

Maíra da Silva¹
Ana Priscila Batista²
Jáima Pinheiro de Oliveira³
Ana Paula Dassie-Leite³

Descritores

Voz
Distúrbios da voz
Comportamento infantil
Criança
Disfonia

Keywords

Voice
Voice disorders
Child behavior
Child
Dysphonia

Endereço para correspondência:

Ana Paula Dassie-Leite
UNICENTRO - Departamento de Fonoaudiologia
Rd. PR 156, Km 07, Riozinho, Irati (PR), Brasil, CEP: 84500-000.
E-mail: pauladassie@hotmail.com

Recebido em: 6/3/2012

Aceito em: 2/7/2012

Habilidades sociais em crianças disfônicas

Social skills in dysphonic children

RESUMO

Objetivo: Obter e analisar os dados de avaliação das habilidades sociais de crianças disfônicas. **Métodos:** Trata-se de um estudo prospectivo transversal. Participaram 38 crianças, com faixa etária entre 7 e 11 anos, estudantes de uma mesma escola pública, que foram divididas em dois grupos: Grupo Estudo (GE) – 19 crianças disfônicas; Grupo Controle (GC) – 19 crianças não disfônicas. Os grupos foram pareados por gênero e faixa etária. Foram excluídas do grupo estudo crianças com histórico de quaisquer problemas vocais de origem orgânica, de acordo com questionário de identificação e investigação de saúde geral e vocal, respondido pelos responsáveis. Todas as crianças foram submetidas à aplicação do Inventário Multimídia de Habilidades Sociais para Crianças (IMHSC), composto por 21 situações de interação social, representadas por fotos, protagonizadas por uma criança. Diante de cada situação, o participante deveria optar por uma das três possibilidades de atitudes, se estivesse no lugar do protagonista. Cada resposta corresponde a um dos três tipos de reações: assertiva, passiva e agressiva. Os dados foram analisados estatisticamente. **Resultados:** Não houve diferença no resultado da avaliação de habilidades sociais entre os grupos, ou seja, crianças do GE e GC apresentaram escores semelhantes referentes à assertividade, agressividade e passividade. Por consequência, não houve diferença nas subescalas do inventário referentes às habilidades sociais. Quanto ao GE, não houve relação entre os escores obtidos no IMHSC e o grau de alteração vocal. **Conclusão:** Não é possível determinar comportamentos específicos em crianças disfônicas, no que se refere às habilidades sociais.

ABSTRACT

Purpose: To obtain and analyze data from the social skills evaluation of dysphonic children. **Methods:** This is a cross-sectional and prospective study. Participants were 38 children enrolled in a public school, ranging in age from 7 to 11 years. They were separated into two groups: Study Group (SG) – 19 dysphonic children; Control Group (CG) – 19 non-dysphonic children. The groups were matched by gender and age range. Children with any history of organic vocal problems, according to the identification and investigation of general and vocal health questionnaire, which was answered by the legal guardian, were excluded. The Multimedia Social Skills Inventoire for Children (MUSIC) was applied, which consists of 21 social interaction situations represented by photos, having a child as the leading figure. For each situation, the participant should select one out of three behaviors, putting themselves in the place of the main character. Each response corresponds to one out of three types of reaction: assertive, passive and aggressive. Data were statistically analyzed. **Results:** There was no difference between the groups on the social skills evaluation results, that is, SG and CG children presented similar scores regarding assertiveness, aggressiveness and passiveness. Consequently, there was no difference on the subscales of the inventory regarding social skills. As for the SG, there was no relationship between the scores obtained on the MUSIC and the severity of the voice disorder. **Conclusion:** It is not possible to determine specific behaviors of dysphonic children concerning social skills.

Trabalho realizado no Departamento de Fonoaudiologia, Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO – Irati (PR), Brasil.

(1) Curso de Fonoaudiologia, Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO – Irati (PR), Brasil.

(2) Departamento de Psicologia, Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO – Irati (PR), Brasil.

(3) Departamento de Fonoaudiologia, Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO – Irati (PR), Brasil.

Conflito de interesses: Não

INTRODUÇÃO

As disfonias infantis correspondem a problemas vocais que acometem crianças de diferentes idades e podem ter etiologia funcional ou orgânica. Embora não haja muitos estudos epidemiológicos controlados que precisem a prevalência de tal acometimento, estima-se que a variação esteja em torno de 8 a 30%⁽¹⁻³⁾. Tais índices são consideráveis, uma vez que a disфония pode influenciar negativamente na qualidade de vida dos indivíduos⁽⁴⁾.

Na literatura fonoaudiológica, é comum a descrição de algumas características comportamentais e emocionais de crianças portadoras de distúrbios vocais de origem funcional (desencadeadas pelo próprio uso da voz). Estudos consideram que a agressividade, a impulsividade e a hiperatividade estejam relacionados às disfonias^(5,6). Outros mencionam que as crianças disfônicas possuem traços de ansiedade, perfeccionismo e menor sociabilidade^(7,8). No entanto, uma pesquisa recente⁽⁹⁾ confronta esses dados, com a conclusão de que crianças com nódulos vocais são extrovertidas e que não há relação entre a disфония e as alterações comportamentais como agressividade, desatenção ou problemas impulsivos.

Assim, permanece-se incerta a relação entre as alterações comportamentais e o desencadeamento ou manutenção das disfonias. Além disso, é difícil precisar se o aspecto comportamental seria o desencadeador da alteração vocal ou a consequência deste problema, devido às possíveis restrições sociais que a disфония pode trazer.

As controvérsias de conhecimentos na área podem trazer consequências na avaliação, conduta e no planejamento terapêutico fonoaudiológico para os casos de disфония infantil. Podem, ainda, instigar julgamentos precipitados e sem fundamentação teórica adequada sobre os pacientes, acerca da personalidade ou até mesmo sobre questões familiares. Por outro lado, a atuação fonoaudiológica com a criança pode ter limitações devido à negligência em relação a outras alterações (como as alterações comportamentais/de habilidades sociais) que podem estar implícitas, podendo até influenciar negativamente na evolução terapêutica.

Existe, na Psicologia, uma área que se ocupa do estudo das Habilidades Sociais. Tais habilidades correspondem às diferentes classes de comportamentos sociais presentes no repertório do indivíduo no momento em que ele lida, de forma adequada, com as demandas das situações interpessoais⁽¹⁰⁾. Trata-se de um conjunto de comportamentos apresentados para atender determinada demanda interpessoal, exigida pelas diversas situações sociais as quais uma pessoa está exposta. Assim, o conceito de “Habilidades Sociais” vai além do que se entende por “boas maneiras” e se refere à construção de relacionamentos interpessoais saudáveis e produtivos⁽¹¹⁾.

É na infância que o sujeito começa a adquirir as competências e habilidades de relacionamento, sendo que o sucesso ou insucesso nesta área são indicadores para o desenvolvimento da criança. Ela pode ter como resultados positivos uma maior aceitação pelos colegas, autoestima e realização acadêmica. Ao contrário, pode até ser rejeitado pelos seus pares, ter depressão ou baixo rendimento

acadêmico. As habilidades se referem a atitudes relacionadas ao autocontrole, ao seguimento de regras ou ao relacionamento com seus pares, como ter a capacidade em acalmar-se, aguardar a vez para falar, oferecer ajuda ou prestar atenção, o que permite um bom relacionamento da criança com seus colegas, pais e professores⁽¹²⁾.

Para avaliar as habilidades sociais em crianças, foi elaborado um instrumento, que pode ser utilizado como fonte confiável de coleta de dados, pois este foi validado para a população infantil brasileira. Denominado de Inventário Multimídia de Habilidades Sociais para Crianças – IMHSC⁽¹³⁾, com ele, é possível investigar e refletir sobre o modo como a criança reage perante as exigências das situações. São classificados três tipos de respostas: reações habilidosas ou assertividade, nas quais a criança consegue atender as demandas do ambiente com atitudes que contribuem para sua competência social; reações não habilidosas passivas ou passividade, caracterizadas por retraimento, mágoa e ansiedade; e por último, as reações não habilidosas ativas ou agressividade, representadas por atitudes mais agressivas, autoritarismo ou coerção.

O método de avaliação IMHSC é amplamente utilizado na área das Habilidades Sociais e possibilita conhecer melhor o perfil das crianças, podendo fornecer informações valiosas sobre as principais características das crianças disfônicas em relação ao repertório de habilidades sociais. Por meio dele, é possível indicar se crianças com disфония têm tendência a comportamentos mais agressivos, assertivos ou passivos. O presente estudo pretende contribuir para novas reflexões a respeito do assunto, permitindo que se conheça as habilidades sociais da criança disfônica e com isso seja possível aprimorar a prática fonoaudiológica junto a essa população, atendendo às necessidades específicas de cada paciente. Diante do exposto, o objetivo deste trabalho foi obter e analisar os dados de avaliação das habilidades sociais de crianças disfônicas.

MÉTODOS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Centro-Oeste, UNICENTRO, sob o número 062/2010. Para a realização das atividades na escola a pesquisadora obteve a autorização da diretora da instituição. A pesquisa cumpriu todas as exigências éticas de acordo com a resolução 196/96 do CONEP. Todos os responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Trata-se de um estudo transversal de caráter descritivo. Participaram da amostra final 38 crianças, com idades entre 7 e 11 anos (média de 8 anos), sendo 19 crianças disfônicas integrantes do grupo estudo (GE) e 19 crianças não disfônicas que fizeram parte do grupo controle (GC). O GE foi composto por crianças que apresentaram qualidade vocal alterada no momento da avaliação e o GC por crianças que apresentaram qualidade vocal adaptada nesse mesmo momento. Foram excluídas do estudo crianças com distúrbios neurológicos, psiquiátricos ou outros problemas de saúde que pudessem influenciar negativamente, tanto na produção vocal quanto nos aspectos comportamentais. Essas questões foram investigadas por meio de inquérito junto aos pais.

Procedimentos preliminares

Para que a amostra final pudesse ser composta, foram realizados procedimentos preliminares. Inicialmente, foram realizadas triagens vocais em todas as crianças de 7 a 12 anos, matriculadas em uma escola pública municipal da cidade de Irati-PR, localizada na região central da cidade. A escola foi selecionada por contar com um grande número de crianças matriculadas na faixa etária pretendida pelas pesquisadoras.

Foram triadas 277 crianças, por meio de gravação de amostras vocais em notebook, com microfone unidirecional posicionado a 45°. Foram coletadas as seguintes amostras: emissão sustentada da vogal /a/, emissão encadeada (contagem de números de 1 a 10) e trecho de fala espontânea (pergunta: “Do que você gosta de brincar?”). As amostras coletadas foram gravadas em um CD, aleatoriamente, em pastas individuais que continham as gravações referentes à emissão sustentada, à fala encadeada e a emissão espontânea de cada criança. Em seguida, o CD foi encaminhado para avaliação de uma fonoaudióloga especialista em voz, com aproximadamente sete anos de experiência com avaliação perceptivo-auditiva. A avaliação foi feita em sala silenciosa, com a colocação do CD em um notebook e por meio de fones de ouvido adequados para a tarefa. A profissional recebeu a informação de que se tratava de vozes infantis e foi orientada a ouvir o conjunto de amostras de cada criança, por quantas vezes julgasse necessário, e indicar se considerava a voz, de forma geral, adaptada ou alterada. Na presença de alteração vocal, eram definidos o tipo de voz predominante (rugosa, soprosa ou tensa) e o grau global de alteração apresentado pela criança (leve, moderado ou intenso).

É importante mencionar que foram consideradas adaptadas as vozes com qualidade aceitável socialmente, que não interferiam na inteligibilidade da fala e que apresentavam *pitch*, *loudness*, modulação e projeção adequadas para o sexo e a idade do falante⁽¹⁴⁾. Nesse sentido, as particularidades das vozes infantis foram levadas em consideração, uma vez que a literatura aponta a possibilidade de discretos desvios de qualidade vocal nessa faixa etária devido ao processo fisiológico de desenvolvimento da laringe⁽¹⁴⁾.

De acordo com as avaliações, 21 crianças disfônicas foram identificadas. Destas, duas foram excluídas da amostra – uma por mudança de cidade e a outra por não trazer o questionário de identificação preenchido pelos pais. As crianças consideradas disfônicas tiveram novas amostras de fala coletadas após um período de 15 dias para confirmação da alteração vocal. Tais amostras, que correspondiam exatamente às mesmas tarefas solicitadas na primeira avaliação, foram reavaliadas pela mesma juíza. Neste momento, todas as avaliações permaneceram inalteradas. Portanto, compuseram a amostra final do GE 19 crianças, sendo 11 meninas e oito meninos, com idades entre 7 e 11 anos.

Coleta de dados

Após o acesso às informações das triagens vocais, começaram as etapas da pesquisa propriamente dita. As crianças foram subdivididas nos dois grupos já referidos, GE e GC. A

seleção das crianças para o grupo controle, ou seja, de crianças que apresentaram qualidade vocal adaptada (256 crianças), foi realizada de maneira aleatória, por sorteio, respeitando o pareamento com as crianças do GE de acordo com gênero e faixa etária. Desta forma, o GC também foi composto por 19 crianças, sendo 11 meninas e oito meninos, com idades entre 7 e 11 anos. Optou-se pela seleção do mesmo número de crianças do GE (19) e pelo pareamento para que a amostra fosse o mais homogênea possível, uma vez que a literatura aponta que os níveis de habilidades sociais das crianças podem variar de acordo com gênero e faixa etária⁽¹⁵⁾.

Após a subdivisão dos grupos, foram enviados aos pais, via escola, um questionário elaborado pelas pesquisadoras, que abordava questões semiestruturadas referentes à saúde geral da criança e ao levantamento de possíveis hábitos vocais inadequados apresentados por elas. As questões referentes à saúde geral tiveram como objetivo verificar se a criança, por algum motivo, poderia ser excluída da pesquisa devido aos critérios aqui elencados. Foram feitas questões a respeito de possíveis distúrbios neurológicos, auditivos, respiratórios e realização de cirurgias prévias. No entanto, nenhum responsável referiu antecedentes que indicassem alterações vocais de etiologia essencialmente orgânica (todos negaram quaisquer problemas de saúde e cirurgias prévias). Além do questionamento sobre a saúde geral, foram questionados os possíveis hábitos vocais inadequados apresentados pelas crianças, a fim de se estabelecer algumas relações com os resultados referentes às habilidades sociais.

A partir do recebimento do questionário preenchido, as crianças selecionadas foram submetidas à avaliação das habilidades sociais. O instrumento utilizado para essa avaliação é denominado Inventário Multimídia de Habilidades Sociais para Crianças (IMHSC)⁽¹³⁾, destinado a crianças de 7 a 12 anos de idade, amplamente utilizado em pesquisas de avaliação comportamental no Brasil.

O IMHSC é composto por 21 situações de interação social, representadas por fotos, protagonizadas por uma criança. O instrumento oferece a possibilidade de utilização de dois modos: a versão informatizada ou a impressa. Pode ser aplicado individualmente ou em grupo. Nesta pesquisa, utilizamos a versão impressa com suas páginas digitalizadas e transmitidas aos alunos por meio de projetor multimídia para facilitar a aplicação para grupos, de até quatro crianças, mas também foi utilizado em aplicações individuais. Durante a coleta de dados, as crianças permaneciam em uma sala de aula da escola, preparada previamente, e não se comunicavam entre si. Apenas podiam fazer perguntas à pesquisadora caso tivessem dúvidas sobre as situações apresentadas.

Diante de cada situação, o participante deveria optar por uma das três possibilidades de atitudes, como se estivesse no lugar do protagonista da situação, e anotar em uma ficha de resposta. Enfatizou-se às crianças que não havia alternativas certas ou erradas. Cada possibilidade de resposta correspondia a um dos três tipos de reações: assertiva (que demonstra assertividade, empatia, expressão de sentimentos positivos ou negativos de forma apropriada, civilidade, etc.), passiva (que demonstra esquiva ou fuga ao invés de enfrentamento da

situação) e agressiva (que demonstra agressividade, negativismo, ironia, autoritarismo, etc.).

Apenas para critério de ilustração, uma vez que o IMHSC não pode ser aqui anexado devido às normas para sua utilização, é possível exemplificar uma das 21 situações impostas às crianças durante o teste: “Yasmin procura seu único lápis, pois está precisando muito dele. Na mesma hora, Renato pede-lhe o lápis emprestado. O que Yasmin vai fazer?” Reação 1: Empresta o lápis e pensa “*Puxa vida, eu não deveria ter emprestado. Será que ele vai devolver?*” Reação 2: Diz “*Eu não posso emprestar agora, eu estou usando. A hora que eu terminar eu te empresto*”. Reação 3: Diz “*Cadê o seu? Não tem o seu não, é? Pois eu é que não vou emprestar o meu!*”. O IMHSC é destinado, preferencialmente, a psicólogos, mas contém recursos que podem ser utilizados por outros profissionais das áreas de saúde e educação. Assim, outros profissionais podem aplicar o IMHSC.

As respostas das crianças foram analisadas e, a partir disso, foram estabelecidos escores para os três subitens do protocolo (agressividade, assertividade e passividade) e em cada uma das subescalas. A subescala “Empatia e Civilidade” refere-se às habilidades de expressão de sentimentos positivos de solidariedade e companheirismo ou de polidez social. A subescala “Assertividade de Enfrentamento” refere-se às habilidades de afirmação e defesa de direitos e de autoestima, com risco potencial de reação indesejável por parte do interlocutor. A subescala “Autocontrole” refere-se às habilidades que envolvem controle emocional diante de frustração ou de reação negativa ou indesejável de colegas. A subescala “Participação” refere-se às habilidades de envolver-se e comprometer-se com o contexto

social mesmo quando as demandas do ambiente não lhes são especificamente dirigidas. Ainda há uma subescala denominada “Não-fatores”, para os itens que não se encaixam nas subescalas citadas anteriormente⁽¹³⁾.

Há um cálculo específico proposto pelo próprio instrumento e os resultados foram comparados entre o GE e GC. Os dados foram tabulados e analisados estatisticamente. Foram utilizados os testes U de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis e adotou-se nível de significância de 0,05 ou 95%.

RESULTADOS

Do total de crianças do GE, 17 apresentavam voz predominantemente rugosa e duas apresentavam voz predominantemente soprosa. Além disso, 11 apresentavam disfonia de grau discreto e oito apresentavam disfonia de grau moderado. Ainda no que se refere à caracterização da amostra, foram obtidos os dados referentes à ocorrência de hábitos vocais inadequados referidos pelos pais das crianças do GE e GC (Tabela 1).

Quanto às habilidades sociais, observamos que crianças disfônicas e não disfônicas apresentaram escores semelhantes nos subitens do protocolo IMHSC (assertividade, agressividade e passividade), sem diferença entre eles (Tabela 2). Como consequência, nenhuma das subescalas referentes às habilidades sociais (empatia e civilidade, assertividade de enfrentamento, autocontrole, participação e não fatores) apresentaram diferenças entre GE e GC (Tabela 3). Tais resultados indicaram que crianças disfônicas e não disfônicas têm comportamentos e habilidades sociais semelhantes.

Tabela 1. Caracterização das crianças em relação aos hábitos vocais inadequados

Hábitos inadequados	Grupo Controle		Grupo Estudo	
	n	%	n	%
Grita	8	42,1	11	57,8
Fala por longos períodos	8	42,1	11	57,8
Tenta falar mais alto que o barulho ou que os outros	5	26,3	9	47,3
Imita barulhos, vozes de personagens ou pessoas	6	31,5	5	26,3
Fala muito alto	7	36,8	7	36,8
Canta constantemente mesmo enquanto outros conversam	2	10,5	1	5,2
Força a voz	4	21	2	10,5
Assusta os outros com gritos	5	26,3	4	21
Canta forçado	0	0	2	10,5
Chama atenção em grupos com sua voz	4	21	4	21

Tabela 2. Resultados obtidos pelas crianças quanto às reações agressivas, passivas e assertivas no IMHSC

Escores	Grupo	Média	SD	U Mann-Whitney	Z	Valor de p
Agressividade	GE	1,58	2,65	175	-0,18	0,86
	GC	1,79	2,82			
Passividade	GE	5,16	2,73	128,5	-1,54	0,12
	GC	3,89	1,94			
Assertividade	GE	13,84	4,78	139,5	-1,2	0,23
	GC	15,32	4,27			

Teste U de Mann-Whitney (p<0,05)

Legenda: GE = grupo estudo; GC = grupo controle; DP = desvio-padrão

Tabela 3. Resultados referentes às subescalas do IMHSC

Escores subescalas das reações	Grupo	Média	DP	Valor de p
Empatia e civilidade agressivo	GE	0,53	0,9	>0,05
	GC	0,63	1,16	
Empatia e civilidade passivo	GE	1,63	1,54	>0,05
	GC	0,74	0,87	
Empatia e civilidade assertivo	GE	5,84	2,09	>0,05
	GC	6,63	1,86	
Assertividade de enfrentamento agressivo	GE	0,37	0,68	>0,05
	GC	0,63	1,07	
Assertividade de enfrentamento passivo	GE	2	1,11	>0,05
	GC	1,63	1,01	
Assertividade de enfrentamento assertivo	GE	2,63	1,42	>0,05
	GC	2,68	1,29	
Autocontrole agressivo	GE	0,63	0,9	>0,05
	GC	0,32	0,75	
Autocontrole passivo	GE	0,89	0,88	>0,05
	GC	0,74	1,05	
Autocontrole assertivo	GE	2,47	1,26	>0,05
	GC	3	1,25	
Participação agressivo	GE	0,37	0,68	>0,05
	GC	0,11	0,32	
Participação passivo	GE	0,32	0,58	>0,05
	GC	0,21	0,42	
Participação assertivo	GE	2,26	0,93	>0,05
	GC	2,63	0,6	
Não-fatores agressivo	GE	0,21	0,42	>0,05
	GC	0,11	0,32	
Não-fatores passivo	GE	0,63	0,6	>0,05
	GC	0,89	0,57	
Não-fatores assertivo	GE	1,21	0,63	>0,05
	GC	1	0,58	

Teste de Mann-Whitney ($p < 0,05$)

Legenda: GE = grupo estudo; GC = grupo controle; DP = desvio-padrão

Em relação à comparação entre os escores médios obtidos no IMHSC pelas crianças do GE, com as variáveis referentes a gênero e grau da disfonia, também não foi observada diferença (Tabela 4). Estes dados indicaram que tanto meninos quanto meninas, com diferentes graus de alteração vocal, apresentam índices de habilidades sociais semelhantes.

Finalmente, buscamos compreender a relação entre a quantidade média de hábitos vocais inadequados referidos pelos pais e os escores de agressividade, passividade e assertividade obtidos pelas crianças no IMHSC. Não houve diferença, indicando que o comportamento vocal parece não estar diretamente relacionado às habilidades sociais (Tabela 5).

DISCUSSÃO

Vista a importância da Fonoaudiologia na atuação com

crianças disfônicas, este estudo propôs-se a investigar a possível relação entre os problemas de voz nas crianças e suas habilidades sociais da infância. Assim, a ideia seria trazer a possibilidade de uma nova visão a esses pacientes, livrando-os de estereótipos impostos, tais como as atribuições de ansiedade e agressividade à sua personalidade. A partir da reformulação de tais conceitos, formas diferenciadas de intervenção podem ser pensadas, como fazer uso de áreas da Psicologia, levando em conta a importante prevalência de disfonia infantil encontrada em vários estudos⁽¹⁻³⁾ acerca do assunto.

Outras relações já foram estudadas no que se refere às habilidades sociais. Já se conhece, por exemplo, a associação entre problemas em tais habilidades e as dificuldades de aprendizagem^(15,16). Também já são pontuadas relações entre os déficits intelectuais e os problemas comportamentais/ou de habilidades sociais⁽¹⁷⁾. No entanto, informações sobre as características

Tabela 4. Relação entre os escores obtidos no IMHSC e as variáveis referentes ao gênero e ao grau da disфонia no Grupo Estudo (GE)

Escore	Gênero			Grau da disфонia		
	Gênero	Média	Valor de p	Grau da disфонia	Média	Valor de p
Escore agressividade	Feminino	0,91	0,06	Discreto	1,9	0,59
	Masculino	2,75		Moderado	1,22	
Escore passividade	Feminino	4,05	0,22	Discreto	4,9	0,74
	Masculino	5,19		Moderado	5,44	
Escore assertividade	Feminino	15,68	0,10	Discreto	13,4	0,96
	Masculino	13,06		Moderado	14,33	

Teste U de Mann-Whitney ($p < 0,05$)

Tabela 5. Relação entre a quantidade de hábitos vocais inadequados referidos pelos pais e os resultados referentes às habilidades sociais das crianças disفônicas (GE)

Quantidade de hábitos inadequados	Agressividade	Passividade	Assertividade
0 a 1	1,56	4,81	14,63
2 a 4	1,43	4,71	14,29
5 ou mais	2,38	3,63	15
X ²	1,2	1,47	0,16
Valor de p	0,55	0,48	0,92

Teste Kruskal-Wallis ($p < 0,05$)

comportamentais de crianças com distúrbios vocais ainda são frágeis e pouco conhecidas.

Em relação à frequência de cada um dos hábitos vocais questionados aos pais (Tabela 1), ficou claro que crianças com vozes saudáveis também apresentam um grande número de hábitos vocais inadequados. Tal dado corrobora resultados de estudo que investigou os hábitos vocais de escolares junto aos seus pais⁽¹⁸⁾.

A primeira constatação importante deste estudo diz respeito à semelhança entre crianças disفônicas e não disفônicas quanto às reações assertivas, passivas e agressivas vividas em seu dia-a-dia (Tabela 2). A criança toma uma atitude assertiva quando, por exemplo, expõe suas ideias e não deixa ser coagido ou quando oferece ajuda a um colega. Uma atitude passiva se configura quando a criança tenta se esquivar das situações tem medo de falar o que pensa ou até mesmo de apresentar argumentos para se defender. Atitudes agressivas são representadas quando a criança reage com impulsividade, ironia, faz gozação do colega ou não quer cooperar em um grupo⁽¹¹⁾.

As médias obtidas nas três reações contidas no IMHSC por ambos os grupos (Tabela 2) são semelhantes às apresentadas pelo grupo controle de outra pesquisa, que comparou as habilidades sociais de crianças com síndrome de Down com crianças com desenvolvimento típico (GC)⁽¹⁷⁾. Vale a pena ressaltar que a atitude mais prevalente, em ambos os grupos, foi a assertiva, demonstrando que as crianças participantes do estudo costumam agir de forma adequada diante das demandas de situações interpessoais. Tais achados discordam de trabalhos que apontaram alterações comportamentais em crianças disفônicas⁽⁵⁻⁸⁾.

Percebe-se que existiu uma tendência nas décadas de 60 a 80, para o desenvolvimento de estudos psicológicos junto a crianças disفônicas^(5,7,8). Todos eles encontraram dados que incluíam sinais de ansiedade, hiperatividade, dificuldades para enfrentar situações estressantes, distúrbios emocionais, sentimentos antissociais e principalmente agressividade. Acredita-se que a incompatibilidade entre as pesquisas antigas e estudos atuais possa ser justificada pelas diferenças socioculturais, demográficas e das características populacionais no decorrer do tempo. Além disso, a utilização de diferentes métodos de avaliação dos aspectos comportamentais pode ter influenciado nos resultados obtidos.

Na década de 90, começou haver certa modificação no que se acreditava sobre as características comportamentais na disфонia infantil. Isso porque um estudo sobre a personalidade de crianças com diagnóstico de nódulos vocais⁽¹⁹⁾ mostrou que esse grupo não apresentava traços de agressividade. Ainda assim, foram observadas dificuldades em aspectos afetivos e cognitivos, o que poderia prejudicar as habilidades de comunicação e, conseqüentemente, levar ao uso incorreto da voz e ao desenvolvimento da disфонia.

Por fim, um recente e importante estudo internacional foi realizado na tentativa de elucidar uma possível relação entre a disфонia infantil e determinadas características comportamentais⁽⁹⁾. Tal pesquisa foi realizada com 26 crianças com nódulos vocais, de 4 a 12 anos. Os autores aplicaram um protocolo intitulado *The Childhood Behavior Checklist (CBCL/4-18)*, que aborda questões do comportamento infantil e deveria ser respondido pelos pais de crianças, após estes terem observado seus filhos por um período de seis meses. Houve diferenças entre as crianças com e sem nódulos, sendo que as disفônicas apresentaram-se mais sociáveis durante as brincadeiras ou na escola, podendo ser caracterizadas como falantes e/ou extrovertidas. Estes dados foram confirmados por uma pesquisa nacional⁽²⁰⁾, em que, por meio de relatos dos pais, as autoras concluíram que as crianças disفônicas são mais falantes e extrovertidas.

O presente estudo não corroborou as características comportamentais negativas, de agressividade e passividade expressas nos estudos mais antigos^(5,7,8), principalmente porque além dos resultados principais, todas as subescalas do IMHSC indicaram semelhança entre os grupos (Tabela 3). No entanto, também não podemos fazer inferências sobre a relação do nosso estudo com as pesquisas atuais supracitadas, já que a extroversão

não necessariamente indica assertividade. Contudo, é possível considerar que a segurança quanto à comunicação e à sociabilidade (extroversão) seja um aspecto importante para a criança expressar uma reação habilidosa ou assertiva.

No que se refere à análise específica do grupo de crianças disfônicas, observamos que os índices de assertividade, passividade e agressividade não tiveram relação com o grau da dissonia (Tabela 4). Este dado negou nossa hipótese inicial de que a progressão da alteração vocal poderia influenciar nas relações sociais de crianças disfônicas. Por isso, consideramos importante a realização de novos estudos, preferencialmente longitudinais, que façam o acompanhamento das crianças por um período mais longo de tempo, a fim de observar as consequências mais tardias da dissonia infantil, na adolescência e até mesmo na vida adulta. Por ora, o que podemos inferir é que o grau de alteração vocal não influenciou no comportamento e/ou habilidades sociais das crianças disfônicas.

Quanto à relação feita entre os índices do IMHSC e o gênero no grupo de crianças disfônicas (Tabela 4), não foram observadas diferenças em nenhum dos tipos de reação. No entanto, ainda que essa diferença entre os gêneros ocorresse, ela estaria provavelmente mais relacionada à própria diferença de personalidade entre meninos e meninas, de forma geral⁽¹²⁾. Uma pesquisa⁽¹²⁾, também baseada na área das Habilidades Sociais, apontou que comportamentos externalizantes e agressivos são mais observados em meninos, com relatos de mães e professoras indicando que eles são mais impacientes, brigam mais e são mais desobedientes.

Ao associarmos a quantidade média de hábitos vocais inadequados referidos pelos pais e os resultados referentes às habilidades sociais das crianças (Tabela 5), também obtivemos semelhança entre os grupos. Tal informação parece desmistificar a ideia de que crianças que cometem mais abusos seriam aquelas com comportamentos mais agressivos.

Finalizamos esta discussão, reconhecendo que as características comportamentais e de habilidades sociais dependem de muitos fatores. Diversas condições contribuem para a aprendizagem das habilidades sociais na infância, tais como fatores individuais (temperamento, capacidade sensorial), a convivência em família, os diversos ambientes que a criança frequenta e a condição socioeconômica⁽¹³⁾ (aqui controlada coletando-se os dados em uma única escola pública da região central da cidade). A depender do meio e da estimulação que a criança recebe, suas atitudes podem ser reforçadas ou reprimidas. Desta forma, sugerimos que novos estudos sobre as habilidades sociais em crianças disfônicas procurem controlar um maior número de variáveis a fim de que as constatações sejam cada vez mais precisas e fidedignas.

CONCLUSÃO

A partir da análise dos resultados, pode-se concluir que crianças disfônicas e não disfônicas apresentam habilidades

sociais semelhantes. Assim, não é possível atribuir comportamentos específicos às crianças disfônicas, no que se refere às habilidades sociais.

REFERÊNCIAS

- Oliveira RC, Teixeira LC, Gama AC, Medeiros, AM. Análise perceptivo-auditiva, acústica e autopercepção vocal em crianças J Soc Bras Fonoaudiol. 2011;23(2):158-63.
- Carding PN, Roulstone S, Northstone K, ALSPAC Study Team. The prevalence of childhood dysphonia: a cross-sectional study. J Voice. 2006;20(4):623-30.
- Silverman EM. Incidence of chronic hoarseness among school-age children. J Speech Hear Disord. 1975;40(2):211-5.
- Krischke S, Weigelt S, Hoppe U, Kollner V, Klotz M, Eysholdt U et al. Quality of life in dysphonic patients. J Voice. 2005;19(1):132-7.
- Green G. Psycho-behavioral characteristics of children with vocal nodules. WPBIC ratings. J Speech Hear Disord. 1989;54(3):306-312.
- Maia AA, Gama AC, Michalick-Triginelli MF. Relação entre transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, dinâmica familiar, dissonia e nódulo vocal em crianças. Rev Ciênc Med. 2006;15(5):379-89.
- Toohill R. Psychosomatic aspects of children with vocal nodules. Arch Otolaryngol. 1975;101(10):591-5.
- Wilson FB, Lamb MM. Comparison of personality characteristics of children with and without vocal nodules on Rorschach protocol interpretation. Acta Symbolica. 1974;5(1):43-55.
- Roy N, Holt KI, Redmond S, Muntz H. Behavioral characteristics of children with vocal fold nodules. J Voice. 2007;21(2):157-68.
- Del Prette ZA, Del Prette A. Psicologia das relações interpessoais: vivências para o trabalho em grupo. Petrópolis: Ed. Vozes; 2001.
- Del Prette ZA, Del Prette A. Avaliação de habilidades sociais de crianças com um inventário multimídia: indicadores sociométricos associados a frequência versus dificuldade. Psicol Estud. 2002;7(1):61-73.
- Bolsoni-Silva AT, Marturano E, Pereira VA, Manfrinato JW. Habilidades sociais e problemas de comportamento de pré-escolares: comparando avaliações de mães e de professoras. Psicol Reflex Crit. 2006;19(3):460-9.
- Del Prette ZA, Del Prette A. Sistema Multimídia de Habilidades Sociais para Crianças: manual de aplicação, apuração e interpretação. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005.
- Behlau M, Azevedo R, Pontes P. Conceito de voz normal e classificação das disfonias. In: Behlau M, organizadora. Voz: o livro do especialista. Rio de Janeiro: Revinter; 2001:54-84.
- Bandeira M, Rocha SS, Freitas LC, Del Prette ZA, Del Prette A. Habilidades sociais e variáveis sociodemográficas em estudantes do ensino fundamental. Psicol Estud. 2006;11(3):541-9.
- Molina RC, Del Prette ZA. Funcionalidade da relação entre habilidades sociais e dificuldades de aprendizagem. Psico-USF. 2006;11(1):53-63.
- Pereira MS. Semelhanças e diferenças de habilidades sociais entre crianças com Síndrome de Down incluídas e crianças com desenvolvimento típico [dissertação]. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos; 2007.
- Takeshita TK, Aguiar-Ricz L, Isaac ML, Ricz H, Anselmo-Lima W. Comportamento vocal de crianças em idade pré-escolar. Arq Int Otorrinolaringol. 2009;13(3):252-8.
- Güntert AE. Crianças com nódulo vocal: estudo da personalidade por meio da prova de Rorschach [dissertação]. São Paulo: Universidade Federal da São Paulo - Escola Paulista de Medicina; 1996.
- Fritsch AV, Oliveira G, Behlau M. Opinião dos pais sobre a voz, características de comportamento e de personalidade de seus filhos. Rev CEFAC. 2011;13(1):112-22.