



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - MESTRADO

MARIANA DE ALMEIDA ANDRADE

RELAÇÃO ENTRE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL E HABILIDADES SOCIAIS  
EM ADULTOS

Maceió  
2018

MARIANA DE ALMEIDA ANDRADE

RELAÇÃO ENTRE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL E HABILIDADES SOCIAIS  
EM ADULTOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Psicologia- Mestrado da Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Lucas Cordeiro Freitas

Área de concentração: Processos Cognitivos e Medidas Psicológicas

Maceió  
2018

**Catálogo na fonte**  
**Universidade Federal de Alagoas**  
**Biblioteca Central**

Bibliotecária Responsável: Janis Christine Angelina Cavalcante – CRB: 1664

A553r     Andrade, Mariana de Almeida.  
            Relação entre acidente vascular cerebral e habilidades sociais em adultos  
            / Mariana de Almeida Andrade. – Maceió, 2018.  
            87 f.

Orientador: Lucas Cordeiro Freitas.  
            Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Alagoas.  
            Instituto de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Maceió,  
            2018.

Bibliografia: f.74-76.  
            Apêndice: f. 77.  
            Anexos: f. 78-87.

1.           Habilidades sociais – Adultos. 2. Acidente vascular cerebral.  
3. Competência social. 4. Processos cognitivos. 5. Medidas psicológicas I. Título

CDU: 159.922.2

## FOLHA DE APROVAÇÃO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA - IP  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - PPGP

### TERMO DE APROVAÇÃO

**MARIANA DE ALMEIDA ANDRADE**

Título do Trabalho: **"Relação entre Acidente Vascular Cerebral e Habilidades Sociais em adultos"**.

Dissertação aprovada como requisito para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Alagoas, pela seguinte banca examinadora:

Orientador:

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Lucas Cordeiro Freitas (PPGP/UFAL)

Examinadores:

  
\_\_\_\_\_  
Prof.ª  
Dr.ª Sheyla Christine Santos Fernandes (PPGP/UFAL)

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Lucas Guimarães Cardoso de Sá (UFMA)

Maceió-AL, 21 de maio de 2018.

*À voinha Zilda (em memória), que mesmo com tão pouca formação técnica, foi inspiração na busca de conhecimento.*

## AGRADECIMENTOS

Minha imensa gratidão ao professor **Doutor Lucas Cordeiro Freitas**, pela confiança, suporte, orientação e puxões de orelha nesses últimos dois anos, sem os quais eu não teria amadurecido como estudante e profissional.

À minha mãe **Mariane Almeida** e minha vó **Zilda Almeida** (em memória), pelo apoio e por me proporcionarem educação e os princípios que me tornaram a cidadã e profissional que sou.

Ao meu irmão **Eduardo Borba**, que me cuidou como um pai a uma filha, em especial nos anos iniciais de minha graduação. O que nos une vai muito além dos laços de sangue, é o amor.

Ao meu tio **Max Almeida**, que muito tempo atrás me lembrou que eu tinha potencial para chegar até aqui e ir além.

À **Claudionor Andrade**, meu companheiro de vida, meu amigo leal, aquele que compra meus sonhos e minhas loucuras.

À minha filha de quatro patas Nina, pelas mordidinhas de amor que recebi durante madrugadas sonolentas de estudo.

À família De Paula (**Jailton, Marina, Mainah e Talita**), que me acolheram quando precisei e não cessam em me fazer bem.

Aos professores **Doutor Lucas Guimarães Cardoso de Sá** e **Doutora Sheyla Fernandes**, por aceitar participar da banca de defesa, compartilhando suas ideias, sugestões e pontos de vista.

Aos professores **Doutor Paulo Angélico** e **Doutora Sheyla Fernandes**, pelas valiosas contribuições dadas no seminário avançado.

Ao professor **Luís Costa**, que se disponibilizou a coorientar meu estágio docência, quando meu orientador precisou se ausentar.

Aos professores que contribuíram de forma ímpar para minha formação acadêmica, professor **Doutor Henrique Simões** e professor **Doutor Francis Justi**.

À turma 2009.1, em especial **Amanda Cota** e **Leilane Ferreira**, pela amizade que está para além dos muros da UFAL.

À **Anielly Oliveira**, amiga, cúmplice, ombro amigo com quem eu sei que posso contar nos momentos de alegria e no partilhar de angústias.

Aos amigos que o mestrado me presenteou, em especial **Carolina Correia, Camila Carnaúba, Jessyca Brennand e Jorge Jr.**

À **Mirella Nobre**, pela generosidade em se dispor a ajudar, mesmo com uma agenda tão atribulada.

Ao amigo **Emanuel Cordeiro**, pela disponibilidade de me ajudar sempre que precisei.

Às instituições nas quais as coletas dos dados desse estudo foram realizadas.

À amiga **Jousy Pimentel**, que me abriu as portas da ADEFAL e me mostrou exemplo de profissionalismo e empatia.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (**CAPES**), por conceder os recursos que possibilitaram meus estudos.

A todos os leitores.

## RESUMO

Estudos têm apontado um crescente número de indivíduos acometidos por lesões encefálicas, existindo nesses quadros várias origens, sendo uma delas a interrupção do sistema vascular. Dentre as lesões encefálicas adquiridas o Acidente Vascular Cerebral (AVC) é considerado um problema de saúde pública que merece bastante atenção, por apresentar como consequência, entre outros fatores, o comprometimento de habilidades sociais. O presente estudo teve como objetivo investigar a relação entre AVC e déficits nas habilidades sociais em adultos, na medida em que possibilitariam a construção de estratégias de treinamento para promoção de uma melhor convivência entre indivíduos lesionados e familiares, auxiliando na atenuação dos déficits associados a tais lesões e na busca de maior independência e qualidade de vida. Foram entrevistados 100 indivíduos, com idades entre 18 e 59 anos, dos quais 50 estavam em tratamento nas instituições especializadas em reabilitação Associação Pestalozzi de Maceió (7) e Associação dos deficientes físicos de Alagoas (ADEFAL) (43) que compuseram o grupo 1 (com histórico de AVC) e 50 indivíduos eram estudantes da Educação de Jovens e Adultos (EJA), período noturno da Escola Estadual Deputado Nenoí Pinto, que compuseram o grupo 2 (sem histórico de AVC). Os instrumentos utilizados foram uma anamnese, o *Mini Exame do Estado Mental* (MEEM) e o *Inventário de Habilidades Sociais* (IHS-Del-Prette). Os resultados mostraram que uma porcentagem elevada dos indivíduos com histórico de AVC se posicionaram na classificação Bom repertório de Habilidades Sociais (Abaixo da média), com um maior comprometimento na habilidade relacionada à abordagem de pessoas desconhecidas. A comparação dos repertórios de habilidades sociais entre os grupos, sugerem que os participantes com AVC demonstraram possuir repertórios de habilidades sociais mais elaborados que os participantes sem AVC. Os resultados não indicaram, de forma geral, indícios de repertórios deficitários de habilidades sociais como um todo. Os resultados indicam também, que o estado cognitivo dos participantes não se relacionou com o repertório de habilidades sociais desses. Esses resultados salientam a importância de estudos que tenham por objetivo a elaboração de instrumentos específicos de habilidades sociais de indivíduos que sofreram AVC.

**Palavras-chave:** Habilidades sociais. Acidente Vascular Cerebral. Competência Social.



## ABSTRACT

Studies have pointed out an increasing number of individuals affected by brain lesions, having in these frames several origins, one of them being the interruption of the vascular system. Among acquired brain lesions Cerebral Vascular Accident (CVA) is considered a public health problem that deserves a lot of attention, as it presents, among other factors, the compromise of social skills. The present study aimed to investigate the relationship between stroke and social skills deficits in adults, as it would allow the construction of training strategies to promote a better coexistence between injured and family members, helping to alleviate the deficits associated with such lesions and in the quest for greater independence and quality of life. A total of 100 individuals, aged between 18 and 59 years, of whom 50 were being treated at the *Associação Pestalozzi de Maceió* (7) and the *Associação dos deficientes físicos de Alagoas* (ADEFAL) (43) were included in group 1 (with a history of stroke) and 50 individuals were students of the Youth and Adult Education (EJA), nocturnal period of the *Escola Estadual Deputado Nenoí Pinto*, who composed group 2 (no history of stroke). The instruments used were an anamnesis, the *Mini Exame do Estado Mental* (MEEM) and the *Inventário de Habilidades Sociais* (IHS-Del-Prete). The results showed a high percentage of individuals with a history of stroke who were classified as Good Repertoire of Social Skills (Below average), with a greater impairment in the ability to approach unknown people. The comparison of the social skills repertoires between the groups suggests that the participants with stroke showed to have more elaborate repertoires of social skills than the participants without stroke. The results did not indicate, in general, indications of deficit repertoires of social skills as a whole. The results also indicate that the participants' cognitive status was not related to their social skills repertoire. These results highlight the importance of studies aimed at the elaboration of specific social skills instruments of individuals suffering from stroke

**Key Word:** Social skills. Stroke. Social Competence.

**LISTA DE FIGURAS**

<b>Figura 1-</b> Número de artigos selecionados nas buscas realizadas nos bancos de dados .....	29
---	----

**LISTA DE QUADROS**

<b>Quadro 1-</b> Portfólio de Habilidades Sociais .....	24
---	----

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1-</b> Características sociodemográficas e clínicas dos participantes .....	52
<b>Tabela 2-</b> Análise de equivalência entre grupos para as variáveis idade e escolaridade .....	53
<b>Tabela 3-</b> Análise de equivalência entre grupos para a variável sexo .....	53
<b>Tabela 4-</b> Médias e desvios- Pedrão dos escores por itens do MEEM.....	54
<b>Tabela 5-</b> Médias e desvios- padrão dos escores dos itens do IHS-Del Prette e porcentagens das alternativas de respostas .....	54
<b>Tabela 6-</b> Classificação do repertório de habilidades sociais dos participantes de ambos os sexos, referente ao escore global do IHS-Del Prette .....	54
<b>Tabela 7-</b> Classificação do repertório de habilidades sociais dos participantes do sexo feminino .....	55
<b>Tabela 8-</b> Classificação do repertório de habilidades sociais dos participantes do sexo masculino .....	57
<b>Tabela 9-</b> Análise da variável histórico de AVC em relação aos postos médios do IHS-Del Prette por subescalas .....	58
<b>Tabela 10-</b> Análise da variável histórico de AVC em relação ao posto médio do IHS-Del Prette .....	58
<b>Tabela 11-</b> Análise dos escores no IHS-Del Prette por subescala entre os sexos .....	59
<b>Tabela 12-</b> Análise dos escores entre os sexos por item no IHS-Del Prette .....	59
<b>Tabela 13-</b> Pontos de corte em relação ao escore global do MEEM .....	60

**LISTA DE SÍMBOLOS**

$\alpha$ - Letra grega *alfa*

$\chi$ - Letra grega *qui*

$\rho$ - Letra grega *ro*

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>2</b>	<b>BASE CONCEITUAL .....</b>	<b>19</b>
2.1	Acidente Vascular Cerebral (AVC) .....	19
2.2	Habilidades Sociais (HS) .....	21
<b>3</b>	<b>REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA .....</b>	<b>28</b>
3.1	Método .....	28
3.2	Resultados .....	29
3.3	Considerações gerais sobre o conjunto de estudos .....	41
3.4	Questão problema .....	41
<b>4</b>	<b>ESTUDO EMPÍRICO .....</b>	<b>43</b>
4.1	Objetivos .....	43
4.1.1	Objetivo geral .....	43
4.1.2	Objetivos específicos .....	43
4.2	Método .....	44
4.2.1	Delineamento de pesquisa .....	44
4.2.2	Descrição do local do estudo .....	44
4.2.3	Participantes .....	45
4.2.4	Instrumentos .....	46
4.2.4.1	Inventário de Habilidades Sociais (IHS – Del Prette) .....	46
4.2.4.2	Mini exame do estado mental (MEEM – Bertolucci) .....	47
4.2.4.3	Anamnese .....	48
4.2.5	Procedimento de coleta de dados .....	48
4.2.6	Procedimento de análise de dados.....	48
4.2.7	Considerações éticas .....	50
<b>5</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>51</b>
5.1	Normalidade da distribuição.....	51
5.2	Descrição da amostra.....	52

5.2.1	Características sociodemográficas e clínicas dos participantes.....	52
5.3	Análise da equivalência entre os grupos.....	53
5.4	Análise dos escores globais no MEEM na amostra de participantes com AVC.....	54
5.5	Características do repertório de habilidades sociais pelo IHS-Del Prette na amostra de indivíduos com AVC.....	55
5.5.1	Análise dos escores por item.....	55
5.5.2	Análise dos postos percentílicos do IHS-Del Prette pelos escores globais.....	57
5.6	Características do repertório de habilidades sociais pelo IHS-Del Prette na amostra de indivíduos com AVC comparada à amostra de indivíduos sem AVC.....	58
5.7	Análise das diferenças entre o sexo e o repertório de habilidades sociais pelos escores globais, fatoriais e por item do IHS-Del Prette na amostra de indivíduos com AVC.....	60
5.8	Análise das diferenças entre idade e o repertório de habilidades sociais pelos escores globais no IHS-Del Prette.....	62
5.9	Análise dos escores globais do MEEM e a relação com os escores globais e fatoriais do IHS-Del Prette.....	62
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>64</b>
<b>7</b>	<b>LIMITAÇÕES E PESQUISAS FUTURAS .....</b>	<b>71</b>
<b>8</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>73</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>74</b>
	<b>APÊNDICE .....</b>	<b>77</b>
	APÊNDICE A Anamnese.....	77
	<b>ANEXOS .....</b>	<b>78</b>
	ANEXO A – Inventário de Habilidades Sociais (IHS – Del Prette) .....	78
	ANEXO B – Mini Exame do Estado Mental (MEEM) .....	79
	ANEXO C – TCLE Grupo 1 .....	80
	ANEXO D – TCLE Grupo 2 .....	82
	ANEXO E – Atestado do Serviço de Psicologia Aplicada (SPA-UFAL) .....	84

ANEXO F – Autorização de Pesquisa 1 .....	85
ANEXO G – Autorização de Pesquisa 2 .....	86
ANEXO H – Autorização de Pesquisa 3 .....	87



## 1 INTRODUÇÃO

Tem crescido significativamente o número de leitos, nas clínicas de emergências médicas, ocupados por indivíduos que apresentam quadros de lesão encefálica (SOHLBERG; MATEER, 2011; GOUVEIA et al, 2001; GAMBÁ; KIPLAN, 2011). Nesses quadros consideram-se três dimensões, a saber: distribuição, gravidade e o tipo de patologia causadora. A distribuição é considerada como *focal*, *multifocal* ou *difusa*, sendo a primeira diretamente relacionada ao seu tamanho, localização e profundidade, a segunda semelhante a primeira, exceto quando a lesão é bilateral, aumentando, assim, o grau de limitação e a terceira quando uma ampla extensão da área do tecido cerebral é afetada (SOHLBERG; MATEER, 2011). Quanto à gravidade, variam desde concussões leves, lesões que acarretam incapacidades graves a óbito (FUENTES et al, 2014; HAMDAN; PEREIRA, 2012). Com relação às patologias causadoras, são inúmeras desde distúrbios provenientes de forças mecânicas externas a distúrbios infecciosos.

Existem muitas origens de dano cerebral. Na primeira, o dano pode ser resultado de uma força mecânica, nos casos em que a cabeça bateu ou entrou em contato com alguma superfície rígida, como um para-brisa, existindo, assim, uma translação de forças do ponto de contato com a cabeça, na maioria dos casos ocorre simultaneamente à perda total ou parcial da consciência e ocasionais fraturas cranianas; segundo, forças de aceleração-desaceleração acontecem quando de repente a cabeça para, mas o cérebro continua na direção original do movimento e, então, a cabeça ricocheteia na direção oposta; terceira, hipóxia cerebral, em outras palavras, a lesão se dá pela falta de suprimento de oxigênio no cérebro, comum em casos de paradas cardíacas; outra causa de lesão ocorre com a interrupção do sistema vascular, quando as artérias cerebrais são obstruídas (casos de trombozes cerebrais).(SOHLBERG; MATEER, 2011).

Dentre as lesões encefálicas adquiridas, o Acidente vascular cerebral (AVC) é considerado, junto com suas sequelas, um problema de saúde pública que merece bastante atenção. De acordo com a literatura consultada, o mais comum, nos casos de lesões por AVC são o acometimento de pessoas em idade avançada, mas também podem acometer pessoas jovens. De acordo com dados do ministério da saúde, o número de jovens com histórico de lesões por AVC vem crescendo, talvez devido a precárias condições basílicas de saúde, tais como hipertensão arterial e colesterol alto, em muitos casos resultados de dietas pouco

balanceadas, tabagismo, consumo exagerado de bebidas alcoólicas, etc (FALCÃO; CARVALHO, BARRETO; LESSA E LEITE, 2004).

A lesão cerebral é, atualmente, uma das principais causas de morte e deficiências e de acordo com Finch et al (2015) uma das consequências desse tipo de lesão, é o comprometimento do que ele denomina habilidades de comunicação social. Tais habilidades são descritas por ele como verbais e não verbais, que permitem que os indivíduos se expressem e compreendam os significados das ações de diferentes pares, em um diversificado leque de ambientes (FINCH et al. 2015). Esses dados podem ser relevantes, tendo em vista o impacto que danos cerebrais podem acarretar ao comportamento.

O objetivo geral do presente estudo foi verificar a relação entre acidente vascular cerebral e déficits nas habilidades sociais em adultos. Os objetivos específicos do estudo foram: (1) Caracterizar o estado cognitivo dos indivíduos acometidos por AVC, por meio do Mini- Exame do Estado Mental (MEEM); (2) Identificar déficits e recursos em habilidades sociais de indivíduos com histórico de AVC, em comparação com a amostra normativa do instrumento IHS-Del Prette; (3) Identificar déficits e recursos em habilidades sociais de indivíduos com histórico de AVC, em comparação a indivíduos sem histórico de AVC; (4) Verificar a relação entre o sexo, a idade e o repertório de habilidades sociais de indivíduos com histórico de AVC e (5) Verificar a relação entre o estado cognitivo e o repertório de habilidades sociais em pessoas com AVC.

A presente dissertação é apresentada considerando a seguinte ordenação: A primeira sessão traz as bases conceituais; a segunda sessão traz a revisão sistemática de literatura; a terceira sessão traz os pormenores do estudo empírico (Objetivos, método, participantes, instrumentos utilizados na coleta de dados, descrição da análise dos dados coletados); a quarta sessão traz os resultados do estudo; a quinta sessão traz a discussão com base nos resultados obtidos; a sexta sessão traz as limitações da pesquisa; a sétima sessão traz as considerações finais e por fim são trazidos os elementos não textuais finais (Referências, apêndices e anexos).

## **2 BASE CONCEITUAL**

O objetivo da presente sessão é apresentar as bases conceituais do Acidente Vascular Cerebral (AVC), trazendo dados epidemiológicos, classificação e causas do dano, assim como as bases conceituais das Habilidades Sociais, termo aqui abordado como campo teórico prático e também como conceito que mantém estreita relação com os conceitos de Competência social e Desempenho social. Essa sessão traz também a descrição das 10 mais importantes classes de habilidades sociais (DEL PRETTE E DEL PRETTE, 2017) e suas respectivas subclasses.

### **2.1 Acidente Vascular Cerebral (AVC)**

O AVC apresenta, dentre outras, sequelas neuropsicológicas residuais, ainda que as sequelas físicas tenham sido superadas. O número de jovens adultos que sobrevivem após AVC cresce a cada ano em todas as classes socioeconômicas, o que acarreta um custo significativo à sociedade e à economia, por se tratar da principal causa de incapacidades neurológicas e de importantes disfunções motoras e cognitivas, sendo a segunda maior causa de morte no mundo, com aproximadamente 6 milhões de pessoas por ano, caracterizando, assim, cerca de 10% de todos os óbitos mundiais (BOTELHO; MACHADO; ARAÚJO; ASSIS, 2016). O Brasil registrou, no ano de 2013, 156,715 mil internações referentes aos diversos tipos de AVC (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Ainda que progressiva, esse tipo de lesão implica risco de lesões secundárias posteriores, aumentando a complexidade do tratamento terapêutico (FUENTES et al 2014).

O AVC, mais comumente chamado de “derrame”, refere-se a um problema neurológico, temporário ou permanente, focal ou abrupto, decorrente de um processo patológico dos vasos sanguíneos encefálicos. Este pode classificar-se como isquêmico (devido a entupimento) ou hemorrágico (devido a rompimento) dos vasos, sendo o primeiro tipo o mais frequente. O AVC, de forma geral, se relaciona com doenças vasculares anteriores, como arteriosclerose, hipertensão arterial e diabetes, sendo a maior parte dos casos causada por bloqueio de uma artéria cerebral, existindo três principais causas: 1) trombose cerebral ou formação de uma obstrução em artéria cerebral; 2) embolia, ou quando a obstrução ocorre em outra parte do corpo e posteriormente se instala em uma artéria cerebral e 3) hemorragia, ou seja, a ruptura de vasos sanguíneos (FUENTES et al, 2014). Dessa forma, o grau de perda funcional irá depender da área específica na qual ocorreu a lesão e qual a extensão do dano.

Como supracitado, o AVC pode ser classificado em dois tipos, a depender do mecanismo que o originou: isquêmico ou hemorrágico. O AVC do tipo isquêmico diz respeito a qualquer processo durante o qual um tecido não recebe os nutrientes indispensáveis ao metabolismo das células, em outras palavras, quando o tecido cerebral é privado do fornecimento de sangue arterial, a célula entra em sofrimento, o que poderá acarretar, a depender da intensidade do mesmo, perturbações funcionais. Se essa privação do tecido durar menos que 24 horas, seus efeitos podem ser reversíveis, caracterizando, assim, o que convencionou classificar como Acidente Isquêmico Transitório (AIT); porém se essa privação ultrapassar 24h, poderão instalar-se lesões definitivas e irreversíveis. O AVC do tipo hemorrágico, é consequência de um fenômeno antagônico ao da isquemia: a extrapolação de sangue para fora dos vasos. A hemorragia cerebral está relacionada essencialmente com a hipertensão arterial, pois, o aumento crônico da pressão nas artérias, sobretudo se ignorado ou mal tratado, conduz à uma fragilização das paredes das artérias, o que pode resultar em ruptura e consequente hemorragia (GOMES CANCELA, 2008).

De acordo com Gomes Cancela (2008), existem vários problemas e alterações provocadas por AVC: alterações das funções motoras (tais como o tônus postural, hemiplegia -paralisação de um lado do corpo); alterações da função sensorial (tais como distúrbios visuais, diminuição da sensibilidade tátil); alterações da função perceptiva (tais como posição no espaço, percepção de profundidade); alterações da comunicação (tais como afasias) e por fim alterações no comportamento, interesse do presente estudo (GOMES CANCELA, 2008).

O AVC pode afetar diversas regiões cerebrais, muitas das quais estão ligadas à competência social, tais como estruturas do mesencéfalo, córtex frontal, temporal e parietal entre outras. O dano em qualquer dessas regiões pode resultar em uma variedade de déficits sociais (ANDERSON et al, 2014). Para Mosh, Max e Tranel (2005), indivíduos expostos a danos neurológicos frequentemente apresentam déficits em alguns domínios das habilidades sociais, tais como comprometimento no funcionamento interpessoal, definido pelos autores como uma alteração na capacidade do indivíduo de manter relações sociais normais com seus pares, como amigos e familiares.

## **2.2 Habilidades Sociais (HS)**

A comunicação social eficaz requer uma complexa interação entre habilidades cognitivas, auto-monitoração dos conteúdos verbais e familiaridade com as fronteiras e convenções sociais. Indivíduos expostos a condições neurológicas e psiquiátricas frequentemente experimentam dificuldades de relacionamento, diminuição dos contatos sociais e redução de atividades de recreação e lazer (DRISCOLL; DAL MONTE; GRAFMAN, 2011; FINCH et al, 2015). De acordo com Driscoll, Dal Monte e Grafman (2011) déficits no desempenho social podem incluir interrupções na aquisição ou aplicação de habilidades sociais básicas ou complexas.

Os conceitos habilidades sociais e competência social são frequentemente empregados como sinônimos, mas a literatura traz definições distintas, umas enfatizando a questão da funcionalidade do comportamento, outras enfatizando os seus conteúdos verbal e não verbal. De acordo com Del Prette e Del Prette (2017) o termo Habilidades Sociais (HS) faz referência a um campo teórico-prático que, em sua gênese enfatizou a produção de conhecimentos sob as abordagens cognitiva, comportamental e sociocognitiva, com importantes contribuições conceituais, empíricas e práticas. Atualmente, os programas de Treinamento de Habilidades Sociais (THS) são aplicados a diversos campos da Psicologia. Para que se possa entender o campo é necessário ter domínio de alguns conceitos, a saber: competência social, habilidades sociais e desempenho social.

Para Murta (2005) HS dizem respeito a comportamentos necessários a uma relação interpessoal bem-sucedida, conforme parâmetros típicos de cada contexto e cultura. Para Del Prette (2005; 2017) as HS referem-se a um construto descritivo dos comportamentos sociais valorizados em determinada cultura, com alta probabilidade de resultados favoráveis para o indivíduo, seus pares e comunidade, que podem contribuir para um desempenho socialmente competente, considerando os parâmetros da comunidade em que estiver inserido, favorecendo um relacionamento saudável e produtivo com as demais pessoas.

A competência social é um termo avaliativo, que reflete o julgamento de alguém, tendo como base critérios pré-definidos. A competência social relaciona-se com déficits de comportamento, entendido não apenas como ausência de um comportamento específico, mas também quando um comportamento emitido não atinge certos critérios estabelecidos para sua competência. Dito de outra forma, a “competência social é entendida como comportamento que produz o melhor efeito no sentido de equilibrar reforçadores e assegurar direitos humanos

básicos, com ênfase na maximização de trocas positivas entre os interlocutores” (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1999). A competência social é considerada um indicador bastante preciso de ajustamento psicossocial e de perspectivas positivas para o desenvolvimento, enquanto que um repertório social pobre pode constituir um sintoma ou correlato de problemas psicológicos (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2005).

Em suma, a competência social refere-se à capacidade do indivíduo de organizar pensamentos, sentimentos e ações em função de seus objetivos e valores, articulando-os às demandas imediatas e mediatas do ambiente (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2005). É importante salientar o caráter relativista da competência social, pois o julgamento sobre a competência ou incompetência será sempre determinado com base em um conjunto de normas ou expectativas relacionadas às características pessoais dos interlocutores e às características da situação e cultura local (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1999).

Existem três estilos de desempenhos sociais, que são definidos didaticamente em termos de reações, a saber: as reações não-habilidosas passivas, que compreendem comportamentos apresentados pelo indivíduo para lidar com as demandas interativas do ambiente, que comprometem sua competência, tais como incômodo, mágoa, ressentimento; Reações habilidosas, que contribuem para a competência social, por sua coerência entre componentes abertos e encobertos, adequação às demandas e consequências obtidas; e por fim Reações não habilidosas ativas, que se expressam predominantemente na forma aberta de agressividade física ou verbal, negativismo, ironia, autoritarismo e coerção (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2005).

Del Prette e Del Prette (2001) abordam de forma resumida as diferenças entre os conceitos aqui abordados:

O desempenho social refere-se à emissão de um comportamento ou sequência de comportamento em uma situação qualquer. Já o termo Habilidades Sociais aplica-se à noção de existência de diferentes classes de comportamentos sociais no repertório do indivíduo para lidar com as demandas das situações interpessoais. A competência social tem sentido avaliativo que remete aos efeitos do desempenho das habilidades nas situações vividas pelo indivíduo (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2001, P. 31)

O estudo das HS deve considerar três importantes dimensões, são elas: a) Dimensão pessoal (comportamentos da pessoa, seus pensamentos, sentimentos, aparato fisiológico e características demográficas). A essa dimensão estão associados os termos ‘molar’ e ‘molecular’, que dizem respeito respectivamente à análise de habilidades globais, tais como expressão de sentimentos; e habilidades componentes, tais como contato visual, volume de

voz e entonação. De forma teórica qualquer comportamento pode ser avaliado em sua molaridade ou molecularidade, pois o que é molar em determinado recorte, pode ser molecular em outro, tornando, assim, obrigatória a relativização dos referidos termos; b) Dimensão situacional (incluem os contextos físicos onde as pessoas vivem, os papéis sociais e os padrões comportamentais que são valorizados e constrangidos) e c) Dimensão cultural (normas e valores compartilhados por uma sociedade que define, delimita, valoriza e reprova comportamentos dependendo do contexto em que são apresentados e dos interlocutores presentes nas relações) (CASALI-ROBALINHO; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2015).

As habilidades interpessoais possuem um caráter situacional-cultural, pois grande parte das normas que regulam a forma como as pessoas se comportam em sociedade é estabelecida pelo grupo social a que pertencem, em termos de gênero, papéis sociais ou ocupacionais, filiação institucional (religião, seita, entidade filosófica ou política), contexto geográfico etc. (BANDEIRA; ROCHA; FREITAS; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2006).

Embora já se tenha uma quantidade razoável de informações sobre as funções isoladas dos componentes das Habilidades Sociais (HS), a compreensão de suas combinações na produção de um comportamento social competente requer, ainda, investimento em pesquisa. Porém, existe um consenso, relativo, sobre alguns dos principais componentes das HS (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1999).

A organização dessas classes e subclasses pode ser denominada de Portfólio de Habilidades Sociais, que consistem em uma listagem de classes e subclasses de HS relevantes e pertinentes às tarefas e papéis sociais, assim como, à etapa de desenvolvimento do indivíduo, que incluem também os componentes não verbais e paralinguísticos (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2017).

De acordo com Del Prette e Del Prette (1999), no âmbito da Psicologia, as investigações têm privilegiado a dimensão pessoal, principalmente a comportamental, embora a própria definição de comportamento implique relação com o contexto situacional em que ocorre.

No Quadro 1, estão contidas as principais classes de Habilidades sociais, que podem ser requeridas pelo indivíduo em todas as etapas de desenvolvimento e papéis sociais, que porventura venha a ser assumidos no decorrer de cada uma delas. De acordo com Del Prette e Del Prette (2017) essas classes são reconhecidas como extremamente relevantes ao longo do ciclo vital.

**Quadro 1- Portfólio de Habilidades Sociais**

<b>Classes de Habilidades Sociais</b>	<b>Subclasses de Habilidades Sociais</b>
1 Comunicação	Iniciar e manter conversação, fazer e responder perguntas, pedir e dar <i>feedback</i> , elogiar e agradecer elogio, dar opinião, a comunicação irá ocorrer tanto de forma direta (face a face) como de forma indireta (através do uso de meios eletrônicos); na comunicação direta, a verbal está sempre associada à não verbal, que pode complementar, ilustrar, substituir e às vezes contrariar a verbal.
2 Civilidade	Cumprimentar e/ou responder a cumprimentos (ao entrar e ao sair de um ambiente), pedir “por favor”, agradecer (dizer “obrigado/a”), desculpar-se e outras formas de polidez normativas na cultura.
3 Fazer e manter amizade	Iniciar conversação, apresentar informações livres, ouvir/fazer confidências, demonstrar gentileza, manter contato, sem ser invasivo, expressar sentimentos, elogiar, dar <i>feedback</i> , responder a contato, enviar mensagem (e-mail, bilhete), convidar /aceitar convite para passeio, fazer contatos em datas festivas (aniversário, Natal, etc.), manifestar solidariedade diante de problemas.
4 Empatia	Manter contato visual, aproximar-se do outro, escutar (evitando interromper), tomar perspectiva (colocar-se no lugar do outro), expressar compreensão, incentivar a confiança (quando for o caso), demonstrar disposição para ajudar (se for o caso), compartilhar alegria e realização do outro (nascimento do filho, aprovação no vestibular, obtenção de emprego, etc.)
5 Assertivas	Defender direitos próprios e de outrem, questionar, opinar, discordar, solicitar explicações sobre o porquê de certos comportamentos, fazer e recusar pedidos, expressar raiva, desagrado e pedir mudança de comportamento, desculpar-se e admitir falhas,



	manejar críticas (aceitar críticas, fazer críticas, rejeitar críticas), falar com pessoas que exercem papel de autoridade.
6 Expressar solidariedade	Identificar necessidades de outro, oferecer ajuda, expressar apoio, engajar-se em atividades sociais construtivas, compartilhar alimentos ou objetos com pessoas deles necessitadas, cooperar, expressar compaixão, participar de reuniões e campanhas de solidariedade, fazer visitas a pessoas com necessidades, consolar, motivar colegas a fazer doações.
7 Manejar conflitos e resolver problemas interpessoais	Aclamar-se exercitando autocontrole diante de indicadores emocionais de um problema, reconhecer, nomear e definir o problema, identificar comportamentos de si e de outrem associados à manutenção ou solução de problemas (como avaliam, o que fazem, qual a motivação para a mudança), elaborar alternativas de comportamentos, propor alternativas de solução, escolher, implementar e avaliar cada alternativa ou combinar alternativas quando for o caso.
8 Expressar afeto e intimidade (namoro, sexo)	Aproximar-se e demonstrar afetividade ao outro por meio de contato visual, sorriso, toque, fazer e responder perguntas pessoais, dar informações livres, compartilhar acontecimentos de interesse do outro, cultivar o bom humor, partilhar de brincadeiras, manifestar gentileza, fazer convites, demonstrar interesse pelo bem estar do outro, lidar com relações íntimas e sexuais, estabelecer limites quando necessário.
9 Coordenar grupo	Organizar a atividade, distribuir tarefas, incentivar a participação de todos, controlar o tempo e o foco na tarefa, dar feedback a todos, fazer perguntas, mediar interações, expor metas, elogiar, parafrasear, resumir, distribuir tarefas, cobrar desempenhos e tarefas,

	explicar e pedir explicações, verificar compreensão sobre problemas.
10 Falar em público	Cumprimentar, distribuir o olhar pela plateia, usar tom de voz audível, modulado conforme o assunto, fazer/responder perguntas, apontar conteúdo de materiais audiovisuais (ler apenas o mínimo necessário), usar humor (se for o caso), relatar experiências pessoais (se for o caso), relatar acontecimentos, agradecer a atenção ao finalizar.

Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos de Del Prette; Del Prette (2017, p.28-30)

A comunicação humana não se restringe unicamente às trocas de mensagens verbais, sendo esse tipo de comunicação linguística somente a parte mais visível dos processos de relações interpessoais. De acordo com Del Prette e Del Prette (1999), a comunicação não verbal ocorre quando são utilizados recursos do próprio corpo, excluindo-se a vocalização. As HS descritas no Quadro 1 são compostas por elementos verbais, que são impactados pela forma como são verbalizados, assim, uma análise minuciosa dos déficits e recursos em HS deve contemplar também componentes não verbais e paralinguísticos, que caracterizam a topografia dos desempenhos sociais.

A subclasse dos componentes não verbais é constituída pelos componentes: 1) olhar e contato visual; 2) sorriso; 3) gestualidade; 4) expressão facial; 5) postura corporal; 6) movimentos com a cabeça; 7) contato físico e 8) distância/proximidade; já a subclasse de componentes paralinguísticos é constituída por: 1) latência, que faz referência ao intervalo de tempo entre a fala de uma pessoa e a resposta da outra; 2) duração, referente ao tempo em que uma pessoa permanece falando sem interrupção; 3) volume, referente à altura da voz, 4) velocidade, referente à quantidade de palavras em relação ao tempo de fala; 5) ritmo, referente à alternância de pausas e entonações da fala; 6) tonalidade, que faz referência à qualidade do som da fala (aguda, grave, suave) e 7) fluência, que faz referência à qualidade da dicção e modulação da fala. Essas funções da comunicação não verbal são agrupadas em cinco tipos, a saber: substituição da linguagem, regulação da comunicação, apoio à comunicação verbal, complementação da linguagem e contradição da linguagem (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1999).

A classe dos componentes cognitivo-afetivos postula que, o comportamento social é afetado pelos sentimentos e cognições que o indivíduo elabora: sobre seu interlocutor (classe

social, competência, atratividade etc.), sobre a situação social (estressante/tranquila, etc.) e sobre seus próprios comportamentos e consequências dos mesmos na situação. Os principais componentes cognitivos das HS são: conhecimentos prévios (sobre a cultura e o ambiente), expectativas e crenças (planos, metas valores etc.), e estratégias e habilidades de processamento (decodificação, resolução de problemas, empatia etc.). Para Morrison e Bellack citados por Del Prette e Del Prette, (1999, p. 86), o indivíduo não pode apresentar um desempenho eficaz se não recebe e processa adequadamente os estímulos interpessoais relevantes. Nesse sentido, o indivíduo deve ser capaz de fazer uma leitura do ambiente social, isso implica no reconhecimento e na decodificação dos sinais presentes na situação social, particularmente aqueles associados às mensagens verbais e não verbais dos interlocutores; deve estar capacitado para a resolução de problemas, que é definida como um processo integrado, comportamento-cognição-afeto, através do qual o indivíduo procurar identificar, descobrir e criar meios adaptativos e efetivos para enfrentar os problemas que encontra em sua vida diária; deve ser capaz de executar a auto-observação, que refere-se a capacidade de descrever a si mesmo em termos de pensamentos, sentimentos e ações; capacidade de autoinstrução, que consiste de prescrições ou comentários feitos pelo indivíduo a si mesmo, que orientam, mantêm, intensificam ou interrompem seu comportamento e empatia, que é concebida como a capacidade de perceber o sentimento da outra pessoa e expressar a compreensão desse sentimento (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1999).

De acordo com Del Prette e Del Prette (1999) a classe dos componentes “respostas fisiológicas”, diz respeito a um conjunto de variáveis orgânicas que afetam ou são afetadas pelas situações interpessoais significativas ou estressantes. Os principais componentes fisiológicos ativados nessas situações são: taxa cardíaca, respostas eletromiográficas (tensão/relaxamento muscular), respiração, resposta galvânica da pele (sudorese) e fluxo sanguíneo. Esses componentes de forma geral estão associados a uma série de emoções negativas, tais como: ansiedade, medo e fobia social.

### 3 REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

A presente sessão apresentará os pormenores da revisão sistemática de literatura aqui realizada. Serão descritas a forma como as buscas foram realizadas nas bases de dados. Serão descritos como e quais foram os critérios de inclusão/exclusão utilizados, assim como, os resultados obtidos através das leituras dos artigos recuperados – os resultados descrevem a autoria dos estudos, seus objetivos gerais, participantes, instrumentos utilizados na coleta de dados e os principais resultados obtidos. E por fim são tecidas considerações sobre os resultados encontrados na revisão da literatura recuperada.

#### 3.1 Método

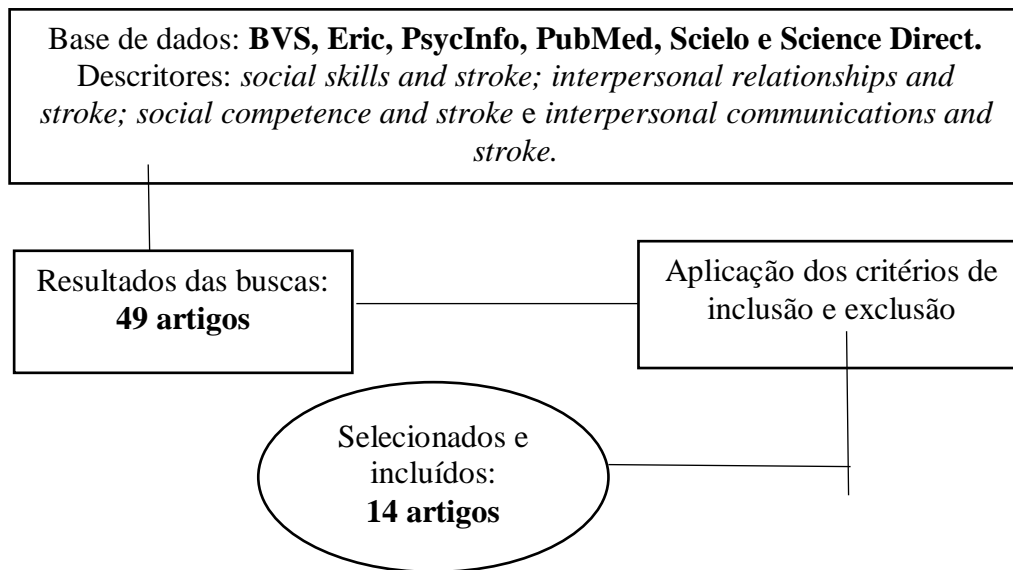
Uma revisão sistemática tem como finalidade reunir evidências científicas de qualidade sobre um assunto pré-determinado para responder a uma questão específica de pesquisa. Utiliza métodos sistemáticos explícitos com o intuito de minimizar o risco de viés, aumentando assim a confiabilidade e precisão dos resultados para uma melhor tomada de decisão em saúde (RIERA; TORLONI, 2010).

Foram realizadas buscas nas bases de dados eletrônicos BVS, Eric, PsycInfo, PubMed, Scielo e Science Direct. Foram pesquisados os descritores *social skills*, *interpersonal relationships*, *social competence*, *interpersonal communications*, todos relacionados ao descritor *stroke*, nas seis bases de dados citadas. Não foram encontrados registros, com o cruzamento dos descritores supracitados, nas plataformas de busca Eric, PsycInfo e Scielo.

Foram incluídos nessa revisão apenas os artigos que se enquadraram em critérios pré definidos, que foram: 1) manter relação com a temática em questão, contendo pelo menos um dos componentes das habilidades sociais associados a lesões provenientes de AVC; 2) tratarem-se de relatos de pesquisas empíricas e 3) terem sido publicados nos últimos quinze anos. Foram excluídos desta revisão artigos não empíricos.

Foi realizada a leitura dos resumos do material recuperado nas buscas em bases de dados eletrônicos realizadas no de maio de 2017, a fim de verificar quais estudos eram pertinentes aos objetivos deste trabalho. Nos casos em que houve dúvida em relação à inclusão ou não do artigo, foi realizada a leitura completa do artigo.

A Figura 1 descreve as estratégias utilizadas para a busca nas bases de dados referidas, bem como o número de artigos encontrados e selecionados de acordo com os critérios pré-definidos para esta revisão sistemática. Ao todo, foram incluídos e analisados 14 artigos.



**Figura 1-** Número de artigos selecionados nas buscas realizadas nos bancos de dados.

Após a seleção dos artigos e aplicação dos critérios de inclusão/exclusão, foi realizada a leitura dos mesmos. Os artigos selecionados para essa revisão são todos em língua inglesa e nenhum artigo foi encontrado no português brasileiro, sugerindo assim, a escassez de estudos que abordem esse relação no país. Atendendo aos critérios de inclusão, todos os artigos são relatos de pesquisa empíricas, publicadas nos últimos 15 anos e descrevem a relação entre AVC e pelo menos um componente das HS.

### 3.2 Resultados

Mosh et al (2005) investigaram resultados neuropsicológicos e de funcionamento social em uma amostra de 29 pares de crianças e adultos, com idades médias de 6 anos, nas crianças e 56 anos nos adultos, comparando-os em relação aos danos, considerando os fatores localização e extensão da lesão decorrente de AVC. A amostra foi selecionada através de exames de imagem que constavam de seus prontuários, decorrentes de suas respectivas internações por episódio de AVC no Hospital das Clínicas da Universidade de Iowa; posteriormente foram avaliados através de uma bateria de testes neuropsicológicos, dentre os

quais o Wechsler Adult Intelligence Scale, 3ed. (WAIS-III), Wechsler Intelligence Scale for Children, 3ed. (WISCIII), Wide Range Achievement Test – Revised (WRAT-R) fizeram parte. O funcionamento social foi avaliado simultaneamente a avaliação neuropsicológica por meio da Classificação clínica baseada em escalas, nos participantes adultos, com a finalidade de avaliar a conduta social no que tange relações interpessoais gerais de cada participante, assim como a classificação da família (o autor não se aprofunda) e do status de emprego. A avaliação nas crianças necessitou de uma adaptação quanto ao status de emprego, que foi tratado como status educacional. Os principais resultados mostraram que o desempenho social no adulto após histórico de AVC apresentou alterações de moderadas a graves em todos os domínios das relações interpessoais, assim, como resultados inferiores no funcionamento social como um todo (status de emprego, status interpessoal, que diz respeito a capacidade de manter relacionamentos interpessoais saudáveis). Os autores sugerem que, esses resultados em adultos se relacionem, em parte, a déficits em alguns domínios das habilidades sociais.

Teasdale e Engberg (2005) observaram que a maior parte dos estudos que se debruçam sobre os efeitos do AVC sobre seus sobreviventes eram limitados no sentido de que, normalmente, eram estudos bastante seletivos, priorizando amostras pertencentes a uma única instituição e se concentram em acompanhamentos de curto prazo, considerando até um ano após o insulto cerebral. Visando dar conta dessas lacunas investigativas, os autores propuseram um estudo de investigação das consequências psicossociais do AVC, com um acompanhamento de longo prazo (5, 10 e 15 anos após o AVC). Participaram desse estudo uma amostra de 346 indivíduos, selecionados através do Registro Nacional do Hospital Dinamarquês (Plataforma digital onde se encontram os registros de todas as internações na Dinamarca desde 1979, incluindo data de admissão, códigos hospitalares e de departamento, assim como diagnósticos e datas de alta). Após uma triagem por data de internação, localização geográfica (residência fixada em um dos cinco condados dinamarqueses), idade que possuíam no momento do insulto (o estudo só contou com indivíduos que possuía dezoito anos ou mais na data do insulto), dados clínicos confirmados nos hospitais em que foram internados, terem seu atual endereço confirmado, se chegou ao número de indivíduos supracitado.

Os instrumentos utilizados na etapa de apresentação foram dois questionários, enviados juntamente com uma carta de apresentação referente ao AVC anterior sofrido pelo indivíduo e explicitando o propósito do estudo. O primeiro questionário envolveu questões psicossociais, tais como o efeito do AVC no emprego, relações familiares, outras relações

sociais e atividades de lazer; o segundo questionário foi o Nottingham Health Profile (NHP), que compreende declarações relativas a problemas atuais do dia a dia. Os principais resultados indicam que os níveis de dificuldades cognitivas e emocionais após o AVC parecem ser elevados e crônicos. Sobre os status de emprego, o estudo encontrou que apenas uma pequena parcela dos indivíduos que, antes do AVC, trabalhavam, conseguiram retomar o emprego. Sendo a proporção menor para os indivíduos que sofreram o AVC a cinco anos e maior para os que sofreram a dez e quinze anos (TEASDALE E ENGBERG, 2005).

Os autores argumentam que as relações sociais e o apoio social são identificados como fatores importantes para a qualidade de vida após o AVC. Nesse amostra a maioria dos indivíduos considerou suas relações sociais razoavelmente alteradas. Os autores tomam as relações sociais como a habilidade de manejar as relações com familiares, amigos e companheiros de trabalho de forma suficiente (TEASDALE E ENGBERG, 2005). Os resultados sugerem, então, que após o AVC os indivíduos apresentaram maiores dificuldades em manejar de forma satisfatória suas relações interpessoais.

Kwok et al (2006) investigaram determinantes da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) durante o primeiro ano após o AVC. Esse estudo contou com a participação de 303 indivíduos do serviço de reabilitação hospital universitário *Price of Wales Hospital* em Hong Kong. Foi usado como critério de inclusão o tempo decorrido do AVC, que foi até 7 dias e como critérios de exclusão indivíduos que apresentassem condições pré mórbidas moderadas ou severas, residentes em lugares distantes do hospital, que pudessem inviabilizar visitas domiciliares e se estivessem em estágio terminal de câncer ou possuíssem insuficiência renal.

Os instrumentos utilizados foram, inicialmente a análise de prontuários, fornecendo informações sobre resultados no *Índice Barthel*, com resultados sobre a gravidade do AVC sofrido, o *Lawton instrumental activities of daily living (IADL)*, relacionado a resultados da qualidade de atividades da vida cotidiana, o *Geriatric Depression Scale (GDS)*, com resultados sobre os sintomas depressivos, o *Chinese Mini-Mental State Examination (MMSE)*, com resultados cognitivos em uma versão chinesa e por fim o *World health Organization Quality of Life (Versão Hong Kong)*. Os principais resultados apontam que durante o primeiro anos de AVC a QVRS auto relatada deteriorou-se significativamente em termos de interações sociais. Os autores previam que os resultados da QVRS melhorariam com o tempo, como o reajuste psicológico, físico e social de forma geral aconteciam, mas não foi o que os resultados mostraram. A análise feita revelou que a interação social e questões ambientais (a

dimensão de questões ambientais, são consideradas pelos autores como utilizar transportes, ter acesso à informação, ter acesso a serviços de saúde, atividades de lazer, suficiência financeira e segurança no lar.), componentes da QVRS, foram significativamente inferiores aos 12 meses que aos 3 meses que seguiram o AVC. O declínio na “interação social”, um dos domínios da QVRS, sugere que os indivíduos que sofreram AVC tiveram uma relação pessoal piorada (os autores não especificam como se deu essa piora de forma prática, mas o contexto sugere que se refira à uma piora em parâmetros de uma relação interpessoal bem sucedida) com familiares e/ou amigos. Os autores apontam que os resultados também sugerem que a depressão tem papel determinante na QVRS, pois os efeitos negativos da depressão pós AVC está associada a uma recuperação funcional deteriorada. Os dados relacionados aos efeitos negativos do AVC após um ano, leva a conclusão, de acordo com os autores, de que todos os indivíduos acometidos por AVC devem ser acompanhados por profissionais da saúde por pelo menos um ano (KWOK et al, 2006).

Schmid et al (2012) investigaram as relações entre características demográficas, clínicas e psicológicas e o funcionamento social 4 meses após o AVC e avaliaram se a melhora nos sintomas depressivos esteve associada ao funcionamento social nesse período. Participaram desse estudo 371 indivíduos, que haviam participado de um estudo anterior denominado *Activate-Initiate Monitor* (estudo que incluiu um ensaio de intervenção clínico randomizado dentro de um estudo de corte com sobreviventes de AVC com e sem depressão. Foram utilizados dados demográficos e clínicos de base, que incluíram histórico de depressão, cognição e comorbidades médicas globais. A depressão foi avaliada através do *Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)*; a gravidade do dano causado pelo AVC foi avaliado pelo *National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS)* e o domínio da função social foi medido através do *Stroke- Specific Quality of Life (SSQoL)*.

Os principais resultados apontam que as variáveis relacionadas à depressão foram os únicos fatores associados ao funcionamento social em todo o corte com depressão. De acordo com os autores, nem o estado funcional nem a gravidade do dano foram associados de forma independente com o funcionamento social em nenhum dos cortes (com e sem depressão). Os autores sugerem que esse resultado indica que não é a gravidade da depressão pós AVC, mas sim a melhora dessa que mais influencia o funcionamento social durante a recuperação. Schmid et al (2012) citam que seus resultados convergem com os resultados encontrados por outros autores que, associaram a depressão a preditores negativos de participação social de dois a quatro anos após o AVC (SCHMID et al, 2012).



Anderson et al (2014) investigaram a competência social de crianças com AVC e de crianças com doença crônica, comparando-as a controles saudáveis. Fizeram parte das amostras 36 crianças com histórico de AVC, quinze com asma crônica e 43 controles saudáveis, totalizando assim, 94 crianças, entre 6 e 15 anos de idade. Foram aplicados questionários com os pais e as crianças, e essas foram submetidas a uma varredura (exame de imagem) e uma avaliação neurológica. Os autores observaram que pouca importância tem sido dada ao impacto do AVC na competência social de crianças e os estudos que se debruçam sobre a temática examinam a competência social após AVC de forma global, relatando má socialização e dando ênfase às dificuldades de implementação das habilidades sociais em situações de vida, sendo poucos os estudos que examinam os domínios sociais específicos após AVC pediátrico. As crianças com histórico de AVC apresentaram níveis mais baixos de participação social em comparação com controles saudáveis, assim como as crianças com doença crônica apresentaram menor ajuste social, porém, os resultados sugerem que a competência social insuficiente não é simplesmente resultado da lesão cerebral ou da doença crônica, mas também das experiências vivenciadas por essas crianças após o insulto cerebral, como a resposta à hospitalização, a necessidade de cuidados médicos constantes entre outros.

Foram identificadas diferenças entre os resultados das medidas com os pais e as medidas de autorrelato, sendo essa discrepância do informante sugerida, pelos autores, como falta de autoconsciência, efeito do insulto cerebral sofrido. Mesmo diante disso, os autores consideram as percepções das crianças como particularmente valiosas. Sobre isso, os autores acreditam que medidas mais objetivas de competência social devam ser incorporadas afim de se investigar essas discrepâncias. De forma geral o estudo conclui que crianças com histórico de AVC apresentaram maior comprometimento no ajuste social e na participação social se comparadas a controles saudáveis, diferentemente dos resultados da comparação entre crianças com asma crônica, que mostraram resultados bem mais sutis quando comparadas a controles saudáveis. A extensão da lesão foi um preditor dos resultados sociais, pois crianças com lesões menos extensas apresentaram menos desajuste do ponto de vista social. E por fim, as relações familiares, fator proximal, contribuíram significativamente para a competência social (ANDERSON et al, 2014).

D' Aniello et al (2014) investigaram o perfil psicológico observado mais de uma no após o AVC em sobreviventes de AVC crônico. Participaram desse estudo 81 indivíduos com o primeiro ou segundo diagnóstico de AVC, originários da unidade de Psicologia clínica do

*Istituto Auxologico Italiano*. Foram utilizados como instrumentos de medida o *Mini mental state examination (MMSE)* e o *Clock drawing teste*, para traçar o perfil cognitivo; a *Frontal Assessment Battery*, para avaliar as funções executivas; o *Raven's colored progressive matrices*, para avaliar a habilidade de raciocínio não verbal e abstrato; a versão italiana do *Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD Scale)* foi utilizado para a avaliação psicológica da ansiedade e depressão; o *Short-Form Healthy Survey (SF-36)* foi utilizado para avaliar os domínios sociais e físicos auto percebidos e o *Psychological General Well-Being Index (PGWBI)* avaliou estados de humor (ansiedade, depressão, bem estar positivo, autocontrole, saúde geral e vitalidade).

Os principais resultados mostraram que, em indivíduos que sofreram AVC, apresentam maiores níveis de ansiedade, se comparadas aos sintomas depressivos. De acordo com os autores a depressão e a ansiedade podem ocorrer independentemente uma da outra. No caso da ansiedade, pode aumentar ao logo do tempo, em face das consequências negativas do insulto, já os sintomas depressivos, são comumente mais encontrados no estágio agudo do dano cerebral (D'ANIELLO et al, 2014).

Everts et al (2014) investigaram o funcionamento cognitivo, o resultado motor, resultados comportamentais e a qualidade de vida de crianças que sofreram infarto cerebral e quais as variáveis que influenciaram na reabilitação. Compuseram a amostra 21 crianças que apresentaram episódios de AVC entre o nascimento e o décimo oitavo ano de vida. Os participantes foram submetidos a avaliações cognitivas; a inteligência geral foi avaliada utilizando o *Wechsler Intelligence Scale For Children (WISC-III)* ou *Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS)*; a memória episódica verbal foi avaliada utilizando a versão alemã do *California Verbal Learning Test (CVLT)*; as memórias visuais de curto e longo prazo foram avaliadas utilizando o *Rey-Osterrieth Figure (REY-Figure)*; as funções executivas, a linguagem e a percepção visual foram avaliados utilizando os subtestes do WISC-III. O estado de alerta (prontidão) e a atenção dividida foram avaliados utilizando a bateria de testes padronizada, com estímulos visuais e auditivos, *Test of Attentional Performance (TAP)*, e por fim as funções motoras foram avaliadas utilizando a *Largo's motor scales*.

Os principais resultados não apontam a ocorrência de deficiências sociais em crianças, divergindo dos resultados encontrados em estudos com adultos (MOSH; MAX; TRANEL, 2005), onde essas se apresentam associadas à lateralização da lesão. Apesar de não ter sido encontrada associação entre localização da lesão e evolução cognitiva em pacientes pediátricos, os autores afirmam que existe consenso de que a maioria das crianças apresenta

problemas em diversos domínios. Foram encontrados déficits cognitivos moderados, deficiências motoras, problemas comportamentais e em alguns aspectos da qualidade de vida. Problemas relacionados à aprendizagem e atenção foram encontrados, assim como maior grau de impulsividade e ansiedade se comparado à uma população típica. Os autores frisam, que devido à pequena amostra do presente estudo, não se pode inferir se os resultados comportamentais se devam ao episódio de AVC ou à exacerbação de problemas comportamentais anteriores ao insulto cerebral (EVERTS et al, 2014).

Ryck et al (2014) investigaram a prevalência de depressão pós AVC e avaliaram quais fatores neurpsicológicos, clínicos ou funcionais estão associados à depressão durante 18 meses que seguiram ao AVC. Este estudo fez parte de um estudo maior (Middelheim Interdisciplinary Stroke Study, sobre avaliação de diversos aspectos de pacientes com AVC isquêmico ou ataque isquêmico transitório). Participaram do estudo 222 indivíduos, recrutados na unidade de AVC do *Institute Born-Bunge*, na Bélgica. O critério de inclusão foi que, os sintomas de AVC agudos correspondessem aos critérios diagnósticos da Organização Mundial de Saúde – OMS para AVC isquêmico ou hemorrágico.

Foram utilizados no estudo o *Functional Independent Measure Scale (FIM)* e *Índice Barthel*, afim de avaliar o nível de independência pós AVC; o *National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS)*, para medir a gravidade do dano cerebral; já a qualidade de vida foi medida através da versão belga-holandesa do *Stroke Impact Scale (SIS)* ; as funções cognitivas foram avaliadas através *Mini Mental State Examination (MMSE)* e os sintomas depressivos foram avaliados através do *Cornell Scale of Depression (CSD)* e *Montgomery and Åsberg depression rating scale (MADRS)*. Os participantes foram avaliados em grupos, que se dividiram em 1, 2, 6, 12 e 18 meses após o episódio de AVC (RYCK et al, 2014).

Os principais resultados apontam que a maior prevalência de problemas de relacionamento surgiu nos últimos 18 meses, sendo observada nos indivíduos com depressão pós AVC em comparação com indivíduos com AVC, porém não deprimidos. De acordo com os autores, foram encontrados sintomas depressivos frequentes durante os 18 meses que se seguiram ao insulto cerebral. Entre os diferentes grupos, os sintomas depressivos variaram entre 20% e 28%. Os resultados sugeriram também que os indivíduos com depressão pós AVC tiveram um pior desempenho dos pontos de vista físico e cognitivo, demonstrando mais dependência e menos qualidade de vida, em comparação com indivíduos não deprimidos. Os autores concluíram que de forma geral sintomas depressivos estão associados a redução de atividades sociais durante o período de 18 meses após o AVC.

Lo et al (2014) investigaram a relação entre AVC pediátrico e a competência social em uma amostra de 51 crianças, das quais 36 com histórico de AVC compuseram o grupo experimental e 15 com asma crônica compuseram o grupo controle. A amostra foi recrutada *Nationwide Children's Hospital* e no *Royal Children's Hospital*. Os participantes foram avaliados através do *Pediatric Stroke Outcome Measure (PSOM)*, que mensurou o comprometimento neurológico; *Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence (WASI)*, que avaliou o quociente de inteligência; *Wechsler Intelligence Scale for Children-Fourth Edition (WISC-IV)*, que avaliou a velocidade de processamento; *Child Behavior Checklist (CBC-1)*, que avaliou o comportamento em três aspectos, a saber: comportamento geral, comportamentos internalizantes e comportamentos externalizantes; *Assessment System-Second Edition (ABAS-II)*, que avaliou o comportamento adaptativo e por fim o *Child and Adolescent Scale of Participation (CASP)* que avaliou a participação social. Os principais resultados apontaram que os indivíduos com AVC apresentaram piores resultados tanto nos comportamentos gerais quanto nos comportamentos adaptativos, assim como também apresentaram piores resultados na escala CASP, sugerindo que o desempenho na participação social estava prejudicado. Como previsto pelos autores, piores resultados nos componentes internalizantes e externalizantes demonstraram estar altamente correlacionados com um menor ajuste social, que de acordo com os autores refere-se às percepções de comportamento social por si mesmo e por outros (LO et al, 2014).

Os autores concluem que o AVC pode resultar em comprometimento do ajuste social e da participação, em especial em crianças com déficits neurológicos residuais mais graves, o que envolve o tipo de lesão sofrida, isquêmica ou hemorrágica, e a extensão do dano proveniente dessa lesão. É argumentado pelos autores que apesar de os resultados sociais do AVC pediátrico receberem pouca atenção da comunidade científica, esses são de extrema importância já que envolvem habilidades necessárias para a interação com o mundo social, pois o comprometimento social pode resultar em isolamento social e redução da auto-estima ou na pior das hipóteses acarretar comportamentos anti-sociais e delitivos (LO et al, 2014).

Greenham et al (2015) investigaram a saúde mental e a função social em crianças com doença crônica, com e sem histórico de AVC e comparando-as a crianças com desenvolvimento típico, para identificar fatores ambientais que possam influenciar os resultados. Participaram desse estudo 36 crianças com diagnóstico de AVC, 15 com asma crônica e 43 crianças com desenvolvimento típico, com idades entre 6 e 15 anos. Para o estudo foram selecionadas crianças que sofreram AVC do tipo isquêmico, quanto ao grupo

com diagnóstico de asma crônica, essa condição foi escolhida por se tratar de uma condição crônica que não impacta o sistema nervoso central, mas envolve internação e limitações em relação a participação social, semelhante a condição vivenciada pelas crianças que sofreram episódio de AVC. A versão abreviada da *Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence* (Wechsler, 1999) foi usada para avaliar o estado cognitivo. Quanto as características do grupo com episódio de AVC, o estado neurológico foi avaliado através *Pediatric Stroke Outcome Measure (PSOM)*; em relação a saúde mental e o funcionamento social foi utilizado o *Child Behavior Checklist (CBCL)* para identificar os problemas internalizantes e externalizantes; a competência social foi avaliada por meio do *Social Problems scale (CBCL:SP)*; a interação social foi avaliada através de dois questionários, o primeiro foi o *Friendship Quality Questionnaire (FQQ)*, concebido para avaliar a qualidade das amizades das crianças com o melhor amigo auto declarado; o segundo foi o *Relational Provisions Questionnaire (RPQ)*, que avalia a percepção em relação a solidão da criança; a participação social foi avaliada por meio do *Child and Adolescent Scale of Participation (CASP)*, escala de avaliação pelos pais sobre a participação da criança em casa, na escola e em situações de vida em comunidade.

Os principais resultados apontam que a presença de lesão cerebral por AVC estava relacionada exclusivamente com um comprometimento na participação social, mostrou também que os grupos com histórico de AVC e com asma apresentaram níveis semelhantes no que tange saúde mental e comprometimento social e que comportamentos externalizantes e internalizantes nos dois grupos foram estatisticamente superiores quando comparados ao grupo de crianças com desenvolvimento típico. É importante salientar que os dois grupos apresentaram maiores comportamentos internalizantes, como ansiedade e depressão e piores resultados na competência social que as crianças do grupo controle saudável (GREENHAM et al, 2015).

Rozon e Rochette (2015) investigaram as alterações no sono, na mobilidade, nas relações interpessoais e no lazer no primeiro ano após o AVC leve e suas associações entre a presença de sintomas depressivos e a melhoria na participação social, em uma amostra de 186 participantes, com idade média de 63 anos, selecionados em onze hospitais de cuidados agudos de quatro províncias canadenses. A amostra foi avaliada através do Inventário de depressão de Beck-II e do Life-H3.1, que visam avaliar estados depressivos e o desempenho em atividades da vida diária respectivamente.

Os autores argumentam que o AVC pode acarretar uma variedade de consequências físicas, cognitivas, ambientais e emocionais e somado a fatores ambientais, todas essas

deficiências afetam a participação social da pessoa, em especial alterações de humor, como ansiedade e depressão, fatores de risco para o surgimento de comportamentos não habilidosos; e de acordo com os autores, na população com histórico de AVC, geralmente, a presença de depressão está associada com baixos níveis de participação social. Foram feitas avaliações, através do LIFE-H 3.1 e paralelamente o Inventário de depressão de Beck-II, no primeiro mês, no sexto mês e um ano após o episódio de AVC. Os principais resultados mostraram que, a probabilidade de apresentar sintomas depressivos foi significativamente menor um ano após o episódio que um mês após. Quando comparados em relação aos seus resultados nas atividades da vida diária e considerando-se a presença de sintomas depressivos, alguns domínios dos hábitos de vida tiveram melhora considerável entre o primeiro mês e o primeiro ano após o insulto; o que não é o caso de condução de veículos, participação em atividades recreativas e esportivas e relações interpessoais de forma geral. De forma pormenorizada, os participantes que apresentaram sintomas depressivos, apresentaram piores resultados nesses três domínios nos seis meses que se seguiram após o insulto cerebral (ROZON; ROCHETTE, 2015).

De acordo com os autores, embora alguns domínios dos hábitos de vida tenham melhorado ao longo do tempo, como é o caso do sono e motricidade, para parte dos participantes, até 30% não tiveram resultados satisfatórios nem após os seis primeiros meses e após o primeiro ano do AVC. Uma crítica que os autores tecem, é sobre o tempo de internação, pois assim que considerados clinicamente estáveis e capazes de exercer atividades diárias básicas, as pessoas recebem alta, sem que serviços de apoio especializados sejam oferecidos, desse modo dificuldades complexas, relacionadas aos hábitos de vida, não são identificadas e tratadas através de terapêutica adequada cerebral (ROZON; ROCHETTE, 2015).

Visser et al (2015) investigaram se indivíduos com e sem sintomas depressivos após AVC usam diferentes estratégias de enfrentamento e habilidades para resolver problemas e estas variáveis estão relacionadas com a qualidade de vida/saúde. Os autores conceituam o enfrentamento e a resolução de problemas de formas diferentes; o primeiro fazendo referência aos esforços cognitivos e comportamentais utilizados para gerenciar situações estressantes e as emoções que elas geram, enquanto que o segundo se refere ao processo de encontrar soluções para problemas específicos. De forma geral a resolução de problemas é um processo de enfrentamento, mas nem todo processo de enfrentamento podem ser considerados resolução de problemas. Participaram desse estudo 166 indivíduos, em reabilitação no Rijndam

Rehabilitation Center (países baixos) e do Ghent University Hospital na Bélgica. Os critérios de inclusão foram ter diagnóstico de AVC e idade entre 18 e 75 anos, que estivessem em reabilitação de AVC, estando apto a participar de terapia grupal. E os critérios de exclusão foram apresentar transtornos neurológicos progressivos, insuficiente compreensão da língua holandesa e apresentar afasia moderada ou grave.

Os instrumentos utilizados foram o questionário de cinco níveis *EuroQol (EQ-5D-5L)* e o *Stroke Quality of Life Scale (SSQoLS-12)* foram utilizados como medida da qualidade de vida; As estratégias de enfrentamento foram medidas usando o *Coping Inventory for Stressful Situations (CISS)*; as habilidades de resolução de problemas foram medidas usando o *Social Problem Solving Inventory-Revised: Short Form (SPSI-R:SF)*; a depressão foi medida através do *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)* e a *Rakin's Scale* foi utilizada para medir o nível de independência. Os principais resultados apontam que os mais altos índices de sintomas depressivos foram encontrados em indivíduos mais jovens, frequentemente mulheres que sofreram AVC do tipo isquêmico. Os indivíduos com altos índices de depressão apresentaram piores resultados em todos os domínios da qualidade de vida/saúde. Os resultados sugerem também que eles também usaram mais enfrentamentos orientados para a emoção e esquiva e menos habilidades positivas de resolução de problemas (VISSER et al, 2015).

Törnbohm et al (2016) investigaram o impacto físico, cognitivo e emocional auto-avaliado e sua associação com a participação social no primeiro mês após o insulto cerebral. O estudo tem origem em um corte extraído de um estudo longitudinal anterior sobre as ramificações do AVC (Estudo *SALGOT*) na *Sahlgrenska University Hospital*, Gotemburgo, Suécia. A amostra foi composta por 117 participantes, oriundos de internações, por episódio de AVC, nas três unidades de AVC do referido hospital. As avaliações foram realizadas através do *National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS)*, na chegada ao hospital, afim de se identificar a gravidade do AVC e um mês após o AVC, através do SIS, questionário de auto-avaliação que estima como o AVC afetou a saúde e a qualidade de vida nos seguintes domínios: memória e pensamento, emoção, comunicação, atividades da vida diária, mobilidade, função da mão e força.

Os principais resultados apontaram que os participantes que apresentaram AVC mais grave perceberam maiores problemas e obtiveram menores pontuações em todos os domínios do SIS, embora os domínios emoção, memória, pensamento e comunicação fossem mais elevados que os demais, independentemente da gravidade do AVC. No primeiro mês após o

AVC, os participantes avaliaram, de forma geral, que as habilidades comunicativas e a capacidade de lembrar não eram tão problemáticas quanto a capacidade motora, as demais atividades da vida diária e a participação social como um todo. No presente estudo, 59% dos participantes relataram perceber que sua participação social era limitada no primeiro mês, o que pode ser associado a baixos rendimentos nos domínios físicos. Apesar de a maior parte dos participantes relatar que dominavam as habilidades básicas essenciais às interações sociais, esses perceberam também que para alcançar tanto, um grande esforço era empregado. De acordo com os autores, o presente estudo mostrou que, ainda que os participantes tenham percebido que suas habilidades comunicativas, cognitivas e emocionais eram satisfatórias, a maior parte deles relatou que o envolvimento em atividades sociais era bastante limitado (TÖRNBOM, et al. 2016).

Plante et al (2016) investigaram a associação entre a independência nas atividades da vida diária na alta da reabilitação e o grau de retomada de papéis sociais seis meses após a reabilitação em idosos. Participaram do estudo 111 adultos, selecionados em hospitais de cuidados agudos e instituições de reabilitação em três regiões da província de Quebec, Canadá. As atividades da vida diária foram medidas através de componentes do *Functional Measurement of Autonomy System (SMAF)* e os papéis sociais, foram medidos através do *Assessment of Life Habits (LIFE-H)*, que incluíam responsabilidades, relações interpessoais, vida comunitária e domínios de lazer.

Os resultados gerados através do SMAF refletiram perda de independência moderada, já a expressão dos papéis sociais variaram de acordo com os domínios individuais, com maiores pontuações no LIFE-H para relações interpessoais e menores pontuações para lazer. Os demais domínios, capacidade física, linguística, cognitiva e psicológica resultaram em variadas pontuações. Os resultados também apontaram que a independência nas atividades da vida diária estavam associadas à retomada de papéis sociais na alta da reabilitação, mas isso não se aplicou a todos os domínios dos papéis sociais. É o caso do domínio lazer, que de acordo com os autores pode ser influenciado por outros fatores, como disponibilidade da atividade, disponibilidade do apoio social ou do transporte. Os autores concluem que a associação entre atividades diárias na alta hospitalar e papéis sociais, seis meses após reabilitação, podem variar a depender do domínio da função social que se está avaliando (PLANTE, et al 2016).



### **3.3 Considerações gerais sobre o conjunto de estudos**

Estudos que associam lesões por AVC aos domínios das habilidades sociais, da competência social e das relações interpessoais de forma geral, não apresentaram uma sistemática ou uma padronização quanto aos instrumentos utilizados. A maior parte dos estudos encontrados não trazem os domínios das habilidades sociais como foco de suas investigações, sendo esses por vezes abordados como desdobramentos de pesquisa ou resultados secundários. Outro fator importante é que as referidas pesquisas não deixam claro qual a concepção de habilidades sociais, enquanto campo teórico- prático, é utilizada. Os estudos são relatos de pesquisas empíricas, porém estão permeados de termos subjetivos e pouco generalizáveis. De forma geral, os estudos que se propuseram, primária ou secundariamente, a investigar a relação supracitada privilegiaram a investigação em crianças e idosos e seus resultados sugeriram que o desempenho social após AVC apresentou alterações de moderadas a graves alguns domínios das relações interpessoais, assim como, no funcionamento social, o que poderia explicar o comprometimento nas interações sociais, recorrentemente citadas pelos autores. Alguns autores argumentaram que o AVC pode acarretar problemas comportamentais, tantos nos comportamentos gerais, quanto nos comportamentos adaptativos. Outra questão sugerida pelos resultados desse estudo é a elevação dos níveis de impulsividade vivenciadas por indivíduos que sofreram lesão por AVC. Os estudos sugerem também que tanto comportamentos internalizantes quanto externalizantes são apresentados por esses indivíduos, tais como ansiedade e depressão. Esses dois componentes não dizem respeito às classes de HS, mas representam fatores de risco para déficits nessas habilidades.

Os resultados encontrados nessa revisão explicitam a necessidade de se estudar mais extensivamente a relação entre AVC e HS, a fim de se obter maiores evidências sobre o potencial dano que esse tipo de lesão pode acarretar ao conjunto de habilidades sociais, consideradas essenciais para a manutenção de relações sociais satisfatórias.

### **3.4 Questão problema**

Partindo do pressuposto de que déficits em Habilidades Sociais estão relacionados com o acometimento por lesões cerebrais por AVC, assim como a constatação de que um número de adultos com histórico de danos dessa natureza vem crescendo, sem que investigações que priorizem essa associação sejam realizadas, o presente estudo propõe o seguinte questionamento geral:

Quais classes de Habilidades Sociais, são mais prejudicadas diante de uma lesão cerebral por AVC em adultos?

## **4 ESTUDO EMPÍRICO**

Esta sessão apresentará os objetivos geral e específicos do presente estudo. Em seguida será realizada a descrição do método, começando pelo delineamento da pesquisa realizada, a descrição dos locais onde foram coletados os dados, os indivíduos que participaram do estudo, os instrumentos utilizados na coleta dos dados, assim como procedeu a coleta e a análise dos dados obtidos. Por fim são trazidas as considerações sobre procedimentos éticos adotados no decorrer do estudo.

### **4.1 Objetivos**

#### **4.1.1 Objetivo Geral**

– Verificar a relação entre acidente vascular cerebral e déficits nas habilidades sociais em adultos.

#### **4.1.2 Objetivos Específicos**

- 1) Caracterizar o estado cognitivo dos indivíduos acometidos por AVC;
- 2) Identificar déficits e recursos em habilidades sociais de indivíduos com histórico de AVC, em comparação com a amostra normativa do instrumento Inventário de Habilidades Sociais (IHS-Del Prette);
- 3) Identificar déficits e recursos em habilidades sociais de indivíduos com histórico de AVC, em comparação a indivíduos sem histórico de AVC;
- 4) Verificar a relação entre o sexo, a idade e o repertório de habilidades sociais de indivíduos com histórico de AVC;
- 5) Verificar a relação entre o estado cognitivo e o repertório de habilidades sociais em pessoas com AVC.

## **4.2 Método**

### **4.2.1 Delineamento de pesquisa**

O presente estudo consiste em uma Pesquisa Correlacional, definida como o delineamento que permite ao pesquisador determinar a direção e a força da relação entre variáveis por meio de uma única estatística (KANTOWITZ; ROEDIGER III; ELMES, 2006). A Pesquisa Correlacional, assim como a maior parte dos estudos Relacionais, examina variáveis *ex post facto*, ou seja, os dados coletados não envolvem a manipulação direta de variáveis, sendo originados de eventos que ocorreram naturalmente. No que concerne a comparação de dois grupos de sujeitos, procedeu-se à um Quase-Experimento, técnica similar às análises *ex post facto* utilizadas nas pesquisas correlacionais, exceto que neste não se procede uma correlação entre variáveis e sim uma comparação de dois grupos naturais no que lhes diferencia, neste caso é a variável de sujeito, elemento típico de Quase-experimentos. A variável de sujeito neste delineamento desempenha o papel de variável independente (KANTOWITZ, ROEDIGER III, ELMES, 2006; COZBY, 2014).

De acordo com Kantowitz, Roediger III e Elmes (2006), a pesquisa do tipo Quase-experimental possui vantagens óbvias, pois usam variáveis que ocorrem naturalmente, as quais muitas vezes possuem um grande interesse intrínseco e implicações importantes na prática. Por se tratarem de estudos com variáveis de sujeito, o pesquisador pode selecioná-las ao invés de manipulá-las.

As avaliações das habilidades sociais e do estado cognitivo foram realizadas por meio da aplicação de instrumentos de medida validados. As entrevistas com o grupo de indivíduos com histórico de AVC (Grupo 1) foram realizadas de forma individual e por agendamento nas instituições nas quais estavam em reabilitação no período total de quatro meses e as entrevistas com o grupo de indivíduos sem histórico de AVC (Grupo 2), foram realizadas em uma escola pública da capital alagoana, de forma grupal no período de dois dias.

### **4.2.2 Descrição do local do estudo**

Os dados do presente estudo foram coletados em três instituições, duas das quais foram coletados os dados do Grupo 1 e a terceira do Grupo 2. Os dados do Grupo 1 foram coletados em instituições especializadas em reabilitação física: Associação Pestalozzi de Maceió e Associação dos deficientes físicos de Alagoas (ADEFAL). Os dados do Grupo 2 foram coletados na Escola Estadual Deputado Nenoí Pinto.

A Associação Nacional Pestalozzi oferece serviços a pessoas com deficiência de Maceió e demais municípios do Estado. Com a missão de prestar serviços com excelência em educação, saúde, trabalho, assistência social, esporte, cultura e lazer, contribuindo para a inclusão das pessoas com deficiência intelectual, física, auditiva e visual. Totalizando 11 unidades de atendimento no município de Maceió. (FENAPESTALOZZI, 2018).

A ADEFAL – Associação dos Deficientes Físicos de Alagoas é uma entidade filantrópica sem fins lucrativos com sede em Maceió-AL e tem como finalidade a defesa dos interesses das pessoas com deficiência. Desde fevereiro de 1994 a Adefal através do Centro de Medicina Física e Reabilitação. Em 1996 Adefal consegue o credenciamento com Sistema Único de Saúde (SUS), em 2001 a Instituição passa ser referência no atendimento de alta complexidade em Medicina Física e Reabilitação e passa a prestar serviços aos 102 municípios alagoanos (ADEFAL, 2018).

A Escola Estadual Deputado Nenoí Pinto está situada em um bairro periférico da cidade de Maceió. Em relação a estrutura física, a escola é constituída por dez salas de aula, uma sala de professores, uma sala de leitura, que funciona também como biblioteca, um laboratório de informática, uma sala de diretoria, uma secretaria, uma cozinha, banheiros, um pátio de recreação e uma quadra de esportes. A escola funciona nos horários matutino, vespertino e noturno, contando com uma equipe docente de 52 professores, entre efetivos e monitores. São ofertados pela escola as modalidades de ensino fundamental de 9 anos e Educação de jovens e adultos (EJA). Essas modalidades são divididas em 24 turmas entre os três turnos.

### **4.2.3 Participantes**

A amostragem foi do tipo não probabilística acidental (COZBY, 2013). Inicialmente a pretensão era trabalhar com indivíduos com faixa etária entre 18 e 55 anos, mas ao adentrar nas instituições onde foram realizadas as coletas, percebeu-se que se fosse mantida essa faixa etária não seria atingido o número mínimo de indivíduos proposto (N=50 para o Grupo 1), sendo assim, fixamos a faixa etária entre 18 e 59 anos. Foram entrevistadas 100 pessoas, das quais 50 pertenceram ao Grupo 1 e 50 ao Grupo 2. Os dados relativos aos participantes do Grupo 1, como supracitado, foram coletados na Associação Pestalozzi de Maceió (N=7) e ADEFAL (N=43). Os dados relativos ao Grupo 2 foram coletados na Escola Estadual Deputado Nenoí Pinto, salvaguardando os cuidados em sua escolha, primando pelo pareamento das características sociodemográficas com o Grupo 1, em termos de sexo, nível

de escolaridade e renda familiar, assim como à submissão desses aos critérios de inclusão (ter no mínimo 18 anos e no máximo 59 anos, não possuir renda familiar acima de 4 salários mínimos) e de exclusão (apresentar histórico clínico de AVC, diagnóstico de qualquer comprometimento cognitivo ou fazer uso excessivo de álcool e outras drogas).

#### **4.2.4 Instrumentos**

Foram utilizados três instrumentos, sendo um inventário, um teste e um questionário de investigação clínica e sociodemográfica. O inventário e o teste, consistem em instrumentos de medida que possuem evidências de validade, um para avaliação do repertório de habilidades sociais e outro para investigar indícios de comprometimento cognitivo. O questionário sociodemográfico e clínico incluiu questões sobre o histórico clínico do indivíduo, renda familiar. Os instrumentos serão descritos a seguir.

##### **4.2.4.1 Inventário de Habilidades Sociais (IHS – DEL PRETTE)**

Este instrumento visa a avaliar o repertório de habilidades sociais usualmente requerido em situações cotidianas (trabalho, família, amigos) por meio de 38 itens, que descrevem uma relação interpessoal e um possível desfecho. Na resposta a cada item, o respondente deve estimar a frequência com que reage a uma situação específica, em uma escala tipo Likert, que varia de 0 (nunca ou raramente) a 4 (sempre ou quase sempre), de 5 pontos, com um escore total entre 0 e 152. O instrumento visa a avaliar os seguintes aspectos: enfrentamento e autoafirmação com risco; autoafirmação na expressão de afeto positivo; conversação e desenvoltura social; autoexposição a desconhecidos ou a situações novas e autocontrole da agressividade em situações aversivas (DI DOMENICO-GRAZZIOTIN; SCORTEGAGNA, 2016).

Na interpretação dos resultados, quanto menor o percentil, mais o indivíduo tende a apresentar um déficit em seu repertório de HS e, quanto mais alto o percentil, melhor o seu repertório em HS. Os valores de 0 a 20 são considerados inferiores (I) e, nesse caso, apontam déficits em HS. Os percentis de 25 a 45 são considerados médios inferiores (MI), e os próximos a 50, médios (M), analisados como bom repertório. Valores de 55 a 75 são avaliados como médios superiores (MS), interpretados como repertório elaborado, e, de 80 em diante, superiores (S), correspondendo a um repertório bastante elaborado (DI DOMENICO-GRAZZIOTIN, SCORTEGAGNA, 2016).

Na análise das propriedades psicométricas, o IHS apresentou um padrão de confiabilidade e de consistência interna satisfatória com um alfa de Cronbach de 0,75; estabilidade teste-reteste ( $r=0,90$ ;  $p=0,001$ ) e validade concomitante com o Inventário de Rathus ( $r=0,79$ ;  $p=0,01$ ; Bandeira, Costa, Del Prette, Del Prette, & Gerk-Carneiro, 2000). Este instrumento foi validado para uma população universitária de 18 a 25 anos, porém, com base na experiência do uso deste em uma faixa de idade de 60 anos e mais (CORDEIRO et al (2007), tendo preservado suas propriedades psicométricas (DI DOMENICO-GRAZZIOTIN; SCORTEGAGNA, 2016), o presente estudo utilizou o referido instrumento na amostra de pesquisa entre 18 e 59 anos, com pequenas alterações na leitura do instrumento, onde o pesquisador optou por trazer sinônimos a algumas palavras que os participantes demonstraram ter dificuldade em entender.

#### **4.2.4.2 Mini exame do estado mental (MEEM – BERTOLUCCI)**

Este instrumento foi denominado de “mini” por concentrar apenas aspectos cognitivos da função mental, excluindo funções mentais anormais e encobertas. O mesmo tem como finalidade prática indicar se o indivíduo apresenta indícios de comprometimento cognitivo, através de questões agrupadas em sete categorias: orientação temporal, orientação espacial, memória imediata (registro de três palavras), atenção e cálculo, evocação (recordação de três palavras), linguagem e capacidade construtiva visual. O instrumento conta com um total de 11 itens, de resposta livre, exceto pelos itens 8, 10 e 11, que requerem do respondente que desempenhe tarefas para avaliação de sua capacidade motora. Sua pontuação total varia de 0 a 30 pontos e seus pontos de corte estão associados ao nível de escolaridade do respondente (BERTOLUCCI et al, 1994).

Na interpretação dos resultados, são somados os escores atribuídos a cada atividade completada, resultando num escore global que pode variar de um mínimo de zero pontos, indicando um maior grau de comprometimento cognitivo, até um total de no máximo trinta pontos, que por sua vez, indica uma capacidade cognitiva intacta (BRUCKI et al, 2003).

Os valores de corte utilizados foram os propostos por Bertolucci (1994), que considerou 13 pontos para analfabetos, 18 para indivíduos com baixa e média escolaridade e 26 para indivíduos com alta escolaridade, que compreendiam 1 a 4, 4 a 7 e 8 ou mais anos de estudo respectivamente. No presente estudo não foram entrevistados indivíduos analfabetos, sendo assim foram considerados apenas os pontos de corte para baixa e média escolaridade e alta escolaridade.

Na análise das propriedades psicométricas, o MEEM apresentou, em um estudo com população idosa, um nível satisfatório de confiabilidade e consistência interna, com um alfa de Cronbach de 0,796 (SANTOS et al, 2010) e em um estudo com diversas faixas etárias apresentou sensibilidade de 82,4%; especificidade de 97,5% (BERTOLUCCI et al, 1994). Foram realizadas alterações na versão original deste instrumento, afim de adaptá-lo à aplicação no Brasil e o presente estudo foi considerada a versão validada por Bertolucci et al (1994), que teve sua amostra dividida por idade: jovens de 15 a 50 anos, adultos de 51 a 64 anos e idosos acima de 65 anos (BRUCKI et al, 2003).

A escolha desse instrumento se deu primeiro por se tratar de um teste simples, de rápida aplicação, que dispensa material complementar e conhecimento especializado, podendo ser aplicado por qualquer profissional que esteja atuando no âmbito da saúde. Ele consiste em um instrumento de rastreio cognitivo, para pessoas adultas e idosas, mais utilizado no mundo, com tradução para mais de 35 países. Este instrumento, vem sendo utilizado no âmbito de pesquisas de forma individual ou como parte integrante de baterias de avaliação neurológica/neuropsicológica (MELO; BARBOSA, 2015).

#### **4.2.4.3 Anamnese**

Entrevista previamente estruturada (Anexo) pela autora com o objetivo de acessar o histórico clínico e social do indivíduo, que incluiu detalhes de seu quadro clínico, antecedentes pessoais e familiares e histórico socioeconômico. As informações colhidas nessa etapa de pesquisa foram analisadas, agrupadas em forma de categorias e contabilizadas em termos de percentual de frequência no item Descrição da amostra- Características sociodemográficas e clínicas dos participantes- apresentado nos resultados desse estudo.

#### **4.2.5 Procedimento de coleta de dados**

A aplicação dos instrumentos de medida foi realizada pela mestranda pesquisadora. Os sujeitos do Grupo 1 foram abordados na instituição Associação Pestalozzi de Maceió e ADEFAL e os sujeitos do Grupo 2 foram abordados na Escola Estadual Deputado Nenoí Pinto. Os Grupos foram convidados a participar da pesquisa e em seguida foi requerido os mesmos assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE. Cada participante do Grupo 1 passou inicialmente por uma anamnese, para um melhor aprofundamento de seu quadro clínico, em seguida foi aplicado o *Mini Exame do Estado Mental (MEEM)*, afim de investigar indícios de comprometimentos cognitivos e por fim, foi aplicado do *Inventário de*



*Habilidades Sociais (IHS)*, a fim de avaliar seu repertório de habilidades sociais. Essa aplicação deu de forma individual, em uma sala, reservada pelas instituições supracitadas, ao mestrado para proceder com a coleta dos dados. Os participantes do Grupo 2 tiveram seu repertório de habilidades sociais avaliado por meio do IHS-Del Prette, não sendo necessária a aplicação do MEEM, uma vez que foram atendidos os critérios de inclusão para o referido grupo. Aplicação do instrumento foi feita de forma coletiva em uma sala disponibilizada pela diretora da escola à mestranda para esta coleta. Após aplicação coletiva do IHS-Del Prette, os indivíduos responderam de forma individual à anamnese. A coleta dos dados do Grupo 2, foi feita em dois momentos diferentes de forma padronizada. O tempo de aplicação para o grupo 1 (aplicação individual), foi de aproximadamente 30-40 minutos por indivíduo e para o grupo 2 (aplicação coletiva), foi de aproximadamente 20 minutos.

#### **4.2.6 Procedimento de análise de dados**

Os dados foram analisados por meio de estatísticas descritivas e inferenciais, utilizando-se o programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, em sua versão 22.0. Inicialmente, foi utilizado o teste *Kolmogorov-Smirnov*, para verificar se os dados eram procedentes de uma população com distribuição normal e, assim escolher se seriam utilizados testes paramétricos ou não-paramétricos nas demais análises. Comprovada a não normalidade da distribuição, os testes utilizados subsequentemente foram não-paramétricos.

Foram realizadas estatísticas descritivas das características sociodemográficas dos participantes, assim como a análise da equivalência entre os dois grupos, realizada por meio do teste *Mann Whitney*. Foram realizadas análises por item do IHS-Del Prette, por meio do teste Qui-quadrado. Para a análise dos postos percentílicos do IHS, assim como o ponto de corte do MEEM, foram utilizados os valores fornecidos pelos escores globais por participante nesses instrumentos. As informações fornecidas pela anamnese foram analisadas e agrupadas em forma de categorias, as quais foram contabilizadas em termos de percentual de frequência.

Foi utilizado o teste *U* de *Mann Whitney* para se comparar os postos médios entre os grupos, considerando os escores globais e os escores por subescala, a fim de se estimar se existiu diferença estatisticamente significativa entre os resultados dos grupos testados. Para verificar a associação entre o estado cognitivo e os resultados no IHS foram realizadas análises de correlação  $\rho$  de *Spearman*. Nos testes inferenciais, foi adotado um intervalo de confiança de 95% ( $p < 0,05$ ).

#### **4.2.7 Considerações éticas**

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alagoas, processo número 66361017.2.0000.5013, parecer de aprovação número 2082138. A coleta de dados foi autorizada pelas instituições, sendo no Grupo 1 mediante documento assinado em reunião com as equipes médica e o centro de pesquisa e no Grupo 2, mediante documento assinado em reunião com a diretora geral da escola. Os participantes foram esclarecidos sobre o anonimato e sigilo de suas respostas. O caráter voluntário de suas participações, bem como o respeito às diretrizes éticas que regem a pesquisa com seres humanos foram assegurados.

Os sujeitos foram informados de que sua participação na pesquisa não ocasionaria danos e desconfortos gerados pela pesquisa, se solicitado, seriam acolhidos e trabalhados com o suporte do Serviço de Psicologia Aplicada da Universidade Federal de Alagoas (SPA-UFAL). Os sujeitos foram informados, antecipadamente, sobre a duração aproximada (30-40 minutos) da entrevista de coleta de dados. A cada participante, foi oferecido um número de telefone da mestranda pesquisadora responsável e também esclarecido que se necessário fosse, eles poderiam entrar em contato para tirar possíveis dúvidas e tomar conhecimento do desenvolvimento da pesquisa.

## 5 RESULTADOS

Esta sessão apresentará os resultados obtidos no presente estudo, na seguinte ordem: Primeiro, será apresentada a descrição da amostra estudada. Em seguida, a equivalência entre os grupos estudados. Adiante, serão apresentados os resultados referentes ao estado cognitivo dos participantes com AVC. Em seguida, a descrição das análises por item e por postos percentílicos no IHS-Del Prette, e a comparação dos resultados dos participantes, nessas análises, com a amostra normativa e com o Grupo 2 do presente estudo. No momento seguinte, serão apresentados os resultados das diferenças entre os grupos, no que circunda o desempenho global e por subescalas no IHS-Del Prette. Posteriormente serão apresentados os resultados das análises das diferenças entre sexo, idade e o repertório de habilidades sociais e por fim os resultados da análise da relação entre os escores globais no MEEM e os escores globais e fatoriais no IHS-Del Prette.

### 5.1 Normalidade da distribuição

Para determinar se as análises desse estudo seriam feitas a partir de testes paramétricos ou não-paramétricos, os escores globais e as subescalas do IHS-Del Prette e os escores globais do MEEM foram submetidos ao teste de normalidade *Kolmogorov-Smirnov*. Para que seja constatada a normalidade das distribuições, a partir desse teste estatístico, o valor de  $p$  deve ser maior que 0.05, neste caso testes paramétricos deverão ser utilizados. Caso o valor de  $p$  seja menor que 0,05, denotando distribuição não normal, as análises subsequentes deverão ser realizadas por meio de testes não-paramétricos.

Os resultados dessa análise indicaram que os dados do escore global ( $K-S= 0,116, p= 0,002$ ), assim como os dados das subescalas (S1:  $K-S= 0,132, p= 0$ ; S2:  $K-S= 0,253, p=0$ ; S3:  $K-S= 0,193, p= 0$ ; S4:  $K-S= 0,168, p= 0$ ; S5:  $K-S= 0,267, p= 0$ ) possuíam uma distribuição não normal. Os resultados referentes ao escore global do MEEM ( $K-S= 0,214, p= 0$ ) também apresentaram distribuição não normal. Com esses resultados, as análises que seguem foram realizadas por meio de testes não-paramétricos para os dados que não apresentaram distribuição normal.

## 5.2 Descrição da amostra

### 5.2.1 Características sociodemográficas e clínicas dos participantes

Serão apresentados aqui os resultados das análises das anamneses e subsequentes categorizações, contabilizadas em termo de percentual de frequência. No que concerne as características sociodemográficas, de um total de 100 participantes, a maioria era mulher (54%). A idade média dos participantes foi de 47,7 anos, com desvio padrão de 9,7, com mínimo de 18 e máximo de 59 anos. Sessenta por cento da amostra possuía Ensino Fundamental 1. Quarenta e seis por cento relatou ter o status civil de casado. Oitenta e três por cento dela possuía renda própria, sendo que no Grupo 1, essa renda era majoritariamente proveniente de Aposentadoria (18%) e Auxílio doença (19%). A maior parte dos participantes recebia entre um e dois salários mínimos (77%) e 40% dessa renda familiar aproximada era originária de trabalho formal. As características sociodemográficas e clínicas dos participantes estão descritas na Tabela 1.

**Tabela 1- Características sociodemográficas e clínicas dos participantes**

Variáveis	Categoria	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Sexo	Feminino	54	54%
	Masculino	46	46%
Idade	18- 30 anos	7	7%
	31- 45 anos	27	27%
	46- 59 anos	66	66%
Escolaridade	Ensino Fundamental 1	60	60%
	Ensino Fundamental 2	24	24%
	Ensino Médio	12	12%
	Ensino Superior	4	4%
Estado civil	Solteiro (a)	29	29%
	Casado (a)	46	46%
	Separado/Divorciado (a)	23	23%
	Viúvo (a)	5	5%
Possui renda própria	Sim	83	83%
	Não	17	17%
Origem da renda	Trabalho formal	40	40%
	Aposentadoria	18	18%
	Auxílio doença	19	19%
	Pensão	6	6%
Renda familiar	De 1 a 2 salários mínimos	77	77%
	De 2 a 3 salários mínimos	13	13%
	Mais de 3 salários mínimos	10	10%

### 5.3 Análise da equivalência entre os grupos

Foram utilizados dois testes estatísticos para analisar a equivalência entre os grupos entre os dois grupos amostrais (com e sem histórico de AVC). O primeiro teste utilizado foi o *Mann Whitney*, a fim de analisar a equivalência nas variáveis idade e escolaridade. Os resultados mostraram que em relação às variáveis escolaridade ( $U=974,000$ ,  $p= 0,03$ ) e idade ( $U= 684,000$ ,  $p= 0$ ) o valor de  $p$  foi menor que valor de  $\alpha$  (0,05), indicando que existiu uma diferença significativa entre os grupos. A Tabela 2 apresenta os resultados das análises de equivalência referentes às variáveis idade e escolaridade.

**Tabela 2- Análise de equivalência entre os grupos, para idade e escolaridade**

Variável	Categoria	N	Posto Médio
Idade	Com AVC	50	61,82
	Sem AVC	50	39,18
Escolaridade	Com AVC	50	56,02
	Sem AVC	50	44,98

O segundo teste utilizado foi o *Qui- quadrado*, para analisar a equivalência na variável sexo. Em relação à variável sexo ( $\chi^2= 0,644$ ,  $p= 0,42$ ), sendo o valor de  $p$  maior que o valor de  $\alpha$ , não há evidências suficientes para concluir que tenha existido diferença estatisticamente significativa entre os grupos, no que tange a variável supracitada. A Tabela 3 apresenta o resultado referente à variável sexo.

**Tabela 3- Análise de equivalência entre os grupos referente à variável sexo**

Variável	Categoria	N	Estatística $\chi^2 (p)$
Sexo	Com AVC	50	0,644 (0,42)
	Sem AVC	50	

$\chi^2 =$  *Qui- quadrado*;  $p =$  Probabilidade associada

### 5.4 Análise dos escores globais no MEEM na amostra de participantes com AVC

Serão apresentados aqui os resultados da análise, pelos escores globais individuais, do estado cognitivo dos participantes com AVC, assim como os resultados das análises por item no MEEM, a fim de avaliar a frequência de pontuação obtida pelos participantes em cada item. O MEEM foi aplicado a fim de identificar se os participantes apresentavam indício de comprometimento cognitivo que pudesse influenciar negativamente nas respostas ao IHS-Del Prette. Seguindo as normas do estudo original (Bertolucci, 1994) de validação do instrumento no Brasil, os pontos de corte aqui utilizados foram: 18 pontos para participantes que possuíam até 8 anos incompletos de estudo e 26 pontos para participantes que possuíam 8 anos completos ou mais de estudo. Em consonância com a divisão das categorias feita pelo estudo original, os níveis de escolaridade neste estudo foram divididos em duas categorias: “Ensino Fundamental 1 e 2” e “Ensino médio e superior”. Os resultados mostraram que 94% da amostra apresentou resultados que os posicionou acima do ponto de corte.

As Tabelas 4 e 5, apresentam, com base nos escores globais e por itens do MEEM, as médias e desvios- padrão por item e a quantidade de participantes acima e abaixo do ponto de corte, considerando as normas do estudo original.

**Tabela 4- Médias e desvios- padrão dos escores por itens do MEEM**

<b>Item</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio- padrão</b>
Orientação temporal	4,66	0,51
Orientação espacial	4,82	0,43
Memória imediata	2,84	0,51
Cálculo	4,66	1,06
Evocação de palavras	2,02	0,91
Linguagem 1	1,96	0,28
Linguagem 2	0,94	0,24
Linguagem 3	2,6	0,73
Linguagem 4	0,76	0,43
Linguagem 5	0,1	0,3
Capacidade construtiva visual	0,26	0,44

**Tabela 5- Pontos de corte em relação ao escore global do MEEM**

<b>Escolaridade</b>	<b>Frequência (n)</b>	<b>Ponto de corte</b>		<b>Porcentagem (%)</b>	
		<b>Acima</b>	<b>Abaixo</b>	<b>Acima</b>	<b>Abaixo</b>
Ensino Fundamental 1 e 2	36	34	2	68%	4%
Ensino médio e superior	14	13	1	26%	2%
Total	50	47	3	94%	6%

## 5.5 Características do repertório de habilidades sociais pelo IHS-Del Prette na amostra de indivíduos com AVC

### 5.5.1 Análise dos escores por item

O objetivo dessa análise foi avaliar, de forma individual, a frequência de pontuação obtida em cada item, pelos participantes com AVC, para assim ter subsídio para inferir sobre quais as habilidades sociais, especificamente, apresentam maior e menor pontuação. A Tabela 6 apresenta as médias, desvios-padrão e porcentagem de respostas aos itens do inventário. Cada item possui cinco alternativas de respostas que variam de 0 (nunca ou raramente), 1 (com pouca frequência), 2 (com regular frequência), 3 (muito frequentemente) a 4 (sempre ou quase sempre). Para organização na tabela 3, as alternativas de respostas foram agrupadas em três níveis, quais sejam: “0 e 1”, “2” e “3 e 4”.

**Tabela 6- Médias e desvios-padrão dos escores dos itens do IHS-Del-Prette e porcentagens das alternativas de resposta**

Item	Média / Desvio-padrão	Porcentagens (%)		
		0 e 1	2	3 e 4
1. Manter conversas com desconhecidos	0,64(1,481)	84%	0%	16%
2. Pedir mudança de conduta	1,26(1,838)	68%	2%	30%
3. Agradecer elogios	3,96(0,283)	0%	2%	98%
4. Interromper a interrupção do outro	3,24(1,546)	20%	0%	80%
5. Cobrar dívida de amigo	3,04(1,726)	24%	0%	76%
6. Elogiar outrem	3,96(0,198)	0%	4%	96%
7. Apresentar-se a outra pessoa	1,76(2,006)	56%	0%	44%
8. Participar de conversação	0,50(0,995)	78%	18%	4%
9. Falar a público desconhecido	1,88(0,895)	14%	74%	12%
10. Expressar sentimento positivo	3,82(0,629)	2%	10%	88%
11. Discordar de autoridade	1,52(1,930)	62%	2%	36%
12. Abordar para relação sexual	1,86(1,938)	50%	6%	44%
13. Reagir a elogio	0,82(1,304)	68%	22%	10%
14. Falar a público conhecido	3,26(1,523)	18%	2%	80%
15. Lidar com críticas injustas	3,32(1,491)	16%	2%	82%
16. Discordar do grupo	3,06(1,659)	22%	0%	78%
17. Encerrar conversação	0,34(0,895)	86%	10%	4%
18. Lidar com críticas dos pais	0,52(1,182)	82%	6%	12%
19. Abordar autoridade	0,86(1,107)	60%	36%	4%
20. Declarar sentimento amoroso	2,22(1,941)	44%	2%	54%
21. Devolver mercadoria defeituosa	3,92(0,566)	2%	0%	98%
22. Recusar pedidos abusivos	0,64(1,025)	70%	28%	2%
23. Fazer pergunta a desconhecido	1,16(1,201)	48%	44%	8%
24. Encerrar conversa ao telefone	0,62(1,260)	78%	12%	10%

25. Lidar com críticas justas	3,74(0,965)	6%	0%	94%
26. Pedir favores a desconhecidos	1,18(1,124)	42%	56%	2%
27. Expressar desagrado a amigos	3,54(1,261)	12%	0%	88%
28. Elogiar familiares	3,90(0,580)	2%	0%	98%
29. Fazer pergunta a conhecidos	3,50(1,282)	12%	2%	86%
30. Defender outrem em grupo	3,18(1,508)	22%	2%	76%
31. Cumprimentar desconhecidos	3,82(0,873)	4%	2%	94%
32. Pedir ajuda a amigos	1,74(1,882)	54%	4%	42%
33. Negociar uso de preservativos	0,96(1,087)	54%	44%	2%
34. Recusar pedido abusivo	1,56(1,232)	32%	58%	10%
35. Expressar sentimento positivo	3,62(1,105)	8%	6%	86%
36. Manter conversação	0,98(1,040)	52%	46%	2%
37. Pedir favores a colegas	0,78(1,475)	76%	8%	16%
38. Lidar com chacotas	2,24(1,923)	42%	2%	56%

As pontuações médias dos itens acima variaram de um mínimo de 0,34 a 3,96. Quanto aos resultados das porcentagens, os itens que apresentaram mais de 80% das respostas, nas alternativas 0 (Nunca ou raramente) e 1 (Com pouca frequência) foram: Manter conversa com desconhecidos (Item 1), encerrar conversação (Item 17) e lidar com críticas dos pais (Item 18). Na alternativa de resposta 2 (Com regular frequência) nenhum item alcançou mais de 80% das respostas, sendo o maior resultado de frequência 74% no item 9 (Falar a público desconhecido). Os itens que apresentaram mais de 80% das respostas entre as alternativas 3 (muito frequentemente) e 4 (sempre ou quase sempre) foram: Agradecer elogios (Item 3), elogiar outrem (Item 6), expressar sentimento positivo (Item 10 e 35), lidar com críticas injustas (Item 15), devolver mercadoria defeituosa (Item 21), lidar com críticas justas (Item 25), expressar desagrado a amigos (Item 27), elogiar familiares (Item 28), fazer perguntas a conhecidos (Item 29) e cumprimentar desconhecidos (Item 31); já os itens que apresentaram um resultado de frequência inferior a 5% foram: Participar de conversação (Item 8), encerrar conversação (Item 17), abordar autoridade (Item 19), recusar pedidos abusivos (Item 22), pedir favores a desconhecidos (Item 26), negociar uso de preservativo (Item 33) e manter conversação (Item 36).



### 5.5.2 Análise dos postos percentílicos do IHS-Del Prette pelos escores globais

A classificação do repertório de habilidades sociais dos participantes, com histórico de AVC, em relação aos escores globais, foi realizada a partir dos dados normativos do estudo original do IHS-Del Prette, calculado em termo de percentis (Del Prette & Del Prette, 2001).

De acordo com essa classificação, o repertório é dividido em cinco categorias de percentis (P), a saber: 1) Indicação para treinamento de habilidades sociais ( $P < 25$ ); 2) Bom repertório de habilidades sociais- baixo da média ( $P = 25$  e  $< 50$ ); 3) Repertório médio ( $P = 50$ ); 4) Bom repertório de habilidades sociais- acima da média ( $P > 50$  e  $< 75$ ) e 5) Repertório bastante elaborado ( $P \geq 75$ ). O cálculo para obtenção dos postos percentílicos, foi realizado considerando o sexo de cada respondente, seguindo as normas do estudo original.

Foi verificado na amostra com AVC um percentual de 92% dos participantes classificados com um bom repertório de habilidades sociais, abaixo da mediana e 8% dos participantes classificados com um repertório deficitário de habilidades sociais. A Tabela 7 apresenta os resultados da classificação dos repertórios de habilidades sociais dos participantes de ambos os sexos, referente ao escore global do IHS-Del Prette.

**Tabela 7 - Classificação do repertório de habilidades sociais dos participantes de ambos os sexos referente ao escore global do IHS-Del Prette**

Classificação do repertório de Habilidades Sociais IHS-Del Prette	Amostra	
	(n)	(%)
▪ Repertório deficitário de habilidades sociais ( $P < 25$ )	4	8%
▪ Bom repertório de habilidades sociais (Abaixo da mediana) ( $P = 25 < 50$ )	46	92%
▪ Repertório mediano ( $P = 50$ )	0	0%
▪ Bom repertório de habilidades sociais (Acima da mediana) ( $P > 50 < 75$ )	0	0%
▪ Repertório bastante elaborado de habilidades sociais ( $P \geq 75$ )	0	0%
▪ <b>Total</b>	50	100%

Na amostra feminina (25 participantes) foi verificado um percentual de aproximadamente 86,5% classificadas com um bom repertório de habilidades sociais, abaixo da mediana e aproximadamente 13,5% classificadas com um repertório deficitário de habilidades sociais. A Tabela 8 apresenta os resultados da classificação dos repertórios de habilidades sociais dos participantes do sexo feminino, referente ao escore global do IHS-Del Prette.

**Tabela 8- Classificação do repertório de habilidades sociais dos participantes do sexo feminino referente ao escore global do IHS-Del Prette**

Classificação do repertório de Habilidades Sociais IHS-Del Prette	Amostra	
	(n)	(%)
▪ Repertório deficitário de habilidades sociais (P<25)	3	± 13,5%
▪ Bom repertório de habilidades sociais (Abaixo da mediana) (P=25<50)	22	± 86,5%
▪ Repertório mediano (P=50)	0	0%
▪ Bom repertório de habilidades sociais (Acima da mediana) (P>50 <75)	0	0%
▪ Repertório bastante elaborado de habilidades sociais (P≥75)	0	0%
▪ <b>Total</b>	25	100%

Na amostra masculina (25 participantes), foi verificado que 98% da amostra foi classificada em um bom repertório de habilidades sociais e 2% classificado com um repertório deficitário dessas habilidades. A Tabela 9 apresenta os resultados da classificação dos repertórios de habilidades sociais dos participantes do sexo masculino, referente ao escore global do IHS-Del Prette.

**Tabela 9 - Classificação do repertório de habilidades sociais dos participantes do gênero masculino referente ao escore global do IHS-Del Prette**

Classificação do repertório de Habilidades Sociais IHS-Del Prette	Amostra	
	(n)	(%)
▪ Repertório deficitário de habilidades sociais (P<25)	1	± 2%
▪ Bom repertório de habilidades sociais (Abaixo da mediana) (P=25<50)	24	±98%
▪ Repertório mediano (P=50)	0	0%
▪ Bom repertório de habilidades sociais (Acima da mediana) (P>50 <75)	0	0%
▪ Repertório bastante elaborado de habilidades sociais (P≥75)	0	0%
▪ <b>Total</b>	25	100%

### 5.6 Comparação do repertório de habilidades sociais entre indivíduos com AVC e indivíduos sem AVC, por meio do IHS-Del Prette

Serão apresentados, a seguir, os resultados das análises dos escores globais do IHS-Del Prette. Essas análises foram realizadas por meio do teste *Mann Whitney*, para comparar os postos médios dos dois grupos (Grupo 1 e Grupo 2). Os resultados ( $U= 900,000$ ,  $p= 0,016$ ) demonstraram que  $p \leq 0,05$ , confirmando, mais uma vez, que houve diferença entre os grupos.

De forma inesperada, os participantes com histórico de AVC apresentaram um escore global no IHS-Del Prette mais elevado que os participantes sem histórico de AVC. A Tabela 10 apresenta os resultados da análise da variável categórica histórico de AVC em relação ao escore global do IHS-Del Prette.

**Tabela 10 - Análise da variável histórico de AVC em relação ao posto médio no IHS-Del Prette**

Variável	Categoria	n	Postos Médios
Histórico de AVC	Com AVC	50	57,50
	Sem AVC	50	43,50

Serão apresentados na Tabela 11 os resultados da análise do postos médios referente às subescalas do IHS-Del Prette. As análises foram realizadas por meio do teste *Mann Whitney*, e os resultados dos postos médios serão comparados entre os grupos. Os resultados (S1:  $U=1079,500$ ,  $p= 0,236$ ; S3:  $U=1175,500$ ,  $p=0,604$ ; S5:  $U=992,500$ ,  $p=0,060$ ) mostram que nas subescalas 1, 3 e 5 (Enfrentamento de risco, conversação e desenvoltura social e auto-controle da agressividade em situações aversivas respectivamente), os valores de  $p$  foram maiores que 0,05, confirmando assim, que não houve diferença entre os grupos; já nas subescalas 2 e 4 (Auto- afirmação na expressão de afeto positivo e auto- exposição a desconhecidos e a situações novas respectivamente), os resultados (S2:  $U=606,000$ ,  $p=0$ ; S4:  $U=330,500$ ,  $p=0$ ) mostraram que os valores de  $p$  foram menores que 0,05, sugerindo que houve uma diferença entre os grupos.

**Tabela 11 - Análise da variável histórico de AVC em relação aos postos médios do IHS-Del Prette por subescala**

Subescala	Categoria	N	Postos Médios
Enfrentamento com risco (Subescala 1)	Com AVC	50	53,91
	Sem AVC	50	47,09
Auto- afirmação na expressão de afeto positivo (Subescala 2)	Com AVC	50	63,38
	Sem AVC	50	37,62
Conversação e desenvoltura social (Subescala 3)	Com AVC	50	51,99
	Sem AVC	50	49,01

Auto – exposição a desconhecidos ou a situações novas (Subescala 4)	Com AVC	50	32,11
	Sem AVC	50	68,89
Auto- controle da agressividade em situações aversivas (Subescala 5)	Com AVC	50	55,65
	Sem AVC	50	45,35

### 5.7 Análise da relação entre o sexo e o repertório de habilidades sociais pelos escores globais, fatoriais e por item do IHS-Del Prette na amostra de indivíduos com AVC

Aqui serão apresentados os resultados referentes a análise das diferenças entre o sexo com base nos escores globais, por subescala e por item no IHS-Del Prette para a amostra com AVC. As análises foram realizadas por meio do teste *Mann Whitney*. Os resultados do teste de *Mann Whitney* para os escores globais no IHS-Del Prette ( $U=246,500$ ,  $p=0,200$ ) mostraram que a diferença entre os escores globais das amostras feminina e masculina não é estatisticamente significativa.

Os resultados do teste considerando os escores por subescala mostraram que, não houve uma diferença estatisticamente significativa entre os escores por subescalas nas amostras feminina e masculina, exceto pela subescala 4 (exposição a desconhecidos ou situações novas), onde a amostra masculina apresentou um escore significativamente maior que a feminina (S1:  $U=297,00$ ,  $p=0,756$ ; S2:  $U=307,00$ ,  $p=0,908$ ; S3:  $U=306,00$ ,  $p=0,897$ ; S4:  $U=175,00$ ,  $p=0,006$ ; S5:  $U=302,00$ ,  $p=0,832$ ). A Tabela 12 apresenta os resultados da análise, entre os sexos, dos escores global e por subescala no IHS-Del Prette.

**Tabela 12 - Análise dos postos médios do IHS-Del Prette por subescala entre os sexos**

Subescala	Sexo	Postos Médios
Escore Global IHS-Del Prette	Feminino	22,86
	Masculino	28,14
Enfrentamento com risco (Subescala 1)	Feminino	24,88
	Masculino	26,12
Auto- afirmação na expressão de afeto positivo (Subescala 2)	Feminino	25,72
	Masculino	25,28
Conversação e desenvoltura social (Subescala 3)	Feminino	25,24
	Masculino	25,76

Auto – exposição a desconhecidos ou a situações novas (Subescala 4)	Feminino	20,00
	Masculino	31,00
Auto- controle da agressividade em situações aversivas (Subescala 5)	Feminino	25,92
	Masculino	25,08

Quanto aos resultados na análise por itens, a análise mostrou que a amostra feminina apresentou valores médios maiores que a amostra masculina nos itens 11 (Discordar de autoridade), 23 (Fazer pergunta a desconhecidos), 24 (Encerrar conversa ao telefone) e 33 (Negociar o uso de preservativo). Já a amostra masculina apresentou valores médios significativamente maiores que a amostra feminina nos itens 12 (Abordar para relação sexual), 18 (Lidar com crítica dos pais), 20 (Declarar sentimento amoroso) e 32 (Pedir ajuda a amigos). Esses resultados indicam que a amostra masculina, de forma geral, obteve melhores resultados na avaliação de suas habilidades sociais. A Tabela 13 apresenta os resultados da análise por item entre os sexos no IHS-Del Prette.

**Tabela 13 - Análise dos postos médios por item entre os sexos**

<b>Item</b>	<b>Postos médios sexo feminino</b>	<b>Postos médios sexo masculino</b>
1. Manter conversas com desconhecidos	26,50	24,50
2. Pedir mudança de conduta	26,36	24,64
3. Agradecer elogios	26,00	25,00
4. Interromper a interrupção do outro	25,50	25,50
5. Cobrar dívida de amigo	24,50	26,50
6. Elogiar outrem	25,50	25,50
7. Apresentar-se a outra pessoa	25,50	25,50
8. Participar de conversação	26,96	24,04
9. Falar a público desconhecido	26,88	24,12
10. Expressar sentimento positivo	27,52	23,48
11. Discordar de autoridade	28,60	22,40
12. Abordar para relação sexual*	21,68	29,32
13. Reagir a elogio	26,06	24,94
14. Falar a público conhecido	25,70	25,30
15. Lidar com críticas injustas	26,10	24,90
16. Discordar do grupo	26,70	24,30
17. Encerrar conversação*	28,04	22,96
18. Lidar com críticas dos pais	23,82	27,18
19. Abordar autoridade	25,90	25,10
20. Declarar sentimento amoroso*	19,98	31,02

21. Devolver mercadoria defeituosa	26,00	25,00
22. Recusar pedidos abusivos	25,16	25,84
23. Fazer pergunta a desconhecido*	30,58	20,42
24. Encerrar conversa ao telefone	28,16	22,84
25. Lidar com críticas justas	25,46	25,54
26. Pedir favores a desconhecidos	27,26	23,74
27. Expressar desagrado a amigos	25,06	25,94
28. Elogiar familiares	25,52	25,48
29. Fazer pergunta a conhecidos	24,96	26,04
30. Defender outrem em grupo	24,88	26,12
31. Cumprimentar desconhecidos	24,52	26,48
32. Pedir ajuda a amigos	21,84	29,16
33. Negociar uso de preservativos*	29,16	21,84
34. Recusar pedido abusivo	27,64	23,36
35. Expressar sentimento positivo	21,12	26,88
36. Manter conversação	27,22	23,78
37. Pedir favores a colegas	24,32	26,68
38. Lidar com chacotas	26,88	24,12

\*Itens em que a diferença entre os sexos foi estatisticamente significativa.

### 5.8 Análise da relação entre idade e o repertório de habilidades sociais pelos escores globais no IHS-Del Prette, na amostra com AVC

Aqui serão apresentados os resultados referentes a análise das diferenças entre idade e o repertório de habilidades sociais, com base nos escores globais no IHS-Del Prette. A referida análise foi realizada, na amostra de participantes com AVC por meio do teste de *Spearman*. Os resultados do teste de *Spearman* ( $\rho=0,114$ ,  $p=0,430$ ) mostraram que não existe relação entre a variável idade e os escores globais no IHS-Del Prette.

### 5.9 Análise da correlação entre escores globais do MEEM e os escores globais e fatoriais do IHS-Del Prette

Aqui será apresentado o resultado da análise da relação entre o estado cognitivo, avaliado através do MEEM, e os escores globais e fatoriais no IHS-Del Prette. A análise de correlação foi realizada por meio do teste de *Spearman*. Relativo a essa relação, os resultados mostraram que tanto a relação dos resultados do MEEM com os escores globais, quanto com os escores fatoriais, não foi significativa, pois apesar de as correlações apresentarem um valor de  $\rho$  moderado, nenhum dos resultados apresentou significância estatística (Escore global:  $\rho=0,214$ ,  $p=0,135$ ; S1:  $\rho=0,054$ ,  $p=0,710$ ; S2:  $\rho=0,276$ ,  $p=0,052$ ; S3:  $\rho=0,126$ ,  $p=0,383$ ; S4:  $\rho=0,058$ ,  $p=0,690$ ; S5:  $\rho=0,072$ ,  $p=0,619$ ). Esses resultados indicam que o estado cognitivo,

nesta amostra, não influenciou nos resultados da escala de habilidades sociais, em seu conteúdo global e por subescala.

## 6 DISCUSSÃO

A ordem de apresentação da presente sessão considerará a ordem de apresentação da sessão de Resultados. Primeiro, serão discutidos os resultados referentes à descrição da amostra estudada. Em seguida, serão realizadas considerações acerca a equivalência entre os grupos estudados. Adiante, se seguirão as considerações sobre o estado cognitivo dos participantes com AVC. Em seguida, serão discutidas as análises por item e por postos percentílicos no IHS-Del Prette, que possibilitou a identificação da classificação do repertório de habilidades sociais de indivíduos que sofreram AVC, propiciando também a comparação dos resultados desses participantes com a amostra normativa e com o Grupo 2 do presente estudo. No momento seguinte, serão tecidas considerações sobre as diferenças entre os grupos, no que tange o desempenho global e por subescalas no IHS-Del Prette, investigação cujos resultados nos forneceram subsídios para inferir sobre a associação existente entre lesão cerebral por AVC e déficits e recursos em habilidades sociais. Serão também realizadas considerações sobre as diferenças entre sexo, idade e o repertório de habilidades sociais e por fim considerações sobre a relação entre os escores globais no MEEM e os escores globais e fatoriais no IHS-Del Prette.

A amostra estudada, em sua maioria (60%) relata não exercer atividade laboral. Desse montante, 18% tem fonte de renda em aposentadoria, 19% em auxílio doença, 6% em pensão e 17% não tem fonte de renda declarada, mas recebe auxílio de amigos e parentes. Os 40% restante da amostra, que exercem alguma atividade laboral, fizeram parte do Grupo 2 desse estudo, ou seja, participantes sem AVC.

Esses dados são condizentes com os estudos de Mosh et al (2005) e Teasdale e Engberg (2005), que encontraram nos resultados de seus estudos, que indivíduos que sofreram AVC, frequentemente apresentam piores resultados no componente do funcionamento social intitulado “status de emprego”, sendo que apenas uma pequena parcela de indivíduos que antes do AVC desenvolviam alguma atividade laboral, retomando os “papéis sociais” depois do AVC (PLANTE, et al. 2016).

Os papéis sociais são culturalmente determinados e envolvem padrões de comportamentos esperados pelo grupo social (ou autoatribuídos) no exercício de determinadas funções em contextos e atividades específicas. Excetuando-se, nesses casos, alguns papéis sociais que desempenham um caráter complementar, como é o caso das relações pai-filho, esposo-esposa, professor-aluno, que podem ser norteados por padrões estabelecidos pelos pares envolvidos (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2017). Dessa forma, no



que tange à retomada de papéis sociais após AVC, a amostra estudada apresenta resultados que merecem atenção, considerando que o desempenho competente em determinados papéis sociais pode ser fundamental para a realização e o bem-estar no envolvimento em tarefas interpessoais.

Os resultados da análise de equivalência entre os grupos mostraram que, no tocante ao sexo dos participantes do estudo, não houve uma diferença significativa entre os grupos, o que sugere que eles são equivalentes. Em contrapartida, nas variáveis idade e escolaridade, os resultados mostraram que há uma diferença significativa entre os grupos, sendo o grupo com AVC foi composto por participantes mais velhos e o grupo sem AVC foi composto por participantes mais novos. Quanto à escolaridade, os participantes do grupo com AVC apresenta-se como mais escolarizado que o grupo sem AVC. Essa diferença entre os grupos no tocante à idade e escolaridade pode ser explicada pelo fato de que, as idades exatas e o grau de escolaridade dos participantes do grupo com AVC, assim como detalhes de seus tratamentos, só foram conhecidas no momento das entrevistas e da aplicação dos instrumentos de pesquisa. A escolha dos participantes do grupo sem AVC se deu antes do conhecimento dos dados sociodemográficos dos participantes com AVC, para atender a uma demanda burocrática de autorização da realização do presente estudo junto ao comitê de ética em pesquisa, que exige a descrição minuciosa de todos os participantes do estudo. Em suma, a pesquisadora não teve controle prévio das duas variáveis mencionadas.

Com relação à avaliação cognitiva, realizada por meio do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), em sua versão adaptada (BERTOLOCCI et al, 1994), a maior parte da amostra com AVC (94%) apresentou escores acima da média, sugerindo que não exibem indícios de comprometimento cognitivo. Em relação aos 6% que apresentaram escores abaixo da média, é importante frisar que esses participantes não foram excluídos do estudo por apresentarem, de forma geral, condições cognitivas suficientes para responder à escala de avaliação de habilidades sociais. Porém esses participantes tiveram seus escores rebaixados por não terem tido condições de desempenhar atividades que requeriam habilidades motoras ainda prejudicadas pelo insulto cerebral, mas que não afetariam seus desempenhos na avaliação das habilidades sociais.

Esse resultado vai de encontro ao estudo de Teasdale e Engberg (2005), cujo resultado indicou que os níveis de dificuldades cognitivas e emocionais de indivíduos após AVC foram elevados e crônicos. A divergência entre os resultados pode se dever a utilização de diferentes instrumentos, sendo nesse estudo utilizado um instrumento específico para avaliação de

habilidades cognitivas, em contraposição ao estudo de Teasdale e Engberg (2005), cujo instrumento compreendia declarações relativas a problemas vivenciados no dia a dia, após o episódio de AVC. De acordo com os referidos autores, os danos a longo prazo de comprometimentos em habilidades cognitivas são grandes, pois estão para além de déficits em componentes cognitivos como atenção e memória, mas afetam o controle emocional, que acarretaria o que eles nomearam de problemas psicossociais, que dizem respeito a capacidade de manejar relações pessoais satisfatórias. Se espera que indivíduos que tenham sofrido danos cognitivos, tragam consigo dificuldades na habilidade social de manejo de conflitos e resolução de problemas interpessoais, pois não mais teriam autocontrole frente a indicadores emocionais de um problema.

O repertório de habilidades sociais foi avaliado considerando os escores por item, por subescala e escores globais atingidos pelos participantes no IHS-Del Prette. Na análise dos escores obtidos pelos participantes em cada item do instrumento. Entre os itens de resposta 0 e 1 que obtiveram maiores resultados, mais de 80% de frequência, estão os itens 1 e 18, que dizem respeito a “manter conversas com desconhecidos” e “lidar com críticas do pai” respectivamente. Sugerindo que a maior parte da amostra apresentou piores indicadores nos referidos itens. De forma prática, esses resultados indicam que esses indivíduos podem apresentar dificuldades fazer novas amizades ou no trato com familiares por demonstrar não dominar a habilidade de lidar com críticas.

Entre os itens de resposta 3 e 4 que obtiveram mais de 80% de frequência, estão os itens 21 e 27, sugerindo que grande parte dos participantes com AVC apresentaram bons indicadores nos itens “devolver mercadorias defeituosas” e “expressar desagrado a amigos”. Esses resultados podem indicar que esses indivíduos tem condições de defender seus direitos em uma situação em que se sintam lesados de alguma forma, como também questionar, discordar e expressar quando estiverem em desacordo com comportamentos emitidos por outrem.

Na comparação entre os grupos (com e sem AVC) com base nas subescalas 1 (Enfrentamento com risco), 3 (Conversação e desenvoltura social) e 5 (Auto- controle da agressividade em situações aversivas), os resultados evidenciaram que não houve diferenças estatisticamente significativas entre os resultados dos dois grupos. Esses resultados indicam que tanto os participantes do Grupo 1, quanto os do Grupo 2, apresentaram igualmente bons indicadores de habilidades assertivas, habilidades de comunicação e da habilidade de manejar conflitos e resolver problemas interpessoais respectivamente.

Esses resultados contrariam os achados de Kwork et al (2006), que investigaram determinantes da qualidade de vida relacionada à saúde durante o primeiro ano após o AVC e encontraram que durante o primeiro ano após o insulto, foi relatado pelos participantes que após o AVC houve uma diminuição nas interações sociais, o que os fez colocarem-se na posição de psicologicamente desajustados, tornado suas reinserções na sociedade ainda mais problemáticas.

Na subescala 2 (Auto- afirmação na expressão de afeto positivo) os resultados mostraram que houve uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos sendo que, os escores médios do Grupo 1 (participantes com AVC) foram maiores que o do Grupo 2 (participantes sem AVC). Esse resultado sugere que os participantes do Grupo 1 apresentaram melhores indicadores da habilidade de fazer e manter amizade e da habilidade de expressar solidariedade, em contraposição aos resultados do Grupo 2, que apresentou piores indicadores nessas mesmas habilidades.

Esse resultado pode ser reflexo do caráter situacional-cultural das relações interpessoais, pois os dois grupos que compuseram a amostra desse estudo, apesar de salvaguardarem características socioeconômicas semelhantes, trouxeram em suas respostas ao inventário suas cargas e experiências pessoais, que regem as normas e valores que esses compartilham, e como é sabido, os comportamentos fruto dessas experiências são dependentes do contexto em que são apresentados e dos interlocutores presentes. É possível considerar que esse resultado possa se dever a uma avaliação do *bem-estar subjetivo* (SCHAFER; OLIVEIRA-MENEGOTTO; TESSER, 2010), com base em critérios pessoais, feita pelo próprio indivíduo que sofreu AVC quanto a sua vida no pós insulto. Afinal, um AVC, ainda que leve, acarreta alguma dependência, por parte do doente, de cuidados especiais, e a expressão de afetos positivos, pode ser a maneira que esses indivíduos encontraram de assegurar esses cuidados, o que uma pessoa “sã” e independente não teria a necessidade de fazer.

Na subescala 4 (Auto- exposição a desconhecidos ou a situações novas) os resultados também mostraram que houve uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Os participantes do Grupo 2 obtiveram maiores escores médios que os participantes do Grupo 1. Essa habilidade diz respeito basicamente à abordagem a pessoas desconhecidas. Esse resultado nos sugere que nessa habilidade, especificamente, os participantes do Grupo 1 apresentaram um desempenho mais comprometido. Esse resultado confirma os achados Driscoll et al (2015), que aponta que indivíduos expostos à condições neurológicas, como o

AVC, frequentemente apresentam dificuldades de relacionamento, assim como foi evidenciado pelos resultados do grupo com AVC.

As sequelas provenientes do AVC, sejam elas motoras ou cognitivas, são a concretização de um processo de perda e lidar com a frustração de ter perdido as capacidades é bastante difícil. Ao lidar com as perdas e com as mudanças de rotina que elas acarretam vários sentimentos são gerados e os sentimentos de inutilidade e fracasso são recorrentes. Esse resultado traz à tona o discurso mais recorrente entre os indivíduos que sofreram AVC da amostra desse estudo. Esses sentem-se à margem da sociedade por, em muitos casos, não terem condições de desempenhar tarefas simples e rotineiras. A reclusão, o distanciamento, pode ser entendido como uma forma de fugir da exclusão que lhes foi imposta pelas sequelas do AVC. Então, se expor, de forma geral, já lhes é incomodo, e se expor a situações e pessoas novas pode ser ainda mais desconfortável.

Os resultados das análises por postos percentílicos do IHS-Del Prette, obtida por meio dos escores globais individuais, mostraram que os repertórios da amostra de participantes com AVC apresentaram baixa porcentagem (8%) na classificação “Repertório deficitário de habilidades sociais”, estando a maior parte (92%) da amostra classificada no “Bom repertório de habilidades sociais (Abaixo da média)”. O cálculo para obtenção dos postos percentílicos, foi realizado considerando o sexo de cada respondente, dessa forma, foram observados os resultados da amostra de participantes com AVC e da referida amostra por sexo. Foi verificado na amostra masculina, composta por 25 participantes, que apenas 2% se enquadraram na classificação “Repertório deficitário de habilidades sociais”. Na amostra feminina, também composta por 25 participantes, o percentual na mesma classificação subiu para aproximadamente 13,5%. Esses resultados sugerem os indivíduos com AVC, participantes desses estudos, apresentaram, ainda que sutilmente, prejuízo em seu repertório de habilidades sociais, pois apesar de a maior parte da amostra com AVC se posicionar no “Bom repertório de habilidades sociais”, esses se posicionaram abaixo da média.

Na comparação entre os grupos (com e sem AVC) com base nos escores globais obtidos pelos participantes, os resultados mostraram que houve uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos, porém de forma inesperada, os participantes do Grupo 1 apresentaram escores globais maiores que os participantes do Grupo 2. Esse resultado sugere que os participantes do Grupo 1 demonstram possuir repertórios de habilidades sociais mais elaborados que os participantes do Grupo 2.

Esses resultados estão em desacordo com os resultados encontrados por Anderson e outros (2014) e Lo e outros (2014), cujos estudos, concluem que após o insulto cerebral, crianças apresentaram maior comprometimento no ajuste e participação social quando comparadas a controles saudáveis. É importante salientar que, a literatura consultada, é composta, predominantemente, por investigações sobre habilidades sociais após AVC pediátrico. A divergência de resultados aqui encontrada pode se dever a faixa etária da amostra utilizada no presente estudo. Os estudos supracitados, dizem respeito à investigações sobre os danos residuais do AVC sobre as habilidades sociais/competência social em crianças, diferentemente do presente estudo, cuja amostra é composta por adultos. Outro fator a ser considerado é que instrumentos de autoavaliação foram utilizados nos estudos de revisão e no presente estudo. Nos estudos revisados foram utilizadas variadas formas de avaliação, mas sobretudo, foram utilizados instrumentos específicos para aferição do comportamento e da participação social em crianças. Em contrapartida, no presente estudo não foi utilizado um instrumento de medida específico para avaliação de habilidades sociais em indivíduos com histórico de AVC. A utilização de um instrumento que não considerou a especificidade da amostra fez-se necessária, devido à escassez de instrumentos validados e/ou disponíveis para uso geral para uma avaliação específica das habilidades sociais de indivíduos com histórico de insulto cerebral por AVC.

A análise da relação entre sexo e o repertório de habilidades sociais, realizada com os participantes com AVC, mostrou que não houve uma diferença estatisticamente significativa entre os participantes do sexo masculino e participantes do sexo feminino nos escores globais do IHS-Del Prette. Quanto aos escores por subescala, os resultados não indicaram uma diferença estatisticamente significativa entre os participantes das duas amostras, exceto nos resultados da subescala 4 (Auto- exposição a desconhecidos ou situações novas), em que os escores apresentados pela amostra masculina foram significativamente maiores, o que sugere que os homens demonstram um maior domínio da habilidade comunicativa a desconhecidos e situações novas.

A análise dos itens mostrou que os participantes do sexo feminino apresentaram valores médios significativamente maiores que os participantes da amostra masculina nos itens 11, 24 e 33, que basicamente fazem referência às habilidades assertivas. Os participantes da amostra masculina apresentaram valores médios significativamente maiores que os apresentados pela amostra feminina nos itens 12, 20 e 32, que se referem basicamente às habilidades de expressão de afeto e intimidade (namoro/sexo). Esses resultados sugerem que

os homens apresentaram, em componentes específicos, um repertório mais elaborado de habilidades sociais que as mulheres. Os resultados aqui encontrados confirmam os achados do grupo amostral de referência do IHS- Del Prette, que apontou que os indicadores de auto relato de habilidades sociais indicaram que os homens apresentaram um repertório de habilidades sociais mais elaborado que as mulheres (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2001). A análise da associação entre idade e o repertório de habilidades sociais, com base nos resultados dos escores globais dos participantes, mostrou que não houve uma associação significativa entre a idade e o repertório de habilidades sociais auto- relatado.

No que diz respeito a avaliação da relação entre o estado cognitivo, avaliado por meio dos escores globais do MEEM, e o repertório de habilidades sociais, avaliada por meio do IHS-Del Prette, dos participantes com AVC, os resultados mostraram que tanto para os escores globais, como para os fatoriais (por subescala) a correlação não foi significativa, em outras palavras, os resultados obtidos pelos participantes na escala de habilidades sociais, não teve relação com o estado cognitivo desses participantes. Esses resultados estão em desacordo com literatura consultada, que considera, que em situações normais, os processos cognitivos interagem uns com os outros e com processos não cognitivos (STERNBERG, 2010) e o processamento de informação, comum a toda ação racional, é permeado pelo que Del Prette (1999) denomina de percepção social, essencial à escolha de comportamentos adequados a variadas situações sociais, por conseguinte, contribuindo para desempenhos mais elaborados de habilidades sociais. Nesse sentido, o presente estudo esperava que os estados cognitivos dos participantes mantivessem relação com os repertórios de habilidades sociais dos mesmos.

## 7 LIMITAÇÕES E PESQUISAS FUTURAS

Apesar de salvaguardar questões éticas e metodológicas, o presente estudo apresentou algumas limitações. Primeiro, ainda que este tenha sido realizado em duas instituições especializadas em reabilitação, alguns critérios de inclusão, como a imposição de uma faixa etária, dificultou a adesão de possíveis participantes ao estudo. Segundo, a pequena quantidade de participantes limita a generalização dos resultados. Terceiro, os instrumentos de medida aqui utilizados, apresentam qualidades psicométricas satisfatórias, porém não são direcionados para a população do presente estudo, que possui uma característica específica, a lesão cerebral adquirida. Outra questão quanto ao instrumento de medida utilizado é que a amostra normativa do referido instrumento foi composta por indivíduos mais jovens e de maior escolaridade (estudantes universitários) que a amostra do presente estudo. A experiência do uso desse instrumento em populações adultas e idosas (DI DOMENICO-GRAZZIOTIN; SCORTGAGNA, 2016), se mostrou satisfatória, não alterando suas propriedades psicométricas. Um instrumento direcionado à população do presente estudo poderia produzir resultados mais precisos. Ainda sobre limitações encontradas no instrumento de medida, foi que os resultados obtidos para a comparação entre os dois grupos (com e sem AVC) podem ser resultantes da forma de aplicação do instrumento utilizado. As questões, do referido instrumento, foram lidas pela pesquisadora e a orientação sobre a possibilidade de se manifestar sobre o não entendimento de algum termo em alguma questão foi dada antes do início da aplicação do instrumento. Foi observado, no momento da aplicação, que surgiram um número considerável de dúvidas quanto a algumas questões do inventário, sugerindo que, talvez, esses resultados possam ser explicados pelo fato de que a aplicação do IHS-Del Prette no Grupo 2 foi realizada de forma coletiva. Talvez, outras dúvidas tenham surgido quanto a algumas questões do inventário e não tenham sido sanadas pela suposição de uma situação constrangedora frente aos pares e à própria pesquisadora.

Por fim, a ausência de estudos teóricos e empíricos na literatura consultada, tanto na língua portuguesa, quanto em línguas estrangeiras, sobre habilidades sociais na população aqui estudada, dificultou uma discussão mais elaborada acerca dos resultados apresentados. Por outro lado, essa lacuna na literatura evidencia as possibilidades de estudos a serem realizados sobre as relações entre habilidades sociais e lesões encefálicas.

Uma questão, que não foi alvo de investigação no presente estudo, mas que surgiu no decorrer do processo de coleta dos dados, foi o alto índice de tratamento medicamentoso para o diagnóstico de ansiedade e depressão na amostra estudada. A depressão e a ansiedade, como

supracitado, são fatores de risco para o surgimento de problemas de comportamentos tanto internalizantes como externalizantes. Não foi estudada a relação entre as habilidades sociais e os referidos diagnósticos, mas o estudo dessa relação seria de grande valia, pois de acordo com Del Prette e Del Prette (2017), os déficits em habilidades sociais estão, de forma geral, associados a problemas e transtornos psicológicos específicos, dentre eles a ansiedade e a depressão, por esse motivo são reconhecidos como fatores de risco para o funcionamento psicossocial.

Apesar dessas limitações e devido à escassez de pesquisas sobre a temática, os resultados do presente estudo forneceram informações e questionamentos relevantes sobre o repertório de habilidades sociais de indivíduos que sofreram AVC.



## **8 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Objetivou-se com esse estudo, caracterizar o repertório de habilidades sociais de indivíduos que sofreram AVC e verificar a relação com algumas variáveis, como estado cognitivo, sexo, idade e escolaridade. Para tanto, procederam-se a análises descritivas, comparações entre grupos e correlações, compreendendo-se que os objetivos aqui propostos foram alcançados.

Os resultados deste estudo permitiram obter informações e suscitaram questionamentos sobre o repertório de habilidades sociais na população alvo do estudo. Os resultados sugerem que, de forma geral, o AVC acarretou prejuízo ao repertório de habilidades sociais da amostra estudada, porém esse prejuízo foi percebido como bastante sutil, o que contraria a literatura que aponta déficits de moderados a graves. Os resultados das análises comparativas entre os dois grupos mostraram que de forma inesperada, os participantes com AVC demonstraram possuir repertórios de habilidades sociais menos prejudicados que os participantes sem AVC. Esses resultados são, provavelmente, reflexo do tamanho e das características amostra, dada sua especificidade, ou ainda da falta de um instrumento de medida das habilidades sociais voltado à população alvo desse estudo. No tocante aos resultados das análises comparativas entre os sexos, realizada entre os participantes com histórico de AVC, os resultados mostraram que os homens apresentaram melhores indicadores em alguns componentes de habilidades sociais específicas que o das mulheres, confirmando, assim, os resultados do grupo amostral de referência do IHS- Del Prette (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2001). Quanto aos resultados da relação entre o estado cognitivo e os repertórios da habilidades sociais, é sugerido que o resultado do primeiro não se relacionou com os resultados do segundo.

Os resultados aqui apresentados, salientam a importância de estudos que tenham por objetivo a elaboração de instrumentos específicos de habilidades sociais para a população alvo, assim como sua utilização em amostras maiores, para que seus resultados sejam mais facilmente generalizáveis.

## REFERÊNCIAS

- ANDERSON, V. et al Social competence following pediatric stroke: Contributions of brain insult and family environment. **Social Neuroscience**, 9(5), 471-483, 2014 Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25040432> Acesso em 19 de maio de 2017.
- BANDEIRA, Marina. Habilidades sociais e variáveis sociodemográficas em estudantes do ensino fundamental. **Psicologia em Estudo**, 11(3), 541-549. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141373722006000300010&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141373722006000300010&script=sci_abstract&tlng=pt) DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722006000300010>. Acesso em 02 de dezembro de 2016.
- BERTOLUCCI, P.H.F.; BRUCKI, S.M.D.; CAMPACCI, S.R.; JULIAN, Y. O. Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: Impacto da escolaridade. **Arquivos Neuropsiquiátricos**, 52 (1), 1-7, 1994 Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-282X1994000100001](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1994000100001) Acesso em 19 de maio de 2017.
- BOTELHO, T.S., MACHADO, C.D., NETO, ARAÚJO, F.L.C., ASSIS, S.C. Epidemiologia do acidente vascular cerebral no Brasil. **Temas em saúde**, 16 (2), 361-377. 2016 Disponível em <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2012/RN2004/editorial%2020%2004/edSara.pdf> Acesso em 02 de dezembro de 2016.
- BRUCKI, S.M.D. et al. Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. **Arquivos Neuropsiquiátricos**, 61(3-B), 777-781, 2003. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004282X2003000500014&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004282X2003000500014&script=sci_abstract&tlng=pt) Acesso em 19 de maio de 2017.
- CASALI-ROBALINHO, I. V.; DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. Habilidades Sociais como Predictoras de Problemas de Comportamento em Escolares. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 31(3), 321-330, 2015 Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722015000300321&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722015000300321&script=sci_abstract&tlng=pt) Acesso em 02 de dezembro de 2016.
- DEL PRETTE, Zilda Aparecida Pereira; DEL PRETTE, Almir. **Psicologia das Habilidades Sociais: Terapia, educação e trabalho**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1999.
- DEL PRETTE, Almir; DEL PRETTE, Zilda Aparecida Pereira. **Psicologia das relações interpessoais: Vivências para o trabalho em grupo**. Petrópolis: Vozes, 2001.
- DEL PRETTE, Zilda Aparecida Pereira; DEL PRETTE, Almir. **Psicologia das Habilidades Sociais na Infância: teoria e prática**. Petrópolis: Vozes, 2005.
- DEL PRETTE, Zilda Aparecida Pereira; DEL PRETTE, Almir. **Competência Social e Habilidades Sociais: Manual teórico- prático**. Petrópolis: Vozes, 2017.
- DI DOMENICO-GRAZZIOTIN, J. B.; SCORTEGAGNA, S.A. Avaliação das Habilidades Sociais em Adultos Idosos e Adultos. **Temas em Psicologia**, 24(2), 695-705, 2016.

Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2016000200016](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2016000200016) Acesso em 10 de maio de 2016.

DRISCOLL, D.M.; DAL MONTE, O.; GRAFMAN, J. A. Need for Improved Training Interventions for the Remediation of Impairments in Social Functioning following Brain Injury. **Journal Of Neurotrauma** 28(2), 319–326, 2011 Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21121768> DOI: 10.1089/neu.2010.1523 Acesso em 19 de maio de 2017.

EVERTS, R., et al. Cognitive Functioning, Behavior, and Quality of Life After Stroke in Childhood. **Child Neuropsychology: A Journal on Normal and Abnormal Development in Childhood and Adolescence**, 14(4), 323-338, 2008 Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18568780> Acesso em 19 de maio de 2017.

FALCÃO, I.V., et al. Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde. **Revista brasileira de saúde materno infantil**. 4(1), 95-101, 2004. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292004000100009&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292004000100009&script=sci_abstract&tlng=pt) Acesso de 10 de dezembro de 2016

FINCH, E.; COPLEY, A.; CORNWELL, P.; KELLY, C. Systematic Review of Behavioral Interventions Targeting Social Communication Difficulties After Traumatic Brain Injury. **American Congress of Rehabilitation Medicine**. 97(8), 1352–1365, 2015 Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26679234>. Acesso em 19 de maio de 2017.

FUENTES, Daniel, et al. **Neuropsicologia: Teoria e prática**. (2 ed.). Porto Alegre: Artmed, 2014

GAMBA, M.M., & KIPLAN, M.L. Possíveis contribuições da terapia comportamental cognitiva na reabilitação neuropsicológica de pessoas com alguma lesão no córtex pré-frontal: funções executivas. **Uningá Review**. 8(1), 11-22, 2011 Disponível em: [http://www.mastereditora.com.br/periodico/20130803\\_1612002.pdf](http://www.mastereditora.com.br/periodico/20130803_1612002.pdf) Acesso em 10 de maio de 2016

GOMES CANCELA, D.M. **O Acidente Vascular Cerebral- Classificação, principais consequências e reabilitação** (Trabalho de conclusão de curso). Universidade Lusíada do Porto, Porto, Portugal, 2008 Acesso em 10 de maio de 2016

GOUVEIA, P.A.R., et al. Metodologia em Reabilitação Neuropsicológica de Pacientes com Lesão Cerebral Adquirida. **Revista Psiquiatria Clínica**, 28(6), 295-299, 2001. Acesso em 20 de agosto de 2017

HAMDAN, A.C.; PEREIRA, A.P.A. Avaliação Neuropsicológica das Funções Executivas: Considerações Metodológicas. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 22(3), 386-393, 2012 Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79722009000300009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722009000300009) Acesso em 20 de agosto de 2017

LO, W., et al. Social competence following neonatal and childhood stroke. **International Journal of Stroke**, 9(8):1037-44, 2014 Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25388858> Acesso em 19 de maio de 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Acidente Vascular Cerebral (AVC). **Brasil: Portal Brasil**. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2012/04/acidente-vascular-cerebral-avc>>. Acesso em 20 de maio de 2016

MOSH, S.C., MAX, J.E., TRANEL, D. A. Matched Lesion Analysis of Childhood Versus Adult-Onset Brain Injury Due to Unilateral Stroke- Another Perspective on Neural Plasticity and Recovery of Social Functioning. **Cognitive Behavioral Neurology**, 18(1), 5-17, 2005. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15761272> Acesso em 19 de maio de 2017.

MURTA, S. G. Aplicação do treinamento em habilidades sociais: Análise da produção nacional. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 18(2), 283-291, 2005. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S010279722005000200017&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S010279722005000200017&lng=pt&nrm=iso&tlng=en) Acesso em 20 de maio de 2016

PLANTE, M., DEMERS, L., SWAINE, B.; DESROSIERS, J. Association Between Daily Activities Following Stroke Rehabilitation and Social Role Functioning Upon Return to the Community. **Journal Topics in Stroke Rehabilitation**, 17(1), 47-57, 2010 Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20410012> Acesso em 19 de maio de 2017.

TORLONI, M. R., RIERA, R. Design and level of evidence of studies published in two Brazilian Medical Journals recently indexed in the ISI Web of science database. **Sao Paulo Medical Journal**, 128 (4), 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-31802010000400005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-31802010000400005&script=sci_arttext) Acesso em 25 de março de 2017.

ROZON, J. & ROCHETTE, A. Changes In Life Habits Affected By Mild Stroke And Their association With Depressive Symptoms. **Journal Rehabilitation Medicine**, 47 (6), 495–501, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25882512> Acesso em 19 de maio de 2017.

SANTOS, C.S., et al. Validação da confiabilidade do Mini-Exame do Estado Mental em idosos e associação com variáveis sociodemográficas. **Cogitare Enfermagem**, 15(3), 406-12, 2010 Disponível em <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/18879> Acesso em 20 de agosto de 2016

SOHLBERG, M. M., MATEER, C. A. **Reabilitação cognitiva: Uma abordagem neuropsicológica integrativa**. São Paulo: Santos, 2011.

STERNBERG, R. J. Introdução à Psicologia Cognitiva. In: STERNBERG, R. J. **Psicologia Cognitiva**, São Paulo: Cengage Learning, 2010.

TÖRNBOM, K., PERSSON, H.C., LUNDÄLV, J., SUNNERHAGEN, K.S. Self-Assessed Physical, Cognitive, and Emotional Impact of Stroke at 1 Month: The Importance of Stroke Severity and Participation. **Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases**, 26(1), 57–63, 2016 Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27622863> Acesso em 19 de maio de 2017.

## APÊNDICE

### APÊNDICE A- Anamnese

**ANAMNESE-  
ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA AVALIAÇÃO CLÍNICA**

Data da realização da anamnese/testes: \_\_\_\_\_ Examinador: \_\_\_\_\_

#### 1- DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: \_\_\_\_\_  
 Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 Escolaridade: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

#### 2- HISTÓRICO CLÍNICO

Doença crônica: ( ) Sim ( ) Não Qual: \_\_\_\_\_  
 Uso de medicamentos: ( ) Sim ( ) Não  
 Qual(is): \_\_\_\_\_

Casos de internação: ( ) Sim ( ) Não  
 Ocasão: \_\_\_\_\_  
 Sintomas físicos e/ou psicológicos: ( ) Sim ( ) Não  
 Qual(is): \_\_\_\_\_

Uso de bebida alcoólica e/ou outras drogas: ( ) Sim ( ) Não  
 Qual(is): \_\_\_\_\_

#### 3- HISTÓRICO FAMILIAR/SOCIAL

Composição familiar: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Renda familiar aproximada: \_\_\_\_\_  
 Rede de apoio \_\_\_\_\_  
 Hábitos de lazer: \_\_\_\_\_  
 Inserção em grupos: \_\_\_\_\_

## ANEXOS

### ANEXO A- Inventário de Habilidades Sociais (IHS- Del Prette)

(Os itens do inventário não foram anexados para não violar os direitos autorais)

# INVENTÁRIO DE HABILIDADES SOCIAIS (IHS-Del-Prette)

Zilda A. P. Del Prette & Almir Del Prette

## Instruções

Leia atentamente cada um dos itens que se seguem. Cada um deles apresenta uma ação ou sentimento (*parte grifada*) diante de uma situação dada (*parte não grifada*). Avalie a frequência com que você age ou se sente tal como descrito no item.

RESPONDA A TODAS AS QUESTÕES. Se uma dessas situações nunca lhe ocorreu, responda como se tivesse ocorrido, considerando o seu possível comportamento.

NA FOLHA DE RESPOSTAS, assinale, para cada um dos itens, um X no quadrinho que melhor indica a frequência com que você apresenta a reação sugerida, considerando um total de 10 vezes em que poderia se encontrar na situação descrita no item.

Utilize a seguinte legenda:

- A. NUNCA OU RARAMENTE** (em cada 10 situações desse tipo, reajo dessa forma no máximo 2 vezes)
- B. COM POUCA FREQUÊNCIA** (em cada 10 situações desse tipo, reajo dessa forma 3 a 4 vezes)
- C. COM REGULAR FREQUÊNCIA** (em cada 10 situações desse tipo, reajo dessa forma 5 a 6 vezes)
- D. MUITO FREQUENTEMENTE** (em cada 10 situações desse tipo, reajo dessa forma 7 a 8 vezes)
- E. SEMPRE OU QUASE SEMPRE** (em cada 10 situações desse tipo, reajo dessa forma 9 a 10 vezes)

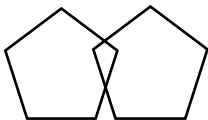
É IMPORTANTE QUE VOCÊ RESPONDA TODAS AS QUESTÕES.



© 2003, 2001 Casapeli Livraria e Editora Ltda  
É proibida a reprodução total ou parcial desta obra para  
qualquer finalidade. Todos os direitos reservados.  
Rua Simão Álvares, 1020 - Vila Madalena - Pinheiros/SP - Brasil  
CEP 05417-020 - Tel: (11) 3034-3600 - www.casadossociologo.com.br

O presente Caderno de Aplicação  
é impresso em cores.  
Caso desconfie de sua autenticidade,  
ligue para (11) 3034-3600.

**ANEXO B - Mini Exame do Estado Mental (MEEM)**

<b>Funções cognitivas</b>	<b>Pontos</b>	<b>Escores</b>
<p><b>Orientação temporal</b></p> <p>1. Qual é o/a</p> <p style="padding-left: 40px;">Dia?</p> <p style="padding-left: 40px;">Mês?</p> <p style="padding-left: 40px;">Ano?</p> <p style="padding-left: 40px;">Dia da semana?</p> <p style="padding-left: 40px;">Hora?</p>	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>	
<p><b>Orientação espacial</b></p> <p>2. Onde estamos</p> <p style="padding-left: 40px;">Local (prédio)?</p> <p style="padding-left: 40px;">Local (cômodo)?</p> <p style="padding-left: 40px;">Bairro ou rua próxima?</p> <p style="padding-left: 40px;">Cidade?</p> <p style="padding-left: 40px;">Estado?</p>	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>	
<p><b>Memória imediata</b></p> <p>3. Eu vou dizer três palavras (carro, vaso e tijolo) e você irá repeti-las a seguir. Dê um ponto para cada palavra repetida acertadamente na 1ª vez, embora possa repeti-la 3 vezes para aprendizado, se houver erros. Use palavras não relacionadas.</p>	3	
<p><b>Cálculo</b></p> <p>4. Subtração de setes seriadamente. Considere um ponto para cada resultado correto. Se houver erro, corrija-o e prossiga. Considere correto se o examinado espontaneamente se auto-corrigir.</p>	5	
<p><b>Evocação de palavras</b></p> <p>5. Pergunte quais as palavras que o sujeito acabara de repetir. Atribua um ponto para cada acerto.</p>	3	
<p><b>Linguagem</b></p> <p>6. Aponte para um lápis e um relógio. Peça-o para nomear os objetos mostrados.</p> <p>7. Faça o paciente repetir “Nem aqui, nem ali, nem lá.”</p> <p>8. Faça o paciente seguir o comando de três estágios: “Pegue este papel com a mão direita. Dobre-o ao meio. Coloque-o no chão.”</p> <p>9. Mostre a frase “FECHE OS OLHOS” e faça-o obedecer o comando.</p> <p>10. Faça o paciente escrever uma frase de sua própria autoria (Deve-se compreender o significado. Ignore erros de ortografia ao pontuar).</p>	<p>2</p> <p>1</p> <p>3</p> <p>1</p> <p>1</p>	
<p><b>Capacidade construtiva visual</b></p> <p>11. Faça o paciente copiar o desenho o melhor possível. Estabeleça um ponto se houver 2 pentágonos interseccionados (10 ângulos) formando uma figura de quatro lados ou com dois ângulos.</p> <div style="text-align: center;">  </div>	1	
<b>Total</b>	30	

## ANEXO C- TCLE Grupo 1

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.) – Grupo 1

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa **Relação entre Habilidades Sociais e Acidente Vascular Cerebral em adultos**, dos pesquisadores Mariana de Almeida Andrade. A seguir, as informações do projeto de pesquisa com relação a sua participação neste projeto:

1. O estudo se destina a investigar a possível relação entre acidente vascular cerebral e déficits nas habilidades sociais em adultos.
2. A importância deste estudo é a de possibilitar a construção de estratégias de treinamento que visem promover uma melhor convivência entre indivíduos lesionados e familiares, auxiliando na atenuação dos déficits associados a tais lesões.
3. Os resultados que se desejam alcançar são os seguintes: Em se comprovando a hipótese de estudo, que este possa contribuir para a construção de políticas públicas que visem o acolhimento de indivíduos lesionados e suas famílias.
4. A coleta de dados começará em julho de 2017 e terminará em novembro de 2017.
5. O estudo será feito da seguinte maneira: Cada participante responderá inicialmente um questionário com questões sobre seu estado clínico, em seguida será aplicado o *Mini Exame do Estado Mental (MEEM)* e por fim, será aplicado o *Inventário de Habilidades Sociais (IHS)*. O tempo de aplicação será de aproximadamente 30-40 minutos por participante. Após a aplicação do questionário, do teste e do inventário, os resultados serão analisados e futuramente publicados.
6. A sua participação será nas seguintes etapas: Aplicação do questionário de questões sobre seu estado clínico; na aplicação do *Mini Exame do Estado Mental (MEEM)* e por fim na aplicação do *Inventário de Habilidades Sociais (IHS)*.
7. Os incômodos e possíveis riscos à sua saúde física e/ou mental são: Tais riscos e incômodos são mínimos, por não se tratar de procedimentos invasivos, como por exemplo procedimentos cirúrgicos ou com uso de medicamentos.
8. Os benefícios esperados com a sua participação no projeto de pesquisa, mesmo que não diretamente são: Sua contribuição para uma atenção diferenciada e sensível às necessidades de pessoas, que como você sofreram acidente vascular cerebral e possam apresentar alguma mudança nas habilidades sociais.
9. Você poderá contar com a seguinte assistência: Se sentir algum desconforto em relação a algum procedimento desse estudo, você poderá procurar a pesquisadora, que poderá encaminhá-lo ao Serviço de Psicologia Aplicada da Universidade Federal de Alagoas (SPA-UFAL).
10. Você será informado(a) do resultado final do projeto e sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.
11. A qualquer momento, você poderá recusar a continuar participando do estudo e, também, que poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo.
12. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto para a equipe de pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto após a sua autorização.



13. O estudo não acarretará nenhuma despesa para você.
14. Você será indenizado(a) por qualquer dano que venha a sofrer com a sua participação na pesquisa (nexo causal).
15. Você receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por todos.

Eu ....., tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

**Endereço d(os,as) responsável(is) pela pesquisa:**

Instituição: Universidade Federal de Alagoas- UFAL  
 Endereço: Condomínio Residencial Central Park, Nº 420, Antares.  
 Complemento: Bloco 4, Apt. 103.  
 Cidade/CEP: Maceió/ 57083-050  
 Telefone: (82) 98815-8711  
 Ponto de referência: Shopping Pátio Maceió

**Contato de urgência:** Sr(a). Mariana de Almeida Andrade

Endereço: Condomínio Residencial Central Park, Nº 420, Antares.  
 Complemento: Bloco 4, Apt. 103.  
 Cidade/CEP: Maceió/ 57083-050  
 Telefone: (82) 98815-8711  
 Ponto de referência: Shopping Pátio Maceió

**ATENÇÃO:** O Comitê de Ética da UFAL analisou e aprovou este projeto de pesquisa. Para obter mais informações a respeito deste projeto de pesquisa, informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas  
 Prédio da Reitoria, 1º Andar, Campus A. C. Simões, Cidade Universitária  
 Telefone: 3214-1041 – Horário de Atendimento: das 8:00 as 12:00hs.  
 E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

Maceió, de de 2017.

Assinatura ou impressão d(a,o) voluntári(o,a)	Mariana de Almeida Andrade (Mestranda- PPGP/UFAL)

## ANEXO D- TCLE Grupo 2

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.) – Grupo 2

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa Relação entre **Habilidades Sociais e Acidente Vascular Cerebral em adultos**, dos pesquisadores Mariana de Almeida Andrade. A seguir, as informações do projeto de pesquisa com relação a sua participação neste projeto:

1. O estudo se destina a investigar a possível relação entre acidente vascular cerebral e déficits nas habilidades sociais em adultos.
2. A importância deste estudo é a de possibilitar a construção de estratégias de treinamento que visem promover uma melhor convivência entre indivíduos lesionados e familiares, auxiliando na atenuação dos déficits associados a tais lesões.
3. Os resultados que se desejam alcançar são os seguintes: Em se comprovando a hipótese de estudo, que este possa contribuir para a construção de políticas públicas que visem o acolhimento de indivíduos lesionados e suas famílias.
4. A coleta de dados começará em julho de 2017 e terminará em novembro de 2017.
5. O estudo será feito da seguinte maneira: Cada participante responderá inicialmente um questionário com questões sobre seu estado clínico, em seguida será aplicado o *Mini Exame do Estado Mental (MEEM)* e por fim, será aplicado o *Inventário de Habilidades Sociais (IHS)*. O tempo de aplicação será de aproximadamente 25-35 minutos por participante. Após a aplicação do questionário, do teste e do inventário, os resultados serão analisados e futuramente publicados.
6. A sua participação será nas seguintes etapas: Na aplicação do questionário de questões sobre seu estado clínico e na aplicação do *Inventário de Habilidades Sociais (IHS)*.
7. Os incômodos e possíveis riscos à sua saúde física e/ou mental são: Tais riscos e incômodos são mínimos, podendo se tratar de inibição e/ou constrangimento diante do pesquisador ou com o sigilo das respostas fornecidas. Diante disso, a presente pesquisadora ratifica o caráter voluntário de sua participação neste estudo, bem como o compromisso de manter o anonimato e sigilo de suas respostas e o respeito às diretrizes éticas que regem pesquisas com seres humanos.
8. Os benefícios esperados com a sua participação no projeto de pesquisa, mesmo que não diretamente são: Sua contribuição para uma atenção diferenciada e sensível às necessidades de pessoas, que como você sofreram acidente vascular cerebral e possam apresentar alguma mudança nas habilidades sociais.
9. Você poderá contar com a seguinte assistência: Se sentir algum desconforto em relação a algum procedimento desse estudo, você poderá procurar a pesquisadora, que poderá encaminhá-lo ao Serviço de Psicologia Aplicada da Universidade Federal de Alagoas (SPA-UFAL).
10. Você será informado(a) do resultado final do projeto e sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.
11. A qualquer momento, você poderá recusar a continuar participando do estudo e, também, que poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo.

12. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto para a equipe de pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto após a sua autorização.
13. O estudo não acarretará nenhuma despesa para você.
14. Você será indenizado(a) por qualquer dano que venha a sofrer com a sua participação na pesquisa (nexo causal).
15. Você receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por todos.

Eu ....., tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

**Endereço d(os,as) responsável(is) pela pesquisa:**

Instituição: Universidade Federal de Alagoas- UFAL  
 Endereço: Condomínio Residencial Central Park, Nº 420, Antares.  
 Complemento: Bloco 4, Apt. 103.  
 Cidade/CEP: Maceió/ 57083-050  
 Telefone: (82) 98815-8711  
 Ponto de referência: Shopping Pátio Maceió

**Contato de urgência:** Sr(a). Mariana de Almeida Andrade

Endereço: Condomínio Residencial Central Park, Nº 420, Antares.  
 Complemento: Bloco 4, Apt. 103.  
 Cidade/CEP: Maceió/ 57083-050  
 Telefone: (82) 98815-8711  
 Ponto de referência: Shopping Pátio Maceió

**ATENÇÃO:** *O Comitê de Ética da UFAL analisou e aprovou este projeto de pesquisa. Para obter mais informações a respeito deste projeto de pesquisa, informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:*

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas  
 Prédio da Reitoria, 1º Andar, Campus A. C. Simões, Cidade Universitária  
 Telefone: 3214-1041 – Horário de Atendimento: das 8:00 as 12:00hs.  
 E-mail: [comitedeeticaufal@gmail.com](mailto:comitedeeticaufal@gmail.com)

Maceió, de de 2017.

Assinatura ou impressão d(a,o) voluntári(o,a)	Mariana de Almeida Andrade (Mestranda- PPGP/UFAL)

**ANEXO E- Atestado do Serviço de Psicologia Aplicada (SPA-UFAL)**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS – UFAL  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA – IP  
SERVIÇO DE PSICOLOGIA APLICADA – SPA

ATESTADO

Atesto, para os devidos fins junto ao Comitê de Ética da UFAL, que o Serviço de Psicologia Aplicada (SPA) presta assistência psicológica à comunidade acadêmica e externa à Universidade. Atesto ainda que, caso haja necessidade, os sujeitos da pesquisa *Habilidades sociais e Acidente vascular cerebral na vida adulta* do Programa de Pós graduação em Psicologia (PPGP) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), que tem como pesquisador(a) responsável Mariana de Almeida Andrade, da UFAL, poderão ser encaminhados ao SPA, dentro do seu horário de funcionamento, para receber assistência psicológica.

Maceió, 09 de março de 2017.

*Kyssia Marcelle Calheiros Santos*  
Kyssia Marcelle Calheiros Santos  
Psicóloga – Serviço de Psicologia Aplicada – IP/UFAL

*Kyssia Marcelle Calheiros Santos*  
Psicóloga  
Serviço de Psicologia Aplicada  
SIAPE 1051245

*Adélia Augusta Souto de Oliveira*  
Profª Dra. Adélia Augusta Souto de Oliveira  
Diretora do Instituto de Psicologia  
Universidade Federal de Alagoas  
Diretora IP/UFAL

**Adélia Augusta Souto de Oliveira**  
Diretora Instituto de Psicologia  
Universidade Federal de Alagoas  
SIAPE 1121061

## ANEXO F- Autorização de Pesquisa 1

## ASSOCIAÇÃO PESTALOZZI DE MACEIÓ



Maceió-AL, 22 de fevereiro de 2017.

AUTORIZAÇÃO

Eu, Dra. Maria Alice Gomes Athayde – CRM 516-AL, diretora médica da Associação Pestalozzi de Maceió, autorizo à realização da pesquisa “**Habilidades Sociais e Acidente Vascular Cerebral na vida adulta**” tendo como pesquisadora responsável Mariana de Almeida Andrade, matriculada no Programa de Pós Graduação em Psicologia (PPGP), no Instituto de Psicologia (IP) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), sob a matrícula 16130222.

O papel desempenhado pela Associação Pestalozzi de Maceió no desenvolvimento dessa pesquisa é: Viabilizar o acesso da pesquisadora ao seu público alvo (indivíduos adultos com histórico de Acidente Vascular Cerebral- AVC) para administração de testes psicológicos, bem como disponibilizar ambiente adequado para tal procedimento.

Dra. Maria Alice Gomes Athayde  
Diretora médica



Avenida Aspirante Alberto Melo da Costa, 873- Centro – Maceió – AL – CEP: 57020-500  
Fonc: (82) 2121-7031 – CNPJ: 12.450.268/0001-04 e-mail: rh@pestalozzi-maccio.com.br

## ANEXO G- Autorização de Pesquisa 2

## ASSOCIAÇÃO DOS DEFICIENTES FÍSICOS DE ALAGOAS



**SAÚDE  
SEM LIMITE**

**Centro Especializado  
Em Reabilitação**  
Maceió - AL  
CNPJ: 08.427.999/0001-61



**adefal**  
Associação dos Deficientes Físicos de Alagoas

**AUTORIZAÇÃO**

Autorizamos a realização da pesquisa: **"RELAÇÃO ENTRE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL E HABILIDADES SOCIAIS"**, como dissertação de mestrado de: **MARIANA DE ALMEIDA ANDRADE** sob a orientação do Prof. Dr. Lucas Cordeiro Freitas do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Alagoas - UFAL.

Maceió-AL, 24-07-2017.

  
 João Ferreira Lima  
 Presidente - ADEFAL  
 CPF 415.614.284-34

---

JOÃO FERREIRA LIMA - PRESIDENTE

  
 ZELDA PEDROSA DE OLIVEIRA  
 DIRETORA TÉCNICA

---

CENTRO DE ESTUDOS

**Centro de Estudos e Estágio  
ADEFAL**

---

Rua Clementino do Monte, 312 - Farol - CEP: 57055-190 - Maceió - Alagoas  
Site: [www.adefal.org](http://www.adefal.org) - E-mail: [adefal@adefal.org](mailto:adefal@adefal.org) - Tel.: (82) 2121-8686 - Fax: (82) 2121-8677

**ANEXO H- Autorização de Pesquisa 3****ESCOLA ESTADUAL DEPUTADO NENOÍ PINTO**

ESCOLA ESTADUAL DEPUTADO NENOÍ PINTO

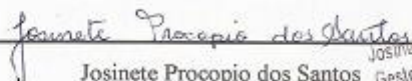
Rua Muniz Falcão, S/N, Clima Bom

**AUTORIZAÇÃO**

Maceió-AL, 24 de março de 2017.

Eu, Josinete Procopio dos Santos, diretora da Escola Estadual Deputado Nenoí Pinto, venho por meio desta manifestar apoio à pesquisa "**Habilidades Sociais e Acidente Vascular Cerebral na vida adulta**" tendo como pesquisadora responsável Mariana de Almeida Andrade, matriculada no Programa de Pós Graduação em Psicologia (PPGP), no Instituto de Psicologia (IP) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), sob a matrícula 16130222.

O papel desempenhado pela Escola Estadual Deputado Nenoí Pinto no desenvolvimento dessa pesquisa é: Viabilizar o acesso da pesquisadora ao seu público alvo (indivíduos adultos sem histórico de Acidente Vascular Cerebral- AVC) para administração de testes psicológicos, bem como disponibilizar ambiente adequado para tal procedimento.

  
Josinete Procopio dos Santos  
Gestor da Unidade de Ensino  
Matricula - 826874.6

Diretora