

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU

TAYNA MAIARA PILLA RODRIGUES

**Treinamento de habilidades sociais em cuidadores de indivíduos com afasia: efeitos na qualidade de vida?**

BAURU  
2020



TAYNA MAIARA PILLA RODRIGUES

**Treinamento de habilidades sociais em cuidadores de indivíduos com afasia: efeitos na qualidade de vida?**

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências no Programa de Fonoaudiologia, na área de concentração Processos e Distúrbios da Comunicação.

Orientador: Prof. Dr Dagma Venturini  
Marques Abramides

BAURU  
2020

Rodrigues, Tayna Maiara Pilla  
Treinamento de habilidades sociais em  
cuidadores de indivíduos com afasia: efeitos na  
qualidade de vida? / Tayna Maiara Pilla Rodrigues. -  
- Bauru, 2020.  
135 p. : il. ; 31 cm.

Dissertação (mestrado) -- Faculdade de  
Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo,  
2020.

Orientadora: Profa Dra Dagma Venturini  
Marques Abramides

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a  
reprodução total ou parcial desta dissertação/tese, por processos  
fotocopiadores e outros meios eletrônicos.

Assinatura:

Data:

Comitê de Ética da FOB-USP  
Protocolo nº: 3.284.810  
Data: 25/04/2019

## ERRATA



## FOLHA DE APROVAÇÃO





## DEDICATÓRIA

Aos meus pais, *Nilda Antonia Pilla Rodrigues* e *Adenisio da Silva Rodrigues*, pelo amor, carinho e incentivo incondicionais, torcendo sempre pelo meu sucesso, permitindo a concretização de mais uma etapa importante na minha vida. Sou e sempre serei grata por cada gesto. Foi e sempre será por vocês!

Aos meus irmãos, *Jaqueline Pilla Rodrigues* e *Thiago Pilla Rodrigues*, pelo apoio, incentivo e carinho durante mais esse processo.

Ao meu noivo, *Fabiano Altieres Del'Afuente*, pelo amor, carinho e companheirismo. Obrigada por estar ao meu lado nesta caminhada, tornando tudo mais leve, compartilhando sonhos e me incentivando ser melhor, dia após dia.

Aos alunos e pacientes, os quais confiaram e continuam a confiar em mim e no meu trabalho.

Aos familiares e pacientes que permitiram a realização deste trabalho, e a todos os cuidadores familiares.

Um pouco de cada um de vocês segue comigo!



## AGRADECIMENTOS

À *Deus* pelo dom da vida e sabedoria;

À minha *família*, que todos os dias me ensina sobre amor e respeito, e, por não medirem esforços para que eu chegasse até aqui, me apoiando e me incentivando constantemente em direção às vitórias dos meus desafios. Agradeço aos meus pais que sempre foram modelos de acolhimento e empatia. Obrigada por me ensinarem a olhar a dor do outro e a importância de estarmos sempre unidos. Agradeço também aos meus irmãos, cunhados e sobrinhos, que sempre são companhias presentes, alegres e divertidas, amo o que somos! A vocês, meu eterno amor!

Ao meu *Noivo*, que esteve presente em todas as etapas deste processo, que me amparou e me ouviu por incontáveis vezes, sempre com carinho e me fazendo rir, que sempre entendeu o quanto eu precisaria dele ao longo desses quase três anos. Tem sido uma alegria viver esta vida com você, um grande obrigada por estar aberto a se reinventar. Que a gente continue assim: vivendo as minhas e as suas mudanças! Te amo;

À minha orientadora *Profa. Dra. Dagma Venturini Marques Abramides*, pela dedicação, por toda atenção, paciência e ensinamentos preciosos dedicados a mim e a este trabalho;

À *Profa. Dra. Magali de Lourdes Caldana*, por me acolher em seu grupo de pesquisa com tanto carinho e compartilhar seu conhecimento e sabedoria relacionados ao AVC e a vida;

À *Dra. Francine Queluz* e ao *Profº José Roberto Pereira Lauris*, por me ajudarem na realização da análise estatística, pelo profissionalismo, dedicação e carinho. Obrigada!

Aos amigos da pós graduação, *Bianca Alvarenga, Leticia Leite, Samir de Paiva, Ariádnés Nóbrega*, e toda a turma da Casa da Afasia. *Ana Luiza Apôlonio, Daniele Albano, Renan Souza, Paula Nascimento e João Pletti* do grupo de estudo e



pesquisa em HS, e amigos que passaram em meio as disciplinas e projetos realizados durante o mestrado, pelo apoio, incentivo, auxílio, desabafos, contribuições teóricas e momentos de descontração mais do que necessários (e desnecessários) durante a realização deste trabalho e além, obrigada pela amizade;

Aos demais *amigos e colegas*, obrigada pelas conversas, pelo apoio, parceria e disponibilidades de se fazerem presentes em momentos difíceis e se manterem firmes e compreensíveis em momentos de minha ausência.

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001. À CAPES, muito obrigada.



## **Certeza**

“De tudo ficaram três coisas...  
A certeza de que estamos começando...  
A certeza de que é preciso continuar...  
A certeza de que podemos ser interrompidos  
antes de terminar...  
Façamos da interrupção um caminho novo...  
Da queda, um passo de dança...  
Do medo, uma escada...  
Do sonho, uma ponte...  
Da procura, um encontro!”

**Fernando Pessoa**





## RESUMO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é muito conhecido pelas suas condições transitórias ou permanentes, e suas múltiplas consequências, a afasia é uma das complicações mais registradas, apresentando limitações significativas no dia-a-dia do indivíduo acometido e nos familiares responsáveis pelos cuidados. Estudos mostram a importância da qualidade dos relacionamentos sociais para o bem estar físico, psicológico e social, e evidencia o alto índice de sobrecarga de cuidadores. Mesmo sendo cuidados dispostos a alguém que se estima, pode ser estressante e levar à diminuição na percepção de qualidade de vida, e aumento da sobrecarga. Existe a correlação entre a qualidade de vida do cuidador e de seu familiar assistido, e apesar de ser reconhecido o impacto global na qualidade de vida nesta população, a literatura revela-se escassa no que tange aos métodos de intervenção. Desse modo, esta pesquisa teve como objetivo geral verificar os efeitos de um programa de treinamento de habilidades sociais (THS) em grupo para cuidadores familiares e seu impacto na qualidade de vida dos cuidadores, bem como sua repercussão na qualidade de vida dos indivíduos com afasia. Participaram da amostra 16 cuidadores familiares e 16 indivíduos com afasia. Foram avaliados, pré e pós intervenção, o repertório de habilidades sociais, nível de qualidade de vida do cuidador e do familiar assistido, e o grau de dependência deste. O programa foi desenvolvido em 14 sessões, com duração de 1 hora e 30 minutos cada. Trabalhou-se temas relacionados ao AVC e a Afasia, e as habilidades sociais identificadas como em defasagem no pré-teste. Para a análise dos dados foi utilizado o método Wilcoxon ( $p < 0,05$ ) na análise de diferença pré e pós intervenção, e na análise de relação entre as variáveis foi utilizado o método de Correlação de Spearman. A análise dos resultados evidenciou que todos os fatores da variável de habilidades sociais do cuidador (Expressividade Afetiva, Comunicação Assertiva e Busca por Formação/Informação) apresentaram melhora estatisticamente significativa, e em fatores específicos de qualidade de vida do cuidador e do indivíduo com afasia quando comparadas consigo mesmas, e ao correlacionar todas as variáveis, verificou-se que alguns fatores das habilidades sociais se relacionaram significativamente aos domínios de qualidade de vida do cuidador e do indivíduo com afasia, e no grau de dependência do mesmo analisando a variância do pré e pós treinamento de habilidades sociais. Conclui-se com este estudo que o THS para cuidadores familiares contribuiu positivamente na



promoção do repertório de habilidades sociais, e isso repercutiu de forma favorável em sua qualidade de vida bem como na qualidade de vida do indivíduo com afasia e na diminuição do seu nível de dependência.

Palavras-chave: Habilidades Sociais. Cuidador. Afasia. Qualidade de vida.



## **ABSTRACT**

### **Social skills training in caregivers of individuals with aphasia: effects on quality of life?**

Stroke is well known for its transient or permanent conditions, and its multiple consequences, aphasia is one of the most recorded complications, presenting significant limitations in the daily life of the affected individual and in the family members responsible for care. Studies show the importance of the quality of social relationships for physical, psychological and social well-being, and show the high rate of caregiver burden. Even if care is available to someone you care about, it can be stressful and lead to a decrease in the perception of quality of life, and an increase in burden. There is a correlation between the quality of life of the caregiver and the assisted family member, and although the global impact on the quality of life in this population is recognized, the literature proves to be scarce with regard to the intervention methods. Thus, this research aimed to verify the effects of a social skills training program (HRT) in group for family caregivers and its impact on the quality of life of caregivers, as well as its impact on the quality of life of individuals with aphasia. The sample included 16 family caregivers and 16 individuals with aphasia. The repertoire of social skills, the level of quality of life of the caregiver and the assisted family member, and the degree of their dependence were assessed, pre and post intervention. The program was developed in 14 sessions, lasting 1 hour and 30 minutes each. Topics related to stroke and aphasia were worked on, and social skills identified as lagging in the pre-test. For data analysis, the Wilcoxon method ( $p = <0.05$ ) was used in the analysis of difference before and after intervention, and in the analysis of the relationship between the variables, the Spearman correlation method was used. The analysis of the results showed that all the factors of the variable of social skills of the caregiver (Affective Expressiveness, Assertive Communication and Search for Training / Information) showed statistically significant improvement, and in specific factors of quality of life of the caregiver and the individual with aphasia when compared to themselves, and when correlating all the variables, it was found that some factors of social skills were significantly related to the domains of quality of life of the caregiver and the individual with aphasia, and the degree of dependence of the same analyzing the variance of the pre and post social skills training. It is concluded with this study that



the HRT for family caregivers contributed positively in the promotion of the repertoire of social skills, and this had a favorable impact on their quality of life as well as on the quality of life of the individual with aphasia and in the decrease of their level of dependency.

Keywords: Social skills. Caregiver. Aphasia. Quality of life.





## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### FIGURAS

- Figura 1 - Correlatos de um repertório elaborado de Habilidades Sociais 37
- Figura 2 - Fluxograma das etapas do Programa de Habilidades Sociais com os cuidadores familiares 52

### QUADROS

- Quadro 1 - Descrição dos fatores de risco para AVC segundo a OMS (2013) 26
- Quadro 2 - Treinamento de Habilidades Sociais e estratégias componentes de cada módulo 54
- Quadro 3 - Domínios e facetas abordadas no WHOQOL-Bref 58



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Escores possíveis de acordo com os domínios da escala SSQOL	60
Tabela 2 -	Perfil Sociodemográfico dos cuidadores familiares	65
Tabela 3 -	Perfil Sociodemográfico dos indivíduos com afasia	67
Tabela 4 -	Comparação das variáveis IHS-CI, WHOQOL-Bref, SSQOL, KATZ e FAQ-Pfeffer pré e pós intervenção	68
Tabela 5 -	Correlação das variáveis IHS-CI com SSQOL, WHOQOL-Bref, KATZ e FAQ-Pfeffer	70
Tabela 6 -	Correlações significativas entre os domínios do WHOQOL-Bref e SSQOL	71



## LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AIVD	Atividades instrumentais de vida diária
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVD	Atividades de vida diária
CS	Competência Social
FAQ-Pfeffer	Functional Activities Questionnaire
FOB-USP	Faculdade de Odontologia de Bauru – Universidade de São Paulo
GBD	Global Burden of Disease
HS	Habilidades Sociais
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IHS-CI	Inventário de Habilidades Sociais para Cuidadores de Idosos Familiares
KATZ	Independence in Activities of Daily Living
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
QV	Qualidade de vida
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SSQOL	Stroke Specific Quality of Life Scale
THS	Treinamento de Habilidades Sociais
WHO	World Health Organization
WHOQOL-Bref	The World Health Organization Quality of Life



## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b>	21
2	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b>	25
2.1	Acidente Vascular Cerebral (AVC)	25
2.2	Afasia	27
2.3	O cuidador familiar	29
2.4	Impactos na qualidade de vida pós AVC	33
2.5	Habilidades sociais como fator de proteção	36
3	<b>PROPOSIÇÃO</b>	45
3.1	Objetivo geral	45
3.2	Objetivos específicos	45
4	<b>MÉTODOS</b>	49
4.1	Aspectos éticos	49
4.2	Casuística	49
4.3	Procedimentos	50
4.4	Instrumentos	56
4.5	Análise estatística	61
5	<b>RESULTADOS</b>	65
5.1	Características sociodemográficas	65
	Habilidades sociais e qualidade de vida do cuidador familiar e qualidade de vida e níveis de dependência do indivíduo com	
5.2	afasia	68
6	<b>DISCUSSÃO</b>	75





7	<b>CONCLUSÕES</b>	87
	<b>REFERÊNCIAS</b>	91
	<b>APÊNDICES</b>	113
	<b>ANEXOS</b>	121

1

Introdução





## 1 INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é definido pela World Health Organization (WHO) como uma disfunção neurológica aguda, de origem vascular, seguida da ocorrência súbita ou rápida de sinais e sintomas relacionados ao comprometimento de áreas focais no cérebro que pode ser compreendido como uma deficiência neurológica, transitória ou definitiva, secundária à lesão vascular em alguma região do cérebro, podendo ser classificado de acordo com o tipo, isquêmico ou hemorrágico (WHO, 1978; ARRUDA; REIS; FONSECA., 2014).

O AVC é a segunda maior causa de morte no mundo, correspondendo a cerca de 10% de todos os óbitos mundiais, com aproximadamente 5,7 milhões de casos por ano. Sendo a primeira causa de morte no Brasil (ADAMI, et al., 2016), hospitalização no Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS) (ROLIM e MARTINS, 2012) e incapacidade (FEIGIN et al., 2009), especialmente em adultos em idade produtiva (FALCÃO, et al., 2004). Ficando responsável por 5,7% dos anos vividos com deficiência em pessoas com 70 anos ou mais (GBD, 2018).

Aproximadamente 90% das pessoas que sobrevivem ao AVC ficam com sequelas funcionais sendo as principais manifestações: déficits motores, inabilidade de execução de atividades de vida autônoma e social, alterações como audição, cognição, fatores humorais e distúrbios de linguagem (BRASIL DATASUS, 2013; FUKUJIMA, 2010), como a afasia e a disartria (VIEIRA et al., 2011; GOULART et al., 2016). Os comprometimentos de linguagem variam à medida que o indivíduo afásico é atingido no seu todo e se vê impossibilitado de se comunicar de forma adequada com os que o cercam, alterações linguísticas que comprometem a compreensão e expressão de símbolos verbais e/ ou escritos, fator que limita a comunicação tanto oral quanto escrita (ARRUDA; REIS; FONSECA, 2014).

Com a presença de fatores limitantes de vida, os sobreviventes ao AVC, acabam tornando-se dependentes de cuidados em domicílio após a alta hospitalar (BENJAMIN et al., 2017). Nesse contexto emerge a figura do cuidador familiar, definido como uma pessoa com vínculos consanguíneos ou laços de afetividade, como amigos ou vizinhos (BRASIL DATASUS, 2013).

Vivenciar essa nova experiência acarreta uma sobrecarga que está relacionada muitas vezes a consequências negativas, especialmente sobre aspectos psicoemocionais, como estresse, ansiedade e depressão (QUINN; MURRAY; MALONE, 2014). Tais aspectos podem resultar, indiretamente, em prejuízos para a qualidade do cuidado prestado aos familiares (MASHAU; NETSHANDAMA; MUDAU, 2016). Em cuidadores, o estresse tem sido associado a ansiedade (OOSTERVEER et al., 2014), piora da qualidade de vida (QV) (SOUZA et al., 2015), isolamento social (TOOTH et al., 2005), e risco de mortalidade (PATTERSON e GRANT, 2003).

Essas repercussões negativas, que ocorrem após a alta hospitalar do sobrevivente ao AVC, estão fortemente relacionadas ao déficit no apoio ou suporte social, sobretudo por parte dos profissionais de saúde, os quais não atendem adequadamente às necessidades de saúde dos cuidadores e nem os preparam para o cuidado em domicílio (QUINN; MURRAY; MALONE, 2014)

Tendo em vista a importância de preservar a saúde do cuidador, avaliar e promover as habilidades sociais está de acordo com recomendações de pesquisas na área (PINQUART e SORENSEN, 2006). Conceitualmente, as habilidades sociais são competências que facilitam a iniciação e manutenção de relacionamentos sociais positivos, contribuem para a aceitação pelos pares e resultam em ajustamento social satisfatório no ambiente (PINTO e BARHAM, 2014).

Estudos apontam a necessidade de planejar e de implementar intervenções que possam reverter essa sobrecarga dos cuidadores, com melhora na QV (COSTA et al., 2015; LOUREIRO et al., 2013). Destaca-se que a QV de cuidadores de indivíduos com afasia, um aspecto que merece ser estudado, tanto com vistas ao bem-estar e à saúde do próprio cuidador quanto pelas consequências positivas ou negativas que o cuidar pode trazer para os indivíduos com afasia (PANHOCA, 2009).

Sendo assim, o objetivo principal do presente estudo foi avaliar um programa de Treinamento de Habilidades Sociais (THS) para cuidadores familiares de indivíduos com afasia pós AVC, examinando seus efeitos sobre o repertório social e a qualidade de vida de cuidadores familiares; sobre a qualidade de vida do indivíduo com afasia bem como a influência de seu grau de dependência de atividades de vida diária e funcionais.

# 2

## Revisão de Literatura





## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

O AVC é definido como uma síndrome neurológica, de origem vascular, seguida da ocorrência súbita mostrando sinais e sintomas relacionados ao comprometimento de áreas focais no cérebro (WANG et al., 2016). Considerado a segunda causa de mortalidade e a terceira causa de incapacidade a longo prazo em todo o mundo, com 33 milhões de sobreviventes de AVC (VEERBEEK et al., 2016).

No Brasil, o AVC é a principal causa de morte, em 2016 houveram 170.000 casos de internações hospitalares (BRASIL, 2019), no mesmo ano, no mundo a maior porcentagem de óbitos ocorreu em indivíduos com 70 anos ou mais, e em homens, e o tipo mais comum foi o isquêmico, sendo responsável por 61,8% (GBD, 2016). A incidência, prevalência, anos perdidos por incapacidade e anos de vida perdidos foi maior nos homens e indivíduos com 70 anos ou mais (SANTANA et al., 2018).

De acordo com a National Stroke Association (2016):

- 10% dos sobreviventes de um AVC recuperam quase integralmente;
- 25% recuperam com sequelas mínimas;
- 40% apresentam incapacidade moderada a grave que requer acompanhamento específico;
- 10% necessitam de acompanhamento a longo prazo numa unidade especializada;
- 15% morrem pouco depois do episódio.

O AVC pode envolver uma interrupção súbita do fluxo sanguíneo do encéfalo devido um êmbolo ou uma trombose, privando a área cerebral envolvida de oxigênio e nutrientes (isquêmico) ou a ruptura de um vaso sanguíneo causando uma hemorragia no tecido neuronal (hemorrágico), o AVC hemorrágico é menos comum, porém mais fatal (BOTELHO et al., 2016).

A maioria dos AVC's é de natureza isquêmica e ocorre principalmente em indivíduos com idade superior a 65 anos e a sua incidência cresce na medida em que avança a idade, aproximadamente dobrando a cada década, mas atualmente a incidência do AVC em adultos com menos de 55 anos tem aumentado na última década, correspondendo a cerca de 5% a 20% do total dos AVC's (KISSELA et al., 2012; TIBÆK et al., 2016). O quadro ocorre muitas vezes devido ao descuido com a saúde e aumento dos fatores de risco, sendo possível dividi-los em dois grupos: o

grupo de fatores de risco modificáveis e não modificáveis (WHO, 2006; CORREIA, 2018; GOMES, 2017). O Ministério da Saúde do Brasil (OMS) (2013) elencou os principais fatores de risco para os brasileiros (Quadro 1).

Quadro 1: Descrição dos fatores de risco para AVC segundo a OMS (2013)

<b>Categorias</b>	<b>Fatores de risco</b>
<b>Modificáveis</b>	Diabetes, hipertensão, dislipidemia, tabagismo, sedentarismo, hábitos alimentares, alcoolismo, obesidade, doenças cardiovasculares, fibrilação atrial, terapia de reposição hormonal pós menopausa, uso de Codeína, uso de Anfetamina e de contraceptivos orais.
<b>Não modificáveis</b>	Idade, raça, gênero, condições genéticas, histórico familiar e AVC ou AIT prévio

Fonte: Ministério da Saúde (2013).

Os fatores de risco modificáveis podem estar ligados à maus hábitos e falta de informação da população, reforçando a importância de ações preventivas à promoção de saúde, alertando e auxiliando a população para controle destes fatores de risco (PEREIRA et al., 2019). Várias iniciativas para promover a conscientização da população sobre o AVC no Brasil, têm sido implementadas, em especial, a campanha anual decorrente do Dia Mundial do AVC (29 de outubro), conduzida pela Organização Mundial do AVC. Relacionado a esses esforços, apenas 30-40% dos pacientes com AVC são hospitalizados nas primeiras quatro horas após início dos sintomas (MARTINS et al., 2019).

No decorrer dos anos, o aumento da expectativa de vida vem tornando-se cada vez mais uma realidade no Brasil, alcançando 76,3 anos (IBGE, 2018), e com isso ocorre conseqüentemente o crescimento da população idosa. Considerando que em torno de 75 a 89% dos AVC's ocorrem após os 65 anos (ZILLI; LIMA; KOBLE, 2014; BOTELHO et al., 2016;) há uma predição de aumento na taxa de AVC na população brasileira com grande capacidade de gerar déficit no funcionamento físico,

sensorial e cognitivo, que impactam diretamente no seu desempenho funcional e ocupacional, o que impossibilita de cuidarem de si mesmos e restringem sua participação na sociedade (AOTA, 2014; GOMES, 2012).

Um dos principais déficits pós AVC é a paralisia e alterações de motricidade. A paralisia ocorre no lado contra-lateral à região do cérebro afetada, envolvendo parte ou toda a metade do corpo podendo ser total (hemiplegia) ou parcial (hemiparesia). Podemos ter também problemas de equilíbrio e/ou coordenação (ataxia) quando a região do cerebelo é afetada (LANGHORNE et al., 2000; AMINOFF; SIMON; GREENBERG, 2005; SILVA, 2010).

Logo após um AVC, o hemicorpo afetado apresenta hipotonia, isto é, o tônus é muito baixo para iniciar qualquer movimento, não apresenta resistência ao movimento passivo e o indivíduo não consegue manter o membro em nenhuma posição, principalmente durante as primeiras semanas (SILVA, 2010). A substituição do quadro por hipertonia, em que há um aumento da resistência ao movimento passiva, tende a aumentar gradualmente nos primeiros 18 meses (SILVA, 2010).

A inativação funcional de algumas zonas do cérebro devido à privação de oxigênio e nutrientes ou a pressão da lesão sobre o tecido neuronal são fatores que podem causar déficits cognitivos (MADUREIRA; GUERREIRO; FERRO, 2001; SOUSA, 2016) sendo que os mais frequentes ocorrem nos primeiros 12 meses, conhecida como fase aguda, e referem-se às funções executivas caracterizadas por dificuldades na iniciação e no planejamento de tarefas bem como na habilidade de atenção e na memória de longo e de curto prazo (SOUSA, 2016). Após cinco anos do acometimento cerebral, ainda se verificam déficits cognitivos, principalmente na velocidade de processamento e nas funções executivas (CUMMING; MARSHALL; LAZAR, 2013).

Pessoas que sofreram um AVC e apresentam inabilidades físicas significativas podem ter um risco maior para quadros de ansiedade e depressão (PRISNIE et al., 2018). Sequelas advindas de AVC dependem especialmente da extensão da lesão e da área atingida, sendo que uma das sequelas mais comumente encontradas é a afasia, estudos estimam que entre 15% e 42% (1,9) dos pacientes com AVC agudo sofrem de afasia (INATOMI, 2008) e aproximadamente 40% - 60% no estágio crônico (FANG, 2003).

## **2.2 AFASIA**

Todo ser humano faz uso da linguagem seja através da fala, evocando as palavras adequadas, entendendo o outro, lendo, escrevendo e fazendo gestos, todos esses aspectos fazem parte do uso da linguagem, que é um fator primordial para o desenvolvimento humano. Se com sequelas advindas do AVC que dependem especialmente da extensão da lesão e da área atingida, o uso da linguagem fica comprometido, isto é chamado Afasia.

A Afasia é um distúrbio de linguagem, que implica em uma perda parcial ou quase completa de habilidades de linguagem pré-existentes devido à lesão cerebral (HEDGE e FREED, 2017). Os comprometimentos de linguagem variam à medida que as áreas responsáveis pela linguagem são afetadas, incluindo sua produção, sua compreensão, além de outras habilidades, como a leitura e escrita (VEGA, 2009).

Mais de 20% das pessoas que sofrem um AVC desenvolvem alguma forma de afasia (ARRUDA; REIS; FONSECA, 2014), sendo que na fase aguda, a porcentagem de ocorrência aumenta para, aproximadamente, 30% (FRIDRIKSSON et al., 2018), podendo se manifestar por diferentes tipos de semiologias. (FAVORETTO, 2019)

Estima-se que cerca de um terço (31%) dos pacientes com AVC apresentam Afasia durante a fase aguda (TOWNEND; BRADY; MCLAUGHLAN, 2007; ENGELTER et al., 2006) e que, após 12 meses após o AVC, esta ainda esteja presente em 60% destes indivíduos (KOLEK et al., 2017). Tradicionalmente, as afasias são classificadas de acordo com o local da lesão: Afasia de Broca, Afasia de Wernicke, Afasia de Condução, Afasia Global, Afasia Transcorticais e Afasia Anômica (BERTI; GASBARINI; NEPPI-MODONA, 2015).

O indivíduo com afasia tem que se adaptar às limitações e as novas condições que surgem, sendo necessário readaptar as vivências individuais, e aprender a viver com a enfermidade e/ou sequelas (GIRONDI et al., 2016). Na impossibilidade de encontrar palavras, o indivíduo com afasia produz pausas, hesitações e recomeços nos seus enunciados, por ser um acometimento da linguagem, fator primordial para o desenvolvimento humano, a afasia incide diretamente sobre as relações interpessoais do sujeito com afasia sendo capaz de desencadear prejuízos significativos no aspecto sócio emocional do sujeito (DI GIULIO, 2011)

Independente da gravidade dos seus sintomas, a afasia tem um impacto enorme na vida de quem a apresenta, assim como na vida dos seus familiares (SHEHATA et al., 2015). São várias as consequências negativas da afasia descritas na literatura, nomeadamente: dificuldades de comunicação, modificação das relações interpessoais, labilidade emocional, dependência física, perda de autonomia, restrição na realização de atividades, menor participação social, solidão, modificações na sua vida social, estigmatização e sentimentos negativos de irritação, estresse, aborrecimento e ansiedade (DORZE e BRASSARD, 1995; ZEMVA, 1999; CRUICE et al., 2010; SHEHATA et al., 2015)

Sabe-se que há uma prevalência elevada de depressão e ansiedade em pacientes com afasia do que na população geral com AVC (MORRIS et al., 2017; HILARI, 2011; SHEHATA et al., 2015) e que a experiência de adquirir Afasia é susceptível de causar estresse psicossocial, quer aos pacientes quer aos seus familiares (DØLI; HELLAND; ANDERSEN HELLAND, 2017).

Aproximadamente 30% a 40% de pessoas que sofreram AVC possuem algum grau de dependência resultante de danos funcionais e psicológicos, necessitando dos mais variados tipos de cuidado (LIMA, 2017). Essa dependência ocorre de forma abrupta e repentina e, de um dia para o outro, os parentes próximos passam a ser responsáveis por cuidar do dependente familiar.

### **2.3 O CUIDADOR FAMILIAR**

Cuidador familiar é um indivíduo que se doa a favor das necessidades de cuidados necessários à pessoa assistida, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer. Entende-se por cuidador familiar, o indivíduo que assume a responsabilidade direta ou não, pelo cuidado de um familiar doente e/ou dependente sem remuneração (CATTANI e GIRARDON-PERLINI, 2004).

Em um estudo de meta-análise internacional realizado, cerca de 80 a 90% de idosos dependentes são cuidados por membros da própria família (PINQUART e SORENSEN, 2000). Em estudos nacionais recentes, pesquisadores confirmaram esta informação para o cenário brasileiro, indicando que membros da família são a principal fonte de suporte e cuidado ao idoso (GAIOLI; FUREGATO; SANTOS, 2012; GONÇALVES et al., 2013; LOUREIRO & FERNANDES, 2015).

Os cuidados informais prestados são na sua grande maioria realizados por mulheres, esposas ou filhas (CAMARANO e KANSO, 2010; SEQUEIRA, 2010), a prática das mulheres no exercício do cuidar é histórica, permeada pela herança cultural para prover proteção, nutrição e abrigo para garantir a manutenção e a continuidade da vida (MEIRA et al., 2017), alguns estudos reportam que menos de 30% dos cuidadores familiares de idosos são do sexo masculino (TOMOMITSU; PERRACINI; NERI, 2014; SANTOS-ORLANDI et al., 2017).

O padrão de cuidador fixava-se somente a mulheres, mas atualmente este padrão pode ser constantemente confrontado, uma vez que mudança na configuração familiar e no papel da mulher vem trazendo desdobramentos sociais e influenciam diretamente na prestação de cuidados oferecidos a idosos (CAMARANO E KANSO, 2010). Os cônjuges são os principais cuidadores, estando na primeira linha de prestação de cuidados, sendo ainda em sua maioria na faixa etária de 50 a 65 anos de idade (PEREIRA e CARVALHO, 2012).

No manual “Cuidar melhor e evitar a violência – Manual do cuidador da pessoa idosa” criado pela Subsecretaria de Promoção e de Defesa dos Direitos Humanos publicado em 2008 discute que o cuidador inicialmente acredita que sua tarefa será temporária, quando na verdade as responsabilidades tendem a aumentar e o tempo de dedicação é estendido ou sem prazo para conclusão, influenciando na dinâmica familiar e impactando na vida da pessoa cuidada, como também está no modo que o cuidador lida com as suas responsabilidades (BORN, 2008).

Independentemente do gênero e da idade do cuidador, dentro desse papel social, há subdivisões a partir do tipo de cuidado prestado e do nível de envolvimento com o cuidado. É possível estabelecer uma “classificação” em três categorias quanto o grau de compromisso e responsabilidade na prestação de cuidados: (I) cuidador primário ou principal, que possui responsabilidade integral na ajuda à pessoa dependente; (II) cuidador secundário, fornece assistência ocasional, complementar, ou não regular e (III) cuidador terciário, alguém que ajuda de forma esporádica, quando solicitado, ou em situações de emergência (LÓPEZ e MARTÍNEZ, 2007; SANTOS, 2010)

Uma investigação sobre os estudos que envolvem cuidadores de idosos, considerando-se o número e o desenho dos estudos, em sua maioria exploratória, percebe-se que o cuidador familiar do idoso é um tema ainda pouco abordado na literatura nacional. O conteúdo das investigações limita-se à descrição dos cuidadores

quanto às suas características sociodemográficas, qualidade de vida e sobrecarga de trabalho. São escassos os estudos de intervenção e que apresentem propostas inovadoras, bem como estratégias que possibilitem a diminuição desta sobrecarga, além disso, englobam assuntos ligados ao ônus do cuidar na vida do cuidador, deixando de evidenciar os aspectos positivos desta atividade (OLIVEIRA e D'ELBOUEX, 2012).

Visto que a experiência subjetiva de sobreviver à um AVC é caracterizada por uma mudança radical na vida dos pacientes e de suas famílias, impactando experiências físicas, psicológicas, sociais, relacionais, emocionais e espirituais (PERSSON et al., 2015), situações cotidianas que eram realizadas com normalidade antes do incidente, tornam-se agora um verdadeiro desafio para os membros da família (KITSON, 2013).

Ser cuidador familiar traz consigo alguns aspectos negativos que podem desestimular o envolvimento no cuidado, como a desesperança em relação à melhora do familiar e a constante apreensão no que se refere a possibilidade de novos episódios de AVC. Além da sobrecarga e desgaste físico há ainda o estresse emocional, que traz como consequências limitações para as atividades do cuidado decorrente de problemas de saúde adquiridos (ARAUJO et al., 2011). Estudo evidenciou comprometimentos emocionais significativos em cuidadores de pessoas pós-AVC, o que ressalta a importância de um programa de assistência e orientação voltado para eles (JÖNSSON, 2005).

O cuidador poderá experimentar, de maneira geral, uma piora na sua saúde física e emocional, em comparação com pessoas com um perfil sociodemográfico similar, não cuidadores. Em cuidadores familiares, há maior probabilidade de apresentarem sobrecarga, sintomatologia depressiva, insônia, fadiga, diminuição da renda e isolamento social (TOMOMITSU; PERRACINI; NERI, 2014). A função de cuidar de um familiar idoso dependente envolve tarefas de assistência e acompanhamento diários que tendem a se intensificar ao longo do tempo, à medida que o grau de dependência do idoso aumenta, assim, diante das dificuldades que cuidadores experimentam neste papel, muitas vezes, o envolvimento com as tarefas de cuidar está associado a efeitos negativos na saúde física e mental de quem cuida (TOMOMITSU; PERRACINI; NERI, 2014).

O impacto da afasia sobre a família e, principalmente o cônjuge que está na primeira linha de prestação de cuidados circundam diversos aspectos (PEREIRA

e CARVALHO, 2012). Podemos dividir estes aspectos, em seis impactos, sendo eles: (I) *Mudança de papéis*: O cônjuge que está sadio subitamente assume responsabilidades e funções que eram de competência do outro, se tornando um cuidador principal e tendo muitas vezes que conciliar com as outras tarefas domésticas e trabalho externo, passando muitas vezes a ser o único provedor de renda; (II) *A culpa*: Alguns cônjuges e familiares se culpam por não terem previsto o AVC e chegam a se acusar de negligência por não tê-lo evitado e que não fez tudo o que deveria para aliviar o familiar, agora, sob cuidado; (III) *Expectativas não realistas*: Às vezes um otimismo exagerado se acentua em processos de reabilitação, onde se espera que as dificuldades sejam extintas em sua totalidade, causando muitas vezes efeitos negativos na relação interpessoal com o familiar e equipe de reabilitação; (IV) *Atitudes superprotetoras*: Com objetivo de evitar situações estressantes para o indivíduo com afasia, realizam atividades que o familiar conseguiria realizar sozinho, além de controlar constantemente situações que englobam o novo contexto de vida de forma exacerbada; (V) *Relações conjugais*: Problemas de comunicação interpessoal, perda de sentimentos de compartilhamento e diminuição da satisfação sexual com o parceiro e (VI) *Atividades sociais e de lazer*: As reações do cônjuge/membro da família ocorrem em graus diferentes até encontrar um equilíbrio, mas quase em sua totalidade, as atividades de lazer são interrompidas e o cuidador familiar sobrecarregado diminui suas interações com o ambiente social externo e o núcleo social diminui significativamente, permanecendo os parentes mais próximos e uma pequena parcela de amigos (BOISCLAR-PAPILON, 1995).

Na medida que papel de cuidador é uma tarefa que se soma a diversas outras atividades que estão presentes no dia a dia, o cuidador, em si, fica sobrecarregado na maior parte dos casos por ter que assumir sozinho todos os compromissos e responsabilidades que os cuidados exigem e junto a esse papel, existe o sofrimento emocional que a doença traz, assim, a sobrecarga do cuidador pode acontecer devido ao cansaço físico, depressão, mudanças na rotina, no convívio familiar e também social (TOYODA e DE ALMEIDA, 2018). O cuidador é exposto a eventos diversificados que causam sofrimento, ele sofre da mesma forma por não saber o futuro do idoso com sequelas de AVC e pelas incertezas quanto à doença e ao tratamento do AVC (ARAUJO et al., 2011).

Uma pesquisa realizada no decorrer do processo do cuidar concluiu que os sentimentos experimentados pelos cuidadores familiares são de amor, indignação



pela situação, sentimentos de pena, tristeza e dificuldade. Cita também que ao se tornar um cuidador familiar o parente acaba por colocar como prioridade a pessoa que foi acometida pelo AVC vindo a negligenciar o próprio autocuidado o que tem revelado prejuízos na qualidade de vida e conseqüentemente comprometimento em relação ao cuidado prestado (CABRAL e NUNES, 2015).

## **2.4 IMPACTOS NA QUALIDADE DE VIDA PÓS-AVC**

De acordo com o grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (Grupo WHOQOL), a QV é definida como a percepção individual de sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL GROUP, 1994). Este conceito relaciona o meio ambiente com aspectos físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais e caracteriza a natureza subjetiva da avaliação (FLECK, 2000).

Em um estudo de revisão integrativa foram analisados 76 artigos sob a temática AVC e QV, pôde-se então observar que a QV de pessoas sobreviventes de AVC é sempre prejudicada, de forma global e multifacetada, principalmente nas funções física, cognitiva, interação social e emoção (CANUTO e NOGUEIRA, 2015).

A recuperação do AVC é um processo dinâmico e heterogêneo, a QV física de um sobrevivente melhora significativamente no primeiro ano após o AVC (SHYU et al., 2009). Em oposição, há dados de estudos que descobriram que a QV não muda consideravelmente após um AVC (WHITE et al., 2016).

Mudanças no estilo de vida e em sua qualidade, expõe os indivíduos pós AVC a fatores limitantes da vida social e pessoal, tanto no nível familiar como nos demais grupos sociais, privando o sujeito de usufruir de atividades que normalmente desenvolveriam, podendo levá-los a uma condição de isolamento social (MOREIRA et al., 2015). Pessoas que sofreram um AVC e apresentam incapacidades físicas significativas podem ter um risco maior de ansiedade e depressão (PRISNIE et al., 2018).

O sentimento de incapacidade foi o maior preditor de baixa QV em todos os domínios, em uma pesquisa realizada em 2016, segundo os autores, os pacientes com dependência moderada de AVDs (atividades de vida diária) apresentaram QV mais baixa do que os pacientes que eram completamente independentes ou

moderadamente dependentes (CHULUUNBAATAR; CHOU; PU, 2016). Corroborando com análises que a alta dependência está associada à menor QV nos domínios da saúde física e psicológica (WEERD et al., 2011).

Estudo realizado com indivíduos com afasia concluiu que a QV pode ser influenciada pela linguagem, comportamento, modo de pensar, relações sociais, funções dos membros superiores e estado de ânimo, ressalta-se ainda, a importância pela busca da mensuração da QV, uma vez que está relacionada com a ampliação dos cuidados referente à saúde, à sobrevivência da população e a qualidade do prolongamento da vida (CARLETO, 2011).

A alteração adquirida de linguagem resultante do AVC pode causar restrição de comunicação com o meio, afetando diretamente as interações familiares, o convívio social e a qualidade de vida (MICHELINI e CALDANA, 2005), impacto nas áreas psicossociais como a autoestima, as relações interpessoais, a identidade e os papéis sociais (LEAL, 2006). Os efeitos sociais da afasia estão aumentando, à medida que os indivíduos mais jovens são propensos a viver mais com a afasia em comparação com aqueles que a adquirem em uma idade posterior (FRIDRIKSSON et al., 2018).

De acordo com os dados apontados quanto aos impactos da linguagem alterada após o acometimento cerebral na QV, entende-se que o processo de reabilitação fonoaudiológica é de extrema importância. Um programa de terapia fonoaudiológica intensiva, onde associou-se a linguagem como foco aos outros domínios da qualidade de vida, mostrou uma melhora significativa na QV de sujeitos afasia (FAVORETTO, 2019).

O envolvimento do familiar é fundamental para o sucesso do processo de reabilitação do idoso, e se sua qualidade de vida está afetada, certamente seu envolvimento e empenho serão menores, interferindo negativamente no processo de reabilitação e conseqüentemente afetando a qualidade de vida do indivíduo afásico (CARLETO e CALDANA, 2014).

Quanto aos cuidadores familiares, estes possuem a responsabilidade diária e constante pelo cuidado de uma pessoa dependente e tal ato pode desencadear mudanças de natureza pessoal, familiar, profissional e social, em razão desta nova função ser repentina, observa-se que a inexperiência, a ausência de suporte social, bem como, falta de orientações adequadas para o cuidado, expõem o cuidador ao estresse e aumento da sobrecarga de cuidado, afetando a sua própria saúde e

qualidade de vida (MARTÍNEZ; CARDONA; GÓMEZ-ORTEGA, 2016) e limitando o próprio cuidado (RÓDRIGUEZ-GONZÁLEZ et al., 2017).

O cenário de cuidar afeta cada pessoa de forma distinta, dependendo da enfermidade da pessoa que recebe os cuidados, sua gravidade, nível de compreensão assim como da saúde e da resistência do próprio cuidador. Dentre todas as doenças que uma pessoa pode sofrer durante a sua vida, a Afasia é, comumente, a que mais diretamente repercute sobre a família. Como ela interrompe ou altera a comunicação bruscamente, sem aviso prévio, e frequentemente de modo permanente, todo o sistema de interações familiares é desestabilizado (BRASIL, 2006).

No manual “Cuidar melhor e evitar a violência - Manual do cuidador da pessoa idosa” (2008) expõe que o bem-estar do cuidador depende de:

- Da saúde do cuidador;
- Da ajuda que recebe de outros familiares;
- Da ajuda que recebe da rede de apoio (atendimento domiciliário, centro-dia; unidades de saúde);
- Do apoio emocional, agradecimento e reconhecimento de outros familiares;
- A informação que tem sobre como cuidar e resolver problemas do cuidado;
- Sua capacidade para atuar diante de comportamentos difíceis, aborrecimento ou passividade que pode manifestar a pessoa cuidada (agitação, mau-humor, inatividade, alucinações, insônia, depressão, etc);
- Sua forma de enfrentar a situação de cuidado e superar situações difíceis.

Cuidar de uma pessoa dependente pode gerar ansiedade, depressão, estresse e sobrecarga impactando assim na qualidade de vida do cuidador familiar (MÉNDEZ et al., 2010; MOREIRA e TURRINI, 2011; CARRILLO; SÁNCHEZ; ORTIZ, 2014). Os familiares que assumem o papel de cuidador apresentam maiores chances de entrar em situações de crise e sentir tensão, estresse, frustração, fadiga, vergonha, depressão e autoestima prejudicada, resultando em problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros, que, por sua vez, afetam o bem-estar do paciente e do cuidador (VIEIRA et al., 2011), e essas variáveis foram associadas a uma pior QV do sobrevivente de AVC (MOREIRA, 2015).

Através de um estudo elaborado com esta população, foi possível constatar a existência de correlação entre a QV do indivíduo afásico após AVC e a QV de seu familiar, verificou-se que a queda na QV do indivíduo afásico influenciou de maneira negativa na QV do familiar, e o contrário também se faz verdadeiro (CARLETO e

CALDANA, 2014). Analisando a sobrecarga do cuidador pré e pós uma intervenção fonoaudiológica com o indivíduo com afasia, identificou-se a permanência no grau de sobrecarga do cuidador, podendo correlacionar às dificuldades ainda presentes de comunicação, além de possuírem outras alterações advindas do AVC, como por exemplo, as motoras que exigem o cuidado constante por parte do cuidador (FAVORETTO, 2019).

Diante do exposto, lidar com esse contexto requer estratégias de enfrentamento por parte do cuidador, para lidar com demandas e necessidades não somente da pessoa sob seu cuidado, mas de outras envolvidas (LI et al., 2012). É plausível relacionar a QV à questão das relações sociais enquanto fatores de saúde mental e de desenvolvimento (DEL PRETTE e DEL PRETTE, 1999).

## **2.5 HABILIDADES SOCIAIS COMO FATOR DE PROTEÇÃO**

O termo habilidades sociais (HS) refere-se a classes de comportamentos sociais requeridas para lidar de maneira socialmente desejada com demandas advindas de situações interpessoais (DEL PRETTE e DEL PRETTE, 2017).

Os conceitos de HS e Competência Social (CS) são diferentes, o primeiro termo se refere às classes de comportamento que são necessários, mas não suficientes para garantir bons resultados sociais, valorizados pela cultura e requeridos para lidar com as demandas das situações interpessoais, enquanto o segundo termo diz respeito à escolha de formas de interagir que resultam na manutenção ou melhora da qualidade dos relacionamentos com outras pessoas e que permitem a realização adequada das tarefas realizadas com estas pessoas, é a capacidade do indivíduo de organizar pensamentos, sentimentos e ações (coerentes entre si), em função de seus objetivos e valores para atender às demandas imediatas e mediatas do ambiente (DEL PRETTE e DEL PRETTE, 2017; MURTA, 2005).

Um bom repertório de HS e de CS se relaciona a vários indicadores de bem-estar, coerentes com um conceito mais amplo e atual da saúde e, em particular, de saúde mental (DEL PRETTE e DEL PRETTE, 2017). A figura 1 resume as principais condições positivas comumente encontradas nos estudos da área, que justifica o investimento na promoção de HS da população geral como coadjuvante de estratégias de promoção de saúde (DEL PRETTE e DEL PRETTE, 2017).

Figura 1 - Correlatos de um repertório elaborado de Habilidades Sociais.



Fonte: Del Prette e Del Prette (2017).

Os comportamentos sociais podem ser divididos em dois conjuntos, os desejáveis e os indesejáveis, o critério para a desejabilidade ou indesejabilidade recai sobre as consequências dos comportamentos, em termos dos benefícios e malefícios que eles produzem para o interlocutor, o grupo e a comunidade, bem como em muitos casos, a sua aceitação pela cultura (DEL PRETTE e DEL PRETTE, 2017).

As HS podem ser organizadas em função dos papéis sociais que são padrões de comportamento esperados pelo grupo social, para que ajam de forma compatível com suas funções sociais, como, por exemplo, estudante, trabalhador ou pai, assim, a função é definida como um conjunto de atividades que se espera de uma pessoa em virtude de seu papel e implica em uma determinada posição no espaço social (DEL PRETTE e DEL PRETTE, 2017; BARRETT e KIELHOFNER, 2002).

O desempenho competente pode ser fundamental para a realização e o bem-estar dos envolvidos nas tarefas interpessoais (DEL PRETTE e DEL PRETTE, 2017). Os autores ainda enfatizam que o papel social do cuidador familiar, requer várias habilidades sociais educativas, mas com maior destaque em manejo de comportamentos socialmente inapropriados ou autolesivos, de resistência à medicação, de autocontrole de estresse, de apoio emocional etc (DEL PRETTE e DEL PRETTE, 2017).

Uma das subclasses das HS consiste na assertividade, que se refere à expressão direta e honesta das opiniões e sentimentos, assim como defesa dos próprios direitos, sem desrespeitar as necessidades do outro (DEL PRETTE e DEL PRETTE, 2017, 2001, 1999). Para os cuidadores familiares, essas habilidades são essenciais para lidar com os comportamentos do paciente na vida cotidiana (BANDEIRA, 2014).

Indivíduos que têm as HS bem desenvolvidas e conseguem utilizá-las tendem a encontrar maneiras de integrar e cumprir as necessidades das diferentes pessoas envolvidas no seu dia a dia, de forma a manter relações positivas (DEL PRETTE e DEL PRETTE, 2013). Assim, um repertório adequado de HS possibilita que o familiar atue como agente educativo junto ao familiar sob cuidado, sendo capaz de desenvolver um melhor relacionamento com o próprio paciente e também com os familiares envolvidos no cuidado e uma busca mais efetiva de suporte social, diminuindo assim a sobrecarga do cuidado, o que pode resultar em avanço em sua reinserção social seja do cuidador como do paciente, e a melhor qualidade de vida (BANDEIRA, 2014; DEL PRETTE e DEL PRETTE, 2008).

As HS são comportamentos aprendidos ao longo da vida por meio de processos formais ou informais de interação com outras pessoas (DEL PRETTE e DEL PRETTE, 2017) e podem melhorar através de experiências de aprendizagens adequadas (VERA; FERNÁNDEZ; RODRIGUEZ, 1998) e indivíduos com um repertório bem desenvolvido de habilidades sociais estão menos vulneráveis a permanecerem em interações sociais perniciosas e desgastantes que afetam negativamente os indicadores bem-estar (SEGRIN; MCNELIS; SWIATKOWSKI, 2016).

Sendo assim, é possível associar à questão das relações sociais enquanto fatores de saúde mental, de qualidade de vida e de desenvolvimento (DEL PRETTE

e DEL PRETTE, 1999). Assim, a QV está associada ao nível de realização e satisfação com a participação social (BROWN et al., 2004).

O contexto de cuidar demanda uma adequação e um repertório bem desenvolvido de HS, e uma avaliação do efeito de seu desempenho, para lidar efetivamente com as necessidades que implicam, por exemplo, em encorajar um idoso com declínio irreversível em sua saúde, pedir ajuda a outros familiares para não se sobrecarregar, desviar a atenção do idoso para situações positivas e confortá-lo diante das perdas que enfrenta (QUELUZ et al., 2017). A emissão desses comportamentos pode ser essencial para amenizar os impactos psicológicos das dificuldades do idoso (GROENOU; BOER; IEDEMA, 2013).

A dificuldade em lidar com os comportamentos problemáticos dos pacientes familiares tem sido citada como um dos principais fatores associados à sobrecarga sentida pelos familiares cuidadores (BARROSO; BANDEIRA; NASCIMENTO, 2007). Houve até mesmo a criação de um modelo teórico explicativo da sobrecarga subjetiva dos familiares no qual os autores relataram que uma das variáveis que podem diminuir esse grau de sobrecarga é a qualidade do relacionamento com o paciente (MAURIN e BOYD, 1990), e para que este fator modulador atue com eficiência, é fundamental a aquisição e o uso efetivo de um repertório efetivo de HS (LIMA, 2014).

Deste modo, um desempenho socialmente competente deve atender à dimensão instrumental (resultados imediatos, atendendo o indivíduo) e ética (resultados a médio e longo prazo, atendendo os interesses do grupo), produzindo resultados positivos tanto para o indivíduo quanto para o outro e para o grupo social, de forma imediata, a médio e longo prazo (DEL PRETTE e DEL PRETTE, 2017)

Em casos de déficits de relacionamento interpessoal, caracterizados por baixa frequência ou falhas no desempenho de comportamentos sociais diante das demandas do ambiente (DEL PRETTE e DEL PRETTE, 2005), são necessárias intervenções educativas ou terapêuticas que reestruturem os processos de aprendizagem em condições mais favoráveis (DEL PRETTE e DEL PRETTE, 2017; DEL PRETTE et al., 2011). Identificar o tipo de déficit que caracteriza a falha no desempenho social é indispensável, pois sinaliza os procedimentos requeridos ao planejar intervenções que tenham como alvo o ensino de HS (DEL PRETTE e DEL PRETTE, 2005).

Assim o Treinamento de Habilidades Sociais (THS) consiste em técnicas que visam modificar ou aperfeiçoar componentes comportamentais, cognitivos e fisiológicos (MURTA, 2005), mediados e conduzidos por um terapeuta ou facilitador, aspirando também os demais requisitos da CS (DEL PRETTE e DEL PRETTE, 2017; MAGALHÃES & MURTA, 2003).

É preciso desenvolver HS adequadas para cada contexto, porque o que se espera do indivíduo em cada contexto varia. Ou seja, para ajudar cuidadores familiares de indivíduos com afasia a melhorarem suas HS para melhor lidar com este papel, é preciso trabalhar com situações hipotéticas ou reais ligadas a estas demandas específicas. Assim, a saúde do cuidador poderia se beneficiar com um treino de habilidades sociais envolvendo elementos básicos destas habilidades (FALEIROS, 2009), uma vez que cuidadores socialmente habilidosos, possuem um repertório mais competente para alterar situações que sejam aversivas, amenizando os efeitos negativos do cuidar, colaborando ainda com uma melhor percepção de qualidade de vida (PINTO, 2016).

Posto isto, para o presente estudo foi realizada uma busca eletrônica nas bases de dados nacionais e internacionais, Scientific Electronic Library Online (ScieELO), PubMed e LILACS por meio dos descritores “habilidades sociais”, “cuidadores”, “qualidade de vida” e “afasia”, bem com suas derivações em língua estrangeira. A busca proveniente de cruzamento que considerou as palavras-chaves relacionadas aos marcadores booleanos (habilidades sociais OR cuidador) AND qualidade de vida AND afasia) evidenciou os resultados apresentados a seguir: Scientific Electronic Library Online (SciELO) (2), PubMed (46), LILACS (4). Como resultado, não retornaram qualquer estudo que realizassem intervenção com cuidadores de afásicos considerando as habilidades sociais como ferramenta para promoção de qualidade de vida do cuidador dentro da temática proposta neste trabalho.

Dado o exposto, percebe-se que realizar estudos de habilidades sociais em cuidadores familiares é altamente relevante para identificar e promover alternativas socialmente adequadas e eficazes de lidar com as capacidades e limitações dos indivíduos com afasia, bem como dos demais familiares e profissionais envolvidos (PINTO, 2016).

Diante dessas considerações, que marcam um desafio conceitual e empírico na área das HS, o presente estudo teve como objetivo principal avaliar um



programa de HS para cuidadores familiares de indivíduos com afasia pós AVC, examinando seus efeitos sobre: (1) repertório social de cuidadores familiares; (2) qualidade de vida do cuidador familiar enquanto alvos diretos da intervenção; (3) impacto na qualidade de vida do indivíduo com afasia; (4) influência do grau de dependência de atividades de vida diária e funcionais dos familiares sob cuidado sobre eles mesmo e seus cuidadores.



3

---

Proposição



### **3 PROPOSIÇÃO**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Verificar os efeitos de um programa de treinamento de habilidades sociais e seus impactos na qualidade de vida de cuidadores familiares, bem como sua repercussão na qualidade de vida do indivíduo com afasia.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

3.2.1 Identificar previamente e posteriormente à intervenção o repertório de Habilidades Sociais dos cuidadores;

3.2.2 Elaborar um programa de treinamento em grupo de habilidades sociais estruturado para cuidadores com base nas habilidades mais prejudicadas;

3.2.3 Verificar e comparar os índices de habilidades sociais dos cuidadores familiares pré e pós intervenção;

3.2.4 Verificar e comparar os índices de qualidade de vida dos cuidadores familiares pré e pós intervenção;

3.2.5 Verificar o nível de qualidade de vida e o grau de dependência de atividades de vida diária e funcionais dos indivíduos com afasia sob cuidados pré e pós intervenção com o cuidador;

3.2.6 Estabelecer a relação entre habilidades sociais e qualidade de vida do cuidador e do familiar assistido e com o grau de dependência do idoso.



4

Métodos





## 4 MÉTODOS

### 4.1 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos da Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo (FOB-USP), para apreciação, e obteve aprovação sob o parecer 3.284.810 com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 06629218.0.0000.5417 (ANEXO A)

Ressalta-se que foram cumpridos todos os quesitos que versa a Resolução CNS 466/12, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos.

### 4.2 CASUÍSTICA

A Casuística foi composta pelos principais cuidadores familiares e idosos com afasia que realizaram tratamento no programa de terapia fonoaudiológica intensiva vinculada ao Estágio Supervisionado de Linguagem e Fala em Adulto e Idoso. O programa terapêutico, ocorreu em um ambiente denominado Casa da Afasia, pertencente à Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo.

Os sujeitos foram selecionados a partir de uma triagem, baseada nos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa. A partir desta triagem, selecionou-se 16 cuidadores familiares e seus respectivos familiares dependentes. Destaca-se que o número de sujeitos foi determinado considerando a limitação de espaço e o número de estudantes de fonoaudiologia disponíveis para o atendimento durante o estágio disciplinar. Ao selecionar os participantes do programa de treinamento de habilidades sociais para cuidadores familiares, selecionou-se também, 16 indivíduos com afasia que participaram do programa de terapia fonoaudiológica intensiva. Em resultados nas Tabelas 2 e 3, são apresentados os dados sociodemográficos dos participantes.

#### 4.2.1 Critérios gerais de inclusão na amostra de cuidadores familiares:

- Possuir vínculo familiar com o sujeito com afasia;
- Ser o cuidador primário ou secundário responsável por auxiliar o indivíduo com afasia na maioria das atividades de vida diária;
- Ter idade igual ou maior que 18 anos;

- Disponibilidade diária para frequentar o programa de THS durante três semanas;
- Sujeitos que concordassem em participar da pesquisa e assinassem o termo de consentimento livre e esclarecido.

#### **4.2.2 Critérios gerais de exclusão na amostra de cuidadores familiares:**

- Ser um cuidador formal ou pago;
- Possuir contato esporádico com o indivíduo com afasia;
- Três faltas consecutivas ao THS sem aviso prévio.

#### **4.2.3 Critérios gerais de inclusão na amostra de indivíduos com afasia:**

- Diagnóstico médico de AVC isquêmico,
- Afasia motora decorrente de AVC sem alteração de compreensão;
- Sujeito sem alteração motora podendo ser: hemiplegia, paraplegia ou monoplegia;
- Tempo de lesão entre 0 e 24 meses;
- Disponibilidade diária para frequentar o centro de reabilitação durante três semanas;
- Sujeitos que concordassem em participar da pesquisa e assinassem o termo de consentimento livre e esclarecido.

#### **4.2.4 Critérios gerais de exclusão na amostra de indivíduos com afasia:**

- Sujeitos que apresentassem afasia crônica;
- Indivíduos com alteração motora do tipo quadriplegia;
- Indivíduos com idade abaixo de 60 anos;
- Tempo de lesão maior que 24 meses.

### **4.3 PROCEDIMENTOS**

Primeiramente o projeto foi submetido à análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da FOB-USP, conforme Resolução 466/12, tendo sido

aprovado em sua íntegra (número do parecer e data da Relatoria: 3.284.810 17/04/2019).

Para realização do convite de participação, foi feito primeiramente, contato no momento da triagem para o programa de terapia intensiva fonoaudiológica, onde os profissionais deste setor informaram os cuidadores sobre a pesquisa, de acordo com os critérios pré-estabelecidos, que a pesquisadora estaria presente no primeiro dia de atendimento fonoaudiológico para a apresentação do programa de pesquisa.

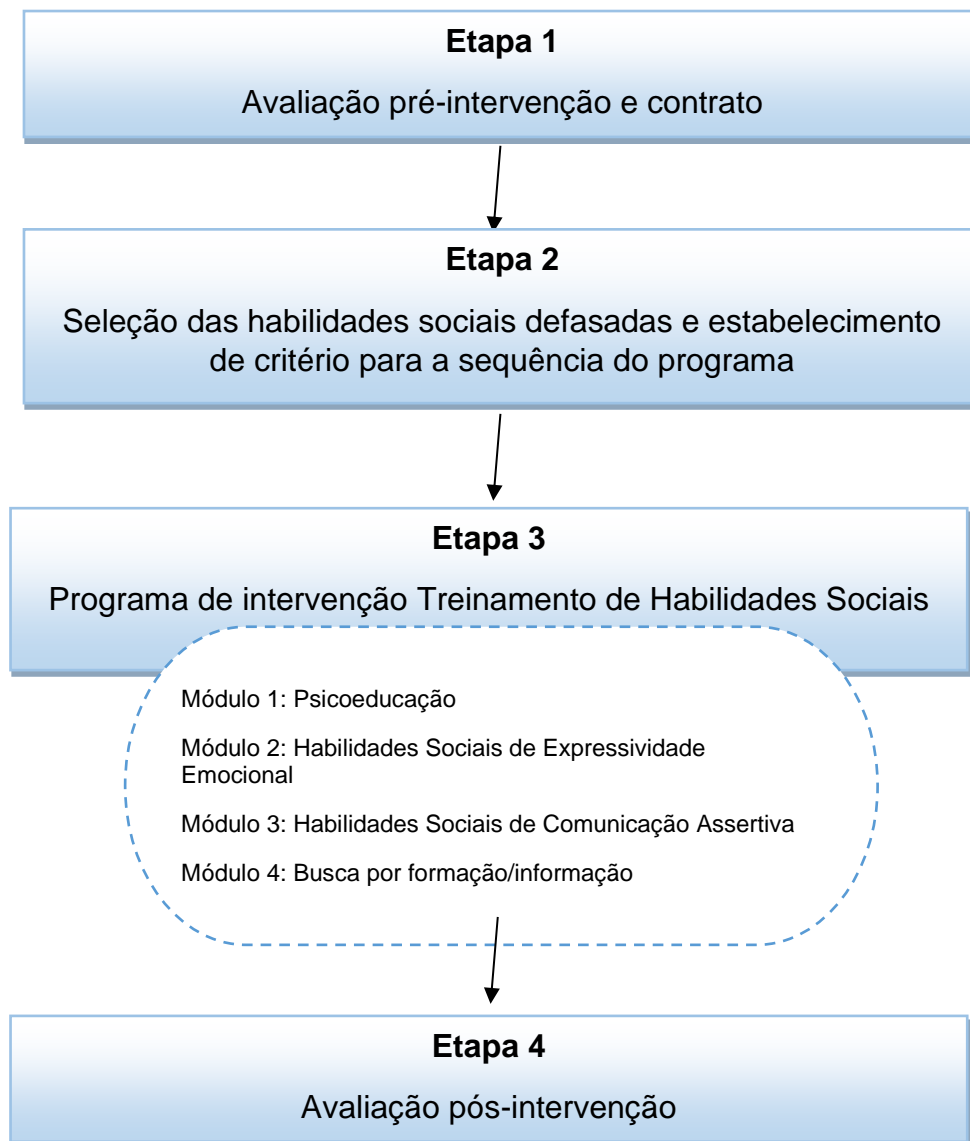
A pesquisadora convidou os cuidadores pessoalmente na sala de espera do local de realização da pesquisa. Iniciou-se uma reunião com os participantes que demonstraram interesse para explicações mais detalhadas acerca do Programa, para assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, bem como para a realização do pré-teste.

Também foi ajustado às necessidades de ações educativas referentes às características dos indivíduos com afasia. Portanto a pesquisadora discutiu com a docente da área de Linguagem Adulto e também com pós-graduandos que acompanham o projeto para direcionamento destes ajustes em consonância com a proposta fonoaudiológica, assim, temas específicos ao AVC e à Afasia foram incluídos no Programa.

Os encontros grupais ocorreram no mesmo horário da terapia fonoaudiológica intensiva, com duração similar à sessão de terapia e em harmonia com o calendário do local, é importante ressaltar que o método de intervenção da terapia fonoaudiológica para os sujeitos com afasia era intensivo, ocorrendo dentro do modelo da “*Casa da Afasia*”, que consistia em atendimentos diários de segunda-feira à sexta-feira, no período da manhã com o tempo de 2 horas, durante três semanas, totalizando assim em média 30 horas de intervenção.

Participaram do programa 16 cuidadores, tendo sido realizadas 14 sessões com duração de cerca de 1 hora e 30 minutos cada, conforme as adaptações para atender às necessidades do grupo. Os procedimentos foram organizados em etapas e módulos, resumidos no fluxograma ilustrado na Figura 2 e especificados na sequência.

Figura 2. Fluxograma das etapas do Programa de Habilidades Sociais com os cuidadores familiares.



Fonte: A autora (2020).

Nas etapas 1 e 4, os indicadores referentes ao repertório de habilidades sociais, qualidade de vida do cuidador e o idoso cuidado, bem como o grau de dependência foram avaliados por meio dos instrumentos já caracterizados. Na Etapa 2, os dados da etapa inicial permitiram a identificação das dificuldades e recursos específicos dos cuidadores de indivíduos com afasia de forma a estabelecer a sequência dos objetivos de cada módulo baseando-se nos critérios de complexidade (de menos para mais complexos) e de valor funcional (iniciar com os mais críticos e funcionais) (DEL PRETTE e DEL PRETTE, 2001a).

Na Etapa 3 foi realizada a intervenção propriamente dita, sendo dividida em quatro módulos:

- Módulo 1 (Sensibilização dos cuidadores): enfocou-se a importância das habilidades sociais na interação com outras pessoas e principalmente o familiar sob cuidado e procurou-se ampliar as informações sobre o AVC, sobre as características e definições da Afasia, as relações da afasia pós AVC sobre os aspectos emocionais que circundam o paciente e aqueles que estão responsáveis pelo cuidado devido a mudança abrupta de vida sendo necessários adaptações e adequações às necessidades agora vigentes, o processo do cuidar.

- Módulo 2 (Habilidades Sociais de Expressividade Emocional): foram focadas as habilidades de reconhecer e nomear às emoções próprias e dos outros, falar sobre emoções e sentimentos, expressar as emoções positivas e negativas ligadas ao contexto do cuidar, empatia e autocontrole de agressividade.

- Módulo 3 (Habilidades Sociais de Comunicação Assertiva) procurou-se restabelecer as habilidades de compreensão sobre direitos e deveres, concordar ou discordar de opiniões, fazer e recusar pedidos, pedir mudança de comportamentos, negociar interesses conflitantes.

- Módulo 4: (Busca por formação/informação) enfocou-se nas habilidades do cuidador em buscar e disseminar as informações que são relevantes para os cuidados com o familiar com afasia, falar com figuras de autoridade e pedir ajuda

Em cada uma das sessões foram dadas as instruções específicas, informações comuns e síntese do grupo em relação às vivências. Ao final de cada sessão foram atribuídas aos cuidadores uma tarefa de casa para praticar junto com o sujeito com afasia e outros familiares presentes no processo de cuidar para desenvolver as habilidades específicas.

O programa teve por objetivo assessorar os cuidadores em um conjunto de habilidades sociais para identificar e ampliar o repertório social habilidoso através do treinamento, abordando estratégias de manejo e modulação de comportamentos. As classes deste conjunto de habilidades sociais trabalhadas durante o programa, em acordo com Queluz et al. (2017), estão descritas a seguir:

- *Expressividade Afetiva*: refere-se às habilidades do cuidador em demonstrar afeto positivo em relação a outras pessoas e, em particular, ao idoso cuidado.

- *Comunicação Assertiva*: refere-se às habilidades do cuidador para lidar com interações difíceis que requerem enfrentamento e algum risco de reação indesejável por parte do outro.
- *Busca por Formação/Informação*: refere-se às habilidades do cuidador para obter e para dividir com outras pessoas envolvidas no contexto de cuidar, informações relevantes do idoso.

O formato do programa se deu nos moldes do programa triádico, informativo-vivencial sugerido por Del Prette e Del Prette (2008) que utiliza estratégias:

- *Informativas*: o seu uso visa promover comportamentos governados por regras que favorecendo aquisições rápidas, acelerando, em muitos casos, a aquisição de um comportamento terminal eficaz.
- *Técnicas e procedimentos de vivências*: constituem-se em atividades, estruturadas de modo análogo ou simbólico a situações cotidianas de interação social dos participantes, mobilizando sentimentos, pensamentos e ações, com o objetivo de suprir os déficits e maximizar habilidades sociais em programas de treino de habilidades sociais em grupo. As vivências permitem moldar e fortalecer desempenhos específicos dos participantes e identificar suas dificuldades e recursos, viabilizando a redefinição dos objetivos gerais para o grupo ou para algum participante em especial. Além disso, estabelece contexto propício para o uso de outros procedimentos como, por exemplo, modelação, modelagem, ensaio comportamental, role-playing entre outros, com alternativas comportamentais para a situação exemplificada.

Como estratégias gerais foram utilizadas exposição oral dialogada sobre cada tema, materiais de apoio (CABALLO, 2006; DEL PRETTE e DEL PRETTE, 2017) vivências e ensaio comportamental, com alternativas para a situação exemplificada.

Quadro 2 – Treinamento de Habilidades Sociais e estratégias componentes de cada módulo (continua)

Fases	Temas/Habilidades	Estratégias Gerais
-------	-------------------	--------------------

Quadro 2 – Treinamento de Habilidades Sociais e estratégias componentes de cada módulo (continuação)

<b>Fases</b>	<b>Temas/Habilidades</b>	<b>Estratégias Gerais</b>
<p>Módulo 1 - Psicoeducação  (Quatro Sessões).</p>	<p>AVC  Afasia  O processo do cuidar, atendendo as necessidades de indivíduos afásicos e os aspectos emocionais que circundam este contexto  Habilidades Sociais, o que são e sua importância.</p>	<p>Contrato e apresentação das normas e funcionamento do Programa.  Dinâmicas de apresentação e integração.  Roda de conversa.  Material de apoio (trechos de textos).  Tarefas de casa.</p>
<p>Módulo 2 – Habilidades Sociais de Expressividade Emocional  (Quatro sessões).</p>	<p>Reconhecer e nomear as emoções  Expressão de sentimentos negativos e positivos  Habilidades de comunicação (elogiar; agradecer elogios).  Empatia  Autocontrole de agressividade</p>	<p>Roda de conversa.  Exercícios de Vivências  Tarefas de casa.</p>
<p>Módulo 3 – Habilidades Sociais de Comunicações Assertivas  (Três sessões).</p>	<p>Comunicação.  Comportamentos assertivo, agressivo e passivo.  Auto exposição a desconhecidos e situações novas.  Fazer e recusar pedidos  Pedir mudança de comportamento</p>	<p>Roda de conversa.  Material de apoio sobre habilidades sociais  Ensaio comportamental sobre situações vivenciadas pelos cuidadores na interação com o idoso.  Exercícios de Vivências  Avaliação do treinamento.</p>

Quadro 2 – Treinamento de Habilidades Sociais e estratégias componentes de cada módulo (conclusão)

<b>Fases</b>	<b>Temas/Habilidades</b>	<b>Estratégias Gerais</b>
Módulo 4 – Busca de formação/informação (Três sessões).	Buscar e disseminar informações  Falar com figuras de autoridades	Roda de conversa.  Material de apoio sobre habilidades sociais  Exercícios de Vivências  Avaliação do treinamento.

Fonte: A autora (2020)

#### **4.4 INSTRUMENTOS**

##### *4.4.1 Questionário de perfil sociodemográfico*

A fim de caracterizar a amostra da pesquisa, foram preparadas perguntas para obtenção das seguintes informações sobre o cuidador e o indivíduo com afasia: sexo, idade, escolaridade, estado civil, grau de parentesco com o familiar com afasia. (APÊNDICE C)

##### *4.4.2 Critério de Classificação Econômica Brasil*

Para avaliar o nível socioeconômico de cada participante foi utilizado o instrumento de Critério de Classificação Econômica Brasil desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas (ABEP, 2013). (ANEXO B)

Avalia-se com base na posse de bens de consumo duráveis, no grau de instrução do chefe da família e em alguns outros fatores como a posse de automóveis e a quantidade de televisões na residência. Esta escala divide a população nas seguintes classes sociais: A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E, sendo que A1 é a classe com maior poder aquisitivo, e a classe E engloba pessoas menos favorecidas financeiramente.

##### *4.4.3 Inventário de Habilidades Sociais para Cuidadores de Idosos Familiares - IHS-CI*

Para descrever as habilidades sociais antes e após a intervenção e, desse modo, avaliar a efetividade da proposta terapêutica do THS, foi utilizado o Inventário



de Habilidade Sociais para Cuidadores de Idosos Familiares – IHS-CI (QUELUZ et al., 2017) um instrumento de autorrelato sob a forma de inventário, composto por um caderno de aplicação e uma folha de resposta. Contém 24 itens para avaliar o repertório de habilidades sociais do cuidador familiar. Cada item apresenta uma situação interpessoal que surge comumente entre cuidadores de idosos e o respondente deve avaliar com que frequência se comporta de acordo com o descrito, de modo a considerar seu comportamento em 10 ocasiões similares, pontuando nunca ou raramente (quando age da forma prevista 0 a 2 vezes em cada 10 ocasiões similares); de vez em quando (age da forma prevista em 3 a 5 ocasiões); muitas vezes (6 a 8 ocasiões); sempre (9 ou 10 ocasiões). As respostas são pontuadas da seguinte forma: 1 (nunca), 2 (de vez em quando), 3 (muitas vezes) e 4 (sempre). (ANEXO C).

O instrumento apresenta três escores fatoriais, denominados *Expressividade Afetiva* (com confiabilidade interna de  $\alpha = 0,87$ ), *Comunicação Assertiva* ( $\alpha = 0,79$ ) e *Buscar por Informação/Formação* ( $\alpha = 0,60$ ). A consistência interna do instrumento para o escore global observado no estudo de validação foi de  $\alpha = 0,89$  (QUELUZ et al., 2017). Com os 70 respondentes do presente estudo, a confiabilidade dos fatores foi: Expressividade Afetiva,  $\alpha = 0,74$ , Comunicação Assertiva,  $\alpha = 0,62$  e Buscar por Informação/Formação,  $\alpha = 0,50$ .

#### 4.4.4 Instrumento Abreviado de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde – WHOQOL-Bref

Para avaliar a qualidade de vida dos cuidadores familiares, foi utilizado o instrumento The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-Bref), na versão abreviada em português traduzido e adaptado por Fleck et al. (2000). Essa avaliação ocorreu pré e pós intervenção no programa de THS. (ANEXO D).

O instrumento é composto por 26 questões, sendo duas questões gerais, uma referente qualidade de vida e outra referente à saúde geral. As 24 restantes representam cada uma das 24 facetas encontradas no instrumento original (WHOQOL-100) e são divididas em quatro domínios: *Físico* ( $\alpha = 0,84$ ), *Psicológico* ( $\alpha = 0,79$ ), *Relações Sociais* ( $\alpha = 0,69$ ) e *Meio Ambiente* ( $\alpha = 0,71$ ). A consistência interna do instrumento para o escore global observado no estudo de validação para os domínios dói de  $\alpha = 0,77$  e as questões com  $\alpha = 0,91$  (FLECK et al., 2000; OLIVEIRA e ORSINI, 2008). Abaixo segue o quadro com os domínios encontrados no WHOQOL-Bref e suas respectivas facetas (Quadro 3).

Quadro 3 – Domínios e facetas abordadas no WHOQOL- Bref

<b>Domínios</b>	<b>Facetas abordadas</b>	<b>Questões</b>
<b>Físico</b>	Dor e desconforto	Q. 3
	Dependência de medicação ou tratamento	Q. 4
	Energia e fadiga	Q. 10
	Mobilidade	Q. 15
	Sono e Repouso	Q. 16
	Atividades de vida cotidiana	Q. 17
	Capacidade de trabalho	Q. 18
<b>Psicológico</b>	Sentimentos positivos	Q. 5
	Espiritualidade, religião, crenças pessoais	Q. 6
	Pensar, aprender, memória e concentração	Q. 7
	Imagem corporal e aparência	Q. 11
	Autoestima	Q. 19
	Sentimentos negativos	Q. 26
<b>Relações Sociais</b>	Relações pessoais	Q. 2
	Atividade sexual	Q. 21
	Apoio (suporte) social	Q. 22
<b>Meio Ambiente</b>	Segurança física e proteção	Q. 8
	Ambiente físico (poluição, clima, ruído, trânsito)	Q. 9
	Recursos financeiros	Q. 12
	Oportunidade de adquirir novas informações e habilidades	Q. 13

Fonte: Fleck et al. (2000)

As questões do WHOQOL-Bref possuem 4 tipos de escala de respostas, sendo: capacidade, intensidade, frequência e avaliação, todas graduadas em 5 níveis.

A escala de capacidade varia entre nada e completamente; a escala de intensidade varia entre nada e extremamente; a escala de frequência varia entre nunca e sempre e, por fim, a escala de avaliação varia entre muito insatisfeito a muito satisfeito e muito ruim a muito bom. A quantificação das respostas é realizada de acordo com a escala de pontos do tipo Likert, de 1 a 5 pontos, invertidos somente nas questões 3, 4 e 26, nas quais 1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1.

Esse instrumento não admite um escore total de qualidade de vida, portanto cada domínio é pontuado de maneira independente. A determinação dos escores dos domínios é realizada multiplicando-se a média de todos os itens incluídos dentro de um domínio por 4, assim o escore pode variar de 0 a 100 pontos, sendo que quanto maior o valor, melhor o domínio de qualidade de vida avaliado (WHO, 1996).

#### *4.4.5 Stroke Specific Quality of Life Scale (SSQOL)*

Para avaliar a qualidade de vida dos sujeitos com afasia, foi utilizado o instrumento Stroke Specific Quality of Life Scale (SSQOL) (Anexo E), específico para avaliação de qualidade de vida em pacientes pós-doenças cerebrovasculares, desenvolvido por Williams et al. (1999), traduzido e adaptado por Santos (2000) e validado por Santos (2007). Esta avaliação ocorreu pré e pós-período de terapia fonoaudiológica intensiva.

O instrumento é composto por 49 itens, divididos em 12 domínios e compõe-se de três partes. A primeira parte aborda os seguintes aspectos: mobilidade (6 itens); função dos membros superiores (5 itens); trabalho/produtividade (3 itens); visão (3 itens); linguagem (5 itens); e cuidados pessoais (5 itens). As opções de respostas e os respectivos escores para essa parte são: impossível de realizar (1 ponto), muita dificuldade (2 pontos), alguma dificuldade (3 pontos), pouca dificuldade (4 pontos) e sem qualquer dificuldade (5 pontos). A segunda etapa consta de uma lista nas quais o indivíduo deve opinar sobre: energia (3 itens), ânimo (5 itens), relações sociais (5 itens), relações familiares (3 itens), modo de pensar (3 itens) e comportamento (3 itens). As opções de respostas e os respectivos escores podem ser: concordo muito (1 ponto), concordo parcialmente (2 pontos), não concordo e nem discordo (3 pontos), discordo parcialmente (4 pontos) e discordo totalmente (cinco pontos). A terceira, avalia a impressão pessoal de cada domínio, comparando o período atual e a época antes de a doença ter ocorrido. Abrange os domínios energia (1 item), linguagem (1 item), mobilidade (1 item), visão (1 item), função de membros superiores (1 item),

modo de pensar (1 item), ânimo (1 item), comportamento (1 item), trabalho/produtividade (1 item), cuidados pessoais (1 item), relações familiares (1 item), relações sociais (1 item) e a visão geral sobre a qualidade de vida, (1 item) que não é um domínio específico. As respostas variam entre muito pior, pior, um pouco pior ou igual à época anterior à doença. A quantificação das respostas é realizada de acordo com a escala de pontos do tipo Likert, de um a cinco pontos para a primeira e segunda parte e de um a quatro pontos para a terceira, considerando o escore mínimo de 62 pontos e o escore máximo de 297 pontos (SANTOS, 2007) (Tabela 1).

Tabela 1 - Escores possíveis de acordo com os domínios da escala SSQOL

<b>Domínios</b>	<b>Escore Mínimo</b>	<b>Escore Máximo</b>
Mobilidade	7	34
Função de Membros Superiores	6	29
Trabalho/Produtividade	4	19
Cuidados Pessoais	6	29
Linguagem	6	29
Visão	4	19
Energia	4	19
Ânimo	6	29
Relações Sociais	6	29
Relações Familiares	4	19
Modo de pensar	4	19
Comportamento	4	19
Geral	1	4
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>297</b>

Fonte: Santos (2007)

#### *4.4.6 Independence in Activities of Daily Living – KATZ*

Para avaliar o grau de dependência em atividades de autocuidados foi utilizado o Inventário Independence in Activities of Daily Living – KATZ validado e adaptado para uso no Brasil por Lino et al. (2008), obteve-se excelentes índices de

confiabilidade interna de  $\alpha = 0,92$  e estabilidade ponderada de  $K = 0,91$ . É possível classificar o nível de independência do indivíduo avaliado, considerando seis atividades de autocuidados (vestir-se, lavar-se, utilizar o sanitário, movimentar-se, ser continente e alimentar-se). Essa avaliação ocorreu pré e pós-período de terapia fonoaudiológica intensiva, sendo respondida pelo cuidador familiar. (ANEXO F)

É atribuído um ponto para cada atividade que o idoso seja capaz de realizar, sem a ajuda de outra pessoa. A pontuação total pode variar entre zero e seis pontos, sendo que um escore entre zero e dois pontos significa dependência importante do idoso, de três a quatro pontos indica dependência parcial e entre cinco e seis pontos representa que o idoso é independente quanto às atividades de vida diária.

#### 4.4.7 *Functional Activities Questionnaire – FAQ – Pfeffer*

Para avaliar o grau de independência do avaliado em atividades instrumentais de vida diária foi utilizado o Functional Activities Questionnaire – FAQ – PFEFFER desenvolvido por Pfeffer et al. (1982), apresentou como confiabilidade interna o índice de  $\alpha = 0,93$  considerado como excelente. Este instrumento avalia o desempenho em dez Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) que envolvem também habilidades cognitivas, tais como controlar finanças pessoais, compreender informações sobre o meio onde vive, fazer compras, lembrar-se de compromissos, e outras. Essa avaliação ocorreu pré e pós-período de terapia fonoaudiológica intensiva, sendo respondida pelo cuidador familiar. (ANEXO G)

Para cada atividade classifica-se a eficácia do sujeito em realizar as atividades, sendo pontuados assim: faz a atividades normalmente, ou nunca fez, mas poderia fazê-lo (0 pontos); faz com dificuldade, ou nunca o fez, mas agora teria dificuldade (1 ponto); necessita de ajuda para realizar a atividade (2 pontos) ou não é capaz (3 pontos). A pontuação da FAQ – Pfeffer varia de 0 a 30, sendo que quanto menor a pontuação obtida pelo indivíduo, maior a sua independência e autonomia (PFEFFER et al., 1982).

### **4.5 Análise estatística dos resultados**

Inicialmente, foram calculados os escores totais e por cada fator respondente de acordo com as instruções de cada instrumento. Em seguida utilizou-se o teste de Wilcoxon, uma medida não paramétrica, com o objetivo de verificar se havia diferença estatisticamente significativa entre os valores pré e pós teste dos

instrumentos aplicados nos participantes, considerando como diferença estatisticamente significativa valores menos que 0,05.

Posteriormente, para verificar possíveis correlações entre as variáveis, foi utilizado o coeficiente de Correlação de Spearman, uma medida não paramétrica. As magnitudes das correlações podem ser classificadas em: fraca ( $< 0,30$ ), moderada ( $0,30$  a  $0,59$ ), forte ( $0,60$  a  $0,69$ ), muito forte ( $0,70$  a  $0,99$ ), ou perfeita ( $1,0$ ) (LEVIN e FOX, 2004).

# 5 Resultados

---





## 5 RESULTADOS

A amostra deste estudo contou com a participação de 16 cuidadores familiares, e 16 indivíduos com afasia pós AVC atendidos na Casa da Afasia, do Departamento de Fonoaudiologia, da FOB-USP.

O programa de intervenção com os cuidadores familiares ocorreu em dois módulos sendo durante os meses de abril a agosto de 2019, facilitando a adesão e frequência, uma vez que era realizada durante o processo de reabilitação fonoaudiológica do familiar com Afasia.

A seguir serão apresentados os resultados desta pesquisa.

### 5.1 CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

Tabela 2 - Perfil Sociodemográfico dos Cuidadores Familiares  
(continua)

<b>Variável</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	9	56,3
Masculino	7	43,8
<b>Faixa etária</b>		
18-30	1	6,25
31-50	5	31,25
51-70	10	62,5
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	1	6,25
Casado/união estável	14	87,5
Separado	1	6,25
Viúvo	0	0
<b>Escolaridade</b>		
Fundamental incompleto	1	6,3

Tabela 2 - Perfil Sociodemográfico dos Cuidadores Familiares  
(conclusão)

<b>Variável</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Fundamental completo	3	18,8
Médio incompleto	1	6,3
Médio completo	1	6,3
Superior incompleto	1	6,3
Superior completo	9	56,3
<b>Classe social</b>		
A2	2	12,5
B1	6	37,5
B2	3	18,8
C1	4	25
C2	1	6,3
<b>Relação com o idoso</b>		
Filho (a)	2	12,5
Cônjuge	8	50
Pais	2	12,5
Irmão (a)	2	12,5
Outros	2	12,5

Fonte: A autora (2020)

Dentre os 16 cuidadores familiares da amostra nota-se que a média de idade foi de 51,43 anos, variando entre 51 e 70 anos, sendo 56,3% mulheres e 43,8% homens. A maior parte dos participantes era casado ou com união estável (87,5%) e

56,3% da amostra tinha Ensino Superior completo. Os cuidadores estavam concentrados majoritariamente entre as classes sociais B1 e C1, de acordo com sua pontuação no Critério Brasil e no que diz respeito ao grau de parentesco com o sujeito com Afasia, 50% eram cônjuges, tendo as outras opções de relações divididas igualmente entre si.

Tabela 3 - Perfil Sociodemográfico dos indivíduos com afasia

<b>Variável</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	7	46,6
Masculino	8	53,3
<b>Faixa etária</b>		
18-30	1	6
31-50	4	25
51-70	10	63
>70	1	6
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro	1	6,25
Casado/união estável	14	87,5
Separado	1	6,25
Viúvo	0	0
<b>Escolaridade</b>		
Fundamental incompleto	1	6,25
Fundamental completo	2	12,5
Médio incompleto	1	6,25
Médio completo	2	12,5
Superior incompleto	2	12,5
Superior completo	8	50

Fonte: A autora (2020)

Dentre os 16 participantes com afasia, 8 (53,3%) são do gênero masculino e 7 (46,6%) são do gênero feminino. A média de idade foi de 53,5 anos, com mínimo de 23 anos e máxima de 72 anos. Ao que tange ao estado civil, (87,5%) eram casados

ou com união estável, e a maior parte dos participantes cursaram o Superior Completo (50%).

## 5.2 HABILIDADES SOCIAIS E QUALIDADE DE VIDA DOS CUIDADORES FAMILIARES E QUALIDADE DE VIDA E NÍVEIS DE DEPENDÊNCIA DO SUJEITO COM AFASIA

Tabela 4 - Comparação das variáveis IHS-CI, WHOQOL-Bref, SSQOL, KATZ E FAQ-Pfeffer pré e pós intervenção (continua)

ETAPA	N	FATORES	MÉDIA INICIAL (DP)	MÉDIA FINAL (DP)	p
<b>IHS-C</b> <b>Comparação</b> <b>Pré-teste X</b> <b>Pós-teste</b>	16	Geral	3,25 (0,25)	3,43 (0,24)	<b>*0,003</b>
		F1	3,47 (0,26)	3,61 (0,14)	<b>*0,050</b>
		F2	3,17 (0,40)	3,42 (0,45)	<b>*0,020</b>
		F3	2,91 (0,56)	3,12(0,60)	<b>*0,016</b>
<b>WHOQOL-Bref</b> <b>Comparação</b> <b>Pré-teste X</b> <b>Pós-teste</b>	16	Geral 1			
		Como se sente	1,69 (0,79)	1,31 (0,60)	<b>*0.048</b>
		Geral 2			
		Satisfação	1,81 (0,83)	1,56 (0,63)	72
		Físico	166,87 (198,84)	169,95(201,6)	<b>*0.005</b>
		Psicológico	106,87 (154,05)	99,06 (160,03)	179
		Relações Sociais	104,14 (155,77)	37,62 (80,68)	724
Meio Ambiente	112,81 (165,68)	113,03 (165,97)	407		
<b>SSQOL</b> <b>Comparação</b> <b>Pré-teste X</b> <b>Pós-teste</b>	16	Geral	137,12 (37,38)	141,12(35,41)	0,059
		Energia	9,69 (3,98)	9,94 (3,82)	0,855
		Familiares	8,62 (3,68)	9,31 (3,28)	0,138
		Linguagem	5,87 (3,95)	5,00 (1,15)	1
		Mobilidade	18,56 (8,04)	19,00 (8,87)	0,4
		Humor	14,69 (6,21)	16,75 (6,35)	<b>*0.003</b>
		Personalidade	9,94 (3,92)	10,00 (3,77)	915
		Autocuidado	13,56 (6,66)	12,94 (7,18)	774
		P. Sociais	12,12 (6,06)	14,19 (7,19)	65
		Memória/conce.	9,37 (4,14)	9,50 (3,93)	850
		F Membro			
		Superior	13,25 (6,16)	13,25 (6,32)	588
		Visão	14,00 (1,67)	14,19 (1,47)	1.000
Trab. Prod.	7,44 (4,21)	7,19 (4,35)	1.000		
<b>FAQ-Pfeffer</b> <b>Comparação</b> <b>Pré-teste X</b> <b>Pós-teste</b>	16		12,31 (6,40)	11,69 (5,44)	0,551

Tabela 4 - Comparação das variáveis do IHS-CI, WHOQOL-Bref, SSQOL, KATZ E FAQ-Pfeffer pré e pós intervenção (conclusão)

ETAPA	N	FATORES	MÉDIA INICIAL (DP)	MÉDIA FINAL (DP)	p
<b>KATZ</b>					
<b>Comparação</b>					
<b>Pré-teste X</b>					
<b>Pós-teste</b>	16		4,06 (2,17)	4,25 (2,02)	0,233

Fonte: A autora (2020)

Legenda: \*: Correlação estatisticamente significativa ( $p \leq 0,05$ ); DP: Desvio padrão; IHS-CI: Inventário de Habilidades Sociais para Cuidadores Familiares; WHOQOL-Bref: Instrumento Abreviado de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde; SQOL: Stroke Specific Quality of Life Scale; PFEFFER: Functional Activities Questionnaire – FAQ – Pfeffer; KATZ: Independence in Activities of Daily Living - Comparação de variáveis (Paired Samples T-Test)

A Tabela 4 mostra as medidas obtidas no IHS-C, no qual houve diferença estatisticamente significativa, pré e pós intervenção, no escore geral ( $p = 0,003$ ) e nos fatores: (F1) expressividade afetiva, que aumentou de 3,47 (pré-teste) para 3,61 (pós-teste) e valor  $p = 0,05$ ; (F2) comunicação assertiva, aumentou de 3,17 (pré-teste) para 3,42 (pós-teste) e valor  $p = 0,02$  e (F3) busca por informação/formação, aumentou e 2,91 (pré-teste) para 3,12 (pós-teste) com valor  $p = 0,01$ .

Em relação ao escore Geral 1 WHOQOL-Bref de qualidade de vida, a análise estatística demonstrou aumento estatisticamente significativo ( $p = 0,04$ ), mantendo-se como um bom resultado na classificação do teste, o mesmo ocorrendo para o fator Psicológico de 166,87 (pré-teste) para 169,95 (pós-teste) com valor de ( $p = 0,05$ ). Nos fatores Geral 2, Físico, Relações Sociais e Meio Ambiente também houve aumento nas médias relativas aos percentis obtidos após o período de intervenção, contudo esta diferença nas médias das condições pós teste não foi estatisticamente significativa.

Em relação a análise de comparação do SSQOL, de qualidade de vida para doenças cerebrovasculares, o fator Humor apresentou aumento estatisticamente significativo ( $p = 0,03$ ) aumentando de 14,69 (pré-teste) para 16,75 (pós-teste), para o qual quanto maior a pontuação, maior a percepção positiva do indivíduo quanto a sua qualidade de vida. Os outros fatores do instrumento também apresentaram aumento nas médias relativas aos percentis após o período de intervenção, contudo não foi considerado estatisticamente significativo pois a análise dos resultados mostrou um valor de  $p$  maior que 0,05.

Quanto a análise do FAQ-Pfeffer, de atividades instrumentais de vida diária, observou uma diminuição de 12,31 (pré-teste) para 11,69 (pós-teste), no entanto essa diferença não foi estatisticamente significativa, ainda assim é importante destacar o efeito encontrado após a intervenção, uma vez que houve uma diminuição do nível de dependência dos familiares pós AVC.

A análise do instrumento KATZ, de dependência em atividades de autocuidado mostrou um aumento de 4,06 (pré-teste) para 4,25 (pós-teste), onde quanto mais próximo de zero maior o grau de dependência, porém esta diferença encontrada nas médias não foi estatisticamente significativa.

Tabela 5 - Correlação das variáveis IHS-CI com SSQOL, WHOQOL-Bref, KATZ e FAQ-Pfeffer

Medida	Geral	IHS-CI		
		F1	F2	F3
<b>WHOQOL - Bref</b>				
Geral 1 Como se sente	0,163	0,142	0,032	0,446
Geral 2 Satisfação	-0,188	-0,095	0,000	-0,159
Físico	<b>-523*</b>	-0,204	-0,405	0,275
Psicológico	0,340	0,023	0,337	-0,199
Relações Sociais	0,119	-0,181	0,162	-0,392
Meio Ambiente	-0,211	0,264	-0,183	0,045
<b>SSQOL</b>				
Geral	0,442	-0,063	<b>,576*</b>	-0,380
Energia	0,061	0,299	-0,123	<b>,584*</b>
Familiares	0,283	<b>,513*</b>	0,002	0,391
Linguagem	-0,058	0,271	-0,077	0,117
Mobilidade	0,160	-0,283	<b>,500*</b>	<b>-,569*</b>
Humor	-0,067	-0,065	-0,017	-0,064
Personalidade	-0,149	0,160	-0,493	0,329
Autocuidado	<b>,526*</b>	-0,083	0,119	0,253
P. Sociais	-0,046	<b>-544*</b>	0,046	-0,441
Memória/conce.	-0,206	0,170	<b>-,580*</b>	0,240
F. Membro Superior	0,038	-0,376	0,397	<b>-,515*</b>
Visão	0,365	0,226	0,421	0,256
Trab. Prod.	-0,365	0,226	0,421	0,256
<b>KATZ</b>	0,389	0,205	-0,090	<b>,524*</b>
<b>FAQ-Pfeffer</b>	0,112	-0,127	-0,050	-0,107

Fonte: A autora (2020)

Legenda: \*: Correlação estatisticamente significativa ( $p \leq 0,05$ ); IHS-CI: Inventário de Habilidades Sociais para Cuidadores Familiares; WHOQOL-Bref: Instrumento Abreviado de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde;

SSQL: Stroke Specific Quality of Life Scale; FAQ-Pfeffer: Functional Activities Questionnaire; KATZ: Independence in Activities of Daily Living  
 Correlação de variáveis: Coeficiente de Correlação de Spearman

A tabela 5 mostra a valor significativo quando correlacionado o escore geral do IHS-C com o domínio físico do WHOQOL-Bref ( $p = ,523$ ) e o fator de autocuidado do SSQOL ( $p = ,526$ ). Quanto a análise do fator F1 do IHS-CI, a estatística mostrou valor significativo quando correlacionado aos fatores papéis familiares ( $p = ,513$ ) e papéis sociais correlação negativa ( $p = -544$ ) do SSQOL. No fator F2, os participantes obtiveram valor estatisticamente significativo quando correlacionado ao fator geral ( $= ,576$ ), o fator mobilidade ( $p = ,500$ ) e o fator memória/concentração correlação negativa ( $p = -,580$ ) do instrumento de qualidade de vida SSQOL. Para o fator F3, houve correlação estatisticamente significativa quando correlacionada aos fatores de energia ( $p = ,584$ ), mobilidade correlação negativa ( $p = -,569$ ) e função do membro superior correlação negativa ( $p = -515$ ) do SSQOL, assim como quando correlacionada ao instrumento de dependência de autocuidado KATZ ( $p = ,524$ ).

Tabela 6 – Correlações significativas entre os domínios do WHOQOL-Bref e SSQOL.

<b>Correlação</b>	<b>N</b>	<b>r</b>	<b>p</b>
WHOQOL G1 X SSQOL_E	16	<b>,499*</b>	0,049
WHOQOL_R.S X SSQOL_E	16	<b>-,636**</b>	0,008
WHOQOL_P X SSQOL_E	16	<b>-,620*</b>	0,01
WHOQOL_P X SSQOL_P.S	16	<b>,549*</b>	0,028
WHOQOL_F X SSQOL_G	16	<b>-,602*</b>	0,014

Fonte: A autora (2020)

Legenda: \*: Correlação estatisticamente significativa ( $p \leq 0,05$ ), WHOQOL-Bref: Instrumento Abreviado de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde; SSQL: Stroke Specific Quality of Life Scale; G1: Grupo1; E: Energia; R.S: Relações sociais; P: Psicológico; P.S: Papéis Sociais; F: Físico.

Correlação de variáveis: Coeficiente de Correlação de Spearman

No que diz respeito a análise das variâncias pré e pós intervenção do fator geral 1 do WHOQOL-Bref quando relacionado ao fator energia do SSQOL demonstrou valor estatístico significativo ( $r = ,499$ ), para o fator relações sociais do WHOQOL-Bref o valor significativo foi negativo e encontrado quando correlacionado ao fator energia do SSQOL ( $r = -,636$ ). A análise do fator psicológico do WHOQOL-Bref apresentou valor estatisticamente significante negativo quando correlacionado com os fatores energia

( $r = -,620$ ) e papéis sociais ( $r = ,549$ ) do SSQOL. Em relação a análise do fator físico do WHOQOL-Bref ao ser correlacionado com as variâncias do fator geral do SSQOL demonstrou um valor estatisticamente significativa negativa ( $r = -,602$ ).



6

Discussão



## 6 DISCUSSÃO

O cuidado e o cuidar desde sempre estiveram conectados ao ser humano ao longo de todo o seu ciclo vital moldando formas de relacionamento e permitindo a continuidade da vida. Como refere Collière (2000, p.15) “cuidar é e será sempre, não apenas indispensável à vida dos indivíduos, mas à perenidade de todo o grupo social”.

O objetivo do presente estudo foi verificar se um programa de treinamento de habilidades sociais contribuiu para a melhor percepção de qualidade de vida dos cuidadores familiares e dos indivíduos com afasia após sua intervenção, assim como a diminuição do nível de dependência do familiar assistido.

À semelhança da maioria dos estudos que apontam o perfil sociodemográfico de quem é cuidador familiar no Brasil, na amostra de cuidadores do presente estudo, predominaram mulheres e cônjuges do familiar assistido, com idade entre 51 a 70 anos (FAVORETTO, 2019; GODOY, 2016; LOUREIRO & FERNANDES, 2015; MONJE, 2007; NERI, 2014; PANHOCA e PUPO, 2010; REIS, 2016; SEQUEIRA, 2010a; TOMOMITSU; PERRACINI; NERI, 2014).

Em relação ao nível socioeconômico, o maior número se concentrou em 37,5% à classe B1, 18,8% à classe B2, 25% à classe C1. No que se refere à escolaridade dos cuidadores, a amostra desta pesquisa contou com o predomínio da escolaridade em nível superior completo (56,3%) e fundamental incompleto (18,8%) em consonância com outros estudos brasileiros (FAVORETTO, 2019; GODOY, 2016; ISSAC, 2018; MAGAGNIN e HEIDEMANN, 2020). Presume-se que, isso pode ter ocorrido devido ao programa da Casa da Afasia ser inédito no país, e desta forma, ter atraído pessoas de diferentes níveis de escolaridade. Outro aspecto a ser considerado, é o fato de o projeto de pesquisa pertencer a uma instituição de nível superior de ensino e, de que, possivelmente, pessoas de maior nível de escolaridade, apresentem mais interesse e possuem mais informações por este meio, facilitando o acesso aos serviços oferecidos (FAVORETTO, 2019)

As chances de ocorrer um AVC duplicam após 55 anos de idade, o sexo masculino é o mais acometido pelo AVC em idade inferiores aos 85 anos (HERONM, 2009), após essa idade, as mulheres são as mais afetadas em função da maior expectativa de vida (AMERICAN STROKE ASSOCIATIONS, 2019), no Brasil para homens 72,5 e 79,9 anos para mulheres (IBGE, 2018). Neste trabalho observa-se

maior prevalência do sexo masculino, na faixa etária mínima de 23 anos e máxima de 72 anos, o que corrobora com grande parte dos estudos realizados em âmbito nacional (DE SOUSA RODRIGUES, 2017; GOULART et al., 2016; RIBEIRO, 2014).

É importante destacar o constante avanço no aumento dos casos de AVC em pessoas com menos de 45 anos de idade, um estudo recente apresentou uma elevação de 44% nos casos de AVC em indivíduos com idade entre 25 e 44 anos entre 2000 e 2010 (BÉJOT; DELPONT; GIROUD, 2016), o que pode ser relacionado pelas constantes mudanças de hábitos de vida encontrados nos últimos anos na população (HAMILTON; HAMILTON; ZDERIC, 2007; MENEGUCI et al., 2015; OWEN et al., 2010) relacionando no aumento dos fatores de risco modificáveis como sedentarismo, a obesidade, o colesterol e a hipertensão, assim como, as doenças cardiovasculares (CORREIA, 2018) o que foi possível observar nas variações de idades constatadas na análise desta pesquisa, sendo a idade mínima encontrada de 23 anos.

No momento, as pesquisas sobre o uso de treinamento de habilidades sociais no contexto de cuidado, especificamente com indivíduos com afasia pós-AVC, são nulas, e escassa em cenários gerais do cuidado. Identificar e promover alternativas socialmente adequadas e eficazes de lidar com as capacitações e limitações dos idosos, os demais familiares e profissionais envolvidos é altamente relevante (PINTO, 2016). O THS, é uma ferramenta importante e valiosa em todos os níveis de atuação em saúde, sendo útil para minimizar fatores de risco, de forma que possa incrementar fatores de proteção ao desenvolvimento humano (DEL PRETTE e DEL PRETTE, 2001a).

Isto posto, o THS foi dividido em quatro módulos, tal estrutura pode ser melhor visualizada no Quadro 2, e estruturado após a pré avaliação do IHS-CI, onde foi possível coletar dados referente aos fatores mais deficitários e os recursos com maior número presente nos participantes do grupo de cuidadores familiares.

O primeiro módulo do THS foi selecionado para uma psicoeducação em torno do AVC, da afasia, se tornar cuidador e, o que são e a importância das HS, uma vez que por relatos informais, muitos não apresentavam conhecimento ou compreensão em torno da patologia e suas sequelas, era frequente relatos como as seguintes descrições.

“(...) eu nem sei o que é afasia, nunca tinha ouvido essa palavra estranha, o médico apenas disse que meu marido agora tinha que fazer terapia fonoaudiológica, me sinto perdida...”;

“(...) eu sei que o AVC é sério, o meu marido foi ao hospital às pressas, ficou internado e os médicos me disseram que ele nunca mais seria o mesmo, mas não sei bem o porquê, o AVC faz o que? É problema no coração, não é?...”

Assim nestes primeiros encontros houve a participação de uma fonoaudióloga, que junto a psicóloga abordaram os pontos mais importantes em torno do tema e estiveram dispostas a tirar dúvidas. Este processo de psicoeducação foi avaliado de maneira positiva pelos familiares, que ressaltaram a importância dos esclarecimentos expostos, aumentando a sua compreensão em torno do diagnóstico e sua percepção quanto ao quadro atual e prognóstico do familiar sob cuidado. Esse achado está em consonância com um estudo que analisou um programa de orientação fonoaudiológica e psicológica para familiares de pacientes lesionados cerebrais, apontando a importância e efetividade das orientações para esta população e sua inserção efetiva no processo de reabilitação (CARLETO e CALDANA, 2014; CARLETO; GODOY; CALDANA, 2016).

Os resultados encontrados nas avaliações pré e pós de habilidades sociais, sugerem que o THS foi eficaz em crescer um conjunto de comportamentos que os participantes não tinham ou não apresentavam com tanta frequência antes. Ao analisar especificamente os resultados de cada fator do IHS-CI, notou-se que a intervenção promoveu ganhos estatisticamente significativos para todos os fatores de habilidades que são, F1 (expressividade afetiva), F2 (comunicação assertiva) e F3 (busca por informação/formação).

Nesse sentido, percebe-se que os ganhos dos participantes, no presente estudo, indicaram que os indivíduos adquiriram habilidades para lidar com algumas situações que antes eram vistas como ruins ou desafiadoras, como pedir ajuda à familiares ou amigos para a divisão de cuidado (uma ferramenta que pode auxiliar na diminuição da sobrecarga), recusar pedidos abusivos, alguns dos próprios familiares assistidos que por vezes já apresentam capacidade e funcionalidade para tal, mas por medo, superproteção ou outros fatores, este comportamento se mantinha, elogiar e agradecer elogios, expressar seus desejos, vontades e opiniões de forma assertiva, falar e fazer perguntas para figuras de autoridade como médicos e os

multiprofissionais inseridos no processo de reabilitação, lidar com críticas (muitas vezes injustas), e a busca e troca de informações com as pessoas presentes no processo do cuidar, sejam elas profissionais ou não.

Dentre os poucos estudos de intervenção em habilidades sociais de cuidadores familiares, pode-se citar os de Faleiros (2009) e Barham et al. (2015) que avaliaram os impactos de um treinamento com um componente de HS sobre sua percepção de sobrecarga e QV. Faleiros (2009) mostrou que um treinamento desta natureza aumenta a capacidade do cuidador de lidar com as pessoas envolvidas no seu dia a dia de forma construtiva. Barham et al. (2015) realizou um estudo com cinco díades cuidador-idoso, no qual foi feito um treino com os cuidadores com um componente sobre habilidades sociais similar ao de Faleiros e obteve como resultado reduções significativas na percepção de sobrecarga desses cuidadores e aumento na frequência de respostas socialmente competentes dentre os itens esperados para um cuidador de idoso, entre eles: elogiar, agradecer a um elogio e expressar aborrecimento.

Estudos de treinamento de habilidades sociais em outras populações também se mostraram eficazes, como o de Bolsoni-Silva (2009) que realizou um THS em moldes parecidos ao desta pesquisa e obteve aumento estatisticamente significativo em 12 dos 38 (31,6%) itens avaliados do IHS-Del-Prette, em 3 dos 5 fatores (60%) e no escore total ( $p=0,001$ ). E de Carneiro e Falcone (2016), que avaliou a eficácia de um THS para idosos, onde os resultados apontaram melhoras significativas no desempenho social dos participantes, nos contextos envolvendo conflito de interesses, e na capacidade de lidar com situações que demandam a afirmação e defesa de direitos.

A respeito da qualidade de vida dos cuidadores familiares pré e pós a intervenção, os dados evidenciaram que ocorreram aumentos significativos na percepção de qualidade de vida em domínios específicos. Ao analisar por fator, identifica-se que o fator geral<sup>1</sup> e físico apresentou aumento estatisticamente significativo, o fator meio ambiente obteve uma elevação após a intervenção que mesmo não significativa apresenta um resultado importante.

Já nos domínios psicológico e de relações sociais houve redução das médias. A literatura tem apontado que a baixa frequência de envolvimento em atividades sociais ou prazerosas pode estar associada a percepções negativas da situação (sobrecarga e insatisfação) e a quadros de depressão (FERREIRA & BARHAM, 2011),

assim como, quadros de ansiedade, diminuição da autoestima e sentimento de culpa (GARCÍA, 2010; PEREIRA e FILGUEIRAS, 2009). Um estudo expôs que cuidadores familiares passam cerca de 20 horas diárias na sua casa, e este número varia em funções de vários fatores, como das condições da pessoa dependente (GARCÍA, 2010), o que pode ter influenciado o processo avaliativo, mesmo após a intervenção, uma vez que os vínculos sociais e tempo de lazer permanecem muito restritos. A presença de um cuidador secundário ou de recursos comunitários pode minimizar a sobrecarga e o impacto negativo do cuidar (LAGE, 2011).

A qualidade de vida do indivíduo com afasia, após a intervenção apresentou aumento de 9 dos 12 domínios da testagem, mas somente um expressivo. Ao se analisar cada fator, destaca-se o domínio humor que foi o que apresentou valor estatisticamente significativo após a intervenção realizada. Os fatores, geral, energia, papéis familiares, mobilidade, personalidade, papéis sociais, memória e concentração e visão apresentaram aumento nas médias comparando pré e pós intervenção, mas não foram suficientes para serem estatisticamente significantes. Num estudo que teve como um dos objetivos avaliar a qualidade de vida do paciente após fonoterapia intensiva, que foi realizado na Casa da Afasia com o mesmo protocolo e ambiente, desta pesquisa, apresentou aumentos semelhantes (FAVORETTO, 2019). Já os domínios de linguagem, auto cuidado e trabalho/produtividade apresentaram uma baixa nas médias, e o domínio função de membro superior se manteve igual.

O tipo de AVC e sua extensão, podem causar diferentes impactos, mas suas sequelas em sua extensa maioria apresentam potenciais limitantes, os fatores de auto cuidado e trabalho/produtividade, também obtiverem ou permaneceram baixas em outros estudos nacionais (FILIPPIN et al., 2016; RANGEL; BELASCO; DICCINI, 2013). A redução dos valores da média do domínio linguagem, está associada à natureza do próprio quadro de afasia dos participantes da pesquisa, e uma vez que estavam em processo de reabilitação fonoaudiológica, a sua consciência e compreensão quanto ao seu distúrbio de linguagem podem ter sido alteradas. Uma outra hipótese que pode ser levantada é que existem quadros de afasia progressiva, nos quais ocorre a perda progressiva e predominante da linguagem. Em outros estudos realizados com indivíduos pós AVC, também encontraram a comunicação como um dos domínios mais prejudicados pela doença, dado que corrobora com o

estudo aqui apresentado (CARLETO, 2011; FALCÃO et al., 2004, RIBEIRO, 2008, MCLELLAN et al., 2009)

Quanto ao grau de dependência do paciente com afasia pós AVC, quanto maior a sua dependência, mais ajuda ele precisa, por parte do cuidador. Os resultados não apresentaram valores estatísticos expressivos, no entanto obteve uma diferença após a intervenção nas atividades instrumentais de vida diária e atividades de autocuidado, foi possível observar uma redução nas médias, indicando uma diminuição do nível de dependência. Todos os participantes estavam em outros processos de reabilitação além da fonoaudiologia, trabalhando sequelas motoras e funcionais, ou seja, é possível que tenha ocorrido avanços nestes campos, bem como a interferência dos aspectos de superproteção que foram abordados com os cuidadores no THS, com a importância de se desenvolver a autonomia do indivíduo pós AVC. A recuperação da autonomia do doente, por sua vez, pode estar relacionada à modalidade de cuidado adotado pelo cuidador, estratégias que superprotegerem não promovem a autonomia da pessoa com incapacidades, o que pode também retardar o processo de reabilitação (BOCCHI e ANGELO, 2005).

A respeito da correlação entre habilidades sociais e qualidade de vida do cuidador, apenas um domínio apresentou valor estatisticamente significativo e de forma negativa ( $p = - 5,23$ ), isto é, após a intervenção realizada houve o aumento do Fator Geral de HS, e ocorreu uma diminuição na percepção de QV no Domínio Físico que engloba questões relacionadas à dor e desconforto, energia, capacidade para o trabalho, sono, atividades de vida cotidiana, dependência de medicação, assim, pode-se ter como hipótese que a sobrecarga sentida no papel de cuidador interfira em sua percepção sob este aspecto. Um estudo apresenta que a tarefa do cuidar pode propiciar o desenvolvimento de morbidades, onde puderam identificar uma porcentagem significativa (62%) de algum tipo de doença, enquanto 32,1% indicaram ter mais de uma patologia, destacando-se hipertensão, tireoidopatias, osteoporose e diabetes (SANTOS e GUTIERREZ, 2013), alterações corporais e fisiológicas são consequências do trabalho excessivo e estressante que o cuidador pratica em sua rotina (OLIVEIRA et al., 2011; VARGAS-ESCOBAR, 2012), má qualidade de sono pode influencia a QV do cuidador (PEREIRA & SOARES, 2015) , em estudos que utilizaram outra escala de avaliação, sendo esta o SF-36 para qualidade de vida também apresentaram déficits significativos em domínio de dor e vitalidade que



corresponderia ao fator Físico do WHOQOL-Bref (COSTA et al., 2016; NICKEL et al., 2010).

Com referência à relação das habilidades sociais e qualidade de vida do indivíduo com afasia, pode-se afirmar que a relação entre estas duas variáveis, em alguns fatores foi confirmada no presente estudo. Foram encontradas correlações significativas entre o F1 (expressividade afetiva) com o Domínio de Papéis Familiares, F2 (comunicação assertiva) com o Escore Geral e de Mobilidade, e por fim o F3 (busca por informação/formação) com o fator Energia do SSQOL. Portanto, pode-se afirmar que HS e QV se relacionam de forma positiva e que melhorar uma dessas variáveis leve a melhoria da outra (ESTEVES, 2018) e tais habilidades produzem efeitos na formação de vínculos sociais, no acesso ao apoio social e nas relações interpessoais (MÜLLER et al, 2015). A correlação positiva entre HS e QV foi constatada também em estudos com idosos (BRAZ, 2013; CARNEIRO, 2006; CARNEIRO & FALCONE, 2004; CARNEIRO et al., 2007)

Houveram algumas correlações negativas, onde com o aumento de HS dos cuidadores, ocorreu a diminuição na percepção de qualidade de vida dos indivíduos com afasia. Quando comparadas o F1 com o Domínio Papéis Sociais ( $p = -544$ ), o F2 com o fator Memória e Concentração ( $p = -580$ ), e o F3 com o Domínio Função de Membros Superiores ( $p = -515$ ). Isto pode ser o fato de a autopercepção da qualidade de vida ser inerente ao valor implícito a questões de ordem concreta, que irá exercer de forma direta sobre as possibilidades de ação do inquirido perante a própria vida, como formas de percepção, ação e expectativas individuais, variando consoante os pontos de vista de cada indivíduo, tal como a definição do que é bom ou mau (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012). Outra hipótese é que a intervenção não tenha sido suficiente para impactar estes efeitos do AVC no indivíduo, uma vez que as maiores consequências de um AVC incluem prejuízos temporários ou irreversíveis nos aspectos motores, cognitivos, comportamentais, emocionais e sociais dos indivíduos acometidos (GIRARDON-PERLINI et al., 2007). Também cabe ressaltar que algumas correlações negativas (F2 x Memória e Concentração e F3 x Domínio Função de Membros Superiores) não podem ser sustentadas uma vez que a estrutura dos itens do SSQOL contemplam singularidades do quadro de afasia para as quais não podem ser estabelecidas associações diretas com a QV do cuidador também por

envolver outras variáveis como, por exemplo, o nível de sequela neurológico e potencial de plasticidade neuronal.

Quando correlacionado as HS, especificamente o F3 com o grau de dependência em atividades de autocuidado, verifica-se um valor estatisticamente significativo, assim, a intervenção realizada demonstrou efeito positivo sobre a dependência do indivíduo com afasia pós AVC. É possível que os participantes tenham conseguido ajustar a condição do cuidado que se encontrava, ou seja, é possível que os cuidadores tenham realizado mudanças de comportamento na relação com o familiar dependente. Pode não existir uma correlação significativa entre percepções de qualidade de vida do cuidador e do familiar com afasia e grau de dependência, mesmo havendo uma forte influência do grau de dependência do familiar na rotina do cuidador, no sentido de que, maior dependência, maior deve ser a participação do cuidador. Tal adaptação ao contexto de cuidar significa que o cuidador está ciente dos comportamentos que precisa emitir para produzir alterações em seu meio, uma vez que as HS proporcionam harmonização das pessoas consigo mesmo e com o mundo ao seu redor (LUCCA, 2004).

Quanto à qualidade de vida do cuidador e a sua relação na qualidade de vida do familiar assistido, sendo um dos objetivos analisar este efeito, é possível dizer que ocorreu um impacto importante, com duas correlações positivas estatisticamente significativas quando observado por fatores. O Fator Geral 1 que aborda como o indivíduo avaliaria sua qualidade de vida de forma geral do WHOQOL-Bref quando associado ao Domínio Energia do SSQOL, e o Fator Psicológico do WHOQOL-Bref relacionado ao Domínio de Papéis Sociais do SSQOL. Um estudo elaborado com esta população, verificou-se que o aumento na QV do cuidador familiar influenciou de maneira positiva na QV do indivíduo com afasia, constatando-se assim uma correlação significativa ( $r=0,65$ ;  $p=0,022$ ) (CARLETO e CALDANA, 2014).

Adveio também algumas correlações negativas, quando associadas o Fator de Relações Sociais e Psicológico do cuidador com o Domínio Energia do SSQOL, e o Fator Físico do WHOQOL-Bref com o Fator Geral do indivíduo com afasia. Isto é, com o aumento da percepção de QV do cuidador familiar nestes aspectos, ocorreu a diminuição da percepção de QV do familiar assistido. Em se tratando dos fatores energia e geral, conforme já discorrido anteriormente sobre os efeitos das sequelas geradas pelo AVC, segue-se também a hipótese que o aumento na QV do cuidador de forma positiva, não tendo sido suficiente para impactar de forma positiva o indivíduo

com afasia, bem como, a sua percepção quanto estes aspectos podem ter sido clarificadas neste período, o que pode justificar assim a diminuição das médias (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012; GIRARDON-PERLINI et al., 2007). Destaca-se que a intervenção foi realizada somente com os cuidadores, ressaltando a importância de estudos que englobem também indivíduos com afasia, afim de verificar se o efeito sob a QV poderia ser melhor observado.

Dentre as limitações desse estudo estão, primeiramente, o número baixo da amostra, apenas 16 cuidadores e 16 indivíduos com afasia, o que pode ser justificado considerando que um dos critérios de inclusão era uma população específica atendida na Casa da Afasia da FOB-USP, sendo o seu protocolo de atendimento uma quantidade limitada de no máximo 10 pacientes por módulo, devido à reabilitação ser de forma intensiva e número limitado de profissionais e alunos em estágio disponíveis para os atendimentos. Um número maior de participantes colaboraria para a confirmação das hipóteses aqui apresentadas ao longo deste trabalho ou, ainda, para apresentar outros dados relevantes, podendo ser elaboradas outras hipóteses.

Uma outra dificuldade no processo de elaboração descritiva do conteúdo principalmente nos itens revisão de literatura e discussão, foi encontrar estudos feitos que consideravam os aspectos de treinamento de habilidades sociais na população de cuidadores familiares, principalmente nos cuidadores de indivíduos com afasia pós AVC.

Outra limitação a considerar que o instrumento utilizado para medir a QV do cuidador não foi construído especificamente para o uso com cuidadores familiares, podendo ter como resultado uma medida não tão acurada da percepção que o cuidador tem acerca de sua QV. O instrumento contém itens relacionados aos fatores físicos, psicológicos, de relações sociais e de meio ambiente, porém no contexto de cuidado, alguns domínios dentro destes fatores podem ir além das questões apresentadas. Apesar da necessidade de ferramentas específicas, ressalta-se que na revisão de literatura realizada não foi encontrado um instrumento específico já validado.

Como direcionamento para estudos futuros, para fortalecer as evidências sobre a relação das habilidades sociais de cuidadores e seu efeito na qualidade de vida deste e de seu familiar sob cuidado, será importante o delineamento de estudos longitudinais. Outra possibilidade seria a aplicação do THS em uma amostra maior, e

abordar também a população dos indivíduos com afasia. A extensão e aprimoramento deste estudo pode ser especialmente importante, ensinando os cuidadores a lidarem com o contexto do cuidar que enfrentam, melhorando o relacionamento interpessoal, minimizando aspectos de sobrecarga e gerando maior satisfação com a sua QV e afetando positivamente o seu familiar assistido.

Uma vez que a QV do cuidador influencia na QV do indivíduo com afasia, e as HS na interação e participação do cuidador no processo de reabilitação, é capaz de influenciar significativamente nestes cuidados multiprofissionais recorrentes e necessários após o AVC, fortalecendo a importância do trabalho de uma equipe interdisciplinar.

# 7 Conclusões

---



## 7 CONCLUSÕES

O presente estudo possibilitou concluir que:

- Ao comparar os períodos pré e pós do Programa de Treinamento de Habilidades Sociais, houve melhora estatisticamente significativa nas habilidades sociais dos cuidadores familiares;
- Ao comparar o nível de qualidade de vida do cuidador e do indivíduo com afasia pré e pós o Treinamento de Habilidades Sociais, notou-se melhora estatisticamente significativa em alguns domínios específicos;
- Houve correlação positiva entre o incremento do repertório de habilidades sociais do cuidador com as dimensões de sua qualidade de vida bem como com a qualidade de vida do familiar assistido, e o grau de dependência deste, após o Treinamento de Habilidades Sociais. Ou seja, ocorreram aumentos significantes na percepção de qualidade de vida de ambos participantes e diminuição do grau de dependência do familiar com afasia pós AVC.





---

# Referências



ADAMI, Fernando et al. Mortality and incidence of hospital admissions for stroke among Brazilians aged 15 to 49 years between 2008 and 2012. **PloS one**, v. 11, n. 6, p. e0152739, 2016.

ALMEIDA, MAB de; GUTIERREZ, Gustavo Luis; MARQUES, Renato. Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas, de pesquisa. **São Paulo: Escola de artes, ciências e humanidades–EACH/USP**, p. 142, 2012.

AMERICAN STROKE ASSOCIATION – ASA. About stroke – understanding risks, 2019. Acesso em 24.10.2019. Disponível em <[http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/AboutStroke/UnderstandingRisk/Understanding-Risk\\_UCM\\_308539\\_SubHomePage.jsp](http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/AboutStroke/UnderstandingRisk/Understanding-Risk_UCM_308539_SubHomePage.jsp)>.

AMINOFF, Michael; SIMON, Robert; GREENBERG, David. **Clinical neurology**. The McGraw-Hill Companies, Inc., 2005.

AOTA (American Occupational Therapy Association). Occupational therapy practiceframework: Domain and process (3rd ed.). **American Journal of Occupational Therapy**, 68, S1–S48. 2014.

ARAUJO, Jeferson Santos et al. O processo do cuidar/cuidado nas representações sociais de cuidadores de pacientes sequelados por acidente vascular cerebral. **Enferm. foco (Brasília)**, p. 235-238, 2011.

ARRUDA, João Sigefredo; REIS, Francisco Prado; FONSECA, Vânia. Avaliação da linguagem após acidente vascular cerebral em adultos no estado de Sergipe. **Revista CEFAC**, v. 16, n. 3, p. 853-862, 2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE INSTITUTOS DE PESQUISA DE MERCADO (ABEP). **O Novo Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil** - Critério ABIPEME, 2013

BANDEIRA, Marina et al. Sobrecarga de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos: relação com assertividade. **Psico-USF**, v. 19, n. 3, p. 399-409, 2014.

BARHAM, E. J. et al. Fundamentos e estratégias de intervenção para a promoção de saúde mental em cuidadores de idosos. **Prevenção e promoção em saúde mental: Fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção**. p. 844-862, 2015.

BARRETT, L.; KIELHOFNER, G. Teorias Derivadas de Perspectivas do Comportamento Ocupacional. In: NEISTADT, M.E. e CREPEAU, E.B. (Org.) **Willard & Spakman –Terapia Ocupacional** (9 ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. p. 488-497, 2002

BARROSO, Sabrina Martins; BANDEIRA, Marina; NASCIMENTO, Elizabeth do. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. **Archives of Clinical Psychiatry**, v. 34, n. 6, p. 270-277, 2007.

BÉJOT, Yannick; DELPONT, Benoit; GIROUD, Maurice. Rising stroke incidence in young adults: more epidemiological evidence, more questions to be answered. **J Am Heart Assoc**. 2016.

BENJAMIN, Emelia J. et al. American heart association statistics committee and stroke statistics subcommittee. **Heart disease and stroke statistics-2017 update: a report from the American Heart Association**. **Circulation**, v. 135, n. 10, p. e146-e603, 2017.

BERTI, Anna; GARBARINI, Francesca; NEPPI-MODONA, Marco. Disorders of higher cortical function. In: **Neurobiology of Brain Disorders**. Academic Press, 2015. p. 525-541.

BOCCHI, Sílvia Cristina Mangini; ANGELO, Margareth. Interação cuidador familiar-pessoa com AVC: autonomia compartilhada. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 729-738, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000300029&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300029&lng=en&nrm=iso)>.

BOISCLAIR-PAPILLON, R. The family of the person with aphasia. **Living with Aphasia: Psychosocial Issues**. San Diego: Singular, 1995.

BOLSONI-SILVA, Alessandra Turini et al. Avaliação de um treinamento de habilidades sociais (THS) com universitários e recém-formados. **Interação em Psicologia**, v. 13, n. 2, 2009.

BOTELHO, T. S. et al. Epidemiologia do acidente vascular cerebral no Brasil. **Temas em Saúde**. v.16, n.2, p.361-377, 2016

BRASIL. IBGE. Censo Demográfico, 2018. Disponível em: <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, DATASUS. **Informações de Saúde, Morbidade e Informações Epidemiológicas**. (Homepage internet). Brasília. Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet/epidemiologicas-e-morbidade>.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. **Cadernos de Atenção Básica n° 19**, 2006.

BRAZ, Ana Carolina et al. **Habilidades sociais e solidariedade intergeracional no relacionamento entre pais idosos e filhos adultos**. 2013. Tese de Doutorado. Universidade Federal de São Carloa, 2013.

BROWN, DAVID W. et al. Associations between physical activity dose and health-related quality of life. **Medicine and science in sports and exercise**, v. 36, n. 5, p. 890-896, 2004.

CABALLO, Vicente E. **Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais**. Santos, 2006.

CABRAL, Bárbara Pires de Andrade Lage; NUNES, Ciomara Maria Perez. Percepções do cuidador familiar sobre o cuidado prestado ao idoso hospitalizado. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 26, n. 1, p. 118-127, 2015.

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Revista brasileira de estudos de população**, v. 27, n. 1, p. 232-235, 2010.

CANUTO, Mary Ângela; NOGUEIRA, Lídy Tolstenko. Acidente vascular cerebral e qualidade de vida: uma revisão integrativa. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 2, p. 2561-2568, 2015.

CARLETO, Natalia Gutierrez. **Qualidade de vida dos pacientes afásicos e de seus familiares**.2011. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. 2011

CARLETO, Natalia Gutierrez; DE LOURDES CALDANA, Magali. Correlação entre a qualidade de vida do paciente afásico e de seu familiar. **Distúrbios da Comunicação**, v. 26, n. 4, 2014.

CARLETO, Natalia Gutierrez; GODOY, Marina; CALDANA, Magali. Programa de orientação fonoaudiológica e psicológica para familiares de pacientes lesionados cerebrais. **Distúrbios da Comunicação**, v. 28, n. 2, 2016.

CARNEIRO, Rachel Shimba et al. Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 20, n. 2, p. 229-237, 2007.

CARNEIRO, Rachel Shimba. A relação entre habilidades sociais e qualidade de vida na terceira idade. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 2, n. 1, p. 45-54, 2006.

CARNEIRO, Rachel Shimba; FALCONE, Eliane Falcone. Avaliação de um programa de promoção de habilidades sociais para idosos. **Aná. Psicológica**, Lisboa , v. 34, n. 3, p. 279-291, set. 2016 . Disponível em [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0870-82312016000300006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312016000300006&lng=pt&nrm=iso)

CARNEIRO, Rachel Shimba; FALCONE, Eliane Mary de Oliveira. Um estudo das capacidades e deficiências em habilidades sociais na terceira idade. **Psicologia em Estudo**, v. 9, n. 1, p. 119-126, 2004.

CARRILLO, Gloria Mabel González; SÁNCHEZ, Beatriz Herrera; ORTIZ, Lucy Barrera. Habilidade de cuidado de cuidadores familiares de niños y adultos con enfermedad crónica. **Index de enfermería**, v. 23, n. 3, p. 129-133, 2014.

CATTANI, Roceli Brum; GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira. Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. **Revista eletrônica de enfermagem**, v. 6, n. 2, 2004.

CHULUUNBAATAR, Enkhzaya; CHOU, Yiing-Jenq; PU, Christy. Quality of life of stroke survivors and their informal caregivers: A prospective study. **Disability and Health Journal**, v. 9, n. 2, p. 306-312, 2016.

COLLIÉRE, Marie F. –Promover a Vida: Da prática das mulheres de virtude aos Cuidados de Enfermagem. **Editora Lidel**, 2000. ISBN: 9789727571093.

CORREIA, João Paulo. Investigação Etiológica do Acidente Vascular Cerebral no Adulto Jovem. **Medicina Interna**, [S.L.], v. 25, n. 3, p. 213-223, 2018.

COSTA, Tatiana Ferreira da et al . Acidente vascular encefálico: características do paciente e qualidade de vida de cuidadores. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 69, n. 5, p. 933-9392, 016 . Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672016000500933&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000500933&lng=en&nrm=iso)

COSTA, Tatiana Ferreira et al. Qualidade de vida de cuidadores de indivíduos com acidente vascular encefálico: associação com características e sobrecarga. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 2, p. 245-252, 2015.

CRUICE, Madeline et al. Conceptualising quality of life for older people with aphasia. **Aphasiology**, v. 24, n. 3, p. 327-347, 2010.

CUMMING, Toby B.; MARSHALL, Randolph S.; LAZAR, Ronald M. Stroke, cognitive deficits, and rehabilitation: still an incomplete picture. **International Journal of stroke**, v. 8, n. 1, p. 38-45, 2013.

DE SOUSA RODRIGUES, Mateus et al. Fatores de risco modificáveis e não modificáveis do AVC isquêmico: uma abordagem descritiva. **Revista de Medicina**, v. 96, n. 3, p. 187-192, 2017.

DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. A importância das tarefas de casa como procedimento para a generalização e validação do treinamento de habilidades sociais. **Primeiros passos em análise do comportamento e cognição**, p. 67-74, 2005.

DEL PRETTE, Almir; DEL PRETTE, Zilda AP. Habilidades sociais: intervenções efetivas em grupo. **São Paulo: Casa do Psicólogo**, 2011.

DEL PRETTE, Z. A. P. Inventário de habilidades sociais (IHS-Del-Prette): manual de aplicação, apuração e interpretação. São Paulo: **Casa do Psicólogo**, 2001.

DEL PRETTE, Zilda AP; DEL PRETTE, Almir. **Competência Social e Habilidades Sociais: Manual Teórico-prático**. Petrópolis. Editora Vozes, 2017.

DEL PRETTE, Zilda AP; DEL PRETTE, Almir. **Psicologia das habilidades sociais: terapia e educação**. Vozes, 1999.

DEL PRETTE, Zilda AP; DEL PRETTE, Almir. Social skills inventory (SSI-Del-Prette): Characteristics and studies in Brazil. **Social anxiety disorders: From theory to practice**, p. 49-62, 2013.

DEL PRETTE, Zilda Aparecida Pereira; DEL PRETTE, Almir. Um sistema de categorias de habilidades sociais educativas. **Paidéia**, v. 18, n. 41, p. 517-530, 2008.

DI GIULIO, Rafaela Marques et al. **O impacto da afasia na perspectiva de cuidadores e/ou familiares de sujeitos afásicos fluentes e não-fluentes usuários de comunicação suplementar e/ou alternativa**. 2011. Dissertação de Mestrado. Universidade de Campinas, 2011

DØLI, Hedda; HELLAND, Turid; ANDERSEN HELLAND, Wenche. Self-reported symptoms of anxiety and depression in chronic stroke patients with and without aphasia. **Aphasiology**, v. 31, n. 12, p. 1392-1409, 2017.

DORZE, Guylaine Le; BRASSARD, Christine. A description of the consequences of aphasia on aphasic persons and their relatives and friends, based on the WHO model of chronic diseases. **Aphasiology**, v. 9, n. 3, p. 239-255, 1995.

ENGELTER, Stefan T. et al. Epidemiology of aphasia attributable to first ischemic stroke: incidence, severity, fluency, etiology, and thrombolysis. **Stroke**, v. 37, n. 6, p. 1379-1384, 2006.



ESTEVEES, Marcela Mangili. **Habilidades sociais e qualidade de vida de professores do ensino fundamental**. 2018. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de São Carlos, 2018.

FALCÃO, Ilka Veras et al. Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de saúde materno infantil**, v. 4, n. 1, p. 95-101, 2004.

FALEIROS, Danilo Augusto de Melo et al. **Cuidador de idosos com doença de Alzheimer: efeitos de grupos psico-educacionais e suporte domiciliar individualizado**. 2009. Dissertação de Mestrado. Universidade federal de São Carlos. 2009.

FANG, Yannan et al. A study on additional early physiotherapy after stroke and factors affecting functional recovery. **Clinical rehabilitation**, v. 17, n. 6, p. 608-617, 2003.

FAVORETTO, Natalia Caroline. **Terapia fonoaudiológica intensiva: influência na qualidade de vida e no grau de depressão de pessoas com afasia e na sobrecarga de seus cuidadores**. 2019. 102 p. : il. ; 31cm. Tese (Doutorado) – Faculdade de Odontologia de Bauru. Universidade de São Paulo, 2019.

FEIGIN, Valery L. et al. Update on the global burden of ischemic and hemorrhagic stroke in 1990-2013: the GBD 2013 study. **Neuroepidemiology**, v. 45, n. 3, p. 161-176, 2015.

FERREIRA, Heloísa Gonçalves; BARHAM, Elizabeth Joan. O Envolvimento de idosos em atividades prazerosas: revisão da literatura sobre instrumentos de aferição. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, n. 3, p. 579-590, 2011.

FILIPPIN, Nadiesca Taisa et al. Qualidade de vida de sujeitos pós-acidente vascular encefálico: relação com fatores clínicos, sociodemográficos e familiares. **Fisioterapia Brasil**, v. 14, n. 2, p. 106-111, 2016.

FLECK, Marcelo et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Revista de saúde pública**, v. 34, p. 178-183, 2000.

FRIDRIKSSON, Julius et al. BDNF genotype and tDCS interaction in aphasia treatment. **Brain stimulation**, v. 11, n. 6, p. 1276-1281, 2018.

FUKUJIMA, M.M. Acidente Vascular Cerebral. In: Ortiz KZ. **Distúrbios Neurológicos Adquiridos: Linguagem e Cognição**, 2ªed, p.34-44, 2010

GAIOLI, Cheila Cristina Leonardo de Oliveira; FUREGATO, Antonia Regina Ferreira; SANTOS, Jair Lício Ferreira. Perfil de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer associado à resiliência. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 150-157, 2012.

GARCÍA, Rogero. Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores. Madrid, **IMSERSO**, 2010.

GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira et al. Lidando com perdas: percepção de pessoas incapacitadas por AVC. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 11, n. 2, p. 149-154, 2007.

GIRONDI, Juliana Balbinot Reis et al. Enfrentando e ressignificando o Acidente Vascular Cerebral: percepção de idosos atendidos na rede de atenção à saúde. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 19, n. 1, p. 317-338, 2016.

GLOBAL BURDEN OF DISEASE (GBD) STROKE EXPERT GROUP et al. Global, regional, and country-specific lifetime risks of stroke, 1990 and 2016. **The New England Journal of Medicine**, v. 379, n. 25, p. 2429-2437, 2018.

GODOY, Marina Rodrigues Bighetti. **Qualidade de interação entre familiar/cuidador e adulto ou idoso pós-acidente vascular cerebral (AVC)**. 2016. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. 2016.

GOMES R. S. S. et al. Desafios no diagnóstico do acidente vascular cerebral na infância. **Anais do III SEMINÁRIO CIENTIFICO DA UNIFACIG**. Belo Horizonte, 2017. Disponível em:  
<http://pensaracademico.facig.edu.br/index.php/semiariocientifico/article/view/428>

GOMES, Maria José Alemndra Rodrigues. **Vidas após um acidente vascular cerebral: efeitos individuais, familiares e sociais.** - Portugal, 2012. 439p. Tese (Doutorado) - Universidade do Minho.

GONÇALVES, Lucia Takase Hisako et al. Convívio e cuidado familiar na quarta idade: qualidade de vida de idosos e seus cuidadores. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n. 2, p. 315-325, 2013.

GOULART, Bárbara Niegia Garcia de et al. Caracterização de acidente vascular cerebral com enfoque em distúrbios da comunicação oral em pacientes de um hospital regional. **Audiology-Communication Research**, v. 21, 2016

GROENOU, Marjolein I. Broese Van; BOER, Alice de; IEDEMA, Jurjen. Positive and negative evaluation of caregiving among three different types of informal care relationships. **European Journal of Ageing**, v. 10, n. 4, p. 301-311, 2013.

HAMILTON, Marc T.; HAMILTON, Deborah G.; ZDERIC, Theodore W. Role of low energy expenditure and sitting in obesity, metabolic syndrome, type 2 diabetes, and cardiovascular disease. **Diabetes**, v. 56, n. 11, p. 2655-2667, 2007.

HEDGE, M. N.; FREED, D. B. Assment of communication disorders in adults: resouces and protocols. **Plural Publishing**, n.2, 2017.

HERONM, HoyertDL; KOCHANNEK, K. D. Tejada-VeraB. Deaths: finaldatafor2006. **Natl Vital Stat Rep**, v. 57, p. 1-34, 2009.

HILARI, Katerina. The impact of stroke: are people with aphasia different to those without?. **Disability and rehabilitation**, v. 33, n. 3, p. 211-218, 2011.

INATOMI, Y. et al. Aphasia during the acute phase in ischemic stroke. **Cerebrovascular diseases**, v. 25, n. 4, p. 316-323, 2008.

ISAAC, Letícia et al. **Relações entre habilidades metacognitivas, habilidades sociais, planos e saúde mental em cuidadores familiares que assistem idosos dependentes.** 2018. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de São Carlos. 2018.

JÖNSSON, Ann-Cathrin et al. Determinants of quality of life in stroke survivors and their informal caregivers. **Stroke**, v. 36, n. 4, p. 803-808, 2005.

KERBY, Dave S. The simple difference formula: An approach to teaching nonparametric correlation. **Comprehensive Psychology**, v. 3, p. 11. IT. 3.1, 2014.

KISSELA, B. M. et al. Age at stroke: temporal trends in stroke incidence in a large, biracial population. *Neurology*, **Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health)**., v. 79, n. 17, p. 1781-1787, 2012.

KITSON, Alison L. et al. Stroke survivors' experiences of the fundamentals of care: A qualitative analysis. **International journal of nursing studies**, v. 50, n. 3, p. 392-403, 2013.

KOLEK, M. et al. Cost-Effectiveness of Apixaban In Prevention of Stroke And Systemic Embolism In The Czech Republic. **Value in Health**, v. 20, n. 9, p. A617, 2017.

LAGE, Maria Isabel Gomes de Sousa. **Avaliação dos cuidados informais aos idosos: estudo do impacte do cuidado no cuidador informal**. Tese de Doutorado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, 2011.

LANGHORNE, P. et al. Medical complications after stroke: a multicenter study. **Stroke**, v. 31, n. 6, p. 1223-1229, 2000.

LEAL, G. Avaliação funcional da pessoa com afasia: construção de uma escala. **(Re)habilitar-Revista da ESSA**, n. 3, p. 7-24, 2006.

LEVIN, Jack; FOX, James Alan. Estatística para ciências humanas. In: **Estatística para ciências humanas**. p. xv, 497-xv, 497, 2004.

LI, Ryan et al. Coping strategies and psychological morbidity in family carers of people with dementia: a systematic review and meta-analysis. **Journal of affective disorders**, v. 139, n. 1, p. 1-11, 2012.

LIMA, Diego Costa et al. Habilidades sociais de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos. **Estudos de Psicologia**, v. 31, n. 4, p. 549-558, 2014.

LIMA, Raquel Janyne de et al. **Resiliência em indivíduos com sequelas de acidente vascular encefálico**. João Pessoa, 87p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Paraíba, 2017.

LINO, Valéria Teresa Saraiva et al. Adaptação transcultural da Escala de Independência em atividades da vida diária (Escala de Katz). **Cadernos de saúde pública**, v. 24, p. 103-112, 2008.

LÓPEZ, María Crespo; MARTÍNEZ, Javier López. El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa "Cómo mantener su bienestar". **Imserso**, 2007.

LOUREIRO, Lara de Sa Neves et al. Sobrecarga de cuidadores familiares de idosos: prevalência e associação com características do idoso e do cuidador. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 5, p. 1129-1136, 2013.

LOUREIRO, Lara de Sá Neves; FERNANDES, Maria das Graças Melo. Perfil do cuidador familiar de idosos dependentes em convívio domiciliar. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, p. 145-154, 2015.

LUCCA, Eliana. Habilidade Social: uma questão de qualidade de vida. **O Portal dos Psicólogos**, v. 16, 2004.

MADUREIRA, Sofia; GUERREIRO, M.; FERRO, J. M. Dementia and cognitive impairment three months after stroke. **European Journal of Neurology**, v. 8, n. 6, p. 621-627, 2001

MAGAGNIN, Adriana Bitencourt; HEIDEMANN, Ivonete Teresinha. Schuller Buss. Empowerment do familiar cuidador frente ao acidente vascular cerebral no ambiente hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 4, 2020.

MAGALHÃES, Pethymã P.; MURTA, Sheila G. Treinamento de habilidades sociais em estudantes de psicologia: um estudo pré-experimental. **Temas em Psicologia**, v. 11, n. 1, p. 28-37, 2003.

- MANUAL DO CUIDADOR DA PESSOA IDOSA: **Cuidar Melhor e Evitar a Violência**. Tomiko Born (organizadora) – Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2008. 330p.
- MARTÍNEZ, Rosa Tulia Sánchez; CARDONA, Edith Milena Molina; GÓMEZ-ORTEGA, Olga Rocío. Intervenciones de enfermería para disminuir la sobrecarga en cuidadores: un estudio piloto. **Revista Cuidarte**, v. 7, n. 1, p. 1171-84, 2016.
- MARTINS, Sheila C. Ouriques et al. Priorities to reduce the burden of stroke in Latin American countries. **The Lancet Neurology**, v. 18, n. 7, p. 674-683, 2019.
- MASHAU, Ntsieni S.; NETSHANDAMA, Vhonani O.; MUDAU, Makondelela J. Self-reported impact of caregiving on voluntary home-based caregivers in Mutale Municipality, South Africa. **African Journal of Primary Health Care & Family Medicine**, v. 8, n. 2, 2016.
- MAURIN, Judith T.; BOYD, Carlene Barmann. Burden of mental illness on the family: A critical review. **Archives of Psychiatric Nursing**, v. 4, n. 2, p. 99-107, 1990.
- MCLELLAN, Kátia Cristina Portero; BERNARDI, Júlia Laura Delbue; BARBALHO, Sandra Maria. Abordagem metabólica e dietética na hiperuricemia e na gota:[revisão]. **Rev. bras. nutr. clín.**, p. 29-32, 2009.
- MEIRA, Edmeia Campos et al. Vivências de mulheres cuidadoras de pessoas idosas dependentes: orientação de gênero para o cuidado. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 2, 2017.
- MÉNDEZ, Luis et al. Relación entre ansiedad, depresión, estrés y sobrecarga en cuidadores familiares de personas con demencia tipo Alzheimer por mutación e280a en presenilina 1. **Revista chilena de Neuropsicología**, v. 5, n. 2, p. 137-145, 2010.
- MENEGUCI, Joilson et al. Comportamento sedentário: conceito, implicações fisiológicas e os procedimentos de avaliação. **Motricidade**, v. 11, n. 1, p. 160-174, 2015.

MICHELINI, Cibele Ribeiro da Silva; CALDANA, Magali de Lourdes. Grupo de orientação fonoaudiológica aos familiares de lesionados cerebrais adultos. **Revista Cefac**, v. 7, n. 2, p. 137-148, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema de informação de Mortalidade: Indicadores de Mortalidade**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013. Disponível e <<http://tabnet2.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2013/c08.def>>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Vigitel Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde. 136 p, 2013.

MONJE, R. Y. P. R. et al. **O ser em cena: afásico e cuidador no cenário da vida**. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2007.

MOREIRA, Nuno Ricardo Tiene Lima et al. Qualidade de vida em indivíduos acometidos por Acidente Vascular Cerebral. **Revista Neurociências**, v. 23, n. 4, p. 530-537, 2015.

MOREIRA, R. de Souza; TURRINI, Ruth Natalia Teresa. Paciente oncológico terminal: sobrecarga del cuidador. **Enfermería global**, v. 10, n. 22, 2011.

MORRIS, Reg et al. Prevalence of anxiety in people with aphasia after stroke. **Aphasiology**, v. 31, n. 12, p. 1410-1415, 2017.

MÜLLER, Rachel et al. Social skills: a resource for more social support, lower depression levels, higher quality of life, and participation in individuals with spinal cord injury?. **Archives of physical medicine and rehabilitation**, v. 96, n. 3, p. 447-455, 2015.

MURTA, Sheila Giardini. Aplicações do treinamento em habilidades sociais: análise da produção nacional. **Psicologia: Reflexão e crítica**, v. 18, n. 2, p. 283-291, 2005.

NATIONAL STROKE ASSOCIATION. **Rehabilitation Therapy after a Stroke**. Denver: National Stroke Association. (Homepage internet), Acesso em 16.04.2020. Disponível em: <https://www.stroke.org/en>

NERI, Anita Liberalesso. Palavras-chave em gerontologia. In: **Palavras-chave em gerontologia**. p. 136-136, 2014.

NICKEL, Renato et al. Correlação entre a qualidade de vida de cuidadores familiares e os níveis de independência funcional dos cuidados. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 2, 2010.

OLIVEIRA, Déborah Cristina de et al. Qualidade de vida e sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos em seguimento ambulatorial. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 234-240, 2011.

OLIVEIRA, Déborah Cristina; D'ELBOUX, Maria José. Estudos nacionais sobre cuidadores familiares de idosos: revisão integrativa. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 65, n. 5, p. 829-838, 2012.

OLIVEIRA, Marcos Roberto de; ORSINI, Marco. Escalas de avaliação da qualidade de vida em pacientes brasileiros após acidente vascular encefálico. **Revista Neurociências**, v. 17, n. 3, p. 255-262, 2009.

OOSTERVEER, Daniëlla M. et al. Anxiety and low life satisfaction associate with high caregiver strain early after stroke. **Journal of rehabilitation medicine**, v. 46, n. 2, p. 139-143, 2014.

OWEN, Neville et al. Too much sitting: the population-health science of sedentary behavior. **Exercise and sport sciences reviews**, v. 38, n. 3, p. 105, 2010.

PANHOCA, Ivone; PUPO, Aline Cristina de Salles. Cuidando de quem cuida: avaliando a qualidade de vida de cuidadores de afásicos. **Revista CEFAC**, v. 12, n. 2, p. 299-307, 2010.

PANHOCA, Ivone; RODRIGUES, Aline Nascimento. Avaliação da qualidade de vida de cuidadores de afásicos. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v. 14, n. 3, p. 394-401, 2009.

PATTERSON, Thomas L.; GRANT, Igor. Interventions for caregiving in dementia: physical outcomes. **Current Opinion in Psychiatry**, v. 16, n. 6, p. 629-633, 2003.



PEREIRA, Lírica Salluz Mattos; SOARES, Sônia Maria. Fatores que influenciam a qualidade de vida do cuidador familiar do idoso com demência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 3839-3851, 2015.

PEREIRA, M. Graça; CARVALHO, Helena. Qualidade de vida, sobrecarga, suporte social, ajustamento conjugal e morbidade psicológica em cuidadores de idosos com dependência funcional. **Temas em Psicologia**, v. 20, n.2, 2012.

PEREIRA, Manuel. FILGUEIRAS, Maria-Dependência no Processo de Envelhecimento: Uma Revisão sobre Cuidadores Informais de Idosos. **Revista APS**. ISSN, v. 8368, p. 1809, 2009.

PEREIRA, Tassiane Maria Alves et al. Avaliação do perfil dos fatores de risco para Acidente Vascular Cerebral: estudo observacional. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, v. 9, n. 1, p. 37-44, 2019.

PERSSON, Josefine et al. Spouses of stroke survivors report reduced health-related quality of life even in long-term follow-up: results from Sahlgrenska Academy study on ischemic stroke. **Stroke**, v. 46, n. 9, p. 2584-2590, 2015.

PFEFFER, Robert I. et al. Measurement of functional activities in older adults in the community. **Journal of gerontology**, v. 37, n. 3, p. 323-329, 1982.

PINQUART, Martin; SORENSEN, S. **Helping caregivers of persons with dementia: which interventions work and how large are their effects?**. In: Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE): Quality-assessed Reviews [Internet]. Centre for Reviews and Dissemination (UK), 2006.

PINQUART, Martin; SÖRENSEN, Silvia. Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: a meta-analysis. **Psychology and aging**, v. 15, n. 2, p. 187, 2000.

PINTO, Francine Náthalie Ferraresi Rodrigues. **Construção e análise psicométrica de um inventário de habilidades sociais para cuidadores de idosos familiares**. 2016. Tese de Doutorado. Universidade Federal de São Carlos, 2016.

- PINTO, Francine Náthalie Ferraresi Rodrigues; BARHAM, Elizabeth Joan. Habilidades sociais e estratégias de enfrentamento de estresse: relação com indicadores de bem-estar psicológico em cuidadores de idosos de alta dependência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [S.L.], v. 17, n. 3, p. 525-539, 2014.
- PRISNIE, Joey C. et al. Effects of depression and anxiety on quality of life in five common neurological disorders. **General hospital psychiatry**, v. 52, p. 58-63, 2018.
- QUELUZ, Francine Náthalie Ferraresi Rodrigues et al. Inventário de Habilidades Sociais para Cuidadores de Idosos (IHS-CI): evidências de validade. **Avaliação Psicológica: Interamerican Journal of Psychological Assessment**, v. 16, n. 1, p. 78-86, 2017.
- QUINN, Karen; MURRAY, Craig; MALONE, Caroline. Spousal experiences of coping with and adapting to caregiving for a partner who has a stroke: a meta-synthesis of qualitative research. **Disability and rehabilitation**, v. 36, n. 3, p. 185-198, 2014.
- RANGEL, Edja Solange Souza; BELASCO, Angélica Gonçalves Silva; DICCINI, Solange. Qualidade de vida de pacientes com acidente vascular cerebral em reabilitação. **Acta paulista de enfermagem**, v. 26, n. 2, p. 205-212, 2013.
- REIS, Rogério Donizeti et al. Significados, para os familiares, de conviver com um idoso com sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC). **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, p. 641-650, 2016.
- RIBEIRO C. **Avaliação da qualidade de vida em pacientes afásicos com protocolo específico SAQOL-39**. 2008. 92f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.
- RIBEIRO, Maria Isabel et al. Caracterização dos utentes da unidade de cuidados continuados de Santa Maria Maior com AVC e respostas sociais após a alta. In: **IPLeiria International Health Congress**. Leiria. Instituto Politécnico de Leiria, 2014.
- RODRÍGUEZ-GONZÁLEZ, Ana María et al. Estudio observacional transversal de la sobrecarga en cuidadoras informales y los determinantes relacionados con la atención a las personas dependientes. **Atención Primaria**, v. 49, n. 3, p. 156-165, 2017.

ROLIM, Cristina Lúcia Rocha Cubas; MARTINS, Monica. O uso de tomografia computadorizada nas internações por acidente vascular cerebral no Sistema Único de Saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 15, p. 179-187, 2012.

SANTANA, Nathalia Matos de et al. The burden of stroke in Brazil in 2016: an analysis of the Global Burden of Disease study findings. **BMC research notes**, v. 11, n. 1, p. 1-5, 2018.

SANTOS, A. S. **Questionário específico de avaliação da qualidade de vida em pacientes portadores de doença cerebrovascular do tipo isquêmica: tradução e adaptação cultural para a língua portuguesa falada no Brasil**. 2000. Dissertação de Mestrado. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.

SANTOS, André Sobierajski dos. **Validação da escala de avaliação da qualidade de vida na doença cerebrovascular isquêmica para a língua portuguesa**. 2007. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, 2007.

SANTOS, Carina Farias dos; GUTIERREZ, Beatriz Aparecida Ozello. Avaliação da qualidade de vida de cuidadores informais de idosos portadores da doença de Alzheimer. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 792-805, 2013.

SANTOS, Silvia Maria Azevedo dos. O cuidado a idosos fragilizados no âmbito da família: questões que se propõem à teoria e à pesquisa em gerontologia e às políticas públicas em relação a velhice. Idosos, família e cultura: um estudo sobre a construção do papel do cuidador. Campinas: **Alínea**, p. 13-27, 2010.

SANTOS-ORLANDI, Ariene Angelini dos et al. Perfil de idosos que cuidam de outros idosos em contexto de alta vulnerabilidade social. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 1, 2017.

SEGRIN, Chris; MCNELIS, Melissa; SWIATKOWSKI, Paulina. Social skills, social support, and psychological distress: A test of the social skills deficit vulnerability model. **Human Communication Research**, v. 42, n. 1, p. 122-137, 2016.

SEQUEIRA, Carlos. Cuidar de idosos com dependência física e mental. Lisboa: **Lidel**, 2010.

SHEHATA, Ghaydaa A. et al. The effect of aphasia upon personality traits, depression and anxiety among stroke patients. **Journal of affective disorders**, v. 172, p. 312-314, 2015.

SHYU, Yea-Ing L. et al. Quality of life among older stroke patients in Taiwan during the first year after discharge. **Journal of Clinical Nursing**, v. 18, n. 16, p. 2320-2328, 2009.

SILVA, E. de J. A. da; **Reabilitação Após o AVC**. Porto: FMUP, 2010. Disponível em:<http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/52151/2/Reabilitao%20aps%20o%20AVC.pdf>

SOUSA, David A. How the brain learns. **Corwin Press**, 2016.

SOUZA, Lidiane Ribeiro et al. Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, 2015.

TIBÆK, M. et al. Increasing Incidence of Hospitalization for Stroke and Transient Ischemic Attack in Young Adults: a registry :based study. **Journal Of The American Heart Association**, [S.L.], v. 5, n. 5, 2016.

TOMOMITSU, Monica Regina Scandiuzzi Valente; PERRACINI, Monica Rodrigues; NERI, Anita Liberalesso. Fatores associados à satisfação com a vida em idosos cuidadores e não cuidadores. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 3429-3440, 2014.

TOOTH, Leigh et al. Caregiver burden, time spent caring and health status in the first 12 months following stroke. **Brain Injury**, v. 19, n. 12, p. 963-974, 2005.

TOWNEND, Ellen; BRADY, Marian; MCLAUGHLAN, Kirsty. A systematic evaluation of the adaptation of depression diagnostic methods for stroke survivors who have aphasia. **Stroke**, v. 38, n. 11, p. 3076-3083, 2007.

TOYODA, Cristina Yoshie; DE ALMEIDA, Ana Beatriz. Qualidade de vida e sobrecarga que interferem na saúde física e emocional dos cuidadores de pacientes pós-AVE. **Saberes Interdisciplinares**, v. 10, n. 19, p. 15-28, 2018.

VARGAS-ESCOBAR, Lina María. Aporte de enfermería a la calidad de vida del cuidador familiar del paciente con Alzheimer. **Aquichan**, v. 12, n. 1, p. 62-76, 2012.

VEERBEEK, Janne M. et al. Effects of Robot-Assisted Therapy for the Upper Limb After Stroke. **Neurorehabilitation And Neural Repair**, [S.L.], v. 31, n. 2, p. 107-121, 2016.

VEGA, J. **Broca's, Wernicke's, and other types of aphasia.**, (Homepage internet), 2009. Disponível em:  
<http://stroke.about.com/od/unwantedeffectsofstroke/a/Aphasia.htm>

VERA, María Paz García; FERNÁNDEZ, Jesús Sanz; RODRÍGUEZ, Francisco Gil. Entrenamientos en habilidades sociales. In: Habilidades sociales: Teoría, investigación e intervención. **Síntesis**, p. 63-94, 1998.

VIEIRA, Ana Cláudia C. et al. Afasias e áreas cerebrais: argumentos prós e contras à perspectiva localizacionista. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 24, n. 3, p. 588-596, 2011.

WANG, H. et al. Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980–2015: a systematic analysis for the global burden of disease study 2015. **The Lancet**, [S.L.], v. 388, n. 10053, p. 1459-1544, 2016.

WEERD, Leonie et al. Perceived wellbeing of patients one year post stroke in general practice-recommendations for quality aftercare. **BMC neurology**, v. 11, n. 1, p. 42, 2011.

WHITE, Jennifer et al. Predictors of health-related quality of life in community-dwelling stroke survivors: a cohort study. **Family Practice**, v. 33, n. 4, p. 382-387, 2016.

WHOQOL GROUP et al. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Quality of life assessment: **International perspectives**. Springer, Berlin, Heidelberg. p. 41-57, 1994

WILLIAMS, Linda S. et al. Measuring quality of life in a way that is meaningful to stroke patients. **Neurology**, v. 53, n. 8, p. 1839-1839, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Neurological disorders: public health challenges**. 2006.[acesso 2019 dec 18]. Disponível em:  
[http://www.who.int/mental\\_health/neurology/neurological\\_disorders\\_report\\_web.pdf](http://www.who.int/mental_health/neurology/neurological_disorders_report_web.pdf)

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Cerebrovascular disorders: a clinical and research classification. **World Health Organization**, 1978.

ZEMVA, Nada. Aphasic patients and their families: wishes and limits. **Aphasiology**, v. 13, n. 3, p. 219-224, 1999.

ZILLI, F.; LIMA, C. B. A. de; KOHLER, M. C. Neuroplasticidade na reabilitação de pacientes acometidos por AVC espástico. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, [S. l.], v. 25, n. 3, p. 317-322, 2014

---

Apêndice(s)





**Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

**Universidade de São Paulo**  
**Faculdade de Odontologia de Bauru**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa **“TREINAMENTO DE HABILIDADES SOCIAIS EM CUIDADORES DE INDIVÍDUOS AFÁSICOS: EFEITOS NA QUALIDADE DE VIDA?”**, que será desenvolvida pela aluna de pós-graduação do Programa de Mestrado em Processos e Distúrbios da Comunicação, da FOB-USP, Tayna Maiara Pilla Rodrigues sob orientação da Professora Dra. Dagma Venturini Marques Abramides.

**I** - O presente estudo tem como objetivo verificar os efeitos de um programa de treinamento de habilidades sociais na qualidade de vida de cuidadores de indivíduos com afasia e sua repercussão na qualidade de vida do indivíduo afásico. Os resultados contribuirão para a compreensão das habilidades sociais como norteadores de qualidade de vida de cuidadores.

**II** – Para a realização da pesquisa, será realizado um estudo experimental descritivo que inclui as fases descritas a seguir. Fase Preliminar – contato com os cuidadores; Fase I – Avaliação pré-intervenção por meio de instrumentos padronizados; Fase II – Planejamento e aplicação do programa de intervenção; Fase III – Avaliação pós-intervenção. Sua participação consistirá em responder aos seguintes instrumentos: 1 - Inventário de Habilidades Sociais para cuidadores de idosos (IHS-CI), 2) Instrumento abreviado de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref), 3) a Escala de qualidade de vida em doenças cerebrovasculares (SSQOL), 4) Escala de Atividades Básicas de Vida Diária – Katz, e 5) Questionário de Atividades Funcionais - Pfeffer. Além disso, será convidado a frequentar o programa de intervenção em habilidades sociais, que poderá conter em torno de 10 sessões, sendo estas semanais, com duração de 50 minutos cada. Os instrumentos serão respondidos em dois momentos: antes de iniciar o programa, ao término do programa.

**III** - Você poderá solicitar todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem penalização alguma ou qualquer prejuízo.

**IV** – Salientamos que não há relatos de outras pesquisas sobre desconforto ou riscos trazidos pelos procedimentos que utilizaremos. Mas, caso você sinta algum desconforto psicológico você poderá avisar à aluna pesquisadora sobre a necessidade de suporte psicológico

**V**- Caso seja envolvido em algum tipo de constrangimento, você não precisa realizá-lo. Ficando-lhe assegurado, o direito à desistência de sua participação a qualquer momento.

Rubrica do Pesquisador Responsável:

Rubrica do Participante da Pesquisa:

**VI** – Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Os dados oriundos dos resultados dessa pesquisa poderão ser publicados, mas seus dados pessoais serão mantidos em sigilo.

**VII**- Para participar deste estudo, você não terá nenhum custo pois ele será realizado no mesmo período que o seu familiar estiver sendo atendido, nem receberá qualquer vantagem financeira, mas poderá receber indenização ou reembolso caso tenha alguma despesa.

**VIII**- Fica garantida a realização da pesquisa de acordo com os requisitos da **Resolução CNS Nº 466/2012 e suas complementares**.

Uma cópia deste consentimento informado, devidamente assinada, ficará em posse do pesquisador e a outra será fornecida a você. Os termos de consentimento e os dados obtidos por meio dos instrumentos serão guardados em segurança por cinco anos e em seguida descartados de forma ecologicamente correta.

A qualquer momento da pesquisa, você poderá esclarecer dúvidas sobre sua participação e poderá entrar em contato direto com a orientadora pelo telefone (14) 3235-8000 – ramal 266025 ou pelo e-mail [dagmavma@usp.br](mailto:dagmavma@usp.br) ou com a aluna pelo e-mail [taynapilla@gmail.com](mailto:taynapilla@gmail.com). Para denúncias e reclamações entrar em contato com Comitê de Ética em Pesquisa em local e horário estabelecidos a seguir: **Horário e local de funcionamento:** Comitê de Ética em Pesquisa Faculdade de Odontologia de Bauru-USP - Prédio da Pós-Graduação (bloco E - pavimento superior), de segunda à sexta-feira, no horário das **13h30 às 17 horas**, em dias úteis.

Alameda Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75 Vila Universitária – Bauru – SP – CEP 17012-901, Telefone/FAX(14)3235-8356 e-mail: cep@fob.usp.br

Eu, \_\_\_\_\_, após ter recebido informações sobre o estudo “Treinamento de habilidades sociais em cuidadores de indivíduos afásicos: efeitos na qualidade de vida”, por meio da carta informativa lida por mim, declaro que ficaram claros os objetivos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Não tendo dúvidas a respeito da pesquisa, concordo tomar parte como voluntário no estudo, do qual posso deixar de participar a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízos, ou perda de qualquer benefício que possa ter adquirido. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas. Atesto que concordo com a participação na pesquisa, bem autorizo a gravação e o uso de imagem para fins estritamente científicos. Estou ciente de que todas as informações prestadas tornaram-se confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional (Art. 9º do Código de Ética do Psicólogo).

Por estarem de acordo assinam o presente termo.

Bauru, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

Tayna Maiara Pilla Rodrigues \_\_\_\_\_

Pesquisadora

**Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)****Universidade de São Paulo  
Faculdade de Odontologia de Bauru****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Estamos convidando o(a) Sr.(a) para participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada **“TREINAMENTO DE HABILIDADES SOCIAIS EM CUIDADORES DE INDIVÍDUOS AFÁSICOS: EFEITOS NA QUALIDADE DE VIDA?”**, com a qual pretendemos verificar os efeitos de um programa de treinamento de habilidades sociais na qualidade de vida de cuidadores de indivíduos com afasia e a repercussão na sua qualidade de vida. Os resultados contribuirão para a compreensão das habilidades sociais como norteadores de qualidade de vida de cuidadores.

**I-** Esta pesquisa envolverá sua participação em uma entrevista auto referida para o preenchimento de uma escala de qualidade de vida em doenças cerebrovasculares (SSQOL). Este instrumento será respondido em dois momentos, antes de iniciar o programa de intervenção com seu respectivo cuidador familiar e ao término deste programa.

**II-** Sua participação nesta pesquisa é completamente voluntária. Responderemos a todas as suas dúvidas sobre esta antes mesmo que ela se inicie, e o(a) Sr.(a) pode mudar de ideia mais tarde e deixar de participar até mesmo se concordou no início.

**IV –** Salientamos que não há relatos de outras pesquisas sobre desconforto ou riscos trazidos pelo procedimento que utilizaremos. Mas, caso você sinta cansaço, ou algum desconforto psicológico você poderá avisar à aluna pesquisadora sobre a necessidade de suporte psicológico e dividir a entrevista em dois dias devido ao cansaço que possa ocorrer.

**V –** Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. As informações a serem dadas pelo(a) Sr.(a) serão registradas por mim, de forma confidencial, e ninguém exceto eu e meu orientador terão acesso a elas. Os dados oriundos dos resultados dessa pesquisa poderão ser publicados, mas seus dados pessoais serão mantidos em sigilo.

**VII-** Para participar deste estudo, você não terá nenhum custo pois ele será realizado no mesmo período que estará em terapia fonoaudiológica na instituição, nem receberá qualquer vantagem financeira, mas poderá receber indenização ou reembolso caso tenha alguma despesa.

**VIII-** Fica garantida a realização da pesquisa de acordo com os requisitos da **Resolução CNS Nº 466/2012 e suas complementares.**

Uma cópia deste consentimento informado, devidamente assinada através da escrita ou da impressão digital de seu polegar direito, ficará em posse do pesquisador e a

outra será fornecida a você. Os termos de consentimento e os dados obtidos por meio dos instrumentos serão guardados em segurança por cinco anos e em seguida descartados de forma ecologicamente correta.

A qualquer momento da pesquisa, você poderá esclarecer dúvidas sobre sua participação e poderá entrar em contato direto com a orientadora pelo telefone (14) 3235-8000 – ramal 266025 ou pelo e-mail [dagmavma@usp.br](mailto:dagmavma@usp.br) ou com a aluna pelo e-mail [taynapilla@gmail.com](mailto:taynapilla@gmail.com). Para denúncias e reclamações entrar em contato com Comitê de Ética em Pesquisa em local e horário estabelecidos a seguir: **Horário e local de funcionamento:** Comitê de Ética em Pesquisa Faculdade de Odontologia de Bauru-USP - Prédio da Pós-Graduação (bloco E - pavimento superior), de segunda à sexta-feira, no horário das **13h30 às 17 horas**, em dias úteis.

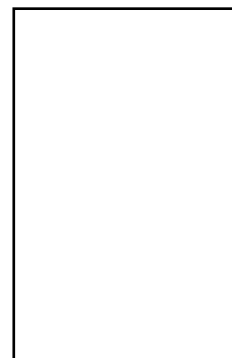
Alameda Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75 Vila Universitária – Bauru – SP – CEP 17012-901, Telefone/FAX(14)3235-8356 e-mail: cep@fob.usp.br

Eu, \_\_\_\_\_, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração. Entendi as explicações dadas pelo mesmo e, por isso, concordo em participar da pesquisa, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Estou recebendo uma cópia deste documento, assinada, que vou guardar. Atesto que concordo com a participação na pesquisa, bem autorizo a gravação e o uso de imagem para fins estritamente científicos. Estou ciente de que todas as informações prestadas tornaram-se confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional (Art. 9º do Código de Ética do Psicólogo).

Por estarem de acordo assinam o presente termo.

Bauru, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante



Impressão digital do  
polegar direito (opcional)

Tayna Maiara Pilla Rodrigues \_\_\_\_\_

Pesquisadora

**Apêndice C – Questionário de Perfil Sociodemográfico****Cuidador Familiar**

Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Estado civil:

- Solteiro(a)
- Casado (a)
- Divorciado (a)
- Viúvo (a)
- Amasiado (a)

Escolaridade:

- Analfabeto
- Fundamental Incompleto
- Fundamental Completo
- Médio Incompleto
- Médio Completo
- Superior Incompleto
- Superior Completo

Parentesco do acompanhante/cuidador:

- Filho(a)
- Cônjuge (a)
- Pais (a)
- Irmão (a)
- Outro \_\_\_\_\_

**Indivíduo com afasia**

Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Estado civil:

- Solteiro(a)
- Casado (a)
- Divorciado (a)
- Viúvo (a)
- Amasiado (a)

Escolaridade:

- Analfabeto
- Fundamental Incompleto
- Fundamental Completo
- Médio Incompleto
- Médio Completo
- Superior Incompleto
- Superior Completo



---

Anexo(s)





**Anexo A - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa**

USP - FACULDADE DE  
ODONTOLOGIA DE BAURU DA  
USP

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Treinamento de habilidades sociais em cuidadores de indivíduos afásicos: efeitos na qualidade de vida.

**Pesquisador:** Tayná Maiara Pilla Rodrigues

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 06629218.0.0000.5417

**Instituição Proponente:** Universidade de São Paulo

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.284.810

**Apresentação do Projeto:**

Idem ao parecer 3.149.738 de 15/02/2019

**Objetivo da Pesquisa:**

Idem ao parecer 3.149.738 de 15/02/2019

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Idem ao parecer 3.149.738 de 15/02/2019

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Todas as pendências descritas no parecer 3.149.738 de 15/02/2019 foram corrigidas.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os Termos foram devidamente apresentados

**Recomendações:**

Sem recomendações

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Esse projeto foi considerado APROVADO na reunião ordinária do CEP de 17/04/2019, com base nas normas éticas da Resolução CNS 466/12. Ao término da pesquisa o CEP-FOB/USP exige a


**Endereço:** DOUTOR OCTAVIO PINHEIRO BRISOLLA 75 QUADRA 9

**Bairro:** VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA **CEP:** 17.012-901

**UF:** SP **Município:** BAURU

**Telefone:** (14)3235-8356 **Fax:** (14)3235-8356 **E-mail:** cep@fob.usp.br

**USP - FACULDADE DE  
ODONTOLOGIA DE BAURU DA  
USP**



Continuação do Parecer: 3.284.810

apresentação de relatório final. Os relatórios parciais deverão estar de acordo com o cronograma e/ou parecer emitido pelo CEP. Alterações na metodologia, título, inclusão ou exclusão de autores, cronograma e quaisquer outras mudanças que sejam significativas deverão ser previamente comunicadas a este CEP sob risco de não aprovação do relatório final. Quando da apresentação deste, deverão ser incluídos todos os TCLEs e/ou termos de doação assinados e rubricados, se pertinentes.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DÓ_P ROJETO_1245373.pdf	15/03/2019 11:42:47		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_FINAL.doc	15/03/2019 11:39:05	Tayná Maiara Pilla Rodrigues	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_idoso_resposta.docx	14/03/2019 19:31:15	Tayná Maiara Pilla Rodrigues	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_de_consentimento_cuidador.docx	14/03/2019 19:29:04	Tayná Maiara Pilla Rodrigues	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	20190124_123316.jpg	24/01/2019 12:36:40	Tayná Maiara Pilla Rodrigues	Aceito
Outros	QuestionarioTecnicoPesquisador_IB.doc	18/12/2018 11:47:44	Tayná Maiara Pilla Rodrigues	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_pesquisador.doc	27/11/2018 20:27:16	Tayná Maiara Pilla Rodrigues	Aceito
Cronograma	cronograma_de_atividades.docx	27/11/2018 20:27:03	Tayná Maiara Pilla Rodrigues	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.docx	27/11/2018 20:22:34	Tayná Maiara Pilla Rodrigues	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_Tayna.doc	27/11/2018 20:21:57	Tayná Maiara Pilla Rodrigues	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	27/11/2018 17:42:15	Tayná Maiara Pilla Rodrigues	Aceito

**Endereço:** DOUTOR OCTAVIO PINHEIRO BRISOLLA 75 QUADRA 9  
**Bairro:** VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA      **CEP:** 17.012-901  
**UF:** SP      **Município:** BAURU  
**Telefone:** (14)3235-8356      **Fax:** (14)3235-8356      **E-mail:** cep@fob.usp.br

USP - FACULDADE DE  
ODONTOLOGIA DE BAURU DA  
USP



Continuação do Parecer: 3.284.810

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BAURU, 25 de Abril de 2019

---

**Assinado por:**

**Ana Lúcia Pompéia Fraga de Almeida**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** DOUTOR OCTAVIO PINHEIRO BRISOLLA 75 QUADRA 9

**Bairro:** VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA      **CEP:** 17.012-901

**UF:** SP      **Município:** BAURU

**Telefone:** (14)3235-8356      **Fax:** (14)3235-8356      **E-mail:** cep@fob.usp.br

**Anexo B - Critério de Classificação Econômica Brasil**

Agora, para caracterização socioeconômica, gostaria de saber quantos de cada um desses itens, você tem em sua residência.

ITEM	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores					
Rádio					
Banheiro					
Automóvel					
Empregada mensalista					
Máquina de lavar					
Videocassete e/ou DVD					
Geladeira					
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)					

**Grau de Instrução do chefe de sua família**

Marque X	Nomenclatura Antiga	Nomenclatura Atual
	Analfabeto/ Primário incompleto	Analfabeto/ Até 3ª série Fundamental (ou 1º. Grau)
	Primário completo/ Ginásial incompleto	Até 4ª série Fundamental (ou 1º. Grau)
	Ginásial completo/ Colegial incompleto	Fundamental (ou 1º. Grau) completo
	Colegial completo/ Superior incompleto	Médio (ou 2º. Grau) completo
	Superior completo	Superior completo

Queluz et al. (2017)

## Anexo C - Inventário de Habilidades Sociais para Cuidadores de Idosos Familiares (IHS-CI)

### Instruções

Leia atentamente cada um dos itens que se seguem. Cada um deles apresenta uma ação ou sentimento diante de uma situação dada. Avalie a frequência com que você age ou 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:

0-2	NUNCA (em cada 10 situações desse tipo, reajo dessa forma no máximo 2 vezes)
3-5	DE VEZ EM QUANDO (em cada 10 situações desse tipo, reajo dessa forma 3 a 5 vezes)
6-8	MUITAS VEZES (em cada 10 situações desse tipo, reajo dessa forma de 6 a 8 vezes).
9-10	SEMPRE (em cada 10 situações desse tipo, reajo dessa forma de 9 a 10 vezes)

**É IMPORTANTE QUE VOCÊ RESPONDA TODAS AS QUESTÕES.**

ITEM	NUNCA	DE VEZ EM QUANDO	MUITAS VEZES	SEMPRE
	0-2	3-5	6-8	9-10
1. Quando um familiar elogia a forma como cuido de nosso parente idoso, <u>eu agradeço.</u>				
2. Quando o idoso que eu cuido faz algo que acho bom, <u>eu o elogio na primeira oportunidade.</u>				
3. Quando fico com dúvidas sobre como cuidar do meu parente idoso, <u>faço perguntas a profissionais.</u>				
4. Quando algum familiar faz algo que eu acho bom para o nosso parente idoso, <u>eu o elogio na primeira oportunidade.</u>				
5. Quando um familiar me critica de maneira direta e justa, <u>mudo meu comportamento.</u>				
6. Quando alguma pessoa aponta uma falha que reconheço na forma como cuido de meu parente idoso, <u>admito meu erro.</u>				



	NUNCA 0-2	DE VEZ EM QUANDO 3-5	MUITAS VEZES 6-8	SEMPRE 9-10
7. Quando o idoso que eu cuido não está bem, <u>faço algo para animá-lo.</u>				
8. Ao sentir que preciso de ajuda com o idoso sob meus cuidados, <u>peço a outras pessoas.</u>				
9. Quando algum profissional me critica de maneira direta e justa, <u>mostro que concordo.</u>				
10. <u>Digo o que estou sentindo</u> para as pessoas envolvidas no cuidado de meu parente idoso.				
11. <u>Agradeço meus familiares</u> quando colaboram financeiramente nas despesas de nosso familiar idoso.				
12. Quando o idoso que eu cuido me critica injustamente, <u>controlo minha irritação e explico porque ajo dessa forma.</u>				
13. Antes de decidir como agir, <u>peço a opinião de outras pessoas</u> sobre a melhor forma de cuidar de meu parente idoso.				
14. <u>Desabafo com outras pessoas</u> minhas dificuldades para cuidar de uma pessoa idosa.				
15. Mesmo que outra pessoa não siga as mesmas rotinas que estabeleci, <u>aceito sua colaboração nos cuidados com o idoso.</u>				
16. Ao explicar alguma coisa importante sobre o idoso para meus familiares, se sou interrompido, <u>solicito que aguardem até eu encerrar o que estava dizendo.</u>				
17. Ao receber ajuda por parte de meus familiares, <u>aceito</u> , mesmo sendo diferente do que gostaria.				
18. Ao ser elogiado sinceramente pelo idoso que cuido, <u>respondo-lhe agradecendo.</u>				
19. <u>Demonstro carinho</u> ao idoso que eu cuido por meio de palavras ou gestos.				
20. Quando não concordo com a opinião de meus familiares, <u>digo o que penso, sem gerar tensões.</u>				
21. Quando o idoso que eu cuido se esforça para fazer algo que é difícil para ele, eu o <u>elogio.</u>				
22. Quando tenho dúvidas em como cuidar do idoso, <u>faço perguntas a outros cuidadores.</u>				
23. <u>Demonstro minha insatisfação</u> para meus familiares quando eles tratam de uma forma que eu não acho correta nosso parente idoso.				
24. <u>Consgo me colocar no lugar do idoso</u> quando ele passa por algum problema.				

## Anexo D - The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL – Bref).

### Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	-	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

**Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.**

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim Nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida	1	2	3	4	5

2		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas						
		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita sua vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?					



## Anexos

		1	2	3	4	5
8	Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim Nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?					

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5

## Anexos

25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5
----	--	---	---	---	---	---

As questões seguintes referem-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito freqüentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário? .....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário? .....

## Anexo E - Stroke Specific Quality of Life Scale - (SSQOL).

<b>Escala de Qualidade de Vida Especifica para AVE (EQVE-AVE)</b>	
<b>Pontuação: cada item será pontuado com o seguinte critério</b>	
Ajuda Total – Não pude fazer de modo algum – Concordo inteiramente	1
Muita ajuda – Muita dificuldade – Concordo mais ou menos	2
Alguma ajuda – Alguma dificuldade – Nem concordo nem discordo	3
Um pouco de ajuda – Um pouco de dificuldade – Discordo mais ou menos	4
Nenhuma ajuda necessária – Nenhuma dificuldade mesmo – Discordo inteiramente	5
<b>ITEM</b>	<b>PONTUAÇÃO</b>
<b>Energia</b>	
1. Eu me senti cansado a maior parte do tempo.	
2. Eu tive que parar e descansar durante o dia.	
3. Eu estava cansado demais para fazer o que eu queria.	
<b>Papéis Familiares</b>	
1. Eu não participei em atividades apenas por lazer/diversão com minha família.	
2. Eu senti que era um fardo/peso para minha família.	
3. Minha condição física interferiu com minha vida pessoal.	
<b>Linguagem</b>	
1. Você teve dificuldade para falar? Por exemplo, não achar a palavra certa, gaguejar, não conseguir se expressar, ou embolar as palavras?	
2. Você teve dificuldade para falar com clareza suficiente para usar o telefone?	
3. Outras pessoas tiveram dificuldade de entender o que você disse?	
4. Você teve dificuldade em encontrar a palavra que queria dizer?	
5. Você teve que se repetir para que os outros pudessem entendê-lo?	
<b>Mobilidade</b>	
1. Você teve dificuldade para andar? (Se o paciente não pode andar, vá para questão 4 e pontue as questões 2 e 3 com 1 ponto.)	
2. Você perdeu o equilíbrio quando se abaixou ou tentou alcançar algo?	
3. Você teve dificuldade para subir escadas?	
4. Ao andar ou usar a cadeira de rodas você teve que parar e descansar mais do que gostaria?	
5. Você teve dificuldade para permanecer de pé?	
6. Você teve dificuldade para se levantar de uma cadeira?	
<b>Humor</b>	
1. Eu estava desanimado sobre meu futuro.	
2. Eu não estava interessado em outras pessoas ou em outras atividades.	
3. Eu me senti afastado/isolado das outras pessoas.	
4. Eu tive pouca confiança em mim mesmo.	
5. Eu não estava interessado em comida.	

<b>Personalidade</b>	
1. Eu estava irritável. ("Com os nervos à flor da pele")	
2. Eu estava impaciente com os outros.	
3. Minha personalidade mudou.	
<b>Auto-cuidado</b>	
1. Você precisou de ajuda para preparar comida?	
2. Você precisou de ajuda para comer? Por exemplo, para cortar ou preparar a comida?	
3. Você precisou de ajuda para se vestir? Por exemplo, para calçar meias ou sapatos, abotoar roupas ou usar um zíper?	
4. Você precisou de ajuda para tomar banho de banheira ou chuveiro?	
5. Você precisou de ajuda para usar o vaso sanitário?	
<b>Papéis Sociais</b>	
1. Eu não saí com a frequência que eu gostaria.	
2. Eu dediquei menos tempo aos meus hobbies e lazer do que eu gostaria.	
3. Eu não encontrei tantos amigos meus quanto eu gostaria.	
4. Eu tive relações sexuais com menos frequência do que gostaria.	
5. Minha condição física interferiu com minha vida social.	
<b>Memória / Concentração</b>	
1. Foi difícil para eu me concentrar.	
2. Eu tive dificuldade para lembrar das coisas.	
3. Eu tive que anotar as coisas para me lembrar delas.	
<b>Função da Extremidade Superior</b>	
1. Você teve dificuldade para escrever ou digitar?	
2. Você teve dificuldade para colocar meias?	
3. Você teve dificuldade para abotoar a roupa?	
4. Você teve dificuldade para usar o zíper?	
5. Você teve dificuldade para abrir uma jarra?	
<b>Visão</b>	
1. Você teve dificuldade em enxergar a televisão o suficiente para apreciar um programa?	
2. Você teve dificuldade para alcançar as coisas devido à visão fraca?	
3. Você teve dificuldade em ver coisas nas suas laterais/de lado?	
<b>Trabalho / Produtividade</b>	
1. Você teve dificuldade para fazer o trabalho caseiro diário?	
2. Você teve dificuldade para terminar trabalhos ou tarefas que havia começado?	
3. Você teve dificuldade para fazer o trabalho que costumava fazer?	
<b>PONTUAÇÃO TOTAL:</b>	---

## Anexo F – Escala de Atividades Básicas de Vida Diária - Katz

NOME DO CUIDADOR:

NOME DO IDOSO:

NOME DO ENTREVISTADOR:

Data:

ESCALA DE ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA – Katz

PONTUAÇÃO (soma das respostas "SIM"):

De 05 a 06 pontos ..... INDEPENDÊNCIA

De 03 a 04 pontos ..... DEPENDÊNCIA PARCIAL

De 0 a 02 pontos ..... DEPENDÊNCIA IMPORTANTE

Instruções: "Vou fazer algumas perguntas sobre atividades do dia-a-dia do seu acompanhante, e gostaria que respondesse "sim" ou "não".

	ATIVIDADE		SIM/ Conseguir/ consegue	NÃO/ Não consegue
1	Em relação ao Banho	Toma banho sem receber ajuda ou recebe ajuda somente para uma parte do corpo.	1	0
2	Em relação a Vestir-se	Pega as roupas e se veste sem qualquer ajuda, exceto para amarrar os sapatos.	1	0
3	Quanto à Higiene pessoal	Vai ao banheiro, usa o banheiro, veste-se e retorna sem qualquer ajuda (pode usar andador ou bengala).	1	0
4	Em relação à Transferência	Consegue deitar na cama, sentar na cadeira e levantar sem ajuda de uma pessoa (pode usar andador ou bengala).	1	0
5	Quanto à Continência	Controla completamente urina e fezes.	1	0
6	Em relação à Alimentação	Come sem ajuda (exceto para cortar ou passar manteiga no pão).	1	0

## Anexo G – Questionário de Atividades Funcionais - Pfeffer

NOME DO CUIDADOR:

NOME DO IDOSO:

NOME DO ENTREVISTADOR:

Data:

--	--

QUESTIONÁRIO DE ATIVIDADES FUNCIONAIS – Pfeffer

(OBSERVAÇÃO: QUESTIONÁRIO APLICADO AO FAMILIAR/CUIDADOR)

PONTUAÇÃO (soma de pontos):

--

Total maior do que 5 (cinco) pontos – DEPENDÊNCIA

Por favor, responda as perguntas que serão feitas de acordo com o seu entendimento sobre o nível ou grau de dependência e autonomia que o seu (sua) acompanhante apresenta para a realização das tarefas do dia-a-dia.

	Normal	Faz com dificuldade	Necessita de ajuda	Não é capaz	Nunca fez, mas poderia fazê-lo	Nunca fez e agora seria difícil de
1. Ele(a) manuseia seu próprio dinheiro?	0	1	2	3	0	1
2. Ele(a) é capaz de comprar roupas, comida, coisas para casa sozinho(a)?	0	1	2	3	0	1
3. Ele(a) é capaz de esquentar a água para o café e apagar o fogo?	0	1	2	3	0	1
4. Ele(a) é capaz de preparar uma refeição?	0	1	2	3	0	1
5. Ele(a) é capaz de manter-se em dia com as atualidades, com os acontecimentos da comunidade ou da vizinhança?	0	1	2	3	0	1
6. Ele(a) é capaz de prestar atenção, entender e discutir um programa de rádio ou televisão, um jornal ou uma revista?	0	1	2	3	0	1
7. Ele(a) é capaz de lembrar-se de compromissos, acontecimentos familiares, feriados?	0	1	2	3	0	1
8. Ele(a) é capaz de manusear seus próprios remédios?	0	1	2	3	0	1
9. Ele(a) é capaz de passear pela vizinhança e encontrar o caminho de volta para casa?	0	1	2	3	0	1
10. Ele(a) pode ser deixado(a) em casa sozinho(a) de forma segura?	0	1	2	3	0	1