

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO ESPECIAL

**SEMELHANÇAS E DIFERENÇAS DE HABILIDADES SOCIAIS  
ENTRE CRIANÇAS COM SÍNDROME DE DOWN INCLUÍDAS  
E CRIANÇAS COM DESENVOLVIMENTO TÍPICO**

**Mariana Sarro Pereira**

São Carlos – SP  
2007

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO ESPECIAL

**SEMELHANÇAS E DIFERENÇAS DE HABILIDADES SOCIAIS  
ENTRE CRIANÇAS COM SÍNDROME DE DOWN INCLUÍDAS  
E CRIANÇAS COM DESENVOLVIMENTO TÍPICO**

**Mariana Sarro Pereira**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Especial do Centro de Educação e Ciências Humanas da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Educação Especial

**Orientador:** Prof. Dr. Almir Del Prette

São Carlos – SP  
2007

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da  
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

P436sd

Pereira, Mariana Sarro.

Semelhanças e diferenças de habilidades sociais entre crianças com síndrome de Down incluídas e crianças com desenvolvimento típico / Mariana Sarro Pereira. -- São Carlos : UFSCar, 2007.  
119 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Carlos, 2007.

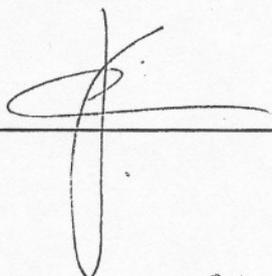
1. Estudantes com necessidades educacionais especiais.  
2. Habilidades sociais. 3. Inclusão escolar. 4. Down, Síndrome de. I. Título.

CDD: 371.928 (20ª)



Banca Examinadora da Dissertação de **Mariana Sarro Pereira**

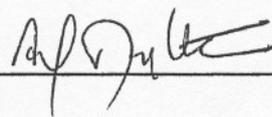
Profa. Dra. Claudia Maria Simões Martinez  
(UFSCar)

Ass. 

Profa. Dra. Ana Claudia Moreira Almeida Verdu  
(UNESP - Bauru)

Ass. 

Prof. Dr. Almir Del Prette  
Orientador  
(UFSCar)

Ass. 

Apoio Financeiro:  
Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

“Ando devagar porque já tive pressa  
E levo esse sorriso porque já chorei demais  
Hoje me sinto mais forte  
Mais feliz quem sabe  
Só levo a certeza de que muito pouco eu sei  
Eu nada sei  
Conhecer as manhas e as manhãs  
O sabor das massas e das maçãs  
É preciso amor pra poder pulsar  
É preciso paz pra poder sorrir  
E é preciso a chuva para florir  
Penso que cumprir a vida seja simplesmente  
Compreender a marcha e ir tocando em frente  
Como um velho boiadeiro levando a boiada  
Eu vou tocando os dias pela longa estrada eu vou  
Estrada eu sou  
Conhecer as manhas e as manhãs  
O sabor das massas e das maçãs  
É preciso amor pra poder pulsar  
É preciso paz pra poder sorrir  
E é preciso a chuva para florir  
Todo mundo ama um dia  
Todo mundo chora  
Um dia a gente chega  
No outro vai embora  
Cada um de nós compõe a sua história  
E cada ser em si carrega o dom de ser capaz  
De ser feliz.”

Almir Sater

## AGRADECIMENTOS

*À minha família, e em especial aos meus pais, Vera e José Carlos, e à minha irmã Mara, que sempre me apoiaram diante dos obstáculos da vida, sendo co-responsáveis por todos os meus sucessos.*

*Ao meu namorado Rodrigo, que me ofereceu todo o apoio técnico, e, principalmente, emocional para que esse trabalho fosse concluído da melhor maneira possível.*

*A todos os meus colegas de laboratório, e em especial a Adriana, Andréa, Bárbara, Camila, Daniele, Lucas, Margarete, Simone e Thiago, pelas orientações, sugestões e dicas pertinentes que colaboraram para o avanço e a melhoria desse trabalho.*

*Às minhas queridas amigas de curso Simone e Teresa, que além da cooperação em termos de conteúdo, sempre estavam prontas a compartilhar boas risadas nos momentos divertidos, e oferecer um ombro amigo nos momentos difíceis.*

*Às professoras que participaram das bancas de qualificação e defesa, por lerem tão cuidadosamente o trabalho, e pelas sábias e válidas sugestões ao enriquecimento da pesquisa.*

*Às professoras Eliane Araújo e Lisa Barham, pelas orientações, respectivamente, na metodologia e na análise estatística do trabalho.*

*Às crianças que participaram do estudo, pelo respeito, carinho e sorrisos que fazem todos os esforços valerem à pena.*

*Ao orientador desse trabalho, Prof. Almir, pelas orientações, sugestões e amparo em todas as etapas da pesquisa.*

*À Maria Amélia, S. Avelino e Elza, que além de oferecem o suporte técnico que os alunos precisam, dedicam um cuidado parental aos mesmos, tornando-os mais confiantes e o trabalho mais agradável.*

## SUMÁRIO

<b>Lista de Tabelas</b> .....	IX
<b>Lista de Figuras</b> .....	X
<b>Resumo</b> .....	XI
<b>Abstract</b> .....	XII
<b>Apresentação</b> .....	XIII
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	1
1. A Educação Especial e a Inclusão Escolar.....	1
2. A Deficiência Mental e a Síndrome de Down.....	10
3. A Inclusão Escolar e a Síndrome de Down.....	17
4. O Desempenho Social, a Inclusão Escolar e a Síndrome de Down.....	21
5. As Habilidades Sociais.....	23
6. As Habilidades Sociais e a Síndrome de Down.....	35
Problema de Pesquisa e Objetivos.....	44
<b>MÉTODO</b> .....	47
1. Seleção dos participantes .....	47
2. Ambiente de realização da pesquisa.....	49
3. Instrumentos e equipamento.....	49
4. Procedimento de coleta de dados.....	51
5. Cuidados éticos.....	52
6. Tratamento dos dados.....	53
<b>RESULTADOS</b> .....	56
1. Semelhanças e diferenças de repertório de habilidades sociais entre os dois grupos.....	56
1.1. Escores (gerais e fatoriais) de habilidades sociais com diferença estatisticamente significativa entre os grupos SD e DT.....	56
1.2 Itens (do IMHSC-Del-Prette) de habilidades sociais com diferença estatisticamente significativa entre os grupos SD e DT.....	67
2. Correlação significativa entre escores.....	70

3. Diferenças de habilidades sociais dentro de cada grupo.....	73
<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>78</b>
1. Semelhanças e diferenças de repertório de habilidades sociais entre os dois grupos.....	78
2. Correlação significativa entre escores.....	90
3. Diferenças de habilidades sociais dentro de cada grupo.....	92
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>97</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>104</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>119</b>
Anexo A. Critério de Classificação Econômica Brasil	
Anexo B. Distribuição dos itens do IMHSC-Del-Prette conforme habilidades avaliadas, contexto e interlocutores contemplados em cada item	
Anexo C. Exemplo de situação do IMHSC-Del-Prette apresentada ao professor na forma impressa e à criança em vídeo	
Anexo D. Aprovação pelo Comitê de Ética	
Anexo E. Termo de consentimento livre e esclarecido obtido junto à direção da instituição	
Anexo F. Termo de consentimento livre e esclarecido	

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Classes e subclasses de habilidades propostas como relevantes na infância.....	34
<b>Tabela 2.</b> Caracterização das 20 crianças participantes do estudo.....	48
<b>Tabela 3.</b> Médias e desvios-padrão ( <i>d.p.</i> ) de auto-avaliação de frequência das reações habilidosas relativos aos escores com diferença estatisticamente significativa entre os grupos SD e DT.....	58
<b>Tabela 4.</b> Médias e desvios-padrão ( <i>d.p.</i> ) de auto-avaliação de frequência das reações não habilidosas ativas relativos aos escores com diferença estatisticamente significativa entre os grupos SD e DT.....	59
<b>Tabela 5.</b> Médias e desvios-padrão ( <i>d.p.</i> ) de auto-avaliação de adequação das reações habilidosas relativos aos escores com diferença estatisticamente significativa entre os grupos SD e DT.....	60
<b>Tabela 6.</b> Médias e desvios-padrão ( <i>d.p.</i> ) de auto-avaliação de adequação das reações não habilidosas ativas relativos aos escores com diferença estatisticamente significativa entre os grupos SD e DT.....	62
<b>Tabela 7.</b> Médias e desvios-padrão ( <i>d.p.</i> ) de auto-avaliação de dificuldade de emissão das reações habilidosas relativos ao escore com diferença estatisticamente significativa entre os grupos SD e DT.....	63
<b>Tabela 8.</b> Médias e desvios-padrão ( <i>d.p.</i> ) de avaliação do professor de frequência das reações habilidosas relativos aos escores com diferença estatisticamente significativa entre os grupos SD e DT.....	64
<b>Tabela 9.</b> Médias e desvios-padrão ( <i>d.p.</i> ) de avaliação do professor de frequência das reações não habilidosas ativas relativos aos escores com diferença estatisticamente significativa entre os grupos SD e DT.....	65
<b>Tabela 10.</b> Correlações significativas entre os escores gerais de habilidades sociais dos 20 participantes.....	70
<b>Tabela 11.</b> Correlações significativas entre os escores gerais de habilidades sociais do grupo SD.....	71
<b>Tabela 12.</b> Correlações significativas entre os escores gerais de habilidades sociais do grupo DT.....	72

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Médias de auto-avaliação de frequência das reações habilidosas relativas aos escores com diferença estatisticamente significativa entre os grupos SD e DT.....	58
<b>Figura 2.</b> Médias de auto-avaliação de frequência das reações não habilidosas ativas relativas aos escores com diferença estatisticamente significativa entre os grupos SD e DT.....	59
<b>Figura 3.</b> Médias de auto-avaliação de adequação das reações habilidosas relativas aos escores com diferença estatisticamente significativa entre os grupos SD e DT.....	60
<b>Figura 4.</b> Médias de auto-avaliação de adequação das reações não habilidosas ativas relativas aos escores com diferença estatisticamente significativa entre os grupos SD e DT.....	61
<b>Figura 5.</b> Médias de auto-avaliação de dificuldade de emissão das reações habilidosas relativas ao escore com diferença estatisticamente significativa entre os grupos SD e DT.....	62
<b>Figura 6.</b> Médias de avaliação do professor de frequência das reações habilidosas relativas aos escores com diferença estatisticamente significativa entre os grupos SD e DT.....	64
<b>Figura 7.</b> Médias de avaliação do professor de frequência das reações não habilidosas ativas relativas aos escores com diferença estatisticamente significativa entre os grupos SD e DT.....	65

Pereira, M. S. (2007). *Semelhanças e diferenças de habilidades sociais entre crianças com síndrome de Down incluídas e crianças com desenvolvimento típico*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Educação Especial, Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, SP.

### Resumo

Estudos recentes sobre a inclusão escolar têm apontado que a mesma traz ganhos significativos para o desenvolvimento social e cognitivo de grande parte dos alunos com necessidades educacionais especiais, inclusive para crianças com síndrome de Down. Considerando os benefícios da inclusão escolar, e as interações sociais como base desse processo, pode-se pressupor que as relações sociais são significativas no desenvolvimento social e cognitivo de todas as crianças. Os resultados dos estudos nacionais e internacionais abordando habilidades sociais em crianças com síndrome de Down trazem dados contraditórios: enquanto alguns estudos apontam que estes indivíduos são altamente sociáveis, outros relatam dificuldades de ajustamento social dos mesmos. Considerando esses aspectos, a presente pesquisa teve como objetivos: 1) identificar o repertório de habilidades sociais de estudantes com síndrome de Down e o repertório de habilidades sociais de estudantes com desenvolvimento típico, todos alunos de classes de escolas regulares de ensino; 2) comparar, em termos de semelhanças e diferenças, o repertório de habilidades sociais dos dois grupos; 3) verificar a existência de correlação entre as auto-avaliações de frequência, adequação e dificuldade de emissão das reações de habilidades sociais; 4) verificar a existência de correlação entre as auto-avaliações e as avaliações dos professores sobre as reações de habilidades sociais; e 5) verificar a existência de diferenças de habilidades sociais dentro dos dois grupos de participantes separadamente, em função de algumas características. Participaram do estudo 10 crianças com síndrome de Down incluídas em classes de escolas regulares de ensino, 10 crianças com desenvolvimento típico, e seus professores. Foi usado como instrumento o IMHSC-Del-Prette (Inventário Multimídia de Habilidades Sociais de Crianças-Del-Prette). As análises estatísticas foram realizadas por meio do Teste-*t* e do Coeficiente de Correlação de Pearson. Os resultados permitiram verificar semelhanças entre os dois grupos de participantes no padrão de comportamentos passivos, e diferenças entre os dois grupos de participantes nos padrões de comportamentos habilidosos e ativos, em que as crianças com síndrome de Down, no geral, demonstraram ter um repertório de habilidades sociais mais deficitário. Foi verificada correlação positiva entre pares de escores de auto-avaliação de habilidades sociais, bem como entre pares de escores de auto-avaliação e avaliação dos professores. Com relação às diferenças de habilidades sociais dentro de cada grupo, o grupo de crianças com síndrome de Down apresentou diferenças de habilidades sociais em função do tipo de escola e de dificuldade de aprendizagem, enquanto que o grupo de crianças com desenvolvimento típico apresentou diferenças em função do sexo e de dificuldade de aprendizagem. A despeito das características fisiológicas da síndrome, é imprescindível destacar as características aprendidas por esses indivíduos, sendo fundamental a estimulação adequada dos ambientes que os circundam para o seu desenvolvimento e aprendizado.

**Palavras-chave:** inclusão escolar, síndrome de Down, habilidades sociais.

Pereira, M. S. (2007). *Similarities and differences of social skills between included Down syndrome children and typical development children*. Master's Dissertation, Graduate Program in Special Education, Federal University at São Carlos. São Carlos, SP.

### Abstract

Recent works about students inclusion have shown that it brings significant improvement to the social and cognitive development to the major part of students with special educational needs, included those with Down syndrome. Considering the benefits of that inclusion, and this process based on social interaction, it can be supposed that the social relationships are significant to the social and cognitive development for children in the general, as well as for those with special educational needs. The results of researches concerning to social skills of children with Down syndrome are controversial: some of them point out that these individuals are highly sociable while others state difficulties in their social behavior. Considering this imbalance, the present work had as objectives: 1) identify the social skills repertoire from both groups of students, with Down syndrome and with typical development; 2) compare similarities and differences of the social skills repertoire between the groups; 3) verify the correlation among the frequency, the adequation and the difficulty to emit social skills reactions trough the self-evaluation; 4) verify the correlation between self-evaluation and the evaluation done by teachers about social skills reactions; and 5) verify the differences of social skills intrinsic of each group as a function of their own characteristics. In this research were included 10 children with Down syndrome, 10 children with typical development and their teachers. The scores to evaluate the social skills were obtained through IMHSC-Del-Prette (Inventário Multimídia de Habilidades Sociais de Crianças-Del-Prette) tool. *T*-test and Pearson Correlation Coefficient performed statistical analyses. The results allowed verify similarities between the groups as far as passive behavior was concerned. Related to active and skilled behavior it had been found differences between groups. Generally, children with Down syndrome showed some deficits in their social skills repertoire in comparison with children with typical development. Also had been verified a positive correlation between scores of social skills self-evaluation, as well as between scores of social skills self-evaluation and these done by teachers. In the intrinsic social skills differences of each group, the Down syndrome children were affected by type of school and learning disabilities, while typical development children were affected by gender and learning disabilities. In spite of the natural characteristics of the syndrome, it is necessary to look with special attention to the characteristics learned by these individuals. The adequate stimulation of their environments it is of fundamental importance for their development and learning.

**Key words:** school inclusion, Down syndrome, social skills.

### **Apresentação**

O meu interesse em estudar crianças com síndrome de Down surgiu durante o meu último ano de graduação (2004) no curso de Psicologia na UNESP de Bauru, em que realizei um estágio em “Intervenção Precoce junto ao Portador de Deficiência”. Neste estágio o meu principal objetivo era desenvolver atividades acadêmicas e concentração em uma criança com síndrome de Down de nove anos.

No segundo semestre desse mesmo ano (2004), cursei a disciplina de “Habilidades Sociais: Prática e Pesquisa” na UFSCar como aluna ouvinte, já com o intuito de desenvolver uma pesquisa de mestrado, além de ter interesse pela área de habilidades sociais, com a qual eu havia entrado em contato numa disciplina do quarto ano do meu curso de Psicologia (Teorias e Técnicas Psicoterápicas IV).

Como eu estava muito engajada e interessada tanto no estágio com a criança com síndrome de Down quanto na disciplina de Habilidades Sociais, resolvi então juntar os meus dois focos de interesse e desenvolver um projeto de pesquisa. Entrando em contato com a literatura da área, percebi que havia poucos estudos, principalmente no Brasil, sobre os comportamentos sociais de crianças com síndrome de Down, o que me estimulou ainda mais a desenvolver essa pesquisa.

Para delimitar, então, meu projeto de pesquisa (fundamentação teórica, problema de pesquisa, hipótese, objetivos, e metodologia), considerei vários aspectos: (1) a literatura sobre Inclusão, que traz dados de que as crianças com necessidades educacionais especiais podem se desenvolver melhor em ambientes inclusivos; (2) a importância que a Inclusão Escolar tem adquirido nos últimos anos (principalmente a partir da década de 90); (3) a escassez de literatura na área de habilidades sociais de crianças com síndrome de Down no Brasil; (4) os dados possivelmente controversos dos estudos sobre a sociabilidade de indivíduos com síndrome de Down; e 5) a possibilidade de dar continuidade a essa pesquisa, talvez em um doutorado, com foco em treinamento de habilidades sociais dessas crianças, com o objetivo de melhorar sua qualidade de vida e seu desenvolvimento.

## **Introdução**

Primeiramente, serão tecidas separadamente algumas considerações teóricas acerca dos temas de Inclusão Escolar, Síndrome de Down e Habilidades Sociais, explicitando o contexto teórico em que ocorre a presente pesquisa. Não obstante as particularidades desses temas, espera-se relacioná-los considerando a importância dessa inter-relação e possíveis pontos em comum. Como será visto na parte introdutória desta pesquisa, o ambiente inclusivo é permeado por relações sociais, que de certa forma vão definir tanto o processo educacional de crianças com necessidades educacionais especiais (NEE), como o daquelas com desenvolvimento típico; portanto, nesse sentido as relações sociais têm papel importante para a aprendizagem e adaptação dessas crianças, justificando o investimento em estudos com enfoque sobre os comportamentos sociais.

### **1. A Educação Especial e a Inclusão Escolar**

Na literatura internacional, principalmente a partir da década de 90, tem-se enfatizado o princípio de que os alunos com necessidades educacionais especiais (NEE) são melhor atendidos em ambientes com pares de alunos sem essas necessidades, conceito este que vem sendo conhecido como *inclusão* (Federico, Herrold, & Venn, 1999; Murawski & Swanson, 2000; Ripley, 1997; Salend & Duhaney, 1999). Entretanto, como o processo inclusivo ainda recente é no Brasil, não há conclusões definitivas acerca de qual a melhor maneira de se educar crianças e jovens com NEE no sistema educacional do país (Capellini, 2001), tampouco qual seria a melhor forma de se realizar a inclusão escolar na prática.

Segundo Mendes (2002), a educação inclusiva é uma proposta de aplicação prática ao campo da educação do movimento mundial de *inclusão social*, paradigma que implica a construção de um processo bilateral no qual as pessoas excluídas e a sociedade buscam, em sistema de parceria, efetivar a equiparação de oportunidades para todos. Entretanto, a educação inclusiva não deve ser reduzida à idéia equivocada de que para implementá-la é suficiente colocar crianças, jovens e adultos com NEE em escolas regulares ou em classes comuns. É necessária toda uma estrutura que ofereça subsídios para uma educação de qualidade aos alunos com NEE, como (1) a efetivação de currículos adequados e adaptados (Argan, Alper & Wehmeyer, 2002; Hitchcock, Meyer, Rose & Jackson, 2002), (2) uma prática pedagógica flexível, como arranjos e adaptações que favoreçam tanto o bom aproveitamento quanto o ajuste sócio-educacional do indivíduo com NEE (Mendes, 2002), (3) uma formação continuada de profissionais a fim de que estes sejam preparados para a tarefa de promover um desenvolvimento saudável aos seus alunos, aproveitando ao máximo as potencialidades de cada um deles (Ripley, 1997), (4) uma administração que dê suporte/apoio à educação inclusiva (Argüelles, Hugues & Schumm, 2000), e (5) uma estrutura física adequada da escola que possibilite o acesso e a movimentação dos alunos com NEE pela mesma (Gately & Gately, 2001).

A história da Educação Especial começou a ser traçada no século XVI, com médicos pedagogos que desafiaram os conceitos vigentes até a época e passaram a acreditar nas possibilidades educacionais de indivíduos considerados até então ineducáveis. No final do século XIX houve declínio dos esforços educacionais, em que a institucionalização em asilos e manicômios passou a ser meta de tratamento dos indivíduos que se encontravam à margem dos sistemas. Paralelamente a essa evolução

dos asilos, a institucionalização da escolaridade obrigatória passou a cuidar de muitos casos de crianças que não avançavam na escola regular e fez surgir as classes especiais nas escolas públicas no início do século XX. Proliferaram também as escolas especializadas como alternativa, basicamente a partir das duas guerras mundiais. Dessa forma, é na metade do século XX que se pode encontrar uma junção dos principais componentes da Educação Especial: um corpo teórico-conceitual, algumas propostas metodológicas de ensino e uma organização de serviços educacionais (Capellini, 2001; Mendes, 2002).

Foi nesse contexto de consolidação de uma resposta mais ampla da sociedade para os problemas da educação dos indivíduos com NEE que surgiram muitas das iniciativas, atualmente contempladas nos princípios da escola inclusiva, nos países desenvolvidos na década de 50, então denominadas filosofia de “normalização e integração”, decorrentes dos movimentos de pais de crianças a quem era negado o ingresso em escolas comuns. Com isso, entendeu-se que o indivíduo com NEE não apenas era educável, como também tinha o direito de ser educado, em que o seu processo de educação era uma obrigação social, surgindo então as escolas especiais e, mais tarde, as classes especiais dentro das escolas comuns. Apenas na década de 70 as escolas regulares passaram a aceitar a idéia de incorporar crianças ou adolescentes com NEE em classes comuns. Todavia, só eram passíveis de **integração escolar** aqueles estudantes que conseguissem se adaptar à classe comum, sem haver modificações no sistema educacional, sendo que aqueles que não conseguissem se adaptar ou acompanhar os demais alunos eram excluídos. Finalmente, a fase da educação inclusiva surge na metade da década de 80, com a radicalização do debate em 90, cuja idéia central era que, além de intervir diretamente sobre as pessoas, também era necessário

reestruturar a sociedade para que ela possibilitasse a convivência dos diferentes (Mendes, 2002).

No âmbito burocrático, a legislação que tem contribuído para a elaboração das políticas e organização dos serviços na área de Educação Especial em vários países do mundo começou a ser elaborada em 1948, com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, que se apresenta como um novo guia para os documentos e normas internacionais que ainda vêm sendo construídos. A Organização das Nações Unidas (ONU) e suas agências especializadas como a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) foram as instâncias que mais contribuíram para as mudanças nas concepções das deficiências (Araújo & Del Prette, 2001).

Segundo a Declaração de Salamanca (1994) sobre Princípios, Política e Prática na Área das Necessidades Educativas Especiais, resultante da Conferência Mundial de Educação Especial em Salamanca, na Espanha, em junho de 1994 (Brasil, 2006a):

- Toda criança tem direito fundamental à educação, e deve ser dada a oportunidade de atingir e manter o nível adequado de aprendizagem;
- Toda criança possui características, interesses, habilidades e necessidades de aprendizagem que são únicas;
- Sistemas educacionais deveriam ser designados e programas educacionais deveriam ser implementados no sentido de se levar em conta a vasta diversidade de tais características e necessidades;
- Aqueles com necessidades educacionais especiais devem ter acesso à escola regular, que deveria acomodá-los dentro de uma Pedagogia centrada na criança, capaz de satisfazer a tais necessidades;
- Escolas regulares que possuam tal orientação inclusiva constituem os meios mais eficazes de combater atitudes discriminatórias criando-se comunidades acolhedoras, construindo uma sociedade inclusiva e alcançando educação para todos (Brasil, 2006a).

No Brasil, foi a partir da década de 80 que o movimento de elaboração das políticas e organização dos serviços na área de Educação Especial passou a mobilizar pesquisadores, profissionais e políticos de forma mais expressiva. Dentre os

documentos mais importantes está a Constituição Federal de 1988, Artigo 208, que prevê como dever do Estado “o atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino”. O Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei Federal nº 8069/1990), que traz no capítulo IV – Do Direito à Educação, à Cultura, ao Esporte e ao Lazer, Artigo 54, “é dever do Estado assegurar à criança e ao adolescente” – Inciso III – “atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino”. A nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação (Lei Federal nº 9394/1996) afirma no Título III – Do Direito à Educação e do Dever de Educar, Artigo 4, “o dever do Estado com educação escolar pública será efetivamente mediante a garantia de” – Inciso III – “atendimento educacional especializado gratuito aos educandos com necessidades educativas especiais, preferencialmente na rede regular de ensino” (Araújo & Del Prette, 2001). De uma maneira geral, todos esses documentos garantem, do ponto de vista legal, as condições necessárias para uma educação de qualidade às pessoas com NEE, de preferência na rede regular de ensino. Entretanto, é apenas agora, no início do século XXI, que a inclusão de pessoas com NEE em classes regulares de ensino começou a ser discutida no Brasil de maneira mais significativa, permeando a possibilidade de ser colocada em prática.

Apesar das garantias legais, constata-se pelos dados da Secretaria de Educação Especial do Governo Federal, divulgados pelo Ministério da Educação (Brasil, 2006a) em janeiro de 2006, e pelos resultados preliminares do Censo Escolar de 2006, divulgados pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (Brasil, 2006b), que o Brasil possui 640.317 crianças com NEE matriculadas em algum tipo de

atendimento escolar (regular ou especializado), sendo que apenas 262.243 dessas crianças estão incluídas em escolas regulares de ensino.

Todavia, o atendimento aos alunos com NEE aumentou 42,7% no país, entre 2002 e 2005, considerando tanto as escolas especializadas quanto as escolas regulares. O número de novos alunos matriculados nas escolas especializadas caiu de 21.001 em 2003 para 6.691 em 2005, ao passo que o número de novos alunos matriculados em escolas regulares aumentou de 34.437 em 2003 para 66.873 em 2005. Esses dados refletem uma mudança significativa na aceitação da criança com NEE pela escola regular, bem como representam um certo avanço da inclusão escolar no país, onde o atendimento inclusivo passou de 24,7% em 2002 para 41% em 2005 (Brasil, 2006a). Esses dados, todavia, não permitem uma avaliação sobre o processo de inclusão no dia a dia do ambiente escolar.

O processo inclusivo, que está apenas começando no Brasil, não se compara com o de alguns países onde os benefícios às crianças com NEE já é uma realidade. Por exemplo, um estudo norte americano (Federico, Herrold, & Venn, 1999) demonstrou que as crianças de classes inclusivas tiveram maior sucesso na aprendizagem escolar, maior adaptação, tolerância, respeito e amizade em relação aos colegas de classe. O estudo de Salend e Duhaney (1999) demonstrou que a inclusão escolar promove maior aceitação e respeito às diferenças, além de facilitar a promover as amizades em sala de aula. No estudo de Ripley (1997), as crianças incluídas desenvolveram uma auto-imagem melhor, adquiriram maior motivação para desempenho de tarefas, reconheceram melhor suas próprias habilidades acadêmicas e sociais, tendo um aumento dessas habilidades, e os alunos sem NEE aprenderam a lidar melhor com a diferença. Alguns desses resultados vêm corroborar a inter-relação entre as habilidades

acadêmicas e as habilidades sociais, bem como sua importância para a formação e o desenvolvimento das crianças com e sem NEE.

Algumas escolas regulares dos Estados Unidos têm empregado um sistema colaborativo de ensino dentro do processo da inclusão escolar denominado de *co-ensino*, que é a colaboração entre professores do ensino regular e professores da Educação Especial para todas as responsabilidades de ensino, com todos os alunos da sala de aula (Cozart, Cudahy, Ndanda, & VanSickle, 2003; Gately & Gately, 2001; Keefe, Moore & Duff, 2004; Pugach & Johnson, 1989). Ou seja, cada sala de aula inclusiva possui um professor de ensino regular e um professor de Educação Especial, os quais trabalham num sistema colaborativo (Argüeles, Hugues & Schumm, 2000), sendo imprescindível uma boa comunicação interpessoal entre os mesmos (Gately & Gately, 2001; Wood 1998). Esse sistema colaborativo também tem trazido benefícios tanto para as crianças com NEE quanto para as crianças com desenvolvimento típico (Duchardt, Marlow, Inman, Christensen & Reeves, 1999; Federico, Herrold, & Venn, 1999; Gately & Gately, 2001; Pugach & Johnson, 1989; Ripley, 1997; Self, Benning, Marston & Magnusson, 1991; Welch, 2000), mas é uma realidade que, infelizmente, ainda está deveras distante do sistema educacional brasileiro.

Especificamente com relação às crianças com síndrome de Down, a sua inclusão tem representado um desafio para as escolas, principalmente para os professores (Castro e Freitas, 2005; Duarte & Manzoli, 2005). Apesar dos prováveis benefícios para as crianças de salas inclusivas apontados pelas pesquisas internacionais, e considerando-se que o processo inclusivo é relativamente recente no Brasil, o que se vê na prática é um certo despreparo e desconforto por parte dos professores com relação à inclusão no sistema escolar brasileiro, sentimentos comuns no início desse processo de mudança

dentro da sala de aula (Capellini, 2001; Hamill, Jantzen, & Bargerhuff, 1999; Oliveira, Silva, & Kassar, 2005). Esses sentimentos podem estar ocorrendo primeiramente porque, nesse início do século XXI, a inclusão escolar vem sendo, de certa maneira, imposta, principalmente às escolas municipais brasileiras, em que as salas de aula comportam um grande número de alunos; posteriormente, pela falta de formação desses professores e de preparo estrutural e administrativo das próprias escolas para receber uma criança com NEE, embora haja garantias legais de professores e escolas bem preparados para receber essas crianças (Lei Federal nº 9394/1996). Esses aspectos têm dificultado o sucesso da inclusão escolar, apontando para a necessidade de mudança de currículo nos cursos de Pedagogia e Licenciatura, maior suporte administrativo das escolas, e adaptação de currículos para as crianças com NEE, conforme as especificidades de cada uma (Lehr, 1999). Entretanto, apesar do despreparo, em um estudo de Beyer (2005), os professores pareceram possuir motivação para buscar soluções para a prática inclusiva através das relações com os colegas de trabalho e de formação continuada.

Um aspecto que merece grande atenção são as habilidades comunicativas do professor para concretizar a inclusão com sucesso, considerando que a adequada interação entre professor e alunos é imprescindível no processo inclusivo (Wigle & Wilcox, 1996). Pesquisas têm mostrado que muitos educadores interagem de uma maneira diferenciada com alunos com NEE; por exemplo, estudantes com risco de fracasso escolar recebem significativamente mais *feedback* não-acadêmico negativo ou neutro, e muito menos *feedback* acadêmico positivo que seus pares (Korinek, Walther-Thomas, McLaughlin, & Williams, 1999).

A avaliação e a promoção de habilidades sociais de crianças que apresentam NEE nessa área devem, na medida do possível, ser articuladas à promoção do repertório dos educadores em habilidades específicas, para que estes atuem como agentes complementares desse processo (Del Prette & Del Prette, 2004), modelando comportamentos socialmente habilidosos das crianças e oferecendo modelos adequados de interação nos diferentes contextos sociais.

Segundo Vieira e Denari (2005), para se efetivar uma real inclusão escolar, além de transformações curriculares, estruturais, ideológicas e de capacitação profissional, é essencial que se considerem os aspectos sociais e objetivos envolvidos no processo. A desinformação e a falta de contato cotidiano de pessoas com desenvolvimento típico e pessoas com NEE podem contribuir para a construção de preconceitos e dificuldades nas interações sociais entre esses. Por isso, é necessário que sejam ampliadas oportunidades de contato direto e de acesso a informações e reflexões acerca da diversidade, desde a infância (Vieira e Denari, 2005), responsabilidade principalmente dos pais e professores.

Por isso, há que se ter um cuidado especial com relação às habilidades sociais do professor, já que esse é um dos agentes sociais mais relevantes para a criança, ao lado dos pais. É função dos professores facilitarem relacionamentos dentro da sala de aula, com modelos adequados de interação, estabelecimento de regras, reforçamento e *feedback* positivos aos comportamentos adequados dos alunos, respeito às diferenças etc., promovendo às crianças com e sem NEE, além de um suporte acadêmico, um suporte social (Friend, 2002; Keefe, Moore, & Duff, 2004; Korinek, Walther-Thomas, McLaughlin, & Williams, 1999). Vários estudos conduzidos no Programa de Pós-Graduação em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos vêm

defendendo posição semelhante e especificando algumas das principais habilidades que devem nortear as interações entre o educador e seus educandos. Entre esses estudos podem ser destacados Aguiar (2003), Angélico (2004), Hildebrand (2000), Molina (2003) e Rosin-Pinola (2006).

Para Enguita (1989), a educação é uma conquista do Homem, que vem sendo utilizada, aprimorada e disseminada conforme as necessidades e anseios de aprendizagem e formação desse homem enquanto indivíduo cidadão e, de certa forma, conforme os interesses do Estado. Considerando a educação como importante fator de (trans)formação para todos os indivíduos, e que uma educação de qualidade promove não só o aprendizado de conteúdos disciplinares, mas também a aquisição de habilidades e a formação cidadã (crítica/de valores), deve-se ter um cuidado especial na educação de crianças com NEE, como crianças com síndrome de Down, por exemplo, que representam 5,4% (34.726) dos alunos com NEE de escolas regulares e especiais brasileiras, segundo dados do MEC de 2006 (Brasil, 2006a).

## **2. A Deficiência Mental e a Síndrome de Down**

O termo “deficiência mental” era usado com o mesmo significado de “retardo mental” até há pouco tempo, quando a Associação Americana de Retardo Mental (AAMR, 2002) escolheu “retardo mental” como o termo preferível. A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomendou o termo “subnormalidade mental”, que inclui duas categorias: retardo mental (funcionamento subnormal secundário a causas patológicas básicas identificáveis) e deficiência mental (Q.I. inferior a 70), que freqüentemente é usada como um termo legal (Kaplan, Sadock & Grebb, 2002).

A décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) usa o termo “retardo mental”, e o define como:

Uma condição de desenvolvimento interrompido ou incompleto da mente, a qual é especialmente caracterizada por comprometimentos de habilidades manifestadas durante o período de desenvolvimento, as quais contribuem para o nível global de inteligência, isto é, aptidões cognitivas, de linguagem, motoras e sociais (Kaplan, Sadock & Grebb, 2002, pp.955).

Segundo a AAMR (Associação Americana de Retardo Mental, 2002), o termo “retardo mental” refere-se a limitações substanciais no funcionamento do indivíduo, caracterizado pelo funcionamento intelectual significativamente inferior à média, associado com limitações relacionadas a duas ou mais das seguintes áreas de habilidades adaptativas: comunicação, autocuidados, habilidades domésticas, habilidades sociais, utilização dos recursos comunitários, autonomia, saúde e segurança, habilidades acadêmicas, lazer e trabalho (AAMR, 2002; Hallahan & Kauffman, 2003).

Desde a década de 90, a maioria dos especialistas estima que apenas de 10 a 15% dos casos de retardo mental possuem causas conhecidas. A AAMR (2002) categoriza as causas do retardo mental de acordo com o momento em que a mesma ocorre: (1) pré-natal (antes do nascimento), (2) perinatal (durante o nascimento), e (3) pós-natal (após o nascimento). Dentre as causas pré-natais estão: (1) as desordens cromossômicas/ causas genéticas, (2) erros de metabolismo intra-uterinos, (3) desordens desenvolvimentais que afetam a formação cerebral, e (4) influências ambientais (Hallahan & Kauffman, 2003).

Uma das causas genéticas mais comuns de retardo mental é a síndrome de Down, que não é transmitida hereditariamente (Hallahan & Kauffman, 2003). A síndrome de Down foi primeiramente descrita pelo médico inglês Langdon Down, em 1866, baseada nas características físicas associadas com um funcionamento mental

abaixo do normal. Desde então, a síndrome de Down vem sendo bastante investigada e discutida em termos de retardamento mental (Kaplan, Sadock & Grebb, 2002), de sociabilidade e de educação.

Apesar das inúmeras teorias e hipóteses dos dois últimos séculos (XX e XXI), a causa da síndrome de Down permanece ainda desconhecida. Há concordância quanto a alguns poucos fatores predisponentes das perturbações cromossômicas, como idade avançada da mãe (Gonçalves, França, Botton e Dutra, 2005; Hardman, Clifford, & Egan, 2005), idade avançada do pai (Hardman, Clifford, & Egan, 2005) e radiação por raios-X (Kaplan, Sadock & Grebb, 2002). O problema da causa é complicado ainda mais pela recente identificação de três tipos de aberrações cromossômicas na síndrome de Down (Kaplan, Sadock & Grebb, 2002; Voivodic, 2004):

- Trissomia 21 (3 cromossomos 21, e não 2 habituais): os indivíduos, ao invés de apresentarem 46 cromossomos em suas células, apresentam 47, com um cromossomo 21 extra. Uma não-disjunção durante a meiose, ocorrendo por razões ainda desconhecidas, pode ser responsável por essa perturbação. Os cariótipos das mães são normais. Os indivíduos com a trissomia 21 representam aproximadamente 96% dos casos de síndrome de Down.
- Trissomia por translocação: há uma fusão de 2 cromossomos, na maioria das vezes o 21 e o 15, resultando em um total de 46 cromossomos, apesar da presença de um cromossomo 21 extra (que se fundiu com algum outro cromossomo). A translocação se dá quando um cromossomo do par 21 e o outro, ao qual se agrupou, sofrem uma quebra na sua região central. Há uma união entre os dois braços mais longos, e a perda dos dois braços curtos. A perturbação, ao contrário da trissomia 21, é geralmente herdada, e o

cromossomo translocado pode ser encontrado em pais e irmãos não afetados, sendo que esses portadores assintomáticos têm apenas 45 cromossomos. Não se notam diferenças clínicas entre as crianças com trissomia 21 ou por translocação, sendo que a última ocorre em 2% dos casos de síndrome de Down.

- Mosaicismo: caracterizado pela presença de um percentual de células normais (com 46 cromossomos) e outro percentual de células trissômicas (com 47 cromossomos). A causa desse processo é ainda desconhecida, sabendo-se, no entanto, que é pequena a probabilidade de reincidência numa mesma família. Os indivíduos com o mosaicismo representam aproximadamente 2% dos casos de síndrome de Down.

Essa caracterização está sendo aqui enfocada apenas em uma perspectiva teórica, como explicitação da incidência na população com síndrome de Down. Tendo em vista os objetivos e a amostra reduzida da presente pesquisa, a identificação dessa tipologia não será considerada.

Segundo Kaplan, Sadock e Grebb (2002), dentro de uma visão médica, o retardo mental é o aspecto predominante da síndrome de Down, e as crianças com tal síndrome parecem ser dóceis, alegres e cooperativas, o que facilita seu ajustamento no lar. O quadro, entretanto, parece alterar-se nos adolescentes, especialmente nos institucionalizados, que podem desenvolver várias dificuldades emocionais, perturbações de comportamento e (raramente) doenças psicóticas.

Apesar da consideração respeitosa à visão médica, faz-se necessário ressaltar que os comportamentos de qualquer indivíduo, sendo ele criança, adolescente ou adulto, com ou sem a síndrome de Down, são mantidos ou extintos pelos ambientes freqüentados por esse indivíduo. Por exemplo, se os comportamentos dóceis, alegres e

cooperativos de uma criança são reforçados pelos membros de sua família (com atenção, elogios, etc.), obviamente esses comportamentos ocorrerão com uma frequência relativamente alta nesse ambiente específico, podendo se generalizar para outros contextos. Do contrário, se os comportamentos agressivos, ou problemas de comportamento de um adolescente são permitidos e reforçados pelos educadores (professores de uma instituição oferecendo atenção contingente a esse tipo de comportamento, por exemplo), esses comportamentos tornar-se-ão funcionais em certo ambiente, e a frequência desses comportamentos será, da mesma maneira, relativamente alta.

Existe um consenso na literatura (Hallahan & Kauffman, 2003; Hardman, Clifford, & Egan, 2005; Vanícola 2000; Voivodic 2004) acerca das características físicas da síndrome de Down, facilmente percebidas desde o nascimento do indivíduo, sendo as principais: ausência ou hipoatividade do reflexo de Moro; hipotonia muscular; face achatada; cabeça pequena; fendas palpebrais oblíquas; orelhas pequenas, arredondadas e displásticas; cavidade oral pequena (o que pode resultar numa projeção da língua para fora da boca); pescoço pequeno e com pele abundante; mãos pequenas e largas, com prega palmar única (simiesca); pés largos com dedos curtos; hiperelasticidade/hiperflexibilidade articular; pelve displástica ou com anormalidades morfológicas ao Raio-X; displasia da falange média do quinto dedo da mão (clinodactilia); maior suscetibilidade a problemas cardíacos, infecções respiratórias e leucemia.

As crianças com síndrome de Down apresentam características físicas semelhantes, porém o mesmo não ocorre em relação ao seu comportamento e ao seu padrão de desenvolvimento. Isso ocorre porque o comportamento e o desenvolvimento

da criança são resultados de sua carga genética, com as importantes influências que ela recebe do meio ambiente em que vive (Voivodic, 2004).

Não são muitos os estudos que caracterizam o desempenho social da criança com síndrome de Down, sendo que a literatura existente sobre esse aspecto traz informações contraditórias. Por exemplo, segundo Schwartzman (1999), a área do desenvolvimento social e emocional é aquela em que a criança com síndrome de Down demonstra, habitualmente, o menor comprometimento. Sorriem em resposta à fala por volta dos dois meses (1,5-4 meses); sorriem espontaneamente em torno dos três meses (2-6 meses), e reconhecem seus pais por volta dos três meses e meio (3-6 meses). Portanto, conforme esse autor, estes marcos são atingidos com cerca de um mês de atraso com relação a crianças com desenvolvimento típico.

Já segundo Mills (1999), a criança com síndrome de Down apresenta lentidão nas respostas, pobreza de expressão, dificuldade para direcionar e fixar o olhar, menor capacidade para assimilar condutas se comparadas às crianças com desenvolvimento típico, falta de iniciativa para começar a tarefa com objetivo definido, inconstância na realização, tendência à distração causada por pequenos estímulos presentes no meio ambiente, e tendência à hiperatividade sem objetivos claros. Em direção razoavelmente semelhante, Voivodic (2004) aponta que a criança com síndrome de Down apresenta um atraso de desenvolvimento motor, sorriso mais curto e menos intenso, um atraso no desenvolvimento da linguagem, déficit de memória e maior isolamento social.

Entretanto, é importante considerar até que ponto essas características são fisiológicas, e até que ponto essas características não são aprendidas pelas crianças com síndrome de Down por falta de estimulação adequada. Como o ritmo de aprendizagem dessas crianças se faz mais lentamente, pode ser que os comportamentos de estimulação

de seus educadores sejam menos freqüentes, já que demoram a ser reforçados pelas respostas desejáveis das crianças (fixação do olhar, sorrisos, balbucios, etc.), fazendo com que elas recebam menos estimulação e, conseqüentemente, comprometendo seu desenvolvimento motor, social, da linguagem, etc.

No mesmo sentido, para Voivodic (2004) e Andrade (2006), as crianças com síndrome de Down apresentam o mesmo padrão de desenvolvimento das crianças com desenvolvimento típico de sua faixa etária, com respostas semelhantes, em seqüência semelhante, mas num ritmo mais lento, como por exemplo, no desenvolvimento da linguagem. Por isso é muito importante a estimulação adequada a essas crianças desde o seu nascimento, levando em conta seus diferentes modos e ritmos de aprendizagem.

Soresi e Nota (2000), em um estudo orientado pela perspectiva da área das habilidades sociais, detalharam alguns dos déficits de desempenho social identificados em sua amostra de indivíduos com síndrome de Down. Tais déficits foram encontrados em habilidades de seguir instruções, demonstrar habilidades de cooperação, brincar com os colegas, conversar com diversas pessoas, perguntar sobre membros da família, e iniciar relações positivas com supervisores que facilitariam a sua entrada no mercado de trabalho. Entretanto, esses déficits podem ter sofrido influência das experiências de aprendizado desses indivíduos, como a estimulação oferecida pelos ambientes freqüentados pelos mesmos, o reforçamento de comportamentos adequados ou inadequados por parte de seus educadores, a modelação oferecida e a modelagem de comportamentos adequados desses indivíduos pelos educadores e ambientes freqüentados, etc.

### **3. A Inclusão Escolar e a Síndrome de Down**

Por mais de um século a síndrome de Down foi associada à condição de inferioridade. Tal preconceito e estereótipo em relação à síndrome de Down devem-se, em parte, ao modelo médico de deficiência, pois para esse modelo bastava prover o indivíduo com NEE de algum tipo de serviço especializado para assisti-lo, o que não necessariamente lhe proporcionava um desenvolvimento pessoal, social, educacional e profissional adequado e pleno. Tal modelo considerava as pessoas com deficiência mental como “doentes”, e tinha como objetivo adequar essas pessoas aos padrões da sociedade considerados “normais” (Voivodic, 2004).

A esse modelo que, de certa forma, ainda influencia a visão que se tem sobre a síndrome de Down, contrapõe-se o modelo educacional/social da deficiência, que concebe que as características deficitárias da pessoa com NEE não estão apenas no indivíduo, mas nos ambientes nos quais este indivíduo está inserido. Sob esse ponto de vista, é a própria sociedade que cria as dificuldades para a pessoa com deficiência mental, colocando-a em desvantagem para desempenhar suas funções em virtude de ambientes restritivos e discriminatórios (Voivodic, 2004). Por vezes, os educadores, com suas expectativas de que as crianças com NEE não podem executar certas atividades, comportam-se de maneira diferenciada, por vezes limitando a estimulação, por vezes dando instruções incompletas a essas crianças, interferindo no comportamento das mesmas.

O modelo educacional/social preconiza a integração social, acredita na transformação das estruturas mentais com a aprendizagem, e valoriza cada ser humano com suas especificidades, aceitando a diversidade (Voivodic, 2004). Nesse início do século XXI, pessoas com síndrome de Down têm demonstrado suas potencialidades e

capacidades inclusive no mercado de trabalho, em que estão ocupando funções tradicionalmente desempenhadas por pessoas com desenvolvimento típico (Pimentel, 2005).

Este modelo educacional/social evidenciou um novo olhar às crianças com síndrome de Down e às suas possibilidades em termos educativos. Devido às características específicas de sua deficiência, as crianças com síndrome de Down necessitam de uma ação educativa adequada para atender suas necessidades educacionais especiais. Segundo Voivodic (2004), não há como implementar um processo de inclusão que vise de fato a uma escolarização de qualidade, sem levar em conta as características da criança com deficiência. A autora acredita que as dificuldades do aluno com síndrome de Down não são apenas inerentes a sua condição, mas têm um caráter interativo: dependem das características do aluno, dos ambientes familiar e educacional e da proposta educativa a ele oferecida. Portanto, não é apenas o educando, (com NEE ou não), que deve adaptar-se ao sistema de ensino; é de responsabilidade da escola também adequar-se de modo a atender as necessidades individuais da criança para sua real participação, ou seja, para sua inclusão. Essa é a diferença básica apontada por Mendes (2002) entre a *integração escolar* (décadas de 50 e 70) e *inclusão escolar* (décadas de 80 e 90): enquanto que na integração escolar era o aluno que devia se adaptar aos padrões da escola, a qual era vista de uma maneira totalmente acrítica, na inclusão escolar há a necessidade de uma reestruturação do sistema educacional para prover uma educação de qualidade a todas as crianças.

O tema inclusão tem suscitado inúmeros debates sobre suas vantagens e desvantagens, evidenciando posições polêmicas e controversas entre os educadores e especialistas. Em um dos extremos, há posições que defendem a inclusão de todos os

alunos, independente de sua deficiência, em classes comuns, com a eliminação dos serviços de apoio e recursos auxiliares; no outro, há posições que vêem a inclusão como utópica e inviável na realidade educacional brasileira (Mendes, 2002). Uma opção que ficaria como meio termo entre esses dois extremos seria incluir na classe regular de ensino, crianças com NEE que tivessem condições de se desenvolver e aprender com o suporte proporcionado pelo professor e pela escola (por exemplo, estrutura física adequada, um currículo adaptado a essa criança, um professor com uma formação voltada para a educação inclusiva, uma administração que colaborasse com a inclusão, etc.). As crianças com comprometimentos mais severos, que não pudessem ser servidas em um ambiente de escola regular, poderiam frequentar escolas especiais, em que elas teriam um maior desenvolvimento e um melhor aprendizado através de atendimento especializado e individual.

O debate sobre inclusão que vem ocorrendo no Brasil atualmente parece não estar sendo suficiente para que se estabeleçam diretrizes políticas que promovam ações educacionais. Uma política efetiva de educação inclusiva deve ser gradativa, contínua, sistemática e planejada, para proporcionar às crianças, com ou sem NEE, uma educação de qualidade, atendendo às suas necessidades particulares.

Por um lado, um estudo realizado por Batista e Enumo (2004) mostrou que alunos com deficiência mental incluídos em escolas regulares de ensino são menos aceitos e mais rejeitados do que seus colegas com desenvolvimento típico, passando a maior parte do tempo de recreio sozinhos, e demonstrando dificuldade em iniciar, manter e finalizar os contatos sociais com os colegas. Entretanto, os autores enfatizam que a questão não é apenas garantir o acesso das crianças com NEE à escola, e sim promover a sua inclusão. Na prática, é necessário que haja mudanças curriculares, maior

participação dos pais e professores no processo de inclusão, e maior suporte administrativo e físico da escola. Essas crianças estão tendo suas relações sociais limitadas, empobrecendo seu repertório de habilidades sociais, o que, por sua vez, pode acarretar desajustes sociais, reafirmando assim, a condição de deficiente (Batista e Enumo, 2004). Encontra-se aí o papel imprescindível do professor nesse processo de inclusão escolar, atuando como mediador das relações interpessoais entre os alunos, na tentativa de superar as limitações sociais impostas às crianças com NEE, o que acaba por comprometer o seu repertório de habilidades sociais e, conseqüentemente, seu desenvolvimento como um todo.

Por outro lado, várias pesquisas (Federico, Herrold, & Venn, 1999; Ripley, 1997; Salend & Duhaney, 1999) apontam que as crianças com NEE que freqüentam escolas regulares de ensino têm ganhos significativos em seu desenvolvimento social e cognitivo. Dentre essas crianças beneficiadas estão as com síndrome de Down (Voivodic, 2004), que representam 5,4% (34.726) dos alunos com NEE de escolas regulares e especiais brasileiras, segundo dados do MEC de 2006 (Brasil, 2006a). As próprias mães de crianças com síndrome de Down preferem que seus filhos freqüentem escolas regulares, por julgarem que as mesmas promoverão maior desenvolvimento às crianças (Leal, 2006). Realmente, pode ser que as escolas regulares ofereçam uma estimulação mais rica/diversificada e uma variedade maior de modelos de interação mais próximos à realidade cotidiana que as escolas especiais, promovendo maior aprendizagem e desenvolvimento às crianças com NEE.

#### **4. O Desempenho Social, a Inclusão Escolar e a Síndrome de Down**

Os primeiros anos de vida de uma criança constituem um período crítico em seu desenvolvimento social, emocional e cognitivo, e o papel que a família desempenha nesse período é de fundamental importância. A qualidade de interação social entre pais e filhos produz efeitos importantes no desenvolvimento das áreas cognitivas, lingüísticas e socioemocionais da criança com deficiência mental (Voivodic, 2004).

A educação ministrada pela escola também é um processo importante na formação de todos os indivíduos, importância que vem sendo acentuada pela entrada da criança ainda com poucos meses de vida em creches e escolas maternas, antecedendo seu período de socialização fora do contexto familiar. Segundo Loureiro e Sanches (2006), o período de desenvolvimento entre os 6 e os doze anos vem sendo marcado pelo desafio da produtividade, que indica a importância da confiança que a própria criança desenvolve em seu potencial de realizações, que possam ser valorizadas por ela mesma e pelas pessoas com quem convive, sendo um período socialmente decisivo. Considerando as crianças com síndrome de Down, a educação pode, ou não, tornar-se um instrumento transformador desses indivíduos, dependendo da metodologia (práticas e estratégias educativas) que for utilizada. É preciso, também, levar em conta que o papel da escola não é apenas o de ensinar conteúdos acadêmicos, mas principalmente estabelecer padrões de convivência social (Voivodic, 2004).

Frente às inúmeras experiências de aprendizado e socialização proporcionadas pela escola, as crianças são solicitadas a coordenar aspectos relativos à competência social, tanto no que se refere ao desempenho acadêmico, como ao comportamento (Loureiro & Sanches, 2006). Portanto, a sala de aula deve ser reconhecida como uma comunidade pelo professor, o qual deve comprometer-se com o ensino de atitudes,

habilidades, direitos, responsabilidades e interações que fazem com que a sociedade funcione de maneira adequada e se desenvolva (Korinek, Walther-Thomas, McLaughlin & Williams, 1999).

Dentre essas habilidades que devem ser ensinadas na escola, encontram-se as habilidades sociais (Del Prette & Del Prette, 1997; Wigle & Wilcox, 1996), que têm assumido um papel fundamental no desenvolvimento social, afetivo e cognitivo do indivíduo, permeando sua vida em todos os seus ambientes. Ou seja, cabe ao professor ter um bom relacionamento interpessoal com seus alunos, a fim de oferecer modelos de interação que possam promover um desenvolvimento social, cognitivo e afetivo mais adequado aos mesmos. No caso desse professor ter alunos com NEE em sua sala de aula, é de sua responsabilidade realizar a inclusão escolar dos mesmos na prática, bem como orientar os outros alunos a lidar com esses novos colegas de maneira socialmente habilidosa, a fim de possibilitar um desenvolvimento social, emocional e cognitivo mais adequado para todos os integrantes da sala de aula.

Apesar de haver posições contrárias (Batista e Enumo, 2004), alguns estudos apontam que a inclusão escolar propicia ganhos significativos no desenvolvimento social e cognitivo tanto das crianças com NEE (Murawski & Swanson, 2000; Voivodic, 2004) quanto das crianças com desenvolvimento típico (Ripley, 1997). E é através das relações sociais (pautadas no repertório de habilidades sociais dos pais, professores, funcionários da escola e das crianças) que a inclusão é feita na prática. Por isso, para que a inclusão tenha resultados positivos para as crianças com NEE e para as crianças com desenvolvimento típico, os educadores precisam desenvolver habilidades sociais adequadas (Salend & Duhaney, 1999).

Portanto, as relações interpessoais estabelecidas entre as crianças com NEE e seus pares, professores e outros (base da inclusão) parecem ser condição necessária, mas não suficiente, para promover um maior desenvolvimento e uma melhor qualidade de vida às crianças com NEE. Com isso, poder-se-ia dizer que quanto maior a frequência de relações sociais adequadas da criança com NEE, provavelmente maiores as suas chances de desenvolvimento e qualidade de vida.

## **5. As Habilidades Sociais**

Os estudos sobre Psicologia Social têm ganhado importância principalmente a partir do final do século XVIII, considerando sua definição como “estudo científico da influência recíproca entre as pessoas (interação social) e do processo cognitivo gerado por esta interação (pensamento social)” (Rodrigues, Assmar & Jablonski, 1999). Portanto, o desempenho social tem sido alvo de interesse da Psicologia há algum tempo, e realmente parece consenso entre as teorias de desenvolvimento que os tipos de interações e relações sociais que o indivíduo estabelece em sua vida são importantes para sua saúde mental e desenvolvimento (Del Prette & Del Prette, 1999).

As habilidades sociais são geralmente consideradas essenciais para o processo de ajustamento em diversos ambientes (Soresi & Nota, 2000), e pesquisas nessa área têm identificado relações entre um repertório elaborado dessas habilidades e o ajustamento psicossocial, a saúde psicológica, o sucesso pessoal e profissional, assim com entre déficits de habilidades sociais e problemas psicológicos ao longo do desenvolvimento (Bandeira, Del Prette, Del Prette & Magalhães, 2005).

Os comportamentos sociais podem advir de uma predisposição genética do indivíduo (como a introversão e a extroversão, por exemplo), mas as experiências de

aprendizagem, ou as condições ambientais, são os principais componentes na constituição do repertório social do mesmo (Del Prette & Del Prette, 1999, 2005a). Essa visão de que as características aprendidas são claramente mais importantes para o desenvolvimento do que as características fisiológicas deve ser a base de construção do repertório comportamental de todas as crianças, obviamente incluindo as com NEE, justificando maior investimento e empenho por parte dos educadores na estimulação oferecida e na aprendizagem de comportamentos adequados pelas crianças.

Ao longo do ciclo vital de uma pessoa (desde o nascimento até a velhice), observa-se a necessidade de mudanças no repertório comportamental para uma adaptabilidade social adequada, gerando um processo de aprendizagem durante toda a vida (Del Prette & Del Prette, 1999).

O que é denominado, na atualidade, de Treinamento de Habilidades Sociais (THS) constitui um campo de investigação e de aplicação do conhecimento que a Psicologia possui sobre o desempenho social, compreendendo alguns conceitos básicos como assertividade, habilidades sociais e competência social (Del Prette & Del Prette, 1999).

Considerando as várias definições designadas ao termo, pode-se entender assertividade como a expressão dos valores, pensamentos, sentimentos e crenças, ou defesa dos próprios direitos, sem ansiedade demasiada, de uma maneira adequada (direta e honesta), sem violar o direito do outro (Del Prette & Del Prette, 2003).

Os termos habilidades sociais e competência social têm sido empregados de forma indistinta na literatura, por vezes enfatizando-se a funcionalidade do comportamento, em termos de adequação ao contexto ou de conseqüências obtidas, e por vezes enfatizando-se o seu conteúdo, em termos de classes de comportamentos

definidos pela sua topografia (Caballo, 2002). No entanto, para Del Prette e Del Prette (2001, pp.31),

O termo habilidades sociais se diferencia dos termos desempenho social e competência social: o desempenho social refere-se à emissão de um comportamento ou seqüência de comportamentos em uma situação social qualquer; o termo habilidades sociais refere-se à existência de diferentes classes de comportamentos sociais no repertório do indivíduo para lidar de maneira adequada com as demandas das situações interpessoais; e a competência social tem sentido avaliativo que remete aos efeitos do desempenho social nas situações vividas pelo indivíduo. Muitas vezes, uma pessoa possui as habilidades, mas não as utiliza no desempenho por diversas razões, como ansiedade, crenças equivocadas e dificuldade de leitura dos sinais do ambiente (Del Prette & Del Prette, 2001, pp.31).

Pode-se, então, considerar resumidamente que o desempenho social é qualquer comportamento emitido em uma demanda social, (seja ele competente ou não), as habilidades sociais constituem o repertório comportamental que o indivíduo possui para lidar com as demandas sociais de maneira eficiente, adquirido através de suas experiências de vida, e competência social é a capacidade de o indivíduo usar esse repertório de maneira funcional, eficiente e/ou adequada conforme a demanda apresentada, considerando o termo demanda como “...ocasião ou oportunidade diante da qual se espera um determinado desempenho social em relação a uma ou mais pessoas” (Del Prette & Del Prette, 2001, pp.46).

Com relação à criança, além de aprender um conjunto de habilidades sociais para atender às demandas das diferentes situações sociais, ela precisa articular fatores pessoais, da situação e da cultura para apresentar um desempenho socialmente competente. Essa articulação implica coerência entre sentimentos, pensamentos e ações e está na base do conceito de competência social (Del Prette & Del Prette, 2005a). Geralmente, as experiências de vida são acompanhadas de esforços adaptativos, que podem ser mais ou menos persistentes, de acordo com a percepção da criança acerca de

seus próprios recursos. Na idade escolar, um dos aspectos essenciais refere-se à satisfação da criança com suas competências relativas à aprendizagem e aos relacionamentos interpessoais (Loureiro & Sanches, 2006).

Uma habilidade social muito importante desde a infância e decisiva no processo de inclusão é a empatia, que é a capacidade de compreender e sentir o que uma outra pessoa pensa e sente em uma situação de demanda afetiva, comunicando-lhe adequadamente tal compreensão e sentimento (Del Prette & Del Prette, 2001). A empatia é particularmente importante pois o responder empaticamente às pessoas facilita o estabelecimento de *rapport* e vínculos interpessoais, estreitando relacionamentos, além de estar relacionada ao desempenho de comportamentos morais (Pavarino, 2004). Pode-se dizer que tanto o comportamento assertivo quanto o comportamento empático promovem uma relação equilibrada entre os dois pólos de uma relação, trazendo bem-estar para ambas as partes.

Se por uma lado a conduta assertiva propicia aumento da auto-estima e redução da ansiedade e da depressão, a conduta empática reduz o conflito social e o rompimento, tornando a interação mais agradável (Falcone, 1998, pp.04).

Considerando essas definições, Del Prette e Del Prette (1999) pontuam três dimensões importantes na análise das habilidades sociais e da competência social: **a pessoal** (que inclui os componentes comportamental, cognitivo-afetivo e fisiológico do repertório do indivíduo), **a situacional** (que inclui interlocutores e demandas da situação) e **a cultural** (que inclui normas, valores e regras da sociedade onde o indivíduo está inserido). Ou seja, as habilidades sociais devem ser consideradas dentro de um marco cultural determinado, e os padrões de comunicação variam amplamente entre culturas e até mesmo dentro de uma mesma cultura, dependendo de fatores como idade, sexo, classe social e educação (Caballo, 2002).

Para Caballo (2002), as condutas verbal e não verbal constituem os elementos fundamentais da comunicação, e por conseguinte, das habilidades sociais. Desde o nascimento a criança expressa uma série de emoções através dos canais de comunicação verbal (choro) e não-verbal (movimentos do corpo, mãos, face). O canal não-verbal vai se tornando cada vez mais elaborado, com a utilização de expressões e gestos cada vez mais refinados; o verbal desenvolve-se posteriormente, contando com componentes paralinguísticos da linguagem, como latência, volume, entonação, etc., e com os componentes verbais, como elementos da fala, elementos da conversação, variáveis interpessoais, etc. (Argyle, 1987; Caballo, 2002; Del Prette & Del Prette, 2001).

A habilidade de expressar sentimentos é muito importante para o sucesso das relações interpessoais e, tão logo quanto possível, a criança deve ser capaz de aprender a conhecer seus sentimentos, identificando-os pelos nomes socialmente corretos, e de aprender a lidar com os mesmos de forma adequada (Del Prette & Del Prette, 2001).

Segundo Del Prette e Del Prette (2005a), os problemas comportamentais e emocionais, que acompanham os diferentes transtornos psicológicos e que podem se expressar como dificuldades interpessoais na infância, são classificados na psicologia infantil em dois grandes grupos: os externalizantes (que são mais frequentes em transtornos que envolvem agressividade física e/ou verbal, comportamentos opositores ou desafiantes, condutas anti-sociais como mentir e roubar e comportamentos de risco como uso de substâncias psicoativas) e os internalizantes (que são mais prontamente identificáveis em transtornos como depressão, isolamento social, ansiedade e fobia social).

As dificuldades interpessoais que caracterizam esses dois grupos de problemas decorrem basicamente de um repertório pobre de habilidades sociais, principalmente em termos de empatia, expressão de sentimentos e resolução de problemas, com correlatos cognitivos e emocionais como baixa

auto-estima, crenças e atribuições disfuncionais, impulsividade e temperamento difícil, entre outros (Del Prette & Del Prette, 2005a, pp.19).

A despeito de os quadros de deficiência sensorial e mental não serem classificados como problemas internalizantes ou externalizantes, eles se caracterizam por dificuldades interpessoais correlatas. As limitações próprias desses indivíduos podem comprometer tanto o acesso e processamento cognitivo da estimulação social do ambiente como o desempenho de respostas socialmente competentes. As deficiências em geral incidem sobre a capacidade de identificar as demandas do contexto social bem como sobre o planejamento e/ou emissão dos desempenhos esperados sob tais demandas, reduzindo, portanto, o nível de proficiência desses desempenhos (Del Prette & Del Prette, 2005a).

Durante as duas últimas décadas, as habilidades sociais têm adquirido grande importância nos estudos que envolvem pessoas com dificuldades de aprendizagem e problemas no desenvolvimento, considerando que a própria definição de dificuldades de aprendizagem inclui o aspecto social (Soresi & Nota, 2000). Os estudos sobre competência social de pessoas com retardo mental indicam alguns déficits, como dificuldade em definir sentimentos próprios, dificuldade na estruturação de frases, déficits em componentes comunicativos não-verbais, baixa competência de reformular a própria fala, e déficits nas habilidades assertivas de lidar com críticas, recusar e discordar (Aguiar, 2003; Angélico, 2004; Del Prette & Del Prette, 2005a; Paula, 1999).

O repertório de habilidades sociais dos pais pode influenciar a intensidade e a qualidade do envolvimento com seus filhos e o tipo de prática adotada. Entre as práticas educativas parentais consideradas positivas estão a monitoria positiva (supervisão dos pais sobre o que a criança faz ou deixa de fazer) e o comportamento moral (ensino de valores); do lado oposto encontram-se as práticas negativas de abuso físico ou

psicológico, controle aversivo e negligência. Diversos estudos apontam a existência de correlações entre práticas educativas inadequadas dos pais e problemas de comportamento, desenvolvimento cognitivo reduzido e baixo desempenho acadêmico dos filhos (Cia, Pereira, Del Prette & Del Prette, 2006; Del Prette & Del Prette, 2005a).

Com isso, é possível afirmar que o ambiente familiar pode tanto promover comportamentos socialmente habilidosos, como favorecer o surgimento e/ou manutenção de comportamentos socialmente indesejáveis (Bolsoni-Silva, 2003).

Depois do familiar, o segundo ambiente social complexo de que a criança participa é o escolar. Considerando a complexidade das interações sociais, a escola deveria estar preparada para desempenhar a função de ensinar como interagir socialmente de maneira adequada e satisfatória, além de ser responsável por passar os conhecimentos produzidos historicamente (Enguita, 1989). Portanto, a escola deve promover o desenvolvimento físico, cognitivo, afetivo, moral e social de todos os alunos, ao mesmo tempo em que deve facilitar-lhes a integração na sociedade como membros ativos (Capellini, 2001).

Ao ingressar na escola, a criança entra em contato com pessoas/grupos diferentes, uma organização diferenciada (regras e normas), etc. em que necessitará de novas habilidades para assumir diferentes papéis, ter uma conduta moral, cooperar, ajudar, controlar sentimentos, entre outros, afim de que ela seja competente socialmente nesse contexto. Ao mesmo tempo, um repertório deficitário de habilidades sociais pode dificultar as relações de amizade de crianças com NEE, repertório este que vem se revelando como fundamental no processo de inserção e ajustamento da criança ao seu ambiente escolar (Garcia, 2006).

O investimento da escola na promoção de habilidades sociais pode ser defendido com base em pelo menos três argumentos: (a) a função social da escola; (b) as evidências de relação entre habilidades sociais e desempenho acadêmico; e (c) as políticas de inclusão (Del Prette & Del Prette, 2005a).

A função social da escola é geralmente colocada em termos de preparar futuros cidadãos, críticos e construtores da realidade social. Essa meta implica em interações pautadas pela ética, pelo respeito a normas e pelo desempenho de habilidades interpessoais necessárias à reivindicação e defesa de direitos e ao relacionamento saudável e produtivo em diferentes contextos (Del Prette & Del Prette, 2005a).

Estudos (Del Prette e Del Prette, 2005a; Garcia, 2006; Loreiro & Sanches, 2006; Rosin-Pinola, 2006) vêm demonstrando correlações significativas entre a competência social da criança e seu rendimento acadêmico. Essas correlações, juntamente com as evidências de efeitos benéficos da promoção da competência social sobre o desempenho acadêmico (Agostin & Bain, 1997; Molina, 2003), têm levado à caracterização de um conjunto de “habilidades sociais educativas”, vistas como pré ou co-requisitos do sucesso escolar, justificando um maior investimento da escola no desenvolvimento interpessoal das crianças (Del Prette e Del Prette, 2005a).

Com relação às atuais políticas de inclusão, entende-se que o desenvolvimento interpessoal (particularmente nas habilidades de resolução de problemas, empatia, autocontrole e comportamentos pró-sociais) é componente indispensável ao processo inclusivo. Isso fica evidente quando se pensa que os principais objetivos da inclusão escolar seriam: (a) a melhoria da qualidade do relacionamento entre os colegas; e (b) a promoção de atitudes de compreensão e aceitação das diferenças por parte dos colegas e professores, entendendo o termo atitude como uma organização entre os componentes

cognitivo, afetivo e comportamental (Del Prette & Del Prette, 2005a; Rodrigues, Assmar & Jablonski, 1999). As crianças com retardo mental, deficiências sensoriais e físicas ou transtornos invasivos do desenvolvimento apresentam comprometimentos cognitivos, afetivos, perceptivos ou motores que dificultam a aquisição “natural” dessas habilidades, requerendo, portanto, programas especiais de promoção de um repertório mais diversificado de habilidades sociais (Del Prette & Del Prette, 2005a).

Portanto, para que a inclusão dos indivíduos com NEE nas classes regulares de ensino realmente ocorra, além da mudança de políticas e valores da sociedade, da compreensão, da aceitação e do respeito às diferenças, é necessário um adequado repertório de habilidades sociais dos pais e professores, principalmente, que medie as relações entre filho - pais, pais – professor, professor – aluno, aluno - aluno, já que a mediação das relações interpessoais é a base do processo de inclusão. Além disso, é com base no repertório de habilidades sociais dos pais e dos professores, primeiramente, que se desenvolverá o repertório de habilidades sociais da criança.

Considerando então, a importância do repertório de habilidades sociais da criança para seu desenvolvimento psicológico, nos mais variados ambientes que frequenta (principalmente familiar e escolar), surge uma questão interessante: como avaliar as habilidades sociais e/ou a competência social de uma criança?

Segundo Del Prette e Del Prette (2002), a grande maioria dos instrumentos de avaliação de habilidades sociais de crianças é aplicada junto aos cuidadores (pais ou professores, principalmente). São ainda raros os instrumentos de auto-avaliação com crianças, e isso provavelmente se dá devido às dificuldades próprias do estágio de desenvolvimento de habilidades em que as crianças se encontram. Mas apesar dessas dificuldades, pode-se defender a importância da auto-avaliação pela criança devido: 1) à

possibilidade desta compreender seus critérios e identificar fatores pessoais; 2) ao fornecimento de oportunidade de automonitoria e de compreensão da importância da qualidade das relações interpessoais por esta criança; e 3) por ser uma forma de comparação entre o relato da criança e o de seus significantes. Uma forma de superar as dificuldades em relação à auto-avaliação por parte da criança é a tentativa de se substituir as demandas de leitura e escrita por materiais audiovisuais que sejam atraentes o suficiente para manter a atenção da criança e facilmente compreensíveis para ampliar sua validade e viabilidade de aplicação (Del Prette & Del Prette, 2002).

Um estudo de Barreto, Ferreira, Magalhães, Del Prette e Del Prette (2005) objetivou investigar a auto-avaliação da criança quanto à frequência das reações habilidosas, não habilidosas passivas e não habilidosas ativas em sua possível relação com a avaliação da criança sobre a adequação dessas reações. Nesse estudo foram avaliadas 331 crianças, entre 8 e 12 anos, do Ensino Fundamental, de escolas públicas e particulares de três estados brasileiros, por meio do Inventário Multimídia de Habilidades Sociais de Crianças-Del Prette (Del Prette & Del Prette, 2005b). Os dados mostraram a tendência das crianças a avaliarem com maior frequência e adequação as reações habilidosas, seguidas das reações passivas e ativas. Apesar das reações não habilidosas serem incompatíveis com um repertório socialmente competente, as crianças tenderam a avaliar as reações passivas como adequadas, enquanto que as reações ativas foram avaliadas como inadequadas, o que sugere que parte das reações passivas foi confundida com reações habilidosas (Barreto e cols., 2005).

Há um conjunto de estudos (Bolsoni-Silva, Del Prette, Del Prette, Montanher, Bandeira & Del Prette, 2006; Del Prette & Del Prette, 2001; Gerck & Cunha, 2006) que já permite um conhecimento razoável sobre as habilidades sociais de indivíduos adultos

em diferentes contextos do nosso cotidiano. No entanto, a análise do repertório social na infância é recente. Os autores Del Prette e Del Prette (2005a) propõem um sistema de sete classes de habilidades sociais, entendidas como prioritárias no desenvolvimento interpessoal da criança, conforme apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1.

*Classes e subclasses de habilidades propostas como relevantes na infância (Conforme apresentada em Del Prette e Del Prette, 2005a, pp.46 e 47 – reprodução concedida pelos autores)*

<b>Classes</b>	<b>Principais subclasses</b>
<b>Autocontrole e expressividade emocional</b>	Reconhecer e nomear as emoções próprias e dos outros, controlar a ansiedade, falar sobre emoções e sentimentos, acalmar-se, lidar com os próprios sentimentos, controlar o humor, tolerar frustrações, mostrar espírito esportivo, expressar as emoções positivas e negativas
<b>Civilidade</b>	Cumprimentar pessoas, despedir-se, usar locuções como: <i>por favor, obrigado, desculpe, com licença</i> , aguardar a vez para falar, fazer e aceitar elogios, seguir regras ou instruções, fazer perguntas, responder perguntas, chamar o outro pelo nome
<b>Empatia</b>	Observar, prestar atenção, ouvir e demonstrar interesse pelo outro, reconhecer/inferir sentimentos do interlocutor, compreender a situação (assumir perspectiva), demonstrar respeito às diferenças, expressar compreensão pelo sentimento ou experiência do outro, oferecer ajuda, compartilhar
<b>Assertividade</b>	Expressar sentimentos negativos (raiva e desagrado), falar sobre as próprias qualidades ou defeitos, concordar ou discordar de opiniões, fazer e recusar pedidos, lidar com críticas e gozações, pedir mudança de comportamento, negociar interesses conflitantes, defender os próprios direitos, resistir à pressão dos colegas
<b>Fazer amizades</b>	Fazer perguntas pessoais, responder perguntas oferecendo informação livre (auto-revelação), aproveitar as informações livres oferecidas pelo interlocutor, sugerir atividade, cumprimentar, apresentar-se, elogiar e aceitar elogios, oferecer ajuda e cooperar, iniciar e manter conversação (“enturmar-se”), identificar e usar jargões apropriados
<b>Solução de problemas interpessoais</b>	Acalmar-se diante de uma situação problema, pensar antes de tomar decisões, reconhecer e nomear diferentes tipos de problemas, identificar e avaliar possíveis alternativas de solução, escolher, implementar e avaliar uma alternativa, avaliar o processo de tomada de decisão
<b>Habilidades sociais acadêmicas</b>	Seguir regras ou instruções orais, observar, prestar atenção, ignorar interrupções dos colegas, imitar comportamentos socialmente competentes, aguardar a vez para falar, fazer e responder perguntas, oferecer, solicitar e agradecer ajuda, buscar aprovação por desempenho realizado, elogiar e agradecer elogios, reconhecer a qualidade do desempenho do outro, atender pedidos, cooperar e participar de discussões

Segundo Del Prette e Del Prette (2005a), as crianças não desenvolvem igualmente suas diferentes habilidades sociais, nem as desempenham com igual proficiência em todas as situações, já que esse desenvolvimento e esse desempenho dependem de variáveis pessoais, situacionais, históricas (familiares e educacionais principalmente) e culturais.

## **6. As Habilidades Sociais e a Síndrome de Down**

Como foi dito até aqui, o repertório de desempenho social da criança ou do indivíduo é, em sua grande maioria, adquirido conforme as experiências sociais da(o) mesma(o). As pessoas com NEE, além de possuírem algumas limitações físicas e/ou mentais, geralmente são mais privadas de estimulação social, por requererem condições especiais de convívio e aprendizagem, que na maioria das vezes não são disponibilizadas por seu ambiente. Sabe-se também que, apesar de a sociedade estar estabelecendo uma visão cada vez menos preconceituosa com relação a pessoas com NEE, devido aos vários estudos e movimentos de conscientização de educadores e pais, os indivíduos em geral ainda não possuem um preparo adequado para promover um desenvolvimento que aproveite ao máximo as potencialidades das pessoas com NEE e de seu ambiente. Se a educação dos indivíduos sem NEE depende das relações interpessoais vividas em casa, na escola e nos outros ambientes que frequenta, há que se ter um cuidado maior no processo educacional de indivíduos com NEE, propiciando relações interpessoais mais estimuladoras e adequadas às especificidades de cada criança.

São poucas as pesquisas com metodologia especificada sobre os comportamentos sociais de indivíduos com síndrome de Down, sendo algumas citadas a

seguir. Soresi e Nota (2000) realizaram um treinamento de habilidades sociais com adolescentes com síndrome de Down, sendo 10 mulheres e 10 homens, distribuídos por randomização emparelhada em dois grupos: grupo experimental e grupo de controle, controlando-se as variáveis idade e nível de retardo mental. Os participantes foram avaliados por observação direta e avaliação dos professores. Num primeiro momento, os adolescentes eram observados com relação ao seguimento de técnicas instrucionais referentes aos objetivos da sessão, como instrução, *role-playing*, *feedback*, reforçamento positivo, e repetição com *feedback* e reforçamento, e era verificada a generalização dos comportamentos para o ambiente natural. Além dessa observação, seus professores avaliavam-nos por meio de um instrumento de habilidades sociais, o V. A. S.<sup>1</sup>, constituído por 52 itens de habilidades sociais, divididos em quatro fatores: 1) habilidades facilitadoras de estabelecimento de relações assertivas positivas; 2) habilidades de autocontrole facilitadoras de adaptação social; 3) habilidades de tarefa com objetivo definido; e 4) habilidades facilitadoras de aumento de relações de amizade com pares.

Os pesquisadores concluíram que programas de treinamento de habilidades sociais podem, de fato, produzir modificações na qualidade e na frequência de comportamentos sociais de indivíduos com síndrome de Down. Entretanto, é necessário um maior engajamento dos professores, pares e família no treinamento, para que este seja mais efetivo (Soresi e Nota, 2000). Novamente se confirma a importância dos ambientes e contextos frequentados pelas pessoas, com ou sem síndrome de Down, considerando a estimulação recebida e a consequência para os seus comportamentos. Obviamente a visão médica traz dados muito relevantes acerca da fisiologia dos

---

<sup>1</sup> Italian Acronym of Social Abilities Valuation Scale, desenvolvido por Soresi e Nota em 1997.

indivíduos com síndrome de Down, dados esses que auxiliam no entendimento, dentro de uma visão mais ampla, do desenvolvimento e funcionamento dos organismos dos mesmos; entretanto é necessário ter um olhar educacional e social sobre seu processo de desenvolvimento, visualizando a possibilidade de estimular e propiciar aprendizado a esses indivíduos, e não caracterizando-os com um rótulo de “deficiente”, que explica os seus comportamentos deficitários, os quais, por sua vez, explicam o rótulo, e acaba por se cair num círculo vicioso, onde o processo educacional desse indivíduo, por vezes, é introduzido de maneira incompleta.

Pesquisadores norte-americanos, (Freeman & Kasarin, 2002), desenvolveram um estudo sobre as características e qualidades dos momentos de brincar de crianças com síndrome de Down. Eles tinham como objetivos identificar os pares das crianças com síndrome de Down e as características individuais e da díade, examinar a qualidade da interação entre os pares da díade, determinar se os pares trazidos para os momentos de brincar podiam ser considerados amigos, e, uma vez estabelecida, examinar o que definia a interação de amizade. Participaram deste estudo 54 crianças, sendo 27 com síndrome de Down e 27 trazidas como amigas pelas primeiras. Das crianças com síndrome de Down, 10 eram do sexo masculino e 17 do sexo feminino; e das crianças trazidas como amigas, nove eram do sexo masculino e 18 do sexo feminino, sendo que seis dessas crianças trazidas também tinham síndrome de Down. A distribuição quanto ao gênero nas díades foi a seguinte: 13 díades de meninas/meninas, cinco díades de meninos/meninos e nove díades mistas (cinco onde a criança trazida era menino e quatro onde a criança trazida era menina).

Duas situações foram utilizadas para examinar e descrever as relações de amizade das crianças com síndrome de Down: a limitada, em que havia apenas um

brinquedo, e a aberta, em que havia vários brinquedos para serem escolhidos. Ambas as situações foram gravadas por vinte minutos, sendo que a situação aberta sempre seguia a limitada. Para registrar os dados foi utilizado um instrumento, o “Dyadic Relationships Q-Set” (Freeman & Kasarin, 2002), constituído por 55 itens, divididos em sete categorias: orientação social positiva, companheirismo, harmonia, controle, responsividade, brincadeira coordenada e auto-preservação.

Os resultados demonstram que as brincadeiras das crianças não foram afetadas pela diferença das duas situações de brinquedos (limitada ou aberta). Resumidamente, os resultados sugerem que a semelhança em certas características entre as crianças pares da díade, como gênero, idade cronológica e experiências de sala de aula, relacionam-se à melhor qualidade de interação em momentos de brincar de crianças com síndrome de Down; ou seja, assim como as crianças com desenvolvimento típico, as crianças com síndrome de Down tendem a escolher pares com as mesmas características que elas, como gênero, etnia e idade. Além disso, a maioria das relações de amizade entre os pares de crianças foi considerada como completamente estável, sendo as crianças pares das díades nomeadas reciprocamente como amigas, amizade essa que foi validada pelos pais. As díades de amigos interagiram com altos níveis de brincadeiras, afeto muito positivo, e foram tão responsivas em iniciativas quanto as díades de crianças com desenvolvimento típico.

Este estudo é válido, por contribuir para o avanço nos conhecimentos acerca da sociabilidade das crianças com síndrome de Down, identificando-as como sociáveis e amigáveis. Não obstante, ele não especifica que comportamentos considerados sociais e amistosos elas emitem, na presença de quais estímulos, em relação a quais interlocutores, ou quais as conseqüências para os comportamentos considerados sociais

e amistosos e as conseqüências para os comportamentos considerados não-sociais e não-amistosos, e ainda, quais os critérios que estariam sendo utilizados para definir comportamentos sociais e não-sociais, e amistosos e não-amistosos. Em outras palavras, o “comportamento social” ou a sociabilidade, bem como o “comportamento amistoso” citados não foram definidos nem pela sua topografia (forma/estrutura do comportamento) e nem pela sua funcionalidade (função/conseqüenciação do comportamento). Provavelmente o “comportamento social” e o “comportamento amistoso” podem ser desmembrados em várias classes de comportamento e descritos mais detalhadamente, e analisando-se os antecedentes e conseqüentes desses comportamentos, poder-se-ia inferir em função do quê eles estão sendo emitidos.

Uma pesquisa bem ampla foi realizada pela Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down (Schiavo, Torres, Fontes, Santos, Castelães, Muniz, Moreira, Fernandes, Solano, Werneck, Bragança, & Carvalho, 1999), com o objetivo de levantar o perfil das pessoas com síndrome de Down em atendimento no Brasil, as formas de atendimento disponíveis e as principais características dos profissionais e instituições (governamentais, não-governamentais e privadas) que buscam atendê-las. Nesta pesquisa utilizaram-se metodologias de natureza quantitativo-qualitativa (entrevistas formais e questionários auto-administrados) e/ou qualitativa (grupos focais e observação sistemática), e identificou-se um conjunto de sete áreas temáticas consideradas relevantes para o estudo, e as principais variáveis a serem pesquisadas em cada uma dessas áreas: 1) características sócio-demográficas dos grupos pesquisados; 2) características gerais dos serviços de atendimento disponíveis; 3) perfil e níveis de capacitação dos profissionais de atendimento; 4) os direitos da cidadania; 5) desenvolvimento pessoal e social: capacidades e habilidades; 6) sexualidade, namoro e

matrimônio; e 7) associativismo e inclusão. Neste estudo deter-se-á na área de desenvolvimento pessoal e social: capacidades e habilidades, e mais especificamente na variável “Relações Sociais e de Amizade”, por esse tipo de relação ser o aspecto mais relevante para a pesquisa.

Participaram do estudo (Schiavo & cols., 1999): 445 pais ou responsáveis; 423 crianças, adolescentes e adultos com síndrome de Down, sendo 244 (57,7%) do sexo masculino e 179 (42,3%) do sexo feminino; e 327 profissionais de atendimento. As áreas temáticas e variáveis foram selecionadas de modo a propiciar um levantamento de um amplo espectro de dados e informações sobre os três grupos-alvo da pesquisa: 1) pessoas com síndrome de Down; 2) pais de pessoas com síndrome de Down; e 3) profissionais atuantes no atendimento a pessoas com síndrome de Down. (Embora não tenham sido formalmente entrevistadas, nos grupos focais as pessoas com síndrome de Down tiveram ampla oportunidade de manifestação, expressando livremente suas opiniões e percepções sobre as diferentes temáticas abordadas).

Os resultados da pesquisa de Schiavo e cols. (1999) com relação aos aspectos referentes ao convívio social e comunitário das pessoas com síndrome de Down, bem como às suas relações de amizade, indicaram que 95% dessas pessoas possuem amigos (segundo os pais ou responsáveis), o que revela um alto nível de convivência comunitária e social. Segundo as faixas de idade, os mais elevados percentuais que revelaram um bom relacionamento entre seus filhos e os vizinhos foram encontrados entre os pais das pessoas com síndrome de Down com mais de 40 anos e aquelas que estão na faixa dos 20 aos 29 anos, cuja totalidade (100%) dos respondentes afirmou que o relacionamento dos filhos era bom. A seguir, pela ordem, vieram os adolescentes de 15 a 19 anos (cerca de 96,9% tinham um bom relacionamento), os pré-adolescentes e

adolescentes das faixas de 11 a 14 anos (96,8%), as crianças com idade entre os seis e os 10 anos (94,3%) e os adultos de 30 a 39 anos (93,3%). Esses achados revelam um bom desenvolvimento das habilidades relacionais pela grande maioria das pessoas com síndrome de Down, o que também atesta seus elevados níveis de socialização.

A despeito deste estudo de Schiavo e cols. (1999) ser relevante e significativo devido ao grande número de participantes na pesquisa e à sua grande abrangência de áreas e temas referentes ao desenvolvimento global de pessoas com síndrome de Down, ele também não traz dados concretos com relação às habilidades sociais específicas e aos possíveis déficits da população nesta área. Esse estudo afirma que os indivíduos com síndrome de Down são altamente sociáveis, mas não especifica que comportamentos considerados sociais eles emitem, na presença de quais estímulos, em relação a quais interlocutores, ou quais as conseqüências para os comportamentos considerados sociais e as conseqüências para os comportamentos considerados não-sociais, e ainda, quais os critérios que estariam sendo utilizados para definir comportamentos sociais e não-sociais. Ou seja, novamente, o “comportamento social” ou a sociabilidade citada não foi definida nem pela sua topografia (forma/estrutura do comportamento) e nem pela sua funcionalidade (função/conseqüenciação do comportamento).

Um estudo desenvolvido por Mancini, Silva, Gonçalves e Martins (2003) teve como objetivo comparar o desempenho funcional de crianças com síndrome de Down com o de crianças com desenvolvimento típico, nas idades cronológicas de dois e cinco anos, em três áreas de desempenho: autocuidado, mobilidade e função social. Participaram do estudo 40 crianças: 20 com síndrome de Down e 20 com desenvolvimento típico. Cada um desses dois grupos foi dividido ainda em outros dois

subgrupos etários, sendo um deles composto por crianças com idade cronológica entre dois anos e dois anos e 11 meses, e o outro constituído por crianças com idade entre cinco anos e cinco anos e 11 meses. Portanto, havia quatro subgrupos com 10 crianças cada: 1) um com crianças com síndrome de Down com cerca de dois anos, 2) um com crianças com síndrome de Down com cerca de cinco anos, 3) um com crianças com desenvolvimento típico com cerca de dois anos, e 4) um com crianças com desenvolvimento típico com cerca de cinco anos.

A avaliação das crianças foi feita utilizando-se o teste Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI)<sup>2</sup>, que é um instrumento padronizado norte-americano que documenta de forma quantitativa a capacidade funcional da criança (habilidades) e a independência para realizar atividades de autocuidado, mobilidade e função social. Na presente análise, deter-se-á ao desempenho social das crianças, a fim de convergir com os propósitos deste estudo. Nesse aspecto, o estudo de Mancini, Silva, Gonçalves e Martins (2003) revelou que tanto as crianças com síndrome de Down com dois anos quanto as com cinco anos tiveram um desempenho inferior com relação às crianças com desenvolvimento típico pertencentes às mesmas faixas etárias (dois e cinco anos) nas atividades que envolviam comunicação expressiva, compreensão, socialização e resolução de problemas. Apesar disso, Mancini, Silva, Gonçalves e Martins (2003) constataram que as crianças com síndrome de Down de cinco anos eram mais independentes do que as com dois anos de idade, recebendo menor assistência do cuidador para compreender ordens, comunicar-se e resolver problemas da rotina diária.

---

<sup>2</sup> Haley, S. M., Coster, W. J., Ludlow, L. H., Haltiwanger, J. T., & Andrellos, P. J. (1992). Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI). Version 1.0. Boston, MA: New England Medical Center Hospitals.

Esse estudo de Mancini, Silva, Gonçalves e Martins (2003) traz algumas contribuições para a presente pesquisa, pois começa a elucidar o tipo de comportamento social que crianças com síndrome de Down podem emitir, já que as crianças com síndrome de Down emitiram os comportamentos relativos às atividades que envolviam comunicação expressiva, compreensão, socialização e resolução de problemas, mas numa frequência menor se comparadas às crianças com desenvolvimento típico. Não obstante, também não foram apresentados ou detalhados a topografia e a funcionalidade dos comportamentos citados no estudo.

Angélico (2004) desenvolveu uma pesquisa cujo objetivo foi investigar, a partir da metodologia observacional direta (filmagens) e indireta (entrevistas com os pais, registro do comportamento de discriminação empática e aplicação de um questionário com as professoras), o repertório de comportamentos sociais, tanto verbais quanto não-verbais, de um grupo de 10 indivíduos adolescentes com síndrome de Down (sendo quatro indivíduos do sexo feminino e seis do sexo masculino), de 12 a 17 anos de idade. Neste estudo, os resultados obtidos indicam que os adolescentes com síndrome de Down possuem um déficit de habilidades sociais empáticas de percepção e reconhecimento das emoções vividas por outras pessoas, e um déficit de respostas assertivas de enfrentamento em seu repertório comportamental. A conclusão do autor é a de que, na maioria das vezes, os indivíduos não são socialmente competentes frente às demandas apresentadas por falta de repertório das habilidades sociais requeridas.

Este estudo de Angélico (2004) é o que mais se aproxima da proposta desta pesquisa, pois categoriza as classes de comportamentos sociais e traz informações específicas acerca do repertório de habilidades sociais de indivíduos com síndrome de Down, bem como dos déficits apresentados por essa população quanto a essas

habilidades. Entretanto, esse estudo foi feito com adolescentes com síndrome de Down, e não com crianças, que estariam ainda numa fase de aprendizado mais acelerado, cujas mudanças ambientais poderiam trazer maiores benefícios às mesmas.

Como pode ser visto, a literatura sobre a sociabilidade dos indivíduos com síndrome de Down traz dados contraditórios. Enquanto alguns estudos apontam que estes indivíduos são sociáveis (Freeman & Kasari, 2002; Schiavo & cols., 1999), outros relatam déficits no repertório de comportamentos sociais desses indivíduos (Angélico, 2004; Mancini, Silva, Gonçalves & Martins, 2003). Considerando as características fisiológicas das crianças com síndrome de Down, e a acentuada importância da estimulação ambiental e consequência de seus comportamentos pelos interlocutores, quais seriam as habilidades e os déficits sociais que as crianças com síndrome de Down apresentam?

### **Problema de pesquisa:**

Algumas características pontuadas nessa parte introdutória sobre a sociabilidade de crianças com síndrome de Down se sobrepõem, mas a maioria diverge. Parece não existir um consenso sobre a sociabilidade de indivíduos com síndrome de Down, além da maioria dos estudos não especificar a metodologia utilizada para verificar tais características apontadas. Seria importante que os estudos estabelecessem uma definição operacional dos comportamentos sociais emitidos por esses indivíduos, elucidando sua topografia e funcionalidade, a fim de esclarecer quais comportamentos sociais especificamente as pessoas com síndrome de Down emitem, em função do quê esses comportamentos são emitidos ou em que contextos eles ocorrem, e em quais etapas do desenvolvimento esses comportamentos são verificados.

O problema de pesquisa se fundamenta em pelo menos três questões principais: 1) escassez de estudos amplos e detalhados sobre a sociabilidade dos indivíduos com síndrome de Down, 2) controvérsia existente na literatura pertinente sobre a facilidade *versus* a dificuldade de interação social de indivíduos com síndrome de Down, e 3) importância de estudos sobre o repertório de habilidades sociais tendo a própria criança como avaliadora de seu desempenho.

A questão de pesquisa pode ser explicitada como segue: qual a relação existente entre a condição da criança em ter ou não ter a síndrome de Down e o repertório de habilidades sociais da criança?

O tipo de delineamento utilizado foi o de correlação entre dois grupos independentes ou delineamento de grupo (Almeida, 2004), em que foi utilizada estatística inferencial, visando, como esse tipo de delineamento, prover a pesquisa de validade interna. Optou-se pela utilização deste tipo de delineamento de correlação ou de grupo, e não o de amostras pareadas, pois pelo número de sujeitos, (20 no total), seria praticamente inviável controlar todas as variáveis características dos participantes das duas amostras, como sexo, nível sócio-econômico, idade, etc.

Com base nos estudos com metodologia detalhada que mais se assemelham com este (Angélico, 2004; Mancini, Silva, Gonçalves & Martins, 2003), a pesquisa tem a hipótese de que as crianças com desenvolvimento típico possuem um repertório de habilidades sociais mais diversificado que as crianças com síndrome de Down, ou que as crianças com síndrome de Down possuem maiores déficits no seu repertório de habilidades sociais do que as crianças com desenvolvimento típico.

Considerando portanto o exposto, essa pesquisa tem como **objetivos**:

1. Identificar o repertório de habilidades sociais de estudantes com síndrome de Down (SD) e o repertório de habilidades sociais de estudantes com desenvolvimento típico (DT), todos alunos de salas de aula da rede regular de ensino;
2. Comparar, em termos de semelhanças e diferenças, o repertório de habilidades sociais de estudantes com síndrome de Down (SD) e o repertório de habilidades sociais de estudantes com desenvolvimento típico (DT), todos alunos de salas de aula da rede regular de ensino;
3. Verificar a existência de correlação entre as auto-avaliações de frequência, adequação e dificuldade de emissão das reações de habilidades sociais;
4. Verificar a existência de correlação entre as auto-avaliações e as avaliações dos professores sobre as reações de habilidades sociais;
5. Verificar a existência de diferenças de habilidades sociais dentro dos dois grupos de participantes (SD e DT) separadamente em função do tipo de escola, sexo, nível sócio-econômico, dificuldade de aprendizagem, problemas de comportamento e características clínicas das crianças.

## Método

### 1. Seleção dos Participantes:

A amostra foi composta por 10 crianças com síndrome de Down (SD) incluídas em salas de escolas regulares de ensino, e 10 crianças com desenvolvimento típico (DT), sendo todas as crianças alunas de primeira a quarta série do Ensino Fundamental<sup>3</sup> de escolas regulares de duas cidades do interior de São Paulo (uma com cerca de 220.000 habitantes e a outra com aproximadamente 30.000 habitantes). Participaram também da pesquisa os professores dessas 20 crianças.

Optou-se por selecionar crianças com síndrome de Down incluídas em classes regulares de ensino, pareando esse grupo com o outro grupo (DT) em termos de oportunidade escolar de desenvolvimento e de repertório de habilidades sociais.

O grupo das crianças SD foi composto por indicação da Diretoria de Ensino da Região das cidades onde ocorreu a pesquisa e da Secretaria da Educação do Município de uma dessas cidades, com base no diagnóstico de síndrome de Down existente no prontuário escolar das mesmas. Todas as crianças com síndrome de Down incluídas no Ensino Fundamental das escolas regulares das duas cidades participaram da pesquisa, com autorização de seus pais para a realização do estudo.

Cada professor de criança com síndrome de Down indicou outra criança de sua sala de aula com desenvolvimento típico para participar da pesquisa, mantendo-se assim controle sobre as variáveis *condições similares de escolaridade* (escola, professor, colegas) entre os dois grupos (SD e DT). Apenas um par de crianças não possuía o mesmo professor.

---

<sup>3</sup> A Lei n.º. 11.274, de seis de fevereiro de 2006, dispõe sobre a duração de nove anos para o ensino fundamental, com matrícula obrigatória a partir dos seis anos de idade. Com isso, a antiga primeira série passa a ser chamada de primeiro ano, sendo que os Municípios, os Estados e o Distrito Federal terão prazo até 2010 para implementar essa lei na prática (Brasil, 2006c; SME, 2006).

A seleção das crianças DT foi feita com base nos critérios de cada professor, podendo-se supor que os mesmos não tenham sido homogêneos. Possivelmente, um fator levado em consideração pela grande maioria dos professores durante a escolha das crianças DT foi a alta probabilidade de concordância dos pais sobre a participação de seus filhos na pesquisa.

Tabela 2.

*Caracterização das 20 crianças participantes do estudo*

Criança	Tipo de escola	Série	Sexo	Idade	NSE <sup>4</sup>
SD1	Particular	1 <sup>a</sup>	M	6	B2
DT1	Particular	1 <sup>a</sup>	M	5	B1
SD2	Particular	3 <sup>a</sup>	F	11	B1
DT2	Particular	3 <sup>a</sup>	M	8	B1
SD3	Particular	4 <sup>a</sup>	M	11	B2
DT3	Particular	4 <sup>a</sup>	M	9	B1
SD4	Pública	1 <sup>o</sup> ano	F	6	C
DT4	Pública	1 <sup>o</sup> ano	F	6	B2
SD5	Pública	1 <sup>o</sup> ano	F	6	C
DT5	Pública	1 <sup>o</sup> ano	F	6	C
SD6	Pública	1 <sup>o</sup> ano	M	6	B2
DT6	Pública	1 <sup>o</sup> ano	M	6	D
SD7	Pública	2 <sup>a</sup>	F	7	D
DT7	Pública	2 <sup>a</sup>	M	8	B2
SD8	Pública	2 <sup>a</sup>	M	9	D
DT8	Pública	2 <sup>a</sup>	M	8	B1
SD9	Pública	2 <sup>a</sup>	M	11	C
DT9	Pública	2 <sup>a</sup>	F	8	B2
SD10	Pública	3 <sup>a</sup>	F	13	B1
DT10	Pública	1 <sup>o</sup> ano	M	5	C

<sup>4</sup> Nível sócio-econômico, segundo Critério de Classificação Econômica Brasil (Brasil, 2006d - Anexo A).

## **2. Ambiente de realização da pesquisa:**

A pesquisa foi feita nas respectivas escolas em que as crianças estudavam, em ambientes confortáveis, com boa iluminação e livre de ruídos e da presença de outras pessoas.

As crianças foram avaliadas em períodos alternados aos que freqüentavam a escola (quando os pais se disponibilizavam a levá-las nos períodos alternados), ou em horários de aulas de Educação Física, de Música, e de Educação Artística. Em situações em que não foi possível realizar a avaliação com a criança em período alternado, respeitando-se a preferência da criança por alguma atividade escolar (aulas de Educação Física, Música, ou Educação Artística), a mesma foi feita durante uma aula proposta pela professora, na tentativa de se extinguir/minimizar os prejuízos à criança.

As avaliações com os professores foram feitas em horários em que os mesmos se encontravam disponíveis na escola.

## **3. Instrumentos e equipamento:**

Os instrumentos e o equipamento utilizados neste estudo foram:

- O Inventário Multimídia de Habilidades Sociais de Crianças-Del-Prette ou o IMHSC-Del-Prette (Del Prette & Del Prette, 2005b), que é a versão informatizada do Sistema Multimídia de Habilidades Sociais de Crianças-Del-Prette ou SMHSC-Del-Prette (Del Prette & Del Prette, 2005b);
- Critério de Classificação Econômica Brasil (Brasil, 2006d - *Anexo A*);
- Um diário de campo. (Foi utilizado um caderno para registro de ocorrências durante a coleta de dados com ambos os grupos);
- Um *notebook* Toshiba para a aplicação do Inventário.

O IMHSC-Del-Prette já foi validado, sendo citados no manual do próprio instrumento o estudo inicial sobre as propriedades psicométricas do IMHSC-Del-Prette (Del Prette & Del Prette, 2005b, pp.44) e outros estudos com o mesmo (Del Prette & Del Prette, 2005b, pp.58). Apesar de ser um instrumento recente, já há alguns estudos que utilizaram o IMHSC-Del-Prette em sua metodologia (ver, por exemplo, Barreto, Ferreira, Magalhães, Del Prette & Del Prette, 2005; Braz, Del Prette, Del Prette & Magalhães, 2005; Del Prette & Del Prette, 2002; Del Prette, Del Prette & Magalhães, 2005; Dias, Del Prette, Del Prette & Magalhães, 2005; Molina, 2003).

O IMHSC-Del-Prette é composto de materiais digitais e impressos, para a avaliação e promoção de habilidades sociais de crianças com idade entre sete e 12 anos, de primeira a quarta série do Ensino Fundamental. Os materiais de avaliação do IMHSC-Del-Prette consistem de um caderno de auto-avaliação de habilidades sociais pela criança, um caderno de avaliação de habilidades sociais da criança pelo professor e um caderno de avaliação sobre os itens de habilidades sociais pelo professor. O instrumento (IMHSC-Del-Prette) disponibiliza, através de um módulo processador, os resultados em protocolos, gráficos e planilhas.

Os 21 itens do IMHSC-Del-Prette (*Anexo B*) retratam vários contextos do cotidiano escolar de crianças das séries iniciais do Ensino Fundamental (principalmente da primeira à quarta série), em suas interações com outras crianças e adultos. Cada item apresenta, portanto, uma situação na qual determinada habilidade social é requerida, e três possibilidades de reação: uma *habilidosa* (que demonstra assertividade, empatia, expressão de sentimentos positivos ou negativos de forma apropriada, civilidade, etc.), uma *não habilidosa ativa* (que demonstra agressividade, negativismo, ironia, autoritarismo, etc.) e uma *não habilidosa passiva* (que demonstra esquiva ou fuga ao

invés de enfrentamento da situação). (Um exemplo de situação apresentada ao professor na forma impressa e à criança em vídeo está no *Anexo C*).

Os 21 itens do IMHSC-Del-Prette são agrupados em quatro subescalas/fatores: Fator 1: Empatia e civilidade; Fator 2: Assertividade de enfrentamento; Fator 3: Autocontrole; Fator 4: Participação; e Fator 5: Não-fatores.

O agrupamento dos itens dentro desses quatro fatores trouxe resultados em escores fatoriais mais específicos de habilidades comportamentais (de empatia e civilidade, de assertividade de enfrentamento, de autocontrole e de participação) que as crianças SD possuem.

#### **4. Procedimento de coleta de dados:**

Nas avaliações dos professores foram utilizadas pranchas do IMHSC-Del-Prette (como o exemplo no *Anexo C*), que são um instrumento equivalente à versão informatizada (Del Prette & Del Prette, 2005b). Os professores avaliaram as crianças nos indicadores de frequência, adequação e importância. A pesquisadora apresentava o modelo de avaliação para o primeiro item, e o professor realizava o restante da avaliação sozinho. Cada professor levou, em média, 25 minutos para realizar a avaliação de cada aluno, e 15 minutos para realizar a avaliação de adequação e importância dos itens.

As avaliações com as crianças foram feitas com a utilização da versão informatizada, com o uso do *notebook* (pelo qual as crianças demonstraram bastante interesse), e não por meio de pranchas (material impresso). As crianças se auto-avaliaram nos indicadores de frequência, adequação e dificuldade. Na avaliação com a maioria das crianças (18/20), a pesquisadora manipulou o *mouse* do computador,

pedindo para a criança responder oralmente às perguntas - apenas duas crianças quiseram manipular o *mouse* sozinhas. Cada criança levou, em média, uma hora para ser avaliada em todos os 21 itens, e foi dada a opção para a criança escolher se queria responder a todos os itens de uma vez, ou se queria respondê-los em duas sessões, dentro de um prazo máximo de uma semana (uma primeira sessão contemplando do item 1 ao 11, e uma segunda contemplando do item 12 ao 21).

Os comportamentos dos participantes conseqüenciados positivamente foram apenas o de concentrar-se na atividade e o de responder às perguntas, sendo as conseqüências as mesmas para todas as respostas (adequadas ou inadequadas), com falas da pesquisadora, tais como: “Muito bom, prestou atenção no filminho e respondeu o que eu perguntei! Legal!”. Quando a avaliação terminava e todas as respostas já tinham sido dadas, a pesquisadora valorizada mais as reações habilidosas, no intuito de tornar a atividade educativa.

As avaliações com a criança e com o professor foram realizadas em dias diferentes, mas dentro de um prazo de, no máximo, uma semana. Na maioria das vezes (14/20), a avaliação com o professor foi feita antes da avaliação com a criança.

### **5. Cuidados éticos:**

Este estudo foi elaborado sob as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, de acordo com a Resolução 196/96 (CNS), e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética - CAAE de número 0062.0.135.000-05 e parecer número 170/2005 (*Anexo D*).

Foram entregues às escolas participantes e aos responsáveis pelas crianças participantes da pesquisa uma cópia resumida do projeto de pesquisa, e tanto diretores/coordenadores pedagógicos das escolas quanto os responsáveis assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (*Anexos E e F*).

Como forma de agradecimento, retorno e compromisso com as escolas e os participantes da pesquisa, a pesquisadora se disponibilizou a contribuir com cada uma delas realizando uma palestra ou mini-curso sobre habilidades sociais para os professores, para os pais ou para as próprias crianças, segundo vontade das escolas. Além disso, a pesquisadora retornou às escolas ao término da pesquisa para uma devolutiva dos resultados à direção da escola, aos professores e aos pais de cada participante.

## **6. Tratamento dos dados:**

Foi utilizado o Teste-*t* para amostras independentes para a análise estatística entre os dois grupos de participantes. O nível de significância adotado foi  $p < 0,05$  e a potência de teste buscada foi de 90% ( $\beta = 0,10$ ).

Foram conduzidas análises estatísticas inferenciais com os dados dos 20 participantes, realizando-se a comparação estatística entre as amostras (SD e DT) nos seguintes parâmetros:

- Auto-avaliação:
  1. de **frequência** das reações (a)**passivas**, (b)**habilidosas** e (c)**ativas** no escore geral (EG) e nas subescalas de Habilidades Sociais (F1, F2, F3, F4 e F5);
  2. de **adequação** das reações (a)**passivas**, (b)**habilidosas** e (c)**ativas** no escore geral (EG) e nas subescalas de Habilidades Sociais (F1, F2, F3, F4 e F5);

3. de **difficuldade** das reações **habilidosas** no escore geral (EG) e nas subescalas de Habilidades Sociais (F1, F2, F3, F4 e F5);

Avaliação do professor:

4. de **frequência** das reações (a)**passivas**, (b)**habilidosas** e (c)**ativas** no escore geral (EG) e nas subescalas de Habilidades Sociais (F1, F2, F3, F4 e F5).

Também foi computado o Coeficiente de Correlação de Pearson para verificar a existência de correlação entre:

1. Escores gerais de **frequência**, **adequação** e **difficuldade** de emissão das reações **passivas**, **habilidosas** e **ativas** nas auto-avaliações;
2. Escores gerais de **frequência** das reações (**passivas**, **habilidosas** e **ativas**) na auto-avaliação das crianças e escores gerais de **frequência** das mesmas reações na avaliação dos professores;
3. Escores gerais de **adequação** das reações (**passivas**, **habilidosas** e **ativas**) na auto-avaliação das crianças e escores gerais de **adequação** das mesmas reações na avaliação dos professores;
4. Escores gerais de **difficuldade** da criança e escores gerais de **importância** atribuída pelo professor com relação às reações **habilidosas**.

Além das comparações estatísticas de escores de habilidades sociais (gerais e fatoriais) entre os dois grupos de participantes por meio do Teste-*t* para amostras independentes nos quatro parâmetros citados, e das correlações entre as auto-avaliações em si, e entre as auto-avaliações e as avaliações do professor através do Coeficiente de Correlação de Pearson nos outros quatro parâmetros citados, também foi verificada, através do Teste-*t*, a existência de diferenças estatisticamente significativas de escores gerais de habilidades sociais dentro dos dois grupos de participantes (SD e DT)

separadamente em função do tipo de escola, sexo, nível sócio-econômico (NSE), dificuldade de aprendizagem (DA), problemas de comportamento (PC) e características clínicas (CC) das crianças, características estas que foram avaliadas pelos professores de cada criança com o próprio IMHSC-Del-Prette.

Portanto, dentro de cada grupo em separado de crianças participantes da pesquisa (SD e DT), foram analisadas diferenças estatisticamente significativas de escores gerais de habilidades sociais, incluído-se aí auto-avaliações (de frequência, adequação e dificuldade) e avaliações do professor (de frequência, adequação e importância) das reações passivas, habilidosas e ativas, em função das seguintes características, com as respectivas possibilidades de resposta:

- *Tipo de escola*: pública ou particular.
- *Sexo*: masculino ou feminino.
- *Nível sócio-econômico (NSE)*: A1, A2, B1, B2, C, D e E, segundo Critério de Classificação Econômica Brasil (Brasil; 2006d - *Anexo A*).
- *Dificuldade de aprendizagem (DA)*: nenhuma, pouca ou muita.
- *Problemas de comportamento (PC)*: nenhum, pouco ou muito.
- *Características clínicas (CC)*: nenhuma doença ou doença física.

Todas as análises foram realizadas por meio do programa estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences* - Bisquerra, Sarriera & Martínez, 2004), versão 13.0. Para tanto, foi elaborado um banco de dados no qual foram registrados os dados coletados.

## Resultados

Os resultados desse estudo permitem analisar semelhanças e diferenças de repertório de habilidades sociais entre crianças com síndrome de Down incluídas e crianças com desenvolvimento típico, analisar correlações entre as auto-avaliações em si, e entre as mesmas e as avaliações dos professores, bem como permitem analisar diferenças de repertório de habilidades sociais dentro de cada grupo em função de algumas características inerentes aos mesmos.

Assim, esses resultados são apresentados em três partes: (1) Semelhanças e diferenças de repertório de habilidades sociais entre os dois grupos; (2) Correlação significativa entre escores; e (3) Diferenças de habilidades sociais dentro de cada grupo.

### **1. Semelhanças e diferenças de repertório de habilidades sociais entre os dois grupos:**

#### *1.1. Escores (gerais e fatoriais) de habilidades sociais com diferença estatisticamente significativa entre os grupos SD e DT:*

Considerando-se os escores gerais e fatoriais de habilidades sociais (lembrando que o Fator 1 corresponde às habilidades de empatia e civilidade; o Fator 2 às habilidades de assertividade de enfrentamento; o Fator 3 às habilidades de autocontrole; o Fator 4 às de participação; e o Fator 5 às habilidades que foram incluídas em não-fatores), alguns parâmetros não apresentaram diferença estatisticamente significativa entre os grupos SD e DT em nenhum escore (nem no escore geral, nem nos escores fatoriais), que foram:

- Auto-avaliação de frequência das reações passivas (Média geral= 15,05; *d.p.*= 6,92);

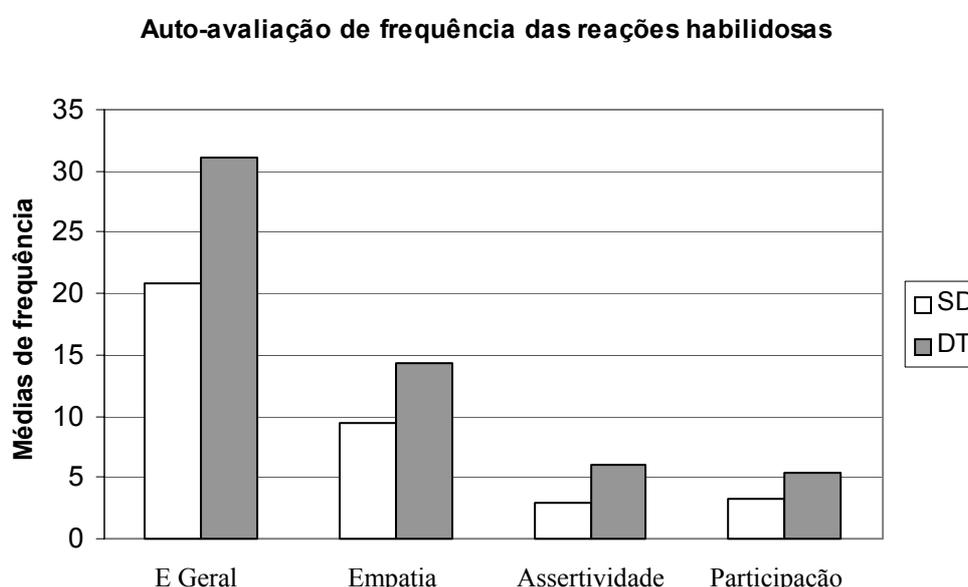
- Auto-avaliação de adequação das reações passivas (Média geral= 18,30; *d.p.*= 9,39);
- Avaliação do professor de frequência das reações passivas (Média geral= 14,05; *d.p.*= 4,90).

A ausência de diferença estatisticamente significativa entre os grupos SD e DT para os escores de reações passivas significa que as crianças SD e DT parecem emitir com frequência semelhante as reações passivas, já que a diferença estatisticamente significativa entre os grupos não apareceu nem na auto-avaliação e nem na avaliação dos professores. Além disso, as crianças SD parecem achar tão adequado serem passivas quanto as DT, já que não apareceu diferença estatisticamente significativa nas auto-avaliações de adequação das reações passivas.

Considerando o grupo com um todo (os 20 participantes), no geral as médias de frequência e adequação atribuídas às reações passivas foram menores que as atribuídas às reações habilidosas, mas maiores que as atribuídas às reações ativas. Por exemplo, nos escores gerais de auto-avaliação de frequência, o grupo como um todo obteve Média= 15,05; *d.p.*= 6,92 para as reações passivas, Média= 25,95; *d.p.*= 8,17 para as habilidosas e Média= 6,85; *d.p.*= 7,44 para as ativas. Nos escores gerais de auto-avaliação de adequação, o grupo com um todo obteve Média= 18,30; *d.p.*= 9,39 para as reações passivas, Média= 30,00; *d.p.*= 10,65 para as habilidosas e Média= 7,80; *d.p.*= 9,04 para as ativas. Apesar das médias gerais demonstrarem esse padrão de preferência entre as crianças dos dois grupos nas auto-avaliações de frequência e adequação (habilidosa > passiva > ativa), o grupo DT apresentou esse padrão mais consistentemente que o grupo SD. Os dados corroboraram a tendência das crianças a

avaliarem com maior frequência e adequação as reações habilidosas, seguidas das reações passivas e ativas, como apontado por Barreto e cols. (2005).

Além dessa tendência geral, mais fortemente representada pelas crianças DT, houve os escores gerais e fatoriais de habilidades sociais com diferença estatisticamente significativa entre os grupos SD e DT, que serão demonstrados através de figuras e tabelas, a seguir.



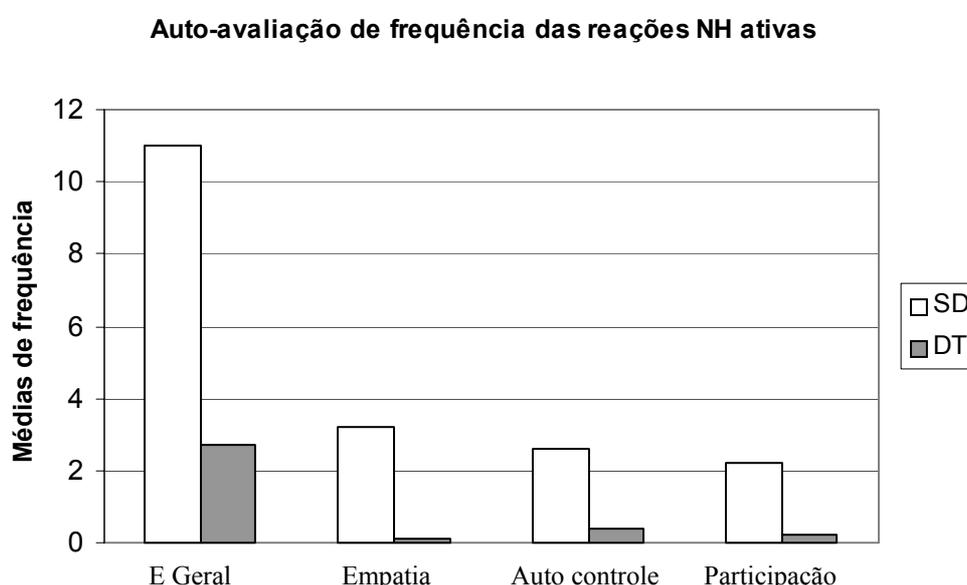
*Figura 1. Médias de auto-avaliação de frequência das reações habilidosas relativas aos escores com diferença estatisticamente significativa entre os grupos SD e DT*

Tabela 3.

*Médias e desvios-padrão (d.p.) de auto-avaliação de frequência das reações habilidosas relativos aos escores com diferença estatisticamente significativa entre os grupos SD e DT*

	Escore Geral	Empatia	Assertividade	Participação
SD	Média=20,80; d.p.= 8,16	Média=9,40; d.p.= 4,43	Média=2,90; d.p.= 1,66	Média=3,30; d.p.= 1,42
DT	Média=31,10; d.p.=3,90	Média=14,40; d.p.= 1,65	Média=6,00; d.p.= 1,70	Média=5,30; d.p.= 0,82

Como pode ser visto na figura um e na tabela três, as crianças DT tiveram uma média significativamente maior que as crianças SD no escore geral e nos escores fatoriais que correspondem a habilidades de empatia e civilidade, de assertividade de enfrentamento e de participação, indicando que as crianças DT se auto-avaliam como mais freqüentemente habilidosas que as crianças SD em contextos que exigem essas habilidades sociais.



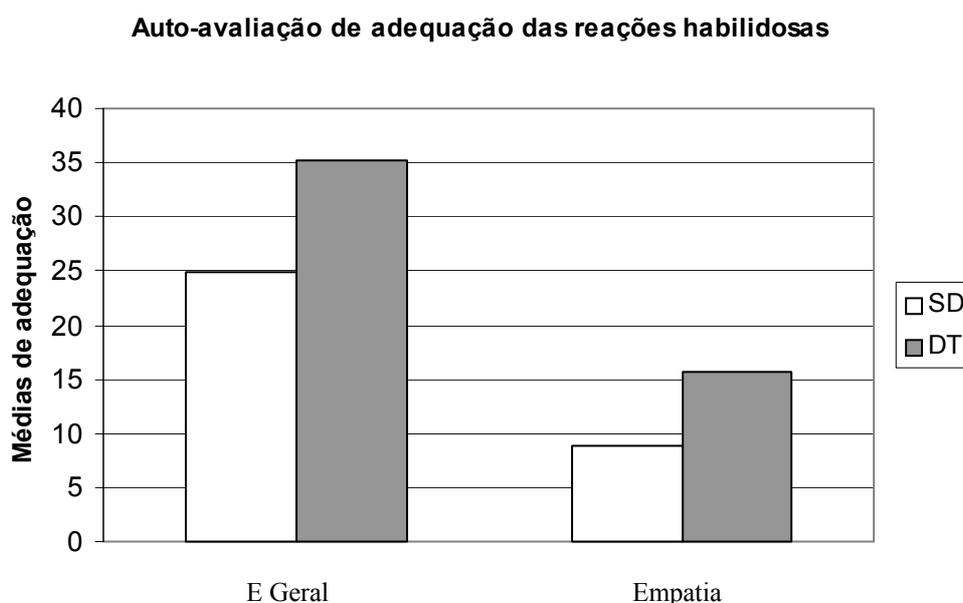
*Figura 2.* Médias de auto-avaliação de freqüência das reações não habilidosas ativas relativas aos escores com diferença estatisticamente significativa entre os grupos SD e DT

Tabela 4.

*Médias e desvios-padrão (d.p.) de auto-avaliação de freqüência das reações não habilidosas ativas relativos aos escores com diferença estatisticamente significativa entre os grupos SD e DT*

	Escore Geral	Empatia	Auto controle	Participação
SD	Média=11,00; <i>d.p.</i> = 8,59	Média=3,20; <i>d.p.</i> = 4,31	Média=2,60; <i>d.p.</i> = 2,80	Média=2,20; <i>d.p.</i> = 1,69
DT	Média=2,70; <i>d.p.</i> = 2,21	Média=0,10; <i>d.p.</i> = 0,32	Média=0,40; <i>d.p.</i> = 0,52	Média=0,20; <i>d.p.</i> = 0,63

A figura dois e a tabela quatro mostram que as crianças SD, na média, avaliaram emitir com frequência significativamente maior reações ativas, se comparadas às médias das crianças DT, no escore geral, ou seja, em grande parte das habilidades sociais contempladas pelo instrumento, e nos escores fatoriais que dizem respeito às habilidades de empatia e civilidade, às habilidades de autocontrole e às habilidades de participação. Esses dados indicam que as crianças SD se auto-avaliam como mais freqüentemente ativas em demandas que exigem essas habilidades sociais, se comparadas às DT.



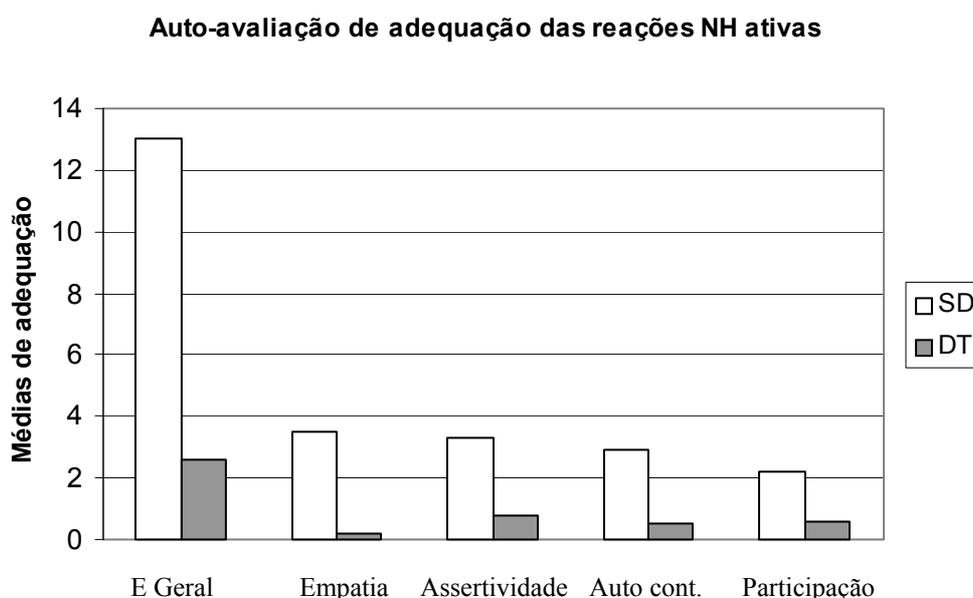
*Figura 3.* Médias de auto-avaliação de adequação das reações habilidosas relativas aos escores com diferença estatisticamente significativa entre os grupos SD e DT

Tabela 5.

*Médias e desvios-padrão (d.p.) de auto-avaliação de adequação das reações habilidosas relativos aos escores com diferença estatisticamente significativa entre os grupos SD e DT*

	Escore Geral	Empatia
SD	Média=24,80; <i>d.p.</i> = 12,72	Média=8,80; <i>d.p.</i> = 5,33
DT	Média=35,20; <i>d.p.</i> = 4,21	Média=15,70; <i>d.p.</i> = 0,95

Como pode ser observado na figura três e na tabela cinco, a média de adequação conferida pelas crianças DT às reações habilidosas foi significativamente maior que a média de adequação conferida pelas crianças SD às mesmas reações, tanto no escore geral como no escore fatorial relativo às habilidades de empatia e civilidade. Pode-se considerar então que, talvez, as crianças DT avaliem como mais adequadas as reações habilidosas nas demandas que exigem habilidades sociais no geral e especificamente nas que exigem habilidades empáticas e de civilidade, quando comparadas às crianças SD.



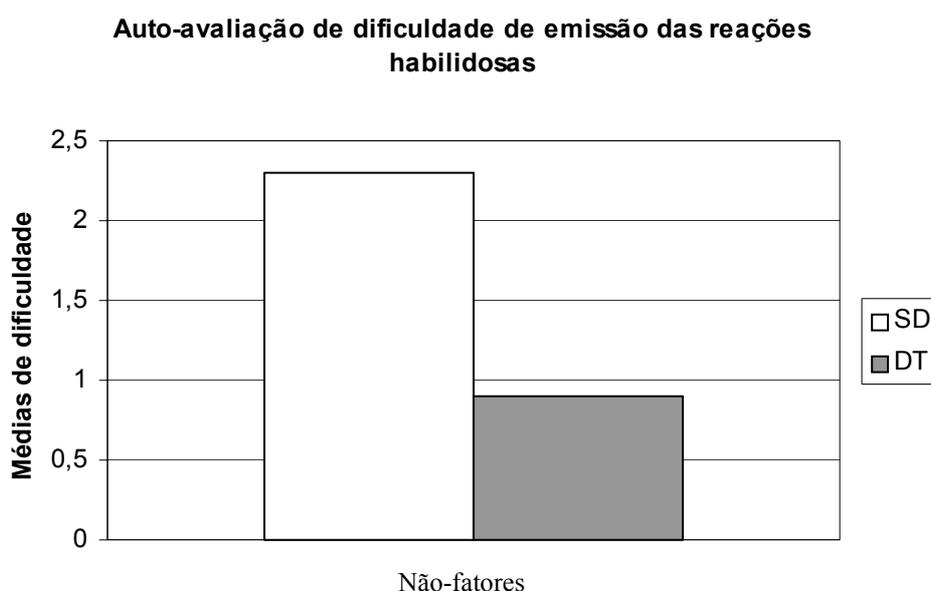
*Figura 4.* Médias de auto-avaliação de adequação das reações não habilidosas ativas relativas aos escores com diferença estatisticamente significativa entre os grupos SD e DT

Tabela 6.

*Médias e desvios-padrão (d.p.) de auto-avaliação de adequação das reações não habilidosas ativas relativos aos escores com diferença estatisticamente significativa entre os grupos SD e DT*

	Escore Geral	Empatia	Assertividade	Auto controle	Participação
SD	Média=13,00; d.p.= 10,08	Média=3,50; d.p.= 3,69	Média=3,30; d.p.= 3,37	Média=2,90; d.p.= 3,03	Média=2,20; d.p.= 1,69
DT	Média=2,60; d.p.= 3,27	Média=0,20; d.p.= 0,63	Média=0,80; d.p.= 0,92	Média=0,50; d.p.= 0,85	Média=0,60; d.p.= 1,07

Segundo a figura quatro e a tabela seis, a média de auto-avaliação de adequação das reações ativas das crianças SD foi maior que a média das crianças DT no escore geral e nos escores fatoriais que dizem respeito às habilidades de empatia e civilidade, às de assertividade de enfrentamento, às de autocontrole e às de participação. Parece então que as crianças SD, na média, avaliam como mais adequado serem ativas em demandas que exigem habilidades sociais no geral, e em especial em demandas que exigem habilidades empáticas e de civilidade, de assertividade, de autocontrole e de participação, se comparadas às crianças DT.



*Figura 5. Médias de auto-avaliação de dificuldade de emissão das reações habilidosas relativas ao escore com diferença estatisticamente significativa entre os grupos SD e DT*

Tabela 7.

*Médias e desvios-padrão (d.p.) de auto-avaliação de dificuldade de emissão das reações habilidosas relativos ao escore com diferença estatisticamente significativa entre os grupos SD e DT*

	Não-fatores
SD	Média=2,30; d.p.= 1,06
DT	Média=0,90; d.p.= 0,74

Como mostra a figura cinco e a tabela sete, as crianças SD e DT só apresentaram diferença estatisticamente significativa entre os escores médios de auto-avaliação de dificuldade de emissão das reações habilidosas no escore fatorial que diz respeito a não-fatores, em que as crianças SD demonstraram possuir maior dificuldade. Logo, nos escores restantes, os grupos não apresentaram diferença estatisticamente significativa nesse indicador. Isso denota a possibilidade de as crianças SD e DT sentirem a mesma dificuldade em emitir reações socialmente habilidosas em diversos contextos (tanto em contextos que exigem habilidades sociais gerais, como naqueles que exigem habilidades empáticas e de civilidade, assertivas, de autocontrole e de participação).

### Avaliação do professor de freqüência das reações habilidosas

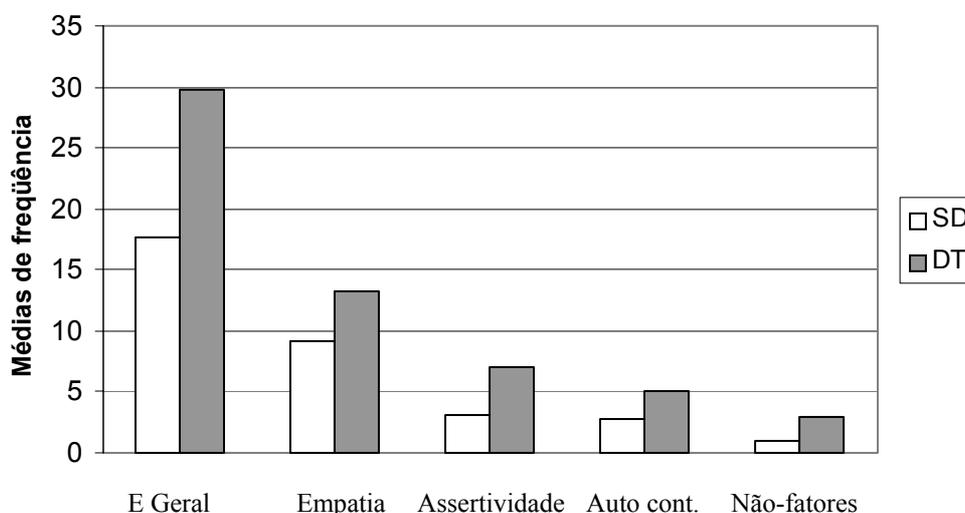


Figura 6. Médias de avaliação do professor de freqüência das reações habilidosas relativas aos escores com diferença estatisticamente significativa entre os grupos SD e DT

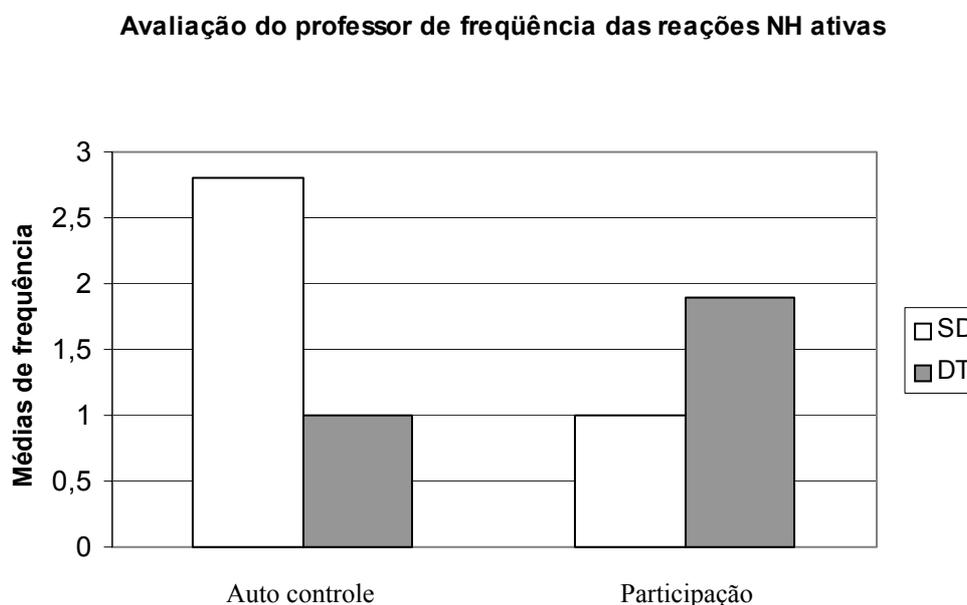
Tabela 8.

Médias e desvios-padrão (d.p.) de avaliação do professor de freqüência das reações habilidosas relativos aos escores com diferença estatisticamente significativa entre os grupos SD e DT

	Escore Geral	Empatia	Assertividade	Auto controle	Não-fatores
SD	Média=17,70; d.p.= 8,46	Média=9,10; d.p.= 3,45	Média=3,10; d.p.= 2,23	Média=2,70; d.p.= 2,16	Média=1,00; d.p.= 1,15
DT	Média=29,80; d.p.= 5,59	Média=13,30; d.p.= 2,21	Média=7,00; d.p.= 1,76	Média=5,00; d.p.= 1,76	Média=3,00; d.p.= 0,82

A figura seis e a tabela oito mostram que, na média, os professores avaliaram a freqüência de reações habilidosas das crianças DT como significativamente maior que a freqüência de reações habilidosas das crianças SD para o escore geral e para os escores fatoriais relativos às habilidades de empatia e civilidade, de assertividade de enfrentamento, de autocontrole e aos não-fatores. Isso significa que, na média, os professores avaliaram as crianças DT como mais freqüentemente habilidosas que as

crianças SD em todos os fatores, com exceção do fator que corresponde às habilidades de participação.



*Figura 7.* Médias de avaliação do professor de freqüência das reações não habilidosas ativas relativas aos escores com diferença estatisticamente significativa entre os grupos SD e DT

Tabela 9.

*Médias e desvios-padrão (d.p.) de avaliação do professor de freqüência das reações não habilidosas ativas relativas aos escores com diferença estatisticamente significativa entre os grupos SD e DT*

	Auto controle	Participação
SD	Média=2,80; <i>d.p.</i> = 1,69	Média=1,00; <i>d.p.</i> = 0,82
DT	Média=1,00; <i>d.p.</i> = 1,15	Média=1,90; <i>d.p.</i> = 0,57

Segundo a figura sete e a tabela nove, os professores avaliaram, na média, a freqüência de reações ativas das crianças SD como significativamente maior que a freqüência de reações ativas das crianças DT apenas no escore fatorial que corresponde às habilidades de autocontrole. Em contrapartida, a avaliação média dos professores de freqüência das reações ativas das crianças SD para o escore fatorial que corresponde às

habilidades de participação, foi significativamente menor que a avaliação média dos professores de frequência das reações ativas das crianças DT. Isso significa que, talvez, na visão dos professores, as crianças SD sejam mais frequentemente ativas que as DT nas habilidades de autocontrole, e as crianças DT sejam mais frequentemente ativas que as SD nas habilidades de participação.

Sintetizando os resultados obtidos por escores (gerais e fatoriais), as crianças DT tiveram médias significativamente maiores:

- na auto-avaliação de frequência das reações habilidosas (habilidades no geral, empáticas, assertivas e de participação);
- na auto-avaliação de adequação das reações habilidosas (habilidades no geral e empáticas);
- na avaliação do professor de frequência das reações habilidosas (habilidades no geral, empáticas, assertivas, de auto controle e nos não-fatores);
- na avaliação do professor de frequência das reações ativas (habilidades de participação).

Já as crianças SD tiveram médias significativamente maiores:

- na auto-avaliação de frequência das reações ativas (habilidades no geral, empáticas, de auto controle e de participação);
- na auto-avaliação de adequação das reações ativas (habilidades no geral, empáticas, assertivas, de auto controle e de participação);
- na auto-avaliação de dificuldade de emissão das reações habilidosas (não-fatores);
- na avaliação do professor de frequência das reações ativas (habilidades de auto controle).

*1.2. Itens (do IMHSC-Del-Prette) de habilidades sociais com diferença estatisticamente significativa entre os grupos SD e DT:*

Além da comparação entre os dois grupos por escores gerais e fatoriais de habilidades sociais, foi feita a comparação estatística entre ambos por itens do instrumento, obtendo-se uma análise mais específica acerca das diferenças estatisticamente significativas de habilidades sociais entre SD e DT, apresentadas a seguir.

O grupo SD apresentou média significativamente menor que o grupo DT nas auto-avaliações de frequência das reações passivas nos itens:

- 8: Mediar conflitos entre colegas (Participação);
- 20: Defender-se de acusações injustas (Assertividade).

O grupo SD apresentou média significativamente menor que o grupo DT nas auto-avaliações de frequência das reações habilidosas nos itens:

- 3: Expressar desagrado (Assertividade);
- 6: Pedir desculpas (Empatia e civilidade);
- 8: Mediar conflitos entre colegas (Participação);
- 11: Propor nova brincadeira (Assertividade);
- 12: Perguntar/questionar (Não-fator);
- 13: Responder pergunta da professora (Participação);
- 18: Consolar o colega (Empatia e civilidade);
- 19: Elogiar o objeto do colega (Empatia e civilidade);
- 20: Defender-se de acusações injustas (Assertividade);

- 21: Defender o colega (Empatia e civilidade).

O grupo SD apresentou média significativamente maior que o grupo DT nas auto-avaliações de frequência da reação ativa no item:

- 8: Mediar conflitos entre colegas (Participação).

O grupo SD apresentou média significativamente maior que o grupo DT nas auto-avaliações de adequação da reação passiva no item:

- 4: Pedir ajuda ao colega em classe (Não-fator).

O grupo SD apresentou média significativamente menor que o grupo DT nas auto-avaliações de adequação das reações habilidosas nos itens:

- 7: Demonstrar espírito esportivo (Autocontrole);
- 10: Oferecer ajuda (Empatia e civilidade);
- 14: Fazer pergunta à professora (Empatia e civilidade);
- 16: Agradecer um elogio (Empatia e civilidade);
- 19: Elogiar o objeto do colega (Empatia e civilidade);
- 21: Defender o colega (Empatia e civilidade).

O grupo SD apresentou média significativamente maior que o grupo DT nas auto-avaliações de adequação das reações ativas nos itens:

- 5: Pedir mudança de comportamento (Assertividade);
- 7: Demonstrar espírito esportivo (Autocontrole);
- 10: Oferecer ajuda (Empatia e civilidade).

O grupo SD apresentou média significativamente maior que o grupo DT nas auto-avaliações de dificuldade de emissão da reação habilidosa no item:

- 12: Perguntar/questionar (Não-fator).

O grupo SD apresentou média significativamente maior que o grupo DT nas avaliações dos professores de freqüência da reação passiva no item:

- 6: Pedir desculpas (Empatia e civilidade).

O grupo SD apresentou média significativamente menor que o grupo DT nas avaliações dos professores de freqüência das reações habilidosas nos itens:

- 4: Pedir ajuda ao colega em classe (Não-fator);
- 5: Pedir mudança de comportamento (Assertividade);
- 9: Negociar, convencer (Autocontrole);
- 11: Propor nova brincadeira (Assertividade);
- 12: Perguntar/questionar (Não-fator);
- 13: Responder pergunta da professora (Participação);
- 14: Fazer pergunta à professora (Empatia e civilidade);
- 17: Resistir à pressão do grupo (Assertividade);
- 20: Defender-se de acusações injustas (Assertividade).

O grupo SD apresentou média significativamente menor que o grupo DT nas avaliações dos professores de freqüência da reação ativa no item:

- 1: Juntar-se a um grupo em brincadeiras (Participação).

O grupo SD apresentou média significativamente maior que o grupo DT nas avaliações dos professores de freqüência da reação ativa no item:

- 9: Negociar, convencer (Autocontrole).

## 2. Correlação significativa entre escores:

Analisando os escores gerais de habilidades sociais dos 20 participantes da pesquisa como um todo (englobando os dois grupos) com o Coeficiente de Correlação de Pearson, verificou-se a existência de correlação positiva estatisticamente significativa entre alguns parâmetros, com níveis de confiança 0,01 ( $p < 0,01$ ) e 0,05 ( $p < 0,05$ ), como demonstrado na tabela 10:

Tabela 10.

*Correlações significativas entre os escores gerais de habilidades sociais dos 20 participantes*

<b>Escores gerais avaliados</b>	<b>Correlação de Pearson</b>
Auto-av. freq. passivas e auto-av. adeq. passivas	0,658**
Auto-av. freq. habilidosas e auto-av. adeq. habilidosas	0,744**
Auto-av. freq. ativas e auto-av. adeq. ativas	0,540*
Auto-av. freq. habilidosas e auto-av. dific. habilidosas	0,612**
Auto-av. adeq. habilidosas e auto-av. dific. habilidosas	0,615**
Auto-av. freq. passivas e av.prof. freq. passivas	
Auto-av. freq. habilidosas e av.prof. freq. habilidosas	0,593**
Auto-av. freq. ativas e av.prof. freq. ativas	
Auto-av. adeq. passivas e av.prof. adeq. passivas	
Auto-av. adeq. habilidosas e av. prof. adeq. habilidosas	
Auto-av. adeq. ativas e av. prof. adeq. ativas	
Auto-av. dific. habilidosas e av. prof. imp. habilidosas	0,579**

Nota: \* =  $p < 0,05$

\*\* =  $p < 0,01$

Considerando que a correlação com nível de confiança 0,01 ( $p < 0,01$ ) possui maior chance de acerto/menor chance de erro do que a correlação com nível de

confiança 0,05 ( $p < 0,05$ ), a tabela 10 demonstra que vários pares de escores gerais tiveram alta correlação entre as auto-avaliações e entre a auto-avaliação e a avaliação dos professores. Isso pode ser tomado como um alto índice de confiança dos resultados.

Foram correlacionados também os escores gerais de habilidades sociais dentro de cada grupo de participantes. Dentro do grupo SD, não houve escores gerais com correlação significativa, através do coeficiente de Correlação de Pearson, com nível de confiança 0,01 ( $p < 0,01$ ). Apesar disso, o mesmo grupo teve escores com correlação significativa com nível 0,05 ( $p < 0,05$ ), que possui maior chance de erro, como consta na tabela 11.

Tabela 11.

*Correlações significativas entre os escores gerais de habilidades sociais do grupo SD*

<b>Escores gerais avaliados</b>	<b>Correlação de Pearson</b>
Auto-av. freq. passivas e auto-av. adeq. passivas	0,646*
Auto-av. freq. habilidosas e auto-av. adeq. habilidosas	0,653*
Auto-av. freq. ativas e auto-av. adeq. ativas	
Auto-av. freq. habilidosas e auto-av. dific. habilidosas	0,678*
Auto-av. adeq. habilidosas e auto-av. dific. habilidosas	0,696*
Auto-av. freq. passivas e av.prof. freq. passivas	
Auto-av. freq. habilidosas e av.prof. freq. habilidosas	
Auto-av. freq. ativas e av.prof. freq. ativas	
Auto-av. adeq. passivas e av.prof. adeq. passivas	
Auto-av. adeq. habilidosas e av. prof. adeq. habilidosas	
Auto-av. adeq. ativas e av. prof. adeq. ativas	
Auto-av. dific. habilidosas e av. prof. imp. habilidosas	

Nota: \* =  $p < 0,05$

Todos os escores gerais de habilidades sociais do grupo SD com correlação significativa de 0,05 ( $p < 0,05$ ) através do Coeficiente de Correlação de Pearson também tiveram correlação dentro do grupo como um todo, mas com nível de confiança 0,01 ( $p < 0,01$ ). Isso significa que há um maior índice de confiança dos resultados das auto-avaliações com relação às reações passivas e habilidosas dentro do grupo como um

todo do que no grupo SD. Além disso, não houve nenhuma correlação entre escores de auto-avaliação das crianças SD e escores de avaliação de seus professores, o que diminui a confiabilidade dos dados.

O grupo DT teve escores gerais de habilidades sociais correlacionados com nível de confiança 0,01 ( $p < 0,01$ ) e com nível de confiança 0,05 ( $p < 0,05$ ).

Tabela 12.

*Correlações significativas entre os escores gerais de habilidades sociais do grupo DT*

<b>Escores gerais avaliados</b>	<b>Correlação de Pearson</b>
Auto-av. freq. passivas e auto-av. adeq. passivas	0,676*
Auto-av. freq. habilidosas e auto-av. adeq. habilidosas	
Auto-av. freq. ativas e auto-av. adeq. ativas	0,794**
Auto-av. freq. habilidosas e auto-av. dific. habilidosas	0,810**
Auto-av. adeq. habilidosas e auto-av. dific. habilidosas	0,786**
Auto-av. freq. passivas e av.prof. freq. passivas	
Auto-av. freq. habilidosas e av.prof. freq. habilidosas	
Auto-av. freq. ativas e av.prof. freq. ativas	
Auto-av. adeq. passivas e av.prof. adeq. passivas	
Auto-av. adeq. habilidosas e av. prof. adeq. habilidosas	
Auto-av. adeq. ativas e av. prof. adeq. ativas	
Auto-av. dific. habilidosas e av. prof. imp. habilidosas	0,830**

Nota: \* =  $p < 0,05$

\*\* =  $p < 0,01$

As correlações com  $p < 0,01$  no grupo DT entre (a) a auto-avaliação de frequência das reações habilidosas e a auto-avaliação de dificuldade das reações habilidosas, (b) a auto-avaliação de adequação das reações habilidosas e a auto-avaliação de dificuldade das reações habilidosas e (c) a auto-avaliação da dificuldade nas reações habilidosas e a avaliação do professor da importância das reações habilidosas, também tiveram correlação com  $p < 0,01$  no grupo como um todo, relevando um alto índice de confiança dos dados. A correlação com  $p < 0,01$  no grupo DT entre a auto-avaliação de frequência das reações ativas e auto-avaliação de adequação das reações ativas teve correlação

com  $p < 0,05$  no grupo como um todo, o que significa que o grupo DT teve correlação maior entre o escore geral de auto-avaliação de frequência das reações ativas e o escore geral de auto-avaliação de adequação das reações ativas.

Os escores gerais de auto-avaliação com relação às reações passivas do grupo DT tiveram correlação com  $p < 0,05$ , e os mesmos escores gerais tiveram correlação com  $p < 0,01$  no grupo como um todo, revelando um maior índice de confiança dos resultados no grupo como um todo.

Resumindo as informações constadas nas tabelas acima (10, 11 e 12), pode-se inferir que houve um alto índice de confiança dos resultados do grupo como um todo, e dos resultados dos dois grupos (SD e DT) em particular. Considerando que a correlação com nível de confiança 0,01 ( $p < 0,01$ ) tem maior chance de acerto ou menor chance de erro que a correlação com nível de confiança 0,05 ( $p < 0,05$ ), o grupo como um todo teve mais pares de escores correlacionados com nível de confiança com  $p < 0,01$  (seis pares de escores) que pares de escores correlacionados com  $p < 0,05$  (apenas um par), o que revela um alto índice de confiança. O grupo SD não teve escores correlacionados com  $p < 0,01$ , e teve quatro pares de escores correlacionados com  $p < 0,05$ ; já o grupo DT teve quatro pares de escores correlacionados com  $p < 0,01$ , e apenas um par de escores correlacionados com  $p < 0,05$ . Isso demonstra uma maior confiabilidade nos resultados das crianças DT.

### **3. Diferenças de habilidades sociais dentro de cada grupo:**

Com relação às diferenças estatisticamente significativas de escores gerais de habilidades sociais dentro dos dois grupos de participantes separadamente (SD e DT) em função do tipo de escola, sexo, nível sócio-econômico (NSE), dificuldade de

aprendizagem (DA), problemas de comportamento (PC) e características clínicas (CC) das crianças, houve alguns escores que não tiveram diferença estatisticamente significativa através do Teste-*t* ( $p < 0,05$ ).

Dentro do grupo SD, as características dos participantes em função das quais os escores gerais de habilidades sociais não apresentaram diferença estatisticamente significativa foram:

- *Sexo*: não houve diferença estatisticamente significativa de escores gerais de habilidades sociais entre as crianças SD do sexo masculino (cinco crianças) e as do sexo feminino (cinco crianças);
- *Nível sócio-econômico – NSE* : Como o Teste-*t* compara apenas dois grupos, foi feita a comparação entre o nível sócio-econômico mais elevado e o nível sócio-econômico menos elevado apresentados pelos participantes SD, sendo dois participantes pertencentes ao nível B1 e dois pertencentes ao nível D. Não houve diferença estatisticamente significativa de escores gerais de habilidades sociais entre as crianças SD com *NSE* B1 e as com *NSE* D.
- *Problemas de comportamento – PC*: não houve diferença estatisticamente significativa de escores gerais de habilidades sociais entre as crianças SD com nenhum PC (quatro crianças) e as com pouco PC (quatro crianças), entre as crianças SD com nenhum PC e as com muito PC (duas crianças), e nem entre as crianças SD com pouco PC e as com muito PC.
- *Características clínicas- CC*: não houve diferença estatisticamente significativa de escores gerais de habilidades sociais entre as crianças SD com nenhuma doença física (oito crianças) e as crianças SD com doença física (duas crianças).

Em contrapartida, apareceram diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) em alguns escores gerais de habilidades sociais em função de duas características dos participantes SD: tipo de escola e dificuldade de aprendizagem (DA). Com relação ao tipo de escola, as crianças SD de escola particular (três crianças) apresentaram uma média estatisticamente maior (Média=23,00; *d.p.*=6,08) de escore geral de auto-avaliação de frequência das reações passivas que as crianças SD de escola pública (sete crianças - Média=11,14; *d.p.*=5,49).

As crianças SD de escola particular também apresentaram uma média estatisticamente maior (Média=28,33; *d.p.*=4,51) de escore geral de auto-avaliação de frequência das reações habilidosas que as crianças SD de escola pública (Média=17,57; *d.p.*=7,25). Com relação ao escore geral de auto-avaliação de adequação das reações passivas, as crianças de escola particular também tiveram uma média maior (Média=29,33; *d.p.*=2,08) que as crianças de escola pública (Média=13,29; *d.p.*=8,86).

Além disso, no escore geral de auto-avaliação de dificuldade das reações habilidosas, as crianças SD de escola pública apresentaram uma média significativamente maior (Média=16,00; *d.p.*=5,03) que as crianças de escola particular (Média=6,33; *d.p.*=6,03). Isso pode significar que as crianças SD de escola particular se avaliam como mais frequentemente passivas, como mais frequentemente habilidosas, e como mais adequado serem passivas do que as crianças SD de escola pública; em contrapartida, as crianças SD de escola pública avaliam como mais difícil emitir a reação habilidosa.

O grupo SD apresentou diferença estatisticamente significativa de escore geral de auto-avaliação de frequência das reações habilidosas em função da dificuldade de aprendizagem (DA). Todas as crianças SD foram avaliadas pelos seus professores

como tendo pouca (quatro crianças) ou muita (seis crianças) dificuldade de aprendizagem, sendo nenhuma criança SD avaliada como tendo nenhuma dificuldade de aprendizagem. As crianças SD com pouca DA apresentaram uma média significativamente maior (Média=27,00; *d.p.*=4,08) de auto-avaliação de frequência das reações habilidosas que as crianças SD com muita DA (Média=16,67; *d.p.*=7,66). Além disso, as crianças com muita DA apresentaram uma média significativamente maior (Média=16,50; *d.p.*=3,39) de escore geral de auto-avaliação de dificuldade nas reações habilidosas que as crianças SD com pouca DA (Média=8,00; *d.p.*=7,96). Isso indica que, talvez, quanto maior a dificuldade de aprendizagem da criança SD, menor a frequência com que ela emite reações habilidosas, e maior sua dificuldade em emitir essas mesmas reações.

Considerando o grupo DT, as características dos participantes em função das quais os escores gerais de habilidades sociais não apresentaram diferença estatisticamente significativa foram:

- *Tipo de escola*: não houve diferença estatisticamente significativa de escores gerais de habilidades sociais entre as crianças DT de escola particular (três crianças) e as crianças de escola pública (sete crianças);
- *Nível sócio-econômico – NSE*: Como o Teste-*t* compara apenas dois grupos, foi feita a comparação entre o nível sócio-econômico mais elevado e o nível sócio-econômico menos elevado apresentados pelos participantes DT, sendo quatro participantes pertencentes ao nível B1 e um pertencente ao nível D. Não houve diferença estatisticamente significativa de escores gerais de habilidades sociais entre as crianças DT com *NSE* B1 e a com *NSE* D.

- *Problemas de comportamento – PC*: não houve diferença estatisticamente significativa de escores gerais de habilidades sociais entre as crianças DT com nenhum PC (cinco crianças) e as com pouco PC (quatro crianças), entre as crianças DT com nenhum PC e a com muito PC (uma criança), e nem entre as crianças DT com pouco PC e a com muito PC.

Houve diferença estatisticamente significativa de escores gerais de habilidades sociais das crianças DT em função do sexo e da dificuldade de aprendizagem (DA). Com relação ao sexo, as crianças do sexo feminino (três crianças) tiveram uma média significativamente maior (Média=5,33; *d.p.*=2,08) que as crianças do sexo masculino (sete crianças - Média=1,57; *d.p.*=0,98) no escore geral de auto-avaliação de frequência das reações ativas.

Com relação ao escore geral de auto-avaliação de adequação das reações ativas, as crianças DT do sexo feminino também tiveram uma média significativamente maior (Média=6,00; *d.p.*=4,00) que as crianças do sexo masculino (Média=1,14; *d.p.*=1,57). Esses resultados podem indicar que as meninas são mais frequentemente ativas e avaliam como mais adequado o serem, se comparadas aos meninos.

Nenhuma criança DT foi avaliada pelo seu professor com tendo muita dificuldade de aprendizagem. O escore geral com diferença estatisticamente significativa em relação à DA das crianças DT foi o de auto-avaliação de adequação das reações habilidosas, em que as crianças DT com nenhuma DA (oito crianças) tiveram uma média maior (Média=36,50; *d.p.*= 3,25) que as crianças DT com pouca DA (duas crianças - Média=30,00; *d.p.*= 4,24). Isso pode demonstrar que quanto menor a dificuldade de aprendizagem da criança, maior a adequação atribuída às reações habilidosas.

## **Discussão**

A discussão a seguir é apresentada em três partes: (1) Semelhanças e diferenças de repertório de habilidades sociais entre os dois grupos; (2) Correlação significativa entre escores; e (3) Diferenças de habilidades sociais dentro de cada grupo.

### **1. Semelhanças e diferenças de repertório de habilidades sociais entre os dois grupos:**

Os dados desta pesquisa possibilitaram algumas considerações importantes, podendo-se resumir alguns dos resultados na seqüência. Considerando as reações passivas, a auto-avaliação das crianças de ambos os grupos não apresentou diferenças significativas, nem no indicador de freqüência, nem no de adequação. O mesmo ocorreu com a avaliação de freqüência dos professores. Esses resultados sugerem que há uma valorização sobre reações passivas, e que provavelmente ela está disseminada na cultura. Pais e professores valorizam e ensinam por diversos meios que reações passivas são desejáveis. Um dos participantes do grupo DT, justificando sua escolha, disse textualmente: “Deus gosta que seja assim”. Portanto, pode ser que todas as crianças (SD e DT) tenham aprendido e adquirido o mesmo repertório de comportamentos passivos, dados esses vindos tanto da auto-avaliação bem como da avaliação do professor, e tenham aprendido e conferido a mesma adequação aos comportamentos passivos.

Considerando-se as médias dos 20 participantes como um todo, os resultados mostram a tendência das crianças a avaliarem com maior freqüência e adequação as reações habilidosas, seguidas das reações passivas e ativas, sendo esse padrão de avaliação mais consistente no grupo DT. Segundo Barreto e cols. (2005), apesar das

reações não habilidosas serem incompatíveis com um repertório socialmente competente, as crianças tendem a avaliar as reações passivas como adequadas, o que sugere que parte das reações passivas é confundida com reações habilidosas nas regras sociais, confirmando o aspecto de valorização das reações passivas apontado acima.

Todavia, como pôde ser considerado nos resultados, houve alguns escores em que os dois grupos SD e DT obtiveram médias estatisticamente diferentes. Cabe salientar que as médias do grupo DT estão de acordo com as médias da amostra de referência utilizada no próprio IMHSC-Del-Prette.

Com relação à auto-avaliação de frequência de reações habilidosas, as crianças DT possuem médias significativamente maiores nas habilidades sociais no geral, e nas habilidades empáticas e de civilidade, de assertividade de enfrentamento e de participação, quando comparadas às crianças SD. Na auto-avaliação de adequação das reações habilidosas, as crianças DT avaliaram significativamente como mais adequadas as reações habilidosas nas demandas que exigem habilidades sociais no geral e especificamente nas que exigem habilidades empáticas e de civilidade, quando comparadas às crianças SD. Além disso, na avaliação dos professores de frequência das reações habilidosas, as crianças DT tiveram médias significativamente maiores nas habilidades sociais no geral, e nas habilidades de empatia e civilidade, de assertividade de enfrentamento, de autocontrole e nas habilidades que não foram englobadas em nenhum fator.

A convergência dos dados dessas três avaliações – auto-avaliação de frequência das reações habilidosas, auto-avaliação de adequação das reações habilidosas e avaliação do professor de frequência das reações habilidosas – com relação às habilidades sociais como um todo traz uma alto índice de confiança dos resultados

sobre o repertório de habilidades sociais de crianças SD. Nas habilidades sociais no geral, elas foram consideradas como menos freqüentemente habilidosas por elas mesmas, pelos professores e avaliaram como menos adequado serem habilidosas.

Nas habilidades sociais de empatia e civilidade, as crianças SD se auto-avaliaram como menos freqüentemente habilidosas, foram avaliadas pelos seus professores como menos freqüentemente habilidosas, e avaliaram como menos adequadas as reações habilidosas, se comparadas às crianças DT. Nas habilidades de assertividade de enfrentamento, as crianças SD se auto-avaliaram como menos freqüentemente habilidosas e foram avaliadas pelos seus professores como menos freqüentemente habilidosas. Esses resultados corroboram e ampliam os resultados do estudo de Angélico (2004), que indicaram que os adolescentes com síndrome de Down possuem um déficit de habilidades sociais empáticas de percepção e reconhecimento das emoções vividas por outras pessoas, e um déficit de respostas assertivas de enfrentamento em seu repertório comportamental. Esses déficits no repertório comportamental das crianças SD de habilidades empáticas e de civilidade, e de habilidades de assertividade de enfrentamento poderiam ser teoricamente, segundo Del Prette e Del Prette (2005a), déficits de aquisição, déficits de desempenho e déficits de fluência.

Parece bem improvável que seja um caso de déficit de aquisição, já que esse seria caracterizado por uma desvantagem inferida com base em indicadores de não ocorrência da habilidade diante das demandas do ambiente, e algumas crianças SD auto-avaliaram emitir com uma certa freqüência (menor que a freqüência média das crianças DT, mas existente) as reações habilidosas empáticas e de civilidade, e assertivas.

Esses déficits de habilidades empáticas e de civilidade e assertivas no repertório comportamental das crianças SD parecem se caracterizar como déficit de desempenho, definido como uma desvantagem inferida com base em indicadores de ocorrência da habilidade com frequência inferior à esperada diante das demandas do ambiente, que é o caso das crianças SD. Então pode ser que essas crianças possuam o repertório comportamental adequado para lidar com as demandas que exigem habilidades de empatia e civilidade e de assertividade de enfrentamento, mas emitam essas habilidades com uma frequência inferior à esperada. Essa desvantagem pode estar associada, em parte, aos aspectos genéticos da síndrome de Down, como à dificuldade perceptual de identificar as demandas do contexto social e de planejar e/ou emitir os desempenhos esperados sob tais demandas, mas também pode estar associada a aspectos aprendidos, como reforçamento de comportamentos inadequados e incompatíveis com emissão de comportamentos adaptativos por parte dos ambientes frequentados, pouco reforçamento diferencial dos educadores para determinadas habilidades, ou modelação de comportamentos inadequados apresentados por colegas e até por adultos, podendo ser funcional/reforçador para essas crianças serem mais passivas ou ativas do que serem habilidosas em alguns contextos.

Além de déficit de desempenho, essas dificuldades nas habilidades empáticas e de civilidade e assertivas das crianças SD podem também ser caracterizadas como déficit de fluência, que é uma desvantagem inferida com base em indicadores de ocorrência da habilidade com proficiência inferior à esperada diante das demandas do ambiente. Essa desvantagem também pode ser explicada da mesma maneira, ou seja, em parte pelos aspectos genéticos da síndrome de Down, e em parte pelos aspectos aprendidos ou ambientais. Embora a síndrome possua o componente genético que

determina características morfológicas e fisiológicas, ele não atua impeditivamente sobre a aprendizagem que, em maior proporção, depende da interação do organismo com o meio.

As crianças DT também apresentaram média significativamente superior às crianças SD na auto-avaliação de frequência das reações habilidosas de participação, na avaliação dos professores de frequência das reações habilidosas de autocontrole e na avaliação dos professores de frequência das reações habilidosas pertencentes aos não-fatores.

Com relação à auto-avaliação de frequência das reações ativas (que demonstram agressividade, negativismo, ironia, autoritarismo, etc.), as crianças SD tiveram médias significativamente maiores do que as DT nas demandas que exigiam habilidades sociais no geral, e em especial nas que exigiam habilidades empáticas e de civilidade, de autocontrole e de participação. Na auto-avaliação de adequação das reações ativas, as crianças SD também tiveram médias significativamente superiores às DT nas demandas que exigiam habilidades sociais no geral, e nas que exigiam habilidades empáticas e de civilidade, de assertividade, de autocontrole e de participação. Entretanto, na avaliação do professor de frequência das reações ativas, as crianças SD tiveram média significativamente maior que as crianças DT apenas nas habilidades de autocontrole. Nas habilidades de participação, os professores avaliaram como freqüentemente mais ativas as crianças DT, e não as SD.

Os resultados da auto-avaliação de frequência e da auto-avaliação de adequação das reações ativas convergiram nos escores de habilidades sociais no geral, de habilidades empáticas e de civilidade, de autocontrole e de participação, o que aumenta o índice de confiança dos resultados, pois há uma coerência entre a frequência do

comportamento ativo emitido pela criança e o que ela acha adequado. Já os resultados sobre a avaliação dos professores de frequência das reações ativas das crianças SD convergiram apenas com os resultados das auto-avaliações de frequência e adequação das reações ativas nas habilidades de autocontrole. A única avaliação de reações ativas que conferiu média maior às crianças DT foi a avaliação dos professores de frequência das reações ativas nas habilidades de participação.

Realmente, o que pôde ser constatado durante a coleta de dados nas auto-avaliações foi que as crianças SD sorriam e riam mais quando viam as reações ativas que as crianças DT. Talvez as crianças SD tenham uma pré-disposição fisiológica para emitirem mais comportamentos ativos, mas talvez seja permitido a elas serem mais ativas, tornando o comportamento ativo funcional em alguns contextos. Por exemplo, a participante SD10 empurrava de maneira abrupta a mão da pesquisadora quando esta pegava no *mouse* do *notebook* para clicar na resposta escolhida verbalmente pela participante. Então, a pesquisadora permitia que SD10 clicasse sozinha na resposta escolhida, apenas monitorando se a resposta clicada seria a escolhida verbalmente, procurando não emitir nenhuma resposta visível à participante, diferente do que fazia quando a participante se concentrava na atividade e respondia às perguntas da pesquisadora (lembrando que os comportamentos dos participantes reforçados eram apenas a concentração na atividade e as respostas às perguntas, sendo o reforço o mesmo para todas as opções de resposta. Quando a avaliação terminava e as respostas já tinham sido todas dadas, a pesquisadora valorizada mais a reação habilidosa, no intuito de tornar a atividade educativa).

Passados alguns minutos, SD10 emitia comportamentos de carinho em relação à pesquisadora (como abraços e carinhos na mão). Ou seja, parecia que a participante

estava sob certo controle do ambiente, pois quando via que o comportamento da pesquisadora ficava menos reforçador diante de seus comportamentos agressivos, ela passava de agressiva para “habilidosa”. Isso pode revelar que SD10 provavelmente consegue o que quer quando é agressiva em alguns ou vários ambientes, os quais, portanto, mantêm esses comportamentos agressivos da mesma. Entretanto, SD10 parece possuir um repertório de habilidades sociais “não ativo”, ou “carinhoso”, ou “habilidoso”; ela só deve ser mais ativa em alguns contextos porque parece realmente ser funcional sê-lo.

Com relação à dificuldade em emitir a reação habilidosa, não houve diferença significativa entre os grupos, com exceção do escore de não-fatores, em que a média das crianças SD foi significativamente maior que a média das crianças DT. Essa diferença entre os grupos sobre a dificuldade geral de emitir a reação habilidosa pode realmente não existir. Todavia pode ser que as crianças SD não tenham a capacidade de avaliar sua dificuldade real em emitir certos comportamentos esperados, ou ainda existe a possibilidade de a criança SD (assim como a DT) querer corresponder à expectativa social, respondendo que não possui dificuldade, pois sabe que seria a resposta esperada e valorizada socialmente. Algumas crianças, tanto SD como DT, olhavam para a pesquisadora assim que escolhiam verbalmente a resposta, parecendo esperar aprovação ou desaprovação da mesma, sendo que esta se esforçou ao máximo para não emitir nenhuma resposta contingente diferenciada ao comportamento de escolha das crianças. Como foi explicitado no método, a pesquisadora procurava agir da mesma maneira diante de todos os comportamentos de responder dos participantes, independentemente de suas respostas serem adequadas ou não, emitindo falas como: “Muito bom, prestou atenção no filminho e respondeu o que eu perguntei! Legal!”.

Na comparação entre os grupos SD e DT por item, surgiram algumas diferenças que não haviam aparecido na comparação por escores. O grupo SD teve média menor na auto-avaliação de frequência das reações passivas nos itens correspondentes às habilidades de mediar conflitos entre colegas (habilidade de participação) e defender-se de acusações injustas (habilidade de assertividade). Essa diferença significa que as crianças DT são mais frequentemente passivas nesses contextos que as crianças SD. Pelos resultados obtidos e pelo contato da pesquisadora com os participantes da pesquisa, sugere-se que as crianças SD tendam mais a emitir comportamentos ativos que passivos, reforçando a diferença encontrada com relação à frequência de reações passivas.

Outra diferença que surgiu na comparação dos grupos por itens foi na auto-avaliação de adequação da reação passiva referente à habilidade de pedir ajuda ao colega em classe (não-fator), em que as crianças SD conferiram maior adequação a essa resposta que as crianças DT. Ou seja, as crianças SD, na média, vêem como mais adequado serem passivas diante de uma situação em que possuem alguma dúvida em classe e precisam de ajuda do colega, quando comparadas às DT. Esse aspecto pode estar relacionado a um déficit da criança em pedir propriamente a ajuda ao colega, ou a identificar que possui uma dúvida e de que precisa de ajuda, primordialmente.

Uma última diferença que surgiu na comparação por itens foi na avaliação dos professores de frequência da reação passiva na habilidade de pedir desculpas (de empatia e civilidade). Nessa habilidade, os professores avaliaram as crianças SD como mais frequentemente passivas em contextos em que seria adequado o pedido de desculpas a outrem. Pode ser que as crianças SD, na média, ou não tenham aprendido o

comportamento em si, ou tenham aprendido-o, mas não consigam identificar as demandas em que é adequado um pedido de desculpas.

Com relação à auto-avaliação de frequência das reações habilidosas e ativas, os resultados encontrados na análise por itens foram os mesmos que os encontrados na análise por escores gerais e fatoriais, ou seja, as crianças SD se auto-avaliaram como menos frequentemente habilidosas e como mais frequentemente ativas que as DT. Entretanto, os contextos em que as SD se auto-avaliaram como menos frequentemente habilidosas ocorreram em maior número que os contextos em que elas se auto-avaliaram como mais frequentemente ativas.

Com relação à auto-avaliação de frequência das reações habilidosas, as crianças SD apresentaram média menor em: a) quatro itens referentes a habilidades de empatia e civilidade (pedir desculpas, consolar o colega, elogiar o objeto do colega e defender o colega); b) três itens referentes a habilidades de assertividade (expressar desagrado, propor nova brincadeira e defender-se de acusações injustas); c) dois itens referentes a habilidades de participação (mediar conflitos entre colegas e responder pergunta da professora); e d) um item referente a habilidades consideradas como não-fatores (perguntar/questionar).

Percebe-se que os déficits que englobam maior número de itens são referentes às habilidades de empatia e assertividade, como encontrado por Angélico (2004). Essas habilidades, como apontado por Falcone (1998), são muito importantes para o aumento da auto-estima, redução da ansiedade e da depressão, diminuição dos conflitos sociais e o rompimento, justificando maior investimento por parte dos educadores na aquisição dessas habilidades pelas crianças.

Já com relação à auto-avaliação de frequência de reações ativas, as crianças SD tiveram média maior em apenas um item referente a habilidades de participação, que foi e o de mediar conflitos entre colegas. A mãe da participante SD10, em uma conversa informal com a pesquisadora, disse que a filha, diante de uma situação de brigas entre colegas, costumava interferir e ameaçá-los, com falas do tipo: “Se vocês não pararem de brigar eu vou bater nos dois!”, falas essas que pareciam ser aprovadas pela mãe.

Esses resultados de comparação por itens corroboram com os resultados de comparação por escores, e ampliam-nos, pois na comparação por escores, as crianças SD apresentaram médias menores de auto-avaliação de frequência das reações habilidosas apenas nos escores gerais, e nos fatoriais de habilidades de empatia e civilidade, assertividade e participação; já na comparação por itens, as crianças SD apresentaram médias menores em habilidades de todos os fatores (empatia e civilidade, assertividade, autocontrole, participação e não fatores).

Na auto-avaliação de frequência das reações ativas, as médias das crianças SD foram significativamente maiores nos escores gerais e nos fatoriais de habilidades de empatia e civilidade, autocontrole e participação. Na comparação por itens, a média de SD foi maior em apenas uma habilidade de participação (mediar conflitos entre colegas).

Considerando a dificuldade e a complexidade em se determinar as causas do comportamento ativo (provavelmente características principalmente aprendidas), o fato é que as crianças com SD realmente parecem emitir com frequência maior as reações ativas, comprometendo a emissão de comportamentos socialmente habilidosos. Essa dificuldade das crianças SD em emitir algumas habilidades sociais converge com os

dados apontados por alguns autores (Angélico, 2004; Mancini, Silva, Gonçalves & Martins, 2003; Mills, 1999; Soresi & Nota, 2000; Voivodic, 2004). Todavia, como Soresi e Nota (2000) apontaram, programas de treinamento de habilidades sociais podem produzir modificações na qualidade e na frequência de comportamentos sociais de indivíduos com síndrome de Down, sendo, destarte, necessário um maior engajamento da família, professores e pares no treinamento, para que o mesmo seja mais efetivo.

Com relação à auto-avaliação de adequação das reações habilidosas, a comparação por itens, além de convergir com a comparação por escores, trouxe dados mais ricos, em as crianças SD tiveram média significativamente menor em cinco itens de habilidades de empatia e civilidade (oferecer ajuda, fazer pergunta à professora, agradecer um elogio, elogiar o objeto do colega e defender-se do colega) e em um item de autocontrole (demonstrar espírito esportivo). Na comparação por escores, a diferença apareceu apenas no escore geral e no de habilidades empáticas e de civilidade.

Na auto-avaliação de adequação das reações ativas, a comparação por itens trouxe resultados semelhantes à comparação por escores, detalhando mais as habilidades cujas crianças SD conferem maior adequação à reação ativa: uma de empatia e civilidade (oferecer ajuda), uma de assertividade (pedir mudança de comportamento), e uma de autocontrole (demonstrar espírito esportivo). Na comparação por escores, as crianças SD conferiram maior adequação a reações ativas referentes a habilidades de todos os escores, com exceção do escore de não-fatores.

Portanto, as crianças SD parecem conferir maior adequação a certas reações ativas, e menor adequação a certas reações habilidosas. Essa característica pode advir,

novamente, de alguma dificuldade cognitiva de processar as regras sociais ensinadas, ou pode advir de falhas na educação ministrada por pais e professores. Talvez os agentes sociais, com base em algumas crenças e opiniões equivocadas a respeito da síndrome de Down, substituem o sentimento de respeito por pena, e acabam sendo permissivos demais nas regras sociais ensinadas às crianças. Estas, por sua vez, constroem um padrão de adequação que não é comum às outras crianças.

As crianças SD apresentaram média maior na auto-avaliação de dificuldade de emissão da reação habilidosa em um item considerado não-fator (perguntar/questionar), tanto na comparação por escores quanto na feita por itens. Esse dado é corroborado por falas de alguns professores, que dizem que as crianças SD não fazem perguntas em sala de aula, referentes ao conteúdo ministrado. Para algumas crianças, a ausência dessa habilidade parece ser um déficit de aquisição, já que a resposta não ocorre. Seria interessante que essa habilidade de perguntar/questionar em sala de aula fosse ensinada e reforçada pelos professores, e que houvesse esforço por parte dos pais para generalizá-la para outros contextos.

Os professores avaliaram as crianças SD como menos freqüentemente habilidosas em: a) uma habilidade de empatia e civilidade (fazer pergunta à professora); b) quatro habilidades de assertividade (pedir mudança de comportamento, propor nova brincadeira, resistir à pressão do grupo e defender-se de acusações injustas); c) uma habilidade de autocontrole (negociar, convencer); d) uma habilidade de participação (responder pergunta da professora); e e) duas habilidades consideradas como não-fatores (pedir ajuda ao colega em classe e perguntar/questionar). Esses dados convergem com os da comparação por escores.

Novamente, percebe-se a ausência de habilidades importantes para o contexto de sala de aula, principalmente assertivas, justificando o investimento dos pais e professores para superar esse déficit (que pode ser de aquisição) e ensinar tal repertório às crianças SD.

Finalmente, com relação à avaliação dos professores sobre a frequência das reações ativas, os resultados da comparação por itens foram semelhantes aos da comparação por escores, ou seja, as crianças SD apresentaram média menor em uma habilidade de participação (juntar-se a um grupo em brincadeiras) e média maior em uma habilidade de autocontrole (negociar, convencer). Esses resultados identificam que as crianças SD, na média, não são frequentemente mais ativas que as DT em situações de juntar-se a um grupo em brincadeiras; entretanto, isso não significa que elas emitam a habilidade desejada nesta situação. Já na habilidade de negociar/convencer, as crianças SD parecem ser mais frequentemente ativas, demonstrando uma possível falta de repertório de habilidades de negociação.

## **2. Correlação significativa entre escores:**

Segundo Vieira, fazer uma análise de correlação significa avaliar a possível associação entre duas variáveis contínuas (Vieira, 2004). Abrangendo as correlações entre escores gerais do grupo como um todo e escores gerais dos grupos SD e DT, o estudo possuiu 16 pares de escores de habilidades sociais correlacionados positivamente com níveis de confiança com  $p < 0,01$  e  $p < 0,05$ , revelando um alto índice de confiança dos resultados, principalmente entre as crianças DT. Desses 16 pares, 13 correlacionaram escores de auto-avaliação, e apenas três pares correlacionaram escores

de auto-avaliação com escores de avaliação do professor, como pode ser visto nas tabelas 10, 11 e 12.

Esses resultados podem denotar uma certa divergência entre as avaliações da criança e do professor, o que pode ser explicado por duas possibilidades: a) a avaliação de um deles é mais precisa; b) os critérios que utilizam para julgamento são diferentes (Del Prette & Del Prette, 2005b). Essas possibilidades devem ser delicadamente consideradas em se tratando das crianças SD.

Há a tendência de se considerar a avaliação do professor como mais precisa e verossímil. Entretanto, deve-se contar com as expectativas e crenças deste acerca das potencialidades de seus alunos. Há a possibilidade de o professor avaliar seu aluno DT como mais habilidoso devido ao fato de ele preferir pensar que esse aluno seja realmente mais habilidoso; e ao contrário, o professor pode possuir algumas crenças equivocadas acerca de pessoas com síndrome de Down, e avaliar como menos habilidosas as crianças SD. Obviamente essas variáveis intervenientes não são passíveis de serem controladas em pesquisas não-experimentais que tratam do comportamento humano.

Todavia, a correlação positiva entre 13 pares de escores de auto-avaliação pode trazer dados interessantes com relação à competência social das crianças, cuja articulação implica coerência entre sentimentos, pensamentos e ações (Del Prette & Del Prette, 2005a). Isso significa dizer que existe uma certa coerência entre as habilidades que as crianças emitem com uma determinada frequência (componente comportamental), e a adequação e a dificuldade que elas conferem às mesmas (componentes cognitivos).

Houve uma correlação positiva considerada de moderada a forte, ( $0,612 \leq r \leq 0,810$ , com nível de confiança 0,01), entre auto-avaliações de frequência e dificuldade de emissão das reações habilidosas, bem como entre auto-avaliações de adequação e dificuldade de emissão das mesmas reações, indicando que quanto maior a frequência de emissão da reação habilidosa, maior a dificuldade em emití-la, e quanto maior a adequação conferida à essa reação, maior a dificuldade em emití-la também. Esses resultados parecem ser complexos, podendo significar que apesar de as reações habilidosas serem emitidas com uma certa frequência e receberem determinada adequação pelas crianças no geral, elas são avaliadas como difíceis de serem emitidas.

Portanto, as crianças no geral (SD e DT) parecem possuir dificuldade em emitir as reações habilidosas. Além disso, poder-se-ia questionar se as crianças realmente responderam de acordo com suas atitudes (entendendo o termo atitude como uma organização entre o componente cognitivo, o afetivo e o comportamental, segundo Rodrigues, Assmar & Jablonski, 1999) diante das demandas sociais, ou de acordo com o que eles acreditavam que era a expectativa da pesquisadora.

### **3. Diferenças de habilidades sociais dentro de cada grupo:**

Houve algumas características das crianças, fornecidas por seus professores, em função das quais não houve diferença estatisticamente significativa de escores gerais de habilidades sociais dentro do grupo SD (sexo, nível sócio-econômico, problemas de comportamento e características clínicas) e dentro do grupo DT (tipo de escola, nível sócio-econômico e problemas de comportamento) separadamente.

Com relação às características em função das quais houve diferença estatisticamente significativa de escores dentro do grupo SD (tipo de escola e dificuldade de aprendizagem) pode-se tecer algumas considerações.

As crianças SD de escola particular se avaliaram como mais freqüentemente passivas, como mais freqüentemente habilidosas, e como mais adequado serem passivas do que as crianças SD de escola pública; já as crianças SD de escola pública avaliaram como mais difícil emitir a reação habilidosa. As médias significativamente maiores de escores gerais de freqüência e adequação das reações passivas das crianças SD de escola particular podem vir de uma educação com maior carga de instruções para a criança ser passiva, em que os agentes sociais mais relevantes para essas crianças conferem maior adequação a esse tipo de reação. A média significativamente maior de escore geral de freqüência das reações habilidosas das crianças SD de escola particular pode vir (1) de uma estimulação e conseqüenciação de comportamentos mais adequadas por parte da família e da escola, ou (2) de um auto-conceito mais positivo das crianças. Por fim, a média significativamente maior de escore geral de dificuldade na emissão das reações habilidosas das crianças SD de escola pública pode vir de uma ausência de modelos adequados nos ambientes sociais freqüentados pela criança, de reforçamento positivo e/ou negativo de comportamentos sociais inadequados por parte dos educadores, ou até de ausência de reforçamento positivo contingente aos comportamentos adequados das crianças.

Durante a coleta de dados e, conseqüentemente, durante o contato com os participantes e seus agentes sociais relevantes, pôde-se perceber que, infelizmente, há um conjunto de condições que parecem propiciar maior desenvolvimento às crianças de escola particular, como uma estimulação mais adequada por parte de pais e professores,

maior atenção e empenho instrucional por parte dos educadores no geral e até mesmo da direção da escola, salas de aula com menor número de alunos, maior aproximação entre pais e professores das escolas particulares que de escola pública, etc. O ideal seria que a estimulação educacional adequada fosse presente e equivalente nas escolas particulares e públicas, já que o desenvolvimento e o processo de aprendizagem de qualquer criança é delineado principalmente pelas interações com o meio e pelas práticas educativas utilizadas com a mesma.

Os resultados apontam que quanto maior a dificuldade de aprendizagem da criança SD, menor a frequência com que ela emite reações habilidosas, e maior sua dificuldade em emitir reações habilidosas, dados que já são apontados na literatura (Molina; 2003; Rosin-Pinola, 2006).

Rosin-Pinola (2006), realizou um estudo com 30 professores de crianças com deficiência mental incluídas em escolas regulares públicas e particulares, que teve como um de seus propósitos caracterizar o repertório de habilidades sociais, problemas de comportamento e desempenho acadêmico de crianças com deficiência mental incluídas, comparando-o com o de crianças de alto e baixo rendimento acadêmico e com amostra normativa brasileira.

Segundo Rosin-Pinola (2006), o grupo de crianças com alto rendimento acadêmico apresentou, na avaliação do professor, alta frequência de habilidades sociais, enquanto alunos com deficiência mental e baixo rendimento acadêmico apresentaram baixa frequência de habilidades sociais, ou um repertório dessas mesmas habilidades deficitário.

Molina (2003) realizou um estudo com 16 estudantes com dificuldades de aprendizagem, que pretendeu examinar, em termos funcionais, a relação empírica entre

habilidades sociais e dificuldades de aprendizagem. Os resultados do estudo de Molina (2003) favorecem a idéia da existência da relação funcional entre habilidades sociais e habilidades acadêmicas, pois enquanto o grupo de participantes que passou por intervenção acadêmica apresentou ganhos em leitura e escrita e no status social (mas não no repertório de habilidades sociais), o grupo que passou pela intervenção em habilidades sociais apresentou ganhos no repertório social e no acadêmico.

Esses resultados da variação de repertório de habilidades sociais em função de dificuldades de aprendizagem, ou do repertório acadêmico, aparecem em ambos os grupos de participantes (SD e DT), corroborando a correlação entre esses dois repertórios e justificando maiores investimentos em estudos nessa área, com crianças com ou sem NEE.

Com relação às características em função das quais houve diferença estatisticamente significativa de escores dentro do grupo DT (sexo e dificuldade de aprendizagem), também podem ser tecidas algumas hipóteses. Com relação ao sexo dos participantes DT, as meninas parecem ser mais frequentemente ativas, e parecem avaliar como mais adequado serem ativas que os meninos. Esse dado não é verificado na literatura, em que os meninos apresentam maior frequência de respostas de problemas de comportamento do tipo externalizante (Rosin-Pinola, 2006), e os homens, no geral, são mais inadequados socialmente que as mulheres, bem como possuem maior dificuldade em decodificar sinais não verbais no ambiente (Caballo, 2002).

Pode ser que essa diferença tenha ocorrido (1) pelo fato de os meninos serem mais repreendidos por terem brincadeiras ativas, e, na tentativa de corresponderem à expectativa da pesquisadora, vista como uma autoridade, conferiram menor frequência e menor adequação às reações ativas; ou (2) pode ser que as meninas tenham um

processo maturacional mais acelerado que os meninos, e emitam comportamentos ativos antes que os mesmos.

A diferença estatisticamente significativa entre as médias das crianças DT com nenhuma dificuldade de aprendizagem e as médias das crianças DT com pouca dificuldade de aprendizagem no escore geral de auto-avaliação de adequação das reações habilidosas pôde demonstrar que quanto menor a dificuldade de aprendizagem da criança, maior a adequação atribuída às reações habilidosas.

Como já mencionado, estudos (Molina, 2003; Rosin-Pinola, 2006) apontam que quanto menor a dificuldade de aprendizagem da criança, maior a frequência com que ela emite reações habilidosas. O aspecto de adequação amplia essa visão, em que quanto menor a dificuldade de aprendizagem da criança, além de ser maior a frequência de emissão de habilidades sociais, maior a adequação atribuída às reações habilidosas.

Segundo Marturano (2004), os resultados da investigação sobre os contextos de desenvolvimento apontam para um acúmulo de circunstâncias adversas na vida da criança com problemas sócio-emocionais associados ao baixo desempenho escolar. Nesse grupo, todos os sistemas interpessoais de suporte podem estar prejudicados: a família, a escola e o grupo de companheiros. Configura-se, assim, uma conjunção adversa, em que as dificuldades escolares seriam um fator a mais, provavelmente aumentando a vulnerabilidade da criança para inadaptação social.

Para Aguiar (2003), um bom desempenho social está intrinsecamente vinculado a um bom desempenho comunicativo e, portanto, possíveis dificuldades em habilidades comunicativas poderão interferir diretamente na inserção do indivíduo em seu meio social, dificultando seu aproveitamento nas diferentes extensões da comunidade, como na escola.

### Considerações Finais

Considerando os resultados obtidos e suas respectivas análises, pode-se dizer que os objetivos da pesquisa foram atingidos, pois:

1. Foram identificados o repertório de habilidades sociais de estudantes com síndrome de Down incluídos na rede regular de ensino (SD) e o repertório de habilidades sociais de estudantes com desenvolvimento típico alunos da rede regular de ensino (DT) através das avaliações com o IMHSC-Del-Prette;
2. Foram comparados o repertório de habilidades sociais de estudantes com síndrome de Down incluídos na rede regular de ensino (SD) e o repertório de habilidades sociais de estudantes com desenvolvimento típico alunos da rede regular de ensino (DT), em que foram identificadas semelhanças e diferenças de habilidades sociais entre os dois grupos (SD e DT). De uma maneira geral, houve **semelhanças** entre os dois grupos de participantes no padrão de comportamentos passivos e na dificuldade geral de emissão das reações habilidosas, e **diferenças** entre os dois grupos de participantes nos padrões de comportamentos habilidosos e ativos. As crianças com síndrome de Down, nos escores gerais e fatoriais, auto-avaliaram-se como menos freqüentemente habilidosas e mais freqüentemente ativas que as crianças com desenvolvimento típico, avaliaram como menos adequado serem habilidosas e mais adequado serem ativas que as crianças com desenvolvimento típico, e foram avaliadas por seus professores como menos freqüentemente habilidosas que as crianças com desenvolvimento típico;
3. Foi verificada a existência de correlação entre as auto-avaliações de freqüência, adequação e dificuldade em emitir as reações de habilidades sociais, obtendo-se,

no total, correlação positiva entre 13 pares de escores, incluindo os três tipos de reação (passiva, habilidosa e ativa);

4. Foi verificada a existência de correlação entre as auto-avaliações e as avaliações dos professores sobre as reações de habilidades sociais, obtendo-se, no total, correlação positiva entre três pares de escores, incluindo apenas as reações habilidosas;
5. Foi verificada a existência de diferenças de habilidades sociais dentro dos dois grupos de participantes (SD e DT) separadamente. O grupo SD apresentou diferenças de habilidades sociais em função do tipo de escola e de dificuldades de aprendizagem, enquanto que o grupo DT apresentou diferenças em função do sexo e de dificuldades de aprendizagem.

Os achados dessa pesquisa mencionados acima podem ser apresentados resumidamente como:

- As crianças SD e DT parecem ser igualmente passivas;
- As crianças dos dois grupos parecem ter dificuldade semelhante em emitirem reações habilidosas;
- As crianças DT obtiveram maiores médias de frequência e adequação das reações habilidosas que as SD, principalmente nas habilidades específicas de empatia e civilidade, e assertividade de enfrentamento;
- As crianças SD obtiveram maiores médias de frequência e adequação das reações ativas (reações que demonstram agressividade, negativismo, ironia, autoritarismo, etc.) que as DT, principalmente nas habilidades específicas de empatia e civilidade, autocontrole e participação;

- Houve alta correlação entre as auto-avaliações de frequência, adequação e dificuldade em emitir as reações em ambos os grupos, trazendo dados interessantes com relação à competência social das crianças, cuja articulação implica coerência entre sentimentos, pensamentos e ações;
- As crianças SD de escola particular parecem ser mais frequentemente passivas e habilidosas, e parecem conferir maior adequação às reações passivas, enquanto as crianças SD de escola pública parecem sentir maior dificuldade em emitir as reações habilidosas;
- As meninas do grupo DT apresentaram médias significativamente maiores nas auto-avaliações de frequência e adequação nas reações ativas (que demonstram agressividade, negativismo, ironia, autoritarismo, etc.);
- As médias das crianças dos dois grupos demonstraram que quanto maior a dificuldade de aprendizagem em sala de aula, maior a dificuldade em emitir as reações habilidosas, menor a frequência com que essas reações são emitidas e menor a adequação atribuída a elas.

Portanto, a hipótese do estudo foi confirmada, ou seja, as crianças com desenvolvimento típico parecem possuir um repertório geral de habilidades sociais mais diversificado que as crianças com síndrome de Down, ou, por outro lado, as crianças com síndrome de Down parecem possuir maiores déficits no seu repertório de habilidades sociais do que as crianças com desenvolvimento típico, principalmente de habilidades empáticas e de civilidade, e habilidades de assertividade de enfrentamento. Além disso, as crianças com síndrome de Down parecem emitir com maior frequência as reações não habilidosas ativas.

Esse estudo demonstrou a possibilidade de utilização de instrumentos de auto-avaliação com crianças com síndrome de Down, a despeito da maior necessidade de tempo e empenho instrucional por parte do pesquisador (como repetir o vídeo, repetir a fala do personagem, explicar a situação colocando a criança no lugar do personagem, etc). Além desse dado importante, a avaliação de adequação das reações passivas que as crianças de ambos os grupos fizeram constitui um bom indicador de variável de cultura, em que a passividade parece ser disseminada como padrão adequado de comportamento entre as crianças. Outros estudos poderiam ser feitos para verificar se esse padrão se reproduz em outras populações, outras classes sociais, outras faixas etárias, etc.

Como citado anteriormente, as causas desse repertório deficitário de habilidades sociais das crianças com síndrome de Down são incertas. Faz-se mister considerar todas as variáveis que interferem e delimitam esse repertório, com todas as suas qualidades e características.

Pode ser que os aspectos fisiológicos da síndrome interfiram e limitem o processamento dos sinais do ambiente, a organização desses estímulos, a tomada de decisão e a emissão dos comportamentos. Além disso, as pessoas com essa característica (a síndrome de Down) podem formar suas cognições (crenças, pensamentos, regras internas, etc.) de maneira diferenciada, interferindo também nos aspectos afetivo e comportamental de suas atitudes.

A despeito das características fisiológicas, há que se ter uma atenção especial às características aprendidas pelas pessoas com síndrome de Down. É fundamental a estimulação adequada dos ambientes que as circundam para o seu aprendizado e desenvolvimento, no sentido de não apenas aumentar sua competência social nos mais diversos contextos, (o que possibilitaria maior valorização social e, conseqüentemente,

aumento de sua auto-estima), como também de demonstrar que esses indivíduos, assim como todos os outros, são capazes de aprender comportamentos e mudar suas atitudes, em função de uma estimulação adequada.

Cada ser humano tem suas especificidades, e, havendo um ambiente propiciador de aprendizado e mudança, todos podem se desenvolver mais, aprender comportamentos novos, mudar suas atitudes e melhorar sua qualidade de vida. Está aí o papel imprescindível que devem exercer a família e a escola, primariamente. Como diz Pontiggia (2002), num conselho aos pais de uma criança com necessidades educacionais especiais, “Essas crianças nascem duas vezes. Têm de aprender a mover-se num mundo que o primeiro nascimento tornou mais difícil. O segundo, depende de vocês.”

Isso significa que as crianças com necessidades educacionais especiais, incluindo as com síndrome de Down, requerem ambientes deveras estimuladores, que não apenas considerem, mas também enfoquem suas características específicas, na tentativa desses ambientes aproveitarem ao máximo as potencialidades latentes que essas crianças possuem.

Nesse sentido, as pesquisas que envolvem comportamento humano, (e no caso específico desse estudo, que envolve habilidades sociais, crianças com síndrome de Down e sua inclusão escolar), também possuem responsabilidade, no sentido de produzirem conhecimentos científicos que auxiliem a população estudada de alguma maneira.

Esse estudo focou um tema específico (alguns comportamentos sociais) de uma população com síndrome de Down restrita (crianças incluídas), sendo apenas o começo da possibilidade de uma vasta investigação de várias classes de comportamentos sociais de indivíduos com síndrome de Down. Seria importante que houvesse outros estudos

práticos nesse âmbito, que contribuíssem para o maior aprofundamento tanto do campo teórico-prático de Educação Especial como do campo teórico-prático de Habilidades Sociais, cujos avanços teóricos são imprescindíveis para melhor fundamentar práticas educativas, interventivas e de treinamento com as populações, a fim de melhorar o desenvolvimento e a qualidade de vida das mesmas de uma maneira geral.

Algumas sugestões de novos estudos seriam:

- Realizar a avaliação do repertório comportamental de habilidades sociais de crianças com síndrome de Down com os pais;
- Avaliar o repertório comportamental de habilidades sociais de crianças com síndrome de Down através de observações diretas, como filmagens em situações naturais;
- Realizar a avaliação do repertório comportamental de habilidades sociais de crianças com síndrome de Down frequentadoras de escolas especiais, a fim de comparar esse repertório com o de crianças com desenvolvimento típico e, principalmente, com o repertório de crianças com síndrome de Down incluídas em escolas regulares (o que possivelmente aumentaria o número de participantes na pesquisa);
- Verificar se o repertório de habilidades sociais das crianças com síndrome de Down está relacionado ao tipo de síndrome de Down dentre as três possíveis (trissomia do cromossomo 21, translocação e mosaicismos);
- Avaliar o repertório comportamental de habilidades sociais de adolescentes e adultos com síndrome de Down;

- Verificar se o padrão de adequação conferido às reações habilidosas e não habilidosas (passivas e ativas) obtido nesse estudo se reproduz em outras populações, classes sociais, faixas etárias, etc.;
- Realizar a avaliação de programas de treinamento de habilidades sociais com indivíduos (crianças, adolescentes ou adultos) com síndrome de Down, possibilitando um melhor desenvolvimento e uma melhor qualidade de vida a essas pessoas.

### Referências

- AAMR – Associação Americana de Retardo Mental (2002). Obtido em 29 de novembro de 2006 do World Wide Web <http://www.aamr.org/Policies/pdf/definitionofMR.pdf>.
- Agostin, T. M., & Bain, S. K. (1997). Predicting early school success with developmental and social skills screeners. *Psychology in the Schools*, 34(3), 219-228.
- Agran, M., Alper, S., & Wehmeyer, M. (2002). Access to general curriculum for students with significant disabilities: What it means to teachers. *Educational and training in mental retardation and developmental disabilities*, 37(2), 123-133.
- Aguiar, A. A. R. (2003). *Análise das habilidades comunicativas de adultos portadores de retardo mental*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, SP.
- Almeida, M. A. (2004). Metodologia de delineamentos de pesquisa experimental intra-sujeitos: Relato de alguns estudos conduzidos no Brasil. Em M. C. Marquezine & E. O. Tanaka (Orgs.), *Perspectivas multidisciplinares em Educação Especial* (pp. 63-99). Londrina: Editora da UEL.
- Alvarenga, A. S. L. de (1999). *Avaliação da comunicação oral de portadores de síndrome de Down alfabetizados*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, SP.
- Andrade, R. V. (2006). *A emergência da expressão comunicativa na criança com síndrome de Down*. Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP.

- Angélico, A. P. (2004). *Estudo descritivo do repertório de habilidades sociais de indivíduos com síndrome de Down*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, SP.
- Araújo, A. de, & Del Prette, A. (2001). Processo de integração/inclusão na Educação Especial e processo de desinstitucionalização na saúde mental: Aparato legal e implicações sociais. *Doxa – Revista Paulista de Psicologia e Educação*, 7 (1 e 2), 1-159.
- Argüelles, M. E., Hugues, M. T., & Schumm, J. S. (2000). Co-teaching: A different approach to inclusion. *Principal (Reston, Va.)*, 79 (4), 48-50.
- Argyle, M. (1987). *Psicología del comportamiento interpersonal*. Madrid: Alianza Universidad.
- Bandeira, M., Del Prette, Z. A. P., Del Prette, A., & Magalhães, T. (2005). Sistema de avaliação das habilidades sociais para estudantes do ensino fundamental – SSRS – BR: Validação transcultural para o Brasil. Universidade Federal de São João Del Rei e Universidade Federal de São Carlos. Transcrito para publicação. *Livro de Programa e Resumos do II Congresso Brasileiro de Educação Especial e II Encontro da Associação Brasileira de Pesquisadores em Educação Especial*, (pp.246-247). São Carlos, SP, 03 a 05 de novembro de 2005.
- Barreto, S. O., Ferreira, B. C., Magalhães, T., Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2005). Frequência e adequação de reações habilidosas em crianças: Investigando sua relação com reações não habilidosas passivas e ativas. Universidade Federal de São Carlos. Transcrito para publicação. *Livro de Programa e Resumos do II Congresso Brasileiro de Educação Especial e II Encontro da Associação*

*Brasileira de Pesquisadores em Educação Especial*, (pp.187-188). São Carlos, SP, 03 a 05 de novembro de 2005.

Batista, M. W., & Enumo, S. R. F. (2004). Inclusão escolar e deficiência mental: Análise da interação social entre companheiros. *Estudos de Psicologia*, 9(1), 101-111.

Beyer, H. O. (2005). O projeto de educação inclusiva: Um estudo de algumas realidades escolares. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Transcrito para publicação. *Livro de Programa e Resumos do II Congresso Brasileiro de Educação Especial e II Encontro da Associação Brasileira de Pesquisadores em Educação Especial*, (pp.105-106). São Carlos, SP, 03 a 05 de novembro de 2005.

Bisquerra, R., Sarriera, J. C., & Martinez, F. (2004). *Introdução à estatística – Enfoque informático com o pacote estatístico SPSS*. Porto Alegre: Artmed Editora.

Bolsoni-Silva, A. T. (2003). *Habilidades sociais educativas, variáveis contextuais e problemas de comportamento: Comparando pais e mães de pré-escolares*. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP.

Bolsoni-Silva, A. T., Del Prette, Z. A. P., Del Prette, G., Montanher, A. R. P., Bandeira, M., & Del Prette, A. (2006). Em M. Bandeira, Z. A. P. Del Prette & A. Del Prette (Orgs.), *Estudos sobre Habilidades Sociais e Relacionamento Interpessoal* (pp. 17-45). São Paulo: Caso do Psicólogo.

Brasil (1990). *Lei Federal nº 8069/1990. Estatuto da Criança e do Adolescente*. Brasília: Ministério da Saúde e Ministério da Criança.

Brasil (1996). *Lei Federal nº 9394/1996. Lei de Diretrizes e Bases da Educação*. Brasília: MEC - Ministério da Educação.

Brasil (2006a). *Secretaria de Educação Especial - SEESP – Coordenação Geral de Planejamento: Números da Educação Especial no Brasil*. Brasília: MEC - Ministério da Educação. Obtido em 27 de novembro de 2006 do World Wide Web <http://portal.mec.gov.br/default.htm> .

Brasil (2006b). *Resultados Preliminares do Censo Escolar de 2006*. Brasília: Inep - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais. Obtido em 27 de novembro de 2006 do World Wide Web <http://www.inep.gov.br/censo/Escolar/resultados.htm> .

Brasil (2006c). *Lei nº. 11.274/2006. Altera artigos da Lei de Diretrizes e Bases da Educação e estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional*. Brasília: MEC - Ministério da Educação.

Brasil (2006d). CCEB - Critério de Classificação Econômica Brasil, desenvolvido pela ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2006). Obtido em 27 de maio de 2006 do World Wide Web [www.ibope.com.br](http://www.ibope.com.br) e do World Wide Web <http://www.abep.org/?usaritem=arquivos&iditem=23> .

Braz, A. C., Del Prette Z. A. P., Del Prette, A., & Magalhães, T. (2005). Comparando frequência, dificuldade e adequação de reações habilidosas na auto-avaliação de crianças do ensino fundamental. Universidade Federal de São Carlos. Transcrito para publicação. *Livro de Programa e Resumos do II Congresso Brasileiro de Educação Especial e II Encontro da Associação Brasileira de Pesquisadores em Educação Especial*, (pp.279). São Carlos, SP, 03 a 05 de novembro de 2005.

Caballo, V. E. (2002). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*, (5ª Ed.). Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, S. A..

- Capellini, V. L. M. F (2001). *A inclusão de alunos com necessidades educacionais especiais em classes comuns: Avaliação do rendimento acadêmico*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, SP.
- Casarin, S. (1999). Aspectos psicológicos na síndrome de Down. Em J. S. Schwartzman, C. A. de Torre, D. Brunoni, F. Schwartzman, M. L. C. Schwartzman, M. R. Vítolo, N. D. Mills, S. Casarin, & S. Gusman (Orgs.), *Síndrome de Down* (pp. 263-285). São Paulo: Editora Mackenzie.
- Castro, S. F., & Freitas, S. N. (2005). A inclusão de alunos com síndrome de Down: O que pensam os professores? Universidade Federal de Santa Maria. Transcrito para publicação. *Livro de Programa e Resumos do II Congresso Brasileiro de Educação Especial e II Encontro da Associação Brasileira de Pesquisadores em Educação Especial*, (pp.88-89). São Carlos, SP, 03 a 05 de novembro de 2005.
- Cia, F., Pereira, C.S., Del Prette, Z.A.P & Del Prette, A. (2006). Habilidades sociais parentais e o relacionamento entre pais e filhos. *Psicologia em Estudo*, 11, 73-81.
- Conferência Mundial de Educação Especial: Declaração de Salamanca. 1994
- Cozart, A. C., Cudahy, D., Ndanda, M., VanSickle, M. (2003). The challenge of co-teaching within a multicultural context. *Multicultural Education*. 43-45.
- Cozby, P. C. (2003). *Métodos de pesquisa em ciências do comportamento*. São Paulo: Editora Atlas.
- Del Prette, A., & Del Prette, Z.A.P. (1997). Habilidades sociais e construção de conhecimento em contexto escolar. Em D. R. Zamignani (Org.), *Sobre comportamento e cognição: A aplicação da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental no hospital geral e nos transtornos psiquiátricos* (Vol. 3, pp.234-250). Santo André: ARBytes.

- Del Prette, A., & Del Prette, Z.A.P. (2001). *Psicologia das Relações Interpessoais – Vivências para o Trabalho em Grupo*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Del Prette, A., & Del Prette, Z.A.P. (2003). Treinamento assertivo ontem e hoje. Em C. E. Costa, J. C. Luzia & H. H. N. Sant'Anna (Orgs.), *Primeiros passos em análise do comportamento e cognição* (pp. 149-160). Santo André: ESETec Editores Associados.
- Del Prette, Z.A.P., & Del Prette, A. (1999). *Psicologia das Habilidades Sociais – Terapia e educação*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Del Prette, Z.A.P., & Del Prette, A. (2002). Avaliação de habilidades sociais de crianças com um inventário multimídia: Indicadores sociométricos associados a frequência versus dificuldade. *Psicologia em Estudo*, 7 (1), 61-73.
- Del Prette, Z.A.P., & Del Prette, A. (2004). Avaliação do repertório social de crianças com necessidades educacionais especiais. Em E. G. Mendes, M. A. Almeida & C. A. Williams (Orgs.), *Temas em Educação Especial: Avanços recentes* (pp. 149 a 157). São Carlos: EdUFSCar.
- Del Prette, Z.A.P., & Del Prette, A. (2005a). *Psicologia das Habilidades Sociais na Infância – Teoria e Prática*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Del Prette, Z.A.P., & Del Prette, A. (2005b). *Sistema Multimídia de Habilidades Sociais de Crianças - Del-Prette (SMHSC- Del-Prette)*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Del Prette, Z.A.P., & Del Prette, A., & Magalhães, T. (2005). Inventário multimídia de habilidades sociais para crianças: Dados psicométricos adicionais. Universidade Federal de São Carlos. Transcrito para publicação. *Livro de Programa e Resumos do II Congresso Brasileiro de Educação Especial e II Encontro da Associação*

*Brasileira de Pesquisadores em Educação Especial*, (pp.362-363). São Carlos, SP, 03 a 05 de novembro de 2005.

Dias, T. P., Del Prette, A., Del Prette Z. A. P. & Magalhães, T. (2005). Habilidades sociais na escola: Uma análise de sua validade social na perspectiva do professor. Universidade Federal de São Carlos. Transcrito para publicação. *Livro de Programa e Resumos do II Congresso Brasileiro de Educação Especial e II Encontro da Associação Brasileira de Pesquisadores em Educação Especial*, (pp.249-250). São Carlos, SP, 03 a 05 de novembro de 2005.

Duarte, M & Manzoli, L. P. (2005). Síndrome de Down: Mapeamento da inclusão escolar na cidade de Araraquara, SP. Programa de Pós-Graduação em Educação Escolar da Faculdade de Ciências e Letras UNESP – Araraquara. Transcrito para publicação. *Livro de Programa e Resumos do II Congresso Brasileiro de Educação Especial e II Encontro da Associação Brasileira de Pesquisadores em Educação Especial*, (pp.288). São Carlos, SP, 03 a 05 de novembro de 2005.

Duchardt, B., Marlow, L., Inman, D., Christensen, P. & Reeves, M. (1999). Collaboration and co-teaching: general and special education faculty. *The Clearing House*, 72(3), 186-190.

Enguita, M. (1989). Do lar à fábrica, passando pela sala de aula: A gênese da escola de massas. Em *A face oculta da escola* (pp. 105-131). Porto Alegre: Artes Médicas.

Falcone, E. M. de O. (1998). *A avaliação de um programa de treinamento da empatia com universitários*. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo. São Paulo, SP.

Federico, M. A., Herrold, W. G. & Venn, J. (1999). Helpful tips - for successful inclusion - a checklist for educators. *Teaching Exceptional Children*, 32(1), 76-82.

- Freeman, S. F. N. & Kasari, C. (2002). Characteristics and qualities of the play dates of children with Down syndrome: Emerging or true friendships? *American Journal on Mental Retardation*, *107*(1), 16-31.
- Friend, M. (2002). An Interview with Dr. Marilyn Friend. *Intervention in school and clinic*, *37*(4), 223-228.
- Garcia, A. (2006). Aspectos psicológicos da amizade na infância. Em M. Bandeira, Z. A. P. Del Prette & A. Del Prette (Orgs.), *Estudos sobre Habilidades Sociais e Relacionamento interpessoal* (pp. 105-123). São Paulo: Caso do Psicólogo.
- Gately, S. E. & Gately, F. J., Jr. (2001). Understanding coteaching components. *The Council for Exceptional Children*, *33*(4), 40-47.
- Gerk, E. & Cunha, S. M. (2006). As habilidades sociais na adaptação de estudantes ao ensino superior. Em M. Bandeira, Z. A. P. Del Prette & A. Del Prette (Orgs.), *Estudos sobre Habilidades Sociais e Relacionamento interpessoal* (pp. 181-198). São Paulo: Caso do Psicólogo.
- Gonçalves, G. S., França, G. O., Botton, T. M. & Dutra, V. F. (2005). Correlação síndrome de Down e idade materna. Transcrito para publicação. *Livro de Programa e Resumos do II Congresso Brasileiro de Educação Especial e II Encontro da Associação Brasileira de Pesquisadores em Educação Especial*, (pp.287). São Carlos, SP, 03 a 05 de novembro de 2005.
- Guilhardi, C. & Bagaiolo, L. (2002). Educação Especial e o compromisso com a análise experimental do comportamento. Em A. M. S. Teixeira, A. M. Lé Sénéchal-Machado, N. M. S. Castro & S. D. Cirino (Orgs.), *Ciência do comportamento: Conhecer e avançar*, (2<sup>a</sup> Ed.) (pp. 57-69). Santo André: ESETec Editores Associados.

- Haley, S. M., Coster, W. J., Ludlow, L. H., Haltiwanger, J. T., & Andrellos, P. J. (1992). *Pedriatic Evaluation of Disability Inventory (PEDI). Version 1.0*. Boston, MA: New England Medical Center Hospitals.
- Hallahan, D. P. & Kauffman, J. M. (2003). *Exceptional learners: Introduction to special education, (9ª. Ed.)*. Boston: Allyn & Bacon.
- Hardman, M. L., Clifford, J. D. & Egan, M. W. (2005). *Human exceptionality: School, community and family, (8ª. Ed.)*. Boston: Allyn & Bacon.
- Hildebrand, F. C. (2000). *Dificuldades de aprendizagem: Habilidades sociais presentes nas interações*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, SP.
- Hitchcock, C., Meyer, A., Rose, D. & Jackson, R. (2002). Providing new access to the general curriculum. *Teaching Exceptional Children, 35(2)*, 8-17.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J. & Grebb, J. A. (2002). *Compêndio de psiquiatria: Ciências do comportamento e psiquiatria clínica, (7ª. Ed.)* (pp. 955-969). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Keefe, E. B., Moore, V. & Duff, F. (2004). The four “knows” of collaborative teaching. *Teaching exceptional children. 36(5)*, 36-42.
- Kleijn, M. V. L. B. (2001). *Avaliação das condições escolares para o desenvolvimento de habilidades sociais em alunos com retardo mental*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, SP.
- Korinek, L., Walther-Thomas, C., McLaughlin, V.L. & Williams, B.T. (1999). Creating classroom communities and networks for student support. *Intervention in School and clinic, 35(1)*, 3-8.

- Leal, E. N. (2006). *A criança com síndrome de Down: Expectativa da mãe sobre o processo de inclusão escolar*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP.
- Lehr, A. E. (1999). The administrative role in collaborative teaching. *NASSAP Bulletin*, 83(611), 105-111.
- Loureiro, S. R. & Sanches, S. H. B. (2006). Crianças com bom desempenho acadêmico: Dificuldades comportamentais e eventos de vida. Em M. Bandeira, Z. A. P. Del Prette & A. Del Prette (Orgs.), *Estudos sobre Habilidades Sociais e Relacionamento Interpessoal* (pp. 169-83). São Paulo: Caso do Psicólogo.
- Mancini, M. C., Silva, P. C., Gonçalves, S. C. & Martins, S. M. (2003). Comparação do desempenho funcional de crianças portadoras de síndrome de Down e crianças com desenvolvimento normal aos 2 e 5 anos de idade. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 61, 409-415. Obtido em 15 de setembro de 2004 do Word Wide Web: <http://www.scielo.br> , ISSN 0004-282X.
- Marturano, E. M. (2004). Fatores de risco e proteção no desenvolvimento sócio-emocional de crianças com dificuldade de aprendizagem. Em E. G. Mendes, M. A. Almeida & C. A. Williams (Orgs.), *Temas em Educação Especial: Avanços recentes* (pp. 159 – 165). São Carlos: EdUFSCar.
- Mendes, E. G. (2002). Perspectivas para a construção da escola inclusiva no Brasil. Em M. S. Palhares & S. C. Marins (Orgs.), *Escola inclusiva*, (pp. 61-85). São Carlos: EdUFSCar.
- Mills, N. D. (1999). A educação da criança com síndrome de Down. Em J. S. Schwartzman, C. A. de Torre, D. Brunoni, F. Schwartzman, M. L. C.

- Schwartzman, M. R. Vítolo, N. D. Mills, S. Casarin & S. Gusman (Orgs.), *Síndrome de Down* (pp. 232-262). São Paulo: Editora Mackenzie.
- Molina, R. C. M. (2003). *Habilidades sociais e dificuldades de aprendizagem: Uma análise funcional*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, SP.
- Moreira, L. M. A., El-Hani, C. N. & Gusmão, F. A. F. (2000). A síndrome de Down e sua patogênese: Considerações sobre o determinismo genético. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22, 96-99. Obtido em 16 de setembro de 2004 do Word Wide Web: <http://www.scielo.br>, ISSN 1516-4446.
- Murawski, W. W. & Swanson, H. L. (2000). A meta-analysis of co-teaching research – Where are the data?. *Remedial and Special Education*, 22 (5), 258-267.
- Oliveira, A. D., Silva, G. A. M da & Kassar, M. C. M. (2005). Aspectos do cotidiano escolar de alunos com deficiências incluídos em uma escola de ensino público. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Transcrito para publicação. *Livro de Programa e Resumos do II Congresso Brasileiro de Educação Especial e II Encontro da Associação Brasileira de Pesquisadores em Educação Especial*, (pp.346). São Carlos, SP, 03 a 05 de novembro de 2005.
- Paula, J. A. de. (1999). *Habilidades sociais em alunos de classe especial para deficientes mentais leves: Análise de indicadores pré-pós intervenção*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, SP.
- Pavarino, M. G. (2004). *Agressividade e empatia: Um estudo com crianças pré-escolares*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, SP.

- Pimentel, E. C. B. (2005). Inclusão laboral da pessoa com síndrome de Down: Mais que um desafio, uma conquista. Faculdade Brasília. Transcrito para publicação. *Livro de Programa e Resumos do II Congresso Brasileiro de Educação Especial e II Encontro da Associação Brasileira de Pesquisadores em Educação Especial*, (pp.143-144). São Carlos, SP, 03 a 05 de novembro de 2005.
- Pontiggia, G. (2002). *Nascer duas vezes*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Pueschel, S. M. (1995). Casa e comunidade como recursos de desenvolvimento social. Em S. M. Pueschel (Org.), *Síndrome de Down: Guia para pais e educadores* (pp. 219-226). Campinas: Papyrus.
- Pugach, M. C. & Johnson, L. J. (1989). The challenge of implementing collaboration between general and special education. *Exceptional Children*, 56(3), 232-235.
- Rodrigues, A., Assmar, E. M. L. & Jablonski, B. (1999). *Psicologia Social*, (24ª. Ed.). Petrópolis: Editora Vozes.
- Ripley, S. (1997). Collaboration between general and special education teachers. *ERIC DIGESTS*, #ED409317.
- Rios, M. R. S., Del Prette, A. & Del Prette Z. A. P. (2002). A importância da Teoria da Aprendizagem Social na constituição da área do treinamento de habilidades sociais. Em H. J. Guilhardi (Org.), *Sobre comportamento e cognição: Contribuições para a construção da teoria do comportamento* (pp. 269-283). Santo André: ESETec Editores Associados.
- Rosin-Pinola, A. R. (2006). *Avaliação de professores sobre o repertório social e acadêmico de alunos com deficiência mental incluídos no ensino regular*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, SP.

- Salend, S. J., & Duhaney, L. M. G. (1999). The impacts of inclusion on students with and without disabilities and their educators. *Remedial and Special Education, 20* (2), 114-126.
- Schwartzman, J. S. (1999). O sistema nervoso na síndrome de Down. Em J. S. Schwartzman, C. A. de Torre, D. Brunoni, F. Schwartzman, M. L. C. Schwartzman, M. R. Vítolo, N. D. Mills, S. Casarin & S. Gusman (Orgs.), *Síndrome de Down* (pp. 44-81). São Paulo: Editora Mackenzie.
- Schiavo, M. R., Torres, V. L., Fontes, M., Santos, S., Castelães, T. B., Muniz, M. G., Moreira, E. N., Fernandes, F., Solano, C., Werneck, C., Bragança, S. C. O. & Carvalho, M. F. (1999). *Síndrome de Down - Perfil das percepções sobre as pessoas com síndrome de Down e do seu atendimento: Aspectos qualitativos e quantitativos*. Brasília: Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down.
- Self, H., Benning, A., Marston, D. & Magnusson, D. (1991). Cooperative teaching project: A model for student's at risk. *Exceptional Children, 58*(1), 26-34.
- Siegel, S. (1977). *Estatística não-paramétrica - Para as ciências do comportamento*. São Paulo: Editora McGraw-Hill do Brasil Ltda.
- Silva, M. P. V. & Salomão, N. M. R. (2002). Interações verbais e não-verbais entre mães-crianças portadoras de síndrome de Down e entre mães-crianças com desenvolvimento normal. *Estudos de Psicologia (Natal), 7*, 311-323. Obtido em 15 de setembro de 2004 do Word Wide Web: <http://www.scielo.br>, ISSN 1413-294X.

- Silva, N. L. P. & Dessen, M. A. (2003). Crianças com síndrome de Down e suas interações familiares. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16, 503-514. Obtido em 16 de setembro de 2004 do Word Wide Web: <http://www.scielo.br>, ISSN 0102-7972.
- SME (Secretaria Municipal de Educação) de São Carlos (2006). *Levantamento da distribuição de alunos com necessidades educacionais especiais na rede municipal de ensino*. Dados não publicados.
- Soresi, S. & Nota, L. (2000). A social skill training for persons with Down's syndrome. *European Psychologist*, 5(1), 34-43.
- Vanicola, A. C. (2000). *Os jogos e a linguagem de crianças com síndrome de Down*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, SP.
- Vieira, C. M. & Denari, F. E. (2005). O acesso a informações sobre deficiência mental como veículo de transformação de concepções infantis. Universidade Federal de São Carlos. Transcrito para publicação. *Livro de Programa e Resumos do II Congresso Brasileiro de Educação Especial e II Encontro da Associação Brasileira de Pesquisadores em Educação Especial*, (pp.227). São Carlos, SP, 03 a 05 de novembro de 2005.
- Vieira, S. (1980). *Introdução à bio-estatística*, (3ª. Ed.). Rio de Janeiro: Editora Campus.
- Vieira, S. (2004). *Bio-estatística: Tópicos avançados*, (2ª. Ed.). Rio de Janeiro: Editora Campus.
- Voivodic, M. A. M. A. (2004). *Inclusão escolar de crianças com síndrome de Down*. Petrópolis: Editora Vozes.

- Welch, M. (2000). Descriptive analyses of team teaching in two elementary classrooms: A formative experimental approach. *Remedial and Special Education, 21(6)*, 366-376.
- Wigle, S. E. & Wilcox, D. J. (1996). Inclusion – criteria for the preparation of education personnel. *Remedial and Special Education, 17(5)*, 323-328.
- Wood, M. (1998). Whose job is it anyway? Educational roles in inclusion. *Exceptional Children, 64(2)*, 181-195.
- Zar, J. H. (1984). *Biostatistical Analysis*. New Jersey: Prentice-Hall.

# **Anexos**

**ANEXO A. Critério de Classificação Econômica Brasil (Brasil, 2006d)**

## CRITÉRIO BRASIL (Extraído de [www.ibope.com.br](http://www.ibope.com.br))

A classificação socioeconômica do Brasil foi estratificada em cinco classes, sendo que as duas de maior poder aquisitivo foram subdivididas. O sistema de pontuação é baseado na posse de bens de consumo duráveis, instrução do chefe da família e outros fatores, como a presença de empregados domésticos.

### Aplicação e cálculo

#### 1) Responder sobre a quantidade dos itens:

Quantas televisões em cores = \_\_\_\_\_ Quantos aspiradores de pó = \_\_\_\_\_  
Quantos rádios = \_\_\_\_\_ Quantas máquinas de lavar = \_\_\_\_\_  
Quantos banheiros = \_\_\_\_\_ Quantos videocassetes ou aparelhos de DVD = \_\_\_\_\_  
Quantos automóveis = \_\_\_\_\_ Quantas geladeiras = \_\_\_\_\_  
Quantas empregadas mensalistas = \_\_\_\_\_ Quantos freezers (independente ou parte de geladeira duplex) = \_\_\_\_\_

(OBS. Se a pessoa possui duas ou mais casas e usufrui das duas – computar o total dos itens daquela que apresenta as melhores condições)

#### 2) Pontuar cada item

Na tabela abaixo, verifique quantos pontos vale a quantidade de cada um dos itens e assinale quantos pontos você alcançou em cada item. Veja que a quantidade de cada item está indicada no alto da tabela e a pontuação para cada quantidade está indicada no corpo da tabela (parte sombreada). Por exemplo, ter 01 aparelho de TV a cores vale 02 pontos, ter 02 aparelhos vale 03 pontos e assim por diante.

TIPO DE ITENS	QUANTIDADE DE CADA ITEM				
	ZERO	1	2	3	4 OU MAIS
Televisão em cores	0	2	3	4	5
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	2	3	4	4
Automóvel	0	2	4	5	5
Empregada mensalista	0	2	4	4	4
Aspirador de pó	0	1	1	1	1
Máquina de lavar	0	1	1	1	1
Videocassete ou aparelho de CD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	2	2	2	2
Freezer	0	1	1	1	1

#### 3) Responder sobre o grau de instrução

GRAU DE INSTRUÇÃO DO CHEFE DA FAMÍLIA	PONTOS
Analfabeto/Primário incompleto	0
Primário completo/Ginásial incompleto	1
Ginásial completo/Colegial incompleto	2
Colegial completo/Superior incompleto	3
Superior completo	5

#### 4) Somar todos os pontos

#### 5) Verificar o nível sócio-econômico na Tabela

Classe	Pontos
A1	30-34
A2	25-29
B1	21-24
B2	17-20
C	11-16
D	6-10
E	0-5

**ANEXO B. Distribuição dos itens do IMHSC-Del-Prette conforme habilidades  
avaliadas, contexto e interlocutores contemplados em cada item  
(Del Prette e Del Prette, 2005b)**

*Distribuição dos itens do IMHSC-Del-Prette conforme habilidades avaliadas, contexto e interlocutores contemplados em cada item (OBS. O item 13 faz parte de dois fatores ou subescalas (Empatia/Civilidade e Participação) (Conforme apresentada em Del Prette e Del Prette, 2005b, pp.10 – reprodução concedida pelos autores)*

<b>SUBESCALAS</b>	<b>HABILIDADES</b>	<b>INTERLOCUTOR</b>	<b>CONTEXTO</b>
<i><b>Empatia e civilidade</b></i>	6.Pedir desculpas	Colega	Recreio
	10.Oferecer ajuda	Colega	Recreio
	13.Responder pergunta da professora	Professor	Sala de aula
	14.Fazer pergunta à professora	Professor	Sala de aula
	16.Agradecer um elogio	Professor	Sala de aula
	18.Consolar o colega	Colega	Recreio
	19.Elogiar o objeto do colega	Colega	Recreio
	21.Defender o colega	Grupo	Recreio
<i><b>Assertividade de enfrentamento</b></i>	3.Expressar desagrado	Colega	Sala de aula
	5.Pedir mudança comportamento	Colega	Em classe
	11.Propor nova brincadeira	Grupo	Recreio
	17.Resistir à pressão do grupo	Grupo	Recreio
	20.Defender-se de acusações injustas	Grupo	Sala de aula
<i><b>Autocontrole</b></i>	2.Recusar pedido de colega	Colega	Sala de aula
	7.Demonstrar espírito esportivo	Grupo	Recreio
	9.Negociar, convencer	Colega	Recreio
	15.Aceitar gozações	Grupo	Recreio
<i><b>Participação</b></i>	1.Juntar-se a um grupo em brincadeiras	Grupo	Recreio
	8.Mediar conflitos entre colegas	Grupo	Recreio
	13.Responder pergunta da professora	Professor	Sala de aula
<i><b>Não fatores</b></i>	4.Pedir ajuda ao colega em classe	Colega	Sala de aula
	12.Perguntar (questionar)	Colega	Recreio

**ANEXO C: Exemplo de situação do IMHSC-Del-Prette apresentada ao professor  
na forma impressa e à criança em vídeo (Del Prette & Del Prette, 2005b)**

### SITUAÇÃO 5



Camila está prestando atenção à aula quando Rosana começa a lhe cutucar para conversar. Camila não atende mas Rosana insiste e insiste. O que Camila vai fazer?

Ai meu Deus, justo agora que quero prestar atenção, ela fica me atrapalhando....

#### REAÇÃO 5.1

Camila acaba atendendo Rosana



Vai, fala...



#### REAÇÃO 5.2

Camila pede para Rosana aguardar.



Espera aí, eu quero prestar atenção nessa lição, depois a gente conversa!

Cala a boca, pô! Você não vê que tá me incomodando?

#### REAÇÃO 5.3

Camila grita com Rosana.



**ANEXO D. Aprovação pelo Comitê de Ética**



## CAAE 0062.0.135.000-05

**Título do Projeto:** Diferenças entre habilidades sociais de crianças com síndrome de Down e de crianças com desenvolvimento típico

**Classificação:** Grupo III

**Pesquisadores (as):** Mariana Sarro Pereira, Prof. Dr. Almir Del Prette (orientador)

### Parecer N° 170/2005

#### 1. Normas a serem seguidas

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item III.2.e).
- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e ao término do estudo.

#### 2. Avaliação do projeto

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (CEP/UFSCar) analisou o projeto de pesquisa acima identificado e considerando os pareceres do relator e do revisor DELIBEROU: O estudo demonstra ter um objetivo central bem definido, que é de identificar e comparar as diferenças entre o repertório de habilidades sociais com crianças com síndrome de Down e o repertório de habilidades sociais de crianças com desenvolvimento típico. Apesar de não ter um cronograma de execução do mesmo, consta no projeto que o tempo de execução é de 18 meses, a partir da sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar.

#### 3. Conclusão:

Projeto aprovado

São Carlos, 25 de agosto de 2005.

Prof. Dra. Márcia Niituma Ogata  
Coordenadora do CEP/UFSCar

**ANEXO E. Termo de consentimento livre e esclarecido  
obtido junto à direção da escola**

**Universidade Federal de São Carlos – UFSCar**  
**Centro de Educação e Ciências Humanas – CECH**  
**Programa de Pós-Graduação em Educação Especial – PPGEEs**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  
**OBTIDO JUNTO À DIREÇÃO DA INSTITUIÇÃO**

Eu, (nome da responsável pela instituição), portadora do RG n° \_\_\_\_\_, diretora da (nome da instituição), concedo autorização para que Mariana Sarro Pereira, psicóloga e mestranda do Programa de Pós-Graduação em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos, sob orientação do Prof. Dr. Almir Del Prette, realize sua pesquisa intitulada: "**Semelhanças e diferenças de habilidades sociais entre crianças com síndrome de Down incluídas e crianças com desenvolvimento típico**" nesta instituição de ensino, que contará com a participação de (número de participantes) crianças com síndrome de Down e (número de participantes) crianças com desenvolvimento típico, além de professores, demais alunos e funcionários que fazem parte da convivência das mesmas.

Declaro estar ciente e de acordo de que será aplicado um instrumento de habilidades sociais (SMHSC-Del-Prette) com as crianças e de que serão conduzidas filmagens dos participantes em diferentes situações de interação social, abrangendo atividades recreativas promovidas pela instituição. Também encontro-me ciente e aprovo os seguintes termos esclarecidos pela pesquisadora:

- a. Os objetivos principais da pesquisa são identificar e comparar o repertório de habilidades sociais de crianças com síndrome de Down incluídas na rede regular de ensino e o repertório de habilidades sociais de crianças com desenvolvimento típico alunas da rede regular de ensino.
- b. O desenvolvimento da pesquisa estará em conformidade com os princípios éticos devidos, garantindo a integridade, a dignidade e o bem-estar dos envolvidos, não causando nenhum risco ou dano às dimensões física, emocional, psicológica, moral, intelectual e social dos mesmos;
- c. Os resultados serão encaminhados para publicação em revistas especializadas e apresentações em eventos científicos com o propósito de contribuir para a área de Educação Especial;
- d. No caso de publicações, fica firmada a garantia de sigilo absoluto das informações que possam identificar os participantes, sendo assegurado o anonimato a eles;
- e. Os pais ou responsáveis pelas crianças participantes do estudo (com síndrome de Down e com desenvolvimento típico) poderão participar livremente da aplicação do Sistema Multimídia de Habilidades Sociais de Crianças ou SMHSC-Del-Prette, com o intuito de enriquecer a avaliação do repertório de habilidades de seu filho;
- f. A participação de todos os envolvidos será voluntária, podendo haver desligamento de qualquer parte, a qualquer momento.

(Cidade, data.)

Diretora

**Anexo F. Termo de consentimento livre e esclarecido**

**Universidade Federal de São Carlos – UFSCar**  
**Centro de Educação e Ciências Humanas – CECH**  
**Programa de Pós-Graduação em Educação Especial – PPGEs**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, portador do RG nº \_\_\_\_\_, autorizo meu(minha) filho(a) \_\_\_\_\_, a participar como voluntário(a) da pesquisa "**Semelhanças e diferenças de habilidades sociais entre crianças com síndrome de Down incluídas e crianças com desenvolvimento típico**", realizada com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq – Brasil, a ser realizada nas instalações da (nome da instituição), sob responsabilidade da psicóloga Mariana Sarro Pereira, pesquisadora e aluna do Programa de Pós-Graduação em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos, orientanda do Prof. Dr. Almir Del Prette.

Declaro estar ciente e de acordo com os seguintes termos estabelecidos e explicitados pelo pesquisador:

- a. A pesquisa tem como objetivos principais identificar e comparar o repertório de habilidades sociais de crianças com síndrome de Down incluídas na rede regular de ensino e o repertório de habilidades sociais de crianças com desenvolvimento típico alunas da rede regular de ensino.
- b. A participação de meu(minha) filho(a) se restringirá à aplicação de um instrumento de avaliação de habilidades sociais (SMHSC-Del-Prette) e às filmagens dele(a) em situações naturais fora do horário de aula;
- c. O desenvolvimento da pesquisa estará dentro dos princípios éticos devidos, garantindo a integridade física e emocional, a dignidade e o bem-estar de todos os participantes, não causando nenhum risco ou dano a eles;
- d. Tenho assegurada a garantia de esclarecimentos antes e durante o curso da pesquisa, e o direito de retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem penalização alguma e sem prejuízo ao cuidado do(a) meu(minha) filho(a);
- e. Os resultados serão encaminhados para publicação em revistas especializadas e apresentações em eventos científicos com o propósito de contribuir para a área de Educação Especial;
- f. Em se tratando de publicações, fica firmada a garantia de sigilo das informações que possam identificar os participantes, tais como nome, endereço, ou qualquer outra forma de contato, sendo assim assegurado o anonimato a eles;
- g. A pesquisa a ser realizada contribuirá tanto para ampliar os conhecimentos existentes na área, quanto para ajudar no desenvolvimento e implementação de futuros programas de Treinamentos de Habilidades Sociais para indivíduos com síndrome de Down, que, no entanto, não são alvos ou finalidades imediatas do presente estudo.

Autorizo, mediante este termo, a participação do(a) meu(minha) filho(a) nesta pesquisa, com a aplicação do instrumento de avaliação de habilidades sociais SMHSC-Del-Prette e filmagens em situações naturais. As filmagens realizadas jamais serão

utilizadas de forma a identificar qualquer um dos participantes, assegurando a proteção de sua imagem.

Coloco-me à disposição para fornecer qualquer informação a respeito do(a) meu(minha) filho(a) que seja pertinente e que contribua aos fins da referida pesquisa.

(Cidade, data.)

Responsável