

Acidente vascular cerebral e habilidades sociais em adultos: associações e comparações entre grupos

Stroke and Social Skills in Adults: Associations and Comparisons between Groups

Mariana de Almeida Andrade (orcid.org/0000-0002-0317-8539)¹

Lucas Cordeiro Freitas (orcid.org/0000-0002-3860-9327)²

Resumo

Estudos têm apontado um crescente número de indivíduos acometidos por lesões encefálicas. Entre elas, o acidente vascular cerebral (AVC) é considerado um problema de saúde pública, por apresentar como consequência, entre outros fatores, o comprometimento de habilidades sociais (HS). Este estudo teve como objetivo geral investigar a relação entre AVC e HS em adultos. Foram entrevistados 100 indivíduos, residentes em Maceió, capital alagoana, com idade entre 18 e 59 anos. Dessa amostra, 50 indivíduos tinham histórico de AVC e 50 não. Os instrumentos utilizados foram uma anamnese, o Mini Exame do Estado Mental (Meem) e o Inventário de Habilidades Sociais (IHS-Del Prette). A comparação dos repertórios de HS entre os grupos demonstrou que os participantes com AVC relataram repertórios de HS menos prejudicados que os participantes sem AVC. Os resultados indicaram que não foram encontrados déficits graves de HS nessa população. Além disso, foi encontrado que o estado cognitivo dos participantes com AVC não se correlacionou com seus repertórios de HS. Os resultados obtidos salientam a importância da continuidade de estudos com essa população no contexto brasileiro e apontam a necessidade de elaboração de instrumentos específicos para a avaliação de HS para indivíduos que sofreram AVC.

Palavras-chave: Habilidades sociais. Acidente vascular cerebral. Competência social.

Abstract

Studies have shown that the number of people affected by brain injury is increasing. Among the various types of brain injury, stroke is considered a public health problem and one of its consequences is the impairment of Social Skills (SS). This study aimed to investigate the relationship between stroke and SS in adults. A total of 100 people living in the capital of Alagoas and aged 18 to 59 were interviewed. Of this sample, 50 individuals had a history of stroke and 50 had no history of stroke. The instruments used were anamnesis, the Mini Mental State Examination (MMSE) and the Social Skills Inventory (SSI-Del Prette). Comparison of SS repertoires between groups showed that participants with a history of stroke reported less impaired SS repertoires than participants without a history of stroke. The results indicated that there were no serious deficits in SS in this population. In addition, it was found that the cognitive status of participants with a history of stroke did not correlate with their SS repertoires. The results obtained highlight the importance of continuing studies with this population in the Brazilian context and point to the need to develop specific instruments for the assessment of SS in individuals who have had a stroke.

Keywords: Social skills. Stroke. Social competence.

Tem crescido significativamente o número de leitos nas clínicas de emergências médicas ocupados por indivíduos que apresentam quadros de lesão encefálica adquirida (Gamba & Kiplan, 2011; Gouveia, Bolognani, Brucki, Fabrício, & Bueno, 2001; Sohlberg & Mateer, 2011). Entre essas lesões, o acidente vascular cerebral (AVC) é considerado, junto com suas sequelas, um problema de saúde pública que merece atenção. O AVC é a segunda maior causa de morte no mundo, com aproximadamente seis milhões de pessoas por ano, caracterizando, assim, cerca de 10% dos óbitos mundiais (Botelho, Machado, Araújo, & Assis, 2016).

O AVC refere-se a um problema neurológico, temporário ou permanente, focal ou abrupto, decorrente de um processo patológico dos vasos sanguíneos encefálicos (Pereira &

¹ Universidade Federal de Alagoas (UFAL). Maceió, Brasil. E-mail: almeidamariana1@hotmail.com

² Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ). São João del-Rei, Brasil. E-mail: lcordeirofreitas@ufsj.edu.br

Hamdam, 2014). De acordo com Johnson, Onuma, Owolabi e Sachdev (2016), esse distúrbio neurológico é caracterizado pela morte inesperada de algumas células do cérebro devido à falta de oxigênio, causada pela interrupção do fluxo sanguíneo, sendo resultado do bloqueio ou ruptura de uma artéria cerebral. Os sintomas dessa condição neurológica apresentam duração igual ou superior a 24 horas, provocando alterações nos planos cognitivo e sensório-motor, de acordo com a área e a extensão da lesão (Johnson *et al.*, 2016). O AVC pode ser classificado como isquêmico (devido a entupimento) ou hemorrágico (devido a rompimento dos vasos), sendo o primeiro tipo o mais frequente (Pereira & Hamdam, 2014).

De acordo com Pereira e Hamdam (2014), 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 causas principais: (i) trombose cerebral ou formação de uma obstrução em artéria cerebral; (ii) embolia, ou quando a obstrução ocorre em outra parte do corpo e posteriormente se instala em uma artéria cerebral; e (iii) hemorragia, ou seja, a ruptura de vasos sanguíneos. Dessa forma, o grau de perda funcional irá depender da área específica na qual ocorreu a lesão e qual a extensão do dano (Pereira & Hamdam, 2014).

O AVC apresenta, entre outras, sequelas neuropsicológicas residuais, ainda que as sequelas físicas tenham sido superadas (Botelho *et al.*, 2016). O número de jovens adultos que sobrevivem depois do AVC cresce a cada ano em todas as classes socioeconômicas, o que acarreta um custo significativo à sociedade e à economia, por se tratar de uma das principais causas de incapacidades neurológicas e de importantes disfunções motoras e cognitivas (Botelho *et al.*, 2016; George, Tong, Kuklina, & Labarthe, 2011; Kuluski, Dow, Locock, Lyons, & Lasserson, 2014).

De acordo com Finch, Copley, Cornwell e Kelly (2015), uma das consequências do AVC é o comprometimento em habilidades de comunicação social, as quais são descritas por esses autores como verbais e não verbais, permitindo aos indivíduos se expressarem e compreenderem os significados das ações de diferentes pares, em um diversificado leque de ambientes (Finch *et al.*, 2015). O conhecimento das especificidades do comprometimento do AVC nas habilidades interpessoais pode ser relevante, tendo em vista o impacto que danos cerebrais podem acarretar às relações do paciente com as demais pessoas.

Segundo Gomes Cancela (2008), existem vários problemas e alterações provocadas por AVC, tais como: alterações das funções motoras, alterações da função sensorial, alterações da função perceptiva, alterações da comunicação e, por fim, alterações no comportamento, objeto de interesse do presente estudo. De forma mais específica, indivíduos expostos a condições neurológicas e psiquiátricas frequentemente apresentam déficits no desempenho social, que podem incluir interrupções na aquisição ou desempenho de habilidades sociais básicas ou complexas, comprometendo o funcionamento interpessoal (Driscoll, Dal Monte, & Grafman, 2011; Greenham *et al.*, 2018; Mosh, Max, & Tranel, 2005).

O estudo de Zawadzka e Domańska (2018), por exemplo, demonstrou que os pacientes com AVC que apresentaram baixa memória verbal obtiveram escores mais baixos de exposição social, avaliada de forma objetiva, em comparação aos grupos de controle. Na mesma direção, Adams, Henry e Molenberghs (2020) demonstraram que as dificuldades em cognição social de pacientes com AVC estiveram associadas a indicadores socioemocionais desfavoráveis em longo prazo. Nota-se, portanto, que diferentes dimensões do repertório social podem estar comprometidas depois do AVC.

As habilidades sociais (HS), que constituem uma das variáveis possivelmente afetadas após a ocorrência do AVC, são definidas por Del Prette e Del Prette (2005; 2017) como 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. A competência social, que é outro conceito importante nesse campo de estudos, 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, 2017). 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 da cultura local (Del Prette & Del Prette, 1999).

Com a finalidade de reunir evidências científicas sobre a relação entre AVC e HS, Almeida-Andrade (2018) realizou uma revisão de literatura por meio de métodos sistemáticos explícitos, nas bases de dados eletrônicos BVS, Eric, PsycInfo, PubMed, SciELO e Science Direct. Foram pesquisados os descritores *social skills*, *interpersonal relationships*, *social competence* e *interpersonal communications*, todos relacionados ao descritor *stroke*, nas seis bases de dados citadas, sendo extraídos e analisados 14 artigos. Os resultados dessa revisão indicaram que estudos que associaram lesões por AVC aos domínios das habilidades sociais, da competência social e das relações interpessoais não apresentaram, de forma geral, uma sistemática ou uma padronização quanto aos instrumentos utilizados. A maior parte dos estudos encontrados não priorizaram os domínios das habilidades sociais como foco de suas investigações, sendo esses por vezes abordados como desdobramentos de pesquisa ou resultados secundários. Outro fator a ser destacado é que as referidas pesquisas não deixaram claro qual a definição de habilidades sociais e os referenciais teóricos utilizados. Os estudos são relatos de pesquisas empíricas, porém estão permeados de termos pouco operacionais e generalizáveis (Almeida-Andrade, 2018).

De forma geral, os estudos que se propuseram, primária ou secundariamente, a averiguar a relação entre AVC e HS privilegiaram a investigação em crianças e idosos, tendo os resultados sugerido que o desempenho social após o AVC apresentou alterações de moderadas a graves em alguns domínios das relações interpessoais, assim como no funcionamento social (Anderson *et al.*, 2014; Mosh *et al.*, 2005; Plante, Demers, Swaine, &

Desrosiers, 2010; Teasdale & Engberg, 2005; Tornbom, Persson, Lundalv, & Sunnerhagen, 2017; Visser *et al.*, 2015). Alguns desses autores argumentaram, ainda, que o AVC pode acarretar problemas comportamentais, tanto nos comportamentos gerais quanto nos comportamentos adaptativos. No entanto, a literatura revisada não aponta classes específicas de HS que podem estar mais diretamente associadas aos efeitos do AVC. No geral, os estudos avaliaram construtos mais amplos, como relações interpessoais, funcionamento social e comportamentos adaptativos.

Outra questão sugerida pelos resultados da revisão de Almeida-Andrade (2018) foi a elevação dos níveis de impulsividade vivenciadas por indivíduos que sofreram lesão por AVC. Os estudos sugeriram também que tanto comportamentos internalizantes quanto externalizantes foram apresentados por esses indivíduos – componentes não dizem respeito às classes de HS, mas representam fatores de risco para déficits nessas habilidades (D’Aniello *et al.*, 2014; Everts *et al.*, 2008; Greenham *et al.*, 2015; Kwok *et al.*, 2006; Lo *et al.*, 2014; Rozon & Rochette, 2015; Ryck *et al.*, 2014; Schmid *et al.*, 2012).

Os resultados encontrados nessa revisão de literatura explicitaram a necessidade de se estudar mais extensivamente a relação entre AVC e habilidades sociais, especialmente na população adulta, a fim de se obter mais 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 (Almeida-Andrade, 2018). Considerando que déficits em HS específicas podem estar relacionados com o acometimento por lesões cerebrais por AVC, assim como a constatação de que o número de adultos com histórico de danos dessa natureza vem crescendo, o presente estudo propôs o seguinte questionamento geral: Quais classes específicas de habilidades sociais podem estar mais prejudicadas após uma lesão cerebral por AVC em adultos?

Nesse sentido, o objetivo geral do presente estudo foi verificar a relação entre o AVC e o repertório de habilidades sociais em adultos. Como objetivos específicos, buscou-se (i) caracterizar o estado cognitivo de adultos que sofreram AVC; (ii) verificar a relação entre o estado cognitivo e o repertório de habilidades sociais em adultos acometidas por AVC; e (iii) identificar déficits e recursos em habilidades sociais de indivíduos com histórico de AVC, em comparação a indivíduos sem histórico de AVC.

Método: delineamento de pesquisa

O presente estudo consistiu 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 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 à comparação de dois grupos de sujeitos, procedeu-se a um quase-

experimento, técnica similar às análises *ex post facto* utilizadas nas pesquisas correlacionais, exceto que nesse caso não se procede a uma correlação entre variáveis, e sim a uma comparação de dois grupos naturais no que lhes diferencia (Cozby, 2013). No presente estudo, a variável de comparação foi o histórico de AVC.

Participantes

A amostragem utilizada foi do tipo não probabilística acidental (Cozby, 2013), sendo entrevistadas 100 pessoas, das quais 50 pertenceram ao Grupo 1 (adultos com AVC) e 50 ao Grupo 2 (adultos sem AVC). Os dados relativos aos participantes do Grupo 1 foram coletados em duas instituições especializadas em reabilitação na capital de Alagoas, Maceió. Os dados relativos ao Grupo 2 foram coletados em turmas da Educação de Jovens e Adultos (EJA) de uma escola estadual da mesma cidade, salvaguardando os cuidados em sua escolha com o intuito compor grupos os mais similares possíveis, em termos das variáveis sexo, nível de escolaridade e renda familiar.

Para o Grupo 2, foram criados os seguintes critérios de inclusão: ter no mínimo 18 anos e no máximo 59 anos e não ter renda familiar acima de quatro salários mínimos. Esses critérios de inclusão foram escolhidos para englobar na amostra apenas participantes adultos e que tivessem renda familiar semelhante à dos pacientes do Grupo 1, que eram atendidos em instituições públicas de saúde. Como critérios de exclusão, foram desconsiderados para o Grupo 2 participantes que apresentavam histórico clínico de AVC, tinham diagnóstico de qualquer comprometimento cognitivo ou faziam uso excessivo de álcool e outras drogas – critérios de adotados por constituírem-se como possíveis variáveis confundidoras para os objetivos do presente estudo.

Instrumentos

Para a coleta de dados, foram aplicadas uma anamnese e dois instrumentos psicométricos padronizados, descritos a seguir.

Anamnese: entrevista previamente estruturada elaborada para este estudo com o objetivo de acessar o histórico clínico e social do indivíduo, que incluiu detalhes de seu quadro clínico, antecedentes pessoais e familiares e nível socioeconômico.

Inventário de Habilidades Sociais (IHS – Del Prette, 2001): visa a avaliar o repertório de habilidades sociais usualmente requerido em situações cotidianas por meio de 38 itens, que descrevem uma relação interpessoal e um possível desfecho (Del Prette & Del Prette, 2001). O instrumento foi desenvolvido no Brasil e já foi aplicado para diferentes populações e contextos (Del Prette & Del Prette, 2013; Maia, Del Prette, & Freitas, 2008). Na resposta para 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 avaliar os seguintes domínios: 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 (Del Prette & Del Prette, 2001; Di Domenico-Grazziotin & Scortegagna, 2016).

O IHS apresentou propriedades psicométricas satisfatórias em termos de consistência interna ($\alpha=0,75$), estabilidade teste-reteste ($r=0,90$; $p=0,001$), bem como de validade concomitante com o Inventário de Rathus ($r=0,79$; $p=0,01$) (Bandeira, Costa, Del Prette, Del Prette, & Gerk-Carneiro, 2000). Esse 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 (Carneiro, Falcone, Clark, Del Prette, & Del Prette, 2007), tendo preservado suas propriedades psicométricas (Di Domenico-Grazziotin & Scortegagna, 2016), este estudo utilizou o referido instrumento na amostra da presente pesquisa.

Mini Exame do Estado Mental (Meem – Bertolucci, 1994): tem como finalidade prática indicar se o indivíduo apresenta indícios de comprometimento cognitivo, por meio 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. Sua ampla aceitação nas comunidades científica e clínica se deve à praticidade e à amplitude da avaliação que realiza, sendo atualmente o teste de rastreio cognitivo para adultos e idosos mais utilizado no mundo (Melo & Barbosa, 2015). O instrumento apresenta um total de 11 itens de resposta livre, excetuando os itens 8, 10 e 11, que requerem do respondente o desempenho de tarefas para avaliação da capacidade motora. A pontuação total varia de 0 a 30 pontos, sendo os pontos de corte associados ao nível de escolaridade do respondente (Brucki, Nitrini, & Caramelli, 2003).

Na análise das propriedades psicométricas, o Meem apresentou, em um estudo com população idosa, nível satisfatório de confiabilidade e consistência interna, com α de 0,796 (Santos, Cerchiari, Alvarenga, Faccenda, & Oliveira, 2010). Em um estudo com participantes de diversas faixas etárias, o instrumento apresentou sensibilidade de 82,4% e especificidade de 97,5% (Bertolucci *et al.*, 1994). No presente estudo, foi considerada a versão validada para o Brasil por Bertolucci *et al.* (1994), cuja amostra foi 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). Os valores de corte utilizados neste estudo também foram os propostos por Bertolucci *et al.* (1994).

Procedimentos de coleta dos dados

Os sujeitos do Grupo 1 foram abordados em duas instituições especializadas em reabilitação da capital alagoana, em seus respectivos dias de atendimento, e os sujeitos do Grupo 2 foram abordados em uma escola pública da mesma cidade. Os sujeitos foram convidados a participar da pesquisa e em seguida foi requerido que assinassem o Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Cada participante do Grupo 1 passou inicialmente por uma anamnese, em seguida foi aplicado o Meem e, por fim, foi aplicado o IHS. Essa aplicação ocorreu de forma individual em uma sala reservada pelas instituições, sendo o tempo de aplicação no Grupo 1 de aproximadamente 30-40 minutos por participante.

Os participantes do Grupo 2 foram avaliados apenas por meio do IHS-Del Prette, não sendo necessária a aplicação do Meem. Nesse grupo, a aplicação do instrumento foi feita de forma coletiva em uma sala disponibilizada pela escola. Logo depois, os indivíduos responderam individualmente à anamnese. O tempo de aplicação coletiva para o Grupo 2 foi de aproximadamente 20 minutos.

Procedimentos de análise dos dados

Os dados foram analisados por meio de estatísticas descritivas e inferenciais, utilizando-se o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), 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. Como foi comprovada a não normalidade da distribuição dos dados do presente estudo, os testes utilizados subsequentemente foram não paramétricos.

Foram realizadas estatísticas descritivas das características sociodemográficas e clínicas dos participantes, por meio de médias e porcentagens. Para se analisar a equivalência entre os dois grupos, foi utilizado o teste *U* de Mann Whitney, para as variáveis idade e escolaridade, e o teste de Qui-quadrado para a variável sexo. O teste *U* de Mann Whitney também foi utilizado para se comparar os postos médios entre os grupos, considerando os escores globais e os escores por subescala dos instrumentos IHS e Meem. Para verificar a associação entre o estado cognitivo e o repertório de HS, foram realizadas análises de correlação ρ de Spearman. Nos testes inferenciais, foi adotado um intervalo de confiança de 95% ($p < 0,05$).

Considerações sobre aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição na qual foi realizado (Processo n. 66361017.2.0000.5013; Parecer de aprovação n. 2.082.138). A coleta de dados foi autorizada pelas instituições – no Grupo 1, mediante documento assinado em reunião com a equipe médica e o centro de pesquisa, 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 da participação e o respeito às diretrizes éticas que regem a pesquisa com seres humanos foram assegurados.

Resultados: normalidade de distribuição

Os resultados da análise de normalidade indicaram que os dados do escore global ($K-S=0,116$, $p=0,002$), assim como os dados das subescalas do IHS (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: $K-S=0,267$, $p=0$), não apresentaram distribuição 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 se seguem foram realizadas por meio de testes não paramétricos.

Características sociodemográficas e clínicas dos participantes

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas dos participantes

Variável	Categoria	Frequência	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	Fundamental 1	60	60%
	Fundamental 2	24	24%
	Ensino médio	12	12%
	Ensino superior	4	4%
Estado civil	Solteiro(a)	29	29%
	Casado(a)	46	46%
	Separado(a)	23	23%
	Viúvo(a)	5	5%
Tem renda própria	Sim	83	83%
	Não	17	5%
Origem da renda	Trabalho formal	40	40%
	Aposentadoria	18	18%
	Auxílio-doença	19	19%
	Pensão	6	5%
Renda familiar	De 1 a 2 salários mínimos	77	77%
	De 2 a 3 salários mínimos	13	13%
	Mais de 3 salários mínimos	10	5%

Fonte: Elaboração própria.

Foram entrevistados 100 participantes, sendo a maioria do sexo feminino (54%). A idade média dos participantes foi de 47,7 anos (d.p.=9,7), sendo o mínimo de 18 e máximo de 59 anos. Sessenta por cento da amostra tinha Ensino Fundamental 1 e 46% dos participantes relatou ser casado. Oitenta e três por cento tinha 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.

Análise da equivalência entre os grupos

Em relação à variável sexo, o teste *Qui-quadrado* demonstrou que não houve diferença estatisticamente significativa entre a proporção de homens e mulheres na amostra ($\chi^2=0,644$, $p=0,42$). No entanto, os resultados do teste Mann Whitney mostraram que em relação às variáveis escolaridade ($U=974,000$, $p=0,03$) e idade ($U=684,000$, $p=0,00$) houve uma diferença significativa entre os grupos.

O grupo com AVC foi composto por participantes mais velhos, em comparação ao grupo sem AVC. Quanto à escolaridade, os participantes do grupo com AVC apresentaram-se como mais escolarizados que os do 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.

Análise dos escores globais no Meem na amostra de participantes com AVC

Seguindo as normas do estudo original de validação do instrumento no Brasil (Bertolucci, 1994), os resultados mostraram que 94% da amostra apresentou resultados que os posicionaram acima do ponto de corte, sugerindo que esses indivíduos não exibiram indícios de comprometimento cognitivo, como demonstra a Tabela 2.

Tabela 2. Pontos de corte em relação ao escore global do Meem

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

Fonte: Elaboração própria.

Análise da correlação entre escores globais do Meem e os escores globais e fatoriais do IHS-Del Prette

Os resultados referentes às correlações entre o estado cognitivo dos participantes do Grupo 1, avaliado por meio do Meem, e os escores globais e fatoriais de habilidades sociais no IHS-Del Prette não foram estatisticamente significativos (Escore global: $\rho=0,214$, $p=0,135$; F1: $\rho=0,054$, $p=0,710$; F2: $\rho=0,276$, $p=0,052$; F3: $\rho=0,126$, $p=0,383$; F4: $\rho=0,058$, $p=0,690$; F5: $\rho=0,072$, $p=0,619$). Portanto, esses resultados indicaram que o estado cognitivo, nesta amostra, não se correlacionou com os resultados da escala de habilidades sociais, em seu escore global e por subescala.

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

Na análise comparativa dos postos médios do escore global de habilidades sociais entre os grupos com e sem AVC, os resultados demonstraram que houve diferença estatisticamente significativa ($U=900,00$, $p=0,016$). Os participantes com histórico de AVC apresentaram escore global no IHS-Del Prette mais elevado que os participantes sem histórico de AVC. Quanto aos resultados da análise dos postos médios referente às subescalas do IHS-Del Prette, os resultados mostraram que nas subescalas 1, 3 e 5 (Enfrentamento de risco, Conversação e Desenvoltura social e Autocontrole da agressividade em situações aversivas, respectivamente) não houve diferença entre os grupos (F1: $U=1079,50$, $p=0,24$; F3: $U=1175,50$, $p=0,604$; F5: $U=992,50$, $p=0,06$). Já nas subescalas 2 e 4 (Autoafirmação na expressão de afeto positivo e Autoexposição a desconhecidos e a situações novas, respectivamente) os resultados mostraram que houve diferença significativa entre os grupos (F2: $U=606,00$, $p=0$; F4: $U=330,50$, $p=0$), como demonstra a Tabela 3.

Tabela 3. Análise da variável histórico de AVC em relação aos postos médios do IHS-Del Prette geral e por subescala

Subescala	Categoria	N	Postos Médios
Histórico de AVC	Com AVC	50	57,50
	Sem AVC	50	43,50
Enfrentamento com risco (Subescala 1)	Com AVC	50	53,91
	Sem AVC	50	47,09
Autoafirmação 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
Autoexposição a desconhecidos ou situações novas (Subescala 4)	Com AVC	50	32,11
	Sem AVC	50	68,89
Autocontrole da agressividade em situações aversivas (Subescala 5)	Com AVC	50	55,65
	Sem AVC	50	45,35

Fonte: Elaboração própria.

Discussão

Na amostra estudada, a maioria dos participantes com AVC relatou não exercer atividade laboral. 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 “status de emprego”, sendo que apenas uma pequena parcela de indivíduos que antes do AVC desenvolviam alguma atividade laboral retomavam os papéis sociais depois do AVC (Plante *et al.*, 2010).

Ainda com relação aos dados sociodemográficos, na análise de equivalência entre os grupos, os participantes com AVC apresentaram maior idade e grau de escolaridade, em comparação aos participantes sem AVC, o que tem contribuído para o conjunto de resultados encontrados no estudo. Essas variáveis possivelmente estão associadas aos resultados positivos observados no grupo com AVC na avaliação tanto do estado cognitivo quanto das habilidades sociais.

Com relação ao teste de rastreio cognitivo, a maior parte da amostra com AVC (94%) apresentou escores acima da média, sugerindo que não exibiram 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. O resultado da avaliação cognitiva dos pacientes foi 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 à utilização de diferentes instrumentos, uma vez que no presente estudo foi 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, depois do episódio de AVC. De acordo com os referidos autores, comprometimentos em habilidades cognitivas são responsáveis pelo surgimento de danos em longo prazo, podendo afetar o controle emocional, interferindo na capacidade de manejar relações pessoais satisfatórias. Supõe-se que indivíduos que tenham sofrido danos cognitivos apresentem dificuldades na habilidade social

de manejo de conflitos e resolução de problemas interpessoais, pois teriam menos autocontrole referentes a indicadores emocionais de um problema (Teasdale & Engberg, 2005).

No que diz respeito à avaliação da relação entre o estado cognitivo dos indivíduos que sofreram AVC e o repertório de HS, os resultados mostraram que tanto para os escores globais como para os fatoriais a correlação não foi significativa. Esses resultados estão em desacordo com alguns modelos que consideram que, em geral, os processos cognitivos interagem uns com os outros e com processos não cognitivos (Sternberg, 2010). Além disso, o processamento de informação, comum a toda ação racional, é permeado pelo que Del Prette e Del Prette (2012) denominam de percepção social. Essa percepção seria essencial à escolha de comportamentos adequados a variadas situações sociais e, por conseguinte, contribuiria para desempenhos sociais mais elaborados.

Na comparação entre os grupos com e sem AVC, os resultados evidenciaram que não houve diferenças significativas entre os grupos nas subescalas 1 (Enfrentamento com risco), 3 (Conversa e desenvoltura social) e 5 (Autocontrole da agressividade em situações aversivas). 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. Os autores encontraram que durante o primeiro ano depois do insulto, foi relatado pelos participantes que houve diminuição nas interações sociais, o que os colocaram na posição de psicologicamente desadaptados, tornando sua reinserção na sociedade ainda mais difícil (Kwork *et al.*, 2006).

Na subescala 2 (Autoafirmação na expressão de afeto positivo), os resultados mostraram que houve diferença significativa entre os grupos, com resultados mais positivos para os participantes com AVC. Esse resultado pode ser reflexo do caráter situacional-cultural das relações interpessoais, pois os grupos que compuseram a amostra desse estudo, apesar de salvaguardarem características socioeconômicas semelhantes, responderam ao inventário de acordo com suas experiências pessoais, que podem ser a base das normas e valores que compartilham. Pode-se supor que um AVC, ainda que leve, acarrete alguma dependência de cuidados especiais e a expressão de afetos positivos pode ser a maneira que esses indivíduos encontraram de assegurar esses cuidados.

Contrariamente, na subescala 4 (Autoexposição a desconhecidos ou a situações novas), os resultados mostraram que os participantes sem AVC obtiveram melhores escores que os com AVC, sugerindo que especificamente na habilidade de abordagem a pessoas desconhecidas os participantes com AVC apresentaram desempenho mais comprometido. Esse resultado confirma os achados da literatura, que apontaram que indivíduos expostos a condições neurológicas, como o AVC, frequentemente apresentam dificuldades de relacionamento (Driscoll *et al.*, 2015), baixa exposição social (Zawadzka & Domańska, 2018) e indicadores socioemocionais desfavoráveis (Adams *et al.*, 2020).

É interessante destacar que os participantes com AVC apresentaram maior frequência de habilidades relativas à expressão de afetos positivos, que ocorrem mais comumente em ambientes familiares ou íntimos, e menor frequência de habilidades relacionadas a abordagem de desconhecimentos, em ambientes menos familiares. Pode-se supor, portanto, que para as pessoas que sofreram AVC expor-se a situações e pessoas novas seja mais difícil e desconfortável.

Um possível fator explicativo da divergência de resultados em comparação com a literatura pode ser a utilização exclusiva de instrumentos de autoavaliação. 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 (Anderson *et al.*, 2014; Everts *et al.*, 2008; Greenham *et al.*, 2015; Lo *et al.*, 2014; Mosh *et al.*, 2005). Em contrapartida, no presente estudo, não foi utilizado instrumento de medida específico para avaliação de habilidades sociais em indivíduos com histórico de AVC, mas sim instrumento de habilidades sociais gerais utilizado em contextos e amostras diversificadas. A utilização de um instrumento que não considerou a especificidade da amostra fez-se necessária devido à escassez de instrumentos validados e/ou disponíveis no Brasil para uma avaliação específica das habilidades sociais de indivíduos com histórico de insulto cerebral por AVC.

De forma geral, os resultados deste estudo sugeriram que o AVC acarretou prejuízo sutil ao repertório de habilidades sociais da amostra estudada, apenas em algumas classes de habilidades, o que contraria a literatura, que aponta déficits moderados a graves em indicadores de relações interpessoais (Anderson *et al.*, 2014; Mosh *et al.*, 2005; Plante *et al.*, 2010; Teasdale & Engberg, 2005; Tornbom *et al.*, 2017; Visser *et al.*, 2015). Os resultados das análises comparativas entre os dois grupos mostraram que os participantes com AVC demonstraram ter repertórios de habilidades sociais menos prejudicados que os sem AVC. Esses resultados foram, provavelmente, reflexo do tamanho da amostra, das características comportamentais dos próprios participantes, da maior idade e grau de escolaridade do grupo com AVC ou, ainda, da falta de um instrumento de medida de habilidades sociais voltado à população-alvo deste estudo. Cabe ressaltar, também, a ausência de correlação entre o estado cognitivo de indivíduos que sofreram AVC e o seu repertório de habilidades sociais. Essa ausência de correlação não implica, no entanto, concluir que um indivíduo com AVC com capacidade cognitiva preservada não tenha comprometimento em algumas classes de habilidades sociais.

Considerações finais

Apesar de salvaguardar questões éticas e metodológicas, o presente estudo apresentou algumas limitações. Primeiramente, ainda que tenha sido realizado em duas instituições especializadas em reabilitação, alguns critérios de inclusão, como a restrição de faixa etária, dificultou a adesão de possíveis participantes ao estudo; segundo, demonstrou-

se que os dois grupos de comparação não foram equivalentes nas variáveis idade e escolaridade; terceiro, o número relativamente pequeno de participantes pode limitar a generalização dos resultados para populações de outros contextos; quarto, os instrumentos de medida utilizados, apesar de apresentarem qualidades psicométricas satisfatórias, não foram construídos inicialmente para a população do presente estudo, que tem a característica específica da lesão cerebral adquirida.

Outra questão quanto ao instrumento de medida de habilidades sociais utilizado é que sua amostra normativa original foi composta por indivíduos mais jovens e de maior escolaridade (estudantes universitários), em comparação com a amostra do presente estudo. No entanto, a experiência do uso desse instrumento em populações adultas e idosas se mostrou satisfatória, não alterando suas propriedades psicométricas. Ainda assim, supõe-se que um instrumento direcionado à população do presente estudo poderia produzir resultados mais precisos.

Os resultados apresentados salientam a importância da continuidade de estudos com adultos que sofreram AVC, especialmente no contexto brasileiro. Sugere-se a realização de pesquisas que tenham por objetivo a elaboração de instrumentos específicos de habilidades sociais para essa população, assim como sua utilização em amostras maiores, para que seus resultados sejam mais propriamente generalizáveis. O conhecimento mais pormenorizado da relação entre AVC e HS pode ser importante para a definição de estratégias de intervenção que visem a minimizar o impacto do AVC sobre as relações interpessoais desses indivíduos.

Nota e agradecimento

Este artigo apresenta parte dos resultados da Dissertação de Mestrado da primeira autora, sob orientação do segundo autor. A pesquisa em questão teve como fonte de financiamento a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES.

Referências

- Adams, A. G., Henry, J. D., & Molenberghs, P. (2020). The Relationship Between Social Cognitive Difficulties in the Acute Stages of Stroke and Later Functional Outcomes. *Social Neuroscience*, 15(2), 158-169. Doi: 10.1080/17470919.2019.1668845.
- Almeida Andrade, M. (2018). *Relação entre acidente vascular cerebral e habilidades sociais em adultos*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, Alagoas, Brasil.
- Anderson, V., Gomes, A., Greenham, M., Hearps, S., Gordon, A., Rinehart, N., Gonzalez, L., Yeates, K. O., Hajek, C. A., Lo, W., & Mackay, M. (2014). Social Competence Following Pediatric Stroke: Contributions of Brain Insult and Family Environment. *Social Neuroscience*, 9(5), 471-483. Doi: 10.1080/17470919.2014.932308.
- Bandeira, M., Costa, M. N., Del Prette, Z. A. P., Del Prette, A., & Gerk-Carneiro, E. (2000). Qualidades psicométricas do Inventário de Habilidades Sociais (IHS): estudo sobre a

- estabilidade temporal e a validade concomitante. *Estudos de Psicologia*, 5(2), 401-419. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2000000200006>.
- Bertolucci, P. H. F., Brucki, S. M. D., Campacci, S. R., & Juliano, Y. (1994). Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arquivos Neuropsiquiátricos*, 52(1), 1-7. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X1994000100001>.
- Botelho, T. S., Machado, C. D., Araújo, F. L. C., & Assis, S. C. (2016). Epidemiologia do acidente vascular cerebral no Brasil. *Temas em saúde*, 16(2), 361-377.
- Brucki, S. M. D., Nitrini R., & Caramelli P. (2003). Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. *Arquivos Neuropsiquiátricos*, 61(3-B), 777-781. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2003000500014>.
- Carneiro, R. S., Falcone, E., Clark, C., Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2007). Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(2), 229-237. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722007000200008>.
- Cozby, P. C. (2013). *Métodos de pesquisa em Ciências do Comportamento*. São Paulo: Editora Atlas.
- D’Aniello, G. E., Scarpina, F., Mauro, A., Mori, I., Castelnuovo, G., Bigoni, M., Baudo, S., & Molinari, E. (2014). Characteristics of Anxiety and Psychological Well-Being in Chronic Post-Stroke Patients. *Journal of the Neurological Sciences*, 338, 191-196. Doi: 10.1016/j.jns.2014.01.005.
- Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (2001). *Inventário de Habilidades Sociais: manual de aplicação, apuração e interpretação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (1999). *Psicologia das habilidades sociais: terapia e educação*. Petrópolis: Vozes.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2005) *Psicologia das habilidades sociais na infância: teoria e prática*. Petrópolis: Vozes.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2012). *Psicologia das habilidades sociais: terapia, educação e trabalho*. Petrópolis: Vozes.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2013). Social Skills Inventory (SSI-Del-Prette): Characteristics and Studies in Brazil. In F. de L. Osório (Ed.). *Psychology Research Progress. Social Anxiety Disorder: From Research to Practice* (pp. 47-62). Nova Biomedical Books.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2017). *Competência social e habilidades sociais: Manual teórico-prático*. Petrópolis: Vozes.
- Di Domenico-Graziotin, J. B., & Scortegagna, S. A. (2016). Avaliação das habilidades sociais em adultos idosos e adultos. *Temas em Psicologia*, 24(2), 695-705. Doi: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2016.2-16Pt>.

- Driscoll, D. M., Dal Monte, O., & Grafman, J. A. (2011). Need for Improved Training Interventions for the Remediation of Impairments in Social Functioning following Brain Injury. *Journal of Neurotrauma*, 28(2), 319-326. Doi: 10.1089/neu.2010.1523.
- Everts, R., Pavlovic, J., Kaufmann, F., Uhlenberg, B., Seidel, U., Nedelchev, K., Perrig, W., & Steinlin, M. (2008). Cognitive Functioning, Behavior, and Quality of Life After Stroke in Childhood. *Child Neuropsychology: A Journal on Normal and Abnormal Development in Childhood and Adolescence*. Psychology Press, 14(4), 323-338. Doi: 10.1080/09297040701792383.
- Finch, E., Copley, A., Cornwell, P., & Kelly, C. (2015). Systematic Review of Behavioral Interventions Targeting Social Communication Difficulties After Traumatic Brain Injury. *American Congress of Rehabilitation Medicine*, 97(8), 1352-1365. Doi: 10.1016/j.apmr.2015.11.005.
- Gamba, M. M., & Kiplan, M. L. (2011). 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.
- George, M. G., Tong, X., Kuklina, E. V., & Labarthe, D. R. (2011). Trends in Stroke Hospitalizations and Associated Risk Factors Among Children and Young Adults, 1995-2008. *Annals of Neurology*, 70(5), 713-21. Doi: <https://doi.org/10.1002/ana.22539>.
- Gomes Cancela, D. M. (2008). *O acidente vascular cerebral: classificação, principais consequências e reabilitação*. Monografia de graduação, Universidade Lusíada do Porto, Porto, Portugal.
- Gouveia, P. A. R., Bolognani, S. A. P., Brucki, S. M. D., Fabrício, A., & Bueno, O. F. A. (2001). Metodologia em reabilitação neuropsicológica de pacientes com lesão cerebral adquirida. *Revista Psiquiatria Clínica*, 28(6), 295-299.
- Greenham, M., Hearps, S., Gomes, A., Rinehart, N., Gonzalez, L., Gordon, A., Mackay, M., Lo, W., Yeates, K., & Anderson, V. (2015). Environmental Contributions to Social and Mental Health Outcomes Following Pediatric Stroke. *Developmental Neuropsychology*, 40(6), 348-362. Doi: 10.1080/87565641.2015.1095191.
- Greenham, M., Gordon, A. L., Cooper, A., Ditchfield, M., Coleman, L., Hunt, R. W., Mackay, M. T., Monagle, P., & Anderson, V. (2018). Social Functioning Following Pediatric Stroke: Contribution of Neurobehavioral Impairment. *Developmental Neuropsychology*, 43(4), 312-328. Doi: <https://doi.org/10.1080/87565641.2018.1440557>.
- Johnson, W., Onuma, O., Owolabi, M., & Sachdev, S. (2016). Stroke: A Global Response Is Needed. *Bulletin of the World Health Organization*, 94(9), 634-634A. Doi: <https://doi.org/10.2471/BLT.16.181636>.
- Kantowitz, B. H., Roediger III, H. L., & Elmes, D. G. (2006). *Psicologia Experimental: Psicologia para compreender a pesquisa em Psicologia*. São Paulo: Thompson Learning Edições.

- Kwok, T., Lo, R. S., Wong, E., Wai-Kwong, T., Mok, V., & Kai-Sing, W. (2006). Quality of Life of Stroke Survivors: A 1-Year Follow-Up Study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 87(9), 1177-1181. Doi: 10.1016/j.apmr.2006.05.015.
- Kuluski, K., Dow, C., Locock, L., Lyons, R. F., & Lasserson, D. (2014). Life Interrupted and Life Regained?: Coping with Stroke at a Young Age. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 9, 22252. Doi: <https://doi.org/10.3402/qhw.v9.22252>.
- Lo, W., Gordon, A., Hajek, C., Gomes, A., Greenham, M., Perkins, E., Zumberge, N., Anderson, V., & Yeates, K. O., & Mackay, M. T. (2014). Social Competence Following Neonatal and Childhood Stroke. *International Journal of Stroke*, 9(8), 1037-44. Doi: 10.1111/ijss.12222.
- Maia, J. M. D., Del Prette, A., & Freitas, L. C. (2008). Habilidades sociais de pessoas com deficiência visual. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 4(1). Doi: 10.5935/1808-5687.20080005.
- Melo, D. M., & Barbosa, A. J. G. (2015). O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. *Ciência e Saúde Coletiva*, 20(12), 3865- 3876. Doi: 10.1590/1413-812320152012.06032015.
- Mosh, S. C., Max, J. E., & Tranel, D. A. (2005). 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.
- Pereira, A. P. A., & Hamdam, A. C. (2014). Neuropsicologia do traumatismo cranioencefálico e do acidente vascular cerebral. In D. Fuentes, L. F. Malloy-Diniz, C. H. P. Camargo & R. M. Cosenza (Orgs.). *Neuropsicologia: teoria e prática* (2a ed., pp. 223-230). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Plante, M., Demers, L., Swaine, B., & Desrosiers, J. (2010). 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. Doi: 10.1310/tsr1701-47.
- Ryck, A., Franssen, E., Brouns, R., Geurden, M., Peij, D., Mariën, P., Deyn, P. P., & Engelborghs, S. (2014). Poststroke Depression and its Multifactorial Nature: Results from a Prospective Longitudinal Study. *Journal of the Neurological Sciences*, 347(1-2), 159-166. Doi: 10.1016/j.jns.2014.09.038.
- Rozon, J., & Rochette, A. (2015). Changes in Life Habits Affected by Mild Stroke and their Association with Depressive Symptoms. *Journal Rehabilitation Medicine*, 47(6), 495-501. Doi: 10.2340/16501977-1959.
- Santos, C. S., Cerchiari, E. A. N., Alvarenga, M. R. M., Faccenda, O., Oliveira, & M. A. C. (2010). Validação da confiabilidade do Mini-Exame do Estado Mental em idosos e associação com variáveis sociodemográficas. *Cogitare Enfermagem*, 15(3), 406-412.

- Schmid, A. A., Damush, T., Tu, W., Bakas, T., Kroenke, K., Hendrie, H. C., & Williams, L. S. (2012). Depression Improvement Is Related to Social Role Functioning After Stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 93*(6), 978-982. Doi: 10.1016/j.apmr.2011.12.012.
- Sohlberg, M. M., & Mateer, C. A. (2011). *Reabilitação cognitiva: uma abordagem neuropsicológica integrativa*. São Paulo: Santos.
- Sternberg, R. J. (2010). *Psicologia Cognitiva*. São Paulo: Cengage Learning.
- Teasdale, T. W., & Engberg, A. W. (2005). Psychosocial Consequences of Stroke: A Long-Term Population-Based Follow-Up. *Brain Injury, 19*(12), 1049-1058. Doi: 10.1080/02699050500110421.
- Tornbom, K., Persson, H. C. Lundalv, J., & Sunnerhagen, K. (2017). 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. Doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2016.08.029.
- Visser, M. M., Heijenbrok-Kal, M. H. Spijker, A. V., Oostra, K. M., Busschbach, J. J., & Ribbers, G. M. (2015). Coping, Problem Solving, Depression, and Health-Related Quality of Life in Patients Receiving Outpatient Stroke Rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 96*, 1492-1498. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2015.04.007>.
- Zawadzka, E., & Domanska, L. (2018). Emotional and Social Characteristics of Stroke Patients with Low Verbal Memory. *Aging Clinical and Experimental Research, 30*(10), 1203-1210. Doi: <https://doi.org/10.1007/s40520-018-0894-0>.

Recebido em: 23/04/2020

Aprovado em: 23/04/2021