

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU

DANIELLE MECHESEREGIAN ALBANO

**Habilidades sociais, saúde mental e funções executivas em  
adolescentes com deficiência auditiva**

BAURU  
2022

DANIELLE MECHESEREGIAN ALBANO

**Habilidades sociais, saúde mental e funções executivas em  
adolescentes com deficiência auditiva**

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências no Programa de Fonoaudiologia, na área de concentração Processos e Distúrbios da Comunicação.

Orientador: Profa. Dra. Dagma Venturini Marques Abramides

**Versão corrigida**

BAURU  
2022

Albano, Danielle Mecheseregian

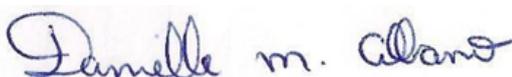
Habilidades sociais, saúde mental e funções executivas em adolescentes com deficiência auditiva /  
Danielle Mecheseregian Albano. – Bauru, 2022.  
89 p. : il. ; 31cm.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Odontologia  
de Bauru. Universidade de São Paulo

Orientador: Profa. Dra. Dagma Venturini Marques  
Abramides.

**Nota:** A versão original desta dissertação/tese encontra-se disponível no Serviço de Biblioteca e Documentação da Faculdade de Odontologia de Bauru – FOB/USP.

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação/tese, por processos fotocopiadores e outros meios eletrônicos.

Assinatura: 

Data: 29/10/2022

Comitê de Ética da FOB-USP  
Protocolo nº: 4.588.032  
Data: 09/08/2017

Universidade de São Paulo  
Faculdade de Odontologia de Bauru  
Assistência Técnica Acadêmica  
Serviço de Pós-Graduação



## FOLHA DE APROVAÇÃO

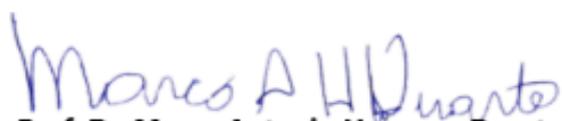
Dissertação apresentada e defendida por  
**DANIELLE MECHESEREGIAN ALBANO**  
e aprovada pela Comissão Julgadora  
em 30 de agosto de 2022.

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> **MIDORI OTAKE YAMADA**  
HRAC

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> **ANA CLAUDIA MOREIRA ALMEIDA VERDU**  
UNESP

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> **REGINA TANGERINO DE SOUZA JACOB**  
FOB - USP

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> **DAGMA VENTURINI MARQUES ABRAMIDES**  
Presidente da Banca  
FOB - USP

  
**Prof. Dr. Marco Antonio Hungaro Duarte**  
Presidente da Comissão de Pós-Graduação  
FOB-USP

 Al. Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75 | Bauru-SP | CEP 17012-901 | C.P. 73  
 <http://posgraduacao.fob.usp.br>  
 14 | 3235-8223 / 3226-6097 / 3226-6094  
 [posgrad@fob.usp.br](mailto:posgrad@fob.usp.br)

 [posgraduacaofobusp](https://www.facebook.com/posgraduacaofobusp)  
 [@posgradfobusp](https://www.instagram.com/posgradfobusp)  
 [fobuspoficial](https://www.youtube.com/channel/UC...)  
 [@Fobp os](https://twitter.com/Fobp os)

## **DEDICATÓRIA**

A minha família, Ademir Albano, Monica da Silva Mecheseregian Abano, Priscila Mecheseregian e André Albano, pelo apoio e incentivo e por nunca desistirem de realizar os meus sonhos;

Aos meus amigos, que proporcionaram acolhimento, atenção e constantemente me lembravam que tudo acabaria bem;

Aos profissionais da FOB-USP, professores e funcionários que me ajudaram imensamente para a conclusão deste trabalho,

A minha orientadora Profa. Dra. Dagma Venturini Marques Abramides, por entender minhas peculiaridades e por tornar todo esse processo leve.

## AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

A esta universidade, seu corpo docente, direção e em especial, aos funcionários do departamento de fonoaudiologia e da secretaria de pós graduação, principalmente à Karina Delazari, por me nortearem durante o processo, bem como a paciência e cuidado com cada aluno;

A minha orientadora, Professora Doutora Dagma Venturini Marques Abramides pela parceria, sabedoria, dedicação, paciência e principalmente por acreditar no meu potencial, me orientando durante a realização desse trabalho;

Aos meus pais, Mônica da Silva Mecheseregian Albano e Ademir Albano pelo incentivo, apoio incondicional e paciência que tiveram comigo no decorrer desse processo, e principalmente por serem meu referencial de persistência e dedicação, ensinamentos essenciais para tornar esse sonho realidade;

Aos meus irmãos, André Mecheseregian Albano e Priscila Mecheseregian, pelos conselhos, paciência e apoio, me incentivando constantemente em direção às vitórias dos meus desafios;

A minha avó, Hilda da Silva Mecheseregian, referência acadêmica, pois mostrou que o estudo além de nos formar como cidadãos, também pode nos levar mais longe. Bem como, minha madrinha Cristina da Silva Mecheseregian Razeira.

A Professora Dra. Regina Tangerino de Souza Jacob por oportunizar minha participação em projetos com o público estudado, me trazendo luz a questionamentos norteadores para realização dessa pesquisa.

Às professoras, Dra. Natália Barreto Frederigue Lopes e Dra. Adriane Lima Mortari Moret, por facilitar acesso aos candidatos que posteriormente foram convidados para pesquisa.

Às minhas amigas, Hizadora Prado, Leticia Rocha, Mayara Goffi e Nicole Chiuso, que estão ao meu lado há muito tempo, me proporcionando apoio, acolhimento e risadas.

A Henrique Moretti, que me inspirou e incentivou buscar a realização acadêmica e profissional;

Aos amigos que fizeram parte desse processo, assim como eu, demonstraram apoio, empatia e auxílio, Dra. Paula Martins, Tayna Pilla, Renan Souza, Leticia Silva, Sonia Osorio, Luciana Razabone, Maria Laura e Rebeca Floro Silva.

Ao Glauco Corrêa, que embora os caminhos sigam em direções diferentes, me ajudou em muitos momentos, como suporte, como amigo e principalmente incentivando em momentos difíceis desse processo.

Ao Bob, que esteve presente em tantos momentos difíceis, e embora não compreendesse, demonstrou o amor mais puro, essencial para me renovar e fortalecer em muitos momentos.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu eterno agradecimento e meu muito obrigada.

*“O que vale na vida não é o ponto de partida e sim a caminhada.  
Caminhando e semeando, no fim terás o que colher.”*

***Cora Coralina***

## RESUMO

A adolescência pode ser caracterizada como um período de vulnerabilidade que pode ser acentuada na presença de alguma característica que diferencie o adolescente de seus pares como, por exemplo, no caso da deficiência auditiva (DA) caracterizada como um distúrbio que impossibilita ou altera a audição e compromete a comunicação e linguagem, podendo assim interferir nas relações sociais, no funcionamento cognitivo e na saúde mental da pessoa com esta condição. Nesse sentido, o presente estudo teve por objetivo comparar e relacionar as possíveis associações entre o repertório de habilidades sociais (HS), indicadores de saúde mental (SM) e funções executivas (FE) apresentados por adolescentes com DA. Participaram do estudo 18 adolescentes com idade entre 12 e 18 anos, de ambos os sexos, divididos em dois grupos: o GE (grupo de estudo) formado por nove sujeitos com DA usuários de aparelho de amplificação sonora individual e/ou implante coclear e o GC (grupo controle) formado por nove adolescentes com audição típica, submetidos à avaliação por meio do Inventário de Habilidades Sociais para adolescentes, teste Wisconsin Classificação por cartas (WCST), Montreal Cognitive Assessment (MOCA), Escala de depressão de Beck (BDI) e Escala multidimensional de ansiedade para crianças e adolescentes (MASC). Os resultados apontaram que quando comparados com seus pares de audição típica, o GE demonstrou desempenho inferior no teste MOCA, melhor em SM, igual em FE e na emissão da maioria das HS, se destacando na emissão da categoria Abordagem Afetiva. Houve correlação relevante entre SM, flexibilidade mental (FE) e algumas classes de HS. Sugere-se que, em parte, o bom desempenho do GE esteja relacionado ao suporte familiar e estar inserido em programas de reabilitação. Espera-se que as correlações desse estudo tragam contribuições para direcionar ou enriquecer ainda mais as práticas de reabilitação para esse público. Por outro lado, suas limitações devem ser contornadas em novos delineamentos de futuras pesquisas.

Palavras-chaves: Adolescente; Deficiência Auditiva; Habilidades Sociais; Saúde Mental; Funções Executivas.

## ABSTRACT

Adolescence can be characterized as a period of vulnerability that can be accentuated in the presence of some characteristic that differentiates adolescents from their peers, for example, in the case of hearing loss (HL) characterized as a disorder that makes it impossible or alters hearing and compromises communication and language, thus interfering with social relationships, cognitive functioning and mental health of the person with this condition. In this sense, the present study aimed to compare and relate the possible associations between the repertoire of social skills (SS), mental health indicators (MH) and executive functions (EF) presented by adolescents with HL. Participated in the study 18 adolescents aged between 12 and 18 years, of both sexes, divided into two groups: the EG (study group) formed by nine subjects with HL users of individual hearing aids and/or cochlear implants and the CG (control group) with nine hearing adolescents, submitted to evaluation through the Social Skills Inventory for adolescents, Wisconsin test, MOCA, Beck Depression Scale (BDI) and Multidimensional Anxiety Scale for Children and Adolescents (MASC). The results showed that when compared to their typical hearing pairs, the EG showed equal performance in FE and SS, lower in the MOCA test and better in MH. There was a relevant correlation between MH, mental flexibility (EF) and some classes of SS. It is suggested that, in part, the good performance of the EG is related to family support and being inserted in rehabilitation programs. It is expected that the correlations of this study will bring contributions to direct or further enrich rehabilitation practices for this public. On the other hand, its limitations must be overcome in new designs for future research.

Keywords: Adolescent; Hearing loss; Social skills; Mental health; Executive Functions.

Key words: Tinnitus. Hearing Loss. Questionnaires.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### - FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma das etapas da avaliação ..... 33

Figura 2 - Figura 2. Habilidades Sociais mensuradas pelo inventário IHS-A..... 35

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características demográficas da amostra .....	32
Tabela 2 - Indicadores de frequência de Habilidades Sociais do GE e GC no IHS-A .....	40
Tabela 3 - Indicadores de dificuldade na emissão de Habilidades Sociais do GE e GC no IHS-A.....	41
Tabela 4 - Comparação dos resultados obtidos no WSCT entre GE e GC .....	42
Tabela 5 - Comparação de instrumentos do MOCA entre GE e GC.....	43
Tabela 6 - Comparação de indicadores de Saúde Mental entre GE e GC.....	44
Tabela 7 - Correlação de resultados dos grupos nos instrumentos IHS-A e BDI, MASC.....	45
Tabela 8 - Correlação entre IHS-A e WCST.....	46
Tabela 9 - Correlação entre IHS-A e MOCA.....	48
Tabela 10 - Correlação entre WCST e indicadores de saúde mental (MASC e BDI ....	50
Tabela 11 - Correlação entre MOCA e WCST.....	51

## LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AASI	Aparelho de Amplificação Sonora Individual
DA	Deficiência Auditiva
DSM	Manual Estatístico de Transtornos Mentais
HS	Habilidades Sociais
FE	Funções Executivas
FOB	Faculdade de Odontologia de Bauru
GC	Grupo Controle
GE	Grupo de Estudo
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Implante Coclear
SM	Saúde Mental
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
USP	Universidade de São Paulo
WHO	<i>World Health Organization</i>

**LISTA DE SÍMBOLOS**

%	porcentagem
DP	desvio padrão
n	número

**SUMÁRIO**

1	<b>INTRODUÇÃO</b>	16
2	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b>	21
2.1	PERDA AUDITIVA EM ADOLESCENTES	21
2.2	HABILIDADES SOCIAIS	21
2.3	FUNÇÕES EXECUTIVAS	23
2.4	SAÚDE MENTAL	24
3	<b>PROPOSIÇÃO</b>	28
4	<b>CASUÍSTICA E MÉTODOS</b>	30
4.1	CASUÍSTICA	30
4.2	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DO GRUPO DE ESTUDO	31
4.3	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DO GRUPO CONTROLE	31
4.4	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	31
4.5	<b>PROCEDIMENTOS</b>	33
4.6	<b>MATERIAIS E INSTRUMENTOS</b>	34
4.6.1	<b>Repertório de Habilidades Sociais</b>	34
4.6.2	<b>Indicadores de Saúde Mental</b>	35
4.6.3	<b>Funções Executivas</b>	36
4.7	<b>ANÁLISE DOS RESULTADOS</b>	37
5	<b>RESULTADOS</b>	40
6	<b>DISCUSSÃO</b>	53
7	<b>CONCLUSÕES</b>	61
8	<b>REFERÊNCIAS</b>	63
9	<b>ANEXOS</b>	71

# *1 - Introdução*

## **1 INTRODUÇÃO**

A adolescência é a transição do desenvolvimento entre a infância e a fase adulta que envolve grandes mudanças físicas, cognitivas e psicossociais (PAPALIA et al., 2006). No Brasil, é caracterizado como adolescente o sujeito com idade entre 12 a 18 anos (BRASIL, 1990).

Nesse período ocorrem transformações biológicas como aceleração do crescimento físico, composição corporal, eclosão hormonal, mudanças psicossociais associadas à percepção que tem de si, seu papel social, busca por sua autonomia, maturação sexual e cognitiva, bem como a construção da identidade por meio do autoconceito, percepção das suas qualidades acadêmicas, emocionais, sociais e físicas (ABERASTURY et al., 1989; GUIMARAES, et al., 2012; SENNA et al., 2015; SERRA, 1988)

Desta maneira, a adolescência pode ser caracterizada como um período de vulnerabilidade que pode ser acentuada na presença de alguma característica que diferencie o adolescente de seus pares como, por exemplo, no caso da deficiência auditiva (DA). Segundo Bevilacqua (2012) a DA é um distúrbio que ocorre em alguma das etapas do processo de audição que impossibilita ou altera a audição e compromete a linguagem.

Neste período, também podem ser observadas alterações na qualidade da atenção sustentada, memória de trabalho (DYE et al., 2014; MONDELLI et al., 2010), mais especificamente, prejuízo das funções executivas que conforme estudos está associada a defasagem na competência comunicativa, e dificuldade no processamento da informação de origem verbal (EAD et al., 2013; HINTERMAIR et al., 2013).

Por tratar-se de uma condição permanente, a reabilitação da DA é processual por envolver o uso de dispositivos eletrônicos para o desenvolvimento das habilidades auditivas e comunicação por meio da linguagem oral ou de sinais. Na maioria dos casos o tratamento é realizado a partir de diagnóstico precoce e envolve estimulação auditiva por meio do uso de aparelhos de amplificação sonora e/ou por intermédio da cirurgia para implante coclear (BEVILACQUA et al., 2000). O Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) é um dispositivo eletrônico que tem a função amplificar os sons permitindo que a criança utilize o seu resíduo auditivo de maneira efetiva. Por sua vez o Implante Coclear (IC) é um dispositivo

---

eletrônico colocado cirurgicamente na parte interna do ouvido, e através dos eletrodos implantados dentro da cóclea irá estimular o nervo auditivo, levando sinais para o encéfalo (BEVILACQUA, 1998; FERRARI, et al., 2005; SVIRSKY, 2017).

Portanto para o adolescente com DA, esse período se torna ainda mais complexo devido a presença de conflitos específicos do adolecer juntamente com construção da identidade de uma pessoa que possui perda auditiva, com o autoconceito influenciado ora por questões ligadas a aparência devido ao uso do aparelho auditivo, ora pelas dificuldades encontradas na comunicação e entendimento com o ambiente em maioria composto por indivíduos ouvintes (BOZELLI et al., 2009; ZUGLIANI, 2007).

Outro aspecto relevante para a dificuldade na construção da identidade desse adolescente, está relacionada ao movimento já consolidado da cultura surda, que não inclui sujeitos com algum nível de audição, mesmo que por meio de aparelhos, devido a diferenças como experiência visual e linguagem oralista, chamada de identidade intermediária. (PERLIN, 1998)

Por consequência, existe a preocupação quanto à saúde mental desse sujeito, conforme estudos (BOZZAY, et al., 2017; HUBER, et al., 2011; SAHLI et al., 2006; SAHLI et al., 2009), que embora tenham encontrado correlação entre depressão e autoestima do adolescente, não observaram diferença significativa dos resultados entre pares com audição normal e com DA.

Todavia, os aspectos ligados a problemas na comunicação e autoconceito dificultam na interação com pessoas de fora de seu convívio ou de seus pares ouvintes (RICO, et al., 2013) o que se intensifica quando o adolescente não sabe como desempenhar suas habilidades sociais (SOCO, et al., 2011). Sendo assim, torna-se importante a investigação do repertório de habilidades sociais (HS) consideradas fatores de proteção ao desenvolvimento global de crianças e jovens, uma vez que, referem-se a um conjunto de capacidades comportamentais aprendidas que envolvem interações sociais, mais especificamente comportamento habilidoso ou adequado, frente à expressão de atitudes, sentimentos, desejos, opiniões e crenças, respeitando a si mesmo e aos outros (DEL PRETTE et al., 1999)

Em suma, o adolescente, quanto pessoa com Deficiência Auditiva, além de exposto a aspectos típicos dessa fase, também pode apresentar acometimento de funções cognitivas, emocionais e sociais quando comparado a seus pares, adolescentes com audição

típica. Portanto, o presente estudo busca comparar e relacionar as possíveis associações entre o repertório de habilidades sociais, indicadores de saúde mental e funções executivas apresentadas por adolescentes com DA.

## *2 - Revisão de Literatura*

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 PERDA AUDITIVA EM ADOLESCENTES

Enquanto o adolecer infere em aspectos ligados à identidade, autoimagem, vulnerabilidade psicoemocional e mudanças físicas, a deficiência auditiva (DA) se mostra como um agente dificultador da sua comunicação pode interferir nesse processo.

Segundo Bevilacqua (2012) a Deficiência Auditiva é caracterizada como um distúrbio que afeta alguma das etapas do processo de audição e que impossibilita ou altera a audição, cuja causa pode ser de teor congênito ou adquirido, podendo acometer uma ou ambas as orelhas; sua classificação específica depende do local da lesão no sistema auditivo, podendo ser Condutiva (atingindo a orelha externa e/ou média), Sensorineural (comprometimento do nervo vestibulococlear e nervo coclear) ou Mista (alterações de orelha externa e/ou média e orelha interna); o grau de perda é subdividido entre Leve, Moderada, Severa e Profunda.

Conforme avaliação do comprometimento e tipo de perda é realizada a análise do procedimento de reabilitação que será adotado. Nesse sentido, é realizado o uso de aparelhos auditivos, como Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) e Implante Coclear (IC), juntamente com a indicação de terapia fonoaudiológica. (BEVILACQUA, 1998; FERRARI, et al., 2005; SVIRSKY, 2017).

A privação sensorial imposta pela DA, não interfere apenas na efetividade da comunicação, como dependendo do comprometimento, também interfere na linguagem e consecutivamente afeta o desenvolvimento da capacidade de pensamento hipotético-dedutivo. Como compreender ambiguidades, inferências e linguagem figurada, pois se torna mais difícil desempenhar a capacidade de pensamento abstrato e hipotético, e por tanto seu pensamento tende a ser mais vinculado aquilo que é diretamente percebido, mais concreto (DESSEN, et al., 1997; MELO, et al., 2015)

Portanto, seu impacto é considerado expressivo, pois ocasiona importantes alterações na capacidade de comunicação do indivíduo, uma vez que em função desta ele afasta-se de atividades sociais e familiares. Além disso, a perda auditiva afeta diretamente a qualidade de vida dessa população, e a falta de interação tanto com a família quanto a

---

sociedade favorece o isolamento comunicativo desses indivíduos bem como contribui para privação social (SILVA et al., 2016). Embora os indivíduos com DA também possam se adaptar e reconstruir suas vidas, a presença de baixa autoestima é um fator predominante e que se agrava de acordo com o grau de perda auditiva (BOGER, et al., 2016)

Partindo desse pressuposto, esses aspectos aliados aos desafios descritos por Serra et al., (1890) como a presença de medo ligadas à rejeição, solidão e o desconhecido, durante a adolescência se torna mais frequente, o autor atribui à chamada crise de identidade. Batista (2005) ocorrem grandes adaptações a serem realizadas pelo jovem que enfrenta uma realidade diferentes daquelas já vivenciadas e, diante disso, pode reagir e sentir-se ansioso achando difícil tal adaptação.

Com base no exposto, o impacto em se adaptar e desenvolver sua identidade enquanto adolescente com Deficiência Auditiva é alto, uma vez que as dificuldades na comunicação podem prejudicar a socialização, podendo acarretar na formação de indivíduos retraídos e inseguros, expostos a situações de maior vulnerabilidade, quando comparados aos pares sem essa deficiência. (THOMAZ, et al., 2020). Nesse sentido, o suporte emocional por parte da família, se dá por meio da interação dos indivíduos com os familiares, que influenciará a compreensão das relações sociais, por isso é fundamental que esse ambiente seja um local em que a criança/adolescente sinta-se acolhida, aceita e pertencente. (BARRETO, et al., 2015)

Estudo realizado com adolescentes com DA, buscou elucidar a necessidade de desenvolver a capacidade do indivíduo de falar ou agir por si mesmo, tomando decisões e assumindo a responsabilidade por elas, e de expressar suas preferências e necessidades para os outros (SILVA et al., 2020). Sendo assim, essa capacidade, juntamente com o uso de outras Habilidades Sociais, se caracteriza como fator de proteção frente aos desafios enfrentados na adolescência.

## 2.2 HABILIDADES SOCIAIS

As habilidades sociais (HS) representam um fenômeno de interesse de diversas disciplinas, sobretudo da Psicologia, porém não há consenso referente à definição. Elas

desempenham um papel importante na comunicação humana, uma vez que por meio do comportamento socialmente habilidoso de expressar suas atitudes, sentimentos, opiniões, desejos, respeitando a si próprio e aos outros, em geral, ajudam na resolução dos problemas imediatos da situação e diminuição da probabilidade de problemas futuros (CABALLO, 1996).

O referencial teórico adotado no presente estudo é aquele desenvolvido e aprimorado pelos pesquisadores Del Prette e Del Prette. Conforme os autores, as habilidades sociais (HS) podem ser conceituadas como conjunto de comportamentos emitidos diante das demandas de uma situação interpessoal, desde que maximizem os ganhos e reduzam as perdas para as interações sociais Del Prette e Del Prette (2001).

Recentemente, estudos no campo das HS têm relacionado o repertório eficaz de HS como fator de proteção na adolescência. Seja competindo com fortalecimento do padrão de comportamento antissocial e uso de drogas (FOGAÇA et al, 2019) ou competindo com indicadores de saúde mental (SÁ e DEL PRETTE, 2014; UZUNIAN et al., 2015)

Os estudos com intuito de avaliar o repertório de HS de adolescentes com DA são escassos, (FREITAS e DEL PRETE, 2013; RIBAS e ABRAMIDES, 2022; SILVA, et. al., 2020) em vista disso, estudos, como o presente, se mostram de grande relevância. Em estudo recente, cuja a referida autora participou com Silva et al., (2020), foi mensurado o repertório de HS de quatro adolescentes com idade entre 12 a 17 anos com DA, por meio do instrumento Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes (IHS-A), do qual o resultado apontou um desempenho classificado como abaixo da média ou média inferior na emissão de HS desses participantes que, embora não estatisticamente comprovado, levanta a hipótese de estar associado às dificuldades de comunicação mensuradas no estudo, sugerindo que a capacidade do adolescente expressar suas preferências e necessidades para os outros pode ser prejudicada.

Portanto, faz necessário ampliar os estudos com a população de adolescentes com DA, haja vista que a dificuldade de comunicação esperada devido ao distúrbio, está associada às inseguranças relativas ao autoconceito, interferindo na emissão de diversas habilidades sociais.

### 2.3 FUNÇÕES EXECUTIVAS

Funções executivas (FE) podem ser definidas como habilidades cognitivas superiores, responsáveis pela capacidade de manter, gerenciar, planejar e otimizar informações, possibilitando aos indivíduos resolver problemas, tomar decisões e alcançar metas e objetivos específicos (FINEGOOD et al., 2017). Seu desenvolvimento ocorre ao longo da infância e até o início da vida adulta (ZELAZO & CARLSON, 2012).

Grande parte dos autores de estudos no campo das FE, concordam com a presença de três fatores: controle inibitório, flexibilidade cognitiva e a memória operacional (DIAMOND, et al., 2016; FINEGOOD et al., 2017). O controle inibitório, é definido como o fator responsável pelo autocontrole, inibição de respostas prepotentes e supressão de distratores e de comportamentos e emoções desviantes do objetivo alvo; flexibilidade cognitiva, cumpre a função de alternar estratégias, ações ou pensamentos entre dois ou mais cenários de processamento cognitivo distintos, flexibilizando respostas frente às diferentes demandas (DIAMOND, et al., 2016). Enquanto a memória operacional é a responsável por manter e manipular informações por um período de tempo (ZELAZO, et al., 2015).

Considerando a importância das FE para o desenvolvimento da aprendizagem, a presença de deficiência auditiva, mesmo que em grau leve, pode interferir e causar prejuízos nesse processo tais como limitações as habilidades de prestar atenção, decodificar, compreender, memorizar, manipular e usar efetivamente a informação auditiva (BARBOSA, et al. 2017). O que é destacado também por Kemmerer et al., (2015) ao defenderem que, principalmente na DA, tendo em vista a interdependência entre as funções atencional e executiva. Partindo desse pressuposto, estudos (MONDELLI et al., 2010; DYE et al. ,2014) com adolescentes evidenciaram alterações na qualidade da atenção sustentada, memória de trabalho mais especificamente, prejuízo das funções executivas que, conforme outros pesquisadores (EAD et al., 2013; HINTERMAIR; HINTERMAIR et al., 2013) estão associadas à defasagem na competência comunicativa, e dificuldade no processamento da informação de origem verbal.

De fato, Figueras, Edwards e Langdon (2008) apontaram que a habilidade de linguagem foi significativamente associada positivamente com FE em crianças com IC quando comparadas a crianças ouvintes, resultado este corroborado por Kronemberger et al.,

(2014) em 64 indivíduos, entre sete a 27 anos de idade avaliados em três domínios: memória de trabalho, velocidade de fluência e concentração de inibição uma vez que o funcionamento executivo pode influenciar o desenvolvimento das habilidades de fala e linguagem em crianças surdas após o IC de várias maneiras que diferem da audição normal, mas também as habilidades e experiências, da linguagem falada também podem exercer efeitos recíprocos no desenvolvimento das FE.

Em estudo mais recente, Charry-Sánchez et al. (2022) avaliaram o desempenho de FE em 15 adolescentes com perda auditiva, pareados adolescentes com audição típica, por meio do teste de classificação de cartas de Wisconsin (WCST). Os resultados mostraram que o grupo com DA obtiveram desempenho inferior em FE e tarefas de linguagem quando comparados aos pares com audição normal, mais especificamente em memória de trabalho, inibição, flexibilidade e atenção.

Portanto, parece haver um consenso entre os autores referenciados quanto à necessidade de incluir as FE nos protocolos de avaliação e intervenção terapêutica de crianças com deficiência auditiva. Assim, os diversos testes auditivos realizados atualmente deixarão de ser vistos como único parâmetro para avaliação de resultado, sendo necessário a introdução testes e terapias destinadas às funções executivas (KRONENBERGER et al., 2011).

## 2.4 SAÚDE MENTAL

Saúde mental é definida como um estado de bem-estar no onde o indivíduo percebe suas próprias habilidades, pode lidar com os estresses cotidianos, pode trabalhar produtivamente e é capaz de contribuir para sua comunidade (OMS, 2014). Alterações neste estado podem se desdobrar em transtornos mentais que compreendem uma vasta gama de problemas, com diferentes sintomas. No entanto, normalmente são caracterizados por uma combinação de pensamentos, emoções, comportamentos e relacionamentos anormais com outros (OMS, 2018).

Dentre tais alterações, destacam-se os Transtornos Mentais Comuns (TMC), caracterizados por um misto de depressão, ansiedade, fadiga, insônia, irritabilidade, dificuldades de concentração, problemas de memória e queixas somáticas. Embora os sintomas nem sempre sejam suficientes para o diagnóstico de um transtorno mental, de acordo

---

com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (APA, 2014) ou o Código Internacional de Doenças (OMS, 2012), afetam negativamente o funcionamento e a qualidade de vida das pessoas (GOLDBERG; HUXLEY, 1993). A prevalência mundial de transtornos de ansiedade e depressão na população geral é, respectivamente, de 3,6% e 4,4%. O Brasil apresenta 9,3% de transtornos de ansiedade e 5,8% de depressão (SOUZA; MACHADO-DE-SOUZA, 2017; WHO, 2017).

A ansiedade pode ser descrita como um mecanismo do cérebro que serve para nos alertar em situações adversas e desconhecidas, em que precisamos nos proteger. É uma reação normal em determinadas situações, porque nos estimula a entrar em ação, mas ela passa a ser considerada como patológica quando se mostra exagerada, desproporcional em relação ao estímulo, e interferem com a qualidade de vida, o conforto emocional ou o desempenho diário do indivíduo, portanto descrito como transtorno de ansiedade (DSM-5, 2014) que precisa ser tratado (CASTILLO et al., 2000).

No que se refere ao adolescente, o medo é direcionado a ameaças ou perigos subjetivos, o que atribuíram à chamada crise de identidade. Em relação à ansiedade, as categorias mais frequentes no estudo foram às ligadas à solidão, ao desconhecido, à rejeição e ao futuro (SERRA et al., 1980).

Já o Transtorno Depressivo possui como principais características o humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de mudanças somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade da pessoa de funcionar (DSM-5, 2014). Embora a tristeza seja uma emoção normal, neste transtorno ela é mais intensa e mais duradoura, e interfere no interesse para realizar atividades que antes eram consideradas divertidas (WHO, 2021).

Com base nas pesquisas realizadas foi possível evidenciar que a depressão entre os adolescentes é multifatorial, assim como nos adultos. E, entre os fatores desencadeantes nesta fase estão os conflitos familiares; vulnerabilidade social; gênero e idade; aspectos psicoafetivos e psicossociais (SILVA e SIQUEIRA, 2021).

Como relatado anteriormente, o impacto da deficiência auditiva é considerado expressivo devido às alterações na capacidade de comunicação do indivíduo, podendo afastá-lo de atividades sociais e familiares. Assim, a perda auditiva afeta diretamente a qualidade de vida dessa população, e a falta de interação tanto com a família quanto a

---

sociedade favorece o isolamento comunicativo bem como contribui para a privação social (SILVA e ALMEIDA, 2016).

Esse cenário se torna ainda mais complexo devido a presença de conflitos específicos do adolescer juntamente a construção da identidade de uma pessoa que possui perda auditiva, com autoconceito influenciado ora por questões ligadas a aparência devido ao uso do aparelho auditivo, ora pelas dificuldades encontradas na comunicação e entendimento com o ambiente em maioria composto por indivíduos ouvintes (BOZELLI et al., 2009; BOZELLI et al., 2009).

Por consequência existe a preocupação quanto à saúde mental dessa população, conforme estudos (BOZZAY, et al., 2017; SAHLI et al., 2006; SAHLI et al., 2009; HUBER, et al., 2011), que embora tenham encontrado correlação entre depressão e autoestima do adolescente, não demonstram diferença significativa dos resultados entre pares com audição normal e com DA.

Por outro lado, estudo recente de Ribas e Abramides (2022) com mães de quatro pré-adolescentes com deficiência auditiva, utilizando o Roteiro de Entrevista de Habilidades Sociais Educativas Parentais (RE-HSE-P) e o do *Child Behavior Checklist* (CBCL), observou a presença de alto índice de comportamentos indicativos de depressão e ansiedade, bem como retraimento e queixas somáticas. Esses resultados condizem com maior frequência de problemas de comportamento em crianças com DA quando comparado com população normativa (GUIJO e DELGADO-PINHEIRO, 2016), o que denota a necessidade de ampliar as investigações na presente temática.

## *3 - Proposição*

### **3 PROPOSIÇÃO**

#### **3.1. OBJETIVO GERAL**

Comparar e relacionar as possíveis associações entre o repertório de habilidades sociais, indicadores de saúde mental e funções executivas apresentados por adolescentes com DA.

#### **3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

3.2.1. Identificar o repertório de habilidades sociais, indicadores de saúde mental e funções executivas dos participantes.

3.2.2. Comparar os resultados obtidos entre adolescentes com DA e seus pares com audição típica.

3.2.3. Relacionar repertório de habilidades sociais, indicadores de saúde mental e funções executivas encontradas nos adolescentes com DA.

## *4 - Métodos*

## 4 CASUÍSTICA E MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional transversal que permitiu a comparação e análise das variáveis obtidas no resultado da avaliação de dois grupos independentes, durante os meses de março a agosto de 2021, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo (FOB-USP), processo CAAE: 24540719.7.0000.5417, que assegurou as medidas de segurança para os participantes do estudo mediante crise sanitária decorrente da pandemia COVID-19, (ANEXO A).

As autorizações do uso dos dados e aquiescência na pesquisa foram realizadas com Termo de Assentimento Livre e esclarecido dos Adolescentes - TALE (ANEXO B), adaptado com linguagem e recursos visuais para melhor compreensão dos adolescentes conforme as faixas etárias contempladas no estudo, e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (ANEXO C) para os responsáveis legais.

### 4.1 CASUÍSTICA

Foram formados dois grupos independentes, Grupo de Estudo (GE) e Grupo Controle (GC). Os participantes do GE foram selecionados por meio da análise de prontuários de pacientes regularmente inscritos e atendidos em reabilitação auditiva, na Clínica de Fonoaudiologia-FOB-USP, e também aqueles que constavam em lista de espera, conforme critérios de inclusão. Enquanto o GC foi composto por participantes que preencheram os critérios e tiveram interesse em participar sem nenhum vínculo institucional.

Seguem os critérios de elegibilidade dos participantes:

### 4.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO PARA O GRUPO DE ESTUDO (GE)

- Ser adolescente entre 12 a 18 anos.
- Ambos os sexos.

- 
- Ter perda auditiva sensorineural, condutiva ou mista, em qualquer intensidade, em um ou ambos os ouvidos.
  - Fazer uso de aparelho de amplificação sonora (AASI) e/ou com implante coclear (IC).
  - Utilizar linguagem oral.
  - Assinatura do TCLE e TALE.
  - Acesso a recursos multimídia para chamada de vídeo.

#### 4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO PARA O GRUPO CONTROLE (GC)

- Ser adolescente entre 12 a 18 anos.
- Ambos os sexos.
- Com audição normal, sem histórico de perda auditiva.
- Acesso a recursos multimídia para chamada de vídeo.

#### 4.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Não assinatura dos termos seja do participante ou responsável.
- Possuir comorbidade que possa interferir na compreensão ou dificultem a realização das atividades propostas.

Seguindo tais critérios e a partir de seu recrutamento e participação no estudo, a amostra pôde então ser caracterizada conforme mostra a Tabela 1.

Tabela 1 – Características sócio-demográficas da amostra.

Variáveis	N	%	N	%
<b>Sexo</b>				
Feminino	7	77,7%	7	77,7%
Masculino	2	22,2%	2	22,2%
<b>Faixa etária</b>				
		100,0		
12 a 15	9	%	6	66,6%
16 a 18	x	x	3	33,3%
<b>Classe econômica</b>				
A	x	x	x	
B	x	x	1	11,1%
C	3	33,3%	4	44,4%
D	4	44,4%	4	44,4%
E	2	22,2%	x	
<b>Escola</b>				
Pública	7	77,7%	6	66,6%
Particular	2	22,2%	3	33,3%
<b>Ouvido</b>				
Direito	x	x		
Esquerdo	x	x	x	
		100,0		
Bilateral	9	%		
<b>Tipo de perda</b>				
Sensorineural	6	66,6%		
Condutiva	x	x	x	
Mista	3	33,3%		
<b>Grau</b>				
Leve	1	11,1%		
Moderada	1	11,1%		
Severa	1	11,1%	x	
Profunda	6	66,6%		

Fonte: A autora (2022)

Tabela 1 – Conforme observado, participaram do estudo 18 adolescentes entre 12 a 18 anos, distribuídos entre Grupo de estudo (GE) e Grupo controle (GC). Em GE observa-se

que a amostra foi composta, 78% feminina, 22% masculina, com 100% dos participantes na faixa etária de 12 a 15 anos, no qual a classe sócio-econômica da amostra se constitui em (33%) na classe C, (44%) classe D, (22%) classe E, e com 78% da mostra matriculado em escola pública enquanto 22% matriculado em escola particular. Ainda referente ao GE, 100% possui perda auditiva bilateral, divididos entre 67% como perda sensorineural, 33% perda mista, distribuídos entre grau leve (11%), moderado (11%), severo (11%) e profundo (67%).

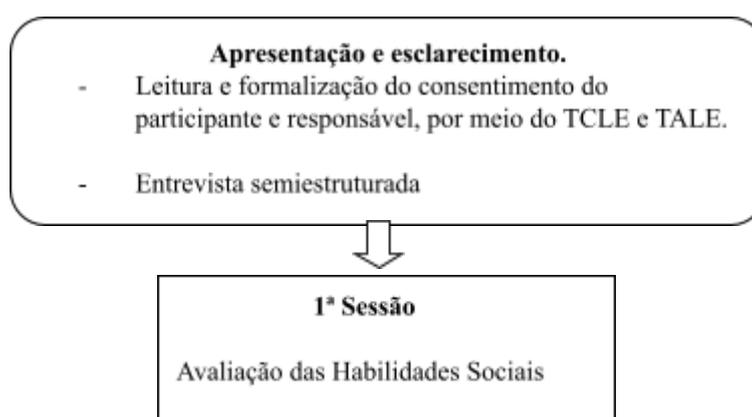
Pareados com os nove adolescentes no GC, constituído por uma amostra 78% feminina e 22% masculina, 67% na faixa etária de 12 a 15 e 33% entre 16 a 18 anos; cuja classe sócio-econômica da amostra perfaz (11%) classe B, (44%) classe C e (44%) classe D, 67% escola pública e 33% escola particular.

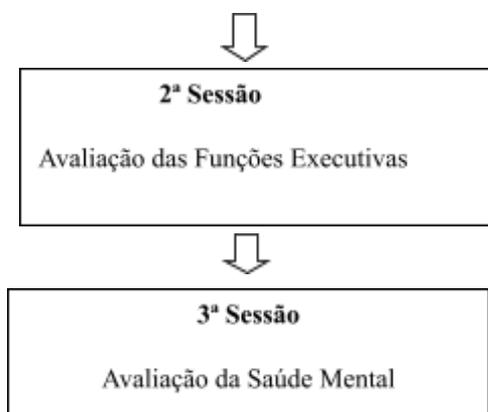
#### 4.5. PROCEDIMENTOS

Foi realizado o convite e formalizado o interesse dos participantes que se adequaram aos critérios para inclusão nos grupos mencionados. Por meio de reunião virtual individual, foi orientado e esclarecido quanto aos objetivos da pesquisa e métodos, além de preenchimento de entrevista semiestruturada e coleta das assinaturas dos termos de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e de assentimento livre e esclarecido dos adolescentes (TALE) por meio da ferramenta Google Forms.

Conforme fluxograma abaixo, após assinatura dos termos e entrevista semiestruturada, foram realizadas três sessões, com duração média de 35 minutos cada, por meio de videoconferência, para uso dos instrumentos que compõem a avaliação do estudo.

Figura 1. Fluxograma das etapas da avaliação.





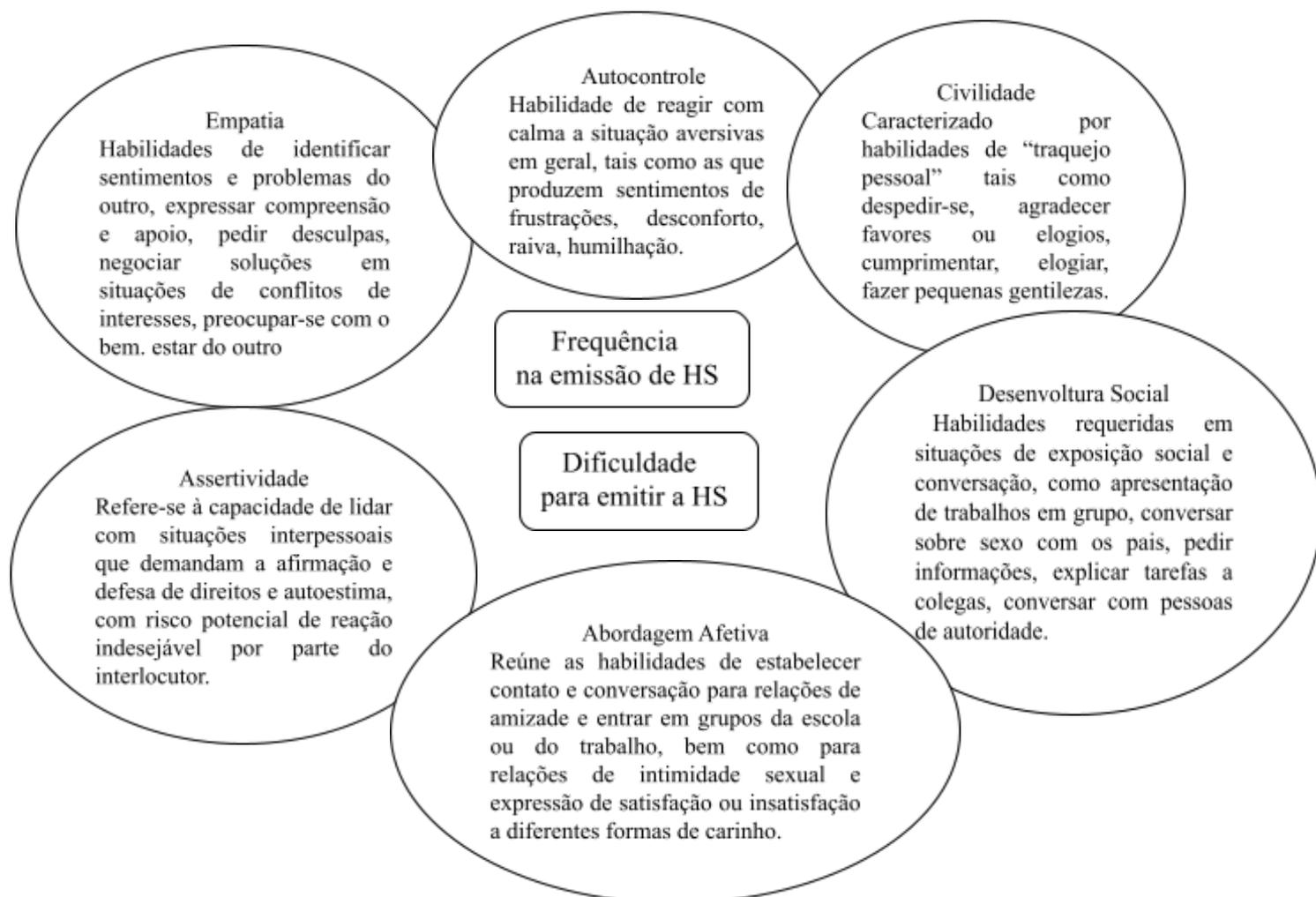
Fonte: A autora (2022)

#### 4.6. MATERIAIS E INSTRUMENTOS

##### 4.6.1 REPERTÓRIO DE HABILIDADES SOCIAIS

Para obter o repertório foi utilizado o Inventário de Habilidades Sociais para adolescentes - IHS-A (DEL PRETTE et. al., 2009). O instrumento é composto por 38 itens, onde se avalia frequência e dificuldade de emissão destes fatores, dentro das principais dimensões situacionais e comportamentais nas relações interpessoais dos adolescentes entre 12 e 17 anos. Os itens são divididos em: Frequência, sendo o valor de Percentil (P) de 1 a 25 classificado como Repertório Abaixo da Média Inferior; P 26 a 35 como Repertório Médio Inferior; P 36 a 65 como Bom Repertório; P 66 a 75 como Repertório Elaborado, e 76 a 100 como Repertório Altamente Elaborado; e Dificuldade, com P abaixo de 35 indicando que houve Baixo Custo de resposta e/ou ansiedade na emissão das habilidades, P 36 a 65 Médio Custo e P 66 a 100 indicam Alto Custo da resposta das habilidades. O teste consiste em seis categorias:

Figura 2. Habilidades Sociais mensuradas pelo inventário IHS-A.



Fonte: DEL PRETTE et. al. (2009)

#### 4.6.2 INDICADORES DE SAÚDE MENTAL

Para avaliar a saúde mental dos participantes foram utilizados testes que mensuram indicadores de Depressão e Ansiedade:

---

Inventário de Depressão de Beck – (BDI). (BECK e STEER, 1996) foi adaptado para a população brasileira por Werlang (2010). Trata-se de uma escala de auto relato composta por 21 itens que medem a intensidade de sintomas de depressão de acordo com quatro níveis: mínimo, leve, moderado e grave. Podem ser utilizados para triagem em população geral. Fornece os seguintes níveis: Mínimo-escores do entre 0-11; Leve entre 12-19; Moderado entre 20-35 e Grave escores entre 36-63.

Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças – (MASC). (NUNES, 2004). É uma escala de auto-relato que foi desenvolvida com a finalidade de avaliar sintomas de ansiedade em crianças e adolescentes com idades entre 8 e 19 anos. Composto por 39 questões a serem pontuadas numa escala 4 pontos likert de acordo com a experiência vivida em cada situação. Por meio da indicação de 0 a 3 para cada item, se aquilo nunca é verdade sobre ele (0), raramente é verdade (1), às vezes é verdade (2) ou frequentemente é verdade (3). Escores a partir de 60 indicam a presença de comportamentos ligados à ansiedade.

#### 4.6.3 FUNÇÕES EXECUTIVAS

Para mensurar a capacidade de função executiva dos participantes foram utilizados um teste que mede o nível das Funções Executivas em conjunto com um teste que mede a cognição global.

Teste de Classificação de Cartas de Wisconsin – (WCST). Adaptado para a população brasileira por Silva-Filho et al. (2007). Instrumento padrão-ouro na avaliação das FE que analisa processos neuropsicológicos envolvendo: a) flexibilidade de pensamento; b) formação de conceitos simples; c) manutenção de respostas; d) aprendizado e e) raciocínio abstrato. Consiste de quatro cartas-chaves, utilizadas como estímulo, e dois baralhos, cada um com 64 cartas-resposta. As cartas devem ser classificadas segundo as categorias de cor, forma e número, sem ser esclarecido o critério para isso, recebendo apenas como feedback do examinador a verbalização:

“certo” ou “errado”, a aplicação se encerra quando são formadas as 6 categorias ou as cartas-estímulo dos dois baralhos se esgotam. São interpretados por meio da conversão do

---

escore bruto para percentil, posteriormente classificados em escala de 0 a 100, ou no caso dos fatores (número de categorias completas, número de ensaios para completar a primeira categoria, fracasso em manter o contexto, aprendendo a aprender) classificados entre <1, 2-5, 6-10, 11-16, >16.

Avaliação Cognitiva Montreal (MOCA): Adaptado por (APOLINÁRIO, 2015). É um instrumento de rastreamento cognitivo breve que avalia a cognição global, habilidades visuoespaciais, função executiva, linguagem, memória, atenção e orientação, cálculo, abstração. As pontuações obtidas nos subtestes são somadas, e podem chegar até no máximo 30 pontos. Os resultados, tanto dos subtestes quanto do escore total, são classificados em dois grupos, comprometimento cognitivo e normal. Conforme teste, abaixo de 24 pontos é sugerido Comprometimento Cognitivo, cujo resultado de sujeitos abaixo de 12 anos de escolaridade são acrescidos 1 ponto.

É um teste comumente utilizado na população de idosos para detectar indícios de demência, entretanto, conforme Amaro (2013), indica uma correlação positiva entre outros testes cognitivos específicos para adolescentes. Portanto devido a rapidez, fácil aplicação à distância, e potencial de avaliar várias habilidades cognitivas, foi escolhido para ser utilizado na pesquisa, juntamente com o WCST.

#### 4.7. ANÁLISE DOS RESULTADOS

A pesquisa foi realizada por meio de um estudo comparativo, que ocorreu com análise indutiva, dentro de um delineamento de uma amostra com características estipuladas para cada grupo, GE e GC.

Após obter os resultados coletados, e de forma congruente aos objetivos norteadores, foram seguidas as etapas.

- A caracterização da amostra foi realizada a partir da soma e conversão em porcentagem das variáveis, sexo, faixa etária, classe econômica e escola obtidas em entrevista semiestruturada, acrescida pelas características da perda auditiva do GE.

- Caracterização do repertório de Habilidades Sociais do GE e GC, por meio das médias obtidas em cada habilidade do inventário IHS-A, realizada a conversão em percentil, e posteriormente classificadas por faixas.
- Comparação entre resultados obtidos em cada variável qualitativas ordinais (Inventário de Habilidades Sociais para adolescentes, Inventário de Depressão de Beck, Escala Multidimensional de ansiedade para Crianças, Teste de Classificação de Cartas de Wisconsin, Avaliação Cognitiva Montreal) de cada grupo, por meio do Test-T.
- Relação entre as variáveis por meio do Coeficiente de Correlação de Spearman.

Foi considerada a significância a 0,05 ( $p \leq 0,005$ ) para os testes de comparação e correlação. Os resultados estão organizados na forma de tabelas.

## *5 - Resultados*

## 5 RESULTADOS

### 5.1 IDENTIFICAR E COMPARAR REPERTÓRIO DE HABILIDADES SOCIAIS, INDICADORES DE SAÚDE MENTAL E FUNÇÕES EXECUTIVAS ENTRE O GRUPO DE ESTUDO (GE) E O GRUPO CONTROLE (GC)

#### 5.1.1 INDICADORES DE HABILIDADES SOCIAIS CONSIDERANDO-SE OS RESULTADOS MÉDIOS DO GRUPO DE ESTUDO (GE) E DO GRUPO CONTROLE (GC)

A seguir são realizadas comparações entre os resultados do GE e do GC Controle para as medidas de frequência (Tabela 2) e dificuldade de HS (Tabela 3) contemplando os fatores do IHS-A.

Tabela 2 - Indicadores de frequência de Habilidades Sociais do GE e GC no IHS-A.

<b>Fatore</b>	<b>Grupos</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>Valor de P</b>
F1- Empatia	E	25,22	8,26	0,37
	C	28,67	7,61	
F2- Autocontrole	E	18,78	5,09	0,21
	C	15,55	5,57	
F3- Civilidade	E	17,44	2,92	0,38
	C	15,22	6,89	
F4- Assertividade	E	22,22	3,93	0,43
	C	20,67	4,36	
F5- Abordagem Afetiva	E	<b>12,5</b>	<b>5,7</b>	<b>* 0,04</b>
	C	<b>7,44</b>	<b>4,27</b>	
F6- Desenvoltura Social	E	10,89	4,234	0,23
	C	8,44	4,22	
FT- Total	E	10,89	4,23	0,23
	C	8,44444	,21637	

Fonte: A autora (2022)

Legenda: GE: Grupo de Estudo, GC: Grupo Controle; Média; DP: Desvio padrão. Inventário de Habilidades Sociais de Adolescentes (IHS-A); .\* valor ( $p \leq 0,05$ ).

A Tabela 2 aponta diferença estatisticamente significativa na frequência de HS entre os grupos no fator (F5) Abordagem Afetiva ( $p= 0,04$ ), indicando que o GE, comparado ao GC, emite mais comportamentos habilidosos. Tais como, reconhecer diferentes tipos de problemas, identificar e avaliar possíveis alternativas de solução, escolher, implementar e avaliar uma alternativa, avaliar o processo de tomada de decisão. Por outro lado, o GC emite com maior frequência outros fatores, mas sem significância estatística.

Tabela 3 - Indicadores de dificuldade na emissão de Habilidades Sociais do GE e do GC no IHS-A.

Fatores	Grupos	Média	Desvio Padrão	Valor de P
F1- Empatia	GE	6	3,32	<b>*0,02</b>
	GC	9,67	2,83	
F2- Autocontrole	GE	11	5,66	0,17
	GC	14,1	3,37	
F3- Civilidade	GE	1,67	1,22	<b>*0,01</b>
	GC	6,11	4,62	
F4- Assertividade	GE	3,67	3,39	<b>*0,03</b>
	GC	7,67	4,09	
F5- Abordagem Afetiva	GE	6,11	3,76	<b>*0,00</b>
	GC	10,44	2,07	
F6- Desenvoltura Social	GE	3,22	2,95	<b>*0,000</b>
	GC	9,44	2,29	
T- Total	GE	31,67	15,18	<b>*0,00</b>
	GC	57,44	12,094	

Legenda: GE: Grupo de Estudo; GC: Grupo Controle; Média; DP: Desvio padrão. Inventário de Habilidades Sociais de Adolescentes (IHS-A); .\* valor ( $p \leq 0,05$ ).

A Tabela 3 aponta diferença estatisticamente significativa em todos os fatores exceto (F2) Autocontrole. Indicando que o GE apresenta dificuldade relevante na maioria das HS afetando assim o repertório total.

5.1.2 INDICADORES DE FUNÇÕES EXECUTIVAS E COGNIÇÃO GLOBAL CONSIDERANDO-SE OS RESULTADOS MÉDIOS DO GRUPO DE ESTUDO (GE) E DO GRUPO CONTROLE (GC)

A seguir são realizadas comparações entre os resultados dos grupos para as medidas obtidas no WCST (Tabela 4) e MOCA (Tabela 5).

Tabela 4 – Comparação dos resultados obtidos no WCST entre GE e GC.

<b>Fatores</b>	<b>Grupos</b>	<b>Média</b>	<b>Dp</b>	<b>Valor</b>
Nº Ensaios	GE	105,11	18,92	0,25
	GC	95,89	13,50	
Nº Correto	GE	76,22	8,77	0,43
	GC	72,67	9,82	
Nº Erros	GE	29,55	17,81	0,32
	GC	23,22	4,49	
Resp PERS.	GE	12,22	6,04	0,78
	GC	12,89	3,44	
Erro PERS.	GE	10	5,59	0,51
	GC	8,56	3,24	
Erro Ñ PERS.	GE	19,56	13,09	0,12
	GC	12	4,74	
Resp Conce.	GE	52,78	26,50	0,14
	GC	67,22	8,49	
Nº Categ.	GE	5,55	0,73	0,23
	GC	5,89	0,33	
Ensa. 1ª Categ	GE	12,11	1,27	0,52
	GC	13	3,87	
Frac. Manter	GE	1,55	1,01	0,24
	GC	0,89	1,27	
Aprend.	GE	5,34	4,95	0,248
	GC	3,2	2,03	

Fonte: A autora (2022)

Legenda: WCST: Teste de Classificação de Cartas de Wisconsin; GE – Grupo de Estudo; GC – Grupo Controle; DP: desvio padrão; Nº: Número, Resposta Perseverativa (Resp PERS), Erro Perseverativa (Erro PERS), Erro Não Perseverativo (Erro Ñ PERS), Resposta de Nível Conceitual (Resp Conce), Número de Categorias Completadas (Nº Categ), Ensaios para Completar a 1ª Categoria (Ensa. 1ª Categ), Fracasso em Manter o Contexto (Frac Manter), Aprendendo a Aprender (Aprend).

Tabela 4 - Embora os resultados obtidos não apontem diferença estatisticamente significativa entre os grupos GE e GC, observa-se que a média de GE foi maior que GC em vários itens do instrumento. Como, maior necessidade de ensaios, maior número correto, bem como, maior

número de erros, de erros perseverativos e não perseverativos, de fracasso para manter o contexto e mais ensaios para aprender a aprender.

Por outro lado, o GC apresenta média mais alta comparada em GE para respostas conceituais e perseverativas, número de categorias e maior número de ensaios para completar a 1ª categoria.

Tabela 5 - Comparação de indicadores do MOCA entre GE e GC.

<b>Fatores</b>	<b>Grupos</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>Valor de P</b>
Visuoespacial/Exec	GE	<b>4</b>	<b>0,5</b>	<b>*0,00</b>
	GC	<b>4,78</b>	<b>0,44</b>	
Atenção	GE	<b>3</b>	<b>1,66</b>	<b>*0,01</b>
	GC	<b>4,78</b>	<b>1,20</b>	
Linguagem	GE	<b>3,55</b>	<b>1,59</b>	<b>*0,00</b>
	GC	<b>5,67</b>	<b>0,5</b>	
Abstração	GE	<b>1</b>	<b>0,71</b>	<b>*0,01</b>
	GC	<b>1,78</b>	<b>0,44</b>	
Memória	GE	<b>3,22</b>	<b>0,97</b>	<b>*0,00</b>
	GC	<b>4,33</b>	<b>0,5</b>	
Orientação	GE	5,67	0,71	0,40
	GC	5,89	0,33	
Total	GE	<b>21,55</b>	<b>3,94</b>	<b>*0,00</b>
	GC	<b>28,22</b>	<b>2,489</b>	

Fonte: A autora (2022). Legenda: \*Comparação estatisticamente significativa entre grupo GE e GC ( $p \leq 0,05$ ); DP: desvio padrão. GE – Grupo de Estudo; GC – Grupo Controle.

A Tabela 5 mostra que GC obteve melhor desempenho em todos os fatores, com diferença estatisticamente significativa, quando comparado ao GE. Com a exceção do fator Orientação ( $p=0,40$ ). Esse resultado, denota a dificuldade expressiva do GE em funções cognitivas.

### 5.1.3 INDICADORES DE SAÚDE MENTAL CONSIDERANDO-SE OS RESULTADOS MÉDIOS DO GRUPO DE ESTUDO (GE) E GRUPO CONTROLE (GC)

A seguir são realizadas comparações entre os resultados dos grupos para as medidas obtidas no BDI (Depressão) e MASC (Ansiedade) na Tabela 7.

Tabela 6 - Comparação de indicadores de saúde mental entre GE e GC.

<b>Fatore</b>	<b>Grupos</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>Valor de P</b>
BDI	GE	<b>6,55</b>	<b>1,94</b>	<b>*0,01</b>
	GC	<b>21,78</b>	<b>15,77</b>	
MASC	GE	<b>41,22</b>	<b>13,75</b>	<b>* 0,00</b>
	GC	<b>68</b>	<b>14,31</b>	

Fonte: A autora (2022). Legenda: \*Comparação estatisticamente significativa entre grupos ( $p \leq 0,05$ ); DP: Desvio Padrão; GE– Grupo de Estudo; GC – Grupo Controle.

Tabela 6 – No que se refere aos indicadores de saúde mental, os resultados apontam diferença estatisticamente significativa entre os grupos, sendo que GC apresentou maior média de sintomas depressivos e de ansiedade quando comparado com GE.

## **5.2 CORRELAÇÃO ENTRE HABILIDADES SOCIAIS, SAÚDE MENTAL E FUNÇÕES EXECUTIVAS.**

A seguir são realizadas correlação entre os resultados de Saúde Mental (BDI e MASC) e frequência e dificuldade de HS (Tabela 8), contemplados no IHS-A.

Tabela 7 - Correlação de resultados dos grupos nos instrumentos IHS-A e BDI, MASC.

	Frequência						
	F1 Empatia	F2 Autocontrole	F3 Civildade	F4 Assertividade	F5 Abordagem Afetiva	F6 Desenvoltura Social	FT Total
<b>MASC</b>	0,1446 p=,567	-0,3959 p=,104	<b>-0,5289</b> *p=,024	-0,179 p=,477	-0,4206 p=,082	<b>-0,5241</b> *p=,026	-0,3913 p=,108
<b>BDI</b>	-0,2892 p=,244	-0,443 p=,066	<b>-0,6876</b> *p=,002	-0,3068 p=,216	<b>-0,6663</b> *p=,003	<b>-0,6148</b> *p=,007	<b>-0,6758</b> *p=,002

	Dificuldade						
	F1 Empatia	F2 Autocontrole	F3 Civildade	F4 Assertividade	F5 Abordagem Afetiva	F6 Desenvoltura Social	FT Total
<b>MASC</b>	<b>0,4792</b> *p=,044	0,3212 p=,194	<b>0,6784</b> *p=,002	0,3341 p=,175	<b>0,4953</b> *p=,037	<b>0,748</b> *p=,000	<b>0,6513</b> *p=,003
<b>BDI</b>	<b>0,494</b> *p=,037	0,1302 p=,607	<b>0,7929</b> *p=,000	<b>0,493</b> *p=,038	0,3374 p=,171	<b>0,5845</b> *p=,011	<b>0,5985</b> *p=,009

Fonte: A autora (2022).

Legenda: \*: Correlação estatisticamente significativa ( $p \leq 0,05$ ); Inventário de Habilidades Sociais de Adolescentes (IHS-A); Inventário de Depressão de Beck (BDI); Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças (MASC)

A Tabela 7 mostra correlação estatisticamente significativa entre a frequência do repertório de HS e indicadores de Saúde Mental. Conforme apresentado, houve correlação negativa entre MASC, com a frequência dos fatores de HS, Civildade ( $r=-0,5289$ ) e Desenvoltura Social ( $r=-0,5241$ ), indicando que quanto maior a quantidade de emissão dessas HS menor a presença de indicativos de sintomas de Ansiedade. Esse resultado, de correlação negativa, é ainda mais presente na correlação entre BDI (sintomas depressivos) e os fatores de HS, Civildade ( $r=-0,6876$ ), Abordagem Afetiva ( $r=-0,6663$ ), Desenvoltura Social ( $r=-0,6148$ ) e total ( $r=-,007$ ).

### 5.3.2 CORRELAÇÃO ENTRE INDICADORES DE HABILIDADES SOCIAIS, FUNÇÕES EXECUTIVAS E INTELECTUAL GLOBAL

A seguir são realizadas correlação entre os resultados médios de frequência e dificuldade de HS com WCST (Tabela 8) e com MOCA (Tabela 9).

Tabela 8 - Correlação entre IHS-A e WCTS.

WCST	FREQUÊNCIA							
	IHS-A	F1 Empatia	F2 Autocontrole	F3 Civildade	F4 Assertividade	F5 Abordagem Afetiva	F6 Desenvoltura Social	T Total
Nº Ensaio	0,2618 =,294	-0,2189 p=,383	-0,1432 p=,571	-0,0508 p=,841	-0,0752 p=,767	<b>-0,4779</b> <b>*p=,045</b>	0,2828 =,255	
Nº Correto	0,2522 =,313	-0,2868 p=,249	-0,2884 p=,246	-0,2885 p=,246	-0,0138 p=,957	-0,3014 p=,224	0,3276 =,185	
Nº Erros	0,1838 =,465	-0,178 p=,480	-0,063 p=,804	0,0153 p=,952	-0,1123 p=,657	-0,4047 p=,096	0,2096 =,404	
Resp. PERSEV.	,1238 =,625	-0,1102 p=,663	0,0554 p=,827	0,0946 p=,709	-0,1618 p=,521	-0,2087 p=,406	0,04 =,875	
Erro PERSEV.	0,1931 =,443	0,0437 p=,863	0,0257 p=,919	0,3404 p=,167	-0,1885 p=,454	-0,1995 p=,427	0,0732 =,773	
Erro Ñ PERSEV.	0,1516 p=,548	-0,0706 p=,781	-0,0745 p=,769	0,0191 p=,940	0,0103 p=,968	-0,3958 p=,104	0,1422 p=,573	
Resp. Conce.	0,0345 p=,892	-0,0169 p=,947	-0,0202 p=,937	0,0574 p=,821	-0,2467 p=,324	0,2084 p=,407	0,0323 p=,899	
Categorias	,0741 p=,770	0,091 p=,719	0,0325 p=,898	-0,0443 p=,861	0,0369 p=,884	0,2948 p=,235	,1126 p=,657	
Ensa. 1ª Cat	0,4055 p=,095	<b>-0,7625</b> <b>*p=,000</b>	-0,4278 p=,077	<b>-0,6194</b> <b>*p=,006</b>	<b>-0,4712</b> <b>*p=,048</b>	<b>-0,6721</b> <b>*p=,002</b>	<b>0,7436</b> <b>*p=,000</b>	
Fracass. Manter	0,3559 p=,147	<b>-0,5073</b> <b>*p=,032</b>	0,1567 p=,535	-0,1693 p=,502	-0,0727 p=,774	-0,2669 p=,284	0,3653 p=,136	
Aprend.	0,0349 p=,891	0,0926 p=,715	-0,0075 p=,976	-0,1809 p=,473	0,16 p=,526	-0,1749 p=,488	,0087 p=,973	

## DIFICULDADE

WCST	IHS-A	F1 Empatia	F2 Autocontrole	F3 Civildade	F4 Assertividade	F5 Abordagem Afetiva	F6 Desenvoltura Social	T Total
Nº Ensaios		0,1145 p=,651	0,1011 p=,690	-0,0734 p=,772	0,0988 p=,696	-0,1106 p=,662	0,0147 p=,954	0,0352 p=,890
Nº Correto		0,3508 p=,154	0,1326 p=,600	-0,1055 p=,677	0,3135 p=,205	-0,0142 p=,955	0,1032 p=,684	0,1669 p=,508
Nº Erros		-0,01 p=,969	0,1095 p=,665	-0,0963 p=,704	-0,1464 p=,562	-0,0771 p=,761	-0,0555 p=,827	-0,0543 p=,830
Resp PERSEV.		-0,0569 p=,823	0,0987 p=,697	0,0311 p=,902	-0,2283 p=,362	0,1341 p=,596	0,125 p=,621	0,0239 p=,925
Erro PERSEV.		-0,0635 p=,802	0,0607 p=,811	-0,1454 p=,565	-0,3448 p=,161	-0,0014 p=,996	-0,0883 p=,728	0,1238 p=,625
Erro Ñ PERSEV.		-0,1543 p=,541	-0,0307 p=,904	-0,0905 p=,721	-0,1707 p=,498	-0,2238 p=,372	-0,1302 p=,607	0,1665 p=,509
Erro Ñ PERSEV.		-0,1543 p=,541	-0,0307 p=,904	-0,0905 p=,721	-0,1707 p=,498	-0,2238 p=,372	-0,1302 p=,607	0,1665 p=,509
Resp Conce.		0,0406 p=,873	-0,1156 p=,648	0,1687 p=,503	0,1111 p=,661	0,1727 p=,493	-0,0518 p=,838	0,0614 p=,809
Categorias		,1496 p=,553	-0,0475 p=,852	0,1394 p=,581	0,1793 p=,476	0,0108 p=,966	0,1165 p=,645	0,1132 p=,655
Ensa. 1ª Cat		<b>0,5677</b> <b>*p=,014</b>	0,4352 p=,071	0,2083 p=,407	<b>0,572</b> <b>*p=,013</b>	0,1363 p=,590	0,4286 p=,076	<b>0,5098</b> <b>*p=,031</b>
Fracass. Manter		0,2664 p=,285	0,3345 p=,175	-0,1332 p=,598	0,2691 p=,280	0,0668 p=,792	-0,0779 p=,759	0,1632 p=,518
Aprend.		0,292 p=,240	-0,2459 p=,325	0,0171 p=,946	-0,3466 p=,159	-0,3296 p=,182	-0,0741 p=,770	0,2721 p=,275

Fonte: A autora (2022)

Legenda: \*: Correlação estatisticamente significativa ( $p \leq 0,05$ ); Inventário de Habilidades Sociais de Adolescentes (IHS-A); Teste de Classificação de Cartas de Wisconsin (WCST); Número de Ensaios (Nº ensaios), Número Correto (Nº Correto), Número de Erros (Nº Erros), Resposta Perseverativa (Resp PERS), Erro Perseverativa (Erro PERS), Erro Não Perseverativo (Erro Ñ PERS), Resposta de Nível Conceitual (Resp Conce), Número de Categorias Completadas (Nº Categ), Ensaios para Completar a 1ª Categoria (Ensa. 1ª Categ), Fracasso em Manter o Contexto (Fracass Manter), Aprendendo a Aprender (Aprend).

Tabela 8 – Demonstra que a frequência na emissão de HS obteve correlação estatisticamente significativa em três categorias do teste WCST. Em Nº de Ensaios, com o fator de IHS-A, Desenvoltura Social ( $r = -0,4779$ ); Ensa.1ª Cat com as HS Autocontrole ( $r = -0,7625$ ), Assertividade ( $r = -0,6194$ ), Abordagem Afetiva ( $r = -0,4712$ ), Desenvoltura Social ( $r = -0,6721$ ) e Total ( $r = -0,7436$ ); Fracass. Manter com Autocontrole ( $r = -0,5073$ ). Os

resultados mencionados indicam correlação negativa, demonstrando que enquanto aumenta a incidência de uma variável a outra diminui.

No que tange à dificuldade em emitir HS, os resultados sugerem que existe uma correlação positiva entre Ensa. 1ª Cat (WCST) e Empatia ( $r=0,5677$ ), Assertividade ( $r=0,572$ ) e Total ( $r=,5098$ ) do IHS-A. Portanto, quanto maior a dificuldade para realizar essas habilidades maior a quantidade de ensaios para concluir a categoria.

Tabela 9 - Correlação entre IHS e MOCA.

IHS-A MOCA	FREQUÊNCIA						FT - Total
	F1 Assertividade	F2 Autocontrole	F3 Civildade	F4 Assertividade	F5 Abordagem Afetiva	F6 Desenvoltura Social	
Visoespacial	0,4087	-0,0742	-0,0614	0,1389	-0,1395	0,1054	0,0698
Executiva	p=,092	p=,770	p=,809	p=,583	p=,581	p=,677	p=,783
Atenção	0,3146	0,0667	-0,0623	-0,018	0,0632	0,3467	0,1735
	p=,204	p=,793	p=,806	p=,943	p=,803	p=,159	p=,491
Linguagem	0,1302	0,1727	-0,097	-0,2807	-0,0672	0,0406	-0,008
	p=,606	p=,493	p=,702	p=,259	p=,791	p=,873	p=,975
Abstração	0,0041	-0,0336	-0,1977	-0,3719	-0,167	0,0328	-0,166
	p=,987	p=,895	p=,432	p=,129	p=,508	p=,897	p=,511
Memória	0,0377	0,0765	0,0514	-0,1098	-0,3933	0,0825	-0,065
	p=,882	p=,763	p=,839	p=,665	p=,106	p=,745	p=,799
Orientação	-0,1387	0,1118	-0,0544	-0,1365	-0,0966	0,192	-0,062
	p=,583	p=,659	p=,830	p=,589	p=,703	p=,445	p=,808
Total	0,1981	0,0977	-0,0867	-0,1745	-0,1288	0,1532	0,0262

Fonte: A autora (2022)

Legenda: \*: Correlação estatisticamente significativa ( $p \leq 0,05$ ); Frequência de emissão de HS - Inventário de Habilidades Sociais de Adolescentes (IHS-A); Avaliação Cognitiva Montreal (MOCA)

## DIFICULDADE

IHS-A MOCA	F1 Assertividade	F2 Autocontrole	F3 Civildade	F4 Assertividade	F5 Abordagem Afetiva	F6 Desenvoltura Social	FT - Total
Visoespacial	0,4152	0,3052	0,4304	0,2158	<b>0,6833</b>	<b>0,6057</b>	<b>0,562</b>
Executiva	p=,087	p=,218	p=,075	p=,390	<b>p=,002</b>	<b>p=,008</b>	<b>p=,015</b>
Atenção	0,225	-0,0431	0,2876	0,1369	0,2619	0,2196	0,2224
	p=,369	p=,865	p=,247	p=,588	p=,294	p=,381	p=,375
Linguagem	0,1459	-0,1721	0,3193	0,3623	0,1914	0,4123	0,2598
	p=,563	p=,495	p=,197	p=,140	p=,447	p=,089	p=,298
Abstração	0,147	-0,086	0,3537	0,349	0,184	0,3836	0,2786
	p=,560	p=,734	p=,150	p=,156	p=,465	p=,116	p=,263
Memória	0,0941	-0,1794	0,1647	0,0099	0,0526	0,1876	0,0605
	p=,710	p=,476	p=,514	p=,969	p=,836	p=,456	p=,812
Orientação	-0,1113	-0,3532	0,1222	0,0171	-0,2874	-0,0959	0,159
	p=,660	p=,151	p=,629	p=,946	p=,247	p=,705	p=,530
Total	0,2046	-0,128	0,3601	0,2467	0,2432	0,3691	0,2657

Fonte: A autora (2022)

Legenda: \*: Correlação estatisticamente significativa ( $p \leq 0,05$ ); Dificuldade para emissão de HS - Inventário de Habilidades Sociais de Adolescentes (IHS-A); Avaliação Cognitiva Montreal (MOCA)

Conforme mostra a Tabela 9 houve correlação positiva entre a categoria Visoespacial/Executiva (MOCA) e Dificuldade ao emitir as HS nos fatores Abordagem Afetiva, Desenvoltura Social e Total, mostrando que as variáveis dependem uma da outra para aumentar sua incidência

### 5.3.3 CORRELAÇÃO ENTRE INDICADORES DE FUNÇÕES EXECUTIVAS E SAÚDE MENTAL.

A seguir são realizadas correlação entre os resultados médios de funções executivas (WCST) e saúde mental (MASC e BDI) na Tabela 11.

Tabela 10 – Correlação entre WCST e indicadores de Saúde Mental (MASC e BDI)

	Ensaio	Correto	Erros	Resp PERS	Erro PERS	Erro Ñ PERS	Resp Conc	Nº Categ	Ensa 1º Cat	Frac Mant	Aprend
MASC	-0,0824 p=,745	-0,1545 p=,541	0,08 p=,752	0,329 p=,182	0,1506 p=,551	0,0296 p=,907	-0,0713 p=,779	-0,042 p=,869	0,0738 p=,771	-0,3345 p=,175	0,1341 p=,596
BDI	-0,0022 p=,993	0,1539 p=,542	-0,164 p=,515	-0,1226 p=,628	-0,2923 p=,239	-0,162 p=,521	0,3632 p=,138	0,1437 p=,570	<b>0,5017</b> <b>*p=,034</b>	0,1027 p=,685	0,2383 p=,341

Fonte: A autora (2022)

Legenda: \* correlação estatisticamente significativa ( $p \leq 0,05$ ); Inventário de Depressão de Beck – (BDI); Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças – (MASC); Teste de Classificação de Cartas de Wisconsin (WCST); Número de Ensaio (Ensaio), Número Correto (Correto), Número de Erros (Erros), Resposta Perseverativa (Resp PERS), Erro Perseverativa (Erro PERS), Erro Não Perseverativo (Erro Ñ PERS), Resposta de Nível Conceitual (Resp Conc), Número de Categorias Completadas (Nº Categ), Ensaio para Completar a 1ª Categoria (Ensa. 1ª Cat), Fracasso em Manter o Contexto (Frac Mant), Aprendendo a Aprender (Aprend);

A Tabela 10 mostra que apenas quantidade de ensaios para concluir a primeira categoria do teste (Ensa. 1ª Cat.) apresentou correlação estatisticamente significativa com teste BDI.

#### 5.3.4 CORRELAÇÃO ENTRE INDICADORES DE FUNÇÕES EXECUTIVAS E INTELECTUAL GLOBAL.

A seguir são realizadas correlação entre os resultados médios do WCST e o MOCA (Tabela 11)

Tabela 11 – Correlação entre MOCA e WCST.

	Ensa	Correto	Erros	Resp PERS	Erro PERS	Erro N PERS	Resp Conce.	Categ	WCST- Ensa.1 <sup>a</sup>	WCST- Fracas	WCST- Aprend.
Visoespacial /Executiva	-0,2531 p=,311	-0,3057 p=,217	-0,1169 p=,644	0,0833 p=,743	0,0227 p=,929	-0,22 p=,380	-0,137 p=,588	0,1591 p=,528	-0,2695 p=,279	-0,4612 p=,054	-0,0592 p=,816
Atenção	<b>-0,5948</b> <b>*p=,009</b>	-0,0804 p=,751	<b>-0,6368</b> <b>*p=,004</b>	-0,3882 p=,111	<b>-0,5342</b> <b>*p=,022</b>	<b>-0,675</b> <b>*p=,002</b>	<b>0,4967</b> <b>*p=,036</b>	<b>0,6379</b> <b>*p=,004</b>	-0,1968 p=,434	-0,2575 p=,302	<b>-0,4816</b> <b>*p=,043</b>
Linguagem	-0,2657 p=,287	-0,0602 p=,812	-0,2558 p=,306	-0,1179 p=,641	-0,1913 p=,447	-0,3238 p=,190	0,3878 p=,112	0,2633 p=,291	-0,0805 p=,751	-0,2701 p=,278	-0,2395 p=,338
Abstração	-0,4485 p=,062	-0,2937 p=,237	-0,2637 p=,290	-0,0333 p=,896	-0,1302 p=,607	-0,3714 p=,129	0,3744 p=,126	0,2853 p=,251	0,0331 p=,896	-0,1848 p=,463	-0,2223 p=,375
Memória	-0,18 p=,475	-0,2655 p=,287	0,0506 p=,842	0,3031 p=,221	0,1264 p=,617	-0,1082 p=,669	<b>0,4933</b> <b>*p=,037</b>	-0,0121 p=,962	0,0489 p=,847	-0,22 p=,380	-0,1017 p=,688
Orientação	-0,0258 p=,919	-0,0724 p=,775	0,0293 p=,908	0,1396 p=,581	0,0027 p=,992	-0,0196 p=,938	<b>0,5079</b> <b>*p=,031</b>	-0,0207 p=,935	0,0463 p=,855	0,0818 p=,747	-0,0578 p=,820
Total	-0,4427 p=,066	-0,2016 p=,423	-0,352 p=,152	-0,1047 p=,679	-0,2496 p=,318	-0,4517 p=,060	<b>0,5021</b> <b>*p=,034</b>	0,3809 p=,119	-0,1146 p=,651	-0,3072 p=,215	-0,3176 p=,199

Fonte: A autora (2022). Legenda: \*Correlação estatisticamente significativa ( $p \leq 0,05$ ) Teste de Classificação de Cartas de Wisconsin (WCST) de Silva Filho, et al., (2007); Avaliação Cognitiva Montreal (MOCA).

A Tabela 10 mostra que houve correlação estatisticamente relevante positiva em Resp Conce com o MOCA (atenção, memória, orientação, total). Houve correlação estatisticamente relevante negativa em Atenção (MOCA) com Categorias, N° Ensaio, N° erros, Erro Persev; Erro ã Persev e Aprend.

## *6 - Discussão*

## 6. DISCUSSÃO

O objetivo do presente estudo foi comparar e relacionar as possíveis associações entre o repertório de habilidades sociais, indicadores de saúde mental e funções executivas apresentadas por adolescentes com DA.

Poucos estudos da literatura analisada se aproximam das características da população estudada. Entre as pesquisas com adolescentes entre 12 a 18 anos com deficiência auditiva estão (SILVA, 2020; RIBAS E ABRAMIDES, 2022; ZUGLIANI ET AL, 2007; PRADO, 2018; THOMAZ, 2020) considerando potenciais prejuízos desta condição para a socialização (THOMAZ, 2020) bem como prejuízos no desenvolvimento do autoconceito (RICO ET AL., 2013) que se intensifica quando não sabe como desempenhar suas habilidades sociais (SOCO, et al., 2011).

Até o momento, as avaliações do repertório de HS nesta população ainda são escassas e, portanto, identificar e comparar esses resultados com seus pares de audição normal é altamente relevante. No presente estudo, na somatória dos fatores de HS, os participantes obtiveram desempenho classificado como bom repertório, enquanto que o resultado do estudo de (SILVA et al, 2020), com amostra de características homogêneas, apresentavam repertório médio inferior, identificando algumas habilidades passíveis de treinamento.

No que tange à comparação entre GE e GC, houve diferença em diversas HS, tanto na emissão como em dificuldade, com melhor desempenho do GE em relação ao GC, exceto para o fator autocontrole. Tal resultado, embora deva ser analisado com reservas devido ao número amostral e variáveis não contempladas no estudo, pode estar relacionado ao fato de que grande parte da amostra do GE participa de programas, no contexto da reabilitação auditiva. Os programas são oferecidos institucionalmente e promovem a interação em grupo, que por sua vez, possibilita o modelo de repertório de comportamentos habilidosos, conforme evidências apontadas por Del Prette e Del Prette (2017). Os autores descrevem que tais habilidades possuem influências de dimensão pessoal, situacional e cultural, em que um desempenho social pode ser considerado competente em certos contextos e em outros não, a depender das normas, regras e valores deste contexto, bem como das demandas sociais e dos interlocutores presentes nesse meio. Além disso, conforme será discutido adiante, o GC

---

apresentou indicadores de maior vulnerabilidade psicoemocional que podem interferir no desempenho social.

Conforme apontado anteriormente, a fase da adolescência já traz em seu bojo a vulnerabilidade que aliada às dificuldades de comunicação e identidade podem incrementar o sofrimento para o adolescente com DA, fomentando a indagação sobre indicadores de saúde mental entre os adolescentes com DA e seus pares ouvintes. Partindo dessa premissa, (BOZZAY, et al., 2017; HUBER, et al., 2011; SAHLI et al., 2006; SAHLI et al., 2009) investigaram tal relação, e embora tenham encontrado correlação entre depressão e autoestima do adolescente, não houve diferença significativa dos resultados entre pares com audição normal e com DA, resultado esse refutado pelo presente estudo no qual, além do GE não apresentar indicativos de ansiedade ou depressão, ainda se difere estatisticamente de seus pares com audição típica que apresentaram resultados sugestivos de prejuízo em saúde mental.

Por outro lado, estudo de intervenção realizado na mesma instituição com grupo amostral com características próximas ao presente estudo, (RIBAS E ABRAMIDES, 2022), por meio da percepção materna, a presença de depressão e ansiedade, bem como retraimento e queixas somáticas.

Com base no exposto, é possível inferir fatores que podem justificar tais achados. Entre esses, destaca-se como variável independente, as habilidades promovidas na reabilitação auditiva por equipe multiprofissional, que inclui profissionais da área da saúde mental, para direcionar práticas e projetos destinados à promoção socioemocional nesta população, bem como, a estimulação do interagir social e orientação aos genitores quanto a práticas educativas parentais positivas. De fato, o repertório destas práticas tem sido alvo de estudos de caracterização e intervenção, na referida instituição, com o objetivo de desenvolver e/ou aprimorar tais práticas visto que se constituem como fatores de proteção para o desenvolvimento global e para mitigar problemas de comportamento nos filhos (BOLSONI-SILVA ET AL., 2010; RODRIGUES, CARRARA, PALAMIN E BOLSONI-SILVA, 2010).

Quanto à avaliação das funções executivas, embora os resultados obtidos não apontem diferença estatisticamente significativa entre os grupos, o GC obteve médias mais

---

altas que o GE para respostas conceituais e perseverativas, número de categorias e maior número de ensaios para completar a 1ª categoria. Por outro lado, a média do GE foi maior que GC em vários itens do instrumento (nº de ensaios; nº correto; nº de erros perseverativos e não perseverativos; fracasso para manter o contexto e ensaios para aprender a aprender). Tal diferença não foi encontrada no estudo de Kronenberger *et al.* (2014) com sujeitos com DA, o que pode ser justificado pela ampla faixa etária bem como diferentes instrumentos de medidas (span de dígitos para memória de trabalho, teste de variáveis de atenção, de desempenho contínuo computadorizado para habilidades de inibição e concentração).

Um outro estudo de intervenção (SAID, 2019), do mesmo grupo de pesquisa mostrou que os participantes, crianças com DA, não apresentavam desempenho deficitário ( $P < 1$ ) das FE em nenhuma das sondagens múltiplas. De fato, estudo de revisão sistemática (Charry-Sánchez *et al.* (2022) sobre funções executivas, abrangendo 15 artigos no período de 2000 até abril de 2020, revelou que crianças e adolescentes com DA apresentam desempenho inferior em memória de trabalho, inibição, flexibilidade cognitiva e atenção do que seus pares ouvintes. Entretanto, os autores concluem que os estudos diferiram nos instrumentos de avaliação e os resultados obtidos por diferentes autores foram inconsistentes uma vez que as ferramentas foram projetadas para a população com audição normal, os resultados podem variar significativamente na população com DA. Por isso, é importante estabelecer um protocolo padronizado especificamente adaptado para essa população.

Para ampliar a discussão, incluindo outras variáveis a serem consideradas no design das pesquisas junto a população infanto-juvenil com DA, a análise do estudo de Hall *et al.* (2017) pode ser útil. Os autores avaliaram, por meio de relato dos pais e FE baseadas no desempenho, 16 crianças, com idades entre cinco e 12 anos, divididas em 3 grupos: (a) participantes com audição normal ( $n = 45$ ), (b) surdos nativos sinalizadores que tiveram acesso à linguagem de sinais americana desde o nascimento ( $n = 45$ ) e (c) usuários de implante coclear oral que não tiveram acesso total à linguagem antes do implante coclear ( $n = 26$ ). Os resultados obtidos pelo relato dos pais, sugerem que o acesso precoce à linguagem tem um impacto mais forte na FE do que o acesso precoce ao som. Os resultados baseados em desempenho tendem em uma direção semelhante, mas nenhuma diferença entre os grupos foi significativa. Esses resultados indicam que habilidades de FE saudáveis não requerem audição

---

e, portanto, que as dificuldades neste domínio não resultam principalmente da falta de experiência auditiva. Em vez disso, os resultados são consistentes com a hipótese de que a proficiência em linguagem, seja em sinais ou fala, é crucial para o desenvolvimento de FE saudável.

Por outro lado, quando comparado aspectos cognitivos dos dois grupos, GC demonstra melhor desempenho que GE na maioria dos fatores. O que condiz com os resultados de outros estudos AMEMIYA, et al 2016; DYE et al., 2014; MONDELLI et al., 2010) que apontam prejuízos na qualidade da atenção sustentada, memória de trabalho e aspectos cognitivos da linguagem em indivíduos com DA quando comparados com ouvintes. Mondelli et al. (2010) aponta que a atenção é um processo multimodal, sendo a habilidade de atenção auditiva de fundamental importância para o processamento da informação selecionada e para a aprendizagem de novas tarefas. Entre os tipos de atenção auditiva, é a atenção sustentada que faz com que o sujeito persista, mantenha e complete uma tarefa em um dado período de tempo.

Ao investigar os indicadores de SM com HS, o presente estudo mostrou que quanto maior a frequência de HS emitidas menor os indicadores de depressão e ansiedade, corroborando os resultados encontrados de outras pesquisas com outras populações (BOLSONI-SILVA, 2016; BIASOTO, 2013; SÁ E DEL PRETTE, 2014; B13 UZUNIAN E VITALLE, 2015;). Portanto, pode-se constatar que quanto mais frequente e com qualidade for a emissão de comportamentos de habilidades sociais, maior será a probabilidade de solução de problemas e de respostas positivas aos eventos adversos que podem ocorrer na adolescência, principalmente do contexto do adolescente com DA.

Mais especificamente, os indicadores de ansiedade se correlacionaram negativamente e com as habilidades de Civilidade e Desenvoltura Social enquanto que a depressão se correlacionou com as habilidades de Civilidade (habilidades de “traquejo pessoal”), Desenvoltura Social (habilidades requeridas em situações de exposição social e conversação), Abordagem Afetiva (habilidades de estabelecer contato e conversação para relações de amizade e amorosa). Tais resultados permitem identificar as habilidades passíveis de treinamento nos vários contextos em que o adolescente está inserido a fim de prevenir ou mitigar os sintomas de ansiedade e depressão em conformidade com as diretrizes da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS,

---

<https://www.paho.org/pt/topicos/saude-mental-dos-adolescentes>) para a qual a adolescência é um momento único, que molda as pessoas para a vida adulta, sendo essencial promover o bem-estar psicológico e proteger de experiências adversas e fatores de risco que possam afetar seu potencial de prosperar. Importante destacar que os instrumentos utilizados neste estudo podem ser utilizados no rastreamento para detecção precoce e fornecimento de intervenções baseadas em evidências para transtornos mentais

Conforme observado no presente estudo, houveram categorias de FE que se relacionam diretamente com HS. A HS Desenvoltura Social se relaciona inversamente com N° de ensaios/tentativas até ser realizada a tarefa que, conforme Silva Filho et al. (2007) essa categoria avalia a formação de conceitos. Já a Função Executiva mensurada em Ensaio 1ª Categoria, que se dá pelo número de ensaios aplicados até completar a categoria, avalia flexibilidade cognitiva. Ou seja, o escore bruto demonstra a quantidade de tentativas até concluir a tarefa, quanto menos ensaios melhor é a capacidade de flexibilidade cognitiva demonstrada. E, portanto, se correlacionou inversamente com a emissão das HS, Desenvoltura Social, Abordagem Afetiva, Autocontrole (habilidade de reagir com calma a situação aversivas em geral) e Assertividade (lidar com situações interpessoais que demandam a afirmação e defesa de direitos e autoestima, com risco potencial de reação indesejável por parte do interlocutor). Em consonância, estudos recentes que buscam correlacionar esses aspectos, trouxeram pouca relação entre HS e FE. Para Aleixo (2018), devido a pouca generalização ocorrida devido ao baixo número de sujeitos e estarem inseridos na mesma escola, enquanto Maranhão (2017), embora tenha obtido pouca relação entre HS e FE, reconhece em seus achados a relação entre esses fatores e capacidade de linguagem.

Os resultados obtidos no presente estudo sugerem que tanto a formação de conceitos como a flexibilidade mental, na qualidade de funções executivas, podem oferecer situações e instantes em que os sujeitos caminhem no desenvolvimento dos processos complexos de cognição social na medida em que podem, em situações coletivas desenvolver, experimentar e reavaliar comportamentos e os significados que deles emergem como aprendizagens sociais (CASTRO, 2022). Mais especificamente em relação à flexibilidade cognitiva, sugere-se que esta contribua para o engajamento em comportamentos habilidosos, por permitir aos indivíduos o uso de estratégias de planejamento alternativas para manejo adequado de situações sociais e a mediação de conflitos. Por essas razões, o conhecimento das

---

relações de desenvolvimento entre FE e processos de linguagem em crianças com em uso de aparelhos ou implantes auditivos é fundamental para entender não apenas os resultados próximos à linguagem, mas também resultados mais distais, como aprendizagem, autorregulação e cognição social (Charry-Sánchez, 2022)

Não obstante, aspectos cognitivos mensurados no presente estudo demonstraram correlação com o fator Visoespacial/Executiva, no qual se contempla as habilidades referidas como FE. Além disso, sua relação significativa se dá por meio de algumas HS já mencionadas anteriormente, relacionadas à flexibilidade cognitiva. Pode-se dizer que tal resultado corrobora a correlação, apontada anteriormente, entre FE e HS pelo fato de, segundo Uehara et al. (2016), serem as FE essenciais para desempenho adequado em diversos contextos sociais, que se dá ora para planejamento e monitoramento dos comportamentos, ora pela flexibilidade de reestruturar frente à obstáculos.

FE são: “um conjunto de habilidades e capacidades que nos permitem executar as ações necessárias para atingir um objetivo. (...) Elas englobam uma série de competências inter-relacionadas e de alto nível de processamento cognitivo, cujo impacto reflete no funcionamento afetivo-emocional, motivacional, comportamental e social” (UEHARA, MATTA, FICHMAN, MALLOY-DINIZ, 2016, p. 17)

Houve também correlação positiva entre (FE) Ensa. 1º Cat e indicadores de depressão (mensurado pelo BDI), ou seja, quanto, quanto menor a flexibilidade cognitiva, maiores serão os indicadores que sugerem depressão. Tais resultados ratificam pesquisas na área da saúde mental, relacionando depressão com déficits nas funções executivas (LOPES, 2013; KRUSZIELSKI, 2014) justificada pelos autores pelo comprometimento da região pré-frontal observada em pacientes com transtorno de humor, relacionadas com a dificuldade encontrada para desempenhar a memória de trabalho, atenção concentrada, planejamento, consecutivamente funções executivas.

Inclusive, vertentes da psicologia, mais especificamente cognitivo comportamental, trazem como uma das principais ferramentas para diminuir humor depressivo a resolução de problemas. Na depressão ocorre uma interpretação exagerada a demandas externas, problemas e pressões, portanto, o treino de habilidades básicas de solução de problemas que são subsequentemente aplicadas a situações problemáticas reais e, desta forma, promovem

---

mudança generalizada do comportamento, prevenção do manejo de estresse, raiva (AGOSTINHO, 2019).

Por sua vez, conforme esperado o presente estudo apontou relação positiva entre o WCST e MOCA em várias categorias. O que pode ser explicado devido às funções executivas

estarem interligadas com as funções cognitivas à medida que elas são as responsáveis por utilizar de funções cognitivas para captar e integrar informação relevante para os objetivos, intenções e finalidades que se pretende atingir, ao mesmo tempo que ignora uma espécie de mar de estímulos ou de selva de informações irrelevantes (FONSECA, 2014) e pelo fato de que coordenam e integram o espectro da tríade neurofuncional da aprendizagem, onde estão conectadas com as funções cognitivas e conativas que acabamos de abordar. O seu piloto, diretor executivo, líder ou maestro neurofuncional avançado é o córtex pré-frontal, região que ocupa no cérebro humano quase um terço do seu volume cortical (GOLDBERG, 2001)

Espera-se que as correlações desse estudo tragam contribuições para direcionar ou enriquecer ainda mais as práticas de reabilitação para esse público. Por outro lado, suas limitações devem ser contornadas em novos delineamentos de futuras pesquisas tais como o número amostral, avaliação multimodal das habilidades sociais incluindo a percepção de pais e professores e investimento na adaptação de instrumentos direcionados à população infanto-juvenil com deficiência auditiva.

## *7 - Conclusões*

---

## 7 CONCLUSÕES

Concluindo, o presente estudo se mostra relevante à medida que os estudos com adolescentes com DA, são escassos, principalmente enquanto identificar o repertório social. Embora o estudo aponte que não houve diferença significativa entre os grupos em HS e FE, quando comparado a aspectos cognitivos houve um desempenho pior que o grupo controle. E nota-se que a diferença dos grupos nos indicativos de saúde mental, a qual o grupo controle apresenta indicativos negativos, enquanto o grupo de estudo além da diferença estatisticamente relevante, ainda não sugerem indicativos clínicos, pode estar associado a participação de grande parte do grupo de estudo já participar de reabilitação, bem como suporte familiar. Além disso, o estudo traz relevantes contribuições para elaboração estratégias para enriquecer ainda mais a intervenção e reabilitação desses adolescentes.

Conforme resultados obtidos, pode-se considerar enfoque de treino de resolução de problemas, visto que essas funções demonstram estar diretamente relacionados à qualidade social e emocional da amostra; treino de habilidades sociais principalmente voltados às habilidades sociais dos adolescentes, mas principalmente ligado a práticas educativas parentais dos genitores.

## *8 - Referências*

**8- REFERÊNCIAS**

- ABERASTURY, A; KNOBEL, M. Adolescência normal. Porto Alegre: Artmed. 1989
- ALEIXO REIS, R. M; RODRIGUES, S. L. **Funções executivas, habilidades sociais e comportamento distributivo na infância.** Av. Psicol. Latinoam., Bogotá , v. 36, n. 3, p. 511-525, Dec. 2018 .
- AMARO, A. L. G. Montreal Cognitive Assessment (MoCA): **Estudo de validação numa amostra de adolescentes delinquentes institucionalizados em Centros Educativos.** Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra. 2013
- APOLINÁRIO, D. (2015). Montreal Cognitive Assessment - Basic (MoCA-B) **Instruções para Aplicação e Pontuação.** Recuperado <http://www.mocatest.org/wpcontent/uploads/2015/03/MoCA-B-Brazil-Instructions-PDF.pdf>.
- BARRETO M. J. RABELO A. A. A. **Família e o Papel Desafiador dos Pais de Adolescentes na Contemporaneidade.** Revista Pensando Famílias. 2015; 19(2): 34-42
- BECK, A. T., STEER, R. A., & Brown, G. K. **Manual for the Beck Depression Inventory-II.** San Antonio, TX: Psychological Corporation. 1996
- BEVILACQUA, M. C. **Conceitos Básicos sobre a audição e deficiência auditiva. Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais.** Universidade de São Paulo, 1998.
- BEVILACQUA, M. C; FORMIGONI, G. M. P. **Audiologia educacional: uma opção terapêutica para a criança deficiente auditiva.** Pró-Fono (3ª ed.). São Paulo, 2000.
- BEVILACQUA, Maria Cecília et al. **Tratado de audilogia.** São Paulo: Santos. 2012
- BOGER, M. E; BARRETO, MASC; SAMPAIO, A. L. L. **A perda auditiva no idoso e suas interfrências n linguagem e na vida psicossocial.** Artigo de Revisão. Revista Eletrônica Gestão & Saúde. Vol.07, N°. 01, Ano 2016 p. 407-12.
- BOLSONI-SILVA, A. T., & SILVEIRA, F.F. (2018). **Promove-Pais. Treinamento de Habilidades Sociais Educativas: guia teórico e prático.** São Paulo: Hogrefe.
- BOLSONI-SILVA, A.T., RODRIGUES, O.M.P.R., ABRAMIDES, D.V.M., Souza, L.S., & Loureiro, S.R. (2010). **Práticas educativas parentais de crianças com deficiência auditiva e de linguagem.** *Revista Brasileira de Educação Especial*, (Vol. 16, 2, p. 265-282). DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-65382010000200008>

- BOZELLI ZANARDI, M. M; YAMADA, M. O; BEVILACQUA, M. C. **A experiência do adolescente usuário de implante coclear.** *Psicol. rev.* (Belo Horizonte), Belo Horizonte , v. 15, n. 1, p. 69-89, Abril 2009.
- BOZZAY, M. L; O'LEARY, K. N; DE NADAI, A. S; GRYGLEWICZ, K; ROMERO, G; KARVER, M. S. **Adolescent Depression: Differential Symptom Presentations in Deaf and Hard-of-Hearing Youth Using the Patient Health Questionnaire-9.** *J Deaf Stud Deaf Educ;* v. 2, p. 195-203, n. 22, Abril 2017.
- BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.** Brasília: Presidência da República, 1990.
- CABALLO, V. E. (1996). **O treinamento em habilidades sociais.** *In:* V. E. Caballo (org.). *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento.* (pp. 3-42). São Paulo: Santos Livraria Editora.
- CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das Escalas de Beck.** São Paulo. Editora Casa do Psicólogo. 2001
- DEL PRETTE A, DEL PRETTE Z. A. **Psicologia das habilidades sociais na infância: teoria e prática.** Petrópolis: Editora Vozes Limitada; 2017.
- DEL PRETTE, Z. A. P. & DEL PRETTE, A. **Psicologia das habilidades sociais: terapia e educação.** Petrópolis: Vozes. 1999
- DEL PRETTE, Z. A. P; DEL PRETTE, A. **Inventário de habilidades sociais para adolescentes: Manual de aplicação, apuração e interpretação.** São Paulo, SP: Casa do Psicólogo, 2009
- DESSEN, M. A; BRITO, A. M. W. **Reflexões sobre a deficiência auditiva e o atendimento institucional de crianças no Brasil.** *Paidéia,* Ribeirão Preto, n. 12-13, p. 111-134, Agosto 1997.
- DIAMOND, A. (2016). **Why improving and assessing executive functions early in life is critical.** *In* J. A. Griffin, P. McCardle, & L. Freund (Eds.), *Executive function in preschool-age children: Integrating measurement, neurodevelopment, and translational research* (pp. 11-43), Washington: American Psychological Association. doi: 10.1037/14797-002

- 
- DO PRADO, M. DA C. R., & ABRAMIDES, D. V. M. **Treinamento de Habilidades Sociais Educativas com Mães de Pré-adolescentes com Deficiência Auditiva.** *Psicologia Em Estudo*, 27. <https://doi.org/10.4025/psicolestud.v27i0.47686>. 2022
- DYE, M. W. G; HAUSER, P. C. **Atenção sustentada, atenção seletiva e controle cognitivo em crianças surdas e ouvintes.** *Hear Res*, n. 309, p. 94-102, Março 2014
- EAD, B; HALE, S; DEALWIS, D; LIEU, J. E. C. **Estudo piloto da cognição em crianças com perda auditiva unilateral.** *Int J Pediatr Otorrinolaringol*, 1856-60, p. 77, Novembro 2013
- FERRARI, D. V.; BLASCA, W. Q.; COUBE, C. Z. V. **Conceitos básicos e características de tecnologia dos aparelhos de amplificação sonora individuais.** In: BEVILACQUA, M. C.; MARANHÃO, Samantha Santos de Albuquerque; PIRES, Izabel Augusta Hazin. Funções executivas e habilidades sociais no espectro autista: um estudo multicaseos. *Cad. Pós-Grad. Distúrb. Desenvolv.*, São Paulo , v. 17, n. 1, p. 100-113, jun. 2017.
- MORET, A. L. M. **Deficiência auditiva: conversando com familiares e profissionais de saúde.** São José dos Campos: Pulso, p. 93- 101, 2005
- FREITAS, Lucas Cordeiro; DEL PRETTE, Zilda Aparecida Pereira. **Habilidades sociais de crianças com diferentes necessidades educacionais especiais: Avaliação e implicações para intervenção.** *Av. Psicol. Latinoam.*, Bogotá , v. 31, n. 2, p. 344-362, Aug. 2013 .
- FINEGOOD, E. D., & BLAIR, C. **Poverty, parent stress, and emerging executive functions in young children.** In K. Deater-Deckard & R. Panneton (Eds.), *Parental Stress and Early Child Development: Adaptive and Maladaptive Outcomes* (pp. 181-207). New York: Springer. doi: 10.1007/978-3-319-55376-4\_8. 2017
- FOGAÇA, F. F. S., TATMATSU, D., COMODO, C. N., DEL PRETTE, Z. A. P., & DEL PRETTE, A. **O desenvolvimento de habilidades sociais na adolescência como ápice comportamental.** *Revista Brasileira De Terapia Comportamental E Cognitiva*, 21(2), 217–231. 2019

- 
- GUIMARÃES, J. V. C. **Autoconceito, autoestima e comportamentos desviantes em adolescentes**. Dissertação do Mestrado, Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da vida, Portugal, 2012
- HALL, M. L., EIGSTI, I., BORTFELD, H., & LILLO-MARTIN, D.C. **Executive Function in Deaf Children: Auditory Access and Language Access**. *Journal of speech, language, and hearing research : JSLHR*, 61 8, 1970-1988 . 2018
- HINTERMAIR, M ; KORNEFFEL, D. **Sobre a relação entre funções executivas e anormalidades socioemocionais em escolares integrados com deficiência auditiva. Relação entre funcionamento executivo e problemas socioemocionais de alunos surdos e com deficiência auditiva em escolas gerais**. Crianças Juventude Psiquiatra Psicoterapeuta. 2013
- HINTERMAIR, M. **Funções executivas e problemas comportamentais em alunos surdos e com deficiência auditiva em escolas gerais e especiais**. *J Deaf Stud Surdo Educ*, v. 3, 344-59, p. 18. 2013
- HUBER, M; KIPMAN, U. A. **Saúde mental de adolescentes surdos com implantes cocleares em comparação com seus pares ouvintes**. *Int J Audiol*; v 3, n. 50, 146-54, Março 2011.
- KEMMERER, D. **Cognitive Neuroscience of Language**. **Psychology Press**. Taylor and Francis Group, New York and London. 2015
- MASCHENDORF, T. M, M. M. V; IRMGARD, B. G. R; FREITAG V. L, CARDOSO, V.J. **Acessibilidade do adolescente com deficiência auditiva aos serviços de saúde**. *Rev. Eletr. Enferm.* [Internet]. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/55502>. 2019
- MELO, E. B; MONTEIRO, T. R; GARCIA, V. L. **Linguagem oral de adolescentes deficientes auditivos: avaliação fonoaudiológica e relato dos professores**. *Rev. CEFAC*, São Paulo , v. 17, n. 4, p. 1288-1301, Agosto 2015
- MONDELLI, M. F. C. G. et al. **Perda auditiva leve: desempenho no Teste da Habilidade de Atenção Auditiva Sustentada**. *Pró-Fono R. Atual. Cient.*, Barueri, v. 22, n. 3, p. 245-250, Set. 2010.

- 
- NASREDDINE, Z. S; PHILLIPS, N. A; BÉDIRIAN. V; CHARBONNEAU, S; WHITEHEAD, V; COLLIN, I. et al. **The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment.** J Am Geriatr Soc 2005;53
- NUNES, M. M. **Validade e confiabilidade da escala multidimensional de ansiedade para crianças (MASC).** São Paulo, SP. 2004
- PAPALIA, D; OLDS, S; FELDMAN, R. **Desenvolvimento Humano.** 8ª ed. Porto Alegre: Artmed, p. 440. 2006
- RICO, S; LEVINGER, M; WERNER, S; ADELMAN, C. **Ser adolescente com implante coclear no mundo das pessoas ouvintes: enfrentamento na escola, na sociedade e com identidade própria.** Int J Pediatr otorrinolaringol, v.8, 1337-44, n.77, Agosto 2013
- PERLIN, G.. **Identidades Surdas.** In C. Skliar (Org.) A Surdez: um olhar sobre as diferenças. Porto Alegre: Editora Mediação, 1998.
- PRADO, M. C. R; ABRAMIDES, D. V. M. **O uso de cenários cotidianos baseados na ferramenta educacional My World com mães de crianças e adolescentes com deficiência auditiva.** Audiology - Communication Research [online]. v. 23 e1939. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2317-6431-2017-1939>>. 2018
- SAHLI, S; ARSLAN, U; BELGIN, E. **Depressive emotioning in adolescents with cochlear implant and normal hearing.** Int J Pediatr Otorhinolaryngol, n. 73, 1774-79, Setembro 2009.
- SAHLI, S; BELGIN, E. **Comparison of self-esteem level of adolescents with cochlear implant and normal hearing.** Int J Pediatr Otorhinolaryngol, n. 70,1601-08, Maio 2006.
- SARMENTO, A. R. L. **Apresentação e aplicabilidade da versão brasileira da MoCA (Montreal Cognitive Assessment) para rastreio de comprometimento cognitivo leve** [dissertação]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo. Programa de Pós-graduação; 2009.
- SENNA, S. R. C. M; DESSEN, M. A. **Reflexões sobre a saúde do adolescente brasileiro.** Psic., Saúde & Doenças, Lisboa , v. 16, n. 2, p. 217-229, 2015.
- SERRA, A. S. L. et al. (1980). **Medo e ansiedade na adolescência.** Psicologia em Curso, 1 (1), 34-46.

- SERRA, A. S. V. **O Autoconceito. Análise Psicológica.** Instituto Superior de Psicologia Aplicada, v. 2, 101-110. 1988
- SILVA-FILHO, J. H. **Validade e normas do Wisconsin Card Sorting Test em adultos da região de Ribeirão Preto.** Tese de Doutorado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP. 2007
- SOCO, R; HYDE, M. **Participação social de crianças e adolescentes com implantes cocleares: uma análise qualitativa de entrevistas com pais, professores e crianças.** J Deaf Stud Surdo Educ, v. 4, 474-93, n. 16, 2011
- SVIRSKY, M. **Cochlear implant and electronic hearing.** Physics Today, 70(2), 52-58. 2017
- THOMAZ, M. M. et al. **Interação entre a família e a criança/adolescente com deficiência auditiva.** CoDAS [online], v. 32, n. 06, e20190147. <<https://doi.org/10.1590/2317-1782/20202019147>>. Epub 13 Nov 2020. ISSN 2317-1782. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20202019147>. 2020
- THOMAZ, M. M.. **Interação entre a família e a criança/adolescente com deficiência auditiva.** CoDAS [online]. v. 32, n. 06 e20190147. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2317-1782/20202019147>>. 2020
- UZUNIAN, L. G.; VITALLE, M. S S. **Habilidades sociais: fator de proteção contra transtornos alimentares em adolescentes.** Ciência & Saúde Coletiva [online], v. 20, n. 11 , pp. 3495-3508. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320152011.18362014>>. ISSN 1678-4561. 2015
- YATES, D. B; TRENTINI, C; TOSI, S. D. et al. **Apresentação da escala de inteligência Wechsler abreviada (WASI).** Interam J Psychol, v.5, p. 227-233, 2006.
- ZELAZO, P. D. (2015). **Executive function: Reflection, iterative reprocessing, complexity, and the developing brain.** *Developmental Review*, 38, 55-68. doi: 10.1016/j.dr.2015.07.001
- Zelazo, P. D., & Carlson, S. M. **Hot and Cool Executive Function in Childhood and Adolescence: Development and Plasticity.** *Child Development Perspectives*, 6, 354-360. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1750-8606.2012.00246.x>. 2012

---

ZUGLIANI, A. P. M. Telma Flores Genaro e Castanho, Rosicler Moreno. **O autoconceito do adolescente deficiente auditivo e sua relação com o uso do aparelho de amplificação sonora individual**. Revista Brasileira de Educação Especial [online]. 2007, v. 13, n. , pp. 95-110. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-65382007000100007>>. Acesso em 22 Julho 2022.

ZUGLIANI, A. P; MOTTI, T. F. G; CASTANHO, R. M. **O autoconceito do adolescente deficiente auditivo e sua relação com o uso do aparelho de amplificação sonora individual**. Rev. bras. educ. espec, Marília , v. 13, n. 1, p. 95- 110, Abril 2007.

## 9 - *Anexos*

## 9 - ANEXOS

Anexo A. Parecer consubstanciado do comitê de ética.

USP - FACULDADE DE  
ODONTOLOGIA DE BAURU DA  
USP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** HABILIDADES SOCIAIS, SAÚDE MENTAL E FUNÇÕES EXECUTIVAS EM ADOLESCENTES COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA.

**Pesquisador:** Dagma Venturini Marques Abramides

**Área Temática:**

**Versão:** 4

**CAAE:** 24540719.7.0000.5417

**Instituição Proponente:** Universidade de São Paulo

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.588.032

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de retificação de Emenda apresentada ao projeto intitulado "Habilidades sociais, saúde mental e funções executivas em adolescentes com deficiência auditiva" (aprovado em 12 de Fevereiro de 2020, Número do Parecer: 3.835.104), a partir do parecer consubstanciado número 4.393.675, datado de 11/11/2020, no qual foram realizadas algumas modificações devido à crise sanitária decorrente da pandemia COVID-19 ora instalada.

Todas as correções necessárias foram realizadas, conforme solicitado. Foram anexados os textos dos convites elaborados para responsáveis e para participantes com 18 anos completos; TCLEs foram reestruturados, contemplando os esclarecimentos e as garantias previstas na Resolução CNS Nº 466/2012 e seus complementares; o TALE foi reformulado de sorte ao entendimento do menor participante.

#### Objetivo da Pesquisa:

Comparar e relacionar as possíveis associações entre o repertório de habilidades sociais, indicadores de saúde mental e funções executivas apresentados por adolescentes com DA.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

##### Riscos:

A autora esclareceu que, por tratar-se de inventários psicológicos, os participantes serão alertados quanto a possíveis desconfortos, mesmo que mínimos, considerando os níveis dos

Endereço: DOUTOR OCTAVIO PINHEIRO BRISOLLA 75 QUADRA 9  
Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA CEP: 17.012-901  
UF: SP Município: BAURUS  
Telefone: (14)3235-8356 Fax: (14)3235-8356 E-mail: cep@fob.usp.br

USP - FACULDADE DE  
ODONTOLOGIA DE BAURU DA  
USP



Continuação do Protocolo: 4.588.002

Indicadores de saúde mental (clínicos e não clínicos). Os instrumentos selecionados são utilizados em muitas pesquisas com crianças e jovens, não havendo registro de desconfortos e riscos fisiológicos ou psicológicos para os respondentes. Envolve reflexão sobre os seus comportamentos durante as respostas, o que vem sendo apontado como um dos possíveis benefícios para o autoconhecimento e tomada de decisões, inclusive procurar ajuda.

**Benefícios:**

Científicos, para compreender melhor a condição socioemocional do jovem com deficiência auditiva pois não existem estudos brasileiros desta natureza e obter dados para futuro delineamento de intervenção psicológica durante o processo de reabilitação fonoaudiológica do jovem com deficiência auditiva. Se durante a pesquisa, o participante perceber sintomas (clínicos) que o incomodem, ele decidirá se fará contato com a pesquisadora e orientadora para agendar horário para esclarecimentos, aconselhamento individual e, se necessário, encaminhamento para psicoterapia em serviços públicos. Entre os serviços públicos abertos a comunidades estão, Clínica da Universidade Anhanguera de Bauru, Clínicas de Psicologia da UNESP, UNIP e UNISAGRADO, inclusive poderá ser encaminhado aos estágios oferecidos na própria instituição, dependendo da demanda.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Foram apresentadas modificações e atualizações para que a pesquisa se realize via internet, devido à pandemia COVID-19.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O convite, a explicação da pesquisa e a coleta de dados da entrevista semiestruturada serão via Google Forms, enquanto as avaliações, por meio de videoconferência.

Os documentos TCLE, TALE e carta convite foram adaptados para envio via internet.

Lembramos que, no Relatório Final, deve ser anexada a planilha gerada pelo Google Forms referente ao aceite dos participantes.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Emenda aprovada.

Endereço: DOUTOR OCTAVIO PINHEIRO BRISOLLA 75 QUADRA 9  
Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA CEP: 17.012-901  
UF: SP Município: BAURU  
Telefone: (14)3235-8356 Fax: (14)3235-8356 E-mail: cap@fob.usp.br

**USP - FACULDADE DE  
ODONTOLOGIA DE BAURU DA  
USP**



Continuação do Parecer: 4.568.002

**Considerações Finais a critério do CEP:**

A emenda apresentada pelo(a) pesquisador(a) foi considerada APROVADA na reunião ordinária do CEP de 03/03/2021, via Google Meet, devido à pandemia da COVID-19 e por orientações da CONEP, com base nas normas éticas da Resolução CNS 466/12. Ao término da pesquisa o CEP-FOB/USP exige a apresentação de relatório final. Os relatórios parciais deverão estar de acordo com o cronograma e/ou parecer emitido pelo CEP. Alterações na metodologia, título, inclusão ou exclusão de autores, cronograma e quaisquer outras mudanças que sejam significativas deverão ser previamente comunicadas a este CEP sob risco de não aprovação do relatório final. Quando da apresentação deste, deverão ser incluídos todos os TCLEs e/ou termos de doação assinados e rubricados, se pertinentes.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_164825_8_E1.pdf	29/01/2021 22:48:18		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermoAssentCriançassAlterado.pdf	29/01/2021 22:42:24	Danielle Mecheseregian Albano	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermoConsentimentoLivreEsclarecidoPora18Alterado.pdf	29/01/2021 22:39:32	Danielle Mecheseregian Albano	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermoConsentimentoLivreEsclarecidoPAISalterado.pdf	29/01/2021 22:38:41	Danielle Mecheseregian Albano	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDanielleMecheseregianAlbanoQUIARENTENA.pdf	29/01/2021 22:37:45	Danielle Mecheseregian Albano	Aceito
Outros	Convite18anos.pdf	29/01/2021 22:36:37	Danielle Mecheseregian Albano	Aceito
Outros	ConvitePAIS.pdf	29/01/2021 22:35:44	Danielle Mecheseregian Albano	Aceito
Outros	CartaEsclarecimentoCepAlterado.pdf	29/01/2021 22:34:21	Danielle Mecheseregian Albano	Aceito
Outros	ChecklistCEPpdf.pdf	19/10/2019	Danielle	Aceito

Endereço: DOUTOR OCTAVIO PINHEIRO BRISOLLA, 75 QUADRA 9

Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA CEP: 17.012-901

UF: SP Município: BAURU

Telefone: (14)3235-8356 Fax: (14)3235-8356 E-mail: cep@fob.usp.br

USP - FACULDADE DE  
ODONTOLOGIA DE BAURU DA  
USP



Continuação do Parecer: 4.586.032

Outros	ChecklistCEPpdf.pdf	16:12:03	Mecheseregian Albano	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto de Pesquisa.pdf	19/09/2019 22:08:11	Danielle Mechese-regian Albano	Aceito
Outros	DeclaracaoCompromissoResultados.pdf	19/09/2019 20:55:11	Danielle Mechese-regian Albano	Aceito
Outros	CartaEncaminhamentoTermodeAquiescencia.pdf	19/09/2019 20:47:07	Danielle Mechese-regian Albano	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	19/09/2019 18:47:03	Danielle Mechese-regian Albano	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BAURU, 12 de Março de 2021

Assinado por:  
Juliana Fraga Soares Bombonatti  
(Coordenador(a))

Endereço: DOUTOR OCTAVIO PINHEIRO BRISOLLA 75 QUADRA 9  
Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA CEP: 17.012-901  
UF: SP Município: BAURU  
Telefone: (14)3235-8356 Fax: (14)3235-8356 E-mail: cep@fob.usp.br

## Anexo B. Termo de Assentimento Livre e esclarecido dos Adolescentes - TALE



## Universidade de São Paulo Faculdade de Odontologia de Bauru

Departamento de Fonoaudiologia

### TERMO DE ASSENTIMENTO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa "**Habilidades sociais, saúde mental e funções executivas em adolescentes com deficiência auditiva**", realizada pela Dra. Dagna Venturini Marques Abramides, e equipe de pesquisa Danielle Mechessegian Albano, aluna do Programa de Pós Graduação em Processos e Distúrbios da Comunicação. Seus pais já autorizaram que você participe, agora queremos saber a sua opinião, caso você aceite participar e depois por algum motivo não queira continuar, poderá desistir a qualquer momento, vamos compreender.

Convidamos você por ser um adolescente com idade entre 12 a 18 anos, para responder algumas perguntas que fazem parte de testes psicológicos. Nesses testes, será perguntado como você se relaciona com seus colegas, pais, professores, alguns comportamentos e pensamentos que mostram como está seu emocional, perguntas e atividades rápidas para medir um pouco do seu conhecimento.

Depois de corrigidos, se você e seus pais quiserem saber os resultados, marcaremos um dia para mostrá-los. Os resultados poderão ser publicados em uma revista, livro, conferência etc., porém, seu nome ficará em sigilo, ou seja, ninguém saberá o seu nome ou que os dados são seus.

Participando dessa pesquisa você pode ajudar a melhorar o atendimento à adolescentes com deficiência auditiva e estipular estratégias para melhorar a qualidade de vida de adolescentes como você.

Para isso, você vai participar de três encontros de aproximadamente 35 minutos realizados por videoconferência, caso fique cansado durante os encontros, você pode nos avisar e remarcaremos para continuar em outro dia. Caso seja necessário que você venha até a clínica, será combinado com você e seus pais/responsáveis legais.

A escolha é sua, queremos ouvir a sua opinião, quer participar?



Acompanhei a explicação que foi feita à criança/adolescente sobre a pesquisa "**Habilidades sociais, saúde mental e funções executivas em adolescentes com deficiência auditiva**" e o(a) mesmo(a) concordou em participar.

Nome do adolescente/participante:

- Sim, eu quero participar do estudo  
 Não, não quero participar do estudo

Nome do responsável:

Data: \_\_/\_\_/\_\_

## Anexo C. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE



Universidade de São Paulo  
Faculdade de Odontologia de Bauru

Página 1 de 2

Departamento de Fonoaudiologia

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Seu filho está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa "**Habilidades sociais, saúde mental e funções executivas em adolescentes com deficiência auditiva**", sob a responsabilidade da pesquisadora Dra. Dagma Venturini Marques Abramides.

**I** - O presente estudo tem por objetivo comparar e relacionar as possíveis associações entre o repertório de habilidades sociais, indicadores de saúde mental e funções executivas apresentados por adolescentes com Deficiência Auditiva. O estudo será realizado pela discente do Programa de Pós Graduação em Processos e Distúrbios da Comunicação Danielle Mecheregjan Albano, e os resultados desse estudo contribuirão para subsidiar o protocolo de reabilitação ao contemplar intervenções para minimizar possível disfunção executiva, indicativos negativos da saúde mental e suas correlações com repertório de habilidades sociais, bem como, promover fatores de proteção no desenvolvimento dessa população, tais como repertório de habilidades sociais.

**II** - Serão utilizados inventários psicológicos com objetivo de mensurar o repertório de Habilidades Sociais (Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes), perguntas ligadas a reação do adolescente frente à experiências interpessoais que ocorrem em contexto escolar e familiar, indicativos de Saúde Mental (Inventário de Depressão de Beck II, Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças), onde é questionado a frequência ou ausência de pensamentos e comportamentos ligados a Ansiedade e Depressão, e aspectos cognitivos (Teste de Classificação de Cartas de Wisconsin, Avaliação Cognitiva Montreal) questões para identificar conhecimento prévio e provas manuais e visuais para avaliar conhecimento visoespacial, potencial e flexibilidade mental, dos participantes do estudo.

**III** - Para isso, serão realizados três encontros de aproximadamente 35 minutos, por meio de videoconferência. Caso os atendimentos presenciais retomem durante a coleta de dados, e seja necessária a avaliação presencial, será combinado com os pais e esses resultados serão acrescentados na pesquisa

**IV** - Ao ser submetido aos procedimentos apresentados, caso seu filho seja envolvido em algum tipo de constrangimento, ele não precisará realizá-lo, da mesma forma, existe a possibilidade de remarcar para outra data caso seu filho fique cansado. Além disso, fica assegurado o direito à desistência de sua participação a qualquer momento.

**V** - Os dados oriundos dos resultados dessa pesquisa poderão ser publicados, mas os dados pessoais seus e de seu filho serão mantidos em sigilo.

**VI** - A participação do estudo não trará nenhum custo ou acarretará em vantagem financeira, no entanto, caso exista alguma despesa fora do previsto, poderá ser reembolsado. Como, o valor do deslocamento, caso seja solicitado a presença do participante.

**VII** - Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada, caso exista interesse dos pais e adolescentes, a pesquisadora ficará disponível para orientar a respeito deles, ou se existir a necessidade de encaminhar à serviços públicos responsáveis. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo, serão destruídos.



Universidade de São Paulo  
Faculdade de Odontologia de Bauru

Página 2 de 2

Departamento de Fonoaudiologia

**VIII - Fica garantida a realização da pesquisa de acordo com os requisitos da Resolução CNS N° 466/2012 e suas complementares.**

Este termo de consentimento encontra-se salvo pelo pesquisador, e caso seja solicitado pelo participante, será fornecida uma cópia do documento devidamente assinado e enviado em PDF.

Toda dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para o pesquisador responsável.

**Nome do pesquisador principal responsável:**

Dra. Dagma Venturini Marques Abramides

**Fone:** (14) 3235-8000 **e-mail:** dagmavma@usp.br

**Discente Programa Pós- Graduação Processos e Distúrbios da Comunicação:**

Danielle Mecheseregian Albano **email:** daniellemalbano@usp.br

Sim, eu autorizo meu filho e/ou dependente legal a participar do estudo "Habilidades sociais, saúde mental e funções executivas em adolescentes com deficiência auditiva", após ter recebido as devidas informações e esclarecimentos sobre os objetivos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e esclarecimentos de eventuais dúvidas. Portanto, não tendo dúvidas a respeito da pesquisa, concordo e autorizo meu filho a tomar parte como voluntário no estudo, bem como autorizo o uso dos resultados obtidos para fins estritamente científicos, do qual ele pode deixar de participar a qualquer momento, sem penalidades, prejuízos, ou perda de qualquer benefício que possa ter adquirido.

Nome do filho/participante da pesquisa \_\_\_\_\_

Nome do responsável \_\_\_\_\_

Número de documento pessoal \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

- Concorro e autorizo meu filho a participar do estudo  
 Não concordo, não autorizo meu filho a participar do estudo

## Anexo D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para maiores de 18 anos.



Página 1 de 2

**Universidade de São Paulo  
Faculdade de Odontologia de Bauru**

Departamento de Fonoaudiologia

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “**Habilidades sociais, saúde mental e funções executivas em adolescentes com deficiência auditiva**”, sob a responsabilidade da pesquisadora Dra. Dagma Venturini Marques Abramides.

- I** – Esse estudo busca comparar e relacionar as possíveis associações entre o repertório de habilidades sociais, indicadores de saúde mental e funções executivas apresentados por adolescentes com Deficiência Auditiva. O estudo será realizado pela aluna do Programa de Pós Graduação em Processos e Distúrbios da Comunicação Danielle Mecheseregian Albano, e seus resultados contribuirão para melhorar os tratamentos oferecidos, e desenvolver medidas para prevenir possível disfunção executiva, indicativos negativos da saúde mental e suas correlações com repertório de habilidades sociais, bem como, promover fatores de proteção no desenvolvimento dessa população, tais como repertório de habilidades sociais.
- II** – Você está sendo convidado por se enquadrar na faixa etária que estamos buscando para o estudo, entre 12 a 18 anos. Para avaliar seu repertório de Habilidades Sociais, Saúde Mental e Funções Executivas será feito o uso de inventários psicológicos, cada um com tempo médio de 25 minutos. Serão utilizados: Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes, perguntas sobre sua reação em experiências interpessoais de contexto escolar e familiar; Inventário de Depressão de Beck II e Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças, questões que identificam a presença, e frequência de pensamentos e comportamentos ligados à Ansiedade e Depressão; Teste de Classificação de Cartas de Wisconsin e Avaliação Cognitiva Montreal, questões, provas manuais e visuais para mensurar a inteligência (QI) e flexibilidade mental.
- III** – São estipulados três encontros de aproximadamente 35 minutos cada.
- IV** – Ao ser submetido aos procedimentos apresentados, caso em algum momento se sinta constrangido poderá interromper a avaliação, da mesma forma, podemos remarcar outra data caso você fique cansado e não consiga continuar. Além disso, fica assegurado o direito à desistência de sua participação a qualquer momento.
- V** – Os dados e resultados dessa pesquisa poderão ser publicados, contudo, seus dados pessoais serão mantidos em sigilo.
- VI** – A participação do estudo não trará nenhum custo ou acarretará em vantagem financeira, portanto, poderá ser ressarcido por despesas fora do previsto. Por exemplo, despesas com deslocamento caso não esteja em tratamento.



**Universidade de São Paulo  
Faculdade de Odontologia de Bauru**

Departamento de Fonoaudiologia

**VII** - Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada, caso tenha interesse, a pesquisadora ficará disponível para te orientar a respeito deles, ou se existir a necessidade de encaminhar à serviços públicos responsáveis. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo, serão destruídos.

**VIII** - Fica garantida a realização da pesquisa de acordo com os requisitos da **Resolução CNS N° 466/2012 e suas complementares**.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Toda dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para o pesquisador responsável.

**Nome do pesquisador principal responsável:**

Dra. Dagma Venturini Marques Abramides

**Fone:** (14) 3235-8000 **e-mail:** dagmavma@usp.br

**Discente Programa Pós- Graduação Processos e Distúrbios da Comunicação:**

Danielle Mecheseregian Albano **e-mail:** daniellemalbano@usp.br

Sim, eu quero participar como voluntário do estudo "Habilidades sociais, saúde mental e funções executivas em adolescentes com deficiência auditiva", após ter recebido as devidas informações e esclarecimentos sobre os objetivos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e esclarecimentos de eventuais dúvidas. Portanto, não tendo dúvidas a respeito da pesquisa, concordo e autorizo o uso dos resultados obtidos para fins estritamente científicos, do qual poderei deixar de participar a qualquer momento, sem penalidades, prejuízos, ou perda de qualquer benefício que possa ter adquirido".

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador principal

\_\_\_\_\_  
Assinatura da discente responsável

Anexo E - Questões entrevista semiestruturada pelo google forms.

QUESTIONÁRIO SOCIO ECONÔMICO ✕ ⋮

Descrição (opcional)

Incluindo seu salário, qual é a soma de todos os rendimentos de quem mora com você? \*

- Até R\$ 2.090
- Entre R\$ 2.090,01 e R\$ 4.180
- Entre R\$ 4.180,01 a R\$ 10.450,00
- Entre R\$ 10.450,01 a R\$ 20.900,00
- Entre R\$ 20.900,01 ou mais

A escola que meu filho estuda é: \*

Particular

Pública

Outros...

Meu filho frequenta sala de recursos \*

Não

Sim

Outros...

Informações sobre audição do meu filho ✕ ⋮

Descrição (opcional)

Meu filho(a) \*

Não possui nenhuma perda auditiva

Possui perda

Tem perda auditiva no ouvido direito? Qual é o tipo e a intensidade.

	Leve	Moderada	Severa	Profunda	Não tenho
Sensorineural...	<input type="radio"/>				
Condutiva (Env...	<input type="radio"/>				
Mista (Combin...	<input type="radio"/>				

Faz uso de aparelho auditivo no ouvido direito? Quais? \*

- AASI
- IC
- Aparelho FM
- Outros...

Tem perda auditiva no ouvido esquerdo? Qual é o tipo e a intensidade.

	Leve	Moderada	Severa	Profunda	Não possui per...
Sensorineural...	<input type="radio"/>				
Condutiva (Env...	<input type="radio"/>				
Mista (Combin...	<input type="radio"/>				

Tem perda auditiva no ouvido esquerdo? Qual é o tipo e a intensidade.

	Leve	Moderada	Severa	Profunda	Não possui per...
Sensorineural...	<input type="radio"/>				
Condutiva (Env...	<input type="radio"/>				
Mista (Combin...	<input type="radio"/>				

Faz uso de aparelho auditivo no ouvido esquerdo? Quais?

- ASSI
- IC
- Aparelho FM
- Outros...

Ainda sobre o aparelho, a quanto tempo seu filho(a) faz uso do aparelho. Em caso de IC, por favor informar a quanto tempo fez a operação. Por exemplo - "Começou a usar o AASI no ouvido esquerdo em 2016 e no direito usa desde 2018. Também tem Implante no ouvido direito, fez a cirurgia em novembro 2016 com ativação em fevereiro em 2017"

Texto de resposta longa

---

Após a seção 5 Continuar para a próxima seção

Seção 6 de 6

Obrigada por participar!



Sua resposta, foi muito importante para nossa pesquisa!

Caso tenha alguma dúvida, pode entrar em contato no telefone (14) 99620-5543.

Anexo F - Teste MOCA - Montreal Cognitive Assessment.

Nome: \_\_\_\_\_  
Sexo: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Localidade: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_  
Administrado por: \_\_\_\_\_

**MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT - BASIC (MoCA-B)** Versão Brasileira

---

**FUNÇÕES EXECUTIVAS** pontuação

( /13)

---

**EVOCÇÃO IMEDIATA** Máx.pontua

	TOMATE	NOVA	ALUORO	ATA	COLHER
Realize 2 tentativas nomeando cada objeto abaixo sempre.	Primeira				
	Segunda				

---

**QUANTIAÇÃO** Digite o maior número de palavras que começem em O. Anote o tempo. Máx. pontua

O \_\_\_\_\_ O \_\_\_\_\_

O \_\_\_\_\_ O \_\_\_\_\_ O \_\_\_\_\_ O \_\_\_\_\_ O \_\_\_\_\_ O \_\_\_\_\_ O \_\_\_\_\_ O \_\_\_\_\_ O \_\_\_\_\_ O \_\_\_\_\_

O \_\_\_\_\_ O \_\_\_\_\_ O \_\_\_\_\_ O \_\_\_\_\_ O \_\_\_\_\_ O \_\_\_\_\_ O \_\_\_\_\_ O \_\_\_\_\_ O \_\_\_\_\_ O \_\_\_\_\_

( /21)

---

**ORIENTAÇÃO**  Horário (h:24)  Dia do semana  mês  ano  local  Estado ( /5)

---

**CÁLCULO** Digite 3 formas de pagar por um produto que custa R\$ 130 usando moedas de R\$ 1, notas de R\$ 5 e notas de R\$ 20. ( /3)

1 2 3 \_\_\_\_\_ 1 2 3 \_\_\_\_\_ 1 2 3 \_\_\_\_\_

---

**ABSTRATÇÃO** Marque com X as associações perfeitas (1 = a, 2 = b, 3 = c, 4 = d, 5 = e, 6 = f, 7 = g, 8 = h, 9 = i, 10 = j). ( /3)

1 - 10 = 100  2 - 10 = 10  3 - 10 = 1  4 - 10 = 0,1  5 - 10 = 0,01

---

**EVOCÇÃO TARDIA** ( /5)

	TOMATE	NOVA	ALUORO	ATA	COLHER
Nome dos alimentos de evocção livre	1 2	3 4	5 6	7 8	9 10
Evocção com pistas	1 2	3 4	5 6	7 8	9 10
Evocção com pistas	1 2	3 4	5 6	7 8	9 10

---

**PERCEÇÃO VISUAL** ( /3)

	1	2	3	4	5
Identifique as figuras. Marque de X as imagens (linha de evocção)	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5

---

**NOMEAÇÃO** Identifique os animais (linha de evocção)  Canário  papagaio  Tigre  Neutrota ( /4)

---

**ATENÇÃO** Digite os números nas colunas e quadras. Máx. pontua

1 + 8 = 9   2 + 9 = 11   3 + 4 = 7   4 + 5 = 9

15 + 9 = 24   9 + 4 = 13   8 + 7 = 15

15 + 9 = 24   9 + 4 = 13   8 + 7 = 15

( /21)

---

**ATENÇÃO** Digite os números nas colunas e quadras. Máx. pontua

1 + 8 = 9   2 + 9 = 11   3 + 4 = 7   4 + 5 = 9

15 + 9 = 24   9 + 4 = 13   8 + 7 = 15

15 + 9 = 24   9 + 4 = 13   8 + 7 = 15

( /21)

---

Adapted by: Daniel Aquino, MD  
Copyright: J. Borzak, MD  
First Version: November 26, 2002

**PONTUAÇÃO TOTAL ( /30)**

## Anexo G - Teste MASC - Escala Multidisciplinar de Ansiedade para Crianças.

1.	Eu me sinto tenso ou nervoso	0	1	2	3
2.	Eu costumo pedir permissão para fazer as coisas	0	1	2	3
3.	Eu me preocupo que as outras pessoas dêem risada de mim	0	1	2	3
4.	Eu fico com medo quando os meus pais saem	0	1	2	3
5.	Sinto falta de ar	0	1	2	3
6.	Eu fico atento se há algum perigo	0	1	2	3
7.	A idéia de ficar longe de casa me assusta	0	1	2	3
8.	Eu fico tremendo ou inquieto	0	1	2	3
9.	Eu me esforço para obedecer meus pais e professores	0	1	2	3
10.	Eu tenho medo que os outros meninos (ou meninas) gozem de mim	0	1	2	3
11.	Eu tento ficar perto da minha mãe ou meu pai	0	1	2	3
12.	Eu tenho tontura ou sensação de desmaio	0	1	2	3
13.	Eu verifico as coisas antes de fazê-las	0	1	2	3
14.	Eu me preocupo em ser chamado na classe	0	1	2	3
15.	Eu me sinto desassossegado (sobressaltado)	0	1	2	3

MASC

16.	Eu tenho medo que os outros achem que eu sou bobo	0	1	2	3
17.	Eu deixo as luzes acesas à noite	0	1	2	3
18.	Eu sinto dores no peito	0	1	2	3
19.	Eu evito sair sem minha família	0	1	2	3
20.	Eu me sinto estranho, esquisito, ou fora da realidade	0	1	2	3
21.	Eu tento fazer coisas que vão agradar aos outros	0	1	2	3
22.	Eu me preocupo com o que os outros pensam de mim	0	1	2	3
23.	Eu evito assistir filmes ou programas de TV que assustam	0	1	2	3
24.	Meu coração dispara ou "falha"	0	1	2	3
25.	Eu evito as coisas que me aborrecem	0	1	2	3
26.	Eu durmo junto de alguém da minha família	0	1	2	3
27.	Eu me sinto inquieto e nervoso	0	1	2	3
28.	Eu tento fazer tudo exatamente do jeito certo	0	1	2	3
29.	Eu me preocupo em fazer alguma coisa boba ou que me deixe sem graça	0	1	2	3
30.	Eu fico com medo quando ando de carro ou de ônibus	0	1	2	3
31.	Eu sinto mal estar no estômago	0	1	2	3
32.	Se eu fico aborrecido ou com medo, eu conto logo para alguém	0	1	2	3
33.	Eu fico nervoso se eu tenho que fazer alguma coisa em público	0	1	2	3
34.	Tenho medo de tempo ruim, escuridão, altura, animais ou insetos	0	1	2	3
35.	Minhas mãos tremem	0	1	2	3
36.	Eu preciso ter certeza que as coisas estão Seguras	0	1	2	3
37.	Eu tenho dificuldade em chamar outros meninos (ou meninas) para brincar comigo	0	1	2	3
38.	Minhas mãos ficam suadas ou frias	0	1	2	3
39.	Eu sinto vergonha	0	1	2	3

## Anexo H - Material utilizado para abordar, iniciar ou finalizar avaliação.

Todas as emoções são normais. É impossível ser feliz o tempo todo, sentimos raiva, tristeza, ansiedade, alegria, empolgação. Enfim, vários sentimentos e emoções.

Mas caso você tenha alguma dúvida, ou perceba que tem se sentido triste a maior parte do tempo, converse com seus pais sobre isso. Combinado?



Olá, tudo bem?

Eu quero que você me responda como reage a algumas situações.

Se você não tiver passado por essas situações, imagine como se ela estivesse acontecendo e me diga o que faria.

Não existe certo ou errado, apenas o seu jeito. Por isso não tenha medo de responder sinceramente

