grupo clínico e desenvolvimento de estilos parentais desadaptativos em maior frequência do grupo clínico quando comparados ao estilo democrático.

Esta dissertação foi elaborada no formato convencional, conforme Resolução Resolução 10/2020 de 04 de junho de 2020 e é constituída por: introdução, referencial teórico, objetivos, métodos, resultados, discussão e considerações finais.

Referências Bibliográficas

- 1 - Hughes SO, Papaioannou AM. Maternal Predictors of Child Dietary Behaviors and Weight Status. *Maternal and Childhood Nutrition* (AC Wood, Section Editor). 2018; 7.
- 2- Silva NLP, Dessen MA. Deficiência mental e família: implicações para o desenvolvimento da criança. *Psicologia: teoria e pesquisa*. 2001; 17.
- 3- Miguel I, Valentim JP; Carugati F. Questionário de Estilos e Dimensões Parentais–Versão Reduzida: Adaptação portuguesa do Parenting Styles and Dimensions Questionnaire–Short Form. 2009.
- 4 – Vieira SDS, Belivacqua MC, Ferreira MLA, et al. Descoberta da deficiência auditiva pela família: vendo o futuro idealizado desmoronar. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25.

5 - Yamanaka DAR, De Paiva e Silva RB, Zanolli ML, et al. Implante coclear em crianças: a visão dos pais. *Psicologia: teoria e prática*. 2010, 26.

6 - Cruz MS, Oliveira LR, Carandina L, et al. Prevalência de deficiência auditiva referida e causas atribuídas: um estudo de base populacional. *Cadernos de Saúde Pública*. 2009, 26.

7 - Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade. Diretrizes Gerais para a Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva no Sistema Único De Saúde - SUS/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade. – Brasília: Ministério da Saúde. 2014.

8 – Moret AML, Belivacqua MC, Costa AO. Implante coclear: audição e linguagem em crianças deficientes auditivas pré-linguais. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*. 2007; 19.

9 - Pereira A, Moreira T, Lopes S, et al. “My Child has Cerebral Palsy”: Parental Involvement and Children’s School Engagement. *Frontiers in psychology*. 2016; 7.

REFERENCIAL TEÓRICO

1- Estilos Parentais

A família é caracterizada como fator primordial para sobrevivência e desenvolvimento das crianças em seus primeiros anos de vida. A forma com que a comunicação é gerada nesse núcleo inicial é fundamental para direcionar a constituição do sujeito. Pesquisas que contemplam a identificação e caracterização dos estilos parentais nasceram com o objetivo de aprofundar nas relações intrafamiliares e contribuir com o crescimento infantil.

Baumrind (1966) foi a responsável por nomear os estilos parentais de acordo com os reflexos dos valores que os pais consideram importantes e que tentam transmitir aos filhos através das suas práticas educativas [1]. A autora classificou as práticas parentais de acordo com os estilos adotados pelos pais em três subtipos - democrático, autoritário e permissivo - de acordo com a relação de afeto e controle, sendo o controle caracterizado pela habilidade de impor regras para a criança e conseguir manejar o seu comportamento de acordo com o que os pais esperam. Já o afeto refere-se à capacidade de dar suporte à criança e de acolhê-la quanto às suas necessidades. A figura 1 ilustra a relação de afeto e controle em cada estilo parental desenvolvido por Baumrind [2] [3].

Figura 1 – Esquema representativo do modelo de estilos parentais



Fonte: OLIVEIRA, (2017)

[3]

Os pais democráticos são caracterizados por altos índices de afeto e controle. Sendo assim, estes direcionam as atividades de suas crianças de maneira racional e orientada; incentivam o diálogo, compartilham com a criança o raciocínio por detrás da forma como eles agem, solicitam suas objeções quando ela se recusa a concordar; exercem firme controle nos pontos de divergência, colocando sua perspectiva de adulto, sem restringir a criança, reconhecendo que esta possui interesses próprios e maneiras particulares; não baseiam suas decisões em consensos ou no desejo da criança [4].

Os pais autoritários utilizam as práticas parentais através da grande intensidade de controle e pouco afeto. Este grupo modela, controla e avalia o comportamento da criança de acordo com regras de conduta estabelecidas e normalmente absolutas, estima a obediência como uma virtude e são a favor de medidas punitivas para lidar com aspectos da criança que entram em conflito com o que eles pensam ser certo [2]. O terceiro grupo estudado - pais permissivos - apresenta comportamentos altamente afetivos com os filhos, porém com pouco controle. Esses pais tendem a se comportar de maneira não-punitiva e receptiva diante dos desejos e ações da criança; apresentam-se para ela como um recurso para realização de seus desejos e não como um modelo, nem como um agente responsável por moldar ou direcionar seu comportamento [2]. Há também a prática parental desmembrada do estilo parental permissivo, baseada em pais com baixo grau de controle e afeto para com os filhos, nomeado estilo parental negligente.

O QEDP é um instrumento de avaliação psicométrico eficaz e confiável para avaliar a educação infantil. As suas estratégias avaliativas são embasadas no modelo de estilos parentais de Baumrind e o questionário é associado a diversos instrumentos de mensuração sociodemográfica e variáveis de problemas comportamentais e emocionais [5]. Além do QEDP, outro instrumento que busca avaliar a prática de estilos parentais é o IEP (Inventário de Estilos Parentais) criado para avaliar técnicas e estratégias usadas pelos pais para criar seus filhos. Através de estudos utilizando o IEP, foi constatado que mães de crianças típicas possuem relações parentais mais democráticas em relação a mães de crianças com TDAH, sendo essas mais autoritárias e permissivas [5] [6]. Outra ferramenta utilizada é o Young Parenting Inventory (YPI). Caracterizado como um dos

principais meios de identificar as origens dos esquemas na infância, o YIP é um questionário no qual os entrevistados avaliam suas mães e pais separadamente em uma variedade de comportamentos que poderiam ter contribuído para o desenvolvimento dos esquemas. Constatou-se nesse estudo que a utilização de estilos parentais não saudáveis está relacionada a suscetibilidade de crianças a transtornos psicopatológicos [7]. O Questionário de autoridade parental (PAQ) é um instrumento de avaliação amplamente usado com base nos protótipos de Baumrind para avaliar a percepção dos adolescentes dos estilos parentais utilizados por seus pais. O estudo que utilizou o PAQ como metodologia avaliativa constatou que o estilo parental autoritário demonstra uma tendência no desenvolvimento de baixa autoconfiança e autoestima em comparação aos filhos de pais democráticos [8].

Lamborn e Mounts, *et al* (1991) constataram em sua revisão de literatura que práticas parentais democráticas são constantemente assimiladas com resultados positivos no ambiente acadêmico, socioemocional e de saúde do filho [9] [10] [11] [12] [13]. Em sua pesquisa, Lamborn e Mounts, *et al* abordaram dez mil alunos do ensino médio em Wisconsin e na Califórnia, na busca por examinar padrões de competência e ajuste entre adolescentes de acordo com a teoria de estilos parentais proposta por Baumrind. Lamborn e Mounts, *et al* evidenciaram que adolescentes que vêm de casas compostas por responsáveis democráticos são mais bem ajustados e competentes em áreas de realização e com tendência ao aumento de autoconfiança [13]. Estudos também apontam que a parentalidade democrática promove relações de vinculação infantil seguras, sendo encontradas associações positivas entre o estilo democrático e uma vinculação segura à mãe em relação ao filho [14]. Em contrapartida, adolescentes que caracterizaram seus pais no estilo permissivo apresentam comprometimento negativo nas áreas de competência, autopercepção, mau comportamento ou sofrimento psicológico. Filhos de pais autoritários constataram possuir uma tendência menor à realização na área escolar e menos propensão ao envolvimento em atividades desviantes, entretanto, esses jovens possuem comprometimento em aspectos relacionados à autoconfiança, em autossuficiência e autopercepção sobre habilidades sociais e acadêmicas [13].

Os responsáveis negligentes são caracterizados pela permissividade e indiferença [15], devido ao fato de utilizarem pouca - ou nenhuma - relação de afeto e controle com os filhos. Adolescentes que crescem em ambientes negligentes apresentam maior comprometimento no âmbito acadêmico, uma vez que a pesquisa de Lambourn e Monts, et al (1991) evidenciaram uma maior taxa dessa amostra relacionada à frequência de desligamento da escola. Além disso, foi constatado que esses jovens possuem maior possibilidade de envolvimento em comportamentos desviantes, incluindo drogas e uso de álcool e má conduta escolar [13]. A prática parental negligente não será analisada na pesquisa, devido à impossibilidade de sua verificação através do questionário proposto - Questionário de Estilos e Dimensões Parentais.

A qualidade da estrutura familiar da criança está associada ao resultado acadêmico e estratégias de enfrentamento [16]. A utilização de estilos parentais não saudáveis está ligada a suscetibilidade de crianças a transtornos psicopatológicos [17]. Crianças filhas de pais permissivos possuem maior chance de envolvimento em abuso de drogas, ansiedade, depressão, transtorno de conduta e comportamentos antissociais. Já os filhos de pais autoritários tendem a possuir baixa autoconfiança e autoestima em comparação aos filhos de pais democráticos [16]. O estudo na busca por entender a conduta parental de responsáveis pelas crianças usuárias de implante coclear é importante para entender a dinâmica familiar, prever futuros comportamentos e contribuir com o crescimento infantil das crianças.

2- Desenvolvimento da Linguagem x Deficiência Auditiva

As experiências auditivas propiciam o desenvolvimento das habilidades auditivas, seguindo as etapas de detectar, discriminar, reconhecer, compreender e memorizar o estímulo auditivo [18] [19]. Scaraleno (2005) [19] descreve e sintetiza as habilidades auditivas de modo a identificar o processo de desenvolvimento auditivo. A detecção caracteriza-se pela habilidade de percepção em momentos de presença e ausência do som. A discriminação é definida como as respostas diferenciais apresentadas diante de características

específicas do estímulo sonoro. O reconhecimento é descrito como a habilidade de identificação do som e da fonte sonora, possibilitando ao indivíduo classificar ou nomear o que ouviu. A compreensão indica as relações entre o estímulo sonoro produzido, outros eventos do ambiente e o próprio comportamento. Por fim, a memória se encontra nas relações de controle do comportamento de um organismo, através dos estímulos sonoros que não estão presentes [19].

O desenvolvimento infantil é um processo determinado por fatores biológicos, ambientais e socioeconômicos [19]. Os três primeiros anos de vida são fundamentais para o desenvolvimento nas áreas motora, cognitiva e social da criança, conseqüentemente para o desenvolvimento global, assim como para o processo de aquisição e desenvolvimento da fala e da linguagem [20].

Crianças que possuem o sistema auditivo sem defasagens apresentam maiores chances em desenvolver a linguagem oral com facilidade porque a audição permite compreender a linguagem oral e facilita o desenvolvimento de conceitos e expressão através da fala [19]. Falhas na capacidade auditiva contribuem com a susceptibilidade de defasagens significativas na linguagem e no processo educacional, podendo impactar na interpretação de informação e desencadear em problemas de aprendizagem escolar [19] [20]. A estimulação auditiva constante contribui com o desenvolvimento lexical, fonológico e metalinguístico da pessoa que possui deficiência auditiva [21].

Scarabello (2020) aborda, em seu estudo de avaliação da linguagem na população infantil com perda auditiva pré-lingual, que as crianças precisam do processo receptivo antes de serem capazes de se expressar, isto é, está previsto, no típico desenvolvimento da linguagem, que as habilidades de compreensão precedem as habilidades de expressão [22]. Desse modo, crianças com qualquer tipo e grau de perda auditiva podem apresentar alterações no seu desenvolvimento de linguagem e produção de fala. O avanço na severidade do grau de perda auditiva está proporcionalmente ligado as alterações em sua produção oral [23].

3- Deficiência Auditiva e os impactos no desenvolvimento da linguagem

A deficiência auditiva é caracterizada por qualquer alteração produzida no órgão da audição, na via auditiva ou em ambos [24]. A surdez, como também pode ser nomeada, pode ser classificada quanto ao tipo em:

1- condutiva: déficit em relação à condução do som na via condutiva

2- neurossensorial: relacionada à deficiência na cóclea do indivíduo. As perdas auditivas neurais também são divididas dentro desse grupo.

3- mista: se refere ao conjunto das alterações anteriores (neurossensorial e condutiva) [24] -

Há um grande arcabouço de possíveis causas para a deficiência auditiva, que são divididas em hereditárias e adquiridas. Estima-se que a prevalência de indivíduos com diagnóstico de deficiência auditiva compreenda 5,3% da população mundial. Desta cota, 8,9% são crianças menores de 10 anos. A estatística internacional é proporcional à realidade da deficiência auditiva compreendida em território brasileiro, uma vez que 5,10% da população brasileira possui alguma perda auditiva e 10,3% destas são crianças ou jovens até 19 anos [25].

O grau da perda auditiva é classificado a partir do limiar de audibilidade, medido em Decibéis (dB), sendo classificadas em perda leve, moderada, severa e profunda [24].

De acordo com cada peculiaridade do indivíduo e desejo da família sob o desenvolvimento auditivo da criança, são incentivados diferentes abordagens de intervenção e proposta de linguagem, que são:

1- Intervenção Oralista: caracterizada pela busca do desenvolvimento ou devolução da capacidade de percepção auditiva ao indivíduo portador de deficiência auditiva com auxílio de dispositivos que possam amplificar o som. O processo de reabilitação auditiva é realizado objetivando facilitar a adaptação do usuário ao aparelho de amplificação sonora utilizado desenvolver a

comunicação oral do paciente, caracterizando-se por treino enfático das habilidades auditivas deste [24,19].

2- Intervenção Bilíngue: A educação bilíngue começou a ser discutida no Brasil a partir da década de 1990 [26], sendo o bilinguismo caracterizado como o entendimento significativo em duas línguas, mostrando capacidade de uso em pelo menos uma das esferas de funcionamento linguístico – podendo o sujeito ler, escrever, falar ou compreender [27]. O bilinguismo possui como principal enfoque valorizar a linguagem de sinais e possibilitar à pessoa com deficiência auditiva o direito de escolha do sujeito entre duas línguas [26].

3- Intervenção por meio da Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS): A Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) é a modalidade do uso de linguagem de sinais utilizada nos centros urbanos do Brasil. Considera-se que a pessoa surda possui direito à uma língua que seja de fato construída para o seu diferencial, possibilitando futuramente o impulso pedagógico para o desenvolvimento linguístico do cidadão. Uzan, Oliveira e Leon (2008) argumentam, em seu estudo científico de revisão de literatura, que a língua de sinais oferece para as pessoas surdas o mesmo conteúdo e funções necessárias para mediação das experiências de aprendizagem, necessitando o desenvolvimento dos direitos dos surdos ao acesso a uma educação compatível com sua condição [28].

O direcionamento da melhor intervenção - oralista, bilíngue ou LIBRAS - necessita de análise dos aspectos singulares, familiares e culturais do sujeito, devendo ser realizado em sua construção por profissionais de rede interdisciplinar e cientes dos aspectos positivos e negativos de cada abordagem intervencionista. Um estudo realizado em 2017 com três grupos de crianças usuárias de implante coclear expostas e não expostas a linguagem de sinais foram comparados em seu progresso até o ensino fundamental [29].

Os resultados do estudo mostraram que não há vantagem duradoura em usar sinais antes e imediatamente após o procedimento cirúrgico de implante coclear. Crianças implantadas que não foram expostas a língua de sinais pontuaram significativamente melhor em leitura no final do ensino fundamental em comparação com crianças cujas famílias forneceram exposição precoce à língua

de sinais, sendo essas mais propensas a apresentar atraso na linguagem e leitura no final do ensino fundamental do que crianças sem exposição a sinais. Por outro lado, o autor também afirma que o uso da língua de sinais possibilita a criança surda de viajar por várias situações sociais e comunidades sem dificuldade, não se limitando a se comunicar apenas com a família e amigos [29].

Nos casos do diagnóstico de perdas severas e profundas, como descrito no estudo acima, há possibilidade da indicação de implante coclear (IC). O IC é composto por duas partes: a) parte interna, caracterizada pela inserção de eletrodos para a criação de um “campo elétrico” no interior da cóclea, com a finalidade de estimular as fibras acústicas por meio de impulsos elétricos; b) parte externa: composta por um processador de fala e uma bobina eletromagnética [26]. O implante coclear é uma estratégia que objetiva diminuir o impacto da perda auditiva e contribuir com a qualidade de vida das crianças e família [18].

O implante coclear - Figura 2 - busca promover funções de detecção, discriminação, reconhecimento e emissão de sinais acústicos à pessoa com deficiência auditiva. No item número 1 observa-se o processador, que possui a função de captar os sons do ambiente externo, transformar o sinal sonoro em diferentes frequências e enviar esses sinais para o processador interno (2), que fica visível sob a pele. O número 3 localiza-se na cóclea e é composto por feixes de eletrodos, que converte os sinais digitais do processador em energia elétrica e estimulam os neurônios intracocleares. O número 4 representa o nervo coclear, responsável por enviar os estímulos elétricos ao tronco cerebral e deste para o córtex auditivo primário [30].

Figura 2 - Implante Coclear



Fontes: DE CASTRO, (2020)

OLIVEIRA, (2005)

[30] [31]

O procedimento de implante coclear é considerado um dos principais e mais importantes recursos desenvolvidos para reabilitação auditiva nas últimas décadas, dado o potencial tecnológico que oferece [32]. A realização da cirurgia de implante coclear apresenta peculiaridades que devem ser consideradas no momento de avaliar possibilidades de implantação [33]. Entre os critérios de avaliação está a investigação do processo evolutivo socioemocional da criança e relação intrafamiliar, na busca por perceber se esse recurso tecnológico atenderá e proporcionará desenvolvimento infantil positivo [34].

Moret, Bevilacqua e Costa (2007) observaram que os principais fatores que influenciam no desenvolvimento da audição e linguagem da criança implantada são a idade da criança na implantação, o tempo de privação sensorial auditiva, o tempo de uso do IC, o grau de permeabilidade da família no processo terapêutico, o tipo de IC e a estratégia de codificação da fala utilizada [33].

Os autores discorrem, ainda, sobre a importância de se trabalhar com a família da criança implantada, visto que a indicação do implante coclear em crianças é repleto de expectativas, necessitando que os pais sejam preparados pela equipe clínica para lidar com as possibilidades criadas ao longo do percurso pré e pós

cirúrgico. Equilibrar as expectativas dos familiares quanto aos resultados obtidos contribui com o tratamento clínico, uma vez que se torna mais tranquilo o desenvolvimento da criança e desempenho ao longo da reabilitação auditiva [33].

4- Família de Pessoas com Deficiência

A família proporciona à criança um ambiente de desenvolvimento em relação ao pensamento internalizador e externalizador [34]. Durante a gravidez é realizado planejamento para a chegada do filho, através de projeções e fantasias construídas pelos genitores. A chegada de um filho com deficiência pode causar impactos intensos, pois trata-se de uma experiência inesperada, que requer mudança de planos e expectativas por parte dos pais [36]. A partir disso, inicia-se o processo de superação e aceitação perante a criança, visando a configuração de um ambiente familiar preparado para inclusão do filho como um membro integrante da família [35].

A chegada de um filho com deficiência e a maneira como os pais lidam com o diagnóstico pode acarretar respostas sociais e familiares à tal realidade desde a proteção excessiva até a rejeição, sendo necessário ouvir e compreender os pais, de modo a conhecer sentimentos e dificuldades individuais da família ao longo do processo de desenvolvimento da criança [37]. A maneira como o diagnóstico é passado aos responsáveis, de acordo com a postura do profissional da saúde, pode ser um fator que interfere na aceitação e adaptação do familiar ao deficiente [38]. Bazon (2004) acredita que o momento de diagnóstico deve ser humanizado, devendo o profissional da saúde se preocupar com a forma mais adequada de passar a informação à família, na busca por permitir melhor aceitação do diagnóstico e a importância de seguir em terapia [39].

A nova função como pais de crianças com deficiência é um papel novo e complexo. A dificuldade da sociedade em lidar com o diferente reflete no processo de aceitação da família quanto à criança que nasce fora dos padrões de normalidade, exigindo assim redefinições de papéis e mudanças dentro do

ambiente familiar [40]. As primeiras experiências da criança são de grande importância para seu desenvolvimento porque influenciam na maneira como ela futuramente verá o mundo e aprenderá a lidar com dificuldades [41].

Pereira, *et al* (2016) abordaram em sua pesquisa um estudo evidenciando que pais de crianças com deficiência desenvolvem baixas expectativas sobre a autonomia de seus filhos e isso direciona-os a se comportarem de maneira controladora com a criança, o que reflete no desenvolvimento de grande dependência dessas crianças com seus pais [42]. Uma pesquisa que se propôs estudar o papel dos pais na promoção da autonomia e da participação infantil concluiu que adultos responsáveis por crianças com deficiências estão inseridos na dimensão parental nomeada como comportamento superprotetor, supervisão excessiva e imposição quanto à maneira como as crianças devem sentir ou pensar ou nas decisões que devem tomar [42] [43] [44].

Rodrigues e Pires (2002) buscaram construir um modelo explicativo a partir dos dados que foram fornecidos por um grupo de responsáveis de crianças com deficiência auditiva, composto por quatro mães e cinco pais [45]. Os resultados sugeriram que a principal preocupação desses pais está relacionada à comunicação que estabelecem com os filhos, estando a dificuldade comunicativa diretamente ligada à maiores probabilidades de existirem dificuldades escolares e problemas comportamentais na criança. A estratégia que os pais adquiriram para resolver esse problema é descrita no estudo como a busca pela minimização da surdez e das dificuldades comunicativas, caracterizando pela procura por próteses auditivas que permitam desenvolvimento comunicativo dos filhos. Outra constante incerteza no imaginário dos participantes da pesquisa é a preocupação com o futuro do filho está relacionada às oportunidades de emprego e às saídas profissionais possíveis para uma pessoa surda [45].

A pesquisa de Rodrigues e Pires (2002) também evidenciou a importância do apoio da família e o apoio de terceiros - como a partilha de experiências com outros pais de crianças surdas, o conhecimento de surdos adultos e o apoio de técnicos - como ajuda da tarefa de minimização da surdez e das dificuldades comunicativas da criança [45].

A relação intrafamiliar que se desenvolve entre pais e filhos não é transversal, sendo necessário analisar aspectos singulares da criança que interferem no comportamento dos pais. As teorias bidirecionais propostas por Bell (1968) indicam que fatores congênitos em crianças influenciam o comportamento dos pais durante o desenvolvimento de práticas parentais [46]. Em seu estudo sobre os efeitos dos fatores genéticos transmitidos entre gerações, Maccoby (2000) indica que crianças com diferentes predisposições genéticas reagem de maneira diferente para comportamentos dos pais, dependendo da maneira com que elas interpretam as ações de seus responsáveis [47].

Referências Bibliográficas

- 1 - Miguel I, Valentim JP; Carugati F. Questionário de Estilos e Dimensões Parentais–Versão Reduzida: Adaptação portuguesa do Parenting Styles and Dimensions Questionnaire–Short Form. 2009.
- 2- BAUMRIND D. Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. Genetic psychology monographs. 1967.
- 3- Oliveira TD. “O Questionário de Estilos Parentais e Dimensões Parentais (PDSQ): Aspectos Psicométricos e Investigação da Parentalidade no TDAH e Quanto ao Comportamento de Oposição Desafiante de Meninos e Meninas” . Universidade Federal de Minas Gerais. 2017.
- 4- Weber LND, Prado PM, Viezzer AP, Brandenburg OJ. Identificação de estilos parentais: o ponto de vista dos pais e dos filhos. Psicologia: reflexão e crítica. 2004; 17.
- 5 - Oliveira TD, Costa DS, Albuquerque MR, et al. Cross-cultural adaptation, validity, and reliability of the Parenting Styles and Dimensions Questionnaire–Short Version (PSDQ) for use in Brazil. Brazilian Journal of Psychiatry. 2018; 40.

6- Oliveira TD. "O Questionário de Estilos Parentais e Dimensões Parentais (PDSQ): Aspectos Psicométricos e Investigação da Parentalidade no TDAH e Quanto ao Comportamento de Oposição Desafiante 74 de Meninos e Meninas" Universidade Federal de Minas Gerais. 2017.

7- Nia MK, Sovani A, Forooshani GRS. Exploring correlation between perceived parenting styles, early maladaptive schemas, and depression among women with depressive symptoms in Iran and India-Role of early maladaptive schemas as mediators and moderatos. Iranian Red Crescent Medical Journal. 2014; 16.

8- Shahimi F, Heaven P, CIARROCHI J. The interrelations among the perception of parental styles and psychological well-being in adolescence: A longitudinal study. Iranian journal of public health. 2013; 42.

9 – Hughes SO, Papaionnou MA. Maternal predictors of child dietary behaviors and weight status. Current nutrition reports. 2018; 7.

10 – Maccoby EE, Martin JA. Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. Handbook of child psychology: formerly Carmichael's Manual of child psychology/Paul H. 1983.

11 - Darling N, Steinberg L. Parenting style as context: An integrative model. Psychological bulletin. 1993 ; 113.

12 - Rhee KE, Lumeng JC, Appugliesie DP, Kaciroti N, et al. Parenting styles and overweight status in first grade. Pediatrics. 2006; 117.

13- Lamborn SD, Mounts NS, Steinberg L, et al. Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. Child development. 1991; 62.

14- Cardoso J, Veríssimo M. Estilos parentais e relações de vinculação. Análise psicológica. 2013; 31.

15- Paiva FS, Ronzani TM. Estilos parentales y el consumo de drogas entre adolescentes. Psicologia em estudo. 2009; 14.

- 16 - Shahimi F, Heaven P, CIARROCHI J. The interrelations among the perception of parental styles and psychological well-being in adolescence: A longitudinal study. *Iranian journal of public health*. 2013; 42.
- 17 – Nia MK, Sovani A, Forooshani GRS. Exploring correlation between perceived parenting styles, early maladaptive schemas, and depression among women with depressive symptoms in Iran and India-Role of early maladaptive schemas as mediators and moderators. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, v. 2014; 16.
- 18- Comerlatto MPS. Habilidades auditivas e de linguagem de crianças usuárias de implante coclear: análise dos marcadores clínicos de desenvolvimento. 2016.
- 19 – Scaranello CL. Reabilitação auditiva pós implante coclear. 2005; 38.
- 20 – Oliveira AC, César CPHAR, Matos GG, et al. Habilidades auditivas, de linguagem, motoras e sociais no desenvolvimento infantil: uma proposta de triagem. *Revista CEFAC*. 2018; 20.
- 21- Penna LM, Lemos SMA, Alves CRL. O desenvolvimento lexical de crianças com deficiência auditiva e fatores associados. *CoDAS*. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. 2014.
- 22- Scarabello EM, Lamônica DAC, Morettin-Zupelari M, et al. Language evaluation in children with pre-lingual hearing loss and cochlear implant. *Brazilian journal of otorhinolaryngology*. 2020; 86.
- 23 – Frizzo RJ, Macedo GS, Escorcio R, et al. Força muscular respiratória em crianças com deficiência auditiva e a sua relação com categorias de audição e linguagem. *Distúrbios da Comunicação*. 2020; 32.
- 24- MARCHESI, A. Desenvolvimento e educação das crianças surdas. *Desenvolvimento psicológico e educação*. 2004; 2.
- 25 – Neves AJ, Verdu ACMA, Moret ALM, et al. As implicações do implante coclear para desenvolvimento das habilidades de linguagem: uma revisão da literatura. *Revista CEFAC*. 2015; 17.

- 26 – Santana AP, Guarinello AC, Bergamo A. A clínica fonoaudiológica e a aquisição do português como segunda língua para surdos. *Distúrbios da Comunicação*. 2013; 25.
- 27 - AFONSO, Carlos. Formação de professores para a educação bilingue de surdos. 2008.
- 28 – Uzan AJS, Oliveira MRT, Leon R. A importância da Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) como língua materna no contexto da escola do Ensino Fundamental. XII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VIII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação–Universidade do Vale do Paraíba. 2008.
- 29- Geers AE, Mitchell CM, Warner-Czyz, et al. Early sign language exposure and cochlear implantation benefits. *Pediatrics*. 2017; 140.
- 30- de Castro VE, Peixoto MC, Bicalho EM, et al. Recuperação da audição após implante coclear: um relato de caso. *Brazilian Journal of Health Review*. 2020; 3.
- 31- Oliveira JA. Implante Coclear. *Medicina (Ribeirao Preto. Online)*. 2005; 38.
- 32 – das Neves AJ, Verdu ACMA, Moret ALM, et al. As implicações do implante coclear para desenvolvimento das habilidades de linguagem: uma revisão da literatura. *Revista CEFAC*. 2015; 17.
- 33- Moret AML, Belivacqua MC, Costa AO. Implante coclear: audição e linguagem em crianças deficientes auditivas pré-linguais. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*. 2007; 19.
- 34- Magalhães AMM, Pérez-Ramos AM, Neme CMB, et al. Desenvolvimento socioemocional de crianças surdas com implante coclear. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*. 2007; 27.
- 35- Silva NLP, Dessen MA. Deficiência mental e família: implicações para o desenvolvimento da criança. *Psicologia: teoria e pesquisa*. 2001; 17.
- 36- JR GAF, Messa AA. Pais, filhos e deficiência: estudos sobre as relações familiares. *Psicologia: ciência e profissão*. 2007; 27.

- 37- Lopes GB, Kato LS, Corrêa PRC. Os pais das crianças com deficiência: reflexões acerca da orientação em reabilitação motora. *Psicologia: teoria e prática*. 2002; 4.
- 38- Luisada V. Sentimentos e vivências profissionais de médicos frente à comunicação do diagnóstico da deficiência do bebê aos pais no momento do nascimento. 2013.
- 39- Bazon FVM, Campanelli EA, Blascovi-Assis SM. A importância da humanização profissional no diagnóstico das deficiências. *Psicologia: teoria e prática*. 2004; 6.
- 40- Boscolo CC, dos Santos TMM. A deficiência auditiva e a família: sentimentos e expectativas de um grupo de pais de crianças com deficiência da audição. *Distúrbios da comunicação*. 2005; 17.
- 41 – Sikand M, Arshad R, Beniwal RP, et al. Perceived parental style, cognitive style, and resilience in females with dissociative disorder in India. *Indian journal of psychiatry*. 2019 ; 16.
- 42 – Pereira A, Moreira T, Lopes S, et al. “My Child has Cerebral Palsy”: Parental Involvement and Children’s School Engagement. *Frontiers in psychology*. 2016; 7.
- 43- Elad D, Barak S, Eisenstein E, et al. Discrepancies between mothers and clinicians in assessing functional capabilities and performance of children with cerebral palsy. *Research in developmental disabilities*. 2013; 34.
- 44- Blackorby J, Cameto R. Changes in school engagement and academic performance of students with disabilities. *Wave 1 Wave 2 Overview*. 2004.
- 45- Rodrigues AF, Pires A. Surdez infantil e comportamento parental. *Análise psicológica*. 2002; 20.
- 46- Bell RQ. Uma reinterpretação da direção dos efeitos nos estudos de socialização. *Psychological Review*. 1968; 75.

47 – Maccoby EE. Parenting and its effects on children: On reading and misreading behavior genetics. Annual review of psychology. 2000; 51.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Estudar a relação entre os estilos parentais e o desenvolvimento das habilidades auditivas em crianças usuárias de implante coclear.

Objetivos Específicos

- Descrever como os estilos parentais são adotados no grupo de pais ou responsáveis por crianças com deficiência auditiva.
- Estudar o perfil da população usuária de IC.
- Estudar as habilidades auditivas da população estudada.
- Verificar a relação entre o desenvolvimento auditivo dos participantes e os estilos parentais.
- Comparar os estilos parentais de pais de crianças usuárias de implante coclear e pais de crianças sem queixas auditivas.

MÉTODOS

Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, analítico, que buscou verificar a relação entre estilos parentais e desenvolvimento auditivo. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (CEP-UFMG), CAAE: 09699119.8.0000.5149. A coleta de dados foi realizada em três cenários: através de plataforma virtual, e em dois locais que atendem usuários de Implante Coclear:

a) Serviço de Atenção à Saúde Auditiva, Ambulatório de Implante Coclear, do Hospital das Clínicas da UFMG. A instituição é credenciada pelo Ministério da Saúde, que atende pacientes com surdez severa profunda que não obtiveram resposta satisfatória com aparelhos de amplificação sonora individual e que após avaliação multiprofissional tem definida a indicação de implante coclear.

b) CEMEAR (Centro Mineiro de Reabilitação Auditiva), instituição de caráter associativo e sem fins lucrativos que busca garantir o acesso aos recursos diagnósticos e terapêuticos de pacientes em (Re)habilitação auditiva. O CEMEAR conta com especialistas nas áreas de Fonoaudiologia, Psicologia, Psicopedagogia e Serviço social.

A amostra foi composta por 78 participantes sendo distribuídos em dois grupos de análise. O grupo clínico (N=50): composto por pais e/ou responsáveis de crianças usuárias de implante coclear com idade entre 3 e 7 anos que realizam acompanhamento no Hospital das Clínicas da UFMG ou no Centro Mineiro de Reabilitação Auditiva – CEMEAR; o grupo controle (N=28): composto por pais e/ou responsáveis por crianças com a mesma idade sem a deficiência auditiva captados através de plataforma online e amostra já existente de outro projeto de mestrado.

Para compor o grupo controle foram utilizadas duas estratégias: a utilização de dados já coletados de outro projeto “Adaptação, Validação e Normatização do Questionário de Estilos e Dimensões Parentais para a população Brasileira” e recrutamento de voluntários.

Amostra

A coleta do grupo clínico foi realizada através de videoconferência com os participantes e aplicação do protocolo de avaliação. Já a coleta do grupo controle foi realizada a partir de protocolo de preenchimento online reestruturado através outro projeto de mestrado piloto. Todos os participantes avaliados tiveram acesso ao TCLE através de plataforma online e concordaram com a participação na pesquisa.

A coleta iniciou após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa, em junho de 2019. Foram aplicados protocolos com o objetivo de coletar informações pertinentes à anamnese dos participantes, avaliar os estilos parentais predominantes, por meio da aplicação do Questionário de Estilos e Dimensões Parentais (QEDP), e avaliar o desenvolvimento das habilidades auditivas nas crianças do grupo clínico, por meio da Escala de Integração Auditiva Significativa para crianças Pequenas – IT-MAIS (para crianças até 4 anos) e a Escala de Integração Auditiva Significativa – MAIS (para crianças acima de 5 anos).

Procedimentos

1- Grupo Clínico

a) Anamnese: entrevista com o objetivo de obter informações sobre os participantes, sendo estruturada em três seções:

- Informações sobre o participante (identificação, idade, parentesco, escolaridade)
- Informações sobre a criança e as características da perda auditiva (identificação, idade, data de nascimento, sexo, tipo, grau e configuração da

perda auditiva, data do diagnóstico de perda auditiva, comprometimentos associados e uso de medicação);

-Informações sobre o Implante Coclear: tempo em que foi realizada a cirurgia, tipo de implante, uso de adaptação bimodal, uso e/ou interrupção do aparelho desde a ativação, acompanhamentos realizados atualmente pela criança na rede multidisciplinar (fonoaudióloga, psicóloga, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, entre outros).

b) Versão brasileira do QEDP [3]. Esta é uma ferramenta utilizada para classificar em qual estilo parental uma família ou grupo se concentra em maior parte do tempo, de acordo com seus comportamentos perante os filhos. O QEDP é um instrumento de autorrelato e é composto por 32 perguntas (em sua versão reduzida, adaptada ao Brasil), sendo 15 sobre o estilo parental democrático, 12 do estilo parental autoritário e 5 do estilo parental permissivo. Cada estilo avaliado possui dimensões que influenciam no escore total do estudo, sendo o estilo democrático composto por dimensões de afeto e controle, regulação e autonomia, o estilo autoritário composto por dimensões de coerção física, hostilidade verbal e punição e o estilo permissivo composto pela dimensão de indulgência. Através da comparação dos resultados e análise das dimensões parentais mais predominantes para aquele pai/mãe é possível investigar a relação das práticas parentais com o desenvolvimento da fala de crianças com deficiência auditiva usuárias de implante coclear. O QEDP, na busca por avaliar os estilos e dimensões parentais, não possui como objetivo prever a permeabilidade dos pais no processo de implante coclear.

c) A escala de integração auditiva para crianças pequenas (até 4 anos) IT-MAIS e a Escala de Integração Auditiva (para crianças a partir de 5 anos) MAIS são medidas utilizadas para avaliar a evolução da percepção auditiva com o uso do implante coclear em crianças com idade inferior a 4 anos. O questionário realizado com os pais é composto por 10 questões, que devem ser aplicadas sob a forma de entrevista. O responsável é solicitado a relatar o comportamento auditivo da criança perante cada situação proposta, oferecendo o maior número de exemplos possível e descrevendo as atitudes da criança. O resultado é

calculado somando-se o número total de pontos acumulados em cada questão, sendo possível a obtenção de no mínimo 0 pontos e no máximo 40 pontos. Desse modo, é possível identificar a percepção de fala das crianças analisadas. Para classificar os resultados como normal ou alterado foi utilizada a escala Marcadores clínicos do desenvolvimento – IT MAIS *Toddler Meaningful Auditory Integration Scale*, proposta por Comerlatto (2015) [1], para crianças até 5 anos. Para crianças acima de 5 anos foi utilizado como referência os resultados apresentados por Alves *et al* (2015) [2]. O grupo clínico foi classificado em normal ou alterado em função do desenvolvimento auditivo e tempo de uso de IC

Foi necessário um encontro de 40 minutos com cada participante para leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aplicação do QEDP, IT-MAIS e MAIS. A coleta presencial foi realizada no mesmo dia de atendimento da criança no CEMEAR e no Hospital das Clínicas, em sala reservada. A coleta virtual foi realizada através de videoconferência com o responsável pela criança em ambiente propício para aplicação do protocolo. Todas as respostas foram anotadas em protocolos específicos e devidamente transferidas para um banco de dados para posterior análise e estudos estatísticos.

2- Grupo Controle

O grupo controle foi composto por 28 participantes. Parte da amostra analisada (25/26 participantes) foi extraída de outro projeto de mestrado realizado na UFMG, intitulado “Adaptação, Validação e Normatização do Questionário de Estilos e Dimensões Parentais para a população Brasileira”. A autora do projeto cedeu o banco de dados para realização deste estudo.

a) Anamnese clínica

-Informações sobre o participante (idade, parentesco, escolaridade) e a criança (nome completo, idade, data de nascimento, sexo);

b) QEDP

Critérios de Inclusão e Exclusão

Como critérios de inclusão para o grupo clínico foram considerados adultos com idade igual ou superior a 18 anos, pais e/ou responsáveis por crianças entre 3 e 7 anos usuárias de implante coclear. Como critérios de exclusão considerou-se desistência em participar da pesquisa ou não responder os dois questionários propostos.

Os critérios de inclusão para o grupo controle foram adultos com idade igual ou superior a 18 anos, pais e/ou responsáveis por crianças entre 3 e 7 anos de idade que não possuam comprometimento sensorial declarado. Como critérios de exclusão considerou-se desistência em participar da pesquisa ou não responder as perguntas do questionário proposto.

Análise de Dados

Para as variáveis contínuas foram calculadas a média, desvio padrão, mediana, quartis, mínimo e máximo. As variáveis categóricas foram analisadas por meio da frequência. O teste Mann-Whitney foi utilizado para comparar o grupo controle e clínico. De forma a testar a correlação entre estilos parentais e as habilidades auditivas infantis foi utilizada análise de correlação de Spearman entre os resultados do QEDP (escore total dos estilos e dimensões parentais) e os resultados obtidos nas escalas IT-MAIS e MAIS. O teste de Kruskal-Wallis foi utilizado para verificar associação entre os estilos parentais, grupo controle e grupo de crianças usuárias de implante coclear, classificadas de acordo com o índice de integração auditiva normal ou alterado. O nível de significância considerado foi $p \leq 0,05$. Foram utilizados os softwares Jasp 0.8 [4] e SPSS 23 [5].

Referências Bibliográficas

1-Comerlatto, MPS. Habilidades auditivas e de linguagem de crianças usuárias de implante coclear: análise dos marcadores clínicos de desenvolvimento. 2016.

2- Alves M, Ramos D, Alves H, et al. Os questionários MAIS e MUSS na avaliação da evolução do desempenho auditivo e comunicativo de crianças utilizadoras de implante coclear. Revista Portuguesa de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço. 2015; 53.

3- De Paula JJ. Oliveira TD. "Questionário de Estilos e Dimensões Parentais (QEDP)". Belo Horizonte, 2017

3- JASP Team. JASP (version 0.8.0.0) [computer software]. 2016

4- JASP Team. JASP (version 0.8.0.0) [computer software]. 2016

5- SPSS Inc. SPSS Statistics for Windows, Version 23.0. Chicago: SPSS Inc.

RESULTADOS

A amostra do grupo clínico foi composta em sua maioria por mães (80%), com idade entre 25 e 34 anos (40%) e com nível escolaridade ensino médio completo (50%). Todas as crianças são usuárias de implante coclear e possuem entre 3 e 7 anos de idade, em sua maioria feminina (56%). A maior parte das famílias (46%) não relatou identificação precisa da etiologia das dificuldades auditivas. Entre as etiologias identificadas pelos responsáveis estão genética (14%), uso de antibiótico (8%), meningite (6%), citomegalovírus (6%), icterícia (4%), Síndrome de Waldenburg (4%), hidrocefalia (2%), anoxia (2%), Síndrome do Qtlongo (2%), Síndrome de Turner (2%), Síndrome CHARGE (2%) e Síndrome de Kjer (2%).

A maior parte das crianças realizou a Triagem Auditiva Neonatal (92%). A minoria das crianças avaliadas possui diagnóstico misto (20%), estes caracterizados por Transtorno do Espectro Autista (TEA), Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, Paralisia Cerebral, Aniridia, Síndrome do Qtlongo, Síndrome de Down, Síndrome CHARGE, Síndrome de Turner, Síndrome de Waldenburg e Síndrome de Kjer. Quatro crianças do grupo realizam acompanhamento medicamentoso devido diagnóstico de Síndrome do Qtlongo, Paralisia Cerebral e TEA, correspondendo a 8% da amostra total. Entre os medicamentos utilizados estão Neuleptil, Propanolol, Artane, Ácido Valproico, Aripiprazol, Imipramina, Risperidona e Anafranil.

Grande parte da amostra estudada realiza acompanhamento fonoaudiológico (94%), seguido de psicoterapia (30%) e outras terapias, sendo essas a psicopedagogia, fisioterapia, terapia ocupacional, língua brasileira de sinais. O tempo em que as crianças participantes da pesquisa haviam sido implantadas percorreu entre dois meses e seis anos. A maioria das crianças possui implante coclear unilateral (66%) com uso contínuo do aparelho (82%).

Participaram do grupo controle 28 mães, em sua maioria com idade acima de 35 anos (57,14%) e com nível escolaridade em ensino médio completo (46,43%). A

maioria das crianças são do sexo feminino (53,57%). A tabela 1 apresenta a distribuição das respostas dos participantes de cada grupo

Tabela 1 - Descrição dos Participantes do Grupo Clínico e Controle

	Grupo Clínico (N=50)		Grupo Controle (N=28)			
		Nº	%		Nº	%
Parentesco	Mãe	40	80	Mãe	28	100
	Pai	5	10			
	Outro	5	10			
Escolaridade	Ensino Fundamental Completo	9	18	Ensino Fundamental Completo	7	25
	Ensino Médio Completo	25	50	Ensino Médio Completo	13	46
	Ensino Técnico Completo	3	6	Ensino Superior Completo	8	29
	Ensino Superior Completo	13	26			
Idade da Criança	3 anos	11	22	3 anos	1	4
	4 anos	8	16	4 anos	3	10
	5 anos	4	8	5 anos	3	10
	6 anos	12	24	6 anos	9	33
	7 anos	15	30	7 anos	12	43
Sexo da Criança	Feminino	28	56	Feminino	15	54
	Masculino	22	44	Masculino	13	46

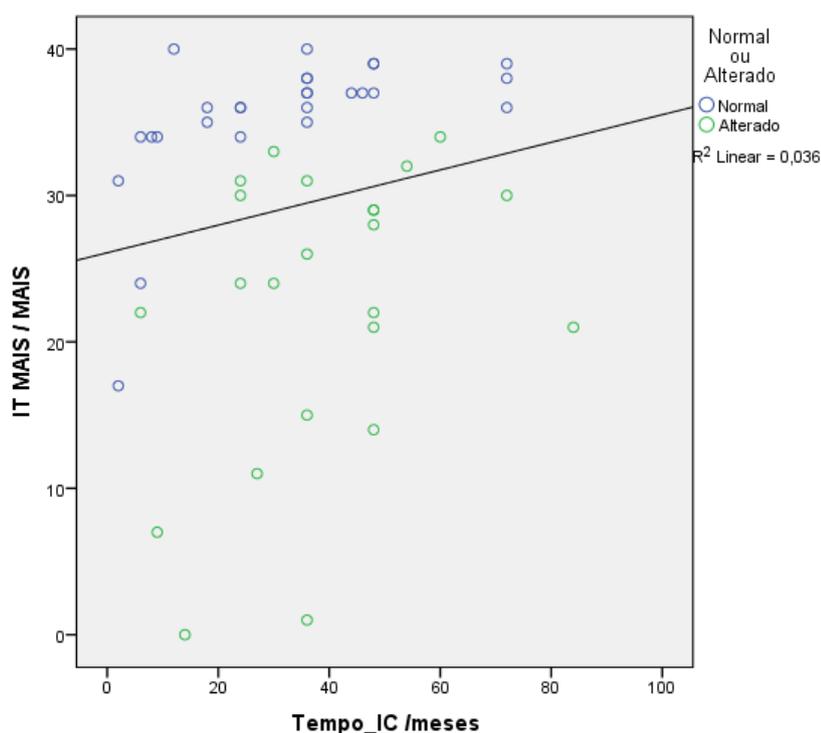
A tabela 2 apresenta a análise descritiva em relação as variáveis contínuas do grupo clínico e controle. No grupo clínico a idade média dos responsáveis foi de 35,24 anos, já a idade média da criança analisada foi de 5,24 anos, variando entre 3 e 7 anos. No grupo controle a idade média dos responsáveis do grupo controle é de 36,57 anos (com desvio padrão de 6,44).

Tabela 2 - Análise descritiva das variáveis contínuas do grupo clínico – idade da criança e idade do responsável

Variável	Grupo	N	Média	D.P
Idade responsável	Controle	28	36,57	6,44
	Clínico	50	35,24	10,66
Idade criança	Controle	28	6	1,15

O gráfico 1 apresenta os resultados estatísticos entre a Escala de Integração Auditiva e o tempo de implante das crianças avaliadas. A correlação se mostrou positiva e sem relevância estatística ($P > 0,05$)

Gráfico 1: Análise de Correlação entre IT MAIS/MAIS e tempo de implante



A tabela 3 mostra os resultados de associação entre o QEDP e os grupos através do teste Kruskal Wallis: clínico com desempenho normal, clínico com pior desempenho e controle. Foi encontrada relevância estatística para o estilo “autoritário” e dimensão “punição”, com maior pontuação para o grupo clínico com resultados alterados.

Tabela 3: Associação Entre Estilos e Dimensões Parentais (QEDP) com Grupos avaliados: clínico com desempenho normal, clínico com pior desempenho e controle

Dimensão Parental	P Valor
Regulação	0,26
Apoio e Afeto	0,281
Autonomia	0,739
Coersão Física	0,172
Hostilidade Verbal	0,05
Punição	0,029*
Estilo Parental	P Valor
Democrático	0,46
Autoritário	0,045*
Permissivo	0,073

Teste Kruskal Wallis

(*) Resultado com relevância estatística

A tabela 4 apresenta os resultados referentes a correlação de Spearman. A relação que se mostrou significativa foi entre o IT MAIS/MAIS e a dimensão parental regulação (p-valor < 0,05), que integra o grupo de estilo parental democrático. Os resultados dos estilos autoritários e permissivos, por estarem acima do ideal proposto por “p” não são considerados significativos para a amostra.

Tabela 4: Correlação de Spearman entre QEDP e IT MAIS/MAIS do grupo clínico

Dimensão/Estilo Parental	Coefficiente da Correlação	Sig.
Coerção Física	-0,029	0,844
Hostilidade Verbal	-0,064	0,66
Punição	-0,156	0,279
Autoritário	-0,086	0,553
Permissivo	-0,242	0,91
Autonomia	0,111	0,442
Regulação	0,36	0,01*

Apoio e Afeto	0,142	0,325
Democrático	0,246	0,085

(*) Resultado com relevância estatística

A Tabela 5 apresenta os resultados da Correlação de Spearman realizada através da separação do grupo clínico com desempenho auditivo pior e normal, agrupados de acordo com a idade da criança e performance no IT MAIS /MAIS, com os resultados obtidos no QEDP. Foram encontrados resultados com relevância estatística em relação à dimensão coersão física e ao estilo autoritário no grupo de crianças com resultado alterado.

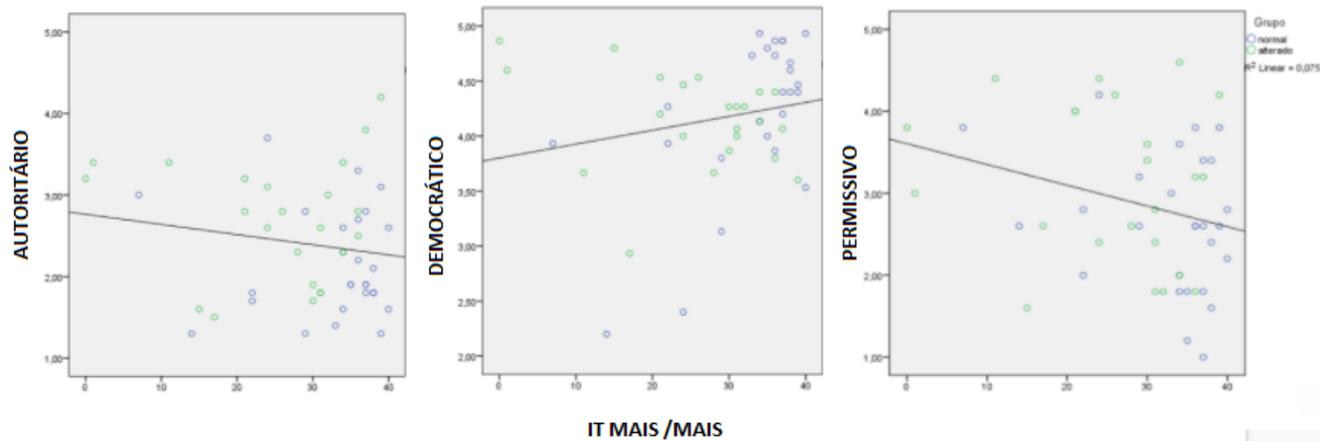
Tabela 5: Distribuição dos Resultados de Correlação no grupo de crianças usuárias de Implante Coclear com desempenho auditivo pior e normal

Estilo / Dimensão Parental	Normal			Pior		
	C. Correlação	Sig. (bilateral)	N	C. Correlação	Sig. (bilateral)	N
Democrático	0,255	0,199	27	-0,084	0,703	23
Autonomia	0,327	0,095	27	-0,124	0,572	23
Regulação	0,267	0,179	27	0,11	0,617	23
Apoio e Afeto	0,025	0,903	27	-0,383	0,071	23
Autoritário	-0,088	0,661	27	-,455*	0,029	23
Coersão Física	-0,13	0,519	27	-,452*	0,031	23
Hostilidade Verbal	-0,069	0,732	27	-0,316	0,142	23
Punição	0,054	0,79	27	-0,391	0,065	23
Permissivo	0,021	0,917	27	-0,372	0,08	23

(*) Resultado com relevância estatística

É possível perceber a correlação das variáveis através dos Gráficos 2, 3 e 4 apresentados a seguir.

Gráficos 2, 3 e 4: Matrizes de correlação entre IT MAIS/MAIS e Estilos Parentais Autoritário, Democrático e Permissivo



Referências Bibliográficas

- 1- Triola, MF – Introdução à Estatística, Livros Técnicos e Científicos Editora S,A,, Rio de Janeiro. 2008.

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos sugeriram uma associação positiva entre a dimensão parental de regulação com o desenvolvimento de habilidades auditivas das crianças participantes. Os achados evidenciaram que a hipótese alternativa desenvolvida ao longo do projeto foi comprovada, mas por outra ótica: o estilo autoritário e as dimensões punição e coerção física tiveram resultados com relevância estatística em relação ao grupo de crianças com pior desempenho, em relação ao tempo de implante. Essa realidade vai de acordo com o embasamento literário construído, que evidencia o impacto do comportamento dos pais no desenvolvimento infantil da pessoa com deficiência [1] [2] [3].

O estudo revelou, através da análise de associação entre o desenvolvimento auditivo infantil e os estilos parentais, a evidência de associação significativa entre o estilo parental autoritário e as dimensões punição e coerção física com o grupo de crianças com pior desempenho auditivo. De acordo com Falcke (2012), o uso da violência se constrói quando existe uma menor capacidade de simbolização por parte dos indivíduos envolvidos, então, estes recorreriam a atitudes mais primitivas de abordagem [4]. Pessoas com deficiência auditiva se encontram no desenvolvimento da audição e fala e por isso apresentam um potencial comunicativo diferente da população típica ouvinte. Esse fato pode vir a impactar na comunicação intrafamiliar dos pais com a criança, o que contribui com o desenvolvimento de práticas parentais pautadas em dimensões autoritárias.

Entende-se que a deficiência auditiva acoplada a práticas parentais desadaptativas pode ser duplamente danoso para o desenvolvimento da criança, visto que a criança com deficiência auditiva já está predisposta a ter menos oportunidades de interação social devido à sua dificuldade de linguagem [5]. Filhos de pais que utilizam práticas parentais baseadas no autoritarismo possuem uma tendência menor ao desenvolvimento de autoconfiança, em autossuficiência e autopercepção sobre habilidades sociais e acadêmicas, [6] além de apresentarem uma tendência maior ao desenvolvimento de transtornos psicopatológicos [7]. É por meio da experiência e do contexto que a criança é capaz de aprender o significado de uma nova palavra e uma vez que a criança

apresenta dificuldades no comportamento social há prejuízo no desenvolvimento de suas capacidades comunicativas [8].

O estudo constatou que o tempo de uso do implante coclear e o escore das Escalas IT-MAIS e MAIS possuem uma correlação fraca não significativa entre si. Entretanto, vale ressaltar que outros fatores influenciam o desenvolvimento da linguagem de crianças com deficiência auditiva. O estudo de Lynce (2017) menciona que existem fatores determinantes para o desenvolvimento e proficiência da linguagem verbal oral em crianças surdas com IC, como a idade de implantação, tempo do uso de implante e envolvimento parental na intervenção precoce. O presente estudo não teve como objetivo analisar os fatores associados aos resultados dos questionários, contudo, estes fatores podem justificar a ausência de correlação entre as variáveis [9].

Os resultados não identificaram uma correlação com relevância significativa entre o desenvolvimento de habilidades auditivas com o tempo de uso do dispositivo, ou seja, quanto maior o tempo de implante coclear melhores serão os resultados nas escalas de integração auditiva. Scarabello (2020) aborda que deve-se ter cautela ao fazer tal afirmação, devido ao fato de crianças obterem pior desempenho pode não significar desempenho ruim, mas que as habilidades auditivas ainda estão em desenvolvimento, considerando que as crianças implantadas têm uma idade auditiva tardia [10].

As crianças descritas no gráfico como “pior desempenho” podem não utilizar o aparelho de implante coclear por tempo diário suficiente, ou podem ter interrompido o uso do dispositivo por alguma razão. Quando utilizado o I.C de forma contínua, espera-se que a criança alcance os marcos do desenvolvimento, entretanto, a idade de implantação é também um fator muito importante para o desenvolvimento da linguagem de crianças surdas. Quanto mais precoce for realizado o IC, melhor será o desenvolvimento auditivo, de fala e de linguagem oral da criança [11]. De maneira geral, assim como o estudo de Scarabello, algumas das crianças estudadas podem não ter alcançado o limiar padrão de desenvolvimento auditivo, mas existem tantas variáveis que interferem no resultado que não pode-se afirmar que a aquisição auditiva não esteja ocorrendo [10].

O presente estudo constatou a importância de instruir responsáveis por crianças usuárias de implante coclear para harmonização das relações de afeto e controle, através da comprovação de que dimensões parentais adaptativas apresentem associação positiva com o desenvolvimento auditivo da população estudada e o estilo parental autoritário possua correlação significativa com o grupo de crianças com pior desempenho. É direito dos pais de crianças com deficiência auditiva ter acesso à orientação profissional em todos os momentos necessários, desde o diagnóstico da deficiência até o processo de reabilitação auditiva. Yamanaka (2010) ressalta a necessidade de um trabalho de orientação sistematizado e interdisciplinar, que tenha como objetivo alcançar o equilíbrio emocional de familiares que passam pela preparação para a cirurgia do implante coclear. A equipe interdisciplinar na saúde auditiva contempla, em sua formação, profissionais da área da fonoaudiologia, psicologia e serviço social [12].

Um meio utilizado para readaptação parental e estimulação para práticas democráticas são programas de treinamento para pais. É difícil documentar a real significância desse tipo de intervenção, entretanto, quando o tratamento é capaz de mudar o comportamento dos pais em relação aos filhos de maneiras específica, o comportamento das crianças muda correspondentemente. O mesmo tipo de estratégia pode ser utilizado com os responsáveis por crianças usuárias de implante coclear, propondo sua mudança de comportamento e aderência no tratamento em reabilitação auditiva. O acompanhamento contínuo de responsáveis também se faz importante para direcionamento dos estilos parentais autoritários, que são observados como indicadores de alteração no desenvolvimento auditivo infantil. De acordo com Falcke (2012), o uso de intervenções com os responsáveis possui como objetivo controlar o comportamento infantil, sendo necessário estabelecer limites entre a "palmada educativa" e a violência que caracteriza o abuso físico, pois o limiar que distingue uma da outra é bastante sutil [4] e está associado ao comprometimento do desenvolvimento das habilidades auditivas infantis.

O trabalho apresentou limitações que devem ser ressaltadas. A pesquisa não levou em conta todos os influenciadores no desenvolvimento da audição e linguagem da criança implantada. O Questionário de Estilos e Dimensões parentais não prevê a análise socioemocional e a permeabilidade da família no

processo de reabilitação auditiva através de seus resultados. Os questionários foram realizados de formas diferentes nos grupos clínico e controle, sendo o primeiro realizado através de contato presencial e videoconferência. A avaliação do grupo controle foi realizada através de questionário online do Google Forms. A forma de avaliação pode interferir nos resultados apresentados no momento de correlação entre os dois grupos.

O contexto de emergência internacional pela pandemia de coronavírus (COVID-19) - declaração da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 30 de janeiro de 2020 resultou na necessidade de paralisação das atividades presenciais de coleta do projeto de mestrado, visto necessidade de isolamento social para não propagação do vírus [13]. Durante o período de maio a outubro de 2020, a coleta da amostra foi realizada por meio de videoconferência com participantes do grupo controle. De acordo com De Paula (2015) a alternativa de coleta virtual é cada vez mais explorada e o uso de plataformas virtuais para a coleta de dados em pesquisas apresenta uma variedade de benefícios através do seu uso, como rapidez, praticidade e custo benefício [14] [15]. A proposta de utilização de protocolos online para a pesquisa foi aprovada pelo COEP/UFMG em 3 de julho de 2020 e iniciada em seguida. Todos os participantes da pesquisa que participaram da coleta online foram contatados anteriormente para confirmar a possibilidade de realizar a avaliação online, uma vez que os questionários demandam bens e recursos que mostram-se indisponíveis no contexto brasileiro [14], como acesso a internet e familiaridade com o aplicativo de comunicação social utilizado para contato com os responsáveis.

Conclui-se que a prática de estilo parental autoritário com dimensões punitivas e coerção física estão relacionados ao desenvolvimento auditivo alterado e a dimensão parental regulação apresenta correlação significativa com o desenvolvimento das habilidades auditivas das crianças usuárias de implante coclear. Se faz necessária a continuidade de estudos na área da família de pessoas com deficiência auditiva, uma vez que as pesquisas atuais direcionam-se fortemente o foco para a vivência da pessoa com deficiência. Entender a influência do fator ambiental no desenvolvimento de habilidades auditivas, psicossociais e cognitivas da pessoa com deficiência é importante na busca por efetivar estratégias de acolhimento e orientação dos pais e responsáveis.

6- Referências Bibliográficas

- 1-Silva NLP, Dessen MA. Deficiência mental e família: implicações para o desenvolvimento da criança. *Psicologia: teoria e pesquisa*. 2001; 17.
- 2- Pereira A, Moreira T, Lopes S, et al. Parental Involvement and Children's School Engagement. *Frontiers in psychology*. 2016; 7.
- 3 – Rodrigues AF, Pires A. Surdez infantil e comportamento parental. *Análise psicológica*. 2002; 20.
- 4- Falcke D, da Rosa LW, Steigleder VAT. Estilos parentais em famílias com filhos em idade escolar. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*. 2012; 5.
- 5- Penna LM, Lemos SMA, Ales CRL. O desenvolvimento lexical de crianças com deficiência auditiva e fatores associados. *CoDAS. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*. 2014.
- 6 – Lamborn SD, Mounts NS, Steinberg L, et al. Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child development*. 1991; 62.
- 7 – Nia MK, Sovani A, Forooshani GRS. Exploring correlation between perceived parenting styles, early maladaptive schemas, and depression among women with depressive symptoms in Iran and India-Role of early maladaptive schemas as mediators and moderators. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2014; 16.
- 8 – Stivanin L, Scheuer CI, JC FBA. SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire): identificação de características comportamentais de crianças leitoras. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2008; 24.
- 9 – Lynce S, Marques S, Paço J, et al. Crianças com implante coclear: implicações linguísticas. *Calidoscópio*. 2017; 15.
- 10 - Scarabello EM, Lamônica DAC, Morettin-Zupelari M, et al. Language evaluation in children with pre-lingual hearing loss and cochlear implant. *Brazilian journal of otorhinolaryngology*. 2020; 86.

11- Sobreira ACO, Capo BM, dos Santos TS, et al. Desenvolvimento de fala e linguagem na deficiência auditiva: relato de dois casos. Revista CEFAC. 2015; 17.

12 – Yamanaka DAR, de Paiva e Silva RB, Zanolli ML, et al. Implante coclear em crianças: a visão dos pais. Psicologia: Teoria e Pesquisa. 2010; 26.

13- Lana RM, Coelho FC, Gomes MFC. Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. Cadernos de Saúde Pública. 2020; 36.

14- de Paula JJ. Propriedades psicométricas do Índice de Religiosidade de Duke aplicado em plataforma virtual. Cadernos Saúde Coletiva. 2015; 23.

15- de Paula JJ, Costa DS, Miranda DM, et al. Brazilian version of the Cognitive Failures Questionnaire (CFQ): cross-cultural adaptation and evidence of validity and reliability. Brazilian Journal of Psychiatry. 2018; 40.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho contribuiu com o avanço científico nos estudos da família de pessoas com deficiência auditiva, como parte integral no tratamento interdisciplinar infantil. Foram constatadas associações significativas entre pais autoritários e punitivos com crianças que apresentam desenvolvimento auditivo alterado. Constatou-se correlação positiva e significativa entre o estilo parental democrático e o desenvolvimento de habilidades auditivas nas crianças usuárias de implante coclear.

O trabalho contou com características positivas que envolvem um estudo novo e importante para a comunidade científica, que aborda a interdisciplinaridade na área da saúde auditiva, o uso de questionários e escalas adaptados e validados no contexto brasileiro e a evidenciação quantitativa da importância da família no processo de desenvolvimento infantil da população com deficiência auditiva. Os estudos na área de estilos parentais, em contexto de longo prazo, consistem em contribuir no direcionamento da educação para a prevenção de sequelas psíquicas relevantes em seus comportamentos, na busca por promover benefícios sociais futuros.

As hipóteses levantadas foram em partes confirmadas, uma vez que o proposto era que os pais de crianças com deficiência auditiva desenvolvessem práticas parentais permissivas, enquanto o observado foi a prática parental autoritária no público com desenvolvimento auditivo alterado, que também se inclui dentro dos estilos parentais desadaptativos ao desenvolvimento funcional infantil. A hipótese de que o estilo parental adaptativo (democrático) está associado ao desenvolvimento auditivo foi confirmada. Os objetivos gerais e específicos do estudo foram alcançados, uma vez que foram utilizadas metodologias em estatística para responder aos questionamentos propostos.

Observa-se importância de dar continuidade nas pesquisas que abordam o estudo dos estilos parentais no desenvolvimento auditivo, visto a escassez de referências na área e objetivando agregar em biografia referenciada para o

público estudado. Recomendam-se estudos longitudinais que contemplem orientação aos pais e observação de resultados nos estilos parentais e desenvolvimento auditivo infantil.

ANEXOS

ANEXO 1 - Declaração de Anuência do Centro Mineiro de Reabilitação Auditiva (CEMEAR)



DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA (Elaborado de acordo com a Resolução 466/2012-CNS/CONEP)

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: "O Estudo dos Estilos Parentais no Desenvolvimento de Habilidades Auditivas em Crianças com Deficiência Auditiva Usuárias de Implante Coclear", e cumprirei os termos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Belo Horizonte, 13 de junho de 2018


Márcia Izabel Silva Mendes

Coordenadora Geral do Centro Mineiro de Reabilitação Auditiva (CEMEAR)

Faculdade de Medicina da UFMG

Av. Prof. Alfredo Balena, 190 Belo Horizonte - MG - Brasil - Cep 30130-100 - Tel: +55 0 31 3409-9117

ANEXO 2 -Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (CEP-UFMG)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 3.341.677

da vida doméstica, pessoal, ou de desafios ligados à educação de filho(s) com deficiência auditiva. Além dos benefícios indiretos, ligados a uma possível melhor compreensão de mecanismos relacionados às habilidades auditivas de crianças usuárias de implante coclear, é possível que haja também aportes diretos aos participantes. A participação na pesquisa pode estimular posturas reflexivas, auxiliando na educação auditiva da(s) criança(s) sob sua guarda.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa nos parece equilibrada de um ponto de vista ético.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes documentos obrigatórios:

Folha de rosto devidamente assinada;

Informações Básicas do Projeto;

Projeto detalhado;

TCLE

Anuência do GEP (Gerência de Ensino, Pesquisa e Extensão do HC-UFMG), da Unidade de Oftalmologia e Otorrinolaringologia do HC-UFMG, e do CEMEAR (Centro Mineiro de Reabilitação Auditiva).

Carta resposta às considerações levantadas em um primeiro parecer do CEP.

Recomendações:

O parecer consubstanciado apresentado, aprovado pela assembleia do Departamento de Fonoaudiologia da Faculdade de Medicina, continua incongruente com o projeto em tela ("O Estudo dos Estilos Parentais no Desenvolvimento de Habilidades Auditivas em Crianças com Deficiência Auditiva Usuárias de Implante Coclear"), referindo-se ao contrário a um projeto intitulado "Avaliação Fonoaudiológica pré e pós Implante Coclear". Frisamos que este descompasso já havia sido levantado em parecer anterior do CEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Com a condição de reenvio do parecer da câmara com nome do projeto corrigido por meio de emenda, aprova-se o projeto de pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

ANEXO 3 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG sob mudança de metodologia de coleta por contexto de Pandemia Mundial pelo COVID-19 (CEP-UFMG)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: O Estudo dos Estilos Parentais no Desenvolvimento de Habilidades Auditivas em Crianças com Deficiência Auditiva Usuárias de Implante Coclear

Pesquisador: Sirley Alves da Silva Carvalho

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 09699119.8.0000.5149

Instituição Proponente: PRO REITORIA DE PESQUISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.133.086

Apresentação do Projeto:

Esta emenda ao projeto de pesquisa objetiva: solicitar alteração metodológica do projeto supracitado no item: Coleta dos Dados. A alteração restringe-se a substituição presencial da coleta de dados por teleconsulta.

Objetivo da Pesquisa:

Já avaliado previamente

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Já avaliado previamente, mas os riscos e desconfortos de avaliação e questionário online foram acrescentados no TCLE

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Justificativa relacionada à dificuldade de se realizar questionários presenciais pela pandemia COVID 19

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

foram anexados justificativa à emenda ,novo projeto com as modificações e novo TCLE

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Na condição de se atender as recomendações solicitadas, sou, S.M.J. favorável à aprovação da emenda...

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 4.133.086

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1549053_E1.pdf	01/05/2020 16:06:00		Aceito
Outros	EMENDA.pdf	01/05/2020 15:54:14	Sirley Alves da Silva Carvalho	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia_cemear.docx	30/04/2019 14:39:17	Sirley Alves da Silva Carvalho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.docx	30/04/2019 14:38:11	Sirley Alves da Silva Carvalho	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Carta_resposta_COEP.docx	30/04/2019 14:36:36	Sirley Alves da Silva Carvalho	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia_psiufmg.pdf	16/04/2019 19:09:35	Sirley Alves da Silva Carvalho	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia_gep.pdf	16/04/2019 19:06:11	Sirley Alves da Silva Carvalho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_paracoep.pdf	16/04/2019 19:04:17	Sirley Alves da Silva Carvalho	Aceito
Parecer Anterior	Parecer_Depfono_IC_para_COEP.pdf	06/03/2019 16:29:28	Sirley Alves da Silva Carvalho	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	06/02/2019 11:36:03	Sirley Alves da Silva Carvalho	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

ANEXO 4 - Questionário de Estilos e Dimensões Parentais (QEDP)



Laboratório de Ensino e Pesquisa em Neuropsicologia (LABEP_Neuro)

Questionário de Estilos e Dimensões Parentais

Versão original: Robinson, C.C., et al. (1995). Authoritative, authoritarian, and permissive parenting practices: Development of a new measure. *Psychological Reports*, 77(3), 819-830. **Versão brasileira:** Oliveira, T.D. (2017). *O questionário de estilos e dimensões parentais (PSDQ): aspectos psicométricos e investigação da parentalidade no TDAH e quanto ao comportamento de oposição desafiante de meninos e meninas*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Minas Gerais.

<i>Por favor, leia cada frase do questionário e responda com que frequência VOCÊ age desse modo com o (a) seu (sua) filho (a).</i>	Nunca	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Sempre
1. Eu respondo aos sentimentos ou necessidades do (a) meu (minha) filho (a).	1	2	3	4	5
2. Eu uso castigos físicos como forma de disciplinar meu (minha) filho (a).	1	2	3	4	5
3. Eu levo em conta a vontade do (a) meu (minha) filho (a) antes de lhe pedir para fazer alguma coisa.	1	2	3	4	5
4. Quando meu (minha) filho (a) pergunta por que tem que obedecer, eu digo: "Porque eu disse que sim" ou "Porque eu sou seu (sua) pai/mãe e eu quero assim".	1	2	3	4	5
5. Eu explico ao (à) meu (minha) filho (a) como me sinto em relação ao seu bom e ao seu mau comportamento.	1	2	3	4	5
6. Quando meu (minha) filho (a) é desobediente, eu dou uma palmada nele (a).	1	2	3	4	5
7. Eu encorajo meu (minha) filho (a) a conversar sobre seus problemas.	1	2	3	4	5
8. Eu acho difícil disciplinar meu (minha) filho (a).	1	2	3	4	5
9. Eu encorajo meu (minha) filho (a) a se expressar abertamente, mesmo quando eu não concordo com ele (a).	1	2	3	4	5
10. Eu castigo meu (minha) filho (a) o (a) lhe tirando privilégios com pouca ou nenhuma explicação.	1	2	3	4	5
11. Eu explico os motivos para as regras.	1	2	3	4	5
12. Eu dou conforto e compreensão ao (à) meu (minha) filho (a) quando ele (a) está chateado (a).	1	2	3	4	5
13. Eu grito ou berro quando meu (minha) filho (a) se comporta mal.	1	2	3	4	5
14. Eu parabeno meu (minha) filho (a) quando ele (a) se comporta bem.	1	2	3	4	5
15. Eu acabo cedendo quando meu (minha) filho (a) faz birra por alguma coisa.	1	2	3	4	5
16. Eu tenho explosões de raiva com meu (minha) filho (a).	1	2	3	4	5
17. Eu ameaço castigar meu (minha) filho (a) mais vezes do que realmente o (a) castigo.	1	2	3	4	5
18. Eu levo em consideração as preferências do (a) meu (minha) filho (a) ao fazer planos para a família.	1	2	3	4	5
19. Eu seguro com força meu (minha) filho (a) quando ele (a) é desobediente.	1	2	3	4	5
20. Eu determino castigos para meu (minha) filho (a), mas não os cumpro realmente.	1	2	3	4	5
21. Eu mostro respeito pelas opiniões do (a) meu (minha) filho (a) lhe encorajando a expressá-las.	1	2	3	4	5
22. Eu permito que meu (minha) filho (a) dê opiniões nas regras da família.	1	2	3	4	5
23. Eu repreendo e critico duramente meu (minha) filho (a) para fazê-lo (a) melhorar.	1	2	3	4	5
24. Eu mimo meu (minha) filho (a).	1	2	3	4	5
25. Eu explico ao (à) meu (minha) filho (a) as razões pelas quais as regras devem ser obedecidas.	1	2	3	4	5
26. Eu uso ameaças como forma de castigo com pouca ou nenhuma justificativa.	1	2	3	4	5
27. Eu tenho momentos calorosos e especiais com o (a) meu (minha) filho (a).	1	2	3	4	5
28. Como uma forma de castigo, eu coloco meu (minha) filho (a) em algum lugar sozinho (a), mas sem dar muita explicação.	1	2	3	4	5
29. Eu ajudo meu (minha) filho (a) a entender o impacto do seu comportamento lhe encorajando a falar sobre as consequências de suas ações.	1	2	3	4	5
30. Eu repreendo e critico duramente meu (minha) filho (a) quando seu comportamento não atinge minhas expectativas.	1	2	3	4	5
31. Eu explico ao (à) meu (minha) filho (a) as consequências do seu comportamento.	1	2	3	4	5
32. Eu dou uma palmada no (a) meu (minha) filho (a) quando ele (a) se comporta mal.	1	2	3	4	5

ANEXO 5 - Escala de Integração Auditiva Significativa para Crianças Pequenas (IT-MAIS)

01- O comportamento vocal da criança é modificado quando está usando o seu dispositivo auditivo (AASI ou Implante Coclear)?

No caso de crianças pequenas, os benefícios da estimulação auditiva são primeiramente notados nas habilidades de produção da fala. A frequência e a qualidade das vocalizações podem mudar quando a criança coloca o seu dispositivo auditivo, quando este está desligado ou não está funcionando adequadamente.

Pergunte: “Descreva as vocalizações da criança quando o dispositivo é colocado pela primeira vez no dia”. Os pais precisam explicar se e como as vocalizações da criança são modificadas quando o dispositivo auditivo é colocado no início do dia e a estimulação auditiva é experienciada.

Pergunte: “Se você esqueceu de colocar o dispositivo auditivo, ou este não está funcionando adequadamente, as vocalizações da criança se alteram de alguma maneira (qualidade, frequência em que ocorrem)?” “A criança testa o dispositivo vocalizando quando este é ligado pela primeira vez?”

___ 0= Nunca: Não há diferença nas vocalizações da criança quando sem ou com o dispositivo auditivo;

___ 1= Raramente: Discreto aumento na frequência das vocalizações (aproximadamente 25%) é notado quando está com o dispositivo ligado (ou decréscimo semelhante quando está desligado);

___ 2= Ocasionalmente: A criança vocaliza durante todo o dia e há um aumento das vocalizações (aproximadamente 50%) quando está com o dispositivo ligado (ou decréscimo semelhante quando está desligado);

___ 3= Frequentemente: A criança vocaliza durante todo o dia e há um aumento notável das vocalizações (aproximadamente 75%) quando está com o dispositivo ligado (ou decréscimo semelhante quando está desligado). Os pais

podem informar se outras pessoas notam mudança na frequência das vocalizações da criança quando sem ou com o dispositivo; 22

___ 4= Sempre: As vocalizações da criança aumentam 100% quando está com o dispositivo ligado, em comparação com as vocalizações, quando com o dispositivo desligado.

02- A criança produz sílabas bem articuladas e seqüências silábicas que podem ser reconhecidas como “fala”?

Esse tipo de manifestação é característico da fala de crianças em desenvolvimento. As manifestações contêm sons e sílabas reconhecidas como “fala” pelos pais (ex. “mamama”, “dadada”, “bababa”). Os pais afirmam que a criança está “conversando”.

Pergunte: “A criança “conversa” com você ou com objetos?” “Quando brinca sozinha, que tipos de sons você escuta quando está com o dispositivo auditivo ligado?” “A criança emite sons e palavras usadas em rimas infantis ou quando brincando com bonecos (ex. “upa upa upa”, “uououo”, “baaaaa”, “muuuu”, “ai ai ai ai)?” Solicite aos pais exemplos específicos dessas manifestações e a frequência com que são produzidas pela criança.

___ 0= Nunca: A criança nunca produz sons semelhantes à fala, somente produz vocalizações indiferenciadas, ou os pais não podem oferecer exemplos;

___ 1= Raramente: A criança produz sons semelhantes à fala de vez em quando (aproximadamente 25%), mas somente quando oferecido um modelo;

___ 2= Ocasionalmente: A criança produz expressões semelhantes à fala 50% das vezes, quando oferecido um modelo;

___ 3= Frequentemente: A criança produz expressões semelhantes à fala aproximadamente 75% das vezes. Os pais devem oferecer vários exemplos. A criança produz seqüências silábicas espontaneamente, mas com um repertório fonético limitado e pode clara e confiavelmente imitar seqüências com um modelo;

___ 4= Sempre: A criança produz seqüências silábicas consistentemente, de modo espontâneo, isto é, sem um modelo. As expressões consistem num repertório variado de sons.

03- A criança responde espontaneamente ao seu nome, em ambiente silencioso, somente através da via auditiva, sem pistas visuais?

As crianças pequenas apresentam uma variedade de comportamentos em resposta aos sons. Exemplos de tais respostas podem ser: cessar a atividade momentaneamente (parar os movimentos ou a brincadeira, cessar o choro ou a sucção da chupeta), procurar a fonte sonora (olhar para cima ou ao redor após ouvir seu nome), arregalar os olhos ou piscar.

Pergunte aos pais: “Se você chamou a criança por trás, numa sala silenciosa, sem pista visual, em que porcentagem ela responde à primeira chamada?” Muitas crianças geralmente apresentam uma resposta quando o estímulo cessa; qualquer comportamento repetido é considerado resposta, sempre que apresentado consistentemente. Solicite exemplos específicos desses tipos de respostas, observados pelos pais, principalmente para atribuir melhor pontuação.

___ 0= Nunca: A criança nunca responde ao seu nome e os pais não podem oferecer exemplos;

___ 1= Raramente: A criança responde ao seu nome aproximadamente 25% das vezes na primeira tentativa, ou somente após várias repetições;

___ 2= Ocasionalmente: A criança responde ao seu nome aproximadamente 50% das vezes na primeira tentativa, ou consistentemente, mas somente quando a mãe repete seu nome mais de uma vez;

___ 3= Freqüentemente: A criança responde ao seu nome ao menos 75% das vezes na primeira tentativa;

___ 4= Sempre: A criança responde ao seu nome consistentemente, com confiança, na primeira tentativa.

4- A criança responde espontaneamente ao seu nome, na presença de ruído de fundo, somente através da via auditiva, sem pistas visuais?

Pergunte aos pais: “Se você chamou a criança por trás, num ambiente ruidoso, como numa sala com pessoas conversando, crianças brincando ou com a televisão ligada, sem pista visual, em que porcentagem ela responde à primeira chamada?” Utilize o critério especificado na questão 03 para pontuar as observações dos pais. Solicite exemplos específicos desses tipos de respostas, observados pelos pais.

___ 0= Nunca: A criança nunca responde ao seu nome no ruído, ou os pais não podem oferecer exemplos;

___ 1= Raramente: A criança responde ao seu nome no ruído aproximadamente 25% das vezes na primeira tentativa, ou somente após várias repetições;

___ 2= Ocasionalmente: A criança responde ao seu nome no ruído aproximadamente 50% das vezes na primeira tentativa, ou consistentemente, mas somente quando os pais repetem seu nome mais de uma vez;

___ 3= Frequentemente: A criança responde ao seu nome no ruído ao menos 75% das vezes na primeira tentativa;

___ 4= Sempre: A criança responde ao seu nome no ruído consistentemente, com confiança, na primeira tentativa.

05- A criança, espontaneamente, está atenta aos sons ambientais (cachorro, brinquedos) sem ser induzida ou alertada sobre estes?

Pergunte aos pais: “Cite os tipos de sons ambientais que a criança responde em casa ou em situações familiares (restaurante, lojas, parques infantis) e ofereça exemplos.” Questione os pais quanto ao fato de estarem certos de que a criança responde somente auditivamente, sem pistas visuais. Solicite exemplos específicos, como: atenção ao telefone, campainha, cachorro latindo, alarme, sinais de microondas, lavadoras, descarga, buzina, trovão, brinquedos que

emitem ruídos (caixinha musical, jogos sonoros, cornetas). Os exemplos devem estar relacionados à atenção espontânea da criança e não ao alerta dos pais. Utilize o critério de resposta especificado na questão 3 para pontuar as observações dos pais. O comportamento de resposta deve ser demonstrado quando a criança detecta o som pela primeira vez, ou quando este cessou.

___ 0= Nunca: A criança nunca demonstra esse comportamento, os pais não podem oferecer exemplos, ou a criança responde somente após o alerta;

___ 1= Raramente: A criança responde aproximadamente 25% das vezes a diferentes sons. Os pais podem oferecer somente um ou dois exemplos, ou vários exemplos de sons que a criança responde de modo inconsistente;

___ 2= Ocasionalmente: A criança responde aproximadamente 50% das vezes a mais de dois sons ambientais. Se houver um número de sons que regularmente ocorre e a criança não está atenta (mesmo se responde consistentemente a dois sons como telefone e campainha), não atribua uma pontuação maior que ocasionalmente;

___ 3= Frequentemente: A criança responde consistentemente a muitos sons ambientais, ao menos 75% das vezes;

___ 4= Sempre: A criança responde a todos os sons ambientais, com confiança e consistentemente.

06- A criança está atenta, espontaneamente, aos sinais auditivos, quando em novos ambientes?

Pergunte aos pais: “A criança mostra curiosidade (verbalmente ou não) para novos sons, quando em locais não familiares, como quando em alguma outra casa ou numa loja ou restaurante não familiar?”

Os exemplos incluem o barulho das louças sendo lavadas num restaurante, sinos tocando em uma loja de departamentos, crianças chorando em outra sala, sirene, alarme, sistema de som em edifícios, brinquedo diferente na casa de um colega. Uma criança menor pode indicar, não verbalmente, que ouviu um novo

som arregalando os olhos, olhando ao redor, sorrindo, procurando a fonte do novo som ou imitando este (como quando brincando com um novo brinquedo), chorando após um som intenso ou diferente, ou dirigindo o olhar para os pais. O comportamento de resposta deve ser demonstrado quando a criança detecta o som pela primeira vez, ou quando este cessou.

___ 0= Nunca: A criança nunca apresenta esse comportamento, ou 25 os pais não podem oferecer exemplos;

___ 1= Raramente: A criança apresenta esse comportamento somente 25% das vezes e os pais podem oferecer somente um ou dois exemplos;

___ 2= Ocasionalmente: A criança apresenta esse comportamento inúmeras vezes (aproximadamente 50% das vezes) e os pais podem oferecer vários exemplos;

___ 3= Frequentemente: A criança apresenta esse comportamento aproximadamente 75% das vezes, os pais podem dar inúmeros exemplos e isto é um fato corriqueiro;

___ 4= Sempre: Poucos sons novos ocorrem sem a criança mostrar uma resposta ou curiosidade.

07- A criança reconhece, espontaneamente, os sinais auditivos que fazem parte de sua rotina diária?

Pergunte aos pais: “A criança reconhece regularmente, ou responde adequadamente aos sinais auditivos que ocorrem na creche, na pré-escola ou em casa, sem pistas visuais ou alerta?”

Exemplos podem ser: procurar por um brinquedo familiar quando escuta seu ruído mas não o vê, olhar para o microondas ou para o telefone quando toca, olhar para a porta quando o cachorro late lá fora, olhar para a porta quando ouve o ruído do portão, cobrir os olhos quando você inicia verbalmente, atrás dela, um jogo interativo como “cadê”, “esconde -esconde”.

___ 0= Nunca: A criança nunca apresenta o comportamento e os pais não podem oferecer exemplos;

___ 1= Raramente: Os pais podem oferecer um ou dois exemplos e a criança responde a esses sinais aproximadamente 25% das vezes;

___ 2= Ocasionalmente: Os pais não podem oferecer mais que dois exemplos e a criança responde a esses sinais aproximadamente 50% das vezes;

___ 3= Frequentemente: Os pais podem oferecer muitos exemplos e a criança apresenta respostas a esses sinais ao menos 75% das vezes;

___ 4= Sempre: A criança claramente domina essa habilidade e rotineiramente responde aos sinais auditivos que fazem parte da sua rotina diária.

08- A criança demonstra habilidade para discriminar espontaneamente dois falantes, usando somente a audição, sem pistas visuais?

Exemplos deste comportamento incluem a discriminação entre a voz do pai ou da mãe e a de um irmão, ou a discriminação entre a voz da mãe e a voz do pai. Exemplo desse comportamento pode ser: atender ou responder a voz do pai somente através da pista auditiva.

Pergunte: “A criança pode diferenciar duas vozes prontamente, como ao ouvir a voz da mãe ou a do irmão/irmã ?” Num nível mais difícil, pergunte: “se a criança está brincando com dois irmãos e um deles fala alguma coisa, ela olha em sua direção corretamente?”

___ 0= Nunca: A criança nunca apresenta esse comportamento e os pais não podem oferecer exemplos;

___ 1= Raramente: A criança pode discriminar duas vozes diferentes, como voz de adulto e de criança, aproximadamente 25% das vezes;

___ 2= Ocasionalmente: A criança pode discriminar duas vozes diferentes, como voz de adulto e de criança, aproximadamente 50% das vezes;

___ 3= Frequentemente: A criança discrimina duas vozes diferentes, como voz de adulto e de criança, aproximadamente 75% das vezes e pode até discriminar duas vozes semelhantes, como as vozes de duas crianças;

___ 4= Sempre: A criança sempre discrimina duas vozes diferentes e frequentemente discrimina duas vozes semelhantes.

09-A criança conhece espontaneamente as diferenças entre estímulos de fala e não fala somente através da audição?

O propósito desta questão é avaliar se a criança categoriza estímulos de fala e não fala. Nós devemos perguntar sobre situações onde a criança pode confundir esses dois estímulos ou mostrar que não está confusa. Por exemplo, se a criança tem uma resposta estabelecida para um certo estímulo (como dançar ao ouvir a música), ela apresenta esse comportamento em resposta ao estímulo de fala?

Pergunte: “A criança reconhece a fala como uma categoria de sons diferentes dos sons não falados?” Por exemplo, se você está numa sala junto com a criança e a chama, ela olha para você ou para o brinquedo? “Alguma vez a criança procurou a voz de um membro da família olhando para um brinquedo familiar?”

___ 0= Nunca: A criança não apresenta esse comportamento, ou os pais não podem oferecer exemplos;

___ 1= Raramente: A criança apresenta esse comportamento 25% das vezes e os pais podem oferecer um ou dois exemplos;

___ 2= Ocasionalmente: A criança apresenta esse comportamento 50% das vezes e os pais podem oferecer inúmeros exemplos;

___ 3= Frequentemente: A criança apresenta esse comportamento 75% das vezes e os pais podem oferecer inúmeros exemplos;

___ 4= Sempre: A criança apresenta esse comportamento com confiança e consistentemente e não apresenta erros ao discriminar sons de fala e não fala.

10- A criança associa espontaneamente a entonação da voz (raiva, excitação, ansiedade) ao significado, apenas através da audição?

No caso de criança pequena, ela reconhece mudanças emocionais na voz, transmitidas através da “linguagem da mãe”? Exemplos incluem: rir ou fazer meiguice, em resposta a amplas flutuações na entonação ou mudanças na voz; ficar perturbada quando é censurada, ou firmemente contrariada (a mãe diz “não-não-não”), mesmo sem ter aumentado a intensidade da voz.

Pergunte: “Somente através da audição a criança pode perceber a emoção inerente à voz de alguma pessoa, assim como uma voz brava, excitada, etc.?” (exemplos: a mãe grita e a criança se assusta e chora, ou a criança sorri em resposta a mudanças na entonação e na prosódia da voz do pai, sem ver o seu rosto).

___ 0= Nunca: A criança não apresenta esse comportamento, os pais não podem oferecer exemplos, ou a criança nunca teve oportunidade de demonstrá-lo;

___ 1= Raramente: A criança apresenta esse comportamento Aproximadamente 25% das vezes;

___ 2= Ocasionalmente: A criança apresenta esse comportamento Aproximadamente 50% das vezes;

___ 3= Frequentemente: A criança apresenta esse comportamento ao menos 75% das vezes;

___ 4= Sempre: A criança responde consistentemente e adequadamente a variações na entonação.

ANEXO 6 - Escala de Integração Auditiva Significativa (MAIS)

ESCALA DE INTEGRAÇÃO AUDITIVA SIGNIFICATIVA (MAIS)

Aplique a questão 1a se a criança possuir idade inferior a 05 anos e a questão 1b se possuir mais que 05 anos.

1a- A criança usa o dispositivo auditivo durante todo o dia, sem resistência?

Pergunte: “Como é a rotina diária para colocar o dispositivo auditivo”? A mãe deverá explicar o quanto a criança usa o dispositivo e determinar se o usa durante todo o dia sem resistência, ou somente em períodos restritos.

Pergunte: “Se um dia você não colocou o dispositivo na criança, ela demonstrou estar sentindo falta do mesmo (apontando seu ouvido, procurando, ficando agitada, etc.)”? Uma pergunta adicional poderá ser: “Seu filho demonstra, não verbalmente, ficar aflito quando o dispositivo é retirado (como chorar ou ficar agitado)”?

0= Nunca: Os pais raramente colocam o dispositivo auditivo na criança devido à sua resistência em usá-lo;

___1= Raramente: A criança usa o dispositivo somente em curtos períodos, mas resiste em colocá-lo;

___2= Ocasionalmente: A criança usa o dispositivo somente em curtos períodos, sem resistência;

___3= Frequentemente: A criança usa o dispositivo durante todo o dia, sem resistência;

___4= Sempre: A criança usa o dispositivo durante todo o dia, apresenta algum indício quando os pais esquecem de colocá-lo e demonstra falta deste quando não está usando.

1b- A criança solicita que coloquem o seu dispositivo auditivo ou ela própria o coloca?

Pergunte: “Como é a rotina para colocar o dispositivo na criança”? A mãe deverá explicar quem é responsável por colocar o dispositivo (ela ou a própria criança). “Se um dia você não colocou o dispositivo da criança e não mencionou tal fato, a criança pede para colocá-lo e demonstra falta do mesmo”?

Uma questão adicional poderia ser: “Seu filho utiliza o dispositivo basicamente de acordo com a rotina (como na escola e uma hora à noite), ou durante todo o dia (até mesmo à noite, demonstrando maior dependência e vínculo com o dispositivo que a opção anterior)”?

___ 0= Nunca: A criança resiste em usar o dispositivo;

___ 1= Raramente: A criança usa o dispositivo sem resistência, mas nunca o solicita;

___ 2= Ocasionalmente: A criança solicita o dispositivo e contenta-se em usá-lo numa parte do dia;

___ 3= Frequentemente: A criança usa o dispositivo durante todo o dia, sem resistência:

___ 4= Sempre: A criança usa o dispositivo durante todo o dia e este faz parte do seu corpo (como óculos).

02- A criança relata e parece ficar perturbada quando seu dispositivo não está funcionando por alguma razão?

Solicite exemplos do que a criança tem feito (verbalmente ou não) quando o seu dispositivo auditivo não está funcionando. Pergunte também: “Alguma vez você checkou o dispositivo e descobriu que não estava funcionando, porém a criança não notou ou não lhe comunicou”?

No caso de crianças menores, pergunte: “Alguma vez você checou o dispositivo e observou que não estava funcionando e a criança não forneceu nenhuma indicação não verbal disto, como chorar ou levar a mão até o dispositivo”?

___ 0= Nunca: A criança não percebe se o dispositivo está funcionando ou não;

___ 1= Raramente: A criança nota um mal funcionamento do dispositivo (verbalmente ou não) somente de vez em quando;

___ 2= Ocasionalmente: Os pais podem dar alguns exemplos de que a criança detecta um mal funcionamento do dispositivo em mais de 50% das vezes e está começando a diferenciar os problemas;

___ 3= Frequentemente: Os pais oferecem muitos exemplos e/ou a criança frequentemente diferencia os vários tipos de mal funcionamento do dispositivo (bateria fraca, som distorcido);

___ 4= Sempre: A criança nunca fica sem detectar um problema em seu dispositivo, relata imediatamente tal fato a seus pais e pode facilmente identificar o problema.

03- A criança responde espontaneamente ao seu nome, no silêncio, quando chamada auditivamente, sem pistas visuais?

Pergunte: “Se você chamou a criança por trás, numa sala silenciosa, sem nenhuma pista visual, em que porcentagem ela responderia à primeira chamada”?

___ 0= Nunca: A criança nunca responde;

___ 1= Raramente: A criança responde uma ou duas vezes, ou somente após várias repetições;

___ 2= Ocasionalmente: Aproximadamente 50% das vezes na primeira tentativa, ou consistentemente apenas quando a mãe repete seu nome mais de uma vez;

___ 3= Frequentemente: Ao menos 75% das vezes, na primeira tentativa;

___ 4= Sempre: Responde consistentemente, com confiança, todas as vezes, como uma criança ouvinte. Solicite exemplos.

04- A criança responde espontaneamente ao seu nome, na presença de ruído ambiental, quando chamada auditivamente, sem nenhuma pista visual?

Pergunte: “Se você chamou a criança por trás, numa sala com pessoas conversando e a televisão ligada, sem nenhuma pista visual, em que porcentagem de tempo ela se volta à você e responde à primeira chamada?”

___ 0= Nunca: A criança nunca responde;

___ 1= Raramente: A criança responde uma ou duas vezes, ou somente após várias repetições;

___ 2= Ocasionalmente: Aproximadamente 50% das vezes, na primeira tentativa, ou consistentemente apenas quando a mãe repete seu nome mais de uma vez;

___ 3= Frequentemente: Ao menos 75% das vezes, na primeira tentativa;

___ 4= Sempre: Responde consistentemente, com confiança, todas as vezes, como uma criança ouvinte. Solicite exemplos.

05- A criança, espontaneamente, está atenta aos sons ambientais (campainha, telefone), sem ser induzida ou alertada sobre estes?

Pergunte: “Cite os tipos de sons ambientais que a criança responde em casa e dê exemplos”. Questione os pais quanto ao fato de estarem certos de que a criança responde apenas auditivamente, sem nenhuma pista visual. Exemplos podem ser solicitados: telefone, campainha, cachorro latindo, chuva, alarme, motores, sinais de microondas, lavadoras, descarga, buzina, trovão, etc. Os exemplos devem ser relacionados à atenção espontânea da criança e não ao alerta dos pais.

___ 0= Nunca: Os pais não podem oferecer exemplo, ou a criança responde somente após o alerta; 31

___ 1= Raramente: Os pais podem oferecer somente um ou dois exemplos, ou vários exemplos onde as respostas da criança são inconsistentes;

___ 2= Ocasionalmente: A criança responde aproximadamente 50% das vezes a mais de dois sons ambientais;

___ 3= Frequentemente: A criança responde consistentemente, ao menos 75% das vezes, a muitos sons ambientais;

___ 4= Sempre: A criança responde aos sons ambientais basicamente da mesma forma que uma criança ouvinte. Se houver uma série de sons que regularmente ocorre e a criança não está alerta a eles (até mesmo se responde consistentemente a dois sons como telefone e campainha), ela não será classificada numa categoria mais alta que a Ocasionalmente.

06- A criança está atenta, espontaneamente, aos sinais auditivos quando em novos ambientes?

Pergunte: “A criança mostra curiosidade (verbalmente ou não) para novos sons, quando em locais não familiares, como em alguma outra casa ou num restaurante, perguntando “O que foi este som?” ou “Eu ouvi alguma coisa?” Uma criança menor poderia dar alguma informação de que ouviu um novo som arregalando os olhos, olhando ao redor, procurando a fonte do novo som ou imitando este (como quando brincando com um novo brinquedo).

Os exemplos que os pais tem oferecido referem-se às crianças perguntando sobre o barulho das louças sendo lavadas num restaurante, brinquedos e sinos tocando em uma loja de departamentos, som de latidos em outra sala, sistema de som em lojas.

___ 0= Nunca: Os pais não podem oferecer exemplos;

___ 1= Raramente: Os pais podem oferecer somente um ou dois exemplos;

___ 2= Ocasionalmente: A criança tem feito isto inúmeras vezes e os pais podem dar exemplos;

___ 3= Frequentemente: Os pais podem dar vários exemplos e isto é uma ocorrência comum;

___ 4= Sempre: Poucos sons ocorrem sem a criança perguntar sobre os mesmos (ou, no caso de crianças menores, mostram curiosidade não verbalmente).

07- A criança reconhece, espontaneamente, os sinais auditivos que fazem parte de sua rotina doméstica ou escolar?

Pergunte: “A criança reconhece regularmente ou responde apropriadamente aos sinais auditivos em sala de aula (como ao sinal da escola, alarme de incêndio, sistema de som) ou em casa (como abrir a janela para ver qual casa quando ela ouve o ruído do portão; ir para a cozinha quando o sinal do microondas toca, indicando que a comida está pronta e é momento de comer), sem nenhuma pista visual ou alerta dos pais”?

___ 0= Nunca: A criança nunca faz isto;

___ 1= Raramente: Há um ou dois exemplos;

___ 2= Ocasionalmente: Ela responde a esses sinais aproximadamente 50% das vezes;

___ 3= Frequentemente: Muitos exemplos são oferecidos e a criança responde a esses ao menos 75% das vezes;

___ 4= Sempre: A criança claramente domina essa habilidade e apresenta resposta todas as vezes.

08- A criança demonstra habilidade para discriminar espontaneamente dois falantes, usando somente a audição (como reconhecendo a voz da mãe x voz do pai x voz dos irmãos)?

Pergunte: “A criança pode diferenciar duas vozes prontamente, como ao ouvir a voz da mãe ou do pai”? As seguintes situações podem ser propostas: “Se estão todos na mesma sala conversando: mãe, pai e irmãos, a criança reconhece a voz de cada membro da família quando dirigem-se a ela, sem qualquer pista visual?” “Se a criança está brincando com os irmãos e o pai ou a mãe a chamam, ela atende ao chamado, dirigindo-se à pessoa correta?”

___ 0= Nunca: A mãe não pode oferecer exemplos da criança discriminando sons de fala e sons de não fala;

___ 1= Raramente: Um ou dois exemplos são oferecidos;

___ 2= Ocasionalmente: Vários exemplos são oferecidos e a criança faz isto ao menos 50% das vezes;

___ 3= Frequentemente: Muitos exemplos são oferecidos e a criança faz isto 75% das vezes;

___ 4= Sempre: A criança discrimina e não apresenta erros ao realizar esta atividade.

09-A criança percebe, espontaneamente, as diferenças entre sons de fala e ambientais somente através da audição?

Pergunte: “A criança reconhece a fala como uma categoria de sons diferentes dos sons da não fala”? Por exemplo, se você está parado atrás da criança e um ruído ocorreu, ela diz “O que foi esse barulho?” No caso de crianças menores, pergunte: “Ela correria até a próxima sala para procurar a voz do membro da família ou iria olhar pela janela o cachorro, o caminhão dos bombeiros ou o carro da polícia”?

___ 0= Nunca: Os pais não podem oferecer exemplos da criança discriminando sons de fala e sons de não fala;

___ 1= Raramente: Um ou dois exemplos são oferecidos;

___ 2= Ocasionalmente: Vários exemplos são oferecidos e a criança faz isto ao menos 50% das vezes;

___ 3= Frequentemente: Muitos exemplos são oferecidos e a criança faz isto ao menos 75% das vezes;

___ 4= Sempre: A criança sempre faz isto e não apresenta erros

10- A criança associa, espontaneamente, a entonação da voz (raiva, excitação, ansiedade) com o significado apenas através da audição?

Pergunte: “Somente através da audição a criança pode perceber a emoção inerente à voz de alguma pessoa, assim como uma voz brava, excitada, etc.”? (exemplos: O pai grita “anda logo” na porta do banheiro e a criança responde, também gritando, “Por que você está bravo?”. No caso de crianças menores, ela começa a chorar por causa do som de irritação na voz do pai?). Um outro exemplo é: se o pai/mãe estiver lendo um livro novo para a criança, com ela sentada em seu colo e sem poder observar o seu rosto (ex.: A mãe diz: “O garoto gritou - Vamos embora !- “ e a criança diz: “O garoto está feliz por ir ao parque”).

___ 0= Nunca: Os pais não podem oferecer exemplos ou a criança nunca teve oportunidade para isto;

___ 1= Raramente: A criança faz isto 25% das vezes;

___ 2= Ocasionalmente: A criança faz isto aproximadamente 50% das vezes;

___ 3= Frequentemente: A criança faz isto ao menos 75% das vezes;

___ 4= Sempre: A criança pode identificar consistentemente mais que uma emoção, na condição de audição somente.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Caro (a) responsável,

Você está sendo convidado como voluntário para participar da pesquisa “O Estudo dos Estilos Parentais no Desenvolvimento de Habilidades Auditivas em Crianças com Deficiência Auditiva Usuárias de Implante Coclear”.

A pesquisa busca estudar como os estilos parentais (conjunto de atitudes e práticas relacionadas com as questões relacionadas à criação dos filhos) ocorrem em pais de crianças com deficiência auditiva usuárias de implante coclear. Vamos analisar como as práticas parentais estudadas influenciam no desenvolvimento da fala dessa população. O objetivo, com esta pesquisa, é obter informações confiáveis para compreender esse fenômeno na população brasileira. Com seu consentimento, propomos que você componha o grupo de análise de pais e/ou responsáveis por crianças usuárias de implante coclear.

Nosso projeto consiste em aplicar o Questionário de Estilos e Dimensões Parentais, que busca avaliar os comportamentos adotados pelos pais ao educarem seus filhos, a Escala de Integração Auditiva para Crianças Pequena – IT MAIS (para crianças de 3 e 4 anos) ou a Escala de Integração Auditiva Significativa – MAIS (para crianças de 5, 6 e 7 anos), que consistem em avaliar o desenvolvimento da fala em crianças implantadas através do significado da perda auditiva para a criança no uso de sons em situação de vida diária. Desta forma, investigaremos o desenvolvimento da fala de seu filho através de parâmetros confiáveis sobre como as práticas parentais influenciam seu percurso.

Levando-se em conta que toda pesquisa apresenta riscos, há possibilidades de que a avaliação possa gerar possível desconforto ou constrangimentos aos participantes, mesmo que mínimos, ao responderem os questionários da

pesquisa. Este risco será minimizado pelos pesquisadores, que darão tempo necessário às respostas e prestarão acolhimento individual necessário durante a coleta dos dados ou após, se necessário, e manterão os dados em local apropriado, com acesso restrito e sigiloso. Se você apresentar demandas psicológicas espontâneas durante a pesquisa poderá solicitar atendimento psicológico na Clínica-Escola de Psicologia do Ambulatório Ciências Médicas.

Para participar deste estudo o Sr. (a) não terá nenhum custo nem receberá qualquer vantagem financeira. Caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito à indenização. O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar e a qualquer tempo e sem quaisquer prejuízos, pode retirar o consentimento de guarda e utilização dos dados fornecidos, valendo a desistência a partir da data de formalização desta. A sua participação é voluntária, e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a) pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados obtidos pela pesquisa, a partir dos dados fornecidos, estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou dados pessoais que indiquem sua participação não serão liberados sem a sua permissão.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida ao Sr. (a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos (ou até 10 (dez) anos) na Faculdade de Medicina da UFMG, no departamento de Ciências Fonoaudiológicas, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resoluções Nº 466/12; 441/11 e a Portaria 2.201 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares), utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos. Esta pesquisa não possui fins lucrativos para os realizadores. A intenção é única e exclusivamente científica.

Coloco-me à sua disposição para qualquer esclarecimento.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos, métodos, riscos e benefícios da pesquisa “O Estudo dos Estilos Parentais no Desenvolvimento de Habilidades Auditivas em Crianças com Deficiência Auditiva Usuárias de Implante Coclear” de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

() Concordo que os dados fornecidos sejam utilizados somente para esta pesquisa.

() Concordo que os dados fornecidos possam ser utilizados em outras pesquisa, mas serei comunicado pelo pesquisador novamente e assinarei outro termo de consentimento livre e esclarecido que explique para que serão utilizados os dados.

Declaro que concordo em participar desta pesquisa. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido assinado por mim e pelo pesquisador, que me deu a oportunidade de ler e esclarecer todas as minhas dúvidas.

Nome completo do participante
Data

Assinatura do participante

Nome completo do Pesquisador Responsável: Sirley Alves da Silva Carvalho

Endereço: Av. Prof. Alfredo Balena, 190. Depfono, sala 251 - Santa Efigênia

CEP: MG, 30130-100/ Belo Horizonte – MG

Telefones: (31) 998102189

E-mail: salves.carvalho@gmail.com

Assinatura do pesquisador responsável

Data

Nome completo do pesquisador: Aline Alves Ferreira

Endereço: Av. Prof. Alfredo Balena, 190. Depfono, sala 251 - Santa Efigênia

CEP: MG, 30130-100/ Belo Horizonte – MG

Telefones: (31) 998288322

E-mail: alinealvesps@gmail.com

Assinatura do pesquisador responsável

Data

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

COEP-UFMG - Comissão de Ética em Pesquisa da UFMG

Av. Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005.

Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG – Brasil. CEP: 31270-901.

E-mail: coep@prpq.ufmg.br . Tel: 34094592.

Hospital das Clínicas UFMG: Av. Prof. Alfredo Balena, 110 - Santa Efigênia,
Belo Horizonte – MG, 30130-100

APÊNDICE 2 - Roteiro de Anamnese Clínica

TRIAGEM DE CASO

1- Informações Familiares

Nome do responsável:

Idade: _____

Parentesco: () Mãe

() Pai

() Outro: _____

Nível de escolaridade: () Ensino primário

() Ensino fundamental completo

() Ensino médio completo

() Ensino técnico completo

() Ensino superior completo

() Ensino de pós-graduação completo

Nome da criança: _____ Data

de nascimento: _____

Sexo da criança : () Feminino () Masculino

2- Histórico de perda auditiva

Causa: _____

Triagem auditiva neonatal: () Fez () Não fez

Resultado: () Falhou () Passou. Data do diagnóstico: _____

Tipo de perda: () Unilateral () Bilateral

Grau de perda: OD () Ausente () Leve () Moderada () Severa () Profunda

OE () Ausente () Leve () Moderada () Severa () Profunda

Outro diagnóstico: () Sim () Não

Qual ? _____

Medicamento ? _____

3-Implante Coclear

Tempo de experiência auditiva:

Tipo de implante: () Unilateral () Bilateral simultâneo () Bilateral Sequencial. Quanto tempo ? _____

Tempo de uso de implante coclear: () Contínuo () Intermitente. Quanto tempo ? _____

Acompanhamentos realizados no momento: () Fonoaudiologia

() Psicologia

() Fisioterapia

() Psiquiatria

() Outro: _____

APÊNDICE 3 - Descrição Geral dos Participantes do Grupo Clínico

Descrição Geral dos Participantes (N=50)		nº	%
Etiologia da DA	Não identificada	23	46,0%
	Genética	7	14,0%
	Antibiótico	4	8,0%
	Outras	16	32,0%
Realizou o TAN	Sim	46	92,0%
	Não	4	8,0%
Possui outro Diagnóstico	Não	40	80,0%
	Sim	10	20,0%
Uso de Medicamento	Não	46	92,0%
	Sim	4	8,0%
Acompanhamentos	Fonoaudiologia	47	94,0%
	Psicologia	15	30,0%
	Outros	19	38,0%
Tipo de Implante	Unilateral	33	66,0%
	Bilateral Simultâneo	11	22,0%
	Bilateral Sequenciado	6	12,0%
Uso do Implante Coclear	Contínuo	41	82,0%
	Intermitente	9	18,0%