

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

CELIANY ALVES GARCIA LIMA

CORRELAÇÕES ENTRE O ESTRESSE E AS HABILIDADES SOCIAIS EM CRIANÇAS  
COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

UBERLÂNDIA

2019

CELIANY ALVES GARCIA LIMA

CORRELAÇÕES ENTRE O ESTRESSE E AS HABILIDADES SOCIAIS EM  
CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Wallisen Tadashi Hattori  
Coorientadora: Profa. Dra. Vivian Mara Gonçalves de Oliveira Azevedo

UBERLÂNDIA

2019

Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFU  
com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

L732  
2019

Lima, Celiany Alves Garcia, 1988-  
Correlações entre o estresse e as habilidades sociais em  
crianças com deficiência intelectual [recurso eletrônico] /  
Celiany Alves Garcia Lima. - 2019.

Orientador: Wallisen Tadashi Hattori.  
Coorientadora: Vivian Mara Gonçalves de Oliveira  
Azevedo.  
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de  
Uberlândia, Pós-graduação em Ciências da Saúde.  
Modo de acesso: Internet.  
Disponível em: [http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.  
2019.2142](http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2019.2142)  
Inclui bibliografia.  
Inclui ilustrações.

1. Ciências médicas. I. Hattori, Wallisen Tadashi , 1978-  
(Orient.). II. Azevedo, Vivian Mara Gonçalves de Oliveira ,  
1981-, (Coorient.). III. Universidade Federal de Uberlândia.  
Pós-graduação em Ciências da Saúde. IV. Título. CDU: 61

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:  
Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091  
Nelson Marcos Ferreira - CRB6/3074

CORRELAÇÕES ENTRE O ESTRESSE E AS HABILIDADES SOCIAIS EM  
CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Ciências da Saúde.

**Área de concentração:** Ciências da Saúde

Uberlândia, 31 de Maio de 2019.

---

Profa. Dra. Jeanny Joana Rodrigues Alves de Santana  
Universidade Federal de Uberlândia - MG

---

Profa. Dra. Anuska Irene de Alencar  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte – RN

---

Profa. Dra. Vivian Mara Gonçalves de Oliveira Azevedo  
Universidade Federal de Uberlândia - MG

---

Prof. Dr. Wallisen Tadashi Hattori  
Universidade Federal de Uberlândia - MG

*Dedico este trabalho a minha família, que muito me apoiou e me incentivou a realizá-lo.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus que me ajudou em cada etapa deste trabalho e não me deixou fraquejar, foi meu maior apoio nos momentos difíceis.

Aos meus orientadores Dr. Wallisen Tadashi Hattori e Dra. Vivian Mara Gonçalves de Oliveira Azevedo por todo ensinamento, paciência e dedicação.

Aos amigos e colegas de trabalho por toda disponibilidade, incentivo e apoio para que essa pesquisa se realizasse.

A minha família que sempre acreditam na minha capacidade de prosseguir, em especial aos meus pais e irmão, por tanto amor e por compartilhar minhas dores, tristezas e alegrias.

Ao meu esposo, obrigada pelo carinho, paciência, compreensão e incentivo.

Obrigada a todos que de alguma forma compartilharam dessa jornada.

*O mundo está nas mãos daqueles que têm a  
coragem de sonhar e de correr o risco de viver  
seus sonhos.*

Paulo Coelho – “As Valquírias”

## RESUMO

**Introdução:** O conjunto de habilidades sociais refere-se à existência de diferentes classes de comportamentos sociais apresentados pelo indivíduo para lidar de maneira ajustada com as suas situações interpessoais. O prejuízo nessas habilidades podem acarretar depressão, ansiedade, estresse e comportamentos disruptivos. O estresse é entendido como uma reação do organismo que acarretam alterações psicofisiológicas na criança. As crianças com deficiência intelectual apresentam déficits nas habilidades sociais e menos recursos para lidar com o estresse. A correlação destas variáveis, estresse e habilidades sociais, sob a percepção da própria criança, busca novas discussões para se pensar em estratégias práticas que afetem além da criança, a família e a escola para assim efetivar a inclusão dessas crianças na sociedade. O objetivo desse estudo foi avaliar a existência de correlação do estresse e das habilidades sociais em crianças com deficiência intelectual, sob a perspectiva da própria criança. **Métodos:** participaram do estudo 31 crianças com seus respectivos responsáveis, diagnosticadas com deficiência intelectual, acompanhadas em um centro especializado de reabilitação no sudeste de Minas Gerais, Brasil. Foram utilizados como instrumentos de coleta de dados o Critério de Classificação Econômica do Brasil, a Escala de Estresse Infantil (ESI) e o Sistema de Avaliação de Habilidades Sociais (SSRS-BR). Os dados das escalas foram analisados de acordo com a padronização dos autores dos instrumentos. A ESI foi apenas validada para crianças sem deficiência, dessa forma utilizou-se o Teste *t* para comparar a média da escala e a encontrada nesse estudo. A análise foi feita no programa Statistical Package for the Social Sciences e o coeficiente de correlação de Pearson foi usado para associar as variáveis de interesse. Considerou-se um nível de significância de 5%. **Resultados:** Um total de 64,5% das crianças apresentaram quadro de estresse; as reações psicológicas com componentes depressivos foi a mais frequente com 64,5% das respostas; 70,0% das crianças apresentaram déficits nas habilidades sociais; as reações psicológicas com componentes depressivos apresentou correlação negativa baixa e significativa com a escala de habilidades sociais ( $r = 0,26$ ;  $p = -0,400$ ); as crianças e os pais apresentaram correlações significativas entre os fatores da escala de habilidades sociais, apresentando as mesmas percepções sobre o repertório de habilidades das crianças. **Conclusão:** contribuições importantes foram encontradas ao avaliar a correlação entre estresse e habilidades sociais, e também em analisar a percepção de crianças com deficiência intelectual, que, por diversos fatores, não está acostumada a falar sobre os próprios



sentimentos. Os resultados encontrados apresentam potencial para disparar novas discussões e suscitar a criação de novas políticas públicas em saúde e educação.

**Palavras chave:** deficiência intelectual; estresse psicológico; habilidades sociais; comportamento infantil; reabilitação.

## ABSTRACT

**Introduction:** The set of social skills refers to the existence of different classes of social behaviors presented by the individual to deal with their interpersonal situations. Injury to these skills can lead to depression, anxiety, stress, and disruptive behaviors. Stress is understood as a reaction of the body that causes psychophysiological changes in the child. Children with intellectual disabilities have deficits in social skills and fewer resources to cope with stress. The correlation of these variables, stress and social abilities, under the child's own perception, seeks new discussions to think of practical strategies that affect beyond the child, the family and the school in order to effect the inclusion of these children in society. The objective of this study was to evaluate the existence of a correlation of stress and social skills in children with intellectual disability, from the perspective of the child. **Methods:** 31 children with their respective parents diagnosed with intellectual disability participated in the study, accompanied at a specialized rehabilitation center in southeast Minas Gerais, Brazil. The Brazilian Economic Classification Criteria, the Child Stress Scale (ESI) and the Social Skills Assessment System (SSRS-BR) were used as instruments of data collection. The data of the scales were analyzed according to the standardization of the authors of the instruments. The ESI was only validated for children without disabilities, so the t-test was used to compare the mean of the scale and that found in this study. The analysis was done in the Statistical Package for the Social Sciences program and the Pearson correlation coefficient was used to associate the variables of interest. A significance level of 5% was considered. **Results:** A total of 64.5% of the children had a stress picture; the psychological reactions with depressive components were the most frequent with 64.5% of the answers; 70.0% of the children had deficits in social skills; the psychological reactions with depressive components presented a low and significant negative correlation with the social skills scale ( $r = 0.26$ ;  $p = -0.400$ ); children and parents presented significant correlations among the factors of the social skills scale, presenting the same perceptions about children's repertoire of abilities. **Conclusion:** important contributions were found in assessing the correlation between stress and social skills, and also in analyzing the perception of children with intellectual disabilities, who, for various factors, are not accustomed to talking about their own feelings. The results found have the potential to trigger new discussions and to stimulate the creation of new public policies on health and education.

**Keywords:** intellectual disability; psychological stress; social skills; childish behaviour; rehabilitation.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Características descritivas das crianças com deficiência intelectual .....	46
<b>Tabela 2</b> – Teste $t$ – ESI.....	46
<b>Tabela 3</b> – Reações das crianças que apresentaram critérios ao estresse .....	46
<b>Tabela 4</b> – Frequência das respostas aos fatores Habilidades Sociais – Escala Criança .....	47
<b>Tabela 5</b> – Frequência das respostas aos fatores Habilidades Sociais – Escala responsável .....	47
<b>Tabela 6</b> – Frequência das respostas aos fatores Problemas de Comportamento – Escala responsáveis.....	48
<b>Tabela 7</b> – Correlação entre ESI e SSRI.....	48
<b>Tabela 8</b> – Correlação SSRI – Pais e Crianças .....	49

## LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

AAIDD	Associação Americana de Transtornos Intelectuais e do desenvolvimento
CCEB	Critério de Classificação Econômica do Brasil
CID 10	Classificação Internacional de Doenças
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
DI	Deficiência Intelectual
DSM V	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ESI	Escala de Estresse Infantil
OMS	Organização Mundial de Saúde
QI	Quociente Intelectual
SAG	Síndrome Geral de Adaptação
SSRS-BR	Sistema de Avaliação de Habilidades Sociais

## SUMÁRIO

BANCA EXAMINADORA .....	
DEDICATÓRIA .....	
AGRADECIMENTOS .....	
EPÍGRAFE .....	
RESUMO .....	
ABSTRACT .....	
LISTA DE TABELAS .....	
LISTA DE ABREVIACÕES .....	
APRESENTAÇÃO .....	
1. INTRODUÇÃO .....	16
2. REFERENCIAL TEÓRICO .....	17
3. OBJETIVOS .....	25
ARTIGO .....	26
REFERÊNCIAS .....	40
ANEXOS .....	46

## APRESENTAÇÃO

A presente dissertação de Mestrado foi desenvolvida na Universidade Federal de Uberlândia, sob a orientação do Prof. Dr. Wallisen Tadashi Hattori e coorientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Vivian Mara Gonçalves de Oliveira Azevedo. A apresentação dá-se inicialmente pela introdução e fundamentação teórica com o objetivo de elucidar o conteúdo referente a esta pesquisa. Na sequência, segue apresentado o artigo científico, que será submetido à apreciação da revista Disability and Rehabilitation (ISSN online: 1464-5165; Fator de impacto: 2042; Qualis CAPES em Medicina I: B1), produto de coleta e processamento de dados realizados durante a execução do mestrado.

## 1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS), juntamente com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), entendem a deficiência como “complexa, dinâmica, multidimensional e questionada” (OMS, 2011, p.4).

Para a Associação Americana de Transtornos Intelectuais e do Desenvolvimento (AAIDD) a Deficiência Intelectual (DI) é definida por limitações importantes, tanto no funcionamento intelectual quanto no comportamento adaptativo, com início antes dos 18 anos de idade (LUCKASSON et al.; 2002). O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM V) insere a DI na seção de transtornos do neurodesenvolvimento, e a Classificação Internacional de Doenças (CID 10) subdivide a DI em leve, moderada, grave e profunda (OMS, 1993). Os autores da CID-10 admitiram a necessidade de um sistema mais amplo e específico para a DI, e como complemento a CID, a OMS propôs a CIF, que abrange todos os aspectos da vida do indivíduo, uma visão integrativa e universal da funcionalidade (CARVALHO, MACIEL, 2003).

Existe um comprometimento das habilidades sociais (HS) em indivíduos com DI. O termo HS refere-se à existência de diferentes classes de comportamentos sociais apresentados pelo indivíduo para lidar de maneira ajustada com as suas situações interpessoais (DEL PRETTE, DEL PRETTE, 2005a). As limitações cognitivas, o pobre desenvolvimento da linguagem e os problemas de comportamento apresentados podem comprometer a interação com outras pessoas (HEWARD, 2003).

De maneira geral, os estudos de avaliação da criança com DI apontam para a existência de dificuldades de HS quando se compara crianças com deficiência em relação àquelas sem deficiência (FREITAS, 2008). Estudo realizado sobre a interação social entre alunos com deficiência mental inseridos na escola regular e seu grupo de pares observou que os alunos com deficiência são menos aceitos em relação aos demais, ficam a maior parte no horário recreativo sozinhas e possuem dificuldade em estabelecer contatos sociais, o que indica repertório de HS prejudicado (BATISTA, EMUNO, 2004).

A literatura científica evidencia que os prejuízos no repertório de HS estão associados a vários problemas como depressão, ansiedade, estresse, isolamento social, agressividade, baixa autoestima, comportamentos opostos e hiperatividade (DEL PRETTE, DEL PRETTE, 2005a).

Dentre esses problemas, o estresse infantil e do adolescente é reconhecido como um problema real e importante. O estresse é definido como uma reação do organismo, que



apresenta tanto componentes físicos como psicológicos, causada pelas alterações psicofisiológicas que ocorrem quando a pessoa está diante de estímulos estressores (LIPP, ARANTES, BURITI, WITZIG, 2003). Os sintomas do estresse em crianças e adolescentes podem ocorrer de forma física, psicológica ou em ambos (LIPP et al.; 1991).

Indivíduos com DI possuem o mesmo nível ou mais de estresse quando comparado com pessoas sem a deficiência, porém possuem menos recursos para lidar com este. Eles, geralmente, possuem experiências anteriores negativas, com poucos suportes ambientais e baixas crenças em suas próprias habilidades. A combinação desses três fatores aumenta o risco de ocorrer o estresse (LAZARUS, FOLKMAN, 1984).

Estudos avaliaram o impacto emocional da DI na família e no ambiente escolar (HEWARD, 2003; DEL PRETTE, DEL PRETTE, 2005a), outros investigaram as práticas parentais e a relação entre estresse e habilidades sociais (MINETTO, 2010; GOMIDE, 2005). No entanto, há uma lacuna do conhecimento no que diz respeito à perspectiva da própria criança com DI em relação às HS e estresse, e como esses se correlacionam. Estas investigações pode propiciar discussões sobre novas técnicas e práticas que afetam a família, a escola e a criança, e assim, efetivar, na prática, a inclusão dessas crianças na sociedade.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 Deficiência Intelectual**

O conceito de DI passou por inúmeras mudanças ao longo do tempo. De acordo com o instrutivo da pessoa com deficiência do Ministério da Saúde (2014), a definição de DI já foi entendida como sinal divino até ameaça ao desenvolvimento humano. O DSM IV e a AAIDD, no século XXI, foram os grandes responsáveis por mudar a visão da DI após a publicação de documentos internacionais.

A AAIDD referência no estudo e pesquisa do tema, considera que a DI se inicia antes dos 18 anos de idade, e que apresenta limitações intelectuais, comportamentais e sociais. Na 11ª edição do Manual da AAIDD, houve a alteração do termo retardo mental para deficiência intelectual. Esse novo termo foi bastante discutido em 2004 na Conferência de Montreal sobre a DI, promovida pela OMS e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Na Declaração de Montreal validou-se o termo Deficiência Intelectual. A mudança conceitual altera a visão

de que a deficiência seja um traço fixo no indivíduo, e passa a levar em consideração fatores sociais e/ou orgânicos (AAIDD, 2010).

A AAIDD (2010) apresenta dois enfoques na definição de DI, sendo eles: definição operativa e definição constitutiva.

A definição operativa foca em critérios para definir a deficiência, levando em consideração as dificuldades importantes no funcionamento intelectual e no comportamento adaptativo; as habilidades adaptativas, sociais e práticas, antes dos 18 anos de idade. Ao avaliar é necessário considerar os ambientes culturais; a diversidade cultural, assim como as diferenças em comunicação e aspectos sensoriais, motores e de comportamento; perceber as dificuldades, mas também as potencialidades dos indivíduos (AAIDD, 2010).

O segundo enfoque, a definição constitutiva, preocupa-se com a mudança da terminologia. A deficiência passa a ser entendida a partir de uma perspectiva etiológica e multidimensional, ressaltando a importância dos apoios especializados e individualizados. É apontada como limitações do funcionamento humano considerando 5 dimensões: habilidades intelectuais, condutas adaptativas, saúde, participação e contexto (AAIDD, 2010).

O diagnóstico deve contar com uma avaliação padronizada e individualizada de instrumentos que avaliam o funcionamento global do indivíduo. Uma maneira de avaliar o funcionamento intelectual por meio de medidas de inteligência, o denominado Quociente de Inteligência (QI). A AIDD afirma que o QI continua sendo uma importante medida, desde que seja utilizado de instrumentos adequados, que entendam a inteligência de uma forma ampla e multidimensional (AAIDD, 2010).

No que se refere à avaliação da conduta adaptativa, esta deve ser realizada utilizando-se de várias fontes, como avaliações médicas, relatórios da escola, avaliações psicopedagógicas, histórico social e familiar, afim de identificar fatores que interferem na aprendizagem e no desempenho das habilidades adaptativas. Os sistemas de apoio são importantes, principalmente após a perspectiva de inclusão, pois estes visam melhorar o funcionamento do indivíduo. Esse sistema é baseado no enfoque ecológico e engloba o desenvolvimento humano, educação, vida doméstica, vida comunitária, emprego, saúde e segurança, comportamental, social, proteção e defesa (AAIDD, 2010).

O DSM V (APA, 2014), em consonância com a AAIDD, define a DI de uma maneira global, considerando as limitações no âmbito conceitual, prático e social. Também recomenda o uso da testagem padronizada para avaliação do QI, mas utiliza também como base o funcionamento adaptativo, além de considerar os déficits nas funções intelectuais e

adaptativas que ocorrem nos anos iniciais do desenvolvimento humano. O DSM V caracteriza a DI como leve, moderada, grave e profunda.

O domínio conceitual, social e prático são considerados pelo DSM V ao avaliar o nível de gravidade da deficiência. No nível leve, o indivíduo apresenta dificuldade na aprendizagem acadêmica (leitura, escrita, funções executivas, pensamento abstrato memória operacional), é imaturo na interação com outras pessoas e com o meio e precisa de algum apoio nas atividades de vida diária. No nível moderado, grave e profundo, o indivíduo possui as mesmas dificuldades, porém com nível maior de necessidade de apoio em todos os âmbitos, aumentando as dificuldades de acordo com o grau (APA, 2014).

A Classificação Internacional de Funcionalidades (CIF), apesar de não tratar especificamente da deficiência intelectual, colabora com o entendimento multidimensional do termo deficiência, e considera os aspectos biomédicos, psicológicos e sociais (OMS, 2013).

A CID 10 ainda utiliza do termo Retardo Mental para classificar a DI e subdivide-a em leve, moderada, grave e profunda, de acordo com os valores do quociente intelectual (QI), sendo o retardo mental leve com o QI entre 50 a 69; moderado entre 35 e 49; grave com QI de 20 a 40 e profundo abaixo de 20 (OMS, 1993).

O QI é uma das condições necessárias para o diagnóstico da DI, mas não é suficiente, uma vez que deve ser realizada uma avaliação multidimensional (APA, 2014).

No Brasil, são poucas as pesquisas de incidência e prevalência de DI na população. De acordo com o último dado do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 2010, cerca de 2,6 milhões de brasileiros apresentam deficiências intelectuais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Ao buscar a etiologia da DI é necessário levar em consideração vários fatores. No entanto, deve-se ressaltar a dificuldade em indicar uma única causa para as DI, especialmente a leve (SCHWARTZMAN, LEDERMAN, 2017).

As causas podem ser determinadas por fatores biomédicos, sociais, comportamentais e educacionais, antes ou durante a concepção (distúrbios hereditários ou anomalias cromossômicas); durante a gravidez (subnutrição materna grave, infecções por vírus, álcool e outras drogas, medicamentos, desenvolvimento anormal do cérebro, falta de cuidado pré-natal, prejuízo cognitivo dos pais, meningocelalites); durante o nascimento (falta de oxigênio e prematuridade extrema); após o nascimento (infecções cerebrais, traumatismo craniano, desnutrição, negligência emocional grave ou abuso, toxina, tumores cerebrais, falta de estimulação adequada) (AAMR, 2006).

## 2.2 Habilidades Sociais

A definição de habilidades sociais na literatura apresenta vários conceitos e os termos mais utilizados são desempenho social, habilidades sociais, competência social, assertividade e automonitoria. As principais premissas apontam que as habilidades sociais estão relacionadas ao desempenho nas relações interpessoais; são aprendidas nos diferentes ambientes que a pessoa está inserida; tem relação com a cultura; são situacionais e podem ser considerados como requisitos para a competência social (DEL PRETTE, DEL PRETTE, 2015).

A competência social e habilidade social são construtos diferentes, sendo que a primeira, pode ser entendida como comportamentos eficientes no ambiente social e apresenta os seguintes requisitos:

“... consecução do objetivo, em termos de consequências específicas obtidas na interação social; manutenção ou melhora da autoestima dos envolvidos; manutenção ou melhora da qualidade da relação; maior equilíbrio de ganhos e perdas entre os participantes da interação; respeito e ampliação dos direitos humanos básicos” (DEL PRETTE, DEL PRETTE, 2011, p. 20).

Mesmo que nem todos os requisitos sejam preenchidos, quanto mais estes forem utilizados, mais sucesso o indivíduo possui na interação social. As HS são “classes de comportamentos sociais que somente podem ser classificadas como tais a medida em que contribuem para a competência social” (DEL PRETTE, DEL PRETTE, 2011, p. 20).

O desenvolvimento das HS no decorrer da vida é fator importante para uma saúde psicológica, pois as pessoas socialmente competentes apresentam relações interpessoais mais bem-sucedidas e longas, melhor saúde mental e física, além de se sentirem mais motivadas (COLE, COLE, 2003; NOVAK, PELÀEZ, 2004).

Quando há prejuízos nas HS na infância e/ou na adolescência há também detrimento da qualidade de vida e dos relacionamentos interpessoais, além de dificuldades de aprendizagem, problemas de comportamento e depressão. Assim, a competência social é vista como um fator de proteção, pois ajuda o indivíduo a lidar com situações estressantes (DEL PRETTE, DEL PRETTE, 2005a).

As consequências negativas do pobre repertório de competência social podem

desencadear problemas psicológicos. Esses problemas, podem ser separados em problemas externalizantes e internalizantes, sendo o primeiro caracterizado por comportamento que envolvam agressividade, comportamentos antissociais; e o segundo, por transtornos como ansiedade e depressão. (DEL PRETTE, 2005a).

Na infância e na adolescência, a postura educacional familiar e escolar junto com as experiências da interação com pares são essenciais para adquirir e melhorar as HS. O contrário também é verdadeiro, uma vez que quando essas experiências são ruins, estas podem levar a prejuízos nessas áreas, refletindo na qualidade de vida (DEL PRETTE, DEL PRETTE, 2011). A aprendizagem das HS tem no ambiente familiar seu primeiro ponto de desenvolvimento, tendo os pais como mediadores (DEL PRETTE, DEL PRETTE, 2001). Algumas pesquisas demonstram que pais com bom repertório de HS apresentam mais possibilidade que seus filhos tenham comportamentos socialmente adequados, como a empatia e assertividade (WEBER, 2004; PINHEIRO, 2003; SALVO, 2003).

As HS têm adquirido grande importância nas pesquisas que envolvem pessoas com dificuldade de aprendizagem e problemas no desenvolvimento (SORESI; NOTA, 2000). Os estudos sobre competência social das pessoas com DI indicam alguns déficits, como dificuldades em definir seus sentimentos, em estruturação de frases e na comunicação não-verbal, baixa competência de reformular a própria fala e déficits nas habilidades assertivas de lidar com críticas, recusar e discordar (AGUIAR, 2003; DEL PRETTE, DEL PRETTE, 2005a). As crianças com DI são menos aceitas e mais rejeitadas que as outras crianças que não apresentam deficiência (GREESHMAN, MACMILLAN, 1997).

### 2.3 Estresse

O estresse pode ser entendido como um conjunto de sinais do organismo diante de estímulos que podem ser agradáveis ou desagradáveis, porém é importante salientar que as respostas estressantes não podem ser apenas um fato isolado, mas sim um processo que tire o equilíbrio interno (LIPP, MALAGARIS, 1995).

Os sinais que o organismo demonstra diante de fatos estressores pode ser denominado de Síndrome Geral de Adaptação (SAG), o qual apresenta três fases/estágios: alarme ou alerta; resistência e exaustão. A primeira fase apresenta sintomas fisiológicos de “luta ou fuga”, como aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial; aumento da frequência respiratória, dilatação da pupila, entre outros. Se o estímulo estressor for de curto período,

ocorre novamente o equilíbrio (homeostase) do organismo, porém se esse estado for mantido por muito tempo passa para a fase de resistência (SELYE, 1965).

Na segunda fase, de resistência, há um maior desgaste do organismo, estando este mais sensível à doença, pois ocorrem mudanças fisiológicas no funcionamento das supra-renais, com diminuição da produção de adrenalina e redução da produção de corticosteroides pelo o córtex. A falta de controle dos estímulos que geram o estresse aproximam o indivíduo da terceira fase, a exaustão (TRICOLI, LIPP, 2014).

A fase de exaustão é determinada quando a pessoa não consegue enfrentar o agente estressor permanecendo por longo período, podendo facilitar a ocorrência de várias doenças psicológicas e/ou fisiológicas (TRICOLI, LIPP, 2014). Para superar essa fase é necessário ajuda de profissionais especializados (LIPP, ROCHA, 1994)

As fases do modelo de Selye, citado acima, sofreu uma alteração na visão de Lipp (2000). O autor acrescentou a fase de quase-exaustão, em que ainda na fase de resistência há um aumento dos sintomas de estresse até chegar a fase de exaustão. Esse aumento dos sintomas atinge significativamente o indivíduo, porém ele ainda consegue realizar suas atividades rotineiras.

Os aspectos psicológicos e físicos são afetados pelo estresse. O hipotálamo é o responsável pelo processo das reações fisiológicas (LEDOUX, 2003). No começo do processo do estresse é comum ocorrer taquicardia, sudorese excessiva, tensão muscular, boca seca e sensação de alerta (LIPP, MALAGRIS, 1995). As estratégias de enfrentamento, o modo de interpretar e lidar com as situações são preditores do nível de reação o estresse (LAZARUS, 1976; LIPP, 2000).

O estresse pode ter causas externas e internas, os fatores externos que mais causam estresse são: mudanças significativas ou constantes, responsabilidades em excesso, excesso de atividades, brigas ou separações dos pais, morte na família, exigência ou rejeição por parte dos colegas, disciplina confusa por parte dos pais, nascimento de irmão, troca de professores/escola, pais e professores alterados emocionalmente, dentre outros. Os fatores internos são os do próprio indivíduo, que o levam a reagir e a sentir-se de determinado modo sendo eles: ansiedade, depressão, timidez, desejo de agradar, medo de fracasso, medo de ser ridicularizada/rejeitados por amigos, etc. (LIPP, 2003).

O estresse infantil inclui alterações psicológicas e físicas em situações que precisam das reações das crianças diante de eventos de diferentes ordens como, por exemplo, situações que o irrita, gera medo ou mesmo eventos felizes, em que seja necessário que elas se adaptem (LIPP, ROMANO, 1987).

Durante o desenvolvimento da criança nos aspectos emocionais, afetivos e intelectuais, esta vai precisar passar por situações que geram conflitos, porém ainda não está preparada para enfrentar tais situações. Isto possibilita o surgimento de sintomas de estresse, uma vez que há inúmeras transformações na vida das crianças (FRANCA, LEAL, 2003).

O estresse pode afetar aspectos físicos (asma, dermatites, diabetes, etc) ou psicológicos (agressividade, falta de atenção, tristeza, etc.) (CASTRO, BARROS, 2005). Os sintomas que mais aparecem nas crianças são os psicológicos (LUCARELLI, 2005). O modo como elas irão lidar com essas fontes estressoras é que irá contribuir para um bom enfrentamento dos estímulos estressores na vida adulta (LIPP et al., 2002).

As pessoas com DI possuem o mesmo nível ou mais de estresse quando comparado com pessoas sem a deficiência, porém eles possuem menos recursos para lidar com seu estresse. Se a pessoa percebe a situação como sendo desafiadora, a ponto de não conseguir recursos para enfrentá-la, esta será considerada estressante. Para lidar com uma situação o indivíduo precisa recorrer a suas experiências, aos seus suportes ambientais e a suas crenças. As pessoas com DI, geralmente, possuem experiências anteriores negativas, com poucos suportes ambientais e baixas crenças em suas próprias habilidades. A combinação desses três fatores aumenta o risco de estresse (LAZARUS, FOLKMAN, 1984).

As reações emocionais e físicas causadas pelo estresse influenciam diretamente a relação parental. Pais que apresentam sintomas característicos de estresse utilizam mais de condutas educacionais negativas (punição, negligência, abuso, entre outros), pode acarretar comportamentos nas crianças inadequados ao convívio social (PINHEIRO, 2003; SABBAG, 2003).

O estresse em familiares e cuidadores de crianças com DI é um fator importante que tem sido investigado por estudos científicos. Há relatos de que a convivência com as crianças com DI pode desencadear alterações emocionais e sociais importantes na família, sendo que a sobrecarga vivenciada por eles acarreta altos níveis de estresse (SANTOS, PEREIRA-MARTINS, 2016) e, usualmente, a mãe é a principal atingida (SILVA, 2007; HASTINGS, DALEY, BURNS, 2006; PEREIRA-SILVA, DESSEN, 2006).

#### 2.4 Estresse e Habilidades Sociais.

Há influências significativas entre o estresse infantil e o modo de funcionar e se adaptar ao meio. As crianças que apresentam mais comportamentos adequados e adaptados estão menos vulneráveis a fatores estressores (TRIVELLATO-FERREIRA, MARTURANO,

2008). As pessoas com baixo repertório de HS apresentam maiores riscos de rejeição pelos pares, transtornos psicológicos e problemas escolares (GRESHAM; VAN; COOK, 2006; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2011).

O estresse, a depressão e os prejuízos nas HS são considerados fatores de risco para o surgimento de comportamentos antissociais em crianças (WEBER, 2004; PINHEIRO, 2003; SALVO, 2003; LÖHR, 2001). As crianças com DI podem apresentar limitações cognitivas, emocionais e motoras que atrapalham o desenvolvimento do repertório de HS (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2011).

As habilidades sociais e o estresse em crianças com DI são comumente estudadas de maneira isoladas e/ou sob a perspectiva de pais e educadores. Os estudos abordam os problemas de comportamento de crianças com e sem deficiência intelectual a partir da perspectiva dos professores (BARRETO, et al., 2011; FREITAS, 2008); o estresse dos pais e as HS e problemas de comportamento da criança (STASIAK et al., 2014; GOMIDE, et al., 2005); estresse na família de crianças com DI (LEMES, et al., 2003; SANTOS, PEREIRA-MARTINS, 2016; SILVA, 2007), estresse e práticas parentais (PINHEIRO, 2003; SABBAG, 2003).

A correlação das variáveis, estresse e HS, sob a percepção da própria criança, é um assunto pouco abordado. Investigações sobre este assunto são essenciais, uma vez que irão propiciar discussões sobre novas técnicas e práticas que afetam a família, a escola e a criança, e assim, efetivar, na prática, a inclusão dessas crianças na sociedade.



### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Avaliar as correlações entre estresse e habilidades sociais em crianças com deficiência intelectual.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

Objetivo específico 1: Avaliar a correlação entre o estresse e as habilidades sociais em crianças com deficiência intelectual, de forma geral e para cada sexo.

Objetivo específico 2: Avaliar a percepção dos pais quanto as habilidades sociais de seus filhos, através do questionário de habilidades sociais para pais.

## ARTIGO

### **Correlações entre o estresse e as habilidades sociais em crianças com deficiência intelectual**

Celiany Alves Garcia Lima<sup>1</sup>, Luma Renata Campos dos Santos<sup>1</sup>, Vivian Mara Gonçalves de Oliveira Azevedo<sup>2</sup>, Wallisen Tadashi Hattori<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Brasil.

<sup>2</sup> Faculdade de Educação Física e Fisioterapia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Brasil.

<sup>3</sup> Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Brasil.

#### **Resumo**

**Introdução:** Este estudo avaliou as correlações entre estresse e habilidades sociais de crianças (8 a 13 anos) com deficiência intelectual.

**Métodos:** Estudo transversal com 31 participantes. Foram utilizados os questionários: Critérios de Classificação Econômica Brasil; Escala de Stress Infantil e Sistema de Avaliação de Habilidades Sociais. Calculou-se os coeficientes de correlação de Pearson; adotou-se o nível de significância de 5%.

**Resultados:** Os principais achados foram: (a) 64,5% das crianças apresentaram quadro de estresse; (b) as reações psicológicas com componentes depressivos foi a mais apontada com 64,5% de frequência; (c) 70,0% das crianças apresentaram déficits nas habilidades sociais (d) As reações psicológicas com componentes depressivos apresentou correlações significativas com a escala de habilidades sociais ( $r = 0,26$ ;  $p = -0,400$ ); (e) as crianças e os pais apresentaram correlações significativas entre os fatores da escala de habilidades sociais, apresentando as mesmas percepções sobre o repertório de habilidades das crianças.

**Conclusões:** O baixo repertório de habilidades sociais e a alteração do estresse influencia significativamente o desempenho diário da criança, sendo necessárias discussões intersetoriais entre pais, educadores e profissionais de saúde para construção de políticas públicas em prol da saúde das crianças com deficiência intelectual.

Palavras-chave: deficiência intelectual; estresse psicológico; habilidades sociais; comportamento infantil; reabilitação.

## **Introdução**

O entendimento sobre deficiência intelectual tem apresentando modificações nas últimas décadas. A Associação Americana de Transtornos Intelectuais e do Desenvolvimento (AAIDD) caracteriza a deficiência intelectual como dificuldades importantes no funcionamento cognitivo e no comportamento adaptativo, presentes antes dos 18 anos de idade [1].

Estudos indicam que, geralmente, existe um comprometimento das habilidades sociais na deficiência intelectual [2], uma vez que as limitações cognitivas, o pobre desenvolvimento da linguagem e os problemas de comportamento apresentados por esses indivíduos podem comprometer sua interação com outras pessoas [3]. As habilidades sociais estão relacionadas com o desempenho nas relações interpessoais, é construída a partir da cultura; ambiente e situação [4].

Os prejuízos no repertório de habilidades sociais estão associados a vários problemas como depressão, ansiedade, estresse, isolamento social, agressividade, baixa autoestima, comportamentos opostos e hiperatividade [5].

O estresse, de forma geral, é uma reação do organismo a estímulos entendidos como ameaçadores ou até mesmo estímulos altamente agradáveis. Essa reação busca reequilibrar o indivíduo e depende muito da interpretação da situação que cada pessoa faz [6]. Os sintomas do estresse em crianças podem ocorrer de forma física, psicológica ou em ambas [7]. As pesquisas realizadas com pessoas com deficiência intelectual sugerem que estas, geralmente, possuem experiências anteriores negativas, com pouco apoio ambiental e baixas crenças em suas próprias habilidades. A combinação desses três fatores aumenta o risco de estresse [8,9,10].

A correlação das variáveis estresse e habilidades sociais, sob a percepção da própria criança, busca novas discussões para se pensar em estratégias práticas que afetem além da criança, a família e a escola, para assim efetivar na prática a inclusão dessas crianças na sociedade.

## **Métodos**

### **Participantes**

Trata-se de um estudo transversal, com 31 participantes, na faixa etária dos 8 aos 13 anos de idade ( $M = 11,03$ ;  $DP = \pm 1,54$ ), que frequentam o ensino fundamental, e seus respectivos responsáveis que responderam aos questionários padronizados. Dos participantes incluídos, 24 eram do sexo masculino (frequência = 77,4%).

A amostra incluiu crianças que são atendidas em um centro especializado de reabilitação no sudeste do Brasil. Foi realizada uma triagem inicial, sendo o diagnóstico de deficiência intelectual leve fornecido por uma equipe multiprofissional. Os participantes tinham realizado avaliação cognitiva, e apresentavam quociente intelectual entre 50 e 69 pontos, caracterizando juntamente com as demais avaliações da equipe, um diagnóstico de deficiência intelectual leve.

Não foram incluídas as crianças que apresentavam outras comorbidades do Transtornos do Neurodesenvolvimento, sendo eles: Transtornos de Comunicação; Transtorno do Espectro Autista; Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade; Transtorno Específico da Aprendizagem; Transtornos Motores e Transtornos de Tiques [11].

### **Instrumentos**

Para a coleta de dados foram utilizados os questionários: Escala de Stress Infantil para as crianças (ESI) [12]; Sistema de Avaliação de Habilidades Sociais (Inventário SSRS-BR) para as crianças e responsáveis [13]; e Critérios de Classificação Econômica Brasil (CCEB) [14].

A ESI [12] possui 35 itens, uma escala Likert de 0 a quatro pontos, com quatro fatores, sendo eles: (a) reações físicas; (b) reações psicológicas; (c) reações psicológicas com componentes depressivos; e (d) reações psicofisiológicas. O instrumento também determina a fase do estresse que a criança se encontra, podendo ser fase de alerta (não é considerada grave, é uma fase temporária do estresse); fase de resistência (quando a criança precisa lidar com muitos estímulos estressores, permanece por mais tempo); fase de quase-exaustão (fase muito grave, patológica, grande desequilíbrio, a criança começa a ficar doente); e fase de exaustão (fase mais grave, a criança fica doente). Pode ser aplicada na faixa etária dos 6 aos 14 anos. A escala surgiu após estudos para validação do Inventário de Sintomas do Stress Infantil e foi considerada um novo instrumento.

O SSRS-BR avalia as habilidades sociais, os problemas de comportamento e a competência acadêmica de crianças do ensino fundamental, por meio de três questionários, dirigidos aos pais, aos próprios estudantes e aos professores. Para este estudo, foi aplicado

apenas o formulário para estudantes e pais, uma vez que esta pesquisa não tem o objetivo de avaliar o ambiente escolar. A escala é validada no Brasil para crianças com desenvolvimento típico [13,15,16] e deficiência intelectual [17]. O formulário dos estudantes é composto por 20 itens, uma escala Likert de 0 a dois pontos, avaliados em termos de frequência e distribuídos nos fatores: (a) Empatia/Afetividade (Empatia refere-se à demonstração de interesse e respeito pelos outros; Afetividade refere-se à demonstração de sentimentos positivos); (b) Responsabilidade (refere-se à demonstração de comprometimento com atividades, respeitar regras); (c) Autocontrole/Civilidade (Autocontrole refere-se à demonstração de controle de seus comportamentos durante situações conflituosas; Civilidade refere-se ao acatar de regras ou normas para bom convívio social); e (d) Assertividade (refere-se à demonstração de comportamentos que podem ter possibilidade de reação indesejável do outro).

A escala respondida pelos responsáveis é composta por 38 itens, sendo 23 que avaliam as Habilidades Sociais, e 14 que avaliam problemas de comportamento. É utilizado uma escala Likert, de 0 a dois pontos, avaliados em termos de frequência e importância, sendo este último utilizado apenas para avaliação qualitativa. Os itens são distribuídos nos fatores: (a) Responsabilidade; (b) Autocontrole; (c) Afetividade/Cooperação; (d) Desenvoltura Social; e (e) Civilidade. Tais fatores já foram definidos acima, exceto: desenvoltura social (demonstrar comportamentos adequados nas relações interpessoais); e cooperação (demonstrar comportamentos que ajudem o outro). Os fatores dos itens de problemas de comportamento se dividem em dois, a saber, problemas de comportamento externalizantes (agressão, dificuldade de controle) e problemas de comportamentos internalizantes (tristeza, ansiedade etc.). Para as escalas de habilidades sociais, a interpretação varia do percentil de repertório abaixo da média inferior de habilidades sociais (Percentil = 01-25) a repertório altamente elaborado de habilidades sociais (Percentil = 76-100). Quanto à escala de Problemas de Comportamento, a interpretação varia de repertório muito baixo para problemas de comportamento (Percentil = 01-25) a repertório acima da média superior para problemas de comportamento (Percentil = 76-100).

Para a caracterização econômica da amostra foi utilizado CCEB [14]. Essa escala foi respondida pelos responsáveis da criança. O CCEB é um sistema de classificação feito com base na posse de bens, no qual as classes definidas são A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E. Esse critério é utilizado para estimar a renda média familiar dos participantes do estudo. A soma do número de itens fornece uma pontuação, a qual categoriza a família em relação a sua classe econômica. De acordo com a classe econômica, estima-se a renda média bruta familiar, como segue a descrição: Classe A: varia de 45 a 100 pontos na escala, sendo que a renda média

bruta familiar mensal estimada é de R\$ 23.345,11; Classe B1: varia de 38 a 44 pontos, renda média bruta familiar mensal estimada de R\$ 10.386,52; Classe B2: varia de 29 a 37 pontos, renda média bruta familiar mensal estimada de R\$5.363,19; Classe C1: varia de 23 a 28 pontos, renda média bruta familiar mensal estimada é de R\$2.965,69; Classe C2: varia de 17 a 22 pontos, renda média bruta familiar estimada é de R\$1.691,44 e as Classes D-E: variam de 1 a 16 pontos, renda média bruta familiar mensal estimada é de R\$ 708,19.

### **Procedimentos**

O presente estudo teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Instituição Responsável (Número do parecer: 2.980.899). Os responsáveis pelas crianças assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual garantia a participação dos filhos no presente estudo, além de se assegurar o direito de desligamento a qualquer momento, respeitando-se a tomada de decisão livre e espontânea.

Os participantes foram recrutados no Centro Especializado de Reabilitação em que realizam terapias. A pesquisa aconteceu de maio de 2018 a janeiro de 2019. Os instrumentos foram aplicados para as crianças em um local separado dos seus responsáveis. Diante da especificidade do público, muitos participantes apresentam dificuldades na leitura ou são analfabetos funcionais, os questionários foram lidos pelo pesquisador para cada criança, como forma de padronização da aplicação e do tempo, este pesquisador já teve contato prévio com os participantes em outras situações, como terapias e/ou avaliações, proporcionando um ambiente mais acolhedor. Os pais responderam sozinhos as escalas.

### **Análises Estatísticas**

Foi aplicado o método de estatística descritiva às variáveis de interesse e teste de normalidade Shapiro-Wilk às variáveis métricas. O nível de significância adotado para todos os testes estatísticos foi de 5% [18] e o poder do teste para 80% [19].

Os dados das escalas foram analisados de acordo com a padronização dos autores dos instrumentos. A ESI foi apenas validada para crianças sem deficiência, dessa forma utilizou do Teste *t* de *Student* para comparar a média da escala e a encontrada nesse estudo. O inventário SSRS-BR já foi validado para crianças com deficiência intelectual. Após essa análise os dados foram passados para o programa Statistical Package for the Social Sciences (v. 21.0).

Para a análise dos resultados foi calculado o coeficiente de correlação de Pearson para associar as variáveis de interesse [18].

## **Resultados**

As características dos participantes deste estudo (n = 31) estão apresentadas na Tabela 1.

Ao avaliar os resultados da ESI foi realizado o Teste *t*, que pode ser observado na Tabela 2. De acordo com a ESI, 64,5% das crianças apresentaram quadro de estresse, desses 54,0% eram do sexo masculino. Em relação às fases de estresse 51,6% das crianças encontravam-se na fase de alerta e 12,9% na fase de resistência, e os outros 35,5% não apresentaram nenhuma fase, pois não foram detectados sintomas que caracterizam estresse. As crianças que apresentaram quadro de sintomatologia ao estresse, também apresentaram reações diversas, sendo essas descritas na Tabela 3.

O SSRS-BR apresentou os resultados descritivos que se encontram nas Tabelas 4, 5 e 6. Na Tabela 4 estão os dados da frequência de respostas que as crianças apresentaram em relação à escala de habilidades sociais, e na Tabela 5 e 6, as respostas dos responsáveis referente às habilidades sociais e os problemas de comportamento.

Verificou-se uma correlação significativa e positiva entre a idade e o fator 2 - responsabilidade ( $r = 0,37$ ;  $p = 0,042$ ) da escala de habilidades sociais respondidas pela criança. O CCEB apresentou correlação significativa e positiva com o total dos valores da ESI ( $r = 0,36$ ;  $p = 0,044$ ); e também com fatores da escala de habilidades sociais – questionários para as crianças - sendo eles o percentil do fator 1 – empatia/afetividade ( $r = 0,46$ ;  $p = 0,010$ ); e com o fator 3 – autocontrole/civilidade ( $r = 0,44$ ;  $p = 0,013$ ).

Em relação à correlação do estresse com as Habilidades sociais os resultados estão descritos na Tabela 7. As escalas de Habilidades Sociais respondidas pelas crianças e por seus responsáveis apontaram correlações significativas, descritas na tabela 8.

## **Discussão**

Esse estudo teve como objetivo avaliar a relação entre estresse e as habilidades sociais de crianças com deficiência intelectual. Foi possível observar reações do estresse que se correlacionaram significativamente com os fatores de habilidades sociais. Aliados a esses dois construtos, também foram encontradas correlações com o critério de classificação econômica e com a idade da criança.

A idade apresentou correlação positiva com o Fator 2 (responsabilidade) da escala de habilidades sociais na perspectiva das crianças, o que demonstra que quanto maior a idade da

criança, mais comportamentos que comprovam compromisso com tarefas e regras preestabelecidas, ela apresenta. De acordo com estudos prévios de crianças, porém com crianças sem deficiência intelectual, elas vão adquirindo novas habilidades de acordo com as novas experiências que vivenciam [20,21,22]. Demonstrando assim, que a amostra desse estudo, com diagnóstico de DI, apresenta os mesmos resultados.

O CCEB apresentou correlações positivas com os fatores empatia/afetividade e autocontrole/civilidade da escala de habilidades sociais respondidas pelas crianças, ou seja, quanto maior o estrato econômico das crianças, mais elas demonstram interesse e respeito pelos sentimentos e pontos de vista dos outros; expressam sentimentos positivos; possuem autocontrole das suas atitudes em situações de conflito e que emitem comportamentos que atendem as normas mínimas de convívio social. Entretanto, os resultados apontaram que quanto maior o critério econômico mais fontes estressoras a criança apresenta.

As reações psicológicas com componentes depressivos da ESI apresentou correlação negativa com o resultado total da escala de habilidades sociais, ou seja, quanto melhor o repertório de habilidades sociais menos reações psicológicas com componentes depressivos a criança apresenta. Quando existe um prejuízo nas habilidades sociais na infância e adolescência existe uma pior qualidade de vida e de relacionamentos interpessoais, dificuldades de aprendizagem, problemas de comportamento, depressão. Assim, a competência social é vista como um fator de proteção, pois ajuda o indivíduo a lidar com situações estressantes [4].

O alto nível de estresse resulta em dificuldades interpessoais procedentes principalmente de uma elevada agitação ou de uma apatia, que são características do estresse [23,24]. As dificuldades nas interações sociais são os principais fatores de problemas psicológicos resultantes dos fatores de estresse durante a infância, tendo em vista os conflitos entre pares que ocorrem normalmente em um período de aceitação ou rejeição pelos colegas [24]. Os comportamentos disruptivos, rejeições por parte dos colegas ou até mesmo a falta de amigos para brincar são fatores de risco para a adaptação saudável nos ambientes que a criança está inserida [25].

Apesar de existir tentativas de inclusão escolar, as crianças ainda apontam sentimentos de solidão [26]. A competência social das pessoas com deficiência intelectual indica déficits, como dificuldade em definir seus sentimentos, em estruturação de frases, e na comunicação não-verbal, baixa competência de reformular a própria fala, e déficits nas habilidades assertivas de lidar com críticas, recusar e discordar [27].



As crianças com deficiência intelectual são menos aceitas e mais rejeitadas que as outras crianças que não apresentam deficiência [28]. De maneira geral, os estudos internacionais de avaliação da criança com DI apontam para a existência de dificuldades de habilidades sociais quando se compara crianças com deficiência com os que não apresentam a deficiência [29].

Ressaltamos, que de todas as reações do estresse, as psicológicas foram as que mais apareceram nos resultados. A criança não apresenta tantos recursos para lidar com fontes estressoras, pois adquire maturidade ao longo do seu desenvolvimento, e o estresse atinge mais os aspectos emocionais que os físicos [30].

Os fatores empatia/afetividade (fator 1) e autocontrole/civilidade (fator 3) da SSRS-BR se correlacionaram negativamente com as reações psicológicas com componentes depressivos, ou seja, quanto maior as reações psicológicas com componentes depressivos a criança apresentar menos ela apresenta comportamentos de interesse e respeito pelos sentimentos e pontos de vista dos outros; não expressam sentimentos positivos; possuem pouco autocontrole das suas atitudes em situações de conflito e não emitem comportamentos que atendem as normas mínimas de convívio social.

O fator 1 (empatia/afetividade) da escala de Habilidades Sociais respondida pelas crianças apresentou correlação negativa com o escore geral de problemas de comportamentos e fatores externalizantes da escala respondida pelos pais. Os pais e as crianças apresentaram percepções semelhantes, o que comprova que quanto mais elaborado for o repertório de habilidades sociais da criança menos seus responsáveis percebem problemas de comportamento, sugestivo de recursos interpessoais satisfatórios das crianças.

O fator 2 (Responsabilidade) da escala de Habilidades Sociais respondida pela criança apresentou correlação positiva com a visão dos pais em relação a avaliação geral das Habilidades sociais, sendo que quanto mais a criança expressa comportamentos que demonstram compromisso com tarefas e regras preestabelecidas, maior é a percepção dos pais em relação ao seu repertório de habilidades sociais. As crianças durante o desenvolvimento das suas habilidades sociais adquirem importantes recursos que auxiliam a prevenir o surgimento de comportamentos antissociais. Os pais com bom repertório de habilidades sociais conseguem exercer uma educação positiva e assertiva, proporcionando aos filhos estratégias que diminuem os comportamentos antissociais [31,32,33].

Além disso, os pais também perceberam que os fatores desenvoltura social (fator 4) e civilidade (fator 5) são diretamente proporcionais ao repertório de habilidades sociais, entendendo que crianças com comportamentos que expressam traquejo nas relações

interpessoais e que atendem as normas mínimas de convívio social são fatores importantes para um melhor repertório de Habilidades sociais. Enquanto, este apresentou correlação negativa entre o escore geral de problemas de comportamento e os fatores externalizantes e internalizantes, o que corrobora com a opinião dos pais de que crianças que apresentam repertório muito baixo para problemas de comportamento apresentam melhor desempenho e repertório de habilidades sociais.

Os comportamentos internalizantes e externalizantes atrapalham o desenvolvimento psicossocial da criança. O primeiro por não permitir que a criança interaja de maneira saudável com o meio e evita buscar interação com colegas; enquanto o segundo proporciona situações conflituosas, o que resulta em afastamento dos pares, professores e família [34].

Na análise de dados, as crianças do sexo masculino foram o maior público da pesquisa. Sabe-se que a deficiência intelectual é mais comum no sexo masculino, devido a alguns resultados que atribuem às diversas e numerosas alterações do cromossomo [35].

Além disso, eles apresentaram mais sintomas que caracterizam o estresse, entretanto, estes ainda estão na fase de alerta, não sendo considerada uma fase grave, mas que existem estímulos desafiadores que as crianças precisam enfrentar. Esta avaliação é essencial, uma vez que oferece a oportunidade de uma intervenção precoce [36].

Porém, é importante levar em consideração que 13% já estão na fase de resistência, um número importante, em que crianças estão tentando reestabelecer seu equilíbrio interno, e estão mais sujeitos a sintomas físicos. Quando o estresse é vivenciado de forma intensa ou prolongada na criança pode trazer impactos importantes como a depressão, ansiedade, problemas de comportamento, dificuldade de interação social, problemas de aprendizagem além de doenças físicas [6].

Os resultados também mostraram que 70% das crianças apresentam repertório abaixo da média inferior de habilidades sociais, o que indica necessidade de treinamento de habilidades sociais [13]. Na visão dos pais, eles também perceberam que as crianças têm resultados abaixo do esperado (74,19%), somado a isso, por meio dos itens que avaliam problemas de comportamento eles reconheceram que seus filhos (64,5%) apresentam repertório acima da média para esse item, o que reforça a necessidade do treinamento das habilidades sociais.

Importante destacar a participação dos pais na aquisição das habilidades sociais na infância e na adolescência, pois a postura educacional familiar e escolar junto com as experiências da interação com pares são essenciais para adquirir e melhorar o repertório de habilidades sociais, e o contrário também é verdadeiro, pois quando essas experiências são

ruins podem levar ao prejuízo nessas áreas, refletindo na qualidade de vida [37]. E quando analisamos as crianças com deficiência intelectual, estudos apontam para a existência de dificuldades de habilidades sociais quando se compara crianças com deficiência com os que não apresentam a deficiência [38]. Sendo que isso só fortifica ainda mais a contribuição dos pais na estimulação desse repertório em crianças com DI, pois de acordo com a amostra eles já percebem essa necessidade.

Contribuições importantes são consideradas com os dados desse estudo, e deve ser destacada de forma geral a importância de avaliar a perspectiva da criança tanto quanto as habilidades sociais quanto ao estresse. A empatia/afetividade e autocontrole/civilidade foram dois fatores de Habilidades Sociais que se sobressaíram como sendo protetores a reações psicológicas com componentes depressivos. A empatia/afetividade também teve correlação significativa com problemas de comportamento externalizantes. A empatia é um conceito que relaciona os aspectos cognitivo, afetivo e comportamental [39,40] e pode ser entendida como a habilidade de entender as emoções através do olhar do outro [41]. A dificuldade nas relações empáticas pode acarretar importante dificuldade de autorregulação emocional que permite desencadear comportamentos agressivos [42].

A criança com DI apresenta dificuldades quanto à avaliação de riscos; autocontrole do comportamento, das emoções ou das relações interpessoais; a dificuldade nas habilidades de comunicação pode predispor a comportamentos disruptivos, sendo importante as intervenções precoces e contínuas para melhorar a funcionalidade e adaptação ao meio [14].

Na percepção dos pais, um fator que se destacou como importante em relação as habilidades sociais das crianças foi o fator responsabilidade, sendo este se correlacionado com fatores como desenvoltura social, civilidade e problemas de comportamento. Com este último, apresentou uma correlação significativa, porém negativa, e estudos apontam que uma das características dos sujeitos com comportamento antissocial é a falta do sentido de responsabilidade [43].

### **Limitações e Perspectivas do Estudo**

Diante dos estudos sobre deficiência intelectual, estresse e habilidades sociais, o presente estudo apresenta contribuições importantes ao avaliar a correlação entre estresse e habilidades sociais e em analisar a percepção de crianças com deficiência intelectual, que, por diversos fatores, não está acostumada a falar sobre os próprios sentimentos. Os resultados encontrados apresentam potencial para disparar novas discussões e suscitar a criação de novas políticas públicas em saúde e educação.

É importante ressaltar que o tempo de acompanhamento da criança no serviço pode ter interferido nos resultados. Sendo assim, novos estudos devem ser realizados considerando tempo de diagnóstico, número de sessões e tempo que está inserido no serviço de reabilitação. Importante também avaliar a experiência de captar, através da percepção dos pais e cuidadores, se a criança está sendo capaz de perceber as próprias oscilações/alterações em relação ao estresse.

### **Conclusão**

Diante do objetivo do estudo de avaliar a correlação entre estresse e habilidades sociais de crianças com deficiência intelectual, pode-se perceber que os resultados encontraram correlações significativas para entender o funcionamento das crianças sob a própria perspectiva e não apenas pelo olhar dos pais ou educadores, demonstrando que elas conseguem se autoavaliar em vários aspectos, e que existe uma influência tanto do estresse quanto das habilidades sociais na saúde emocional e na rotina diária da criança.

Profissionais da área da saúde devem estar cientes da importância de desenvolver atividades que envolvam crianças, pais e educadores, de forma intersetorial, buscando treinar todos os atores, mostrando a importância de se levar em conta emocionais e sociais para que promover nas crianças estratégias para que consigam lidar com seu meio de uma forma realmente inclusiva.

### **Declaração de Divulgação**

Não existe nenhum potencial conflito de interesse.

### **Financiamento**

Esse trabalho foi realizado por financiamento próprio

## REFERÊNCIAS

- [1] American Association on Intellectual and Developmental Disabilities - AAIDD. Definition of intellectual disability. Washington, (DC): AAIDD; 2018.
- [2] Gresham FM, Macmillan D. Social competence and affective characteristics of students with mild disabilities. *Review of Educational Research*, 1997;67:377-415. <https://doi.org/10.3102/00346543067004377>
- [3] Heward W L. *Exceptional children: An introduction to special education*. 7ª ed. New Jersey: Merrill Prentice Hall; 2003.
- [4] Del prette ZAP, Del prette A. *Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes. Manual de aplicação, apuração e interpretação*. Casa do Psicólogo; 2015.
- [5] Del Prette ZAP, Del Prette A. *Psicologia das Habilidades Sociais na Infância: Teoria e Prática*. Petrópolis: Editora Vozes; 2005a.
- [6] Lipp MEN. *Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas*. 3ª Edição. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2010.
- [7] Lipp MEN, Souza EAPS, Romano, ASF, et al. *Como enfrentar o stress infantil*. São Paulo: Ícone; 1991.
- [8] Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer; 1984b.
- [7] Silva NLP, Dessen MA. Deficiência Mental e Família: Implicações para o Desenvolvimento da Criança *Psic Teor e Pesq*. 2001;17;2:133-141. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722001000200005>
- [8] Pimenta RA, Rodrigues, LA, Greguol, M. Avaliação da qualidade de vida e sobrecarga de cuidadores de pessoas com deficiência Intelectual. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. 2010;14;3:69-76. <https://doi.org/10.4034/RBCS.2010.14.03.10>
- [9] Dew A, Balandin S, Llewellyn, G. The Psychosocial Impact on Siblings of People with Lifelong Physical Disability: A Review of the Literature. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*. 2008;20;5:485–507. <https://doi.org/10.1007/s10882-008-9109-5>
- [10] Batista MW, Enumo SRF. Inclusão escolar e deficiência mental: análise da interação social entre companheiros. *Estudos de Psicologia*. 2004;9;1:101-111. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2004000100012>
- [11] American Psychiatric Association (APA). Retardo mental. In: American Psychiatric Association. *DSM V TR: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002;71-80.
- [12] Lipp MEN, Lucarelli MDM. *Escala de Stress Infantil: manual*. 2ª ed.rev. de 2008. São Paulo: Pearson Clinical Brasil; 2017.
- [13] Del Prette ZAP, Freitas LC, Bandeira M, et al. *Inventário de habilidades sociais, problemas de comportamento e competência acadêmica para crianças. SSRS: manual de aplicação, apuração e interpretação*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2016.
- [14] Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa- ABEP. *Crêterios de Classificação Econômica Brasil*. São Paulo: IBOPE; 2014.
- [15] Bandeira M, Del Prette ZAP, Del Prette A, et al. Validação das Escalas de Habilidades Sociais, Comportamentos Problemáticos e Competência Acadêmica (SSRS-BR) para o Ensino Fundamental. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2009;25;2:271-282. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722009000200016>
- [16] Freitas LC, Dell Prette ZAP. Validade de critério do Sistema de Avaliação de Habilidades Sociais (SSRS-BR). *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2010a;23;3:430-439. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722010000300003>
- [17] Freitas LC, Del Prette ZAP. Validade de construto do Sistema de Avaliação de Habilidades Sociais para crianças brasileiras com deficiência intelectual. *Interamerican Journal of Psychology*. 2010b;44;2:312-320.
- [18] Field A. *Descobrimdo a estatística usando o SPSS*. 2ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2009.

- [19] Cohen J. - Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2ª ed. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum; 1988.
- [20] Garcia FA. Investigando diferentes indicadores de empatia em meninos e sua relação com a empatia e ações educativas dos pais. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto; 2001.
- [21] Kliewer W. Coping in middle childhood: Relations to competence, type A behavior, monitoring, blunting and locus of control. *Developmental Psychology*. 1991;27: 689-697. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.27.4.689>
- [22] Lordelo ER. Interação social e responsividade em ambientes doméstico e de creche: cultura e desenvolvimento. *Estudos de Psicologia*. 2002;7;2:343-350. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2002000200015>
- [23] Carvalho EC. Stress infantil e escolaridade: um estudo em escolas públicas e particulares de Juiz de Fora. [trabalho de conclusão de curso]. Juiz de Fora (MG): Universidade Federal de Juiz de Fora; 2000.
- [24] Horta LR. Stress infantil: um estudo exploratório com pré-escolares. [dissertação] Uberlândia (MG): Universidade Federal de Uberlândia; 2007.
- [25] Toledo TC. Estresse infantil, escolaridade e contexto familiar: um estudo com alunos do ensino fundamental. [dissertação]. Juiz de Fora (MG): Universidade Federal de Juiz de Fora; 2013.
- [26] Woodgate RL, Gonzalez M, Demczuk, L, et al. How do peers promote social inclusion of children with disabilities? A mixed-methods systematic review. *Disability and Rehabilitation*. 2019;1–27. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1561955>
- [27] Aguiar AAR. Análise das habilidades comunicativas de adultos portadores de retardo mental. [dissertação] São Carlos (SP): Universidade Federal de São Carlos; 2003.
- [28] Gresham FM, Macmillan D. Social competence and affective characteristics of students with mild disabilities. *Review of Educational Research*. 1997;67:377-415. <https://doi.org/10.3102/00346543067004377>
- [29] Freitas LC. Sistema de Avaliação de Habilidades Sociais (SSRS-BR) para crianças com deficiência mental: validação e padrões normativos. [dissertação] São Carlos (SP): Universidade Federal de São Carlos; 2008.
- [30] Tricoli VAC, Bignotto, M.M. Aprendendo a se estressar na infância. In: Lipp MN, Org. O stress está dentro de você. São Paulo: Editora Contexto; 1998. p. 114 a 126.
- [31] Weber L. Efeito do comportamento moral dos pais sobre o comportamento moral dos filhos adolescentes. [dissertação]. Curitiba (PR): Universidade Federal do Paraná; 2004.
- [32] Pinheiro DPN. Estilo parental: uma análise qualitativa [dissertação]. Curitiba (PR): Universidade Federal do Paraná; 2003.
- [33] Salvo CG. Validação externa do inventário de estilos parentais: um estudo de caso com duas famílias pró-sociais [Monografia]. Curitiba (PR): Universidade Federal do Paraná; 2003.
- [34] Bolsoni SAT, Marturano EM., Pereira VA, et al. Habilidades sociais e problemas de comportamento de pré-escolares: Comparando avaliações de mães e de professoras. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2006;19;3:460-469. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722006000300015>
- [35] Patterson MC, Zoghbi HY. Mental retardation. X marks the spot. *Neurology*. 2003;61:156-7. <https://doi.org/10.1212/WNL.61.2.156>
- [36] Lipp MEN. Crianças estressadas causas sintomas e soluções. Campinas: Papirus; 2000.
- [37] Barreto SO, Freitas LC, Del Prette ZAP. Habilidades sociais na comorbidade entre dificuldades de aprendizagem e problemas de comportamento: uma avaliação multimodal. *Psico*. 2011;42;4, 503-510.
- [38] Freitas LC. Sistema de Avaliação de Habilidades Sociais para crianças com deficiência mental: Validação e padrões normativos. [mestrado]. São Carlos (SP): Programa de Pós-Graduação em Educação Especial, Universidade Federal de São Carlos; 2008.

- [39] Del Prette A, Del Prette ZAP. *Psicologia das Relações Interpessoais: vivências para o trabalho em grupo*. Petrópolis: Vozes; 2001.
- [40] Falcone EM. A função da empatia na terapia cognitivocomportamental. In: Marinho ML, Caballo VE (Orgs.). *Psicologia Clínica e da Saúde*. Londrina: Ed. UEL; Granada: APICSA; 2001; 137-154.
- [41] Garcia-Serpa FAG, Meyer SB, Del Prette ZAP. Origem social do relato de sentimentos: evidência empírica indireta. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*. 2003;5, 21-30. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v5i1.88>
- [42] Covell CN, Scarola MJ. Empathic deficits in sexual offenders: an integration of affective, social and cognitive constructs. *Aggression and Violent Behavior*. 2002;7,251-270. [https://doi.org/10.1016/S1359-1789\(01\)00046-5](https://doi.org/10.1016/S1359-1789(01)00046-5)
- [43] Moreno Oliver FX. *Análisis psicopedagógico de los alumnos de educación secundaria con problemas de comportamiento en el contexto escolar*. [doctoral dissertation]. Universitat Autònoma de Barcelona, España; 2001.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, A. A. R. **Análise das habilidades comunicativas de adultos portadores de retardo mental**. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de São Carlos, São Paulo, 2003.

AMERICAN ASSOCIATION ON INTELLECTUAL AND DEVELOPMENTAL DISABILITIES - AAIDD. **Definition of intellectual disability**. Washington, (DC): AAIDD, 2010.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE RETARDO MENTAL- AAMR. **Retardo mental – definição, classificação e sistemas de apoio**. 10ª ed. (trad. Magda França Lopes). Artmed: Porto Alegre, 2006.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais- DSM**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BARRETO, S. O.; FREITAS, L. C.; DEL PRETTE, Z. A. Habilidades sociais na comorbidade entre dificuldades de aprendizagem e problemas de comportamento: uma avaliação multimodal. **Psico**, Porto Alegre, PUCRS, v. 42, n. 4, p. 503-510, 2011.

BATISTA, M. W.; EMUNO, S. R. F. Inclusão escolar e deficiência mental: Análise da interação social entre companheiros. **Estudos de Psicologia**, v. 9, n.1, p. 101-111, 2004. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2004000100012>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 793 de 24 de abril de 2012 e Portaria GM/MS 835 de 25 de abril de 2012. Rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do SUS. Instrutivo de Reabilitação auditiva, física, intelectual e visual. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2014.

CARVALHO, E. N. S.; MACIEL, D. M. M. A. Nova concepção de deficiência mental segundo a American Association on Mental Retardation - AAMR: sistema 2002. **Temas Psicologia**, SBP, v.11, p.147-156, 2003.



CASTRO, M. A.; BARROS, J. C. Tratamento do stress em crianças. In: II CONGRESSO BRASILEIRO DE STRESS: TEORIA E PESQUISA E V CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE QUALIDADE DE VIDA. São Paulo, SP, p. 123-124, 2005.

COLE, M.; COLE, S. R. **O desenvolvimento da criança e do adolescente**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID 10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Coord. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

DEL PRETTE, A., DEL PRETTE, Z. A. P. **Psicologia das relações interpessoais: vivências para o trabalho em grupo (4ª ed.)**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

DEL PRETTE, Z.A.P.; DEL PRETTE, A. **Psicologia das Habilidades Sociais na Infância – Teoria e Prática**. Petrópolis: Editora Vozes, 2005a.

DEL PRETTE, Z.A.P.; DEL PRETTE, A. **Psicologia das Habilidades Sociais na Infância: Teoria e Prática**. Petrópolis: Editora Vozes, 2011.

DEL PRETTE, Z.A.P.; BARRETO, S.D.O.; FREITAS, L.C. Habilidades sociais na comorbidade entre dificuldades de aprendizagem e problemas de comportamento: uma avaliação multimodal. **Revista Psico**, Rio Grande do Sul, v.42, n.4, p.503-510, 2011.

DEL PRETTE Z. A. P.; DEL PRETTE, A. **Habilidades Sociais: intervenções efetivas em grupo**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2015.

DEL PRETTE Z. A. P.; DEL PRETTE, A. **Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes. Manual de aplicação, apuração e interpretação**. Casa do Psicólogo; 2015.

FRANCA, C. A; LEAL, E. Q. A influência do stress excessivo no desenvolvimento da criança. In Lipp. M. E. (org). **Mecanismos neuropsicológicos do Stress: teoria e aplicações clínicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

FREITAS, L. C. **Sistema de Avaliação de Habilidades Sociais (SSRS-BR) para crianças com deficiência mental: validação e padrões normativos**. Dissertação (Mestrado em

Educação Especial) – Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2008.

HEWARD, W. L. **Exceptional children: An introduction to special education**. 7ª ed. New Jersey: Merrill Prentice Hall, 2003.

GRESHAM, F. M.; MACMILLAN, D. Social competence and affective characteristics of students with mild disabilities. **Review of Educational Research**, v. 67, p. 377-415, 1997. <https://doi.org/10.3102/00346543067004377>

GRESHAM, F.M.; VAN, M.B.; COOK, C.R. Social skills training for teaching replacement behaviors: Remediating acquisition deficits in at-risk students. **Behavioral Disorders**, v.3, p.363-377, 2006. <https://doi.org/10.1177/019874290603100402>

GOMIDE, P. I. C.; SALVO, C. G.; PINHEIRO, D. P. N.; SABBAG, G. M. Correlação entre práticas educativas, depressão, estresse e habilidades sociais. **Psico USF**, v.10, n.2, p.169-178, 2005. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712005000200008>

HASTINGS, R. P.; DALEY, D., BURNS, C. Maternal distress and expressed emotion: cross-sectional and longitudinal relationships with behavior problems of children with intellectual disabilities. **American Journal on Mental Retardation**, v.11, p.48-61, 2006. [https://doi.org/10.1352/0895-8017\(2006\)111\[48:MDAEEC\]2.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/0895-8017(2006)111[48:MDAEEC]2.0.CO;2)

LAZARUS, R. S. **Pattens for Adjustment**. New York: McGraw Hill, 1976.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal and coping**. New York: Springer, 1984.

LEDOUX, J. **The emotional brain, fear and the amygdala**. Cellular and Molecular Neurobiology. v.23, p.727-38, 2003. <https://doi.org/10.1023/A:1025048802629>

LIPP, M. E. N.; ROMANO, A. S. F. O Stress Infantil. **Estudos de Psicologia**, v.4, n.2. p.42-52, 1987.

LIPP, M. E. N.; SOUZA, E. A. P. S.; ROMANO, A. S. F.; COVOLAN, M. A. **Como enfrentar o stress infantil**. São Paulo: Ícone, 1991.

LIPP, M. N.; ROCHA, C. **Stress, Hipertensão Arterial e Qualidade de Vida: Um guia de tratamento para o hipertenso**. Campinas, SP: Papyrus, 1994.

LIPP, M. E. N.; MALAGARIS, L. N. O manejo do estresse. In: Bernard Rangé (Org.). **Psicoterapia Comportamental e Cognitiva: de Transtornos Psiquiátricos**. Campinas, Editorial Psy II, 1995.

LIPP, M. N. **Escala de Stress**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

LIPP, M. E. N.; ARANTES, J. P.; BURITI, M. S., & WITZIG, T. O estresse em escolares. **Psicologia Escolar e Educacional**, v.6, n.1, p. 51-56, 2002. <https://doi.org/10.1590/S1413-85572002000100006>

LIPP, M.; ARANTES, J. P.; BURITI, M. S.; WITZIG, T. O estresse em escolares. **Psicol. Esc. Educ. SP**, v.4, n.1, p. 51-56, 2003.

LÖHR, S. S. **Desenvolvimento de habilidades sociais como forma de prevenção**. Em H. J. Guilhardi (Org.). Sobre comportamento e cognição. v.8. Santo André: Esetec. 2001.

LUCARELLI, M. D. M. Avaliação do Stress Infantil. RESUMOS DO II CONGRESSO BRASILEIRO DE STRESS: TEORIA E PESQUISA E V CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE QUALIDADE DE VIDA. São Paulo, SP. p. 152-153, 2005.

LUCKASSON, R. et al. **Retardo Mental: Definição, Classificação e Sistemas de Apoio**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

MINETTO, M. F. J. **Práticas educativas parentais, crenças parentais, estresse parental e funcionamento familiar de pais de crianças com desenvolvimento típico e atípico**. Tese (Doutorado). Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, 2010.

NOVAK, G., PELÁEZ, M. **Child and adolescent development: a behavioral systems approach**. London: Sage Publication, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Relatório Mundial sobre a deficiência. São Paulo, 2011.

PINHEIRO, D. P. N. **Estilo parental: uma análise qualitativa**. Dissertação (Mestrado). Curitiba: Universidade Federal do Paraná. 2003.

PEREIRA-SILVA, N. L.; DESSEN, M. A. Padrões de interação genitores-crianças com e sem síndrome de Down. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.19, p.283-291, 2006. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722006000200015>

SABBAG, G. M. **Validação externa do inventário de estilos parentais: um estudo de caso com duas famílias de risco** (Monografia de Conclusão de Curso de Psicologia). Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2003.

SALVO, C. G. **Validação externa do inventário de estilos parentais: um estudo de caso com duas famílias pró-sociais**. (Monografia de Conclusão de Curso de Psicologia). Paraná: Universidade Federal do Paraná. 2003.

SANTOS, M. A.; PEREIRA-MARTINS, M. L. L. Estratégias de enfrentamento adotadas por pais de crianças com deficiência intelectual. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.21, n.10, p.3233-3244, 2016. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152110.14462016>

SELYE, H. **Stress atenção da vida**. (Trad. Frederico Branco), São Paulo: Ibrasa, 1965.

SILVA, N. C. B. **Contexto familiar de crianças com síndrome de Down: interação e envolvimento paterno e materno**. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de São Carlos, São Carlos-SP, 2007.

SCHWARTZMAN, J. S.; LEDERMAN, V. R. G. Deficiência Intelectual: causas e importância do diagnóstico e intervenção precoces. **Inc.Soc.**, Brasília, DF, v.10 n.2, p.17-27, 2017.

SORESİ, S.; NOTA, L.A social skill training for persons with Downs's syndrome. **European Psychologist**, v.5. n.1, p. 34-43, 2000. <https://doi.org/10.1027//1016-9040.5.1.34>

STASIAK, G.R., WEBER, L.N.D., TUCUNDUVA, C. Qualidade na Interação Familiar e Estresse Parental e suas Relações com o Autoconceito, Habilidades Sociais e Problemas de

Comportamento dos Filhos. **Psico**, Porto Alegre, PUCRS, v. 45, n. 4, p. 494-501, 2014.  
<https://doi.org/10.15448/1980-8623.2014.4.15846>

TRICOLI V. A. C., LIPP, M. **Escala de stress para adolescentes**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2014.

TRIVELLATO-FERREIRA, M. C.; MARTURANO, E. M. M. Recursos da criança, da família e da escola predizem competência na transição da 1ª série. **Revista Interamericana de Psicologia**, v.42, n.3, p. 407-410, 2008.

WEBER, L. **Efeito do comportamento moral dos pais sobre o comportamento moral dos filhos adolescentes**. Dissertação (Mestrado). Paraná: Universidade Federal do Paraná – Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Infância e da Adolescência. 2004.

## ANEXO

## TABELAS

Tabela 1. Características descritivas das crianças com deficiência intelectual

<b>Características Descritivas</b>	<b>Frequência (N=31)</b>	<b>Percentual (N=31) %</b>
Sexo		
Feminino	7	22,6
Masculino	24	77,4
Classe Econômica		
Classe A	-	-
Classe B1	1	3,2
Classe B2	6	19,3
Classe C1	14	45,2
Classe C2	6	19,4
Classe D	4	12,9
Classe E	-	-

Tabela 2. Teste t – ESI

	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>t</b>	<b>df</b>	<b>Sig. (2-tailed)</b>
Reações Físicas	31	9,06	,237	30	,814
Reações Psicológicas	31	15,68	1,361	30	,184
Reações Psicológicas com Componentes Depressivos	31	13,39	5,381	30	,000
Reações Psicofisiológicas	31	14,39	5,557	30	,000
Total ESI	31	41,52	,670	30	,508

Tabela 3. Reações das crianças que apresentaram critérios ao estresse

	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>
Reações Físicas	11	35,5
Reações Psicológicas	16	51,6
Reações Psicológicas com Componentes Depressivos	20	64,5
Reações Psicofisiológicas	18	58,1

Tabela 4. Frequência das respostas aos fatores Habilidades Sociais – Escala Criança

	1*	2*	3*	4*	5*
Habilidades Sociais – Resultado geral					
Homens	17	2	1	1	1
Mulheres	4	-	3	-	-
Fator 1- Empatia/Afetividade					
Homens	18	1	3	-	3
Mulheres	5	-	2	-	-
Fator 2 –Responsabilidade					
Homens	11	4	6	-	3
Mulheres	2	1	2	2	-
Fator 3 – AutoControle/Civilidade					
Homens	16	3	1	2	-
Mulheres	3	2	1	1	-
Fator 4 – Assertividade					
Homens	18	-	4	-	2
Mulheres	2	-	5	-	-

\*(1)Repertório abaixo da média inferior de Habilidades Sociais; (2)Repertório Médio Inferior de Habilidades Sociais; (3)Bom repertório de Habilidades Sociais (4)Repertório elaborado de Habilidades Sociais; (5)Repertório Totalmente elaborado de Habilidades Sociais.

Tabela 5. Frequência das respostas aos fatores Habilidades Sociais – Escala responsáveis

	1*	2*	3*	4*	5*
Habilidades Sociais – Resultado geral					
Homens	19	3	1	2	-
Mulheres	3	2	1	1	-
Fator 1- Responsabilidade					
Homens	14	2	5	-	3
Mulheres	4	-	2	-	1
Fator 2 –Auto Controle					
Homens	14	2	3	3	2
Mulheres	4	-	1	-	2
Fator 3 – Afetividade/Cooperação					
Homens	17	2	4	-	1
Mulheres	4	1	-	2	-
Fator 4 – Desenvoltura Social					
Homens	19	-	3	1	1
Mulheres	3	2	1	-	1
Fator 5 – Civilidade					
Homens	14	-	3	6	1
Mulheres	3	-	2	1	1

\*(1)Repertório abaixo da média inferior de Habilidades Sociais; (2)Repertório Médio Inferior de Habilidades Sociais; (3)Bom repertório de Habilidades Sociais (4)Repertório elaborado de Habilidades Sociais; (5)Repertório Totalmente elaborado de Habilidades Sociais.

Tabela 6. Frequência das respostas aos fatores Problemas de Comportamento – Escala responsáveis

	1*	2*	3*	4*	5*
Problemas de Comportamento – Resultado geral					
Homens	1	-	4	3	16
Mulheres	1	-	1	1	4
Fator 1 – Externalizantes					
Homens	3	2	5	-	14
Mulheres	2	-	1	-	4
Fator 2 – Internalizantes					
Homens	-	3	3	1	17
Mulheres	-	-	-	3	4

\*(1)Repertório muito baixo para problemas de comportamento; (2)Repertório Baixo para problemas de comportamento; (3)Repertório Mediano para problemas de comportamento (4)Repertório médio superior para problemas de comportamento; (5)Repertório Acima da Média para problemas de comportamento

Tabela 7. Correlação entre ESI e SSRI

	Resultados	Reações psicológicas com Componentes depressivos
Total Escala de Habilidades Sociais – Crianças	<i>r</i>	-,400
	<i>p</i>	,026
Fator 1 – Empatia/Afetividade – Crianças	<i>r</i>	-,387
	<i>p</i>	,031
Fator 3 – Auto Controle/Civilidade – Crianças	<i>r</i>	-,381
	<i>p</i>	,035



Tabela 8. Correlação SSRI – Pais e Crianças

SSRI – Crianças	Resultados	Escore Geral Habilidades Sociais	Fator 1 (Empatia/Afetividade)	Fator 2 (Responsabilidade)	Fator 3 (AutoControle/Civilidade)
<b>SSRI - Pais</b>					
Fator 1 (Responsabilidade)	<i>r</i> <i>p</i>	,496 ,005		,383 ,033	
Fator 2 (AutoControle/Civilidade)	<i>r</i> <i>p</i>	,735 ,000			
Fator 3 (Afetividade/Cooperação)	<i>r</i> <i>p</i>	,845 ,000			
Fator 4 (Desenvoltura Social)	<i>r</i> <i>p</i>	,647 ,000		,396 ,027	
Fator 5 (Civilidade)	<i>r</i> <i>p</i>	,694 ,000		,428 ,016	,379 ,035
Escore Geral (Habilidades Sociais)	<i>r</i> <i>p</i>			,391 ,030	
Escore Geral (Problemas de Comportamento)	<i>r</i> <i>p</i>	-,716 ,000		-,406 ,023	
Fator 1 (Comportamentos Externalizantes)	<i>r</i> <i>p</i>	-,643 ,000	-,391 ,029		
Fator 2 (Comportamentos Internalizantes)	<i>r</i> <i>p</i>	-,434 ,015			