

HABILIDADES SOCIAIS EM CRIANÇAS COM QUEIXAS DE HIPERATIVIDADE E DESATENÇÃO

Keiteuicia Guidolim; Tais de Lima Ferreira; Sylvia Maria Ciasca

RESUMO – Introdução: Alterações na atenção e no comportamento, como a hiperatividade e impulsividade, são pesquisadas por diversas áreas, entre elas a saúde e a educação, visando à compreensão dos processos relacionados a esse transtorno, bem como das alterações comportamentais e sociais. Este trabalho teve como objetivo verificar quais são as habilidades sociais alteradas e o quanto estas influenciam no desenvolvimento social da criança com queixa de desatenção e hiperatividade. **Método:** Foram avaliadas 28 crianças, frequentadoras do ensino público fundamental I, que apresentavam queixas de hiperatividade e desatenção, com idade entre 6 e 12 anos, que compuseram dois grupos GI (Queixas de desatenção) e GII (Queixa de desatenção e hiperatividade). Para avaliação das habilidades sociais foi utilizado o IMHSC-Del-Prette (Inventário Multimídia de Habilidades Sociais de Crianças). **Resultados:** Diante da análise estatística não houve diferenças significativas entre os grupos no que se refere às habilidades sociais. Na comparação do grupo geral com a amostra de referência do IMHSC-Del-Prette, foi observada que a média referente à resposta do grupo pesquisado está abaixo do intervalo médio da norma de referência, inferindo alguns déficits nos comportamentos sociais.

UNITERMOS: Transtorno do deficit de atenção com hiperatividade. Atenção. Comportamento.

Keiteuicia Guidolim – Psicóloga; Especialização em Neuropsicologia Aplicada à Neurologia Infantil pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM-UNICAMP), Campinas, SP, Brasil.

Tais de Lima Ferreira – Fonoaudióloga; Pesquisadora do Laboratório de Distúrbios da Aprendizagem e Transtornos da Atenção (DISAPRE) da FCM-UNICAMP; Aprimoramento em Fonoaudiologia Aplicada à Neurologia Infantil - UNICAMP; Mestre e Doutoranda em Ciências Médicas – UNICAMP; Bolsista CAPES, Campinas, SP, Brasil.

Sylvia Maria Ciasca – Neuropsicóloga; Professora Associada do Departamento de Neurologia – FCM-UNICAMP; Coordenadora do Laboratório de Pesquisa em Transtornos da Atenção e da Aprendizagem – DISAPRE da FCM-UNICAMP, Campinas, SP, Brasil.

Correspondência

Keiteuicia Guidolim

Rua Joaquim Leite, 84 – Centro – Rio das Pedras, SP, Brasil – CEP 13390-000

INTRODUÇÃO

Os comportamentos inadequados em relação à inquietude e/ou desatenção das crianças são frequentemente as principais queixas dos professores. Esses comportamentos resultam em dificuldades na aquisição de hábitos, obediência, são crianças que vivem se machucando, agem de forma imatura nas brincadeiras de regras, não contribuem quando o trabalho é em grupo e não prestam atenção nas explicações. Desse modo, o desempenho escolar e a vida social dessa criança tornam-se limitados, o que contribui para o fracasso escolar e interação social pobre e agressiva¹. Tais comportamentos são relacionados, muitas vezes, com o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), que atualmente é discutido por diversas áreas da saúde e educação.

Com base no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais², para a criança ser classificada como TDAH, esta deve apresentar padrão persistente de inatenção, hiperatividade e/ou impulsividade, em grau maior que aquele observado em outras pessoas com a mesma faixa etária e de desenvolvimento. Os sintomas devem estar presentes antes dos sete anos de idade, em pelo menos dois contextos diferentes, sendo a manifestação comportamental com nível de interferência significativa no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.

Os sintomas de TDAH são possivelmente observados em situações em que a criança está em sua própria casa, na escola ou em ambientes comuns a ela. Porém, o distúrbio só é reconhecido quando a criança ingressa na escola, pois é o período no qual as dificuldades de atenção e inquietude são percebidas com maior frequência se comparadas às crianças da mesma idade e ambiente³.

Alguns padrões de comportamentos podem ser visualizados em sintomas como: agitação, trocas constantes de atividades, problemas na organização acadêmica e dificuldade em manter relação de amizade com as outras crianças de mesma idade. A criança apresenta, também, movimentos corporais desnecessários, impulsividade, antecipação de respostas e inabilidade

em esperar um acontecimento. A dificuldade de aprendizagem, bem como as perturbações motoras e o fracasso escolar, são manifestações que acompanham o TDAH³.

As dificuldades na atenção e nos processos cognitivos responsáveis por receberem e processarem as informações dos mais variados estímulos e fontes não compreendem de forma clara os sinais para o bom desenvolvimento das interações sociais e o conhecimento das normas reguladoras dessas informações. Questões estas visíveis quando a criança apresenta dificuldade de controlar impulsos e seguir normas, dificuldade na resolução de problemas, movem-se em excesso, dão respostas inadequadas, não controlam suas emoções e têm dificuldade de relacionamento com os outros¹.

As relações familiares e escolares também são afetadas pela inabilidade social e comportamentos inadequados apresentados por essas crianças. Os conflitos com os colegas e irmãos são frequentes, a desatenção no cumprimento das regras e demais características contribuem para respostas indevidas, podendo gerar déficit nas habilidades sociais⁴.

As interações sociais, tanto na infância como na fase adulta, possibilitam condições para a aquisição de conceitos, habilidades e estratégias cognitivas que afetam o desenvolvimento social e a aprendizagem⁵. Um repertório adequado de habilidades sociais apresentadas por uma criança depende da satisfação de suas interações sociais com colegas, pais e professores, e de suas classes de comportamentos sociais, que regerá a maneira adequada de lidar com as situações interpessoais⁶.

A aprendizagem de comportamentos sociais e de normas de convivência é iniciada na infância, tendo como parâmetro a família, e vai generalizar depois em outros ambientes, como na rua, com amigos, creche, escola, etc. A dificuldade ocorre quando a criança ingressa na escola e encontra diferentes modelos e demandas para emissão e aquisição de habilidades sociais⁷.

As habilidades sociais são definidas, segundo os autores⁸, pela relação entre as respostas

observáveis diante das interações sociais, seus antecedentes e suas consequências, ou seja, de sua função. A forma como essa resposta é emitida também deve ser avaliada. Essa diversidade de combinações entre características funcionais e formais influencia um conjunto de comportamentos que os autores classificam como habilidades sociais de comunicação, de assertividade, empáticas, solução de problemas interpessoais, entre outras⁸.

As habilidades sociais desenvolvidas principalmente durante a infância têm papel fundamental na prevenção de comportamentos problemáticos e de suas consequências futuras, além de exclusão dos grupos, dificuldades em relacionamentos e comportamentos antissociais. Fatores positivos das habilidades sociais podem ser vistos como comportamentos adaptativos, ou seja, bom desempenho escolar, estratégias de enfrentamento em diversas situações, autocuidado e independência e cooperação. Desse modo, as habilidades sociais podem estar associadas a fatores de proteção e contribuir para um desenvolvimento sadio do indivíduo⁹.

Diante das características de impulsividade, de agitação e desatenção das crianças com queixa de TDAH, a convivência com outras crianças e adultos se torna dificultada, já que apresenta baixa tolerância à frustração, são competitivas, modificam e criam novas regras com o objetivo de se beneficiarem, têm dificuldade em dividir os brinquedos e não se importam com as opiniões e vontades das outras crianças⁴.

Com base na literatura apresentada, este estudo teve como objetivo avaliar as habilidades sociais apresentadas por crianças com queixas de desatenção e de hiperatividade.

MÉTODO

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade (FCM - UNICAMP), sob o protocolo 08302612.7.0000.5404.

Participaram deste estudo 28 escolares, de ambos os gêneros, do Ensino Fundamental de 1º ao 5º ano, com idade de 7 a 12 anos, de

uma escola municipal localizada no interior de São Paulo. Os escolares foram indicados pelos professores por meio do preenchimento de um questionário com a descrição das queixas de desatenção e/ou hiperatividade, de acordo com os critérios diagnósticos do DSM-IV TR (2002) e, em seguida, era encaminhado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), para assinatura do responsável.

Os sujeitos foram divididos em dois grupos, sendo GI composto por 15 escolares com média etária de 8,9 anos, que apresentaram queixas de desatenção. O GII, relacionado às queixas de desatenção e hiperatividade, foi composto por 13 escolares, sendo a média etária de 9,41 anos.

Nesta pesquisa, foram incluídos escolares que preencheram os critérios diagnósticos para desatenção, hiperatividade e/ou impulsividade de acordo com o DSM-IV e tiveram autorização dos pais/responsáveis por meio do TCLE. Em relação aos critérios de exclusão, não foram incluídos nesta pesquisa aqueles sujeitos cujos responsáveis não autorizaram a participação, sujeitos com presença de queixas de alteração auditiva e/ou visual ou de rebaixamento intelectual ou que faziam uso de medicação neuropsiquiátrica.

Considerando o ano de escolaridade das crianças indicadas pelos professores, 5 (18%) delas cursavam o 1º ano, 6 (21%) cursavam o 2º ano, 7 (25%) cursavam o 3º ano, 6 (21%) cursavam o 4º ano e 4 (14%) cursavam o 5º ano.

Para a coleta de dados preliminares foi utilizada uma ficha de caracterização dos escolares, que incluía, além dos dados pessoais da criança, as queixas relacionadas à desatenção e à hiperatividade. TCLE e um questionário foram encaminhados aos responsáveis contendo breve anamnese sobre o desenvolvimento neuropsicomotor, desenvolvimento emocional e comportamentos relacionados à desatenção e à hiperatividade.

Procedimentos

Foi utilizado o Inventário Multimídia de Habilidades Sociais para Crianças – IMHSC-Del-

Prette¹⁰. O inventário é composto por materiais impressos e digitais que avaliam as habilidades sociais de crianças ingressas no ensino fundamental, com a idade de 7 a 12 anos. Neste trabalho, foi utilizada a versão informatizada, que possibilita à criança realizar uma autoavaliação de seus comportamentos.

O IMHSC-Del-Prette é um inventário de comportamentos, ou seja, um instrumento que requer uma estimativa quanto a aspectos (frequência, dificuldade, adequação) de uma amostra de comportamentos observáveis.

A versão informatizada do IMHSC-Del-Prette apresenta 21 itens em vídeos que retratam várias situações e reações do cotidiano escolar de crianças das séries iniciais do Ensino Fundamental (1ª a 4ª séries) em interação com outras crianças e adultos. Essas interações abrangem situações nas quais a criança avaliada deve colocar-se no lugar do outro e envolvem empatia e civilidade, assertividade e enfrentamento, autocontrole e participação.

Diante da apresentação das situações e reações, são disponibilizadas três escolhas de reação: uma habilidosa, outra reação não habilidosa passiva e não habilidosa ativa. A criança deve então indicar quantas vezes ela emite aquele comportamento, ou seja, sua frequência, indicadas com sempre, às vezes ou nunca. A adequação atribuída a essas situações é descrita por certo, mais ou menos ou errado e o grau de dificuldade em emitir determinada reação habilidosa em fácil, difícil, ou mais ou menos.

O IMHSC-Del-Prette possui um módulo de processamento de dados, ao qual organiza os dados das crianças avaliadas e seus resultados e produz uma planilha de exportação em arquivo Excel. Essa planilha facilita a realização de análises estatísticas para outros programas.

Análise de dados

A análise de dados foi realizada a partir do módulo de processamento de dados do IMHSC-Del-Prette que organizou as respostas das crianças em uma planilha do Excel, na qual as respostas relacionadas a frequência, adequa-

ção e dificuldade na emissão de reações não-habilidosas passivas, não-habilidosas ativas e habilidosas, realizadas com o uso de indicadores sempre, às vezes e nunca; certo, mais ou menos e errado; e nenhuma, pouco e muito foram transformadas em valores numéricos 2, 1 e 0. Essas planilhas foram transferidas ao programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*).

Foi feita estatística descritiva e inferencial por meio do programa *SPSS for Windows* (v.20.0). Foram realizadas análises descritivas para caracterização dos grupos e inferenciais para comparação do desempenho entre os grupos (teste exato de Fisher e de Mann-Whitney), sendo considerado o nível de significância de 5%, isto é, $p < 0,05$.

O teste exato de Fisher foi utilizado para comparar pequenas amostras entre 2 grupos independentes e determinar a probabilidade exata de ocorrência de uma frequência observada.

O teste de Mann-Whitney foi utilizado para verificar possíveis diferenças entre os grupos estudados.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta a comparação da média geral e desvio padrão entre o GI e GII. Nota-se não haver diferença significativa entre os grupos ($p < 0,05$), nos indicadores frequência, adequação e dificuldade em relação às reações habilidosas, não-habilidosas passivas e não-habilidosas ativas. Isso significa não haver diferenças nos comportamentos relacionados às habilidades sociais em relação às queixas de desatenção e/ou hiperatividade e desatenção.

A partir da comparação entre o GI e GII, que não revelou diferença significativa, foram realizadas comparações entre a média geral da amostra (GI + GII) e o intervalo médio da amostra de referência do IMHSC – Del Prette. Na Tabela 2, referente ao indicador frequência, foi verificado que, na subescala empatia e civilidade, assertividade e enfrentamento e participação em relação às reações habilidosas, a amostra pesquisada apresentou média geral abaixo do intervalo médio da norma de referência.

Tabela 1 – Comparação da média geral e desvio padrão entre o GI e GII.							
Indicadores							
Reação	Grupo	Frequência		Adequação		Dificuldade	
		M	DP	M	DP	M	DP
Habilidosa	GI	1,05	0,51	1,25	0,54	0,66	0,53
	GII	0,80	0,50	1,11	0,58	0,54	0,49
	Total	0,93	0,51	1,18	0,56	0,60	0,51
	p-valor	0,14		0,38		0,49	
NH Passiva	GI	0,68	0,42	0,84	0,45	-	-
	GII	0,56	0,37	0,69	0,44	-	-
	Total	0,63	0,39	0,77	0,44	-	-
	p-valor	0,42		0,32			
NH Ativa	GI	0,47	0,47	0,55	0,55	-	-
	GII	0,59	0,37	0,52	0,40	-	-
	Total	0,52	0,43	0,53	0,48	-	-
	p-valor	0,23		0,96		-	

M = Média; DP = Desvio padrão; NH Passiva = Resposta Não-Habilidosa Passiva; NH Ativa = Resposta Não-Habilidosa Ativa.

Tabela 2 – Comparação da média geral da amostra frente à amostra da norma de referência do IMHSC- Del Prette.				
Subescalas	Amostra/Norma de Referência	HAB	NHP	NHA
Empatia/Civilidade	AM	1,03	0,60	0,46
	NR	1,40 – 2,00	0,23 – 0,89	0,01 – 0,57
Assertividade/Enfrentamento	AM	0,83	0,60	0,74
	NR	0,93 – 1,71	0,38 – 1,28	0,23 – 0,91
Autocontrole	AM	0,86	0,65	0,44
	NR	0,69 – 1,49	0,33 – 1,23	0,33 – 1,21
Participação	AM	0,90	0,63	0,34
	NR	1,17 – 1,97	0,32 – 1,18	0,22 – 1,08

AM = Amostras; NR = Norma de referência; NH Passiva = Resposta Não-Habilidosa Passiva; NH Ativa = Resposta Não-Habilidosa Ativa.

Na Tabela 3, o indicador avaliado é a adequação. Com a comparação realizada entre a amostra pesquisada e a norma de referência do IMHSC Del-Prette, foram verificadas que, em relação às subescalas autocontrole e participação nas reações não-habilidosas passivas, estas se encontram abaixo da norma de referência. No indicador dificuldade, apresentado na Tabela 4,

na qual a única reação avaliada é a habilidosa, apenas na subescala autocontrole, a amostra pesquisada apresentou pontuação abaixo da média da norma de referência.

DISCUSSÃO

Queixas de hiperatividade e desatenção vêm sendo apresentadas com frequência pelos pro-

Tabela 3 – Comparação da média geral da amostra frente à norma de referência do IMHSC- Del Prette, diante do indicador adequação.

Subescalas	Amostra/Norma de Referência	HAB	NHP	NHA
Empatia/Civilidade	AM	1,35	0,72	0,44
	NR	1,15 – 2,05	0,69 – 1,23	0,01 – 0,63
Assertividade/Enfrentamento	AM	1,01	0,79	0,74
	NR	0,98 – 1,66	0,70 – 1,52	0,07 – 0,97
Autocontrole	AM	1,05	0,80	0,47
	NR	1,01 – 1,79	0,85 – 1,57	-0,06 – 0,86
Participação	AM	1,26	0,82	0,38
	NR	0,96 – 2,12	0,92 – 1,60	-0,03 – 1,13

AM = Amostra; NR = Norma de referência; NH Passiva = Resposta Não-Habilidosa Passiva; NH Ativa = Resposta Não-Habilidosa Ativa.

fessores e pais como definição de alguns comportamentos dos alunos. Observa-se que, muitas crianças com queixas de desatenção e/ou hiperatividade, apresentam problemas nas diversas relações, como resoluções de problemas, empatia e agressividade, entre outros.

Na estatística apresentada através desta pesquisa, observa-se não haver diferenças significativas entre os grupos, o que podemos inferir que neste estudo não há diferenças nas respostas das crianças frente a sua queixa, ou seja, diante da avaliação realizada sobre o enfoque das habilidades sociais independe se a criança apresenta apenas queixas de desatenção, ou queixas de desatenção e hiperatividade.

O objetivo deste trabalho foi apresentar as características do repertório de habilidades sociais das crianças e, desse modo, foram avaliadas conforme a frequência, ou seja, o comportamento, a adequação relacionada ao cognitivo e a dificuldade que enfoca a afetividade, indicando ansiedade ou incômodo em determinados comportamentos emitidos. As respostas do grupo geral (AM=amostra) pesquisado foram comparadas ao intervalo médio da norma de referência do próprio inventário IMHSC-Del-Prette (NR) para identificação dos comportamentos.

Diante dos resultados avaliados frente ao indicador de comportamentos frequência na rea-

Tabela 4 – Comparação da média geral da amostra frente à norma de referência do IMHSC- Del Prette, diante do indicador dificuldade.

Subescalas	Amostra/Norma de Referência	HAB
Empatia/Civilidade	AM	0,64
	NR	0,06 – 0,76
Assertividade/Enfrentamento	AM	0,54
	NR	0,37 – 1,31
Autocontrole	AM	0,56
	NR	0,57 – 1,57
Participação	AM	0,77
	NR	0,16 – 1,14

AM = Amostra; NR = Norma de referência; HAB = Resposta Habilidosa.

ção habilidosa, foi verificado que, na subescala empatia e civilidade (AM: 1,03; NR: 1,40-2,00), a amostra geral pesquisada encontra-se abaixo da norma de referência do Inventário Multimídia de Habilidades Sociais- Del Prette, inferindo-se que o grupo apresenta dificuldade em emitir comportamentos frequentemente adequados, como, por exemplo, pedir desculpas, aguardar a vez para falar, seguir regras, prestar atenção, ouvir e demonstrar interesse pelo outro, reconhecer e

perceber os sentimentos do outro, compreender a situação, respeitar as diferenças, oferecer ajuda e compartilhar entre outros¹⁰.

Esses comportamentos são frequentemente citados e relacionados às queixas de desatenção e hiperatividade, os autores¹¹ afirmam que as principais queixas nas habilidades sociais são em fazer e manter amizades, o que possibilitará posteriormente problemas conjugais significativos, comentários impulsivos direcionados a outros, facilidade de se frustrar ou de se enraivecer, ser visto pelos outros como autocentrado e imaturo, dificuldade para ouvir o outro e em manter relacionamentos.

Ainda, frente às reações habilidosas, ao verificar a assertividade de enfrentamento (AM: 0,83; NR: 0,93-1,71), a amostra geral pesquisada também se encontra abaixo da média de intervalo apresentados pelo IMHSC-Del Prette, a qual sugere que as crianças apresentam dificuldades em emitir frequentemente comportamentos relacionados à defesa de direitos, de autoestima, solicitar mudanças, defender-se de acusações injustas, resistir à pressão do grupo, entre outros⁷.

Diante da literatura apresentada sobre TDAH, as crianças diagnosticadas ou que apresentam apenas as queixas têm a percepção precisa e consciente dos sinais dos relacionamentos interpessoais, mas apresentam dificuldades em agir, utilizando esses sinais. O aumento na reatividade emocional produz uma diminuição na habilidade de adiar respostas, diminuição na tolerância à frustração e prejuízos na habilidade de considerar e programar comportamentos mais adequados¹¹.

A baixa frequência nas reações habilidosas foi visualizada diante da média geral da amostra pesquisada ao apresentar-se abaixo do intervalo médio de referência do IMHSC-Del Prette na subescala participação (AM: 0,90; NR: 1,17 – 1,97). O que se infere que essas crianças apresentam dificuldade em responder perguntas à professora, mediar conflitos entre colegas, juntar-se a um grupo nas brincadeiras⁷.

Ao verificar a literatura podemos correlacionar com as queixas já previstas de TDAH, a qual sugere que a criança apresenta baixa tolerân-

cia à frustração, troca contínua de atividades, dificuldades de organização, questões estas relacionadas a fracasso escolar, dificuldades emocionais e de relacionamento¹².

As crianças com TDAH correm maiores riscos em apresentar conflitos familiares, repetência na escola, baixo rendimento escolar e problemas de conduta, o que contribui para uma saúde emocional prejudicada e competência social menores que as outras crianças sem queixas¹³.

O histórico de experiências fracassadas de relacionamentos interpessoais contribui para o desenvolvimento insuficiente de alguns aspectos do autoconceito, tais como a autoestima e a autoeficácia¹⁴.

Diante das demais reações estabelecidas no indicador frequência de comportamentos, a média de comportamentos frequentemente apresentados pela amostra pesquisada apresenta um desempenho semelhante à média do grupo de referência do IMHSC-Del Prette, assim como na subescala autocontrole. Ou seja, a criança que apresenta as queixas de TDAH apresentam comportamentos adequados diante das reações e subescalas avaliadas.

Quanto à avaliação correspondente aos comportamentos adequados apresentados pelas crianças pesquisadas, observa-se uma média abaixo da norma de referência do IMHSC-Del Prette nas reações não-habilidosa passiva. Essa reação é caracterizada por habilidades nas quais a criança tem que lidar com as demandas interativas do seu ambiente e por apresentar dificuldades em se comportar verbalmente passa a emitir comportamentos encobertos, gerando incômodo, ansiedade, mágoa, etc¹⁰. Essas reações podem ser vistas em duas subescalas, autocontrole (AM: 0,80, NR: 0,83-1,57) e participação (AM: 0,82, NR: 0,92 – 1,60).

A pesquisa realizada para avaliar habilidades comunicativas sociais em crianças com TDAH demonstra que estas apresentam déficits em relação às crianças sem as queixas de TDAH. Os autores sugerem que esses déficits sinalizam que as crianças são menos propensas a formar novas perspectivas e coordená-las, comprometendo,

assim, a formação de amizades ou a dificuldade em mantê-las¹³.

Pinheiro et al.¹⁴ ressaltam que, quando a criança apresenta repertório cognitivo-comportamental deficiente frente às habilidades sociais, certamente, a experiência individual de relacionamentos predatórios e pouco gratificantes contribui para que o indivíduo desenvolva determinados esquemas cognitivos relacionados a expectativas hostis em relação ao outro.

Nas subescalas empatia/civilidade e assertividade/enfrentamento e nas reações habilidosas, não-habilidosas passivas e não-habilidosas ativas pesquisadas, a média de comportamentos adequadamente apresentados pela amostra pesquisada apresenta um desempenho semelhante à média do grupo de referência do IMHSC – Del Prette.

Em relação ao indicador dificuldade em reagir habilidosamente nas subescalas empatia e civilidade, assertividade de enfrentamento, autocontrole e participação, apenas na subescala autocontrole (AM: 0,56; NR 0,57 -1,57) pode ser verificado que o grupo encontra-se abaixo da média em relação à norma de referência do IMHSC – Del Prette. A dificuldade está relacionada à afetividade, indicando ansiedade ou incômodo em determinados comportamentos emitidos.

“Os problemas interpessoais das crianças com TDAH podem muito bem ser os aspectos

mais salientes e debilitantes do seu comportamento psicopatológico”¹³.

Carregal & Moreira¹³, as dificuldades de relacionamento apresentadas pela criança com TDAH são agravadas diante da adaptação psicossocial e da dinâmica envolvida, inclusive o fato de lidarem com sua autoestima e os fatores do ambiente social. Essa confusão de ideias e sentimentos, conforme os autores nomeiam, está relacionada ao fato da criança participar de uma sociedade que projeta expectativas, que, muitas vezes, ela não dá conta de se comportar, reagindo de forma agressiva, rebelde às normas esperadas pelo grupo.

CONCLUSÕES

Entre GI e GII não houve diferença significativa, ou seja, nesta pesquisa não há diferença no desempenho das habilidades sociais entre sujeitos com queixa de desatenção e aqueles com queixa de hiperatividade/impulsividade.

As habilidades sociais alteradas foram em relação às reações habilidosas e não-habilidosas passivas.

Ressalta-se a necessidade de investimentos em pesquisas e programas que avaliem e contribuam para o desempenho das habilidades sociais, refletindo de modo direto e indireto em relações positivas, tanto na área educacional como social e familiar.

SUMMARY

Social skills in children claimed with hyperactivity and listlessness

Introduction: Changes in attention and behavior such as hyperactivity and impulsiveness are researched in many fields, such as in health and education, in order to try to understand processes related to this disorder, as well as behavior and social alterations. The aim of this study is to verify which are the social skills changed and how much they influenced social development of a child with attention deficit and hyperactivity clamors.

Methods: There were twenty-eight children analyzed, all of them studying in public elementary school that presented hyperactivity and attention deficit, of ages between 6 and 12 years old, that made two groups: GI (clamors of attention deficit) and GII (clamors of both attention deficit and hyperactivity). In order to evaluate their social skills it was used the IMHSC-Del-Prette (Multimedia Inventory of Children Social Skills). **Results:** Facing the statistic analysis there were no significant difference between the two groups concerning social skills. Comparing the general group with the IMHSC-Del-Prette sample it was observed that the average result referring to the answer of the researched group is below the average from the usual reference range, implying some deficit in social behavior.

KEY WORDS: Attention deficit disorder with hyperactivity. Attention. Behavior.

REFERÊNCIAS

1. Pinheiro SCAS. Crianças com transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade (TDAH) no ambiente escolar [Dissertação - Graduação em Pedagogia - Anos Iniciais] Salvador: Departamento de Educação – Campus I, Universidade do Estado da Bahia; 2010. Disponível em <http://www.uneb.br/salvador/dedc/files/2011/05/Monografia-SARA-CRISTINA-ARANHA-DE-SOUZA-PINHEIRO.pdf>. Acesso em: 5/8/2012.
2. American Psychiatric Association. DSM-IV TR: Manual estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed; 2002.
3. Poeta LS, Rosa Neto F. Estudo epidemiológico dos sintomas do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e transtornos de comportamento em escolares da rede pública de Florianópolis usando a EDAH. Rev Bras Psiquiatr. 2004;26(3):150-5.
4. Rizo L, Rangé B. Crianças desatentas, hiperativas e impulsivas: como lidar com essas crianças na escola? In: Brandão e cols (org.). Sobre o comportamento e cognição: a história e os avanços, a seleção por consequências em ação. Santo André: Esetec Editores Associados; 2003. p.422-32.
5. Molina RCM, Del Prette ZAP. Funcionalidade da relação entre habilidades sociais e dificuldades de aprendizagem. Psico-USF. 2006; 11(1):53-63.
6. Del Prette ZAP, Del Prette A. Avaliação de habilidades sociais de crianças com um inventário multimídia: indicadores sociométricos associados à frequência versus dificuldade. Psicol Estud. 2002;7(1):61-73.
7. Del Prette ZAP, Del Prette A. Psicologia das habilidades sociais na infância: teoria e prática. Petrópolis: Vozes; 2005.
8. Del Prette ZAP, Del Prette A. Um sistema de categorias de habilidades sociais educativas. Paidéia. 2008;18(41):517-30.
9. Bandeira M, Del Prette ZAP, Del Prette A, Magalhães T. Validação das escalas de habi-

- lidades sociais, comportamentos problemáticos e competência acadêmica (SSRS-BR) para o ensino fundamental. *Psic: Teor e Pesq.* 2009;25(2):271-82.
10. Del Prette ZAP, Del Prette A. Sistema multimídia de habilidades sociais de crianças: IMHSC-Del-Prette. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005.
 11. Benczik EBP, Schelini PW, Casella EB. Instrumento para avaliação do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade em adolescentes e adultos. *Bol Psicol.* 2010;59(131):137-51.
 12. Graeff RL, Vaz CE. Avaliação e diagnóstico do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). *Psicologia – USP.* 2008; 19(3):341-61.
 13. Carregal DC, Moreira SRG. Aspectos psicológicos de crianças portadoras de transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. *Barbacena: Mental;* 2011. p.643-50.
 14. Pinheiro MIS, Haase VG, Prette AD, Amarante CLD, Prette AD, Del Prette ZAP. Treinamento de habilidades sociais e educativas para pais de crianças com problemas de comportamento. *Psicol Reflex Crit.* 2006;19(3): 407-14.

Trabalho realizado na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM-UNICAMP), Campinas, SP, Brasil.

Artigo recebido: 25/8/2013

Aprovado: 27/10/2013 ■