

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS**

**DESEMPENHO ESCOLAR DE CRIANÇAS COM FISSURA LABIOPALATINA
NA VISÃO DOS PROFESSORES.**

ANA BEATRIZ CARDOSO DOMINGUES

Dissertação apresentada ao Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo, para a obtenção de título de MESTRE em Ciências da Reabilitação.
Área de Concentração: Distúrbios da Comunicação Humana.

BAURU – SP

2007

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS**

**DESEMPENHO ESCOLAR DE CRIANÇAS COM FISSURA LABIOPALATINA
NA VISÃO DOS PROFESSORES.**

ANA BEATRIZ CARDOSO DOMINGUES

Orientador: Profa. Dra. Luciana Paula Maximino De-Vitto

Dissertação apresentada ao Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo, para a obtenção de título de MESTRE em Ciências da Reabilitação. Área de Concentração: Distúrbios da Comunicação Humana.

BAURU - SP

2007

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS

Rua Silvio Marchione, 3-20
Caixa postal: 1501
17012-900 Bauru/SP - Brasil
(14) 3235-8000

Profa. Dra. Suely Vilela - Reitora da USP

Prof. Dr. José Alberto de Souza Freitas - Superintendente HRAC/USP

Autorizo, exclusivamente, para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial deste trabalho.

Ana Beatriz Cardoso Domingues

Bauru, ___ de _____ de ____.

Domingues, Ana Beatriz Cardoso

D713d Desempenho Escolar de crianças com fissura labiopalatina na visão dos professores / Ana Beatriz Cardoso Domingues. Bauru, 2007.

113 f. il.; 31 cm

Dissertação (Mestrado em Ciências da Reabilitação - Área de Concentração: Distúrbios da Comunicação Humana) - HRAC/USP.

Cópia revisada em ___/___/___

Orientador: Prof^a. Dr^a. Luciana Paula Maximino De-Vitto

Descritores: 1.Fissura labiopalatina 2. Desempenho Escolar 3.

Ensino Fundamental 4. Relação professor-aluno

FOLHA DE APROVAÇÃO

Dissertação apresentada e defendida por

Ana Beatriz Cardoso Domingues

e aprovada pela Comissão Julgadora em ____ / ____ / ____

Prof.(a) Dr.(a)

Instituição

Prof.(a) Dr.(a)

Instituição

Prof.(a) Dr.(a)

Instituição

Prof.(a) Dr.(a)

Instituição (Orientador)

Prof.(a) Dr.(a)

Presidente da Comissão de Pós-Graduação do HRAC/USP

Data de depósito da dissertação junto à SPG ____ / ____ / ____.

ANA BEATRIZ CARDOSO DOMINGUES

08 de novembro de 1977 Nascimento
Bauru/SP

FORMAÇÃO ACADÊMICA

1995 - 1998 Curso de Licenciatura em Educação Física – Faculdade de Ciências da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho – UNESP/Bauru.

2000 - 2006 Curso de Pedagogia com Habilitação em Administração Escolar – Universidade do Sagrado Coração de Jesus – USC/Bauru.

2005 - 2007 Curso de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação. Área de Concentração: Distúrbios da Comunicação Humana, em nível de Mestrado – Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais – HRAC/USP

ATIVIDADES PROFISSIONAIS

2005 - 2006 Professora do Ensino Fundamental, Prefeitura Municipal de Bauru.

2004 até o momento Professora Efetiva de Educação Física, Prefeitura Municipal de Bauru.

2006 até o momento Professora Efetiva de Educação Física, Governo do Estado de São Paulo.

DEDICATÓRIA

*Dedico este estudo à minha mãe, **Fátima Aparecida Cardoso**, grande responsável por minha criação e formação, mulher forte, símbolo de profissionalismo, responsabilidade, honestidade e retidão. Meu eterno agradecimento pela paciência e por estar sempre ao meu lado, em todas as horas. Obrigada por sempre me ajudar!*

AGRADECIMENTO ESPECIAL

*A minha orientadora **Dra Luciana Paula Maximino De-Vitto** por acreditar no meu potencial, me guiar e me incentivar na construção desse estudo. Agradeço de coração essa maravilhosa oportunidade. Que Deus continue a iluminar seu caminho. Muito obrigada!*

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus, acima de tudo, por suas bênçãos e imensa proteção.

A minha querida família, pessoas amadas, que mesmo de longe torcem pelo meu sucesso.

Aos meus avós maternos Adauto e Penha e paternos Antonio (in memoriam) e Alice pelo amor, carinho e apoio.

Aos meus padrinhos Muricy e Maria Luiza pelas orientações e incentivo acadêmico.

A minha mãe Fátima que me ensinou que tudo se consegue a partir de muito esforço.

Ao meu pai Coaracy por sempre acreditar em mim e por suas orações.

A minha irmã Paula, querida e amada, por sua amizade, parceria e cumplicidade. Sem você ao meu lado, mesmo de longe, nada disso seria possível.

AGRADEÇO ESPECIALMENTE

A secretária da Educação do município de Bauru, Ilma Prof^a Dr^a Ana Maria Lombardi Daibem, e toda sua equipe pela oportunidade e apoio para concretizar meus estudos.

A querida equipe da EMEF Nacilda de Campos, em especial minha diretora, amiga e conselheira Valéria Ferreira De Luca por suas filosofias e ensinamentos que tanto me ajudaram.

Aos amigos da EE Ernesto Monte pelas horas de trabalho e companheirismo.

Ao meu querido amigo e parceiro de trabalho Tiago Chamlet pela ajuda nos momentos de aperto, que Deus ilumine essa nova etapa de sua vida.

Aos meus alunos pela paciência, colaboração e carinho.

As minhas queridas Margarida, Priscila e Sônia pelos momentos de cuidado, conversa e diversão.

Aos meus amados amigos Leila, Flávia, Fernando, Michelle, Neomar, Mariana, Talitha, Mônica e Ricardo pelo apoio nas horas boas e ruins, pela energia, pelo amor, compreensão, conversas e conselhos.

Aos amigos de longe que estiveram sempre perto em pensamento, mensagens e conversas, muito obrigado pelo carinho.

A toda equipe de Pós-Graduação pela paciência, orientação, dicas, atenção, respeito e companheirismo.

Aos amigos do mestrado que tanto me ajudaram, em especial a amiga Fulvia de Souza Veronez pelos conselhos e orientações.

A equipe do SETO, em especial a amiga Viviane Pereira Martins Gasparoto e Edenilson Antonio Raimundo pela ajuda de sempre.

Aos integrantes do grupo “TO na Arte” que sempre estavam lá com sorrisos nos apoiando, em especial aos queridos Alysson e Isabela que sempre estiveram ao meu lado com muito carinho.

A Márcia Cristina Almendros Fernandes Moraes pelo acolhimento, cuidado e amizade.

A Maria José Monteiro Benjamin Buffa, nossa querida Zezé, pela oportunidade e apoio.

A Prof^ª Dra. Léa Silvia Braga de Castro Sá pelo carinho e profissionalismo.

A Prof^ª Dra. Patrícia de Abreu Pinheiro Crenitte pelas sugestões na qualificação e pela grande contribuição na construção do meu conhecimento.

A Prof^ª Dra. Lílian D’Aquino Tavano pela inspiração através de seus valiosos estudos.

A Prof^a Dra. Marisa Aparecida Pereira dos Santos pelos seus ensinamentos tão marcantes em minha vida profissional e pessoal.

A Prof^a Dra. Maria do Carmo Monteiro Kobayashi, exemplo profissional a ser seguido.

Ao Prof. Dr. José Roberto Pereira Lauris pelas orientações estatísticas na qualificação, meus sinceros agradecimentos.

Ao Marcel Frederico de Lima Taga por toda paciência e atenção nas orientações estatísticas durante este estudo.

À Prof^a Dra. Inge Elly Kiemle Trindade, pela dedicação na presidência do Programa de Pós-Graduação do HRAC-USP.

Ao Prof. Dr. Alceu Sérgio Trindade Júnior pelas orientações e sugestões que tanto auxiliaram na construção desse estudo.

Ao Dr. Luiz Toledo Martins pelo incentivo e apoio nessa etapa de minha vida.

A todos que, de uma forma ou de outra, compartilharam todas as emoções desse período de realização deste estudo, e que foram constantes incentivadores para sua concretização. Meus eternos agradecimentos.

**"Senhor, tu me conheces.
Sabes onde nasci, sabes de onde venho. Sabes quem sou.**

**Conheces minha profissão: Sou professor.
Desde criança, tinha em mim um imenso desejo de ensinar. Queria
partilhar vida, sonhos. Queria brincar de reger. Reger bonecos.
Plantas. Reger as águas do mar que desde cedo aprendi a namorar.**

**A todos ensinava, Senhor. Criava e recriava histórias para senti-las
melhor, para reparti-las com quem quisesse ouvir. Eu era um professor.
Fui crescendo e percebi o quanto o sonho era real. Queria ensinar
mesmo. Estudei. Conclui o curso universitário.**

**Hoje sou, de fato, um professor. Com diploma, certificado e emprego
estável. Hoje não são bonecos que me ouvem, são crianças. Dependem
tanto de mim. Do meu jeito. Do meu toque. Do meu olhar.**

**São crianças ávidas de aprender. E de ensinar. Cada uma tem um nome.
Uma história. Cada uma tem um ou mais medos. Traumas. Têm sonhos.
Todas elas crianças queridas, sonham. E eu. Eu, Senhor, sou um
gerenciador de sonhos. Sou um professor.**

**Respeito todas as profissões. Cada uma tem seu valor, sua formosura.
Mas todas elas nascem da minha. Ninguém é médico, advogado,
dentista, doutor, sem antes passar pelo carinho, pela atenção, pelo
amor de um professor.**

Obrigado Senhor.

**Escolhi a profissão certa. Escolhi a linda missão de partilhar.
A partilho sonhos. Partilho medos.
Tenho meus problemas. Sofro, choro, desiludo-me. Nem sempre dá
certo o que programei. Erro muito. Aprendo errando, também.**

**Mas de uma coisa estou certo: Sou inteiro. inteiro nas lágrimas e no
sorriso. Inteiro no ensinar e no aprender. Sei que meus alunos precisam
de mim. E eu preciso deles. E por isso somos tão especiais. E nesta
nobre missão de educar, nossa humanidade se enriquece ainda mais.**

**Sou professor. Com muito orgulho. Com muita humildade. Com muito
amor. Sou professor!**

Amém! "

(Gabriel Chalita)

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS	xiii
LISTA DE FIGURAS	xiv
LISTA DE TABELAS	xv
RESUMO	xvii
ABSTRACT	xviii
1. INTRODUÇÃO.....	01
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	04
2.1. Considerações gerais sobre a Educação Brasileira.....	05
2.2. Desempenho Escolar.....	08
2.2.1. Fatores que influenciam no desempenho escolar.....	10
2.2.1.1. Escola e Professores.....	11
2.2.1.2. Família.....	14
2.2.1.3. Características individuais da criança.....	15
2.3. Fissura Labiopalatina.....	17
2.3.1. Distúrbios da comunicação associados à fissura labiopalatina.....	21
2.3.2. Aspectos cognitivos e a fissura labiopalatina.....	25
2.3.3. A criança com fissura e suas implicações no ambiente escolar.....	26
3. OBJETIVO.....	32
4. MATERIAL E MÉTODO.....	34
4.1. Aspectos éticos gerais.....	35
4.2. Caracterização do perfil dos alunos com fissura labiopalatina.....	35
4.3. Casuística.....	36
4.4. Procedimento.....	37

4.5. Análise de dados.....	38
5. RESULTADOS.....	39
5.1. Caracterização dos alunos com fissura labiopalatina.....	40
5.2. Caracterização das escolas, dos professores e do comportamento dos alunos com fissura labiopalatina na visão de seus professores.....	47
5.3. Desempenho escolar dos alunos com fissura labiopalatina matriculados no Ensino Fundamental na opinião de seus professores.....	50
6. DISCUSSÃO.....	59
6.1. Caracterização dos alunos com fissura labiopalatina.....	60
6.2. Caracterização das escolas, dos professores e do comportamento dos alunos com fissura labiopalatina na visão de seus professores.....	62
6.3. Desempenho escolar dos alunos com fissura labiopalatina matriculados no Ensino Fundamental na opinião de seus professores.....	64
7. CONCLUSÕES.....	68
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	70
ANEXOS	

LISTA DE SIGLAS

LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional

Saeb – Sistema de Avaliação da Educação Básica

Inep – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa Educacionais Anísio Teixeira

SARESP – Sistema de Avaliação do Rendimento Escolar do Estado de São Paulo

TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

SUS – Sistema Único de Saúde

HRAC – Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais

HC/UNICAMP – Hospital das Clínicas/Universidade de Campinas

USP – Universidade de São Paulo

QI – Quociente de Inteligência

DAC – Distúrbio Articulatorio Compensatório

DVF – Disfunção Velofaríngea

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Classificação de Spina, modificada por Silva Filho et al, utilizada no HRAC/USP

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Média de idade em anos, dos 61 alunos com fissura labiopalatina da amostra estudada.

Tabela 2. Caracterização dos 61 alunos com fissura labiopalatina quanto aos dados de identificação, tipo de fissura, timpanometria, fala e recorrência familiar.

Tabela 3. Distribuição dos alunos considerando sexo e o tipo de fissura.

Tabela 4. Distribuição dos diferentes níveis socioeconômicos considerando o tipo de fissura dos alunos da amostra.

Tabela 5. Distribuição do atraso escolar em anos considerando o tipo de fissura dos alunos da amostra.

Tabela 6. Distribuição dos resultados da Timpanometria considerando o tipo de fissura dos alunos.

Tabela 7. Distribuição dos alunos quanto à inteligibilidade de fala e o tipo de fissura.

Tabela 8. Distribuição dos resultados relacionados ao distúrbio articulatorio compensatório (DAC) considerando o tipo de fissura dos alunos.

Tabela 9. Distribuição dos resultados quanto à recorrência familiar considerando o tipo de fissura dos alunos.

Tabela 10. Caracterização das escolas quanto à localização, mantenedor e número de alunos por sala de aula.

Tabela 11. Caracterização do comportamento das turmas em sala de aula.

Tabela 12. Caracterização dos professores quanto ao tempo de atuação, nível de conhecimento da fissura e relação aluno e professor.

Tabela 13. Distribuição dos alunos com fissura labiopalatina por série do Ensino Fundamental nos ciclos I e II.

Tabela 14. Distribuição das características da atuação escolar dos alunos de 1ª à 4ª séries do Ensino Fundamental na opinião dos professores

Tabela 15. Queixas referidas pelos professores com relação aos seus alunos com fissura labiopalatina.

Tabela 16. Comportamento do aluno frente às dificuldades na opinião dos professores.

Tabela 17. Comportamento dos professores frente às dificuldades do aluno.

Tabela 18. Participação da família dos alunos com fissura labiopalatina no cotidiano escolar na opinião dos professores.

Tabela 19. Desempenho escolar dos alunos na opinião de seus respectivos professores

Tabela 20. Estimativas da proporção de avaliação do desempenho abaixo da média segundo a série dos alunos e seus respectivos professores

Tabela 21. Características dos alunos com baixo desempenho escolar na opinião dos professores

RESUMO

DOMINGUES ABC. *Desempenho escolar de crianças com fissura labiopalatina na visão dos professores* [dissertação]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2007.

Objetivo: Investigar, por meio da opinião dos professores de 1ª a 8ª séries do Ensino Fundamental de Bauru e região, o desempenho escolar de indivíduos com fissura labiopalatina sem anomalias associadas e correlacionar os possíveis fatores interferentes.

Modelo: Análise retrospectiva de prontuários para caracterização dos alunos com fissura labiopalatina e análise prospectiva, através de questionários aos professores, para caracterização das escolas, dos professores, dos alunos e a participação da família no cotidiano escolar.

Local de Execução: HRAC/USP e as Escolas de Ensino Fundamental de Bauru e região.

Participantes: 61 indivíduos, com idade entre 7 e 14 anos, com fissura labiopalatina, sem anomalias associadas, regularmente matriculados em classes de 1ª a 8ª séries do Ensino Fundamental e seus respectivos professores.

Intervenções: Análise documental e aplicação de questionário específico, abordando questões sobre a caracterização da escola, do professor e a opinião do mesmo sobre a sala de aula, o aluno pesquisado em comparação aos demais alunos e sobre a participação da família no cotidiano escolar do aluno.

Conclusões: O desempenho escolar da maioria dos alunos com fissura labiopalatina sem anomalias associadas da amostra, na visão dos professores, foi apontado como satisfatório, ou seja, na média, considerando os demais alunos de sua sala de aula. Os fatores interferentes mais significativos dos alunos com fissura labiopalatina e desempenho escolar abaixo da média foram os aspectos da fala e o tipo de fissura.

Descritores: 1. Fissura labiopalatina 2. Desempenho Escolar 3. Ensino Fundamental 4. Relação professor-aluno

ABSTRACT

DOMINGUES ABC. School performance of children with cleft lip and palate under the teachers' points of view [dissertation]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2007.

Purpose: To investigate through the opinion of elementary school 1st to 8th grade teachers from Bauru and cities nearby the school performance of subjects with cleft lip and palate without associated anomalies and to correlate the possible interfering factors.

Model: Retrospective analysis of prontuaries in order to characterize the students with cleft lip and palate and a prospective analysis, through the teacher's questionnaires, in order to characterize the schools, the teachers, the students and the family participation in the school routine.

Place: HRAC/USP and the elementary schools from Bauru and the nearby cities.

Participants: 61 subjects, aged from 7 to 14 years old, with cleft lip and palate without associated anomalies and regularly enrolled in elementary schools from the 1st to the 8th grade and their respective teachers.

Interventions: Documental analysis and application of specific questionnaire concerning issues about the school and the teacher characterization, the teachers opinion about the classroom, the researched student compared to the other students and the family participation in the student school routine.

Conclusions: The school performance of the sample students with cleft lip and palate without associated anomalies was considered satisfactory under the teachers opinion, that is, in the average concerning the other students in the classroom. The most significant interfering factors of the students with cleft lip and palate who presented a school performance below the average were the speech and kind of cleft factors.

Key Words: 1. Cleft lip and palate 2. School Performance 3. Elementary School 4. Teacher-student relation

Introdução

1. INTRODUÇÃO.

Abordar as múltiplas facetas que envolvem a questão do desempenho escolar não é tarefa fácil. “Sucesso escolar”, “rendimento escolar”, “desempenho escolar” e “avaliação de desempenho” são algumas das referências encontradas em trabalhos científicos desenvolvidos dentro do aporte teórico da pesquisa quantitativa na área da educação.

Apesar dessas inúmeras descrições acerca do “desempenho” e “aluno”, poucos estudos buscaram definir claramente o termo “desempenho escolar”, enfocando muitas vezes apenas o processo avaliativo e os fatores que interferem negativamente na busca pelo conhecimento.

Segundo Roeser e Eccles (2000), para compreender a relação entre o desempenho acadêmico e aluno, resultante da interação de uma série de fatores, é importante diferenciar duas formas de abordagem do desempenho acadêmico: a quantitativa e a qualitativa. Conceituações quantitativas do desempenho acadêmico estão centradas na noção “do que” o estudante faz em situações acadêmicas. O foco na abordagem quantitativa está naqueles comportamentos que podem ser avaliados pelos outros, compreendendo a observação do comportamento das crianças por parte dos pais, professores ou pares. Consideram-se, como indicadores quantitativos do desempenho, comportamentos tais como o desempenho em sala de aula, o resultado de avaliações padronizadas, incluindo entre estas as autopercepções, especificamente o senso de auto-eficácia.

Neste âmbito, falar em avaliação do desempenho escolar ou acadêmico pressupõe conhecer todas as suas interfaces, sejam estas qualitativas e quantitativas, salientando as particularidades de cada aluno nos seus diversos aspectos, percebendo-o como sujeito uno de um processo de desenvolvimento integral.

Apesar da ampla discussão na última década com relação ao tema “desempenho escolar”, limitados são os estudos científicos que relatam o desempenho escolar de crianças de forma global, sejam estas “normais” ou não. No que concerne à criança com fissura labiopalatina, poucos estudos abordam o tema.

A escola constitui-se como o primeiro ambiente extra-familiar de convivência social que a criança frequenta. No caso da criança com fissura labiopalatina, de acordo

com Tavano (1994), o acolhimento nesse ambiente pode ser fator decisivo influenciando assim na sua timidez, recolhimento indiferente ou agressividade.

Outro aspecto que podemos referir é a expectativa do professor em relação ao aluno com fissura labiopalatina. Tavano (1994) relata a existência de déficit na competência acadêmica em alunos com fissuras labiopalatinas, na maioria das vezes, associados aos problemas verbais ou ao comportamento adotado pelo aluno. Porém, não se pode afirmar que existe uma correlação direta entre fissura labiopalatina e aprendizagem escolar.

Kummer (2001) considerou em seus estudos que, como a maioria da população, os professores têm relatado conhecimentos restritos quanto à fissura labiopalatina e suas implicações.

Duarte (2005) referiu fatores como a aceitação da criança na escola, as alterações da fala, as alterações estéticas e as alterações auditivas, considerados interferentes no desempenho escolar de crianças com fissura labiopalatina.

Considerando que, de acordo com Kummer (2001), as crianças com fissura labiopalatina, sem anomalias associadas, não possuem alteração quanto ao quociente de inteligência, podemos sugerir que fatores externos podem influenciar no desempenho escolar da mesma.

Portanto, as experiências escolares tanto podem promover competências associadas à aprendizagem, à motivação para a realização, ao funcionamento emocional e relacionamentos sociais, quanto podem, em algumas instâncias, potencializar as dificuldades escolares, favorecendo a instalação de um padrão desordenado de adaptação. Essas reflexões teóricas conduzem a necessidade do conhecimento, quanto ao desempenho escolar de crianças com fissura labiopalatina, para que ações interventivas e preventivas possam ser devidamente efetivadas tanto no que tange o aluno, como o professor e a família.

Revisão de Literatura

2. REVISÃO DE LITERATURA.

2.1. Considerações gerais sobre a Educação Brasileira.

Os esforços nas últimas décadas no sentido da universalização do ingresso no sistema educacional, de acordo com Pilati (1994), possibilitaram o acesso de 95% das crianças de sete a catorze anos à escola pública. Porém, apenas 43% terminam o ensino fundamental, mais precisamente, apenas dois quintos das crianças de sete a catorze anos concluem as quatro séries iniciais e menos de um quarto concluem-nas sem repetência. Somente 13% completam o curso com idade adequada, sendo que dois terços dos alunos estão acima da faixa etária correspondente a sua série e a maioria dos repetentes são provenientes de camadas sociais desfavorecidas.

O fracasso escolar, segundo Leite (1988), é um fenômeno complexo, causado por fatores tanto intra como extra-escolares. Os fatores intra-escolares englobam a distância cultural entre população e escola pública, os cursos inadequados de formação de professores, as expectativas não-realistas dos professores, os métodos e práticas escolares ineficazes, a burocracia pedagógica, entre outros. Já os fatores extra-escolares podem ser referidos como a condição sócio-econômica da maioria da população. No entanto, a ação dos educadores incide mais diretamente sobre os fatores intra-escolares. O estudo de Carvalho (2001) citou também a dificuldade em dar uma atenção individualizada para os alunos (que pode ser atribuído ao tamanho das classes e à disciplina das crianças) e a falta de qualquer apoio profissional externo à sala de aula.

Abramowicz (2004) enfatizou que, além de produzirem a grande distorção idade-série, os altos índices de repetência excluem uma parcela da população escolar, em geral de baixa renda. Além disso, podem provocar inchaço no sistema do ensino fundamental.

Mello (2000) referiu que a melhora do fluxo de matrícula e o investimento na qualidade da aprendizagem são dois exemplos de atitudes do governo brasileiro durante as décadas de 80 e 90, no sentido de universalizar o acesso ao Ensino Fundamental obrigatório.

Porém, a educação não pode apenas ser vista de forma isolada, fazendo-se necessária uma contextualização baseada nos fatores político e econômico brasileiro.

Diante da crise externa e endividamentos, o Brasil passou a receber recursos financeiros externos, principalmente oriundos do Banco Mundial. A partir daí, foram impostas medidas com o objetivo de moldar nosso sistema educativo aos parâmetros globalizados, sendo oferecida ajuda técnica, financeira e política para ajustes estruturais (Possani, 2004).

Segundo os autores, com relação à avaliação de desempenho, o Banco Mundial acreditava que os estabelecimentos de ensino deviam ser avaliados pelos resultados em termos de aprendizagem dos alunos e por sua eficiência em termos de custo por diplomado (Possani, 2004).

Dessa forma, segundo o estudo realizado por Ribeiro et al (2005), na década de 1990 se instituiu no Brasil um conjunto de instâncias de avaliação do sistema educacional. Em âmbito nacional, no ano de 1990 foi instituído o Saeb (Sistema de Avaliação da Educação Básica), que constava na aplicação de provas de conhecimentos em amostras de alunos nos vários estados. A partir de 1995, a amostra do Saeb foi concentrada apenas nos alunos de 4ª e 8ª séries do Ensino Fundamental e 3ª série do Ensino Médio. Além dos testes, o Saeb reunia dados relacionados à origem familiar dos alunos, seus hábitos e condições de estudo, prática pedagógica dos professores e sobre a forma de gestão escolar. Essas informações, segundo o estudo, normalmente eram agrupadas por estados e regiões, e publicadas em relatórios produzidos pelo Inep (Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira) e divulgados na imprensa. Porém, os resultados apresentados pelos alunos nas provas de desempenho têm se mostrado muito abaixo do esperado, resultando no reforço de uma imagem negativa do ensino público, incidindo a culpa principalmente nos professores, vistos como mal formados e despreparados (Brasília, 1999).

Outro marco importante, segundo Mello (2000), foi a promulgação da Lei nº 9394/96, a nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB (Brasil, 1996), que consolidou e tornou norma a ressignificação do processo de ensinar e aprender, prescrevendo um paradigma curricular no qual os conteúdos são entendidos como meio para a produção de aprendizagem e a construção de competências nos alunos.

Na mesma década, o estado de São Paulo instituiu o SARESP (sistema de Avaliação do Rendimento Escolar do Estado de São Paulo) com o objetivo de avaliar sistematicamente o sistema de ensino paulista de diferentes séries e períodos, identificando os fatores interferentes nesse rendimento. A estrutura da prova, em relação às habilidades que estão sendo avaliadas, está relacionada em função dos gêneros de textos selecionados em cada um dos domínios discursivos, procurando aferir a capacidade de analisar aspectos do discurso e do texto, no que se refere a implicações do contexto de produção (SEE/SP, 2007).

A partir da instituição de sistemas de avaliação do sistema educacional, divulgação de seus dados e mobilização da opinião pública, as Secretarias da Educação de todo o país redefiniram objetivos e instituíram novas políticas educativas. Essas vertentes englobaram a “correção de fluxo escolar” (Carvalho, 2001) e a “progressão continuada” (Abramowicz, 2004).

Carvalho (2001) enfatizou que os números do desempenho escolar são produzidos pelos próprios professores a partir de critérios, codificações e classificações. Além do mais, são produzidas no interior da máquina administrativa, interessada nos resultados que podem ter consequência imediata para seus produtores, através de uma “melhor” ou “pior” avaliação da escola ou do sistema escolar a qual ela pertence.

Com relação à avaliação dos estabelecimentos de ensino, a mesma tem seu mérito; porém, ao desconsiderar o contexto na qual estão situados, seus resultados podem receber conotação punitiva àquelas cujos alunos não se saíram bem (Possani, 2004).

Ribeiro et al (2005) apontaram que o grande desafio da educação de qualidade é fazer com que os alunos permaneçam na escola e consigam concluir os níveis de ensino em idade adequada.

A implantação de uma proposta de educação inclusiva também mudou o cenário da educação brasileira.

Silva e Aranha (2005) apontaram que a educação inclusiva supõe uma mudança no sistema educacional de forma que o mesmo se comprometa a responder, com qualidade e eficiência, às necessidades educacionais de todos, não somente os alunos com necessidades educativas especiais.

Outro aspecto relevante citado por Abramowicz (2004) refere-se à ressignificação do currículo, saindo da visão tecnicista para a proposta de um currículo polissêmico, historicamente situado constituindo no elemento central do projeto educativo da escola.

2.2. Desempenho escolar.

Muitas vezes o conceito de avaliação é compreendido de forma errônea, interferindo negativamente no desempenho escolar dos alunos.

Osório (2002) apontou que expressões como: “fazer prova”, “atribuir nota”, “repetir” ou “passar de ano”, muitas vezes é associado ao termo avaliação. A autora referiu que, dentro de uma concepção pedagógica baseada na psicologia genética, a avaliação deveria considerar os desenvolvimentos motor, cognitivo, objetivo e social do educando, contemplando-o como ser ativo que participa da construção de seu próprio conhecimento. Referiu, ainda, que a concepção de avaliação normalmente está relacionada à idéia de mensuração do comportamento humano, favorecendo seu aspecto quantitativo, tendo como alvo a classificação do aluno.

Ribeiro et al (2005) citaram que a avaliação deve ser vista como parte integrante do processo educativo, possibilitando ajustes que facilitem o aprendizado. Nesse sentido, Abramowicz (2004) sugeriu que a avaliação deveria ser formativa, tendo sentido mais interativo, qualitativo, compartilhado e dialógico.

Osório (2002) citou que a avaliação deveria assumir papel de orientadora, permitindo ao educando ter consciência de seus avanços e dificuldades, progredindo, assim, em sua vida acadêmica.

Borba e Ferri (2004) enfatizaram que o professor avaliador precisa ampliar seu olhar avaliativo para todo o processo educativo e não apenas manter o foco no aluno.

Carvalho (2001) pesquisou o “como” é feita a estatística de desempenho em uma escola pública de 1ª a 4ª série em um município da região metropolitana de São Paulo. Com relação à avaliação do aluno apontou que são atribuídos conceitos de desempenho escolar “não satisfatório” aos educandos com comportamentos agressivo, agitado, que

conversam demasiadamente, que têm atritos com os colegas, que mostram hiperatividade e falta de vontade em desenvolver as atividades, além de não terem seus cadernos “em ordem”. Notou, também, que coincidentemente esses alunos perturbavam a classe e eram indicados para as aulas de reforço.

De acordo com Boruchovitch (1999), para ter um bom rendimento escolar o aluno precisa, entre outras coisas, ter consciência de seus processos mentais e seu grau de compreensão. Assim, um aluno com desempenho escolar satisfatório, além de ser mais eficaz no uso e na seleção de estratégias de aprendizagem, é capaz de dizer quando não entendeu algo, pois monitora constantemente sua compreensão.

Pastura (2005) referiu que a literatura apontou algumas medidas para a avaliação do desempenho escolar, tais como alocação em turmas especiais, repetência, notas baixas, suspensão, pontuação abaixo do esperado para o coeficiente de inteligência (QI) em testes padronizados e baixo desempenho em termos absolutos (sem comparação com QI) em testes padronizados.

McCall (1994), citado por Pastura (2005), resumiu que o indivíduo considerado portador de mau desempenho escolar não tem, necessariamente, notas ruins; apenas não possui notas tão boas quanto o esperado.

Pastura (2005) mostrou que, quanto ao número de casos de mau desempenho escolar, a preponderância é do gênero masculino sobre o feminino. Contrário ao senso comum, McCall (1994), citado por Pastura (2005), apontou que não há relação entre desempenho escolar e nível socioeconômico.

Ciasca (2000), citando pesquisa realizada no Ambulatório de Neuro-Distúrbios de Aprendizagem do HC/UNICAMP, traçou um perfil das crianças atendidas pelo referido ambulatório entre os anos de 1990 e 2000, tendo a maioria entre sete e nove anos, do sexo masculino, pertencentes a famílias relativamente pequenas e de nível sócio-econômico baixo. De acordo com a pesquisa realizada, a maioria dos casos referia queixas relacionadas a dificuldades escolares. Além das queixas, outro dado indicativo de distúrbio foi o número de reprovações e evasão escolar. Para a autora, existia um conjunto de situações externas inadequadas que justificavam o fracasso na aprendizagem, não sendo um problema apenas da criança. Assim, cabe às instituições a busca de soluções para intervenção na base do ensino, possibilitando mudanças no

processo de ensinar e aprender da criança, sem rótulos que criam cicatrizes de difícil remoção.

Goto (2004) citou que o número de crianças com dificuldades de aprendizagem tem crescido sensivelmente e muitos deles desenvolvem sentimentos de insegurança e baixa auto-estima.

Stevanato et al (2003) realizaram estudo com o objetivo de avaliar o autoconceito de crianças com dificuldade de aprendizagem e comportamento. Participaram do estudo 58 crianças, alunos de 1ª a 4ª séries do Ensino Fundamental, de ambos os sexos, com idades entre 8 e 11 anos, com nível intelectual dentro da média, distribuídas em dois grupos: (G1) 32 crianças com dificuldades de aprendizagem, e (G2) 26 crianças com bom desempenho escolar. Foi utilizada, na avaliação, a Escala de Piers Harris de Autoconceito e a Escala Comportamental Infantil – A2 de Rutter. As crianças com dificuldade de aprendizagem apresentaram autoconceito significativamente mais negativo do que as crianças sem dificuldade de aprendizagem nos escores global e específico. Com relação à presença de problemas de comportamento, não foi detectada diferença entre os grupos avaliados.

Okano et al (2004) realizaram estudo com o objetivo de avaliar o autoconceito de crianças com dificuldades de aprendizagem. A amostra foi composta por 40 crianças, de ambos os sexos, com idades entre 7 e 10 anos, alunos de 1ª e 2ª séries de uma escola pública do município de Uberaba/MG, com nível intelectual médio. A amostra foi dividida em dois grupos: (G1) 20 crianças com dificuldades de aprendizagem escolar que freqüentavam, além do ensino regular, um programa complementar, e (G2) 20 crianças sem dificuldades escolares. As crianças foram avaliadas através do Teste de Raven e Escala Infantil Piers-Harris de autoconceito. Como resultados notaram que, quando comparadas com o G2, as crianças do G1 apresentavam menor habilidade para aprender e maior dificuldade comportamental no sentido de ajustamento ao meio. Com relação ao autoconceito, o G1 apresentou percepções mais negativas no que se refere ao comportamento e status intelectual.

2.2.1. Fatores que influenciam no desempenho escolar.

De acordo com Osório (2002), por algum tempo o fracasso escolar foi associado à deficiência intelectual e à pobreza. Porém, enfatizou que é importante lembrar que o fracasso escolar pode ser gerado a partir da escola. Assim, a autora sugere que uma das causas poderia estar relacionada à prática pedagógica do professor, já que o mesmo avalia de acordo com seus critérios e procedimentos.

Poeta e Neto (2004) apontaram que, junto com a dislexia, o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) representa a principal causa de fracasso escolar, sendo que a dificuldade de aprendizagem se mostra presente em 20% das crianças com esse transtorno. Segundo os autores, outras manifestações como perturbações motoras podem acompanhar esse tipo de transtorno.

Araújo (2002) apontou que o desempenho escolar do educando está relacionado a diferentes fatores como, por exemplo, características da escola (físicas, pedagógicas, qualificação do professor), da família (nível de escolaridade, presença e interação dos pais com a escola e deveres escolares) e do próprio indivíduo.

Assim, se faz necessário abordar os possíveis fatores interferentes no desempenho escolar dos alunos.

2.2.1.1. Escola e professores.

Com relação ao ambiente físico escolar, Ribeiro et al (2005) apontaram que foi constatado que espaços educativos organizados, limpos, arejados, cuidados, mobiliados, com equipamentos e materiais didáticos adequados à realidade escolar fazem com que haja prestação de serviços de qualidade e boas condições de trabalho.

Tunes et al (2005) citaram a sala de aula como um espaço de negociações e produção de novos sentidos e significados, principalmente de diferentes conceitos escolares. É nela que o professor conduz seus alunos na busca de compreender e negociar os diferentes processos de significação que envolvem a situação de aprendizagem planejada. Silva e Aranha (2005) apontaram que é nesse espaço que as relações entre professor e aluno se efetivam em busca da missão maior da educação que é a formação do cidadão.

Waiselfisz (2000) apontou que, quanto menor a turma, o professor terá melhores condições para se dedicar e acompanhar individualmente seus alunos, flexibilizando suas estratégias e ritmos de acordo com as necessidades individuais, e ampliando, assim, as possibilidades e oportunidades educacionais a serem utilizadas com os alunos.

Com o objetivo de descrever as interações ocorridas entre professores e alunos em classes inclusivas, Silva e Aranha (2005) coletaram dados em 2 salas de aula de Ensino Fundamental em escolas estaduais do município de Bauru. Os dados foram analisados quantitativa e qualitativamente e os resultados apontaram diferenças nas interações da professora com seus alunos, em função da presença ou ausência da deficiência, demonstrando avanço na prática educativa.

Para Tunes et al (2005) o ensino é, basicamente, diálogo do professor com o aluno, necessitando para isso a aptidão para o relacionamento pessoal com este. Nesse aspecto, referiram que a compreensão que o professor tem do aluno e do que deve realizar poderá influenciar seu trabalho. Assim, o professor deverá ter metas e objetivos de ensino, porém não pode esquecer o “para quem” está ensinando, visualizando seu aluno concreto.

Mello (2000) apontou que a formação inicial e continuada de professores tem sido prioridade da educação brasileira desde o início do século XXI.

Porém, como se sabe, no Brasil, as licenciaturas foram criadas nos anos 30, nas antigas Faculdades de Filosofia, constituindo-se de cursos com disciplinas de natureza pedagógica, com duração de um ano, justapondo-se as disciplinas de conteúdo, com duração de três anos. Nesse modelo o professor é visto como técnico e, em muitas Universidades, esse modelo não foi totalmente superado (Pereira, 1999).

Nunes (2001) enfatizou a importância da formação do professor, considerando-o em sua própria formação, em processo de auto-formação, reelaboração de seus saberes a partir da reflexão sobre a prática. Essa tendência reflexiva se apresenta como um novo paradigma na formação de professores, sedimentando política de desenvolvimento profissional e pessoal de educadores e instituições de ensino.

Silva (1997), citado por Nunes (2001), em seu estudo afirmou que todos os professores entrevistados revelaram que o conhecimento profissional se constrói ao longo da carreira através da prática educativa.

Ribeiro et al (2005) citaram, com relação à prática pedagógica, que seu objetivo deveria estar centrado na aprendizagem do aluno, voltando-se, assim, para sua autonomia. Enfatizaram, também, a necessidade de planejamento por parte dos professores, permitindo assim a exploração das potencialidades e superação das dificuldades. Dessa forma, as autoras citaram que, segundo os especialistas, os professores são responsáveis pela transposição didática e sua atuação é marcante no percurso educativo do aluno.

Assim, Pereira (1999) salientou que devemos lembrar que os professores das séries iniciais (1ª a 4ª séries do Ensino Fundamental) devem ser caracterizados pelo seu perfil mais generalista e os professores do segundo segmento (5ª a 8ª séries do Ensino Fundamental e 1ª a 3ª séries do Ensino Médio) por uma formação mais específica.

Porém, Mello (2000) referiu que, no Brasil, a divisão entre o professor polivalente e o especialista por disciplinas tem apenas um sentido burocrático-corporativo. O autor apontou que não há, pedagogicamente, sustentação consistente para essa divisão. A mesma foi causada historicamente por dois caminhos de formação docente: o curso normal de nível médio e os cursos de licenciatura de nível superior.

Silva e Aranha (2005) citaram que as interações e relação entre professor e aluno são essenciais no processo bidirecional da construção da aprendizagem e do desenvolvimento humano. Nesse sentido, as autoras enfatizaram que nesse processo o aluno influencia o processo de ensino e é influenciado pelo mesmo, sendo responsável, junto com o professor, pelos resultados alcançados no processo ensino e aprendizagem.

Tunes et al (2005) apontaram que diante das ações do professor existe um impacto no aluno de forma intencional e esperado como realização, porém pode ser que não exista reciprocidade nesse processo.

Assim, Silva e Aranha (2005) enfatizaram que o modo de ser, o jeito de pensar, agir e sentir do professor podem refletir no comportamento do aluno, da mesma forma que a imagem e a concepção do aluno em relação ao professor também poderá interferir na ação do educador.

Segundo Boruchovitch (1999), esforços deveriam ser direcionados no sentido de uma reflexão crítica sobre a maneira preconceituosa que tratamos os alunos com rendimento insatisfatório, deixando de tratá-los como “culpados pelo próprio fracasso

escolar” pensando em uma forma de desenvolvimento da capacidade de “aprender a aprender”, tornando-o um aprendiz motivado.

2.2.1.2. Família.

Osório (2002) enfatizou que a família pode influenciar diretamente no desenvolvimento e desempenho escolar do educando.

D’Avila-Bacarji et al (2005) relataram que o envolvimento direto dos pais com a vida acadêmica de seus filhos fornece suporte para a realização escolar.

Visioli-Melo e Rotta (2000) comentaram sobre a influência de fatores sócio-culturais nos distúrbios cognitivos e do aprendizado. Esses fatores são os maiores preditores dos testes de inteligência, seguido pela escolaridade dos pais. Com relação à escolaridade dos pais, o estudo referiu que pais com maior escolaridade oferecem, teoricamente, renda maior e maior proteção para a criança por um conhecimento mais estruturado, oferecendo aos seus filhos melhores condições de vida.

Ferreira e Marturano (2002) realizaram pesquisa com o objetivo de documentar a associação entre comportamentos externalizantes desenvolvidos em contextos de adversidade ambiental em crianças com baixo desempenho escolar. A amostra foi formada por dois grupos de crianças com idades entre 7 e 11 anos, de ambos os sexos, atendidas em Clínica de Psicologia vinculada a um Hospital Universitário, todas com queixa de rendimento escolar pobre, encaminhadas pelo Sistema Único de Saúde. O G1 foi formado por 30 crianças sem problema de comportamento e, o G2, com 37 crianças com problema de comportamento. Para investigação das características do ambiente familiar foram aplicados junto às mães os seguintes instrumentos: Entrevista para Esclarecimento da Queixa (EEQ) e Escala de Eventos Adversos (EEA). Os resultados indicaram que o ambiente familiar do G2 apresentava menos recursos e maior adversidade, com indicações de problemas nas relações interpessoais, falhas quanto à supervisão, monitoramento e suporte parental, menor investimento dos pais no desenvolvimento da criança, punições e modelos adultos mais agressivos. O estudo sugeriu que as dificuldades escolares aumentam a vulnerabilidade da criança para problemas de adaptação psicossocial.

Em estudo realizado por D'Avila-Bacarji et al (2005) foi investigado o suporte parental recebido por crianças com baixo desempenho escolar. Participaram do estudo 60 famílias de alunos de 1ª a 4ª séries do Ensino Fundamental da rede pública, sendo 30 encaminhados para atendimento psicológico e 30 não encaminhados, todos selecionados na clínica-escola, com idades entre 7 e 11 anos. Para composição dos grupos foram utilizadas Matrizes Progressivas Coloridas de Raven – Escala Especial, tendo como critério de inclusão o desempenho limítrofe. Para a avaliação do nível de inteligência, desempenho escolar e presença de problemas comportamentais das crianças foram utilizados o Teste de Desempenho Escolar (TDE) e o Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência (CBCL). Para a investigação do ambiente familiar foram utilizados, durante a entrevista com as mães, a Entrevista Breve (EB) e o Inventário de Recursos do Ambiente Familiar (RAF). O suporte foi avaliado considerando os domínios: acadêmico, desenvolvimental e emocional. Como resultados as autoras apontaram que o grupo que foi encaminhado para atendimento psicológico apresentou desempenho cognitivo e acadêmico inferior e mais problemas de comportamento do que o outro grupo. Não houve diferença no suporte acadêmico entre os grupos. As mães das crianças que foram encaminhadas relataram menos suporte desenvolvimental e emocional, com problemas nas práticas educativas e de relacionamento pais-criança. Diante dos resultados, as autoras apontaram para a necessidade de cuidados de saúde mental para crianças vulneráveis que vivem em ambientes pouco apoiadores.

2.2.1.3. Características individuais da criança.

Muitos são os termos utilizados quando falamos de mau desempenho escolar, entre eles transtornos de aprendizagem, distúrbios de aprendizagem e dificuldades de aprendizagem.

Para Ciasca (2000), “um distúrbio não caracteriza uma ausência, mas sim uma perturbação dentro de um processo” (p. 12). Dessa forma distúrbios da aprendizagem estariam relacionados a uma “perturbação no ato de aprender”, ou seja, uma modificação nos padrões de aquisição, assimilação e transformação, tanto por vias internas como por vias externas ao indivíduo.

Pastura (2005), citando Semrud-Clickeman et al (1992) e Moojen et al. (2003), ressaltou as diferenças entre as expressões “transtorno de aprendizado” e “dificuldades de aprendizado”. Transtorno de aprendizado relaciona-se a transtornos de leitura, expressão de escrita e da matemática, não sendo, assim, sinônimo de dificuldade de aprendizado.

Segundo Araújo (2002), dificuldades no desempenho escolar podem estar relacionadas a fatores de risco pré-existentes, aparentes logo nos primeiros anos de vida.

Araújo (2002) apontou que, para que o indivíduo tenha um aprendizado adequado, é fundamental a integridade da função sensorial. A autora referiu, ainda, que devem ser acompanhadas e avaliadas de forma mais detalhada as crianças com fatores de risco para desvio do desenvolvimento psicomotor ou com desvios observados antes do ingresso na escola.

Tunes et al (2005) em seus estudos destacaram a importância da promoção do desenvolvimento de funções psicológicas, antecedendo o processo de aprender. Para isso, se faz necessário o diálogo, tanto com a família quanto com seus professores, criando condições de emergência das possibilidades do aluno.

Boruchovitch (1999) realizou estudo com o objetivo de desenvolver uma revisão crítica da literatura sobre a relação entre as estratégias de aprendizagem e o desempenho escolar dos alunos, baseado na Teoria do Processamento da Informação da psicologia cognitiva. Para os psicólogos cognitivos adeptos da Teoria do Processamento da Informação, segundo Boruchovitch (1999), a aquisição do conhecimento implica ir além do conhecimento factual, desenvolvendo a capacidade de pensar seus próprios pensamentos.

Goto (2004) apontou que apenas podemos referir que a criança apresenta dificuldades de aprendizagem após a mesma ter sido examinada por equipe psicopedagógica e interdisciplinar e que, mesmo após intervenção, não se mostram produtivas em uma ou mais áreas como, por exemplo, expressão e/ou compreensão oral, expressão escrita com ortografia adequada, habilidade básica e/ou compreensão da leitura e cálculo matemático.

O diagnóstico de um aluno com distúrbio de aprendizagem, segundo Goto (2004), não é fácil de ser realizado. Devem ser eliminadas as possibilidades de

influência de fatores relacionados às práticas pedagógicas e às condições sócio-econômicas do aluno. Segundo a autora, geralmente a primeira suspeita é a indicação do professor, que deve ser confirmada por avaliações psicológicas, pedagógicas e neurológicas.

2.3. Fissura Labiopalatina.

No que tange às anomalias craniofaciais, as fissuras labiopalatinas são as que representam as mais comuns (Capelozza Filho & Silva Filho, 1992; Monlleó, 2006).

As anomalias congênitas, segundo Monlleó (2006), acometem cerca de 5% dos nascidos vivos da população mundial.

Apontadas como deformidades congênitas, as fissuras labiopalatinas foram classificadas entre o grupo das displasias que ocorrem, geralmente, em torno da quarta e décima segunda semana de vida intra-uterina, respectivamente, por falta, deficiência ou erro de fusão dos processos faciais embrionários, ocorrendo uma alteração migratória da crista neural, encarregadas pelo comando do fenômeno de fusão das proeminências embrionárias (Altmann, 1997; Silva et al, 2000; Melgaço et al, 2002; Aranha, 2004).

Visíveis desde o nascimento, essas alterações estruturais mostram na face o estigma de agressões na região nasolabiopalatina.

Nagem et al (1968) investigaram 31 grupos de escolares da cidade de Bauru (São Paulo) com o objetivo de estabelecer a prevalência de fissuras labiais e/ou palatais no referido município. O método utilizado foi o de exame visual direto e foram encontradas 20 crianças com anomalias congênitas labiopalatais nos seus diversos tipos. O estudo apontou que a prevalência encontrada nos escolares examinados foi de 1:650 crianças.

De acordo com Kudo et al (1997), no Brasil, estima-se que existam cerca de 180.000 indivíduos com fissura de lábio e/ou palato, sendo a ocorrência da ordem de 1:650 crianças nascidas.

Com relação às anomalias craniofaciais na população brasileira, Monlleó (2006) referiu que os dados são escassos e dispersos. Castilla et al (1995) enfatizaram que de

acordo com o *Estudo Colaborativo Latino-Americano de Malformações Congênitas* (ECLAMC), principal fonte de dados que realiza vigilância epidemiológica dessas condições em maternidades voluntárias, a prevalência de fissuras labiopalatinas no Nordeste e Sul do Brasil varia entre 9,72-11,89/10 mil, enquanto no Sudeste varia entre 5,39-9,71/10 mil. Com relação às fissuras palatinas esses dados variam de 2,41-3,08/10 mil no Nordeste e Sul e entre 3,09-5,01/10 mil no Sudeste.

Em estudo realizado por Loffredo et al (2001), do total de 16.853 casos de fissura oral registrados no Brasil no período entre 1975 e 1994, estima-se a prevalência de 0,19 por mil nascidos vivos, tendendo à ascensão para os quinquênios do período. Desses números verificou-se que a maior proporção (74%) era composta de fissuras labiopalatinas e 26% se referiam à fissura palatina isolada. Apresentaram as maiores taxas de prevalência as regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul, sendo maior a incidência na região Sudeste que contribuiu com 61% dos novos casos estudados.

Apesar das estatísticas, ainda não foi identificada uma etiologia única na fissura labiopalatina. Fenha et al (2000) citaram que a etiologia das fissuras lábio e/ou palato são consideradas, com algumas exceções, multifatorial, coexistindo fatores ambientais e genéticos.

Os fatores ambientais etiologicamente associados à fissura englobam aspectos nutricionais da gestante, infecções, psíquicos (estresse emocional), anatômicos (radiações), uso de drogas e outros agentes químicos. Os fatores de ordem genética respondem, segundo Capelozza Filho et al (1992), por aproximadamente 30% dos casos de fissura labiopalatina.

Existem várias classificações de fissuras labiopalatinas na literatura. O modelo utilizado pelo HRAC/USP segue o proposto por Spina et al (1973) modificado por Silva Filho et al (1992). De acordo com os autores este modelo zela pela objetividade.

Quadro 1 – Classificação de Spina, modificada por Silva Filho et al, utilizada no HRAC/USP

Pré-forame incisivo	Unilateral	Incompleta
		Completa
	Bilateral	Incompleta
		Completa
	Mediana	Incompleta
		Completa
Transforame incisivo	Unilateral	
	Bilateral	
	Mediana	
Pós-forame incisivo	Incompleta	
	Completa	
Fissuras raras da face	Fissuras desvinculadas do palato primário e secundário	

Fonte: Silva et al., Fissuras labiopalatais: diagnóstico e uma filosofia interdisciplinar de tratamento. In: Pinto, VG. Saúde Bucal Coletiva. São Paulo: Santos, 2000. p. 482

Devido à sua incidência, devemos citar a existência de um tipo de fissura variante da fissura pós-forame: a fissura submucosa. De acordo com Martins (2000), esse tipo de fissura não apresenta deformidades anatômicas visíveis; no entanto, apresenta comprometimento funcional considerável como a hipernasalidade.

Em estudo realizado por Freitas et al (2004), com o objetivo de investigar a distribuição dos vários tipos de fissura entre pacientes que compareceram para tratamento no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC/USP), Bauru/SP, no ano de 2000, constatou-se que, dos 803 pacientes não-operados com fissura de lábio e palato, com ou sem malformações adicionais e sem síndromes reconhecíveis, a fissura labiopalatina completa (uni ou bilateral) foi a mais freqüente (37,1%), seguida pela fissura de palato isolada (31,7%) e fissura de lábio isolada (28,4%).

De acordo com Tavano (1994), as fissuras labiopalatinas, geralmente, acarretam problemas associados: estético e anátomo-funcionais. O comprometimento estético facial pode gerar dificuldades no convívio social e os problemas anátomo-funcionais podem comprometer a saúde pelos distúrbios que acarretam desde o nascimento.

Aranha (2004) citou que as crianças portadoras de fissura labiopalatina encontram dificuldades para se alimentar como: ingestão insuficiente, sucção deficitária, escape nasal, excessiva deglutição de ar, vômitos abundantes, engasgamentos e asfixias. Outros comprometimentos são citados por Tavano (1994): desarranjos das arcadas dentárias, dificuldades mastigatórias, infecções otorrinolaringológicas, distúrbios respiratórios, de deglutição e dificuldades de comunicação (audição e fala). Podemos apontar ainda, como conseqüências do escape de ar pelas fossas nasais, a hipernasalização dos sons na linguagem do fissurado, surgindo, algumas vezes, a incapacidade de emissão de alguns deles.

Freitas et al (2004) apontaram que cada tipo de fissura necessita de protocolo específico para reabilitação e, de acordo com Melgaço et al (2002), tratamento especializado de uma equipe multidisciplinar.

Segundo a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (Brasil, 1999 p.6) “reabilitação é o processo de duração limitada e com objetivo definido destinado a permitir que a pessoa com deficiência alcance o nível físico, mental ou social funcional ótimo, proporcionando-lhe os meios de modificar sua própria vida, podendo compreender a perda de uma função ou uma limitação funcional e facilitar ajustes ou reajustes funcionais”.

Os autores são unânimes, afirmando que a reabilitação deve ser global visando não só a estética como também o aspecto funcional, com especial atenção aos aspectos foniátricos, ortodônticos, psicológicos, psicopedagógicos e psicossociais, pelo fato de o indivíduo fissurado muitas vezes enfrentar situações constrangedoras devido a sua diferença estética e/ou dificuldade na sua comunicação oral, possivelmente sendo motivo de chacotas e comprometendo sua socialização. Portanto a necessidade de uma equipe interdisciplinar atuando nestes aspectos que muitas vezes não são mensuráveis, mas que se não tratados poderão interferir acentuadamente na reabilitação global (Tavano, 1994; Altmann, 1997; Martins, 2000; Silva, 2000; Bacheга, 2002; Aranha, 2004).

2.3.1. Distúrbios da comunicação associados à fissura labiopalatina.

Piazzentin-Penna e Jorge (2007) apontaram que, embora haja desacordos na literatura, quando comparados indivíduos com e sem fissura labiopalatina, existe um consenso que perdas de audição ocorrem com maior frequência em indivíduos com fissura labiopalatina, em geral do tipo condutiva e bilateral.

As alterações anatomofuncionais apresentadas pelo indivíduo com fissura labiopalatina, segundo Altmann (1997), o tornam propenso a desenvolver quadros de otite e, portanto, de perda auditiva do tipo condutiva, principalmente enquanto o palato ainda não foi operado.

Manoel (2006) referiu que a audição periférica da população com fissura labiopalatina tem sido amplamente estudada, sendo apontada a alta ocorrência de alterações de orelha média e/ou perdas de audição, decorrentes de um mecanismo de aeração velotubar deficiente.

Piazzentin-Penna e Jorge (2007) relataram que, em decorrência de disfunção da tuba auditiva ou otite média secretora, a maioria dos indivíduos com fissura palatina tem ou teve perdas auditivas, em graus variados, em várias épocas de suas vidas. Assim, tem se discutido a existência de privação sensorial auditiva na qual esses indivíduos estariam submetidos. Dessa forma, uma das grandes metas entre os fonoaudiólogos e otorrinolaringologistas é a detecção precoce dos possíveis distúrbios de audição nesse tipo de população, já que perdas auditivas e histórico de otites nos primeiros anos de vida podem ser fatores de risco para o desenvolvimento de linguagem, fala, aprendizado e processamento auditivo.

Lemos (2007) citou a fissura labiopalatina como indicador de risco para alterações de orelha média, podendo, assim, prejudicar o desenvolvimento de habilidades auditivas necessárias para o aprendizado da comunicação oral e escrita.

Balbani e Montovani (2003) realizaram revisão de literatura com o objetivo de analisar o impacto das otites médias sobre a aquisição da linguagem em crianças. O estudo mostrou que a perda auditiva observada nas otites médias poder ser resultado de alterações estruturais na orelha média, lesões ultra-estruturais e anormalidades bioquímicas na cóclea, ou alterações nas vias auditivas centrais. No que diz respeito à

aquisição de linguagem, o estudo referiu que os três primeiros anos são de suma importância. Assim, crianças com otites média nesse período apresentam maiores risco de apresentar distúrbios na aquisição de linguagem, comportamento e aprendizado escolar. As autoras sugerem que, como conseqüências das otites médias e perdas auditivas, as crianças podem apresentar erros fonéticos e de articulação da fala, bem como dificuldade para compreensão da leitura.

Brandão (1993) realizou estudo com 50 indivíduos com fissura de palato submucosa, de ambos os sexos, com idades entre 3 anos e 4 meses e 41 anos e 7 meses, com o objetivo de verificar a incidência de alterações auditivas. Os resultados evidenciaram que, devido ao funcionamento deficiente da tuba auditiva, a fissura de palato submucosa pode contribuir para a ocorrência de alterações auditivas. A pesquisadora destacou a importância de uma avaliação precoce de audição nesses indivíduos para que não ocorra atraso de linguagem devido à privação sensorial.

Em estudo realizado na Universidade de Zagreb (Croácia) por Handzic-Cuk et al (2001), foram analisadas 239 timpanometrias, sendo essas de 57 indivíduos com fissura transforame bilateral, 122 com fissura transforame unilateral e 60 indivíduos com fissura de palato isolada. Foram observados timpanogramas do tipo B em 46,5% dos indivíduos com fissura transforame bilateral, 50,6% com fissura transforame unilateral e em 58,3% com fissura de palato isolado. A configuração da curva do tipo B foi a mais freqüente nas crianças com média de idade de 5 anos, diminuindo significativamente com o aumento da idade. Nas crianças com média de 11 anos os timpanogramas mais freqüentes foram do tipo A.

Campos et al (2002) realizaram estudo com 12 crianças com fissura labiopalatina do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais/USP, com idades entre 7 e 10 anos, com o objetivo de avaliar as habilidades auditivas de figura-fundo e atenção seletiva. A avaliação contou com a aplicação dos testes de SSI (Synthetic Sentence Identification) e PSI (Pediatric Speech Intelligibility Test). Os resultados apontaram que as crianças do presente estudo apresentaram dificuldades nas habilidades auditivas de figura-fundo e atenção seletiva.

Com o objetivo de avaliar a incidência de perda auditiva condutiva, patologias da orelha e desordens comunicativas associadas, Goudy et al (2006) realizaram estudo retrospectivo com 101 indivíduos com fissura de palato, com idade entre 8 e 25 anos.

Foi evidenciada, em 25% dos indivíduos estudados, perda auditiva condutiva, entre as quais 75% de grau leve, 21% moderada e 4% severa.

Os indivíduos acometidos pela fissura de palato podem apresentar distúrbios articulatórios de desenvolvimento, compensatórios e/ ou obrigatórios. Os distúrbios articulatórios de desenvolvimento (linguagem e fala) são aqueles que podem estar presentes em qualquer criança e não apresentam relação direta com a fissura. Os distúrbios articulatórios compensatórios (DAC's) são provenientes de tentativas dos fissurados em compensar a válvula velofaríngea deficiente, nas fases iniciais da aquisição da linguagem. A inadequação dos órgãos fonoarticulatórios faz com que estes indivíduos busquem outros locais de produção dos sons plosivos e fricativos, numa tentativa de bloquear a corrente de ar fonatória. Os DAC's são classificados como: golpe de glote, fricativa faríngea, plosiva dorso médio palatal, plosiva faríngea, fricativa nasal posterior e fricativa velar. Os distúrbios articulatórios obrigatórios resultam diretamente de uma alteração anatômica não sendo facilmente corrigidos com terapia e, freqüentemente, auto-corrigíveis quando a causa estrutural do distúrbio é reparada. Os distúrbios obrigatórios compreendem: a emissão de ar nasal e a pressão intra-oral reduzida, relacionados à insuficiência velofaríngea ou à presença de fístulas (Genaro et al, 2007).

Tabith (1993) relatou que as fissuras labiopalatinas geralmente são acompanhadas de distúrbios de comunicação, que variam quanto ao grau de severidade. As áreas de comunicação mais comumente afetadas dizem respeito a distúrbios de comunicação, distúrbios articulatórios compensatórios e distúrbios da voz.

Kummer (2001) apontou que os distúrbios da comunicação oral em indivíduos com fissura geralmente estão relacionados a fatores como fissura aberta (não-operada), disfunção velofaríngea, alterações dento-oclusais e perdas crônicas ou flutuantes de audição.

No caso da fissura labiopalatina, Genaro et al (2007) enfatizaram que o distúrbio da fala é um dos aspectos mais estigmatizantes, repercutindo negativamente junto à sociedade. Dentre essas alterações da fala presentes em indivíduos com fissura labiopalatina, as autoras referiram que grande parte estaria relacionada direta ou indiretamente à disfunção velofaríngea, podendo comprometer o desenvolvimento da fala tanto nos aspectos fonéticos quanto fonológicos.

Com o objetivo de conhecer as habilidades de conversação de crianças com fissura labiopalatina, Chapman et al (1998), realizaram estudo com crianças em idades pré-escolar (3,7 para 4,9 anos) e escolar (7,6 para 9,6 anos). Foram ouvidas e filmadas, durante interação com um adulto que não lhe era familiar, 20 crianças com fissura labiopalatina unilateral e 20 crianças sem fissura, do mesmo gênero, idade e status econômico. As crianças com fissura foram comparadas a seus pares em oito medidas de conversação assertiva e responsiva e testes estandarizados de habilidades práticas. Cada criança com fissura foi classificada quanto à participação na conversa. Quanto à conversação, os testes não revelaram diferenças significativas entre as crianças pré-escolares e escolares com fissuras e seus pares não-fissurados. Entretanto, quando os perfis foram examinados individualmente foi notado que 50% das crianças da pré-escola e 20% das crianças em idade escolar foram classificadas como conversadoras passivas. Além disso, ao serem examinadas outras características dessas crianças, elas pareciam menos positivas na conversação, exibiam menor desempenho nos testes de linguagem receptiva e freqüentemente menores escores de articulação e ressonância.

Para Melgaço et al (2002), o desenvolvimento da linguagem nas crianças portadoras de fissura labiopalatina é similar ao de qualquer criança no que concerne aos mecanismos lingüísticos. Entretanto, Tabith (1993) e Melgaço et al (2002) concordam que podem influir, positiva ou negativamente em seu desenvolvimento, fatores ambientais, culturais e emocionais. Altmann (1997) cita ainda que hospitalizações freqüentes, superproteção ou falta de estimulação atuam diretamente na aquisição da linguagem.

De acordo com Tabith (1993), os distúrbios de articulação são os mais freqüentes, tendo sua intensidade extremamente variável. Para o autor, alguns dos fatores que podem contribuir para determinar os distúrbios nessa área são: a insuficiência velofaríngea, a lesão do palato, as alterações funcionais dos órgãos periféricos da fala e a alterações morfológicas de outras estruturas do processo articulatorio.

Para Suguimoto (2002), dentre as alterações na comunicação apresentadas por indivíduos com fissura labiopalatina, as da fala são marcantes. Dentre as mais freqüentes podemos apontar as relacionadas à disfunção velofaríngea como, por

exemplo, hipernasalidade, emissão de ar nasal, diminuição de pressão aérea intra-oral, ronco nasal, mímica facial e distúrbio articulatorio compensatório.

2.3.2. Aspectos cognitivos e a fissura labiopalatina.

Kummer (2001) apontou que, quando avaliada pelo teste de QI, a inteligência de crianças com fissuras labiopalatinas, sem síndrome associada, parece estar na média. Geralmente, esses escores diminuem em sessões de testes que exijam habilidade verbal, especialmente, respostas orais.

Richman e Eliason (1982) realizaram pesquisa sobre a inteligência, a realização escolar, o comportamento e a personalidade de crianças com fissura labiopalatina. Com relação ao funcionamento intelectual, os estudos sugeriram que pode haver um pequeno decréscimo na inteligência verbal relativo à condição de fissura, enquanto a inteligência não-verbal apareceu normalmente distribuída. Os autores relacionaram também, às funções intelectuais diminuídas, fatores como a perda de audição e/ou defeitos na fala e presença de anomalias congênitas. Com relação à realização escolar das crianças com fissura labiopalatina, os achados da pesquisa sugeriram que: (1) as crianças com fissura tendem a ter desempenho abaixo das expectativas baseado na capacidade intelectual; (2) deficiência verbal ou de linguagem podem resultar em significativo fracasso acadêmico; (3) professores tendem a subestimar sua capacidade intelectual e levá-los a sub-realização; e (4) a baixa expectativa dos pais pode resultar em aspirações acadêmicas baixas. Com relação ao comportamento e personalidade das crianças com fissura, os achados da pesquisa sugeriram que as mesmas não apresentavam sinais significativos de psicopatologias relacionadas às condições da anomalia, que, apesar da preocupação com a aparência, o autoconceito das crianças com fissura é relativamente bom, que a adaptação da personalidade destas crianças com fissura está relacionada à inibição e que adolescentes com fissura do sexo feminino apresentavam maior grau de insatisfação e preocupação com relação à aparência.

Em revisão de literatura científica a respeito do desenvolvimento psicossocial e educacional de indivíduos com anomalias craniofaciais, Stephan (2000) concluiu que

estudos de lingüística cognitiva não apontam diferença significativa na capacidade psicolingüística de indivíduos com diferença facial.

Fenha et al (2000) avaliaram, no Laboratório do Instituto de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina de Lisboa, o desempenho cognitivo e dificuldades sócio-afetivas e lingüísticas de um grupo de 70 crianças, com idades entre 3 e 16 anos. Foram avaliadas 35 crianças com fissura labiopalatina que, posteriormente, foram comparadas a outras 35 crianças sem fissura enviadas ao laboratório para consultas devido a dificuldades de aprendizagem e comportamento. A avaliação foi feita em um contexto pluridisciplinar, abrangendo as áreas de Psicologia Clínica, Cirurgia Plástica e Reconstructiva e Análise Lingüística. Os resultados obtidos com relação às crianças com fissura levaram a considerar que existem ainda muitos fatores desconhecidos que podem contribuir para que não se verifiquem diferenças no desempenho entre os grupos, com exceção da variável dificuldade de linguagem. Porém, o fato de a maioria das crianças com fissura já terem completado maior parte da reconstrução da face e reabilitação da fonação, a faixa etária ser muito extensa e a estimulação pelos pais, podem ter interferido nos resultados.

Após revisão de literatura com relação à questão da competência escolar, Amaral (1997) concluiu que o conjunto de dados indicou não haver indícios que relacionem deformidade facial e déficit intelectual. Assim, essas crianças teriam condições intelectuais idênticas aos de crianças consideradas normais para ter bom desempenho escolar. Entretanto, cabe ressaltar que o rendimento escolar depende não somente de fatores intelectuais, mas também de seu comportamento em sala de aula.

2.3.3. A Criança com fissura e suas implicações no ambiente escolar

Tavano (2000) referiu a escola como o primeiro ambiente extra-familiar de convivência social freqüentado pela criança. Assim, o acolhimento nesse ambiente pode ser fator decisivo, influenciando na sua vida social.

Amaral (1997) citou que a ida à escola, para uma criança com deformidade facial, seja ela qual for, é a primeira e mais importante experiência sistemática fora do lar, já que nesse local enfrentará novos relacionamentos, será vista, julgada e avaliada.

De acordo com Amaral (1986), no ambiente escolar a criança enfrentará novos relacionamentos que serão determinantes para a sua integração e relações interpessoais, podendo, nesse momento, sofrer discriminações e dificuldades de leitura e escrita geradas pela sua aparência e pelos limites impostos pela comunicação oral.

Para Martins (2001), a adaptação da criança com fissura labiopalatina na escola e o esforço para superar as alterações anatômicas e funcionais são acontecimentos que exigem, da família e da equipe multidisciplinar envolvida, parceria para que pais e filhos recebam o auxílio necessário de forma adequada.

Com relação à escola, Tavano (2000) apontou a ansiedade dos pais com relação às capacidades intelectuais de seus filhos com fissura labiopalatina, subestimadas quando sua matrícula é negada por dirigentes e professores, julgando-os que, por serem portadores de uma anomalia, são “excepcionais”.

Stephan (2000) enfatizou a necessidade da conscientização de pais e responsáveis quanto à desestigmatização da diferença facial, às formas de tratamento e às implicações conseqüentes da mesma auxiliam na mobilização no sentido de ação pessoal e profissional.

Em seu estudo, Tavano (1994) acompanhou os primeiros 60 dias de vida escolar de uma criança com fissura labiopalatina do tipo transforame. Relatou que, apesar de lento, seu processo de integração levou-o à inserção no contexto social escolar integralmente: opinando, ajudando, participando e algumas vezes até liderando.

Algumas pesquisas parecem indicar, segundo Tavano (1994), a existência de déficit na competência acadêmica em alunos com fissuras labiopalatinas, na maioria das vezes, relacionado aos problemas verbais ou ao comportamento adotado pelo aluno. Porém, não podemos afirmar que existe uma correlação entre fissura labiopalatina e fracasso escolar.

Amaral (1997) apontou que duas questões com relação à escola são essenciais: o desempenho escolar em si e a influência das expectativas do professor no processo avaliativo.

Broder et al (1998) realizaram estudo com o objetivo de examinar os graus de dificuldade para aprendizagem, deficiência no progresso escolar e repetências nas séries com de crianças com fissura labiopalatina operada de dois centros universitários dos

Estados Unidos (Carolina do Norte e Iowa). Foram comparados 84 indivíduos de cada centro, com idades entre 6 e 18 anos, agrupadas quanto ao tipo de fissura, idade e sexo. Quanto ao tipo de fissura, 30 indivíduos tinham fissura de palato, 21 fissura de lábio e 33 com fissura do lábio e palato, sendo 47 do sexo masculino e 37 do sexo feminino. Os dados quanto ao progresso escolar foram obtidos nas escolas oficiais e em registros dos centros universitários e o status da incapacidade para aprender foi baseado nos resultados dos testes de QI e na situação na sala de aula. O estudo revelou que 46% dos sujeitos apresentavam dificuldade na aprendizagem da linguagem escrita, 47% apresentaram deficiência no progresso escolar e 27% haviam repetido algum grau na escola. O maior índice de dificuldade de aprendizagem foi dos indivíduos do sexo masculino com fissura de palato (79%), enquanto o sexo feminino com o mesmo tipo de fissura apresentou índice de 42%. Entre os homens com fissura labiopalatina, o índice foi de 37%, e nas mulheres, com o mesmo tipo de fissura, apresentaram um índice de 47%. Aproximadamente metade dos pacientes com qualquer tipo de fissura apresentou deficiência quanto ao progresso escolar, não havendo diferença significativa quanto ao sexo ou tipo de fissura. A maior porcentagem de retenção de algum grau na escola foi apresentada por pacientes com fissura palatina do sexo masculino e por pacientes com fissura labiopalatina do sexo feminino. Foi observado pelos autores que 46% dos indivíduos apresentavam dificuldades na aprendizagem escolar, excedendo a média nacional de 15 a 20% da população geral. Assim, a partir dos resultados obtidos, o estudo concluiu que os indivíduos com fissura de qualquer tipo correm maior risco de apresentar dificuldades de aprendizado e suas conseqüências.

Tavano (2000) apontou que as repetências escolares, além de constituir um entrave no desenvolvimento psicossocial, podem desenvolver no aluno o baixo conceito, prejudicando sua auto-estima. Em seus estudos com indivíduos com fissura labiopalatina constatou que 43,7% da amostra não apresentavam repetência e que 18% apresentavam apenas uma. Os dados sugeriram que os indivíduos com fissura, do grupo em questão, foram capazes de responder positivamente em sua escolarização, apesar das dificuldades enfrentadas.

Segundo Sipavicius (1987), a expectativa do professor pode influenciar no rendimento dos alunos.

Lee-Manoel (2002) apontou que o estereótipo da atratividade física está presente, também, nas impressões formadas por professores a respeito de seus alunos.

Segundo Knapp & Hall (1972/1999), citados por Lee-Manoel (2002), não só parece haver menor interação dos professores, e de maneira menos positiva, com crianças julgadas sem atrativos na escola de ensino fundamental, como também seus companheiros reagem a ela de forma desfavorável.

Ciasca (2000) apontou em seus estudos ser muito comum os professores sugerirem aos pais dos alunos que os mesmos possuem “alguma patologia” que os impede de aprender e que deveriam ser avaliados por médicos. Porém, a maioria das crianças avaliadas não possuía comprometimento cognitivo, perceptivo ou de ordem neurológica que poderiam ser responsabilizados pelo não-aprendizado, estando, assim, vinculado exclusivamente ao fator pedagógico, concluindo que a escola, por uma série de fatores operacionais e administrativos, não está preparada para lidar com as crianças que não apresentam o padrão “normal” de aprendizagem.

Outro aspecto que podemos analisar é a expectativa do professor em relação ao aluno com fissura labiopalatina.

Pesquisas apontam que a primeira impressão do professor baseia-se, principalmente na aparência física. De acordo com Tavano (1994), é através dessa impressão que o professor desenvolve uma expectativa sobre o quanto o aluno será capaz, relacionando o resultado que poderá obter do mesmo ao esforço a ser empregado por ambos, estabelecendo uma determinante sobre essa relação.

Tavano (2000) apontou que, em se tratando de crianças com fissura, baseado em sua aparência física, a primeira impressão do professor pode ser desfavorável, sendo suficiente para o desenvolvimento de uma expectativa negativa com relação à competência acadêmica das mesmas.

Alguns estudos mostraram que os professores, bem como a maioria da população, tem pouca informação sobre deformidades faciais, considerando as fissuras labiopalatinas, e suas implicações anatomofuncionais, não sabendo, assim, lidar com esse tipo de população (Amaral, 1997; Kummer, 2001).

Através de testes de desempenho aplicados aos alunos e avaliação do comportamento dos alunos segundo os professores, Richman (1976) constatou em sua

pesquisa que o rendimento acadêmico de 44 crianças com fissura labiopalatina foi inferior ao das crianças sem fissura. O autor correlacionou esse resultado ao que nomeou de “modo adaptativo de comportamento aprendido”, que levaria o aluno com fissura a permanecer retraído em sala de aula, por ter aprendido através de suas vivências e que agindo dessa forma estaria evitando que os demais lhe dirigissem a palavra ou olhassem seu rosto. Esse tipo de comportamento pode ser considerado como um ajustamento que, geralmente, diminui sua liberdade de ação, limitando seu desenvolvimento acadêmico e social.

Richman (1978a) analisou a relação entre a aparência facial da criança com fissura labiopalatina e a acuidade da classificação dos professores quanto à sua capacidade intelectual. Foram analisadas 87 crianças com fissura de lábio e palato, com idade entre 9 e 14 anos, na Universidade de Iowa. As crianças foram divididas em dois grupos de acordo com o tipo de fissura, ou seja, sua aparência facial. O resultado do estudo constatou que o professor subestimava a capacidade intelectual da criança com fissura labiopalatina com desfiguramento facial mais perceptível e considerou que esta expectativa poderia ser transmitida para o aluno, de forma declarada ou velada.

Em outro estudo, Richman (1978b) comparou a percepção dos pais, das mães e dos professores de crianças com fissura labiopalatina sobre o comportamento, quanto à inibição e ato impulsivo. As crianças foram selecionadas dentre aquelas matriculadas no projeto de pesquisa de fissura labiopalatina na Universidade de Iowa, sendo delimitada em 136 crianças (80 do sexo masculino e 56 feminino), com idades entre 7 e 12 anos, que estavam freqüentando aulas regulares, com audição e fala sem alterações. O instrumento utilizado para as classificações do comportamento por pais e professores foi a *Behavior Problem Checklist* desenvolvida por Way e Peterson (1967). Os resultados indicaram que os professores consideraram as crianças com fissura, de ambos os sexos, mais inibidas na sala de aula em comparação com a opinião dos pais em casa. Os professores classificaram os alunos com fissura, do sexo masculino, com ato impulsivo diminuído na escola, diferentemente da opinião dos pais. Dentre as possíveis causas, o autor referiu que essa diferença de opiniões pode estar relacionada à estrutura ambiental, ou seja, a criança com fissura se sente mais confortável e aceita no ambiente familiar.

Tavano (1994) apontou que, assim como o professor, a criança que entra em contato com um colega com fissura labiopalatina é acometida de sentimentos de estranheza, incitando, dessa forma, a curiosidade, quase sempre velada. Comumente, essa curiosidade manifesta-se, de acordo com a autora, através de olhares furtivos, insistentes e inquietos, sem procurar aproximação do mesmo.

Tavano (1994) ainda refere que o professor constitui um modelo para os alunos das primeiras séries do ensino fundamental, influenciando-os através da interação individual. Dessa forma, a aceitação positiva ou negativa da criança com fissura labiopalatina, possivelmente, será imitada pelos demais alunos, surgindo, então, a importância da maneira de agir do professor em relação à mesma. A autora comentou que a criança encontrará melhores condições para sua integração e desenvolvimento “(...) se o professor for sensibilizado, conscientizado, instruído, treinado e reforçado para conduzir esse processo” (p20).

Em seus estudos, Tavano (2000) enfatizou que o professor do aluno com fissura labiopalatina deve respeitá-lo e compreender suas limitações. Citou que, em entrevista realizada, um indivíduo revelou que se sentia humilhado por sua professora que o colocou várias vezes para fora de sala de aula que, por não compreender sua fala, interpretava-o mal. Tal ocorrência era motivo para grandes gozações dos demais colegas, que já não o poupavam anteriormente.

Stephan (2000) referiu que, para que se sintam preparados para receber, em classes regulares, indivíduos com anomalias craniofaciais, ou qualquer outra alteração, os professores devem estar familiarizados quanto aos diferentes aspectos da patologia.

Tavano (2000) sugeriu a necessidade de um programa de esclarecimento aos professores com relação à fissura labiopalatina e suas conseqüências através de cursos de formação ou extensão.

Objetivo

3. OBJETIVO

GERAL

Investigar, por meio da opinião dos professores de 1ª a 8ª séries do Ensino Fundamental de Bauru e região, o desempenho escolar de indivíduos com fissura labiopalatina sem anomalias associadas.

ESPECÍFICO

Correlacionar possíveis fatores interferentes no desempenho escolar de indivíduos com fissura labiopalatina sem anomalias associadas.

Material e Método

4. MATERIAL E MÉTODO.

Neste capítulo serão apresentadas as etapas do desenvolvimento da pesquisa, incluindo os aspectos éticos, a caracterização da população envolvida e os procedimentos.

O trabalho foi dividido em duas etapas: a primeira compreendeu a caracterização dos alunos com fissura labiopalatina pertencentes à amostra; a segunda etapa englobou a caracterização das escolas frequentadas pelos alunos com fissura e a aplicação dos questionários aos professores.

4.1. Aspectos éticos gerais.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HRAC - USP - Bauru, de acordo com Ofício nº. 015/2006 com data de 03 de março de 2006 (Anexo 1).

A Carta de Informação ao Sujeito da Pesquisa foi apresentada aos pais dos alunos e/ou responsável e, após esclarecimentos, a mesma e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foram assinados. Uma cópia de cada um dos documentos ficou com os pais/responsáveis e outra foi arquivada com a pesquisadora (Anexos 2 e 3).

4.2. Caracterização do perfil dos alunos com fissura labiopalatina.

Para a caracterização do perfil dos alunos a serem selecionados para o estudo, foram analisados 82 prontuários, no período de março a julho de 2006, que correspondiam aos pacientes com fissura labiopalatina isolada, englobando todos os tipos de fissura, ou seja, pré-forame incisivo, transforame incisivo e pós-forame incisivo, com idades entre 7 a 14 anos, residentes nos municípios de Bauru, Agudos, Lençóis Paulista, Pirajuí e Piratininga matriculados no HRAC - USP – Bauru. A lista destes prontuários foi providenciada pela Central de Processamento de Dados do

referido hospital. Ressalta-se que os municípios foram selecionados conforme listagem das escolas vinculadas à Diretoria de Ensino da Região de Bauru.

Para análise dos prontuários foi elaborado protocolo específico contendo informações que caracterizassem a população envolvida (Anexo 4). Nesse protocolo foram preenchidos os dados de identificação (nome, sexo, idade, cidade de residência e nascimento e nível socioeconômico), histórico do tratamento (tipo de fissura, data de matrícula no HRAC/USP, idade da primeira cirurgia e tempo de tratamento) e informações multidisciplinares (fonoaudiologia, genética, psicologia e serviço social).

4.3. Casuística.

Para determinação da amostra, após a análise dos prontuários utilizados para a caracterização do perfil, foram selecionados os pacientes de acordo com os critérios de inclusão deste trabalho, que estão descritos a seguir:

- apresentar qualquer tipo de fissura acometendo lábio e palato ou ambos, não associada a outras anomalias;
- estar na faixa etária de 7 a 14 anos;
- estar regularmente matriculado em escolas do Ensino Fundamental no ano de 2006;
- ser assíduo no tratamento do hospital por período superior a dois anos;
- pacientes autorizados a participar do estudo pelos responsáveis.

Desta forma, foram contactados os responsáveis dos pacientes selecionados para autorização do estudo, assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, identificação da escola e série na qual o paciente está regularmente matriculado. Posteriormente, foi estabelecido contato com a escola para confirmação da matrícula e série e solicitada autorização à direção para aplicação de questionário de avaliação qualitativa do desempenho escolar destes pacientes com os professores. A amostra foi composta por 61 pacientes e 77 professores.

Dos 61 pacientes/alunos da amostra, 43 (70,5%) estavam regularmente matriculados em classes de 1ª a 4ª séries do Ensino Fundamental e 18 (29,5%) em classes de 5ª a 8ª séries do Ensino Fundamental no ano de 2006.

Com relação aos 43 alunos de 1ª a 4ª séries do Ensino Fundamental, foram selecionados seus respectivos professores de Português, já que na maioria das escolas do 1º Ciclo do Ensino Fundamental destes alunos atua apenas o professor polivalente.

Com relação aos 18 alunos de 5ª a 8ª séries do Ensino Fundamental, foram aplicados dois questionários, sendo um ao professor de Português e outro ao de Matemática, num total de 36 professores. A escolha destes professores foi feita por estas disciplinas corresponderem às duas grandes áreas do conhecimento, bem como pelo maior tempo destes em sala de aula.

4.4. Procedimento.

Foi elaborado questionário específico (Anexo 5) com o objetivo de investigar qualitativamente, por meio da opinião dos professores de 1ª a 8ª séries do Ensino Fundamental da região de Bauru, o desempenho escolar dos alunos com fissura labiopalatina, identificando possíveis fatores correlatos ao desempenho deste aluno.

Este questionário continha 25 questões de múltiplas alternativas referentes à caracterização da escola e do professor e a opinião do mesmo sobre a sala de aula, o aluno pesquisado em comparação aos demais alunos e sobre a participação da família no cotidiano escolar do mesmo. Ainda, no mesmo questionário, havia uma questão aberta na qual o professor relataria sua opinião sobre a influência da fissura labiopalatina no desempenho escolar do aluno no ano de 2006.

Os 79 questionários, juntamente com a carta de informação ao professor (Anexo 6), foram entregues pessoalmente pela pesquisadora aos coordenadores pedagógicos que, posteriormente, encaminhavam aos respectivos professores. O prazo para entrega dos protocolos foi de 7 dias.

Após este período, a pesquisadora recolheu os questionários junto aos coordenadores, pessoalmente. Quando necessário, a pesquisadora esclarecia dúvidas pessoalmente com o professor a ser analisado.

Durante o recolhimento dos questionários houve dois casos de professores de português de 5ª a 8ª séries do Ensino Fundamental que estavam de licença e seus substitutos não concordaram em responder os questionários.

Assim, foram analisados 77 questionários respondidos por professores do Ensino Fundamental (Anexo 5), sendo 43 respondidos por professores da disciplina Português de 1ª a 4ª séries, 16 por professores da disciplina Português de 5ª a 8ª séries e 18 por professores da disciplina Matemática de 5ª a 8ª séries

4.5. Análise de dados.

Para análise, os achados do desempenho escolar dos alunos com fissura labiopalatina foram divididos em três grupos: professores de 1ª a 4ª séries, professores de Matemática de 5ª a 8ª séries e professores de Português de 5ª a 8ª séries.

Para análise estatística foi utilizado o teste Qui-quadrado e o teste exato de Fisher. O nível de significância adotado foi de 5%. Para estimar a proporção de desempenho abaixo da média, foi utilizado o intervalo de confiança exato (Fleiss, 2003).

Resultados

5. RESULTADOS.

Neste capítulo, serão apresentados os resultados coletados a partir dos protocolos de pesquisa com o objetivo de caracterizar a amostra, conhecendo a população e estabelecendo possíveis correlações entre o tipo de fissura e os demais aspectos estudados na opinião dos professores.

5.1. Caracterização dos alunos com fissura labiopalatina.

Serão apresentados, a seguir, os resultados obtidos na análise dos prontuários referentes à caracterização da amostra (Tabelas 1 e 2).

Tabela 1 – Média de idade em anos, dos 61 alunos com fissura labiopalatina da amostra estudada.

Média	10,2
Desvio Padrão	1,9
Mínimo	7
Máximo	14

Tabela 2 - Caracterização dos 61 alunos com fissura labiopalatina quanto aos dados de identificação, tipo de fissura, timpanometria, fala e recorrência familiar.

Caracterização dos pacientes		Frequência (%)	
Sexo	Masculino	32	(52)
	Feminino	29	(48)
Cidade de Residência	Bauru	51	(84)
	Lençóis Paulista	6	(10)
	Agudos	4	(7)
Estado de Nascimento	São Paulo	53	(87)
	Outros	8	(13)
Nível socioeconômico	Baixa Inferior	10	(16)
	Baixa Superior	43	(70)
	Média Inferior	6	(10)
	Média	2	(3)
Tipo de Fissura	Pré-forame Incisivo	11	(18)
	Pós-forame Incisivo	13	(21)
	Transforame Incisivo	33	(54)
	Outros tipos	4	(7)
Idade de matrícula no HRAC	Menos de 12 meses	49	(80)
	Entre 1 e 3 anos	4	(7)
	Mais de 3 anos	8	(13)
Idade da primeira cirurgia	Menos de 12 meses	40	(66)
	Entre 1 e 3 anos	12	(20)
	Mais de 3 anos	7	(11)
	Não realizou	2	(3)
Timpanometria	Não realizada	8	(13)
	Normal	24	(39)
	Alterada	29	(48)
Inteligibilidade de fala	Não realizada	8	(13)
	Normal	32	(52)
	Leve	14	(23)
	Leve para moderado	5	(8)
	Moderado para severo	1	(2)
	Severo	1	(2)
Distúrbio Articulatorio Compensatório (DAC)	Não realizada	18	(30)
	Presença	5	(8)
	Ausência	38	(62)
Recorrência Familiar	Não realizada	3	(5)
	Presença	17	(28)
	Ausência	41	(67)

Quanto à caracterização da amostra no que se refere ao sexo verificou-se predominância do sexo masculino (52%); os pacientes eram naturais, em sua maioria, do estado de São Paulo (87%), com idade média de 10 anos e 2 meses na época da avaliação (Tabela 1 e 2).

Quanto à residência na data da avaliação, constatou-se que 84% dos alunos residiam na cidade de Bauru. Com relação à estratificação socioeconômica, 70% dos alunos faziam parte da classe baixa superior.

Quanto ao tipo de fissura, constatou-se que 54% dos alunos tinham fissura do tipo transforame incisivo operada, 21% fissura pós-forame incisivo operada, 18% fissura pré-forame incisivo operada e 7% de outros tipos, nos quais estavam inseridas a disfunção velofaríngea e a fissura submucosa.

Com relação à idade de matrícula no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC/USP), 80% das crianças tinham menos de 12 meses e 66% realizaram a primeira cirurgia também com menos de 12 meses.

A análise dos dados referentes à audição, constantes nos prontuários, especificamente quanto ao funcionamento da orelha média, evidenciou que 48% dos alunos analisados apresentavam alteração no exame timpanométrico. A alteração mais freqüente foi a curva tipo B com ausência de reflexos estapedianos, caracterizando perda auditiva do tipo condutiva.

Quanto à inteligibilidade de fala, verificou-se que 52% dos alunos apresentavam adequação deste aspecto e 23% tinham a inteligibilidade levemente prejudicada. Com relação ao distúrbio articulatorio compensatório (DAC), foi verificada presença em 38% da casuística e 62% não o apresentavam.

Considerando a hereditariedade, ou seja, a recorrência familiar, verificou-se predomínio de alunos com fissuras labiopalatinas sem recorrência familiar (67%) para todos os tipos de fissuras estudadas.

A Tabela 3 descreve a distribuição dos alunos segundo sexo e tipo de fissura.

Tabela 3 – Distribuição dos alunos considerando sexo e o tipo de fissura.

Tipo de fissura	Gênero				Total	(%)
	Masculino		Feminino			
	N	(%)	N	(%)		
Pré-forame incisivo	2	(18)	9	(82)	11	(100)
Pós-forame incisivo	4	(31)	9	(69)	13	(100)
Transforame incisivo	22	(67)	11	(33)	33	(100)
Outros	4	(100)			4	(100)
Total	32	(52)	29	(48)	61	(100)

Relacionando o gênero com o tipo de fissura (Tabela 3), observou-se que a fissura pré-forame incisivo (82%) e pós-forame incisivo (69%) acometeu, em sua maioria, o sexo feminino. A fissura transforame incisivo teve maior ocorrência no sexo masculino (67%), bem como a classificação dos outros tipos (71%).

A Tabela 4 mostra a estratificação econômica e o tipo de fissura dos alunos pesquisados.

Tabela 4 – Distribuição dos diferentes níveis socioeconômicos considerando o tipo de fissura dos alunos da amostra.

Tipo de fissura	Nível sócio-econômico								Total	(%)
	Baixa		Baixa		Média					
	Inferior		Superior		Inferior		Média			
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)		
Pré-forame incisivo	1	(9)	7	(64)	1	(9)	2	(18)	11	(100)
Pós-forame incisivo	1	(8)	10	(77)	2	(15)			13	(100)
Transforame incisivo	7	(21)	24	(73)	2	(6)			33	(100)
Outros	1	(25)	2	(50)	1	(25)			4	(100)
Total	10	(16)	43	(70)	6	(10)	2	(3)	61	(100)

Quanto ao nível socioeconômico e o tipo de fissura (Tabela 4), verificou-se que a maioria dos alunos (70%) fazia parte da classificação baixa superior e que, nessa classe, a maior ocorrência foi da fissura do tipo transforame incisivo (56%).

A Tabela 5 evidencia o atraso escolar em anos e o tipo de fissura dos alunos da amostra.

Tabela 5 – Distribuição do atraso escolar em anos considerando o tipo de fissura dos alunos da amostra.

Tipo de fissura	Atraso em anos								Total (%)	
	0	(%)	1	(%)	2	(%)	3	(%)		
Pré-forame incisivo	9	(82)	2	(18)					11	(100)
Pós-forame incisivo	13	(100)							13	(100)
Transforame incisivo	25	(76)	6	(18)	1	(3)	1	(3)	33	(100)
Outros	3	(75)	1	(25)					4	(100)
Total	50	(82)	9	(15)	1	(2)	1	(2)	61	(100)

Tendo como referência a idade ideal de 7 anos para inserção do aluno no Ensino Fundamental (1ª série), verificou-se que 82% dos alunos pesquisados não apresentavam atraso escolar em anos. Dentre os 11 alunos que apresentavam atraso escolar em anos (18% da amostra), 24% apresentavam fissura do tipo transforame incisivo (Tabela 5).

A Tabela 6 mostra a correlação entre os resultados da timpanometria e o tipo de fissura dos alunos da amostra.

Tabela 6 – Distribuição dos resultados da Timpanometria considerando o tipo de fissura dos alunos.

Tipo de fissura	Timpanometria				Total	(%)
	Normal	(%)	Alterada	(%)		
Pré-forame incisivo	5	(63)	3	(38)	8	(100)
Pós-forame incisivo	2	(18)	9	(82)	11	(100)
Transforame incisivo	15	(48)	16	(52)	31	(100)
Outros	2	(67)	1	(33)	3	(100)
Total	24	(45)	29	(55)	53	(100)

Correlacionando o tipo de fissura com os achados do exame timpanométrico observou-se que 45% dos alunos não apresentavam alterações. O grupo com maior incidência de alteração (82%) foi o com fissura pós-forame incisivo (Tabela 6).

A Tabela 7 mostra os resultados obtidos quanto à inteligibilidade de fala considerando o tipo de fissura dos alunos.

Tabela 7 – Distribuição dos alunos quanto à inteligibilidade de fala e o tipo de fissura.

Tipo de fissura	Inteligibilidade de fala										
	Normal		Leve		Leve para moderado		Moderado para severo		Severo		Total (%)
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Pré-forame incisivo	8	(89)	1	(11)							9 (100)
Pós-forame incisivo	9	(82)			1	(9)	1	(9)			11 (100)
Transforame incisivo	15	(50)	11	(37)	4	(13)					30 (100)
Outros			2	(67)					1	(33)	3 (100)
Total	32	(60)	14	(26)	5	(9)	1	(2)	1	(2)	53 (100)

A inteligibilidade de fala estava normal em 60% dos alunos da amostra e em 40% dos casos foi diagnosticada alteração.

A Tabela 8 evidencia o distúrbio articulatorio compensatório considerando o tipo de fissura dos alunos

Tabela 8 – Distribuição dos resultados relacionados ao distúrbio articulatorio compensatório (DAC) considerando o tipo de fissura dos alunos.

Tipo de fissura	Distúrbio Articulatorio Compensatório				Total	(%)
	Sim		Não			
	N	(%)	N	(%)		
Pré-forame incisivo			7	(100)	7	(100)
Pós-forame incisivo	2	(22)	7	(78)	9	(100)
Transforame incisivo	3	(12)	22	(88)	25	(100)
Outros			2	(100)	2	(100)
Total	5	(12)	38	(88)	43	(100)

Verificou-se que 5 alunos analisados (12%) apresentavam distúrbio articulatorio compensatório. Destes, 2 faziam parte do grupo de fissura pós-forame incisivo e 3 do grupo transforame incisivo.

A Tabela 9 mostra a recorrência familiar dos alunos, considerando o tipo de fissura.

Tabela 9 – Distribuição dos resultados quanto à recorrência familiar considerando o tipo de fissura dos alunos.

Tipo de fissura	Recorrência Familiar				Total	(%)
	Sim		Não			
	N	(%)	N	(%)		
Pré-forame incisivo	2	(18)	9	(82)	11	(100)
Pós-forame incisivo	4	(31)	9	(69)	13	(100)
Transforame incisivo	11	(35)	20	(65)	31	(100)
Outros			3	(100)	3	(100)
Total	17	(29)	41	(73)	58	(100)

Relacionando-se recorrência familiar com tipo de fissura, observou-se que houve maior incidência entre os alunos com fissura transforame incisivo (35%), seguido da pós-forame incisivo (31%).

5.2. Caracterização das escolas, dos professores e do comportamento dos alunos com fissura labiopalatina na visão de seus professores.

A Tabela 10 mostra os dados referentes à localização, mantenedores e número de alunos por sala de aula das escolas em que freqüentam os alunos da amostra.

Tabela 10 – Caracterização das escolas quanto à localização, mantenedor e número de alunos por sala de aula.

<i>Características das escolas</i>		<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem (%)</i>
Localização	Agudos	4	(7)
	Bauru	51	(84)
	Lençóis Paulista	6	(10)
Mantenedor	Estado	32	(52)
	Prefeitura	14	(23)
	Particular	13	(21)
	Indústria	2	(3)
Número de alunos por sala de aula	Até 30 alunos	24	(39)
	Entre 30 e 35 alunos	24	(39)
	Mais de 35 alunos	13	(21)

Com relação à localização das escolas, 84% estavam locadas no município de Bauru. Quanto ao mantenedor, 52% da amostra são subordinadas ao governo do estado de São Paulo. Quanto ao número de alunos por sala de aula, foram evidenciadas classes com menos de 35 alunos (78%).

A Tabela 11 mostra os comportamentos citados das turmas em sala de aula dos alunos pesquisados na visão dos professores.

Tabela 11 – Caracterização do comportamento das turmas em sala de aula.

<i>Comportamentos citados sobre a sala de aula</i>	<i>Professores 1ª à 4ª séries</i>		<i>Professores 5ª à 8ª séries Português</i>		<i>Professores 5ª à 8ª séries Matemática</i>	
	<i>N</i>	<i>(%)</i>	<i>N</i>	<i>(%)</i>	<i>N</i>	<i>(%)</i>
	- É ruidosa mesmo quando a atenção é solicitada	5	(12)	2	(13)	1
- É agitada, porém atende a solicitação de atenção	31	(72)	12	(75)	17	(94)
- É silenciosa	7	(16)	2	(13)		

Com relação ao comportamento das turmas em sala de aula, 94% dos professores referiram que a sala é agitada, porém atendem à solicitação de atenção dos mesmos.

A Tabela 12 caracteriza os professores dos alunos com fissura labiopalatina quanto ao tempo de atuação, nível de conhecimento sobre a fissura e a relação professor aluno.

Tabela 12 – Caracterização dos professores quanto ao tempo de atuação, nível de conhecimento da fissura e relação aluno e professor.

<i>Caracterização dos professores</i>		<i>Professores</i>		<i>Professores</i>		<i>Professores</i>		<i>Total</i>	
		<i>1ª à 4ª séries</i>		<i>5ª à 8ª séries</i>		<i>5ª à 8ª séries</i>			
				<i>Português</i>		<i>Matemática</i>			
		<i>N</i>	<i>(%)</i>	<i>N</i>	<i>(%)</i>	<i>N</i>	<i>(%)</i>	<i>N</i>	<i>(%)</i>
Tempo de atuação	De 1 a 5 anos	2	(5)	3	(19)	1	(6)	6	(8)
	De 5 a 10 anos	8	(19)	5	(31)	3	(17)	16	(21)
	Mais de 10 anos	33	(77)	8	(50)	14	(78)	55	(71)
Nível de conhecimento sobre fissura	Não conhece nada	1	(2)	1	(6)	1	(6)	3	(4)
	Conhece pouco	42	(98)	15	(94)	17	(94)	74	(96)
Relação professor-aluno	Bom, sem problemas	38	(94)	15	(94)	17	(94)	70	(91)
	Regular (poucos atritos)	5	(6)	1	(6)	1	(6)	7	(6)

Um total de 71% dos professores lecionavam há mais de 10 anos e 96% conheciam pouco sobre fissura labiopalatina. Noventa e um por cento dos professores da amostra afirmaram manter bom relacionamento com os alunos com fissura labiopalatina em sala de aula.

Na Tabela 13 está descrita a distribuição dos alunos com fissura labiopalatina por série.

Tabela 13 – Distribuição dos alunos com fissura labiopalatina por série do Ensino Fundamental nos ciclos I e II.

Ciclo I			Ciclo II		Total (%)
Ensino Fundamental	Total	(%)	Ensino Fundamental		
1ª série	8	(13)	5ª série	5	(8)
2ª série	7	(11)	6ª série	6	(10)
3ª série	8	(13)	7ª série	4	(7)
4ª série	20	(33)	8ª série	3	(5)
Total	43	(70)	Total	18	(30)

Considerando a série que os alunos estavam freqüentando no ano de 2006, 70% estavam regularmente matriculados no Ciclo I do Ensino Fundamental (1ª a 4ª séries), sendo que a maioria (33%) cursava a 4ª série, e 30% no Ciclo II do Ensino Fundamental (5ª a 8ª séries), sendo que a maioria (10%) cursava a 6ª série.

5.3. Desempenho escolar dos alunos com fissura labiopalatina matriculados no Ensino Fundamental na opinião de seus professores.

A Tabela 14 apresenta as características sobre desempenho escolar dos alunos do Ensino Fundamental na opinião dos professores de 1ª a 4ª séries, 5ª a 8ª séries de Português e 5ª a 8ª séries de Matemática.

Tabela 14 – Distribuição das características da atuação escolar dos alunos de 1ª à 4ª séries do Ensino Fundamental na opinião dos professores

<i>Características dos alunos</i>		<i>Professores</i>		<i>Professores</i>		<i>Professores</i>		<i>Total</i>	
		<i>1ª à 4ª séries</i>		<i>5ª à 8ª séries</i>		<i>5ª à 8ª séries</i>			
		<i>N</i>	<i>(%)</i>	<i>N</i>	<i>(%)</i>	<i>Português</i>			
Frequência Escolar	Assiduidade	40	(93)	15	(94)	17	(94)	72	(94)
	Muitas faltas	3	(6)	1	(6)	1	(6)	5	(6)
Interesse do aluno pelo seu desempenho	Abaixo da média da classe	11	(26)	2	(13)	2	(11)	15	(19)
	Na média da classe	27	(63)	10	(63)	11	(61)	48	(62)
	Acima da média da classe	5	(12)	4	(25)	5	(28)	14	(18)
Interesse do aluno pelo conteúdo	Abaixo da média da classe	9	(21)	1	(6)	2	(11)	12	(16)
	Na média da classe	29	(67)	10	(63)	12	(67)	51	(66)
	Acima da média da classe	5	(12)	5	(31)	4	(22)	14	(18)
Participação nas atividades escolares	Abaixo da média da classe	11	(26)			3	(17)	14	(18)
	Na média da classe	26	(60)	12	(75)	12	(67)	50	(65)
	Acima da média da classe	6	(14)	4	(25)	3	(17)	13	(17)
Realiza as tarefas solicitadas	Abaixo da média da classe	11	(26)			1	(6)	12	(16)
	Na média da classe	27	(63)	9	(56)	13	(72)	49	(64)
	Acima da média da classe	5	(12)	7	(44)	4	(22)	16	(21)
Comunicação em sala de aula	Comunica-se normalmente	36	(84)	15	(94)	17	(94)	68	(88)
	Comunica-se com dificuldade	7	(16)	1	(6)	1	(6)	9	(12)
Relacionamento do aluno com os demais colegas	Bom, sem problemas	36	(84)	14	(88)	14	(78)	64	(83)
	Regular, poucos atritos	6	(14)	2	(13)	4	(22)	12	(16)
	Ruim, muitos atritos	1	(2)					1	(1)
Queixas sobre o aluno	Sim	15	(35)	3	(19)	5	(28)	23	(30)
	Não	28	(65)	13	(81)	13	(72)	54	(70)
Apelidos	Não	43	(100)	16	(100)	18	(100)	77	(100)

Com relação à frequência escolar, notou-se que 94% dos alunos com fissura labiopalatina foram caracterizados como assíduos e apenas 6% apresentavam muitas faltas.

Com relação ao interesse do aluno pelo seu desempenho, pelos conteúdos desenvolvidos e a participação dos mesmos nas atividades escolares, verificou-se que a maioria dos alunos foi considerada pelos professores dentro da média da classe, ou seja, 62%, 66% e 65% respectivamente.

Os professores apontaram ainda que 64% dos alunos pesquisados realizavam as tarefas solicitadas também dentro da média da classe.

Quanto à comunicação em sala de aula, verificou-se que 88% dos alunos com fissura labiopalatina comunicavam-se normalmente, segundo os professores.

Verificou-se, com base nas respostas dos professores, que 83% dos alunos relacionavam-se bem com os demais, não apresentando problemas evidentes.

A maioria dos professores (70%) referiu não ter queixas sobre o aluno em sala de aula. Importante ressaltar que nenhum professor apontou apelido referido ao aluno com fissura labiopalatina.

A Tabela 15 descreve as principais queixas dos professores no que tange os alunos com fissura labiopalatina pesquisados.

Tabela 15 –Queixas referidas pelos professores com relação aos seus alunos com fissura labiopalatina.

<i>Queixas</i>		<i>Professores</i>		<i>Professores</i>		<i>Professores</i>		<i>Total</i>	
		<i>1ª à 4ª</i>		<i>5ª à 8ª</i>		<i>5ª à 8ª</i>			
		<i>séries</i>		<i>séries</i>		<i>séries</i>			
				<i>Português</i>		<i>Matemática</i>			
		<i>N</i>	<i>(%)</i>	<i>N</i>	<i>(%)</i>	<i>N</i>	<i>(%)</i>	<i>N</i>	<i>(%)</i>
Dificuldades quanto à leitura e escrita	Não	30	(70)	15	(94)	14	(78)	59	(77)
	Sim	13	(30)	1	(6)	4	(22)	18	(23)
Indisciplina em sala de aula	Não	37	(86)	15	(94)	17	(94)	69	(90)
	Sim	6	(14)	1	(6)	1	(6)	8	(10)
Dificuldades de raciocínio matemáticos	Não	33	(77)	14	(88)	18	(100)	65	(84)
	Sim	10	(23)	2	(13)			12	(16)
Dificuldades de relacionamento com demais colegas	Não	40	(93)	16	(100)	18	(100)	74	(96)
	Sim	3	(7)					3	(4)

Quanto às queixas mais frequentes dos professores, apresentada na Tabela 15, verificou-se que a mais comum estava relacionada à dificuldade no aprendizado da leitura e escrita (23%), seguida de dificuldades de raciocínio matemático (16%).

A Tabela 16 refere o comportamento dos alunos observado pelos professores frente às dificuldades enfrentadas pelos mesmos.

Tabela 16 – Comportamento do aluno frente às dificuldades na opinião dos professores.

<i>Comportamento do aluno</i>		<i>Professores</i>		<i>Professores</i>		<i>Professores</i>		<i>Total</i>	
		<i>1ª à 4ª séries</i>		<i>5ª à 8ª séries</i>		<i>5ª à 8ª séries</i>			
		<i>N</i>	<i>(%)</i>	<i>N</i>	<i>(%)</i>	<i>N</i>	<i>(%)</i>	<i>N</i>	<i>(%)</i>
Ignora	Não	33	(77)	15	(94)	17	(94)	65	(84)
	Sim	10	(23)	1	(6)	1	(6)	12	(16)
Solicita auxílio em casa	Não	35	(81)	14	(88)	16	(89)	65	(84)
	Sim	8	(19)	2	(13)	2	(11)	12	(16)
Solicita auxílio ao professor	Não	11	(26)	2	(13)	1	(6)	14	(18)
	Sim	32	(74)	14	(88)	17	(94)	63	(82)
Solicita auxílio aos colegas	Não	24	(56)	9	(56)	11	(61)	44	(57)
	Sim	19	(44)	7	(44)	7	(39)	33	(43)

Quanto ao comportamento mais comum dos alunos frente às suas dificuldades, os professores relataram que a maioria (82%) solicita seu auxílio ou de seus colegas de classe (43%).

A Tabela 17 mostra o comportamento que o professor assume frente às possíveis dificuldades dos alunos com fissura labiopalatina.

Tabela 17 – Comportamento dos professores frente às dificuldades do aluno.

<i>Comportamento dos professores</i>		<i>Professores</i>		<i>Professores</i>		<i>Professores</i>		<i>Total</i>	
		<i>1ª à 4ª séries</i>		<i>5ª à 8ª séries</i>		<i>5ª à 8ª séries</i>			
			<i>N</i>	<i>(%)</i>	<i>N</i>	<i>(%)</i>	<i>N</i>	<i>(%)</i>	<i>N</i>
Adapta recursos	Não	23	(53)	5	(31)	11	(61)	39	(51)
	Sim	30	(47)	11	(69)	7	(39)	38	(49)
Opta por trabalhos em grupo	Não	21	(49)	13	(81)	11	(61)	45	(58)
	Sim	22	(51)	3	(19)	7	(39)	32	(42)
Encaminha à profissionais especializados	Não	32	(74)	16	(100)	18	(100)	66	(86)
	Sim	11	(26)					11	(14)

Com relação ao comportamento dos professores frente às possíveis dificuldades dos alunos com fissura labiopalatina, pode-se observar que 51% dos docentes de 1ª a 4ª séries optam por trabalhos em grupo, já 69% dos professores de Português optam por adaptar recursos. Pode-se observar, também, que a maioria (61%) dos professores de Matemática, perante a dificuldade do aluno com fissura labiopalatina, não modifica sua rotina em sala de aula. Verificou-se também que nenhum dos professores de 5ª a 8ª séries encaminhou os alunos a profissionais especializados e apenas 26% dos docentes de 1ª a 4ª séries o fizeram.

A Tabela 18 mostra a participação da família dos alunos com fissura labiopalatina durante o período escolar na opinião dos professores.

Tabela 18 – Participação da família dos alunos com fissura labiopalatina no cotidiano escolar na opinião dos professores.

		<i>Professores 1ª à 4ª séries</i>		<i>Professores 5ª à 8ª séries Português</i>		<i>Professores 5ª à 8ª séries Matemática</i>		<i>Total</i>	
		<i>N</i>	<i>(%)</i>	<i>N</i>	<i>(%)</i>	<i>N</i>	<i>(%)</i>	<i>N</i>	<i>(%)</i>
Solicitação da presença dos pais pelos professores	Nunca	13	(30)	13	(81)	10	(55)	36	(47)
	Entre 1 e 3 vezes	13	(30)	1	(6)	4	(22)	18	(23)
	Mais de 3 vezes	17	(40)			1	(6)	18	(23)
	Sem resposta			2	(13)	3	(17)	5	(6)
Participação da família nas atividades escolares	Nunca	4	(9)			2	(11)	6	(8)
	Algumas vezes	8	(19)			7	(39)	15	(19)
	Sempre	31	(72)	12	(75)	7	(39)	50	(65)
	Sem resposta			4	(25)	2	(11)	6	(8)

Quanto à participação da família no cotidiano escolar do aluno com fissura labiopalatina, pode-se observar que 47% dos professores, em geral, nunca solicitaram a presença dos pais no ano letivo de 2006. Porém, observa-se que 40% dos professores de 1ª a 4ª séries já solicitaram a presença dos pais mais de três vezes durante o ano letivo de 2006. Pode-se observar, também, que a maioria dos professores de 5ª a 8ª séries nunca solicitou a presença dos pais de seus alunos com fissura labiopalatina.

Quanto à participação da família nas atividades escolares dos alunos, observa-se que 65% das famílias participaram de forma regular no ano de 2006.

O desempenho escolar atribuído aos alunos com fissura labiopalatina na visão dos professores está descrito na Tabela 19.

Tabela 19 – Desempenho escolar dos alunos na opinião de seus respectivos professores

<i>Desempenho</i>	<i>Professores</i> <i>1ª à 4ª</i> <i>séries</i>		<i>Professores</i> <i>5ª à 8ª séries</i> <i>Português</i>		<i>Professores</i> <i>5ª à 8ª séries</i> <i>Matemática</i>		<i>Total</i>	
	<i>N</i>	<i>(%)</i>	<i>N</i>	<i>(%)</i>	<i>N</i>	<i>(%)</i>	<i>N</i>	<i>(%)</i>
	Abaixo da média da classe	10	(23)	3	(19)	3	(17)	16
Na média da classe	26	(60)	8	(50)	11	(61)	45	(58)
Acima da média da classe	7	(16)	5	(31)	4	(22)	16	(21)

Quanto ao desempenho escolar dos alunos com fissura labiopalatina, os professores, em geral, referiram que 58% possuem desempenho dentro da média da classe, 21% abaixo da média da classe e 21% acima da média da classe.

De acordo com os resultados obtidos e apresentados na Tabela 19, foi realizada uma estimativa da proporção de avaliação do desempenho abaixo da média, que será apresentada na Tabela 20.

Tabela 20 - Estimativas da proporção de avaliação do desempenho abaixo da média segundo a série dos alunos e seus respectivos professores

Professor	Avaliação do aluno pelo professor	Intervalo de confiança (95%)	
	Proporção - Abaixo da média	Limite inferior	Limite superior
1ª a 4ª série	23	12	39
5ª a 8ª série (Português)	19	4	46
5ª a 8ª série (Matemática)	17	3	41

As estimativas da proporção de avaliação do desempenho abaixo da média, segundo a série dos alunos e seus respectivos professores, evidenciaram que menos da metade dos professores consideraram que seus alunos com fissura labiopalatina possuíam desempenho escolar abaixo da média com intervalo de confiança exato de 95%.

A Tabela 21 apresenta as características dos alunos com baixo desempenho escolar na opinião dos professores.

Tabela 21 – Características dos alunos com baixo desempenho escolar na opinião dos professores

Caracterização dos alunos		Frequência	(%)
Sexo	Masculino	5	(38)
	Feminino	8	(62)
Nível socioeconômico	Baixa Inferior	2	(15)
	Baixa Superior	10	(77)
	Média Inferior	1	(8)
	Média		
Tipo de Fissura	Pré-forame Incisivo		
	Pós-forame Incisivo	5	(38)
	Transforame Incisivo	7	(54)
	Outros tipos	1	(8)
Idade de matrícula no HRAC	Menos de 12 meses	9	(69)
	Entre 1 e 3 anos	1	(8)
	Mais de 3 anos	3	(23)
Idade da primeira cirurgia	Menos de 12 meses	7	(54)
	Entre 1 e 3 anos	3	(23)
	Mais de 3 anos	2	(15)
	Não realizou	1	(8)
Timpanometria	Não realizada	3	(23)
	Normal	4	(31)
	Alterada	6	(46)
Inteligibilidade de fala	Não realizada	2	(15)
	Normal	4	(31)
	Leve	5	(38)
	Leve para moderado	1	(8)
	Moderado para severo		
Distúrbio Articulatorio Compensatório (DAC)	Severo	1	(8)
	Não realizada	3	(23)
	Presença	1	(8)
Recorrência Familiar	Ausência	9	(69)
	Não realizada	1	(8)
	Presença	4	(31)
	Ausência	8	(61)

Quanto à caracterização da amostra com baixo desempenho escolar na opinião dos professores, no que se refere ao sexo, verificou-se predominância do sexo feminino (62%). Quanto ao tipo de fissura, constatou-se que 54% desses alunos tinham fissura do

tipo transforame incisivo operada, 38% fissura pós-forame incisivo operada e 8% de outros tipos, nos quais estavam inseridas a disfunção velofaríngea e a fissura submucosa (Tabela 21).

Com relação à estratificação socioeconômica, 77% dos alunos faziam parte da classe baixa superior.

Com relação à idade de matrícula no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC/USP), 69% das crianças tinham menos de 12 meses, 8% tinham entre 1 e 3 anos de idade e 23% tinham mais de 3 anos.

Quanto à idade da primeira cirurgia realizada no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC/USP), 54% realizaram a primeira cirurgia com menos de 12 meses, 23% com idade entre 1 e 3 anos, 15% com mais de 3 anos e 8% não realizaram cirurgia na instituição.

A análise dos dados referentes à audição, constantes nos prontuários, especificamente quanto ao funcionamento da orelha média, evidenciou que 46% dos alunos analisados apresentavam alteração no exame timpanométrico.

Quanto à inteligibilidade de fala verificou-se que 31% dos alunos apresentavam adequação deste aspecto, 38% tinham a inteligibilidade levemente prejudicada, 8% leve para moderado e 8% tinham inteligibilidade muito prejudicada. Com relação ao distúrbio articulatorio compensatório (DAC) foi verificada a presença em 8% dos alunos com baixo desempenho escolar e 69% não o apresentavam.

Considerando a hereditariedade, ou seja, a recorrência familiar, verificou-se predomínio de alunos com fissuras labiopalatinas com baixo desempenho escolar sem recorrência familiar (61%) para todos os tipos de fissuras estudadas.

Discussão

6. DISCUSSÃO.

6.1. Caracterização dos alunos com fissura labiopalatina.

A caracterização do perfil da população deste estudo, ou seja, dos alunos com fissura labiopalatina de 1ª a 8ª série do Ensino Fundamental de Bauru e região, foi essencial, uma vez que possibilitou a busca de possíveis fatores associados ou interferentes no processo de escolarização destas crianças.

A amostra geral englobou um total de 61 alunos com fissura labiopalatina operada regularmente matriculados no Ensino fundamental, assíduos nos tratamentos realizados pelo Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da USP – Bauru. A faixa etária destes alunos foi parte delimitada como critério de seleção da amostra e englobou dos 7 aos 14 anos de idade. Cabe ressaltar que a maioria dos alunos deste estudo é do sexo masculino.

O nível de escolaridade refletiu outro aspecto delimitado como critério, a saber, 70% dos alunos estavam cursando, no ano de 2006, o Ciclo I do Ensino Fundamental. Cabe ressaltar que 33% destes estavam matriculados na 4ª série.

O nível socioeconômico dos alunos pesquisados com fissura labiopalatina, foi classificado como baixo em 86% destes. Este achado corrobora com os estudos de Minervino-Pereira (2005) e Garcia (2006) que evidenciam que a maioria dos pacientes atendidos no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da USP pertence aos estratos sociais baixos, reflexo tanto da realidade do HRAC/USP como da realidade brasileira.

O tipo de fissura mais constante na amostra dos alunos pesquisados foi a fissura do tipo transforame incisivo unilateral, ou seja, acometendo palato e lábio. Em relação à ocorrência do tipo de fissura, Abyholm (1978) referiu que 25% são pré-forame incisivo, 25% pós-forame incisivo e 50% são transforame incisivo. Quanto ao grupo das fissuras transforame incisivo, destaca-se a unilateral como sendo a de maior incidência. O estudo de Mossey e Little (2002) corrobora com os de Abyholm (1978); referindo a

porcentagem de 30% a 35% dos casos da transforame incisivo unilateral sob os demais tipos.

Correlacionando a variável sexo com o tipo de fissura dos alunos da amostra, observou-se que a fissura pré-forame incisivo acometeu, em sua maioria, os alunos do sexo feminino; já a fissura transforame incisivo teve maior ocorrência nos do sexo masculino. Segundo dados da literatura, a maior frequência de fissuras labiopalatinas com envolvimento labial acomete o sexo masculino, enquanto que as fissuras isoladas de palato têm maior incidência no sexo feminino (Fraser, 1970; Greene, 1964; Abyholm, 1978; Modolin e Cerqueira, 1997).

A dificuldade de fala foi outro aspecto pesquisado, neste estudo, nos alunos com fissura labiopalatina, tendo como foco a inteligibilidade e a presença de Distúrbio Articulatorio Compensatório. As alterações de fala têm sido apontadas como significativas para o processo de aprendizagem nas crianças com fissura labiopalatina, como mostram os trabalhos realizados por Tabith (1993), Chapman et al (1998), Passeri e Oliveira (2001), Kummer (2001) Melgaço et al (2002), Suguimoto (2002), Balbani e Montovani (2003) e Genaro et al (2007). Os achados do presente estudo são concordantes em parte com a literatura, por ter o mesmo verificado que a maioria dos alunos amostrados teve adequação deste aspecto.

A inteligibilidade de fala dos alunos pesquisados na amostra foi evidenciada como normal ou com leve comprometimento em 75% da amostra. Este resultado pode ser correlacionado com o achado de que a maioria dos alunos pesquisados não apresenta Distúrbio Articulatorio Compensatório (62%). Outro aspecto relevante a ser descrito é que 80% dos alunos pesquisados iniciaram o processo de reabilitação neste Hospital com menos de 12 meses de vida e, 66% foram submetidos à primeira cirurgia com a mesma idade. Esses dados permitem a referência do tratamento precoce da maioria dos alunos e, conseqüentemente, melhores possibilidades de prevenção dos distúrbios de fala (Nelli et al, 1990).

A correção cirúrgica do palato tem uma relação direta com o desenvolvimento de fala e linguagem e também na melhora da função da tuba auditiva (Robinson, 1991; Muntz, 1993).

Os achados pesquisados nos exames timpanométricos constantes nos prontuários dos alunos com fissura labiopalatina denotaram o histórico positivo de alteração de

orelha média em 48% destes. A audição periférica da população com fissura labiopalatina tem sido amplamente estudada e apontada com alta ocorrência de alterações de orelha média e/ou perdas de audição, decorrentes de um mecanismo de aeração velotubar deficiente (Brandão, 1993; Handzic-Cuk et al, 2001; Manoel, 2006; Goudy et al, 2006; Piazzentin-Penna e Jorge, 2007; Lemos, 2007).

Tendo como referência a idade ideal de 7 anos para inserção do aluno no Ensino Fundamental, segundo Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDB (Brasil, 1999), verificou-se que a maioria dos alunos pesquisados não apresentava atraso escolar em anos. Este achado condiz com o estudo de Tavano (2000) que referiu baixas taxas de repetência escolar em crianças com fissura labiopalatina. Outro dado a ser considerado no que concerne a este aspecto, e que de forma indireta por ter interferido neste achado, é a “progressão continuada” adotada pelas escolas públicas do estado de São Paulo, onde, segundo Abramowicz (2004), a existência de avaliação contínua do processo ensino-aprendizagem, a recuperação contínua e paralela diminuem os números de retenção e evasão.

6.2. Caracterização das escolas, dos professores e do comportamento dos alunos com fissura labiopalatina na visão de seus professores.

De acordo com Araújo (2002), o desempenho escolar do aluno está relacionado a diferentes fatores. Entre estes cita-se as características da escola englobando os aspectos físicos, pedagógicos e da qualificação do professor. Com base nesta perspectiva, o delineamento da escola do aluno com fissura labiopalatina da amostra foi relevante, bem como dos aspectos relacionados ao professor.

A maioria das escolas freqüentadas pelos alunos com fissura labiopalatina no ano de 2006 tinha como mantenedor o governo do estado de São Paulo. Este dado pode ser correlacionado ao nível socioeconômico baixo, freqüente na amostra.

Quanto ao número de alunos por sala de aula, evidencia-se uma média de 35 alunos (78%), sendo sugerido por Rehder (2007) um limite máximo de 25 alunos para as classes de 1ª a 4ª séries e 30 alunos para 5ª a 8ª séries. Nesse sentido, Waiselfisz (2000) apontou que, quanto menor for a turma, o professor terá melhores condições para

se dedicar e acompanhar individualmente seus alunos, flexibilizando suas estratégias e ritmos de acordo com as necessidades individuais de cada um.

Com relação ao comportamento das turmas em sala de aula, a maioria dos professores referiu que a sala é agitada; porém, de forma geral, atendem à solicitação de atenção quando solicitados. Com o objetivo de descrever as interações ocorridas entre professores e alunos em classes inclusivas, Silva e Aranha (2005) coletaram dados em duas salas de aula de Ensino Fundamental em escolas estaduais do município de Bauru. Os dados foram analisados quantitativa e qualitativamente e os resultados apontaram diferenças nas interações da professora com seus alunos, em função da presença ou ausência de deficiência. Para Tunes et al (2005), o ensino é, basicamente, diálogo do professor com o aluno, necessitando para isso a aptidão para o relacionamento pessoal com este. Nesse aspecto, referiram que a compreensão que o professor tem do aluno e do que deve realizar poderá influenciar seu trabalho.

A amostra dos professores dos alunos com fissura labiopalatina constou de 77 professores. Desses, 43 ministravam a disciplina de Português no ciclo I do Ensino Fundamental (1ª a 4ª séries), 16 a disciplina de Português e 18 a de Matemática, ambos no ciclo II do Ensino Fundamental (5ª a 8ª séries). Vale ressaltar que, segundo Mello (2000), no Brasil a divisão entre o professor polivalente e o especialista por disciplinas tem apenas um objetivo burocrático-corporativo. Porém, segundo os Parâmetros Curriculares Nacionais (Brasil, 1997 p.66) apenas no ciclo II do Ensino Fundamental (5ª a 8ª séries) “as aulas se organizam por áreas com professores específicos e tempo previamente estabelecido”, sendo facultativo ao ciclo I professores específicos.

Dos professores participantes, um total de 71% lecionava há mais de 10 anos. Estudos referem que o conhecimento profissional do professor se constrói ao longo da carreira através da prática educativa (Silva, 1997 citado por Nunes, 2001; Mello, 2000).

Porém, apesar de seu tempo de experiência prática, a maioria dos professores (96%) relatou conhecimentos limitados com relação à fissura labiopalatina. Este achado é concordante com outros estudos que evidenciaram o desconhecimento do professor quanto à etiopatogenia da fissura labiopalatina (Richman, 1976; 1978a, 1978b, e Tavano 1994, 2000; Nunes 2001). Stephan (2000) e Tavano (2000) denotaram ainda que, para que os professores se sintam preparados para receber em classes regulares

indivíduos com fissura labiopalatina, devem estar familiarizados quanto aos diferentes aspectos da patologia.

6.3. Desempenho escolar dos alunos com fissura labiopalatina matriculados no Ensino Fundamental na opinião de seus professores.

Para considerar o desempenho escolar dos alunos com fissura labiopalatina foram levantados dados referentes à frequência escolar, interesse do aluno, realização das tarefas solicitadas, socialização do mesmo, seu comportamento em sala de aula, além dos conceitos atribuídos.

Com relação à frequência escolar dos alunos da amostra, com fissura labiopalatina, estes foram considerados assíduos por seus professores. A frequência escolar é um dos aspectos a serem considerados para o bom desenvolvimento da criança na escola e, segundo a Deliberação CEE 09/97, no artigo 4º, para um bom aproveitamento acadêmico, as ausências não devem exceder o limite de 25%.

Com relação ao interesse do aluno com fissura labiopalatina pelo seu desempenho, pelos conteúdos desenvolvidos e sua participação nas atividades escolares, verificou-se que a maioria dos alunos foi considerada pelos professores dentro da média da classe. Amaral (1997) evidenciou que a priori não há indícios que relacionem a deformidade facial e o déficit intelectual, assim as crianças com fissura labiopalatina teriam condições intelectuais idênticas as de crianças consideradas normais para ter bom desempenho escolar. Na ótica de Boruchovitch (1999) um aluno com desempenho escolar satisfatório, além de ser mais eficaz no uso e na seleção de estratégias de aprendizagem, também é capaz de dizer quando não entendeu algo, pois monitora constantemente sua compreensão.

Os professores apontaram como referência de desempenho escolar que a maioria dos alunos pesquisados realizava as tarefas solicitadas também dentro da média da classe. Podemos relacionar esse fato ao envolvimento da família na vida acadêmica do aluno apontado pelos professores, que segundo D'Avila-Bacarji et al (2005) fornecem suporte para a realização escolar dos mesmos.

Quanto à participação da família no cotidiano escolar do aluno com fissura labiopalatina, pode-se observar que 47% dos professores, em geral, nunca solicitaram a presença dos pais no ano letivo de 2006. No entanto, 40% dos professores de 1ª a 4ª séries já solicitaram a presença dos pais mais de três vezes durante o ano letivo de 2006.

Os alunos da amostra com fissura labiopalatina, foram referidos como comunicativos e com bom relacionamento com os colegas

A maioria dos professores (70%) referiu não ter queixas sobre o aluno em sala de aula.

Quanto às queixas mais frequentes dos professores, verificou-se que a mais comum estava relacionada à dificuldade no aprendizado da leitura e da escrita (23%), seguida de dificuldades de raciocínio matemático (16%). Este resultado é concordante com outros estudos que evidenciam a fissura labiopalatina como indicador de risco para distúrbios na aquisição de linguagem oral e escrita (Brandão, 1993; Tabith, 1993; Balbani e Montovani, 2003; Genaro et al, 2007; Lemos, 2007)

Quanto ao comportamento mais comum dos alunos frente às suas dificuldades, os professores relataram que a maioria (82%) solicita seu auxílio direto ou de seus colegas de classe (43%). Esse comportamento pode estar relacionado ao fato de os alunos com fissura labiopalatina sentirem-se confortáveis em solicitar auxílio em sala de aula, sugerindo que a aceitação positiva dos professores, possivelmente foi imitada pelos demais alunos (Tavano, 1994).

A maioria dos professores da disciplina de Matemática (61%), perante a dificuldade do aluno com fissura labiopalatina em sala de aula, não modifica sua rotina em sala de aula, 69% dos professores de Português optam por adaptar recursos e 51% dos professores de 1ª a 4ª séries optam por trabalhos em grupo. Moran (2006) enfatizou em seus estudos que “não podemos dar aulas da mesma forma para alunos diferentes”. Assim, ele sugere que aprende melhor o aluno que tem o professor como um facilitador da aprendizagem. Já o estudo de Carvalho (2001) citou também a dificuldade em dar uma atenção individualizada para os alunos (que pode ser atribuído ao tamanho das classes e à disciplina das crianças) e a falta de qualquer apoio profissional externo à sala de aula.

Quanto ao desempenho escolar dos alunos com fissura labiopalatina, os professores, em geral, referiram que 58% possuem desempenho dentro da média da classe, 21% abaixo da média da classe e 21% acima da média da classe.

As estimativas da proporção de avaliação do desempenho abaixo da média, segundo a série dos alunos e seus respectivos professores, evidenciaram que menos da metade dos professores consideraram que seus alunos com fissura labiopalatina possuíam desempenho escolar abaixo da média com intervalo de confiança exato de 95%. Esse fracasso pode estar correlacionado a fatores intra e extra-escolares. Os fatores intra-escolares englobam a distância cultural entre população e escola pública, os cursos inadequados de formação de professores, as expectativas não-realistas dos professores, os métodos e as práticas escolares ineficazes, a burocracia pedagógica, entre outros. Já os fatores extra-escolares podem ser referidos como a condição sócio-econômica da maioria da população, e que a ação dos educadores incidiria mais diretamente sobre os fatores intra-escolares (Leite, 1988).

Assim, caracterizando a amostra com baixo desempenho escolar na opinião dos professores, no que se refere ao sexo verificou-se predominância do sexo feminino (62%), contrário a estatística apresentada por Carvalho (2004) na qual o sexo masculino é predominante. Uma possível causa dessa divergência poderia estar relacionada à inibição, maior grau de insatisfação e a preocupação com relação à aparência apresentadas por adolescentes do sexo feminino, que influenciaria no seu desempenho escolar (Richman e Eliason, 1982). Muitas pesquisas parecem indicar um déficit na competência acadêmica da criança com fissura labiopalatina, o qual, no mais das vezes, poderia estar associado com a sua má-adequação ao meio escolar, ou seja, a forma de como a criança com fissura, é percebida na escola pelos seus professores e amigos. Quando a deficiência é mais visível, as crianças correm o risco de serem avaliadas por seus professores como intelectualmente inferiores, o que deixa transparecer, nesse caso, que a deformidade facial é uma variável que influencia o julgamento do professor em torno da capacidade intelectual do aluno (Richman, 1973,1976; Cariola, 1985; Tavano, 2004).

Quanto ao tipo de fissura, constatou-se que 54% desses alunos tinham fissura do tipo transforame incisivo operada, 38% fissura pós-forame incisivo operada e 8% de outros tipos, nos quais estavam inseridas a disfunção velofaríngea e a fissura

submucosa, que, conforme a literatura, são os tipos de fissura que mais comumente estão relacionados a distúrbios de comunicação que englobam a linguagem escrita (Tabith, 1993; Handzic-Cuk et al, 2001; Kummer, 2001; Genaro et al, 2007).

Em suma, dos 61 alunos com fissura labiopalatina constantes neste estudo, 21% destes não apresentam desempenho escolar satisfatório na visão de seus professores. Cabe notificar que nenhum fator associado pode ser correlacionado de forma direta a esta dificuldade, uma vez que são inúmeros os aspectos que gerenciam a aprendizagem da criança na escola. Sob este prisma deve se considerar aqui aspectos externos à patologia em si, como as características da escola e dos professores. Nesta linha de raciocínio ressalta-se que a maioria dos alunos partilhava de condições socioeconômicas semelhantes, escolas mantidas pelo governo e com a mesma metodologia de ensino, bem como, professores com tempo evidente de experiência.

Conclusões

7. CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo, verificados pelo julgamento dos professores sobre o desempenho escolar de crianças com fissura labiopalatina sem anomalias associadas do ciclo básico da amostra na visão do professor, permitiram concluir que:

- a maioria dos alunos pesquisados teve desempenho escolar referido pelos professores como satisfatório, ou seja, dentro da média da classe.

- os alunos com desempenho escolar insatisfatório na opinião dos professores, no que se refere ao sexo verificou-se predominância do sexo feminino,

- Os fatores interferentes mais significativos dos alunos com desempenho escolar abaixo da média foram os aspectos da fala e o tipo de fissura.

Referências Bibliográficas

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Abyholm FE. A numerical study of 1555 CLP patients admitted for surgical treatment 1954–75. *Scand J Plast Reconstr Surg* 1978;12:35–43.

Abramowicz M. Avaliação e progressão continuada: subsídios para uma reflexão. In: Cappelletti I, organizador. *Avaliação Educacional: Fundamentos e Práticas*. 3a. ed. São Paulo: Articulação Universidade/Escola; 2004. p.33-45.

Altmann EBC. *Fissuras labiopalatinas*. 4a. ed. Carapicuíba: Pró-Fono, 1997.

Amaral VLAR. *Vivendo uma face atípica: influência da deformidade facial no auto e hetero conceitos e na realização acadêmica de crianças de 6 à 12 anos* [tese] São Paulo: Universidade de São Paulo; 1986.

Amaral VLRA. Aspectos psicossociais. In: Altmann EBC, organizadora. *Fissuras labiopalatinas*. 4a. ed. Carapicuíba: Pró-Fono; 1997. p.501-14.

Aranha MF. Amamentação em bebês portadores de fissuras congênitas Lábio-palatais. Amamentação Online [online]. [consultado em 14 mar 2004]. Disponível: URL:<http://www.aleitamento.org.br/arquivos/fissuraspalatais.htm>

Araujo, A. Avaliação e manejo da criança com dificuldade escolar e distúrbio de atenção. *J Pediatr* 2002; 78:104-10.

Bachega MI. *Indicadores psicossociais e repercussões na qualidade de vida de adolescentes com fissura labiopalatal* [tese]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista; 2002.

Balbani APS, Montovani JC. Impacto das otites médias na aquisição da linguagem em crianças. *J Pediatr (Rio J)* 2003; 79:391-6.

Borba AM, Ferri C. Avaliação: contexto e perspectiva. In: Cappelletti I, organizador. *Avaliação Educacional: Fundamentos e Práticas*. 3a. ed. São Paulo: Articulação Universidade/Escola; 2004. p.97-115.

Boruchovitch E. Estratégias de aprendizagem e desenvolvimento escolar: considerações para a prática educacional. *Psicol Reflex Crit [online]* jun 1999 [consultado em 03 set 2005]; 12(2):[28 telas]. Disponível:

URL:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79721999000200008&lng=en&nrm=iso

Brandão GR. *Avaliação audiológica em indivíduos com fissura de palato submucosa* [monografia]. Bauru: Universidade do Sagrado Coração; 1993.

Brasil, LDB. *Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional: Lei nº 9.394 de 20/12/1996*. Brasília: MEC; 1996.

Brasil, Presidência da República. Casa Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. *Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989*. [online] [consultado em 10 de março de 2006]. Disponível: URL:<http://www.planalto.gov.br>

Brasil, Secretaria de Educação Fundamental. *Parâmetros curriculares nacionais: introdução aos parâmetros curriculares nacionais*. Secretaria de Educação Fundamental. Brasília : MEC/SEF; 1997.

Referências Bibliográficas

Brasília, Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais. *O Perfil do aluno brasileiro: um estudo a partir dos dados do SAEB 97*. Brasília: O Instituto; 1999.

Broder HL, Richman LC, Matheson PB. Learning disability, school achievement, and grade retention among children with cleft: a two-center study. *Cleft Palate Craniofacial Journal* 1998; 35(2):127-31.

Campos CF, Cruz MS, Feniman MR. Habilidades auditivas de figura-fundo e atenção seletiva em crianças portadoras de fissura labiopalatina. In: *Anais do 1º Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia e Genética dos Distúrbios da Comunicação*; 2002 25-27 de mar; Fortaleza, Brasil. Fortaleza: Fundação Edson Queiroz, Universidade de Fortaleza; 2002. p44.

Capelozza Filho L, Silva Filho OG. Fissuras lábio palatais. In: Petrelli E, coord. *Ortodontia para fonoaudiologia*. Curitiba: Lovise; 1992. p.195-239.

Cariola TC. *Indicadores emocionais no Desenho da Figura Humana realizados por crianças com fissuras lábio-palatais* [tese]. Assis: Universidade Estadual Paulista; 1985.

Carvalho MP de. Estatística de desempenho escolar: o lado avesso. *Educ Soc* 2001; 22:231-52.

Carvalho MP de. O fracasso escolar de meninos e meninas: articulações entre gênero e cor/raça. *Cadernos Pagu* 2004; 22:247-90.

Castilla EE, Lopez-Camelo JS, Paz JE. *Atlas geográfico de las malformaciones congénitas em Sudamérica*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.

Referências Bibliográficas

Chapman KL, Graham KT, Gooch J, Viscont C. Conversational skills of preschool and school age children with cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J* 1998; 35:503-16.

Ciasca SM, Rossini SDR. Distúrbio de aprendizagem: mudanças ou não? Correlação de dados de uma década de atendimento. *Temas Desenvolv.* 2000; 8:11-6.

D'Avila-Bacarji KMG, Maturano EM, Elias LD dos S. Suporte parental: sobre crianças com queixas escolares. *Psicol estud* 2005; 10:107-15.

Deliberação CEE 09/97. Institui, no sistema de ensino do estado de São Paulo, o Regime de Progressão Continuada no Ensino Fundamental. [online] 30 jul 1997 [consultado 07 mai 2007]; [19 telas]. Disponível:
URL:http://siau.edunet.sp.gov.br/ItemLise/arquivos/notas/indcee09_1997.htm?Time=9/3/2007%206:06:41%20AM

Duarte LMS. *Desempenho escolar de crianças com fissura labiopalatina na visão dos pais* [dissertação]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, 2005.

Fenha M, Santos EC, Figueira L. Avaliação das dimensões cognitivas e sócio-afetivas de crianças com fenda lábio-palatina. *Psicologia, Saúde & Doenças* 2000; 1(1):113-20.

Ferreira M de CT, Marturano EM. Ambiente familiar e os problemas do comportamento apresentados por crianças de baixo desempenho escolar. *Psicologia: Reflexão Crítica* 2002; 15(1):35-44.

Fleiss JL, Levin B, Paik MC. *Statistical Methods for Rates and Proportions*. 3a. ed. Hoboken: J. Wiley; 2003.

Referências Bibliográficas

Fraser FC. The genetics of cleft lip and cleft palate (review). *Am. J. Hum. Genet.* 1970; 22:336-52.

Freitas JAS, Dalben GS, Santamaría Júnior M, Freitas PZ. Current data on the characterization of oral cleft in Brasil . *Braz Oral Res* 2004; 18:128-33.

Garcia RCM. *Aspectos psicossociais e familiares de indivíduos com e sem distúrbios da comunicação decorrentes da fissura labiopalatina* [dissertação]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2006.

Genaro KF, Fukushiro AP, Suguimoto MLFCP. Avaliação e tratamento dos distúrbios da fala. In: Trindade IEK, Silva Filho OG, coordenadores. *Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Santos; 2007. p.109-22.

Goto AF. Memórias de uma pesquisa voltada à dificuldade de aprendizagem com alunos de 1ª série. *Revista Virtual: Contestado e Educação [online]* 2004 [consultado em 15 abr 2007]; 8-10:1-10. Disponível:

URL:http://www.cdr.unc.br/PG/RevistaVirtual/NumeroOito/Artigo05_08-10.pdf

Goudy S, Lott D, Canady J, Smith RJ. Conductive hearing loss and otopathology in cleft palate patients. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2006; 134(6):946-8.

Greene JC. Epidemiologic study of cleft lip and cleft palate in four states. *J. Am. Dental. Assoc.* 1964; 68:73-90.

Handzic-Cuk J, Cuk J, Gluhinic M, Risavi R, Stainer-Katusic S. Tympanometric findings in cleft palate patients: influence of age and cleft type. *J Laryngol Otol* 2001; 115(2):91-6.

Knapp & Hall, 1972/1999 apud Lee-Manoel CL, Morais MLS, Bussab VSR et al Quem é bom (e eu gosto) é bonito: efeitos da familiaridade na percepção de atratividade física em pré-escolares. *Psicol. Reflex. Crit.* [online]. 2002 [consultado 20 mai 2007] 271-82. Disponível: URL:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722002000200005&lng=pt&nrm=iso

Kudo AM, Marcondes E, Lins MLF, Moriyama LT, Guimarães MLLG, Juliani RCTP, et al, coordenadores. *Fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional em pediatria*. 2a. ed. São Paulo: Sarvier, 1997.

Kummer AW. *Cleft palate and craniofacial anomalies: effects on speech resonance*. San Diego: Singular; 2001.

Lee-Manoel CL, Morais MLS, Bussab VSR et al Quem é bom (e eu gosto) é bonito: efeitos da familiaridade na percepção de atratividade física em pré-escolares. *Psicol. Reflex. Crit.* [online]. 2002 [consultado 20 mai 2007] 271-82. Disponível: URL:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722002000200005&lng=pt&nrm=iso

Leite AS da S. O fracasso escolar no ensino de 1º grau. *Rev Bras Est Pedag* 1988; 69:510-40.

Lemos ICC. *Habilidade de atenção auditiva em crianças de sete anos com fissura labiopalatina: estudo comparativo* [dissertação]. Faculdade de Odontologia de Bauru, USP. Bauru, 2007.

Loffredo LCM, Freitas JA de S, Grigolli AAG. Prevalência de fissuras orais de 1975 a 1994. *Rev Saúde Pública* 2001; 35(1):571-5.

Referências Bibliográficas

McCall RB (1994) apud Pastura GMC, Mattos P, Araújo APQC. Desempenho escolar e transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. *Rev Psiq Clin* 2005; 32:324-9.

Manoel RR. *O comportamento auditivo do aluno com fissura labiopalatina: o julgamento do professor* [tese] Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2006.

Martins J. *Orientações aos pais portadores de fissura lábio palatal, um olhar clínico* [monografia]. Itajaí:CEFAC (Centro de especialização em fonoaudiologia clínica); 2001.

Martins PN. Inadequação Velofaríngea e Fissura Submucosa. *Contribuição à prática fonoaudiológica* 2000; 2 (1): 41-6.

Melgaço CA, Di Ninno CQMS, Penna LM, Vale MPP. Aspectos ortodônticos/ortopédicos e fonoaudiológicos relacionados a pacientes portadores de fissuras labiopalatinas. *J Bras Ortodon Ortop Facial* 2002; 7:23-32.

Mello GN. Formação inicial de professores para educação básica: uma (re) visão radical. *São Paulo Perspec* 2000; 24:98-110.

Minervino-Pereira ACM. *O processo de enfrentamento vivido por pais de indivíduos com fissura labiopalatina, nas diferentes fases do desenvolvimento* [tese] Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2005.

Monlleó IL, Gil-da-Silva-Lopes VL. Anomalias Craniofaciais: descrição e avaliação das características gerais da atenção do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(5):913-922.

Referências Bibliográficas

Modolin MLA, Cerqueira EMM. Etiopatogenia. In: Altmann EBC, organizadora. *Fissuras labiopalatinas*. São Paulo: Pró-Fono, 1997.

Moojen, SM (2003) apud Pastura GMC, Mattos P, Araújo APQC. Desempenho escolar e transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. *Rev Psiq Clin* 2005; 32:324-9.

Moran JM, Masetto M, Behrens M. *Novas Tecnologias e Mediação Pedagógica*. 12a. ed. Campinas: Papirus, 2006.

Mossey PA, Little J. Epidemiology of Oral Clefts: an International Perspective. In: Wyszynski DF. (Edit). *Cleft Lip and Palate from Origin to Treatment*. New York: Oxford University Press; 2002. p.127-58.

Muntz HR. An overview of middle ear disease in cleft palate children. *Fac Plast Surg* 1993; 9:177.

Nagem Filho H, Moraes N, Rocha RGF. Contribuição para o estudo da prevalência das malformações congênitas lábio-palatais na população escolar de Bauru. *Rev Fac Odontol São Paulo* 1968; 6:111-28.

Nelli EA, Vicente MCZ, Buchala RG, Buffa MJMB, Souza RF. Ações integradas na reabilitação de crianças portadoras de lesões labiopalatais. In: Kudo AM, coordenador. *Fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional em pediatria*. São Paulo: Savier; 1990.

Nunes CMF. Saberes Docentes e Formação de Professores: um breve panorama da pesquisa brasileira. *Educ Soc, Campinas* 2001; 22:27-42.

Referências Bibliográficas

Okano CB, Loureiro SR, Linhares MBM, Marturano EM. Crianças com dificuldades escolares atendidas em Programa de Suporte Psicopedagógico na escola: avaliação do autoconceito. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 2004; 17(1):121-8.

Osório D. Avaliação do rendimento escolar como ferramenta de exclusão social. In: Bello JL de P. *Pedagogia em foco [online]* 2002 [Consultado em 10 abr 2007]; [52 telas]. Disponível: URL:<http://www.pedagogiaemfoco.pro.br/aval01.htm>

Passeri SMRR, Oliveira GC. Psicopedagogia no ambiente hospitalar. *Rev Psicopedagogia* 2001; 19:51-6.

Pastura GMC, Mattos P, Araújo APQC. Desempenho escolar e transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. *Rev Psiq Clin* 2005; 32:324-9.

Pereira JED. As licenciaturas e as novas políticas educacionais para a formação docente. *Educ Soc* 1999; 20:109-25.

Piazzentin-Penna SHA, Jorge JC. Avaliação e tratamento dos distúrbios da audição. In: Trindade IEK, Silva Filho OG, coordenadores. *Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Santos, 2007. p.165-72.

Pilati O. Sistema educacional de avaliação da educação básica (SAEB): ensaio. *Avaliação das Políticas Públicas Educacionais* 1994; 2:11-30.

Poeta LS, Rosa Neto F. Estudo epidemiológico dos sintomas do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e transtornos de comportamento em escolares da rede pública de Florianópolis usando a EDAH. *Rev Bras Psiquiatr* 2004; 26:150-5.

Referências Bibliográficas

Possani LFP. Fios e tramas: a complexidade da avaliação. In: Cappelletti I (Org). *Avaliação Educacional: Fundamentos e Práticas*. 3a. ed. São Paulo: Articulação Universidade/Escola, 2004. p.69-95

Rehder M. Educar para a cidadania. Agência de Notícias Todos pela Educação [online] 06 ago 2007 [consultado 05 set 2007]; [7 telas]. Disponível: URL: <http://www.todospelaeducacao.org.br/AgenciaNoticias/Site/Categoria1/Noticias/tabid/76/ctl/ArticleView/mid/403/articleId/457/default.aspx?tit=Educao%20na%20M%20da%20escola>

Ribeiro VM, Ribeiro VM, Gusmão JB de. Indicadores de qualidade para a mobilização da escola. *Cadernos de Pesquisa* 2005; 35:227-51.

Richman LC. Behavior and achievement of cleft palate children. *Cleft Palate J* 1976; 13:4-10.

Richman LC. The effects of facial disfigurement on teacher's perception of ability in cleft palate children. *Cleft Palate J* 1978a; 15:155-60.

Richman LC. Parents and teachers: differing views of behavior of cleft palate children. *Cleft Palate J* 1978b; 15:360-4.

Richman LC, Eliason M. Psychological characteristics of children with cleft lip and palate: intellectual, achievement, behavioral and personality variables. *Cleft Palate J* 1982; 19:249-57.

Robinson PJ. Secretory otitis media and mastoid air cell development. *Int J Paediatr Otolaryngol* 1991;25:13-8

Referências Bibliográficas

Roeser RW, Eccles JS (2000) apud Santos PL dos, Graminha SSV. Problemas emocionais e comportamentais associados ao baixo rendimento acadêmico. *Estudos de Psicologia* 2006; 11:101-9.

SEE/SP. Conheça o Saesp [online] [Consultado 26 jul 2007]; [7 telas]. Disponível:
URL:<http://saesp.edunet.sp.gov.br/2005/subpages/conheca.htm>

Semrud-Clickeman, MS (1992) apud Pastura GMC, Mattos P, Araújo APQC. Desempenho escolar e transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. *Rev Psiq Clin* 2005; 32:324-9.

Silva MHGF (1997) apud Nunes CMF. Saberes Docentes e Formação de Professores: um breve panorama da pesquisa brasileira. *Educ Soc, Campinas* 2001; 22:27-42.

Silva OG, Souza Freitas, JA, Okada, T. Fissuras labiopalatais: diagnóstico e uma filosofia interdisciplinar de tratamento. In: Pinto, VG. *Saúde Bucal coletiva*. São Paulo: Santos, 2000. p. 481-527

Silva SC da, Aranha MSF. Interação entre professora e alunos em salas de aula com proposta pedagógica de educação inclusiva. *Rev Bras Educ Esp* 2005; 11:373-94.

Sipavicius, NAA. O professor e o rendimento escolar de seus alunos. São Paulo: EPU, 1987.

Stephan AD. O desenvolvimento psicossocial e educacional de indivíduos com anomalias faciais. *Rev Bras Cresc Desenv Hum* 2000;13(2):53-8.

Referências Bibliográficas

Stevanato IS, Loureiro SR, Linhares MBM, Marturano EM. Autoconceito de crianças com dificuldades de aprendizagem e problemas de comportamento. *Psicol Estud* 2003; 8:67-76.

Suguimoto MLFCP. *Análise da fala de indivíduos operados de palato entre 12 e 24 meses de idade: estudo retrospectivo* [dissertação]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2002.

Tabith Jr A. Foniatria: disfonias, fissuras labiopalatais, paralisia cerebral. 6a. ed. São Paulo: Cortez, 1993.

Tavano LD. *Análise da integração escolar de uma criança portadora de lesão lábio-palatina* [dissertação]. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos; 1994.

Tavano LD. *Avaliação do desempenho psicossocial de pacientes submetidos a tratamento multidisciplinar das fissuras lábio-palatinas no HRAC-USP* [tese]. Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2000.

Tunes E, Tacca MCVR, Bartholo Júnior RS. O professor e o ato de ensinar. *Cadernos de Pesquisa* 2005; 35:689-98.

Visioli-Melo JF, Rotta NT. Avaliação pelo P300 de crianças com e sem epilepsia e rendimento escolar. *Arq Neuropsiquiatr* 2000; 58(2-B):476-84.

Wai e Peterson (1967) apud Richman LC. Parents and teachers: differing views of behavior of cleft palate children. *Cleft Palate J* 1978b; 15:360-4.

Referências Bibliográficas

Waiselfisz, J. Tamanho da turma: faz diferença? In: Projeto Nordeste/FUNDESCOLA – Programa de pesquisa e operacionalização de políticas educacionais. Ministério da Educação: Brasília, 2000.

Anexos

ANEXO 1



Ofício nº 015/2006-UEP-CEP

Bauru, 03 de março de 2006.

Prezado(a) Senhor(a)

O projeto de pesquisa encaminhado a este Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, denominado "*Desempenho escolar de crianças com fissura labiopalatina na visão dos professores.*", de autoria de ANA BEATRIZ CARDOSO DOMINGUES desenvolvido sob sua orientação, foi enviado ao relator para avaliação.

O parecer do relator, **aprovando o projeto**, foi aceito, considerando que não existem infrações éticas pendentes para início da pesquisa. Solicitamos a V.Sª a gentileza de comunicar o parecer à pesquisadora.

A pesquisadora fica responsável pela entrega na Unidade de Ensino e Pesquisa dos relatórios semestrais, bem como comunicar ao CEP todas as alterações que possam ocorrer no projeto.

Informamos que após o recebimento do trabalho concluído, este Comitê enviará o parecer final para publicação.

Atenciosamente



PROF. DR. ALCEU SÉRGIO TRINDADE JÚNIOR

Vice-Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do HRAC-USP

Ilma. Sra.

Luciana Paula Maximino de Vitto

Curso de Fonoaudiologia (Secretaria) – FOB/USP

ANEXO 2



CARTA DE INFORMAÇÃO

O presente estudo tem como objetivo estudar o desempenho escolar de seus filhos que apresentam fissura labiopalatina (de lábio e palato). É importante referir que para saber sobre o desempenho escolar será encaminhada carta para escola que seu filho freqüente para o professor da classe dele. Esta carta conterá perguntas sobre o desempenho do seu filho em atividades de sala de aula. Esta carta somente será enviada a escola do seu filho após a sua autorização.

Com o trabalho poderemos beneficiar as crianças com tratamentos adequados e ainda outros pesquisadores no conhecimento das possíveis alterações escolares da criança com fissura labiopalatina

Em qualquer momento da pesquisa vocês poderão fazer perguntas diversas sobre qualquer assunto relacionado ao estudo, bem como a liberdade retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de autorizar a participação de seus filhos no estudo, sem prejuízo de continuidade do tratamento deles nesta instituição.

Fica assegurado que não se identificará por nome o indivíduo, mantendo a informação confidencial.

Ana Beatriz Cardoso Domingues
Pesquisadora Principal

Nome do Pesquisador Responsável: Ana Beatriz Cardoso Domingues
Endereço do Pesquisador Responsável: Rua José Fernandes 2-50 apto 42

Cidade: Bauru Estado: SP CEP: 17014-490

Telefone(14) 3224-2600 E-mail: ana.domingues@mailcity.com

"Caso o sujeito da pesquisa queira apresentar reclamações em relação a sua participação na pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, do HRAC-USP, pelo endereço Rua Silvio Marchione, 3-20 na Unidade de Ensino e Pesquisa ou pelo telefone (14) 3235-8421"

ANEXO 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. (a) _____, portador da cédula de identidade _____, * responsável pelo paciente _____, após leitura minuciosa da **CARTA DE INFORMAÇÃO AO SUJEITO DA PESQUISA**, devidamente explicada pelos profissionais em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** concordando em participar da pesquisa: “Desempenho Escolar de crianças com fissura labiopalatina na visão dos professores” realizada por: Ana Beatriz Cardoso Domingues, sob orientação do Dr(a): Luciana Paula Maximino De Vitto, nº do Conselho Regional de Fonoaudiologia 7238.

Fica claro que o sujeito da pesquisa ou seu representante legal, pode a qualquer momento retirar seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tornaram-se confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional.

Por estarem de acordo assinam o presente termo.

Bauru-SP, _____ de _____ de .

Assinatura do Sujeito da Pesquisa
ou responsável

Assinatura do Pesquisador Responsável

*** A SER PREENCHIDO, SE O SUJEITO DA PESQUISA NÃO FOR O PACIENTE.**

Nome do Pesquisador Responsável: Ana Beatriz Cardoso Domingues

Endereço do Pesquisador Responsável: Rua José Fernandes 2-50 apto 42

Cidade: Bauru Estado: SP CEP: 17014-490

Telefone(14) 3224-2600 E-mail: ana.domingues@mailcity.com

Endereço Institucional Rua Silvio Marchione 3-20

Cidade: Bauru Estado: SP CEP:17.012-900

Telefone: 32358000 Ramal:8183

ANEXO 4

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: DISTÚRBIOS DA COMUNICAÇÃO HUMANA
DESEMPENHO ESCOLAR DE CRIANÇAS COM FISSURA LABIOPALATINA
NA VISÃO DOS PROFESSORES

QUESTIONÁRIO Nº _____

I. INFORMAÇÕES SOBRE O PACIENTE

DADOS PESSOAIS											
Nome do Paciente:							R.G.:				
Sexo: Masculino (<input type="checkbox"/>) Feminino (<input type="checkbox"/>)					Idade: anos						
Cidade/Estado:					Série Paciente:						
Nível Sócio-econômico:					Naturalidade:						
HISTÓRICO TRATAMENTO / INFORMAÇÕES MULTIDISCIPLINARES											
Classificação da Fissura:					Data de matrícula:						
Idade da primeira cirurgia:					Tempo de Tratamento:						
Timpanometria											
-400	-300	-200	-100	0	+100	+200	daPa	1.3	1.2		
								1.1	1.0		
								0.9	0.8		
								0.7	0.6		
								0.5	0.4		
								0.3	0.2		
								0.1			
								TIPO DE CURVA OD OE			
								A	A		
								B	B		
								C	C		
								Ad	Ad		
								As	As		
								Não realizada	()		
								Motivo: _____			

Inteligibilidade da fala			(<input type="checkbox"/>) NA			(<input type="checkbox"/>) Normal			(<input type="checkbox"/>) Leve		
			(<input type="checkbox"/>) leve para moderada			(<input type="checkbox"/>) Moderada			(<input type="checkbox"/>) Moderada para severa		
			(<input type="checkbox"/>) Severa								
Distúrbios articulatorios (DAC)							(<input type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não				
Recorrência Familiar							(<input type="checkbox"/>) Sim Grau:				
							(<input type="checkbox"/>) Não				

ANEXO 5

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: DISTÚRBIOS DA COMUNICAÇÃO HUMANA
DESEMPENHO ESCOLAR DE CRIANÇAS COM FISSURA LABIOPALATINA
NA VISÃO DOS PROFESSORES

QUESTIONÁRIO N° _____

I. SOBRE A ESCOLA

Nome da Escola:		
Cidade/Estado:	Ano: 200_____	Bimestre: _____
Mantenedor	<input type="checkbox"/> Estado	<input type="checkbox"/> Particular
	<input type="checkbox"/> Município	<input type="checkbox"/> Outros. Especifique:
A escola possui	<input type="checkbox"/> Biblioteca	<input type="checkbox"/> Laboratórios
	<input type="checkbox"/> Sala de Computação	<input type="checkbox"/> Quadra coberta
	<input type="checkbox"/> Sala de recursos audiovisuais	<input type="checkbox"/> Refeitório

II. SOBRE O PROFESSOR

<i>Formação:</i>	<input type="checkbox"/> magistério
	<input type="checkbox"/> Pedagogia
	<input type="checkbox"/> Outros. Especifique:
<i>Tempo de atuação:</i>	<input type="checkbox"/> menos de 1 ano
	<input type="checkbox"/> de 1 a 5 anos
	<input type="checkbox"/> de 5 a 10 anos
	<input type="checkbox"/> mais de 10 anos
<i>Nível de conhecimento sobre fissuras labiopalatinas</i>	<input type="checkbox"/> Nunca ouvi falar
	<input type="checkbox"/> Conheço pouco
	<input type="checkbox"/> Já pesquisei sobre o assunto

III. SOBRE A SALA DE AULA

Série que leciona:	
<i>Número de alunos matriculados:</i>	<input type="checkbox"/> até 30 alunos
	<input type="checkbox"/> entre 30 e 35 alunos
	<input type="checkbox"/> mais de 35 alunos
<i>A sala de aula:</i>	<input type="checkbox"/> comporta os alunos confortavelmente
	<input type="checkbox"/> tem pouco espaço
	<input type="checkbox"/> é inadequada (espaço improvisado)
<i>A classe (alunos)</i>	<input type="checkbox"/> é ruidosa mesmo quando a atenção é solicitada
	<input type="checkbox"/> é agitada, porém atende a solicitação de atenção
	<input type="checkbox"/> é silenciosa

IV. SOBRE O ALUNO

⇒ Essa etapa da pesquisa deve ser respondida fazendo uma comparação do aluno a ser pesquisado com os demais alunos em sala de aula (pesquisa comparativa)

1. Sua frequência escolar aponta:		
<input type="checkbox"/> assiduidade	<input type="checkbox"/> muitas faltas	<input type="checkbox"/> atrasos constantes
2. O aluno mostra interesse pelo seu desempenho escolar?		
<input type="checkbox"/> abaixo da média da classe	<input type="checkbox"/> na média da classe	<input type="checkbox"/> acima da média da classe
3. Durante as aulas, o aluno demonstra interesse nos conteúdos?		
<input type="checkbox"/> abaixo da média da classe	<input type="checkbox"/> na média da classe	<input type="checkbox"/> acima da média da classe
4. Com relação a participação do aluno durante as aulas		
<input type="checkbox"/> abaixo da média da classe	<input type="checkbox"/> na média da classe	<input type="checkbox"/> acima da média da classe
5. Realiza tarefas, pesquisas e demais atividades solicitadas?		
<input type="checkbox"/> abaixo da média da classe	<input type="checkbox"/> na média da classe	<input type="checkbox"/> acima da média da classe
6. Ao comunicar-se com o professor e demais colegas o aluno é compreendido:		
<input type="checkbox"/> normalmente	<input type="checkbox"/> com dificuldade	<input type="checkbox"/> não é compreendido
7. Como você considera o relacionamento do aluno com os demais colegas?		
<input type="checkbox"/> Bom, sem problemas	<input type="checkbox"/> Regular (poucos atritos)	<input type="checkbox"/> Ruim (muitos atritos)
8. Como é seu relacionamento com o aluno?		
<input type="checkbox"/> Bom, sem problemas	<input type="checkbox"/> Regular (poucos atritos)	<input type="checkbox"/> Ruim (muitos atritos)
9. O aluno tem apelidos relacionados a fissura?		
<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	
10. Existe alguma queixa sobre dificuldade de aprendizagem do aluno?		
<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	
11. Se existir alguma queixa, ela se refere à:		
<input type="checkbox"/> Leitura e/ou Escrita	<input type="checkbox"/> Cálculos matemáticos	<input type="checkbox"/> Relacionamentos
<input type="checkbox"/> Disciplina	<input type="checkbox"/> Outros. Especifique	
12. Como o aluno se comporta frente a dificuldades		
<input type="checkbox"/> deixa de lado, nada pergunta	<input type="checkbox"/> pede auxílio à professora	<input type="checkbox"/> pede auxílio aos colegas
<input type="checkbox"/> pede auxílio em casa	<input type="checkbox"/> outros comportamentos. Especifique	

ANEXO 6

CARTA DE INFORMAÇÃO

O presente estudo tem como objetivo estudar o desempenho escolar dos alunos que apresentam fissura labiopalatina (de lábio e palato).

Esta carta conterá dois questionários com perguntas relacionadas ao desempenho escolar do aluno a ser pesquisado e deverá ser respondido considerando o enunciado de cada item. No primeiro questionário as questões estarão relacionadas à escola, formação do professor e sala de aula onde o aluno está alocado. No segundo questionário as questões estarão relacionadas ao aluno em questão, seus relacionamentos e desempenho escolar.

É importante informar que para saber sobre o desempenho escolar do aluno em questão, foi encaminhada carta de informação aos responsáveis do mesmo e após autorização dos mesmos esta carta está sendo enviada.

Com o trabalho poderemos beneficiar as crianças com tratamentos adequados e ainda outros pesquisadores no conhecimento das possíveis alterações escolares da criança com fissura labiopalatina

Em qualquer momento da pesquisa vocês poderão fazer perguntas diversas sobre qualquer assunto relacionado ao estudo, bem como a liberdade retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo de continuidade do tratamento deles nesta instituição.

Fica assegurado que não se identificará por nome o indivíduo, mantendo a informação confidencial.

Ana Beatriz Cardoso Domingues
Pesquisadora Principal

Nome do Pesquisador Responsável: Ana Beatriz Cardoso Domingues

Endereço do Pesquisador Responsável: Rua José Fernandes 2-50 apto 42

Cidade: Bauru

Estado: SP

CEP: 17014-490

Telefone(14) 3224-2600

E-mail: ana.domingues@mailcity.com

"Caso o sujeito da pesquisa queira apresentar reclamações em relação a sua participação na pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, do HRAC-USP, pelo endereço Rua Silvio Marchione, 3-20 na Unidade de Ensino e Pesquisa ou pelo telefone (14) 3235-8421"

ANEXO 7

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. (a) _____, portador da cédula de identidade _____, * professor (a) do paciente _____, após leitura minuciosa da **CARTA DE INFORMAÇÃO AO SUJEITO DA PESQUISA**, devidamente explicada pelos profissionais em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** concordando em participar da pesquisa: “Desempenho Escolar de crianças com fissura labiopalatina na visão dos professores” realizada por: Ana Beatriz Cardoso Domingues, sob orientação do Dr(a): Luciana Paula Maximino De Vitto, nº do Conselho Regional de Fonoaudiologia 7238.

Fica claro que o sujeito da pesquisa ou seu representante legal, pode a qualquer momento retirar seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tornaram-se confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional.

Por estarem de acordo assinam o presente termo.

Bauru-SP, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Sujeito da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador Responsável

*** A SER PREENCHIDO, SE O SUJEITO DA PESQUISA NÃO FOR O PACIENTE.**

Nome do Pesquisador Responsável: Ana Beatriz Cardoso Domingues
Endereço do Pesquisador Responsável: Rua José Fernandes 2-50 apto 42
Cidade: Bauru Estado: SP CEP: 17014-490
Telefone(14) 3224-2600 E-mail: ana.domingues@mailcity.com
Endereço Institucional Rua Silvio Marchione 3-20
Cidade: Bauru Estado: SP CEP:17.012-900
Telefone: 32358000 Ramal:8183