

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO ESPECIAL

LETÍCIA THAYS BESSA SILVA

AVALIAÇÃO FUNCIONAL E DE HABILIDADES SOCIAIS DE ADOLESCENTES
COM PARALISIA CEREBRAL

SÃO CARLOS

2021

LETÍCIA THAYS BESSA SILVA

**AVALIAÇÃO FUNCIONAL E DE HABILIDADES SOCIAIS DE ADOLESCENTES
COM PARALISIA CEREBRAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos pré-requisitos para a obtenção do Título de Mestre em Educação Especial.

Orientadora: Prof.^a Dra. Gerusa Ferreira Lourenço

Financiamento: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq / Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES

SÃO CARLOS

2021

Silva, Leticia Thays Bessa

Avaliação funcional e de habilidades sociais de
adolescentes com paralisia cerebral / Leticia Thays
Bessa Silva -- 2021.
106f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São
Carlos, campus São Carlos, São Carlos
Orientador (a): Gerusa Ferreira Lourenço
Banca Examinadora: Adriana Garcia Gonçalves, Patricia
Lorena Quiterio
Bibliografia

1. Educação especial. 2. Paralisia cerebral. 3.
Habilidades sociais. I. Silva, Leticia Thays Bessa. II.
Título.

Ficha catalográfica desenvolvida pela Secretaria Geral de Informática
(SIn)

DADOS FORNECIDOS PELO AUTOR

Bibliotecário responsável: Ronildo Santos Prado - CRB/8 7325



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Educação e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Educação Especial

Folha de Aprovação

Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Letícia Thays Bessa Silva, realizada em 12/02/2021.

Comissão Julgadora:

Profa. Dra. Gerusa Ferreira Lourenço (UFSCar)

Profa. Dra. Adriana Garcia Gonçalves (UFSCar)

Profa. Dra. Patricia Lorena Quiterio (UERJ)

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Educação Especial.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais que me criaram com muito amor, acreditaram em mim desde criança e me ensinaram a ser uma pessoa melhor a cada dia. Se aqui cheguei, foi por muito esforço e dedicação dos dois.

À Geovanna, por acreditar mais em mim do que eu mesma, pelo carinho, companheirismo e fidelidade. Nunca vou deixar de te proteger.

À Maria Fernanda Moura, pela amizade inabalável durante todos esses anos e por sempre adicionar atos de amizade aos muitos já praticados, você é minha dupla da vida.

À Samantha Lopes, pela conexão, pelo cuidado, pela preocupação e por ser tão inacreditavelmente sensível ao outro.

À Isabella Olmos, pela companhia sempre presente nos dias em São Carlos, por me dar força e me ensinar que bancar os próprios sonhos não é nada fácil.

À Anabel e à Graciana, por me acolherem e acreditarem sempre nas minhas potencialidades. Vocês são minha família em São Carlos.

À Carolina Miranda, Guilherme Teles, Mariana Mikado, Lucas Craveiro, Maíra Magri, Raffael Faustino, Silvério Fraga e Thaís Jacomini por todos os aprendizados, momentos compartilhados, por cada abraço e troca de afeto.

Aos amigos do Ensino Médio, vocês são meus exemplos diários.

À Bruna Bandeira, Camilla Coutinho, Izabella Medeiros, Lucas Monteiro, Thiálita Moura, vocês são os melhores amigos que eu poderia encontrar em um curso de inglês.

À Raíssa Medeiros, por ser tão coerente, uma pessoa e profissional incrível. Você me inspira todos os dias.

Agradeço a Prof.^a Gerusa, por todo ensinamento, aprendizado, confiança, por toda calma, sensatez e dedicação com cada aluno(a). Ganhei na loteria dos orientadores.

Agradeço às Professoras Enicéia Mendes e Carla Vilaronga, por ensinarem muito mais do que conhecimento acadêmico, pelo companheirismo e compromisso.

Agradeço às Professoras Adriana Garcia e Patrícia Quiterio por todas as contribuições e aprendizados.

Agradeço à Bruna Bianchi, Gabriela Aniceto, Giulia Gomes, Igor Martinelli, Tatiane Lessa, Tiago Martinelli e Victor Amorim por me acolherem, pela amizade construída a cada dia e por todo apoio.

Agradeço à Beatriz Bagatini, Jéssica Rodrigues, Juliane Vasconcelos, Luciana Carlana, Mariana Lopes e Paula Stopa por terem sido a minha base mais sólida quando tudo pareceu

desabar, por me receberem no grupo de estudos e se tornarem, a cada dia, mais especiais para mim. Quando vocês sorriem o mundo é um mundo melhor. Sou eternamente grata a cada uma de vocês.

À Mayara Mazak, por me lembrar, desde o início, sobre a importância de se sentir pertencente.

Às Professoras Amanda Fernandes, Esther Ferreira, Giovana Morato e Maria Fernanda Cid por coordenarem projetos tão essenciais referentes à saúde mental e, principalmente, por me ensinarem tanto.

Aos profissionais do Programa de Pós-Graduação em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos por todo compromisso e ética.

Agradeço às Instituições que abriram as portas para que essa pesquisa se realizasse. Aos adolescentes, mães e/ou responsáveis que participaram da pesquisa, meu muito obrigada, espero que o mundo retribua com afeto e cuidado tudo o que vocês merecem.

Todos os dias podem ser bons quando se tem pessoas como vocês. Muito obrigada.

Por fim, agradeço ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior pelo financiamento.

RESUMO

As demandas frente aos aspectos socioculturais são maiores para adolescentes com paralisia cerebral, principalmente, em virtude das condições que lhes são impostas pelo próprio quadro funcional. Ao analisar a importância das Habilidades Sociais no desenvolvimento de comportamentos que podem contribuir com o desenvolvimento de repertório desses indivíduos, o presente estudo apresenta como objetivo geral: avaliar o repertório Funcional e de Habilidades Sociais de adolescentes com paralisia cerebral. Como objetivos específicos: identificar os níveis da função motora grossa e de comunicação; descrever as habilidades sociais mais presentes no repertório dos adolescentes com paralisia cerebral; reconhecer em quais classes de Habilidades Sociais apresentam déficits comportamentais; relacionar as variáveis de Habilidades Sociais, características motoras, comunicativas, classificação econômica e tipo de escola entre os adolescentes com paralisia cerebral. Trata-se de um estudo analítico observacional. A amostra é não probabilística por conveniência. O acesso aos participantes ocorreu por indicação a partir do contato da pesquisadora com profissionais, associações e institutos, e foi iniciado após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos. Como etapa preliminar, foi realizado um estudo piloto com a participação de duas adolescentes gêmeas com paralisia cerebral e a respectiva mãe. No estudo amostral participaram 15 adolescentes com paralisia cerebral, sendo cinco adolescentes com fala articulada, dez sem fala articulada e as respectivas responsáveis. Os instrumentos utilizados foram: (a) Formulário de Identificação dos Participantes; (b) Critério de Classificação Econômica Brasil; (c) Sistema de Classificação da Função Motora Grossa Ampliado e Revisto; (d) Sistema de Classificação da Função de Comunicação; (e) Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade – Testagem Computadorizada Adaptativa - Versão Brasileira Adaptada; (f) Inventário de Habilidades Sociais para Alunos Sem Fala Articulada; (g) Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes. A análise dos dados ocorreu a partir das normas de interpretação do manual de cada instrumento. Os resultados indicaram que não há diferença significativa no escore total das Habilidades Sociais entre os grupos dos adolescentes com fala articulada e sem fala articulada, porém todos os adolescentes apresentam déficits no desenvolvimento dessas habilidades. O grupo de adolescentes sem fala articulada é motoramente e comunicativamente mais comprometidos, suas capacidades funcionais também apresentam maior prejuízo e são, predominantemente, escolarizados em escolas especiais. Porém, não foram encontradas relações entre essas características e as Habilidades Sociais de toda a amostra. Houve uma dificuldade instrumental de caracterização do repertório das Habilidades Sociais na aplicação dos instrumentos com aqueles participantes sem fala articulada e que não possuem um sistema de comunicação alternativo efetivo, portanto, indica-se o desenvolvimento e/ou adaptação de instrumentos visando essa população e que consiga identificar os diferentes tipos de déficits. Como também, ressalta-se a necessidade de maior acesso dessa população a recursos e sistemas alternativos para lhes favorecer a independência e a importância da escola para essa população, bem como o desenvolvimento das habilidades sociais. Os resultados indicam a necessidade de que programas de intervenção em Habilidades Sociais sejam realizados com essa população e coloca a necessidade de estudos que abarquem outras áreas de conhecimento em interface com a psicologia e a educação especial com a paralisia cerebral e a adolescência para avanço da área.

Palavras-chave: Educação Especial. Paralisia Cerebral. Adolescentes. Habilidades Sociais.

ABSTRACT

The demands on socio-cultural aspects are greater for adolescents with cerebral palsy, mainly due to the conditions that are imposed on the team itself. When analyzing the importance of Social Skills in the development of behaviors that can contribute to the development of the repertoire that the present study has as a general objective: to evaluate the Functional and Social Skills repertoire of adolescents with cerebral palsy. As specific objectives: to identify the levels of gross motor function and communication; description of the social skills most present in the repertoire of adolescents with cerebral palsy; in recognizing which classes of social skills have behavioral deficits; and relate the variables Social Skills, motor, communicative characteristics, economic classification and type of school among adolescents with cerebral palsy. This is an observational analytical study. The sample is non-probabilistic for convenience. Access to participants occurs by referral from the contact of the researcher with professionals, associations and institutes, and was initiated after approval by the Ethics Committee on Research with Human Beings at the Federal University of São Carlos. Still as a preliminary step a pilot study was carried out with the participation of two twin adolescents with cerebral palsy and the mother-mother. The study sample included 15 adolescents with cerebral palsy, five adolescents with articulate speech and ten without articulated speech, and the main caregivers. The instruments used were: (a) Participant Identification Form; (b) Brazil's Economic Classification Criterion. (c) Expanded and revised gross motor function classification system; (d) Communication Function Classification System; (e) Pediatric Disability Assessment Inventory - Adaptive Computerized Testing - adapted Brazilian version; (f) Inventory of Social Skills for Students Without Articulated Speech; and (g) Adolescent Social Skills Inventory. Data analysis takes place based on the rules for interpreting the manual for each instrument. The results indicated that there is no decrease in the total score of Social Skills among groups of adolescents with articulate speech and without articulated speech, however all adolescents have deficits in the development of these skills. The group of adolescents without articulate speech is motorized and communicatively more committed, their resources also present greater losses and are predominantly schooled in special schools. However, no relationship was found between these characteristics and the Social Skills of the entire sample. There was instrumental difficulty in characterizing the repertoire of Social Skills in the application of the instruments with those participants without articulated speech and who do not have an alternative effective communication system, therefore, the development and / or adaptation of instruments in this population is indicated, and that is capable to identify the different types of deficits. In addition, it emphasizes the need for greater access by this population to alternative resources and systems that favor their independence, and the importance of school for this population and the development of social skills. The results indicate the need for intervention programs in Social Skills to be carried out with this population, as well as studies that contemplate other areas of knowledge in the interface of psychology and special education with cerebral palsy and adolescence for the advancement of the area.

Keywords: Special Education. Cerebral Palsy. Adolescents. Social Skills.

LISTAS DE FIGURAS

Figura 1. Conceitos-chaves do campo das Habilidades Sociais.

27

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.	Distribuição dos itens do IHS-ASFA.	47
Quadro 2.	Caracterização dos participantes do estudo piloto.	49
Quadro 3.	Resultado do Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes do estudo piloto.	51
Quadro 4.	Caracterização dos participantes do estudo amostral.	54
Quadro 5.	Equivalência de resposta dos diferentes instrumentos de Habilidades Sociais.	57
Quadro 6.	Resultado de <i>Mann-Whitney</i> para os dados dos Formulários de Identificação dos Participantes, do Critério de Classificação Econômica Brasil, GMFCS E&R e CFCS.	58
Quadro 7.	Resultado do Inventário de Habilidades Sociais para Alunos Sem Fala Articulada.	63
Quadro 8.	Resultado do Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes.	64

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Escore T dos domínios avaliados pelo PEDI-CAT do estudo piloto.	51
Tabela 2.	Escore T dos domínios avaliados pelo PEDI-CAT do estudo amostral.	59
Tabela 3.	Resultados do Teste de <i>Mann-Whitney</i> para Habilidades Sociais.	65

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CA	Comunicação Alternativa
CAA	Comunicação Alternativa e Aumentativa
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CCEB	Critério de Classificação Econômica Brasil
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CFCS	Sistema de Classificação da Função de Comunicação
CNPV	Componentes Não Verbais e Paralinguísticos
CS	Competência Social
CSBS-DP	Escala de Comunicação e Comportamento Simbólico
DS	Desenvolvimento Social
GMFCS	Sistema de Classificação da Função Motora Grossa
GMFCS E&R	Sistema de Classificação da Função Motora Grossa Ampliado e Revisto
GMFM	Medida da Função Motora Grossa
HB	Habilidosa
HS	Habilidades Sociais
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IHS-ASFA	Inventário de Habilidades Sociais para Alunos Sem Fala Articulada
IHSA-Del-Prette	Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes
IHSPNO	Inventário de Habilidades Sociais para Pessoas Não-Oralizadas
IHS2-Del-Prette	Inventário de Habilidades Sociais
IMHSC-Del-Prette	Inventário Multimídia de Habilidades Sociais para Crianças
MACS	Sistema de Classificação de Habilidade Manual
NHA	Não-Habilidosa Ativa
NHB	Não-Habilidosa Passiva
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAEE	Público-Alvo da Educação Especial
PC	Paralisia Cerebral
PEDI-CAT	Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade – Testagem Computadorizada Adaptativa - Versão Brasileira Adaptada
SMHSC	Sistema Multimídia de Avaliação de Habilidades Sociais
SSRS-BR	Sistema de Avaliação de Habilidades Sociais
SNC	Sistema Nervoso Central
SUS	Sistema Único de Saúde
TA	Tecnologia Assistiva
TAA	Terapia Assistida por Animais
TBDH	Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSCar	Universidade Federal de São Carlos
WISC-IV	Escala de Inteligência Wechsler para Crianças

Sumário

APRESENTAÇÃO.....	14
INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO I.....	17
1.1 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	17
1.1.1 - Paralisia cerebral e funcionalidade	17
1.1.2 - Adolescência	24
1.1.3 - Habilidades Sociais	26
1.1.4 - Paralisia Cerebral E Habilidades Sociais	34
CAPÍTULO II.....	41
2.1 - MÉTODO E RESULTADOS DOS ESTUDOS	41
2.1.1 - Procedimentos Preliminares	41
2.1.1.1 - Procedimentos Éticos.....	41
2.1.1.2 - Seleção Dos Participantes	42
2.1.2 - Equipamentos e Instrumentos	43
2.2 - ESTUDO PILOTO.....	48
2.2.1 - Participantes.....	49
2.2.2 - Local.....	49
2.2.2.1 - Características do ambiente de coleta.....	49
2.2.3 - Procedimentos Para Coleta De Dados Do Estudo Piloto.....	49
2.2.4 - Procedimentos de análise de dados do Estudo Piloto	50
2.2.5 - Resultados Do Estudo Piloto	50
2.2.6 - Análise De Dados Do Estudo Piloto.....	51
2.2.7 - Conclusões Do Estudo Piloto.....	52
2.3 - ESTUDO AMOSTRAL.....	53
2.3.1 - Participantes.....	53
2.3.2 - Local.....	55
2.3.2.1 - Características do ambiente de coleta.....	55
2.3.3 - Procedimentos para coleta de dados do Estudo Amostral	55
2.3.4 - Procedimentos de análise de dados do Estudo Amostral	56
2.3.5 - Resultados do Estudo Amostral.....	58
CAPÍTULO III.....	72
3.1 - DISCUSSÃO DOS DADOS, CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
3.1.1 - Discussão dos dados	72
3.1.2 - Conclusões	80
3.1.3 - Considerações Finais	81

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	84
APÊNDICES.....	92
ANEXOS	103

APRESENTAÇÃO

Sempre fui apaixonada por ler e estudar. Em muitos momentos, quando me vejo frente a uma temática nova, também me vejo frente a um grande desafio e foram incontáveis os desafios enfrentados durante o percurso de formação. Ao final do primeiro ano da graduação em Psicologia, me deparei com a possibilidade de cursar licenciatura junto com o bacharelado e aceitei. Ao longo das disciplinas em licenciatura, pude ter mais contato com a relação entre a Psicologia e a Educação no Brasil e o surgimento da Psicologia. Conheci uma das professoras que mais me inspirou a pesquisar sobre a educação. Fui bolsista voluntária no Programa de Iniciação Científica em uma pesquisa cuja temática era referente à educação, cultura e psicologia e foi, também na graduação, que ocorreu o contato com a educação especial e a inclusão escolar, na disciplina de Psicologia e Educação. Lembro-me de ter ficado encantada com as possibilidades que a inclusão fornece para as crianças.

Durante a graduação, sempre quis aprender mais e poder aproveitar tudo que era possível dentro do ambiente acadêmico. Participei de ligas acadêmicas, organizei eventos, participei do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação à Docência, no qual desenvolvíamos oficinas voltadas para estudantes adolescentes, fui voluntária em projetos de extensão e foi em um desses projetos de extensão que notei interesse novamente pela inclusão.

No terceiro e no quarto ano da graduação conheci o campo teórico das Habilidades Sociais (HS), no início do quinto ano estagiei como acompanhante terapêutica em uma escola. Experiência a qual coloquei em prática muito do que havia aprendido na teoria sobre Habilidades Sociais. A partir desse percurso, cursar o mestrado entrou nos planos no último ano da graduação.

Ao pesquisar sobre as Universidades e Programas de Pós-Graduação que me interessavam, descobri o Programa de Pós-Graduação em Educação Especial. O primeiro ano do mestrado foi cheio de desafios, dentre eles, escrever um projeto de pesquisa novo e, com isso, veio o “novo”, um novo deslumbrante, que me abriu um imenso campo de conhecimento e o contato com a temática da Paralisia Cerebral, em específico, de adolescentes com Paralisia Cerebral.

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa teve como ponto de partida a problematização acerca do processo de desenvolvimento de adolescentes com Paralisia Cerebral (PC) no que tange à funcionalidade e às Habilidades Sociais. A paralisia cerebral é a causa mais comum de deficiência motora na infância, representa um grupo de desordens permanentes do desenvolvimento do movimento, do tônus e da postura, acarretando limitações nas atividades que são referidas a distúrbios não progressivos acontecidos no desenvolvimento fetal ou no cérebro infantil (PEREIRA, 2018; ROSENBAUM et al., 2007).

Durante o desenvolvimento, a adolescência é uma fase na qual, naturalmente, ocorrem demandas familiares, culturais, sociais, busca por maior independência e autonomia, inserção em novos ambientes e construção de novas relações sociais. Ou seja, há novas mudanças nos aspectos socioculturais, emocionais, sexuais, físicos, principalmente, em adolescentes com Paralisia Cerebral, uma vez que encontram desafios que lhes são impostos pela própria condição de deficiência. As Habilidades Sociais são comportamentos importantes durante este período do ciclo vital visto que são constituídas por comportamentos sociais, reconhecidos e aprovados pela cultura, que podem favorecer a consecução de objetivos, aumento da autoestima e da autoeficácia (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2017a).

O problema de pesquisa deste estudo refere-se à necessidade de avaliação do repertório de Habilidades Sociais de adolescentes com Paralisia Cerebral, a necessidade de identificação de outras variáveis como: comunicação, aspectos motores, classificação econômica e proposta pedagógica da escola que pode contribuir para o desenvolvimento do repertório de Habilidades Sociais. Sendo assim, a questão de pesquisa do estudo consiste em: “Existem relações entre as variáveis de Habilidades Sociais, características motoras e comunicativas entre os adolescentes com Paralisia Cerebral?”.

Justifica-se a relevância deste estudo posto que: (a) a Paralisia Cerebral é a causa mais comum dentre as causas de deficiência física na infância; (b) o surgimento de demandas próprias da adolescência; (c) a importância do repertório de Habilidades Sociais no desenvolvimento dos adolescentes para lidarem com situações que demandam independência, autonomia e resolução de conflitos, principalmente, para adolescentes com Paralisia Cerebral que podem enfrentar algumas barreiras de acessibilidade comunicacional e de mobilidade, o que complexifica o estabelecimento das classes e subclasses de Habilidades Sociais para essa população pesquisada.

Considerando o exposto, as Habilidades Sociais, as características motoras, comunicativas e classificação econômica são aspectos basilares no ciclo vital, no entanto para além destes, um dos meios primordiais responsável pelo desenvolvimento e aprendizagem do indivíduo durante a vida é a educação. Deste modo, o tipo de escola e o uso de estratégias de intervenção precoce são de suma importância no desenvolvimento cognitivo e adaptativo da criança e é por meio da educação que ocorre a habilitação dos indivíduos para o exercício integral da cidadania.

Além de ser um meio que proporciona exercício integral da cidadania, a história da educação das pessoas com deficiência passou por muitas mudanças no decorrer do tempo. Atualmente, existem leis que garantem a educação e, *a posteriori*, a inserção delas no mercado de trabalho. No entanto, para que isto aconteça, é necessário que ocorra a inclusão social. A inclusão escolar pode ocorrer por meio da Educação Especial. A Educação Especial consiste na modalidade de educação escolar oferecida, preferencialmente, na rede regular de ensino para educandos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação (BRASIL, 2013). Como apontado por Mendes (2006), ano a ano, nota-se o aumento de matrículas de alunos Público-Alvo da Educação Especial (PAEE)¹. Ao considerar o aumento do acesso à escola, a autora aponta que além do acesso é necessário garantir a permanência e o sucesso escolar desse alunado nas escolas de ensino regular (MENDES, 2006).

A presente pesquisa apresenta como **objetivo geral**: Avaliar o repertório Funcional e de Habilidades Sociais de adolescentes com Paralisia Cerebral. Como objetivos específicos: identificar os níveis da função motora grossa e de comunicação; descrever as habilidades sociais mais presentes no repertório dos adolescentes com Paralisia Cerebral; reconhecer em quais classes de Habilidades Sociais apresentam déficits comportamentais e; relacionar as variáveis de Habilidades Sociais, características motoras, comunicativas, classificação econômica e tipo de escola entre os adolescentes com Paralisia Cerebral.

A dissertação é constituída por três capítulos, sendo o primeiro capítulo sobre a fundamentação teórica da pesquisa, constituída pelos conceitos da Paralisia Cerebral, Adolescência, Habilidades Sociais e Paralisia Cerebral e Habilidades Sociais. O segundo capítulo apresenta o método do estudo, o qual consiste em um estudo analítico observacional, do tipo de corte transversal, os estudos piloto e amostral, bem como os resultados destes. O terceiro capítulo é composto pela discussão dos dados, conclusões e pelas considerações finais.

¹ Conforme a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva de 2008 são alunos Público-Alvo da Educação Especial os alunos com deficiência, transtornos globais de desenvolvimento e com altas habilidades/superdotação (BRASIL, 2008).

CAPÍTULO I

1.1 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo serão expostos conceitos relacionados à Paralisia Cerebral, Adolescência, Habilidades Sociais e estudos sobre Habilidades Sociais em pessoas com Paralisia Cerebral de modo a apresentar as justificativas à questão do estudo apresentada.

1.1.1 - PARALISIA CEREBRAL E FUNCIONALIDADE

A Paralisia Cerebral configura um grupo de desordens permanentes do desenvolvimento do movimento e da postura, as quais implicam em restrições na execução de atividades. As desordens são atribuídas a distúrbios não progressivos ocorridos no desenvolvimento fetal ou no cérebro infantil. As desordens motoras na Paralisia Cerebral ocorrem com frequência, acompanhadas por distúrbios na sensação, percepção, cognição e comportamento, por epilepsia e por problemas musculoesqueléticos (ROSENBAUM et al., 2007).

Nos últimos anos, os números referentes à prevalência demonstram que a Paralisia Cerebral representa a causa mais comum de deficiência física na infância, apontando para 2 a 2,5 por 1000 nascimentos no mundo e permanece constante ao longo das pesquisas realizadas (OSKOUI et al., 2013; STANLEY; ALBERMAN; BLAIR, 2000). No entanto, atualmente no Brasil, não existem números oficiais em relação à prevalência de pessoas com Paralisia Cerebral e os estudos de caracterização ocorrem, geralmente, em ambulatórios regionais de instituições de ensino superior. Segundo Pereira (2018), em países com uma grande diversidade regional e desigualdades, como o Brasil, existe a possibilidade de prevalências maiores em alguns grupos populacionais e em algumas regiões.

De acordo com as Diretrizes de Atenção à Pessoa com Paralisia Cerebral, os dados referentes ao Brasil são dimensionados tendo como base dados de outros países em desenvolvimento (BRASIL, 2014). Em países desenvolvidos, a prevalência é menor do que em países em desenvolvimento, este fato é justificado devido aos problemas nos cuidados pré-natais e ao atendimento primário às gestantes (BRASIL, 2014; ZANINI et al., 2009; FONSECA et al., 2011; LEITE; PRADO, 2004).

No Brasil, ao avaliarem o perfil epidemiológico de crianças diagnosticadas com Paralisia Cerebral atendidas no Centro de Reabilitação Lucy Montoro de São José dos Campos no estado de São Paulo, houve predominância do gênero masculino (55%) e com faixa etária

entre quatro e seis anos (32%) (TOLEDO et al., 2015). Em Aracaju, no estado de Sergipe, a prevalência de Paralisia Cerebral entre crianças e adolescentes foi de 1,64 para cada 1000, sendo o sexo masculino o que apresentou maior frequência (56,25%), raça/cor parda ou preta (67,50%), subtipo mais comum bilateral espástica (45,42%), com maior acometimento das comorbidades de epilepsia (48,33%) e da deficiência intelectual (30%). Ao analisarem as famílias, os dados apontam que 58% das famílias têm renda familiar de até um salário-mínimo. Neste estudo, foram encontradas associações da prevalência da Paralisia Cerebral com áreas de vulnerabilidade em saúde, sendo estas áreas em que a população está exposta a riscos ambientais, sanitários e de saúde (PEIXOTO, 2018).

Em relação ao período de desenvolvimento da Paralisia Cerebral, a atual definição não estabelece uma idade específica, no entanto, enfatiza o dado de que a lesão no Sistema Nervoso Central (SNC) deve ocorrer na primeira infância, nas fases iniciais do desenvolvimento biológico da criança, comumente antes dos 18 meses, ou seja, antes do desenvolvimento de funções como andar, manipular objetos, correr etc. No entanto, frequentemente, o diagnóstico só é estabelecido em torno dos 24 meses (ROSENBAUM et. al., 2007).

O diagnóstico é realizado com bases clínicas, identificado por modificações do movimento e postura. O diagnóstico precoce é importante devido às intervenções imediatas que podem ser realizadas e, conseqüentemente, por causa dos benefícios que podem ser destinados ao desenvolvimento da criança (BRASIL, 2014; ROSENBAUM et. al., 2007). De acordo com Pereira (2018), intervenções imediatas e sistematizadas durante os dois primeiros anos de vida ampliam as perspectivas de recuperação funcional.

Quanto à etiologia, a Paralisia Cerebral possui um grupo heterogêneo quanto aos sinais clínicos e à severidade de comprometimentos. A etiologia é referente a fatores:

A) Pré-natais, como as infecções congênitas (rubéola, sífilis, toxoplasmose); falta de oxigenação; desnutrição materna; incompatibilidade entre Rh da mãe e do pai; desnutrição materna; pressão alta materna; diabetes materna; colisão no abdômen materno; exposição aos raios-X nos meses iniciais da gravidez (GERALIS, 2007; OLIVEIRA; PINTO; RUFFEIL, 2007; PIOVESANA, 2002).

B) Perinatais, como eclâmpsia (na iminência da eclâmpsia, ou seja, na pré-eclâmpsia ocorrem dores de cabeça, hipertensão, alterações visuais, no entanto, a eclâmpsia consiste nas convulsões que ocorrem na gestante); anoxia cerebral (falta de oxigênio no cérebro); rompimento demorado das membranas amnióticas por período maior ao de 24

horas; lesão acarretada por partos difíceis; trabalho de parto demorado; manobras obstétricas violentas; frequência cardíaca fetal lenta; parto prematuro (GERALIS, 2007; OLIVEIRA; PINTO; RUFFEIL, 2007; PIOVESANA, 2002).

C) Pós-natais como infecções cerebrais causadas por meningite ou encefalite; traumas ou ferimentos na cabeça; febre prolongada e muito alta; desidratação com alta perda de líquidos; falta de oxigênio por afogamento; envenenamento por gás e por chumbo; sarampo e traumatismo cranioencefálico (GERALIS, 2007; OLIVEIRA; PINTO; RUFFEIL, 2007; PIOVESANA, 2002).

Em relação aos sinais clínicos, estes abrangem as alterações de tônus muscular² e presença de movimentos atípicos, além da distribuição topográfica do comprometimento como por exemplo, movimentos involuntários em articulações das extremidades de membros superiores e inferiores (CANS et. al, 2007). No que tange à severidade de comprometimentos, a Paralisia Cerebral está ligada às restrições das atividades e à presença de comorbidades, geralmente, de distúrbios sensoriais, perceptivos, cognitivos, de comunicação e comportamental, epilepsia e problemas musculoesqueléticos secundários (BRASIL, 2014; ROSENBAUM et. al., 2007; BAX et al., 2005).

Com fundamento na anormalidade neuromotora predominante, a Paralisia Cerebral advinda da distribuição da alteração no tônus muscular pode ser dividida em três classificações: espástica, discinética, atáxica ou não classificável. O tipo espástico é mais comum, desenrolando-se em 80% dos casos e sendo diferenciado em unilateral e bilateral, caracterizado por musculatura hipertonificada e dificuldades em se movimentar. Os discinéticos são diferenciados em distonia e coreoatetose, caracterizado por movimentos involuntários e posturas inapropriadas por causa da coordenação motora deficitária e das alterações na regulação do tônus. A atáxica é descrita pela diminuição da tonicidade muscular, pela ausência de coordenação movimentos e pelo equilíbrio deficitário (CANS et al., 2007; GERALIS, 2007; ROSENBAUM et. al, 2007; ODDING; ROEBROEK; STAM, 2006; SCHWARTZMAN, 2004). Outras alterações que podem ocorrer durante o desenvolvimento são referentes aos problemas musculoesqueléticos secundários, as contraturas musculares e tendíneas, rigidez

² De acordo com Kandel, Schwartz e Jessell (2003) e Masi e Hannon (2008), o tônus muscular é composto por propriedade diferente dentre elasticidade, viscosidade e contratilidade do músculo esquelético e a relevância do tônus manifesta-se nas funções associadas ao controle motor e estabilidade articular.

articular, deslocamento de quadril e deformidade na coluna, estando associadas ao crescimento físico, à espasticidade muscular, dentre outros (ROSENBAUM et al., 2007).

Os comprometimentos sensoriais, perceptivos e cognitivos correlacionados podem incluir: (a) visão; (b) audição; (c) tato; (d) a capacidade de interpretar as informações sensoriais e/ou cognitivas. Além disso, podem ocorrer como consequência de distúrbios primários (decorrentes da própria lesão no SNC) ou dos secundários (resultantes das limitações de atividades que, conseqüentemente, limitam o aprendizado e o desenvolvimento de experiências sensorio-perceptuais e cognitivas) (ROSENBAUM et al., 2007). As alterações cognitivas, psicológicas e comportamentais podem ocasionar alterações no sono, transtornos do humor, da ansiedade e as crises convulsivas são frequentes (BRASIL, 2014; HIDECKER et al., 2011; ROSENBAUM et al., 2007).

Os distúrbios primários ou secundários podem afetar também as áreas da comunicação expressiva, receptiva e da habilidade de interação social. A estimativa de alterações na comunicação em pessoas com Paralisia Cerebral pode variar de 31% a 88%. Dentre as causas dessas estão: “falta de consenso sobre a definição de alterações na comunicação, a gravidade da Paralisia Cerebral e a variabilidade dos fatores interferentes no desenvolvimento da linguagem e da aquisição de habilidade comunicativas” (BRASIL, 2014, p. 32). Como meio de auxiliar nos prejuízos advindos dos distúrbios da comunicação expressiva e receptiva tem-se a Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA). A CAA é um grupo de procedimentos que possui como objetivo potencializar a comunicação por meio do complemento ou da substituição da fala e/ou escrita (AMERICAN SPEECH LANGUAGE HEARING ASSOCIATION, 2002 apud CESA; MOTA, 2015). A CAA permite benefícios ao usuário e na qualidade de vida da família (BRANCALIONI et al., 2011; SAITO; TURNBULL, 2007; MILLAR; LIGHT; SCHLOSSER, 2006).

A CAA é um sistema de comunicação com ampla diversidade, o qual beneficia desde criança até idosos, pode ser utilizada por meio de prancha de comunicação de alta e/ou baixa tecnologia no ambiente social, escolar e familiar (CESA; MOTA, 2015). O estabelecimento de uma forma de comunicação entre o indivíduo com Paralisia Cerebral e o meio que o cerca é fundamental. As primeiras interações da criança ocorrem na família, portanto, de acordo com Baltor, Borges e Dupas (2014), a família e a criança criam estratégias de comunicação, buscando uma forma de comunicação efetiva. Além disso, ressalta-se que a introdução desde o início do desenvolvimento pode apresentar benefícios como a aquisição e organização da fala e um suporte para a oralidade, a compreensão, a leitura e a escrita (CESA; MOTA, 2015).

Frente aos diversos quadros clínicos de Paralisia Cerebral e de diferentes classificações em relação aos sinais clínicos e à distribuição anatômica, utilizam-se outras classificações, advindas do *Gross Motor Function Classification System* (GMFCS) o qual está traduzido para o Brasil como: Sistema de Classificação da Função Motora Grossa Ampliado e Revisto (GMFCS E&R), Sistema de Classificação da Função de Comunicação (CFCS) e Manual *Ability Classification System* (MACS) (Sistema de Classificação de Habilidade Manual).

O GMFCS E&R consiste em um sistema padronizado em que é possível classificar a condição motora grossa da criança ou do adolescente com Paralisia Cerebral, este instrumento vem sendo largamente adotado e utilizado tanto na prática clínica quanto em pesquisas científicas visto que, também proporciona uma comunicação clara entre os profissionais de saúde e oportuniza compreender o prognóstico de cada nível funcional, conseqüentemente, contribui no planejamento da reabilitação e assistência às famílias (SILVA; PFEIFER; FUNAYAMA, 2010; MORRIS; BARTLETT, 2004; OSTENJO; CARLBERG; VOLLESTAD, 2003; ROSENBAUM et al., 2002; PALISANO et al., 1997).

O MACS constitui-se em um sistema de classificação da função manual de crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral de quatro a 18 anos, apresenta como foco para classificação do desempenho bimanual no decorrer das atividades de vida diária em ambientes rotineiros. A classificação também varia do nível I (um) ao nível V (cinco), no entanto, neste caso no nível I (um) são incluídas as crianças e adolescentes que manipulam objetos facilmente e no nível V (cinco) são incluídos os sujeitos que não manipulam objetos e possuem habilidade excessivamente limitada para desempenhar até mesmo ações simples (ELIASSON et al., 2006).

As classificações citadas anteriormente focam na realização de atividades pautadas na participação e funcionalidade do indivíduo, baseados no modelo da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (WHO, 2006), que “descreve a saúde e o perfil de funcionalidade e/ou de incapacidade do indivíduo com determinada doença ou condição de saúde” (BRASIL, 2014, p. 16). Em contraponto ao que ocorria antigamente, que as pesquisas tinham como foco estudar os déficits motores e físicos, atualmente, os estudos contemporâneos possuem como foco a funcionalidade, ou seja, centra-se na relação existente entre a gravidade da condição motora e o meio em que o indivíduo está inserido (CHIARELLO et al., 2012; COLVER et al., 2012; PALISANO et al., 2011).

Segundo Ferrari, Thompson e Melchior (2008), são indispensáveis transformações nos serviços de saúde e de educação tendo como objetivo a promoção de diálogo educado, respeitoso, acessível e contemporâneo entre as instituições e os adolescentes. As

transformações e a conciliação das condições impostas aos adolescentes com os recursos à disposição, indubitavelmente, afetam a saúde mental dos mesmos (MATOS; LOBO, 2009).

Em relação aos sistemas de saúde, Santos, Marques e Souza (2017) analisaram a longitudinalidade do cuidado percebido pelos cuidadores de crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral por meio de uma pesquisa qualitativa e descritiva e inferiram que existe um cuidado evidente e perceptível por parte dos cuidadores em relação aos cuidados das crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral, os cuidadores dedicam e destinam muito tempo para o cuidado com as crianças e adolescentes. Foi inferido que existe, por parte dos cuidadores, uma renúncia ao tempo livre deles, às atividades diárias e às atividades profissionais (SANTOS; MARQUES; SOUZA, 2017).

Os resultados apontam que, conforme o desenvolvimento da criança, ocorre também o aumento da complexidade das atividades diárias e, por conseguinte, relato dos problemas vivenciados no contexto familiar como: ausência/deficiência das respostas formais do Estado frente às necessidades integrais de cuidado à Paralisia Cerebral, ausência de uma rede articulada de cuidado para esta população, descontinuidade de atenção entre os serviços e influência de forma grave na qualidade de vida das crianças e suas famílias (SANTOS; MARQUES; SOUZA, 2017). Portanto, de acordo Santos, Marques e Souza (2017), há inexistência na atenção à saúde e, como consequência, impacto negativo nos resultados sanitários do sistema de atenção à saúde, visto que ocorre utilização ineficiente dos recursos. Ressaltam que é necessário o estabelecimento de fluxos de cuidado na gestão dos serviços de atenção, responsável pela garantia da equidade e integralidade das pessoas com Paralisia Cerebral (SANTOS; MARQUES; SOUZA, 2017).

Apesar de o trabalho não ser sobre adolescentes com deficiência, as autoras Maia, Soares e Leme (2019) desenvolveram um estudo cujo objetivo era comparar e relacionar Habilidades Sociais, problemas de comportamento e desempenho acadêmico de alunos do 6º e 7º ano utilizando o Sistema de Avaliação de Habilidades Sociais nas versões estudantes, pais e professores. Os resultados indicaram que os alunos do 6º ano apresentam menor repertório de Habilidades Sociais do que os alunos do 7º ano, as correlações entre os dados dos pais e professores demonstraram que ocorre menor incidência de comportamentos problemáticos quanto maior o compromisso com as tarefas propostas e domínio emocional frente ao proposto. O estudo conclui que, conforme os estudantes crescem e percebem o recebimento do apoio das pessoas mais próximas, mais conseguem elaborar e desenvolver o repertório de Habilidades Sociais, as relações sociais e o avanço nos estudos e desempenho escolar (MAIA; SOARES; LEME, 2019).

Indivíduos com desenvolvimento típico são confrontados com situações às quais não estavam previstas por eles, no entanto, os desafios e dificuldades encontrados pelos adolescentes com Paralisia Cerebral são superiores devido às questões que lhes são impostas pela condição (MATOS; LOBO, 2009). Interessadas em investigar o autoconceito, o *coping*³ e a saúde mental de adolescentes com Paralisia Cerebral, Matos e Lobo (2009) investigaram uma amostra de 78 participantes, com faixa etária de 12 a 19 anos e encontraram como resultados os seguintes dados: as jovens do sexo feminino apresentam valores de psicopatologia mais elevados do que os rapazes; os valores do autoconceito diminuem à medida que a idade aumenta; os valores do “*coping* não ativo” aumentam à medida que a idade aumenta; existe uma correlação negativa do autoconceito com todos os índices de psicopatologia e; o “*coping* não ativo” correlaciona-se negativamente com a ansiedade (MATOS; LOBO, 2009). Desta maneira, o aumento da interação social, a consecução de atividades, a valorização das formas de comunicação dos indivíduos com Paralisia Cerebral e o aumento do repertório de Habilidades Sociais podem contribuir para a saúde mental destes indivíduos.

Ao considerar o fato de que os adolescentes típicos são confrontados por possuírem oportunidades de vivenciar algumas situações que demandam um repertório de Habilidades Sociais, ressalta-se a importância de existir a possibilidade de desenvolvimento e de treino de Habilidades Sociais nos ambientes, contextos e situações que adolescentes com Paralisia Cerebral frequentam e vivenciam. O repertório de enfrentamento vai sendo construído desde a infância como apresentado por Silva, Martinez e Santos (2012) sobre a participação da criança com Paralisia Cerebral nas atividades funcionais nos diferentes ambientes da escola. Os resultados indicaram diferenças significativas nos escores da participação nos ambientes Transporte e Pátio/Recreio, Transporte e Transições, Transporte e Classe, Transporte e Lanche, Banheiro e Classe, Banheiro e Lanche. Os resultados também apontaram que, apesar das crianças apresentarem boa participação na classe, a presença de barreiras arquitetônicas interferiu negativamente nos comportamentos delas. Os dados apontaram ainda que recursos para mobilidade constituíam em importantes facilitadores da participação no pátio/recreio. Por fim, os dados demonstram a urgência de ações governamentais para implementação de adaptações ambientais nas escolas (SILVA; MARTINEZ; SANTOS, 2012).

³ As definições de *coping* escolhidas por Matos e Lobo (2009) para o estudo foram: o modelo “que desenvolve a ideia de variabilidade no ajustamento, individual e familiar, à doença crônica e à deficiência, como função da interdependência de fatores de risco e de resiliência e da forma como eles atuam” (WALLANDER, VARNI, BABANI, BANIS; WILCOX, 1989 apud MATOS; LOBO, 2009, p. 231) e o modelo “que coloca a hipótese de que a relação entre a doença e o resultado da adaptação é uma função de transações entre aspectos biomédicos, aspectos demográficos e processos psicossociais” (THOMPSON; GUSTAFSON, 1996 apud MATOS; LOBO, 2009, p. 231).

Além disso, segundo Maia, Soares e Leme (2019), a passagem da criança para esse novo ciclo do desenvolvimento abarca mudanças importantes como nos ciclos escolares, início da puberdade e nos contextos. Consoante a isto, Marturano (2013) apresenta que as mudanças escolares podem apresentar, como consequências, dificuldades comportamentais e sociais. Elias, Marturano e Motta-Oliveira (2012) consideram que pode ocorrer uma maior facilidade na aprendizagem dos conteúdos acadêmicos de acordo com a existência de interações sociais saudáveis, visto que a interação em sala de aula pode ser um fato que corrobora com essa facilidade na aprendizagem. Com base nos estudos centrados em pesquisar a funcionalidade, na relevância dos estudos que abordam a população adolescente com Paralisia Cerebral, revela-se fundamental estudar e pesquisar sobre a temática da Paralisia Cerebral e da adolescência.

1.1.2 - ADOLESCÊNCIA

A transição entre a infância e a vida adulta consiste na adolescência, identificada pelos impulsos do desenvolvimento mental, emocional, sexual, físico, social e pelas demandas e esforços tangentes às expectativas culturais da sociedade (TANNER, 1962). De acordo com a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano (TBDH), Bronfenbrenner (2011) considera a adolescência um fenômeno que inclui transformações físicas, sociais e culturais, fenômeno que evidencia transformações e alterações expressivas durante o crescimento dos seres humanos. Conforme Bronfenbrenner (2011), o processo do desenvolvimento decorre por intermédio de interações recíprocas, a criança, família, a estrutura e a conjuntura da sociedade e o cenário econômico, todas essas instâncias fazem parte do curso de vida do indivíduo desde a infância até a velhice.

Bronfenbrenner (2011) apresenta uma visão integrada da pessoa com o seu contexto, uma visão ampla e inclusiva, considera que existem diferentes forças e fenômenos atuantes sobre os indivíduos e, principalmente, que ocorre uma atuação em prol da melhora da vida das pessoas. De acordo com a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano, o desenvolvimento das pessoas deve ser considerado de uma forma dinâmica dado que as interações com os contextos em que estão inseridas podem influenciar diretamente o bem-estar destas (BRONFENBRENNER, 2011; BENETTI et al., 2013).

Bronfenbrenner (2005) considera as dimensões: processo, pessoa, contexto e tempo. No que tange ao desenvolvimento, as quatro dimensões formam o Modelo PPCT, o qual apresenta a possibilidade de promover mudanças positivas na sociedade e na ciência (BARRETO, 2016). A partir deste modelo, o desenvolvimento humano é contextualizado e interativo, ou seja, o ser

humano é um ser ativo no seu processo de desenvolvimento e dependente de outros seres humanos que interagem com ele (BRONFENBRENNER, 2005). Além disso, Bronfenbrenner (2005) demonstra apreensão em relação ao futuro das gerações seguintes frente às conjunturas complexas na sociedade. Segundo Barreto (2016), a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano abarca o desenvolvimento humano e familiar como “faces de uma mesma moeda, estendendo-se ao longo do curso da vida e do desenvolvimento humano, englobando as várias gerações e a história da humanidade” (BARRETO, 2016, p. 280), ou seja, como um fenômeno de continuidade e mudanças biopsicológicas dos seres humanos em interação com outras pessoas.

Segundo Barreto (2016), “o ciclo de vida, ou ciclo vital, frequentemente, descreve uma sequência de eventos ontogenéticos transcorridos do nascimento até a morte da pessoa, e ou, da família” (BARRETO, 2016, p. 281). Sendo a adolescência um período de continuidade com mudanças biopsicológicas e muitas novas demandas e desafios, os jovens, em muitos momentos, se encontram frente a situações que não estavam esperando ou para as quais não foram preparados ao longo do curso da vida. De acordo com Valle e Mattos (2011), as demandas que perpassam são mudanças e incertezas em relação ao futuro, mudanças físicas no corpo e emocionais, que refletem na personalidade e no comportamento em sociedade. Existem as singularidades em relação à estrutura familiar, possíveis problemas de depressão e ansiedade, mudanças de fases escolares, aumento das exigências da escola e escolha profissional. Frente as estas situações complexas, para as quais não foram preparados ao longo do curso da vida, recorre-se a prevenção frente aos possíveis riscos na saúde física, psicológica e a inserção em contextos, ambientes e situações que possam promover o desempenho social. Situações as quais caso tivessem um amplo repertório comportamental desenvolvido desde a infância por meio de contextos, ambientes e situações, talvez as perpassariam de uma forma menos conflituosa. Quanto aos limites cronológicos, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define a idade entre dez e 19 anos, enquanto a Organização das Nações Unidas (ONU) define entre 15 e 24 anos. De acordo com o Ministério da Saúde do Brasil, a faixa etária consiste entre dez e 24 anos (BRASIL, 2010; OMS, 1986).

Frente às novas experiências advindas do período da adolescência, independente de qual fator cronológico se considera, a experiência “dentro do curso de vida é um elemento crítico na teoria de Bronfenbrenner” (BARRETO, 2016, p. 282). Deste modo, tanto as particularidades objetivas quanto as subjetivas são relevantes ao serem experienciadas e devem ser consideradas ao longo das experiências que vão sendo realizadas no decorrer do ciclo vital. Sendo assim, independente do fato de não existir um consenso sobre a faixa etária de início e término da

adolescência, apresenta-se de suma importância que os adolescentes tenham meios para lidar com os desafios e mudanças nos aspectos físicos, sociais, culturais e emocionais (WINNICOTT, 2001).

Considerando as interações que lidam durante a adolescência, é necessário que esses recursos coexistam com a saúde. A partir da década de 1990, a saúde, em uma das suas conceituações, foi definida como “consequência de uma complexa interação entre fatores sociais, ambientais, biológicos e psicológicos” (SILVA; HELENO, 2012, p. 70). Ao analisar além das mudanças cronológicas e/ou fisiológicas, Senna e Dessen (2015) objetivaram estimular uma reflexão a respeito das relações entre o desenvolvimento do adolescente e a promoção de saúde, discutiram sobre a complexidade do conceito de adolescência e destacaram a relevância do processo de “compreender como os adolescentes, entendem, refletem, reagem e lidam com os eventos da adolescência, e como aprenderam e adotaram crenças, conhecimentos e competências para se comportarem em relação à própria saúde” (SENNA; DESSEN, 2015, p. 226). Aspirando fornecer recursos para as ações e políticas de cuidado e proteção dos adolescentes, destacam que ações voltadas para promoção e proteção à saúde do adolescente que obtém êxitos são as que se fundamentam “nas questões do desenvolvimento humano, e que reconhecem o adolescente como indivíduo em desenvolvimento, em contextos sociais e culturais também em desenvolvimento” (SENNA; DESSEN, 2015, p. 226).

Ao longo de todo ciclo vital ocorrem mudanças, no entanto, algumas são mais notáveis do que outras como as da infância para a adolescência e da adolescência para a fase adulta. A transição da adolescência para a vida adulta é marcada por papéis sociais profissionais e familiares, os quais também podem ocorrer em consonância com sentimento de ansiedade, inseguranças, incertezas e novos receios (ANDRADE, 2010). Para além disso, a transição também é demarcada pelas condições socioculturais e econômicas (LEME, 2016). Baseando-se nas mudanças para a adolescência como vida social, sexual, escolar, profissional e a relevância de novos desempenhos frente a estas, os fatores protetores e de risco à saúde psicológica dos adolescentes com Paralisia Cerebral está no campo das Habilidades Sociais, sendo este “como fator de proteção no curso do desenvolvimento humano” (MURTA, 2005, p. 283).

1.1.3 - HABILIDADES SOCIAIS

A origem das Habilidades Sociais apresenta uma série de raízes históricas as quais não foram reconhecidas (CABALLO, 2012). Consiste em um conjunto de classes de

comportamentos que o indivíduo possui para resolver demandas existentes nas relações interpessoais, “é uma denominação que engloba conceitos, técnicas e procedimentos, com aplicações em diferentes setores de atividade humana” (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2017b, p. 12).

Existem três conceitos-chaves que baseiam o campo das Habilidades Sociais: (a) Desempenho Social (DS), (b) Habilidades Sociais e (c) Competência Social (CS). Como apresentado na Figura 1.

Figura 1. Conceitos-chaves do campo das Habilidades Sociais.



Fonte: Elaboração própria a partir de Del Prette e Del Prette (2017a).

O desempenho social compreende a totalidade de comportamentos emitidos em interações sociais (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2017a). As Habilidades Sociais são aprendidas durante toda a vida, apresentam relevância durante o ciclo vital e referem-se a:

Um construto descritivo dos comportamentos sociais valorizados em determinada cultura com alta probabilidade de resultados favoráveis para o indivíduo, seu grupo e comunidade que podem contribuir para um desempenho socialmente competente em tarefas interpessoais (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2017a, p.24).

Consonante ao apresentado, Caballo (2012) afirma que a infância é um período crítico na aprendizagem das Habilidades Sociais e que estas devem ser observadas dentro de um contexto cultural determinado. A forma como as Habilidades Sociais são apresentadas pode variar em classes e subclasses. Até o momento, as principais identificáveis na literatura que são significativas durante todo o ciclo vital e para desempenho dos papéis sociais assumidos durante a vida são: comunicação, civilidade, fazer e manter amizade, assertividade, autocontrole e expressividade emocional, expressar solidariedade, manejar conflitos e resolver problemas

interpessoais, expressar afeto e intimidade, coordenar grupo e falar em público (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2017a).

As classes de comportamento e emissão das Habilidades Sociais possuem um objetivo ou função similar que podem ser apresentados de diferentes formas. Quando esses comportamentos são reagrupados em novos conjuntos, são classificados em subclasses de comportamentos (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2017b). Para ilustrar, Del Prette e Del Prette (2017b) exemplificam a classe de comportamentos “expressar sentimentos” que, quando dividida e reagrupada em sentimentos positivos e negativos, constituem uma subclasse de comportamentos.

Não existe um consenso na literatura no que diz respeito a um sistema de classificação das subclasses das Habilidades Sociais, principalmente no que diz respeito à população infantil e adolescente (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2005a). A classificação listada e trabalhada no presente estudo está de acordo com os estudos de Del Prette e Del Prette (2005a) pertencente às Habilidades Sociais na infância, refere-se às Habilidades Sociais durante o desenvolvimento e nos papéis sociais assumidos ao longo da vida (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2017a).

Durante o ciclo vital, as classes e subclasses podem assumir função semelhante, no entanto, podem variar a topográfica de emissão.

A) Habilidades Sociais de Comunicação: compreendem a comunicação que pode ocorrer de forma direta e indireta, “na comunicação direta, a verbal está sempre associada à não verbal, que pode complementar, ilustrar, substituir e às vezes até contrariar a verbal (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2017a, p. 28). Abrangem comportamentos de iniciar e manter um diálogo, incluindo fazer e responder perguntas, elogiar e agradecer quando elogiado, pedir e fornecer feedback e manifestar opinião (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2005a, 2017a).

B) Habilidades Sociais de Civilidade: são compostas pelos comportamentos utilizados, normalmente, em encontros sociais breves e ocasionais. Contêm comportamentos de cumprimentar e responder aos cumprimentos, pedir favores e outras formas de demonstrar educação (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2005a, 2017a).

C) Habilidades Sociais de Fazer e Manter Amizade: constituídas pela reciprocidade no estabelecimento das interações sociais. Formadas por habilidades tanto da comunicação quanto da civilidade, apresentam habilidades como: iniciar conversação; expressar

sentimentos, elogios, feedbacks; realizar contatos, dentre outros (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2005a, 2017a).

D) Habilidades Sociais de Empatia: baseadas em comportamentos de entender e compartilhar os sentimentos com outras pessoas e possuir sensibilidade pelas outras pessoas. Compreendem: aproximar, escutar, colocar-se no lugar da outra pessoa, compreender e, caso seja preciso, demonstrar disposição para ajudar, dentre outros comportamentos como manter o contato visual (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2005a; 2017a).

E) Habilidades Sociais Assertivas: “uma classe ampla com muitas subclasses” (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2017a, p. 29). São formadas pelas seguintes habilidades: defender os direitos humanos; realizar e rejeitar pedidos; argumentar, manifestar opinião, pedir explicações sobre determinados assuntos; solicitar mudança de comportamento; expressar raiva e desagrado; aceitar, fazer e rejeitar críticas; dialogar com autoridades; dentre outras (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2005a, 2017a).

F) Habilidades Sociais de Autocontrole e Expressividade Emocional: consistem em classe de comportamentos, predominantemente, não-verbais. A classe é composta pelas subclasses: reconhecer; nomear; falar sobre as emoções e sentimentos; expressar emoções agradáveis e desagradáveis; controlar o próprio humor (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2005a).

G) Habilidades Sociais de Expressar Solidariedade: consistem em: “Identificar necessidades do outro, oferecer ajuda, expressar apoio, engajar-se em atividades sociais construtivas, compartilhar alimentos ou objetos com pessoas deles necessitadas”, dentre outros (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2017a, p. 29).

H) Habilidades Sociais de Manejar Conflitos e Resolver Problemas Interpessoais: consistem em uma classe de habilidades que possui relação direta com as outras classes, principalmente, com a assertividade e a empatia. Composta pelas subclasses: acalmar-se e exercer autocontrole frente a indícios emocionais de algum problema; identificar, nomear, determinar, elaborar possíveis soluções e resolver o problema e avaliar alternativas (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2005a, 2017a).

I) **Habilidades Sociais Acadêmicas:** compreendem os comportamentos emitidos nas situações de aprendizagem dos educandos, trata-se de “relações positivas entre a competência social e o rendimento escolar e se justifica, também, pela constatação das demandas sociais envolvidas no processo ensino-aprendizagem” (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2005a, p. 236-237). São subclasses acadêmicas: envolver-se em atividades; seguir regras; observar e prestar atenção; realizar e responder perguntas; buscar aprovação pelo desempenho; identificar e imitar comportamentos competentes de outras pessoas; participar e cooperar com o que for proposto na sala de aula, entre outros (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2005a).

J) **Habilidades Sociais de Expressar Afeto e Intimidade:** também são compostas por habilidades já apresentadas nas classes de Habilidades Sociais de assertividade, empatia, comunicação e fazer e manter amizades. São compostas por “aproximar-se e demonstrar afetividade ao outro por meio de contato visual, sorriso, toque, fazer e responder perguntas pessoais” e “demonstrar interesse pelo bem-estar do outro, lidar com relações íntimas e sexuais” (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2017a, p. 30).

K) **Habilidades Sociais de Coordenar Grupo:** consistem em ordenar, sistematizar, estruturar um grupo e conduzir um grupo. São subclasses: “organizar a atividade, distribuir tarefas, incentivar a participação de todos, controlar o tempo e o foco na tarefa, dar feedback a todos, fazer perguntas; e explicar e pedir explicações” (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2017a, p. 30).

L) **Habilidades Sociais de Falar em Público:** compostas por habilidades da civilidade, comunicação, assertividade, também compreendem em: utilizar tom de voz audível; relatar acontecimentos; mencionar conteúdos de materiais audiovisuais; olhar para a plateia; realizar e responder perguntas; utilizar de humor quando apropriado e agradecer ao final da fala (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2017a).

Como a aprendizagem das Habilidades Sociais ocorre desde a infância e, principalmente, por meio da observação (modelação) crianças observam a interação social, por exemplo, dos pais, tanto as verbais quando as não-verbais, e podem ou não aprender (CABALLO, 2012). Portanto, é importante um ambiente favorável à aprendizagem das

Habilidades Sociais. Quando não existe um ambiente favorável à aprendizagem das Habilidades Sociais, pode ocorrer déficit de aquisição, de desempenho e de fluência (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2017a). O déficit de aquisição refere-se à ausência da habilidade no repertório. O de desempenho é atribuído à emissão do comportamento abaixo do que é esperado. Enquanto o terceiro, fluência, acontece por uma falha na qualidade da emissão, isto é, o indivíduo apresenta a habilidade, mas com elevada dificuldade ou ansiedade (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2017a).

A emissão das Habilidades Sociais ocorre por meio dos elementos verbais (o que se fala), mas sua eficácia está relacionada à forma de desempenho (como se fala), portanto, a investigação dos déficits e recursos deve abranger os Componentes Não Verbais e Paralinguísticos (CNPV). Os componentes não verbais consistem no: olhar e contato visual, gestos, sorriso, expressão facial, postura corporal, contato físico, movimentos de cabeça, distância/proximidade. Ressalta-se que “os sinais não-verbais também regulam a interação. Na conversação, uma pessoa sinalizará à outra, com um assentimento de cabeça ou com um olhar, que é sua vez de tomar a palavra” (CABALLO, 2012, p. 25). Os componentes paralinguísticos consistem em: latência, intervalo entre fala e resposta; duração, tempo de fala; volume, altura da voz; velocidade, quantidade de palavras ditas no tempo de fala; ritmo, variância de pausas e entonações da fala; tonalidade, qualidade do som da fala e; fluência, qualidade da dicção e modulação da fala. (CABALLO, 2012; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2009a; 2017a).

De acordo com a literatura, os componentes das Habilidades Sociais usados com maior recorrência são: “o olhar/contato visual, as qualidades da voz, o tempo de conversação e o conteúdo verbal desta” (CABALLO, 2012, p. 22). Os CNPV retratam a forma ou topografia do desempenho das Habilidades Sociais (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2017a). No que diz respeito à topografia e à função, modificações no modo de desempenho podem auxiliar ou atrapalhar os resultados em tarefas interpessoais (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2009a), portanto:

os componentes (olhar, gestos etc.) e os processos (tomar a palavra, escolher a ocasião apropriada etc.) operam de maneira presumivelmente integrada em um indivíduo hábil e necessitamos saber quais são os componentes e processos relevantes e como estão organizados. Isto é, por um lado, é preciso estabelecer a quantidade ótima de um componente para que contribua com um comportamento socialmente hábil. Muito contato visual, por exemplo, pode ser tão inapropriado como um contato visual escasso (CABALLO, 2012, p. 23).

Assim sendo, afirma-se que tanto o verbal quanto o não-verbal são indispensáveis no campo das Habilidades Sociais. De acordo com Caballo (2012), “a conduta, tanto verbal como não-verbal, é o meio pelo qual as pessoas se comunicam com os outros e constituem, ambas, os

elementos básicos da habilidade social” (p. 24). Além disso, “a comunicação não-verbal é inevitável em presença de outras pessoas. Um indivíduo pode decidir não falar, ou ser incapaz de se comunicar verbalmente, mas ainda continua emitindo mensagens sobre si mesmo aos demais por meio de seu rosto e de seu corpo.” (CABALLO, 2012, p. 24).

A partir disto, o terceiro conceito-chave do campo de Habilidades Sociais, a competência social, é definido como:

um construto avaliativo do desempenho de um indivíduo (pensamentos, sentimentos, ações) em uma tarefa interpessoal que atende aos objetivos do indivíduo e às demandas da situação e cultura, produzindo resultados positivos conforme critérios instrumentais e éticos (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2017a, p. 37).

Segundo Caballo (2012), uma resposta “competente é, normalmente, aquela que as pessoas consideram apropriada para um indivíduo em uma situação específica” (p. 4). A competência social possui alguns critérios avaliativos, estes envolvem: (a) consecução do objetivo; (b) manutenção/melhora da autoestima; (c) manutenção/melhora da qualidade da relação; (d) equilíbrio de poder entre os interlocutores; (e) respeito/ampliação dos direitos humanos interpessoais (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2017a). Dentre os efeitos da competência social tem-se: diminuição de trocas negativas, maior equilíbrio de trocas positivas, aumento do respeito aos direitos interpessoais, aumento de comportamentos de aproximação e aumento de valores positivos de convivência (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2017a).

A relação teórica e prática no campo da Habilidades Sociais envolve um conjunto de conhecimentos e procedimentos que visam a superação de déficits, o aumento do repertório socialmente habilidoso e socialmente competente (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2001). Vários contextos são importantes no desenvolvimento de Habilidades Sociais do indivíduo desde a infância, como a família e a escola, os quais são ambientes em que o indivíduo precisa se relacionar desde cedo. Os déficits nos repertórios dos indivíduos também podem ser ocasionados por meio da aprendizagem e aquisição de Habilidades Sociais, dado que estas nem sempre ocorrem de maneira natural ou quando acontecem podem tender para comportamentos problemáticos concorrentes às habilidades, atribuindo déficits aos repertórios (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2017a). Portanto, Habilidades Sociais são importantes no auxílio da superação dos déficits nos repertórios comportamentais ao proporcionarem indicadores positivos nas áreas de saúde, bem-estar, desenvolvimento socioemocional, rendimento acadêmico, sucesso profissional e por serem consideradas como protetoras contra problemas de comportamentos e de transtornos psicológicos (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2017b).

Ao observarem diferenças entre grupos de sujeitos com alta habilidade social e pouca habilidade social foram notadas diferenças em avaliações em relação à assertividade, ansiedade,

atrativo físico, dentre outros (CABALLO, 2012). Segundo Caballo (2012), sujeitos com alta habilidade apresentam: maior conteúdo assertivo, maior variação na postura, maior duração da resposta, maior tempo de fala, maior afetação, maior autorrevelação, maior volume de voz, maior número de palavras, maior número total de interações na vida real, maior número de amigos, mais gestos com as mãos, mais sotaque e variação de tom, mais sorrisos, mais verbalizações positivas, mais pedidos de nova conduta, mais perguntas, mais perguntas com final aberto, mais tempo total passado em interações na vida real, menos perturbações da fala e menor latência de resposta. Enquanto isso, sujeitos com baixa habilidade apresentam: pouca variação da postura e da expressão facial, poucos sorrisos e gestos, muito silêncio e/ou silêncio prolongado, menos contato visual e maiores índices de ansiedade (CABALLO, 2012).

Além de ser um fator protetivo no período da adolescência, de acordo com Milani et al. (2019), as Habilidades Sociais contribuem em relacionamentos interpessoais mais saudáveis, são necessárias e importantes na qualidade da relação parental e propiciam compreensão das dificuldades encontradas pelos adolescentes ao adentrarem nesta fase do ciclo vital. Consonante ao exposto, Fogaça et al. (2019) apresentam que as Habilidades Sociais na adolescência promovem interações favoráveis com pares, comportamentos e desempenhos favoráveis em sociedade e diminuem comportamentos antissociais e uso de drogas. Portanto, de acordo com os autores referenciados, as Habilidades Sociais proporcionam aspectos positivos em relação à saúde, ao bem-estar, ao socioemocional e em aspectos acadêmicos e profissionais.

Conforme Bolsoni-Silva (2002), os seres humanos interagem socialmente durante muito tempo do desenvolvimento, quando são socialmente habilidosos promovem interações sociais satisfatórias, as quais resultam em um aumento de reforçadores e no aumento de indicadores positivos nas áreas de saúde. O Treinamento em Habilidades Sociais (THS) pode auxiliar no desenvolvimento de repertórios reforçadores nos relacionamentos interpessoais (BOLSONI-SILVA, 2002) e pode ser aplicado de forma conjunta a outras técnicas terapêuticas ou isolada, além de propiciar uma redução de déficits comportamentais (CABALLO, 2012). No Brasil, as Habilidades Sociais têm sido mensuradas por meio dos seguintes instrumentos: Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes (IHSA-Del-Prette) (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2009b); Inventário Multimídia de Habilidades Sociais para Crianças (IMHSC-Del-Prette), destinado a crianças, avaliadas pelo professor e pela criança (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2005b); Inventário de Habilidades Sociais (IHS2-Del-Prette) voltado para adultos jovens (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2018) e; Sistema de Avaliação de Habilidades Sociais (SSRS-BR) para crianças, em versão para pais, professores e também autoavaliação pela criança (FREITAS; DEL PRETTE, 2010). Visando o contato entre o campo teórico das Habilidades

Sociais e a Paralisia Cerebral, realizou-se um levantamento sobre a temática e os resultados de intervenções que foram realizadas com a população com Paralisia Cerebral.

1.1.4 - PARALISIA CEREBRAL E HABILIDADES SOCIAIS

A pessoa com deficiência é assim considerada por ter “impedimento de longo prazo de natureza, física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas” (BRASIL, 2015). Considerando as necessidades emergentes durante o ciclo vital, as condições que são colocadas pela própria deficiência e o desenvolvimento das Habilidades Sociais, pesquisas indicam para resultados positivos em intervenções voltadas para pessoas com deficiência e o desenvolvimento sistematizado de Habilidades Sociais.

Levando em consideração que as crianças com Paralisia Cerebral enfrentam algum distúrbio na função motora, constantemente, também enfrentam outros distúrbios nas funções sociais e comunicativas, impactando diretamente o desenvolvimento das Habilidades Sociais. Ao explorar a produção científica de artigos publicados em periódicos disponíveis *on-line* na base de dados Portal Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), nos idiomas Português e Inglês, nos últimos 20 anos sobre a relação entre Paralisia Cerebral e Habilidades Sociais em adolescentes, foi encontrado um baixo número de produtos científicos sobre a temática, dentre os quais destacam-se oito artigos internacionais e um nacional, sendo principalmente, artigos cujos sujeitos de pesquisa foram crianças.

Whittingham et al. (2010) investigaram a relação entre a habilidade motora e o desenvolvimento social precoce em uma amostra de crianças pré-escolares com Paralisia Cerebral em uma população de 122 crianças com Paralisia Cerebral aos 18, 24 e 30 meses de idade. Para mensurar as habilidades motoras, utilizou-se a Classificação da Função Motora Grossa Sistema (GMFCS) e para a mensurar o desenvolvimento social, utilizou-se o Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade (PEDI). Os resultados indicaram que quanto menor o funcionamento motor, ocorre um maior desenvolvimento progressivo e impacto no desenvolvimento social, englobando interações sociais, comunicação social, brincadeiras, atividades formais e informais, domésticas e/ou comunitárias. Os resultados principais indicaram que em crianças pré-escolares com Paralisia Cerebral existe uma relação entre as habilidades motoras e o desenvolvimento social e que há uma urgência de intervenções imediatas voltadas para o desenvolvimento social e intervenções com alvo no desempenho

motor para crianças com Paralisia Cerebral a partir dos 18 meses (WHITTINGHAM et al., 2010).

Limpscombe et al. (2016) pesquisaram sobre os efeitos negativos que as restrições nas atividades sociais (atividades que constituem os processos de ensino e aprendizagem, ocorridas em crianças diagnosticadas com condições adversas de desenvolvimento neurológico como a Paralisia Cerebral) ocasionam no funcionamento social posterior. Investigaram se a capacidade de comunicação precoce aos 24 meses medeia a relação entre as habilidades motoras precoces aos 24 meses e, depois, o desenvolvimento social aos 60 meses em uma amostra de 71 crianças diagnosticadas com Paralisia Cerebral, avaliadas, respectivamente, aos 24 e 60 meses (LIMPSCOMBE, et al., 2016). O estudo longitudinal utilizou os instrumentos Medida da Função Motora Grossa (GMFM), a Lista de verificação de perfil de desenvolvimento da Escala de Comunicação e Comportamento Simbólico (CSBS-DP) e o Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade (PEDI) (LIMPSCOMBE et al., 2016). A partir dos resultados, inferiu-se que a quantidade de oportunidades de aprendizado social (capacidade de imitar comportamentos observados) que as crianças são expostas durante a vida pode ser um fator que proporciona a mediação entre as Habilidades Sociais e motoras; que a capacidade cognitiva da criança e a localização da gravidade da lesão no cérebro poderiam explicar a relação entre a função motora precoce e função social e; que a capacidade da criança de explorar, de forma independente, o mundo social ao seu redor pode ser considerado outro fator para o desenvolvimento social (LIMPSCOMBE et al., 2016).

Ademais, os resultados apontam que as habilidades básicas de comunicação aprendidas na primeira infância medeiam a relação entre o desenvolvimento das habilidades e o funcionamento social subsequente. Portanto, de acordo com os pesquisadores, o estudo ressalta a importância do papel da comunicação precoce no desenvolvimento social contínuo. Ressalta-se a necessidade de identificação precoce de atraso na comunicação e que o contato com a linguagem, durante o desenvolvimento, faz toda diferença para a população em estudo ao visar o desenvolvimento subsequente (LIMPSCOMBE et al., 2016).

Hasanvand et al. (2018) analisaram a função social (desenvolvimento físico, cognitivo, afetivo no meio social) de crianças com Paralisia Cerebral de dois a seis anos. A pesquisa consiste em um estudo descritivo-analítico, do tipo transversal. Participaram da pesquisa 100 crianças com Paralisia Cerebral, as quais foram divididas em dois grupos de acordo com a faixa etária (dois a quatro anos e quatro a seis anos). Com o propósito de avaliar a função motora, utilizou-se o Sistema de Classificação da Função Motora Grossa (GMFCS) e com o intuito de avaliar a função social, utilizou-se o Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade

(PEDI). Os resultados indicaram que quanto menor a função motora grossa em ambos os grupos etários maior é a função social, ou seja, o maior escore de função social foi associado ao primeiro nível do GMFCS (o que possui a melhor função motora). O estudo demonstrou que, com o aumentar das restrições motoras com a idade, não ocorre progresso considerável na função social das crianças de ambas as faixas etárias. Por fim, é recomendada a ocorrência de intervenções focadas na função motora grossa e intervenções sociais para crianças com Paralisia Cerebral (HASANVAND et al., 2018).

Kramera e Hammelb (2011) desenvolveram um estudo cujo objetivo foi investigar como crianças com Paralisia Cerebral descrevem seus desempenhos como competente nas atividades do dia a dia e buscou compreender como ocorre o processo de desenvolvimento das competências. Participaram do estudo cinco crianças com idade entre seis e 17 anos. O estudo foi realizado em três etapas, duas observações e uma entrevista. Neste estudo foram considerados como fatores influenciadores da competência das crianças o meio ambiente (pessoas, lugares e objetos), a qualidade da atividade (diversão e importância) e características pessoais da criança (forças e deficiências). A competência foi caracterizada no estudo como a capacidade prática de resolução de problemas. Os resultados demonstram que as crianças assumiram um papel ativo nas resoluções de problemas ligados à deficiência ou às barreiras ambientais, as crianças se percebiam e se sentiam competentes na ocasião em que as situações correspondiam às suas habilidades e necessidades, demonstraram maior competência com as atividades que valorizavam ou acharam divertidas. O desejo de cumprir obrigações e atingir as expectativas dos adultos como regras também são motivadores para as crianças adquirirem competência. No estudo, houve aquisição de competências nos momentos de resolução de problemas. A capacidade de descrever ou demonstrar competência resultou em uma maior autoeficácia e um aumento nas habilidades de resolução de problemas. No processo de desenvolvimento e aprendizado, o fato da criança se perceber realizando e obtendo sucesso pode ser uma base importante para a construção da competência percebida. Ressalta-se a relevância do contexto físico e social no desenvolvimento de competências (KRAMERA; HAMMELB, 2011).

Reddihough et al. (2013), considerando o escasso número de pesquisas sobre as habilidades funcionais e os resultados sociais de jovens adultos com Paralisia Cerebral, desenvolveram um estudo com jovens adultos com Paralisia Cerebral em Victoria, na Austrália. Os resultados sociais incluíam desempenho educacional, situação de emprego e de vida, casamento, status social e renda. Estes resultados foram comparados aos da população australiana em geral. Para a realização da pesquisa, utilizou-se um questionário que determinava

a função motora, as habilidades de autocuidado, o nível educacional e os resultados sociais do grupo. Participaram 335 jovens e adultos com idade entre 20 e 30 anos. Os resultados apontaram que estes participantes são funcionalmente e socialmente desfavorecidos, em contraposição aos seus pares sem deficiência. Dentre os fatores deste dado estão a dependência de autocuidado, a deficiência intelectual e os prejuízos na comunicação. Entretanto, os autores ressaltam que estes não são os únicos responsáveis pelo resultado obtido no estudo (REDDIHOUGH et al., 2013).

Charitaki e Papalexopolou (2018), empenhadas em investigar a relação da equitação terapêutica com o desenvolvimento de habilidades motoras e sociais de crianças com Paralisia Cerebral, executaram um estudo sobre o impacto da equitação terapêutica nas habilidades motoras e sociais de crianças com Paralisia Cerebral. O método utilizado foi o qualitativo, o estudo contou com a participação de 30 profissionais, sendo 18 educadores especiais e 12 terapeutas, para fins de coleta de dados, utilizou-se da entrevista semiestruturada e da escuta reflexiva. As perguntas da entrevista foram organizadas em grupos temáticos sobre interação social não verbal, organização comportamental, habilidades de trabalho em equipe, habilidades emocionais e os benefícios terapêuticos para crianças com Paralisia Cerebral. Com o intuito de melhor compreensão das respostas durante as perguntas, foi solicitado que os entrevistados indicassem e fornecessem exemplos específicos. Após a coleta de dados, eles foram submetidos à triangulação de dados. Os resultados da pesquisa apontam que, a partir do contato e envolvimento com o cavalo, surge uma interação mútua no sentido de uma cooperação perpassada pelo cuidado por meio do contato físico, do carinho e da alimentação, assim, a criança aprende e/ou desenvolve o comportamento de compartilhar e cria um vínculo emocional. Estes pontos acarretam uma melhora no interesse social e na atenção social. Os resultados também apontam para o desenvolvimento das Habilidades Sociais de comunicação, a aquisição de emoções por meio da comunicação e interação com o cavalo, desenvolvimento de vínculos emocionais, Habilidades Sociais de seguir regras específicas, para o aprendizado da espera, de atividades realizadas em grupo, para a percepção da necessidade da equipe de treinamento e, principalmente, da equipe de treinadores que são responsáveis pela segurança. Esses aprendizados atuam na contribuição do envolvimento da criança nas atividades escolares. Dessa forma, foi possível notar a aquisição e o desenvolvimento de Habilidades Sociais durante as interações (CHARITAKI; PAPALEXOPOLOU, 2018). A partir dos resultados descritos Charitaki e Papalexopolou (2018) apontam que a equitação terapêutica proporciona melhora na resolução de problemas sociais, aumento nas Habilidades Sociais de fazer amizades com outras pessoas e com o cavalo, na qualidade de vida e incentivo nas relações de socialização. As autoras concluem o estudo afirmando que são notáveis os benefícios da equoterapia para o

desenvolvimento e fortalecimento de habilidades motoras e sociais das pessoas com Paralisia Cerebral, mas ressaltam que os benefícios estão relacionados ao tipo de deficiência que a criança possui, ressaltam a importância do planejamento do tratamento de acordo com as necessidades de cada sujeito e o sugerem como um complemento aos métodos terapêuticos existentes atualmente.

Considerando o reduzido número de informações e estudos sobre o estado emocional de crianças e adultos com Paralisia Cerebral, Krakovsky et al. (2007) realizaram um estudo com o objetivo de examinar os aspectos funcionais e alterações psicossociais em crianças, adolescentes e jovens adultos com Paralisia Cerebral. Realizaram uma entrevista por telefone com 30 participantes, com a faixa etária entre 11 e 29 anos, 73% dos participantes eram do sexo masculino e 83% apresentavam Paralisia Cerebral espástica. A amostra foi selecionada por conveniência. Utilizou-se da revisão de prontuários e da aplicação de questionários via ligação telefônica. A revisão dos prontuários do Centro de Bebês e Crianças com Necessidades Especiais indicou que 22 participantes foram diagnosticados com ansiedade e/ou depressão em algum momento da vida, foram registradas dificuldades emocionais como comportamento agressivo em relação a outras pessoas e foram encontradas perdas funcionais significativas como a perda da função de ficar em pé que estava relacionada à perda da função de caminhada. Os resultados demonstram a relevância da construção de um instrumento de avaliação anual validado para medir mudanças funcionais e emocionais em crianças com Paralisia Cerebral para ampliar as interpretações, além do discurso dos pais por ligação. Conclui-se que crianças, adolescentes e jovens adultos com Paralisia Cerebral sofreram perdas nas funções motora e oral, além de alterações psicossociais, alimentares e fisiológicas (KRAKOVSKY et al., 2007).

Quiterio, Gerk e Nunes (2017) pesquisaram sobre o repertório de alunos com Paralisia Cerebral e, para tal, realizaram uma avaliação multimodal das Habilidades Sociais de estudantes com Paralisia Cerebral usuários de comunicação alternativa. O estudo teve como objetivo geral descrever o repertório de Habilidades Sociais de alunos com Paralisia Cerebral, os objetivos específicos consistiram em: adaptar o Sistema Multimídia de Habilidades Sociais para Crianças (SMHSC - Del Prette e Del Prette) para alunos com Paralisia Cerebral não-oralizados, usando recursos da comunicação alternativa, e verificar a consistência de uma proposta de avaliação multimodal para pessoas com Paralisia Cerebral não oralizadas. Os resultados gerais apontaram que as subclasses com melhor desempenho foram as Habilidades Sociais Assertivas, Autocontrole e Expressividade Emocional. Logo em seguida, com desempenho parcial, evidenciou-se as subclasses de Comunicação, Empatia, Fazer Amizades e Manter Amizades e Habilidades Sociais Acadêmicas. Enfim, as subclasses com déficits significativos foram a de

Civilidade e Solução de Problemas Interpessoais. O estudo concluiu que os participantes não possuem déficit de aquisição, mas déficits de desempenho e de fluência nas relações interpessoais e evidenciou a imprescindibilidade de estudos referentes à Promoção de Habilidades Sociais, formação de educadores e orientação familiar (QUITERIO, GERK, NUNES; 2017).

Considerando o volume de pesquisas referentes ao funcionamento físico e o escasso número referente ao autoconceito⁴ na Paralisia Cerebral, Cheonga, Langa e Jhonstonb (2018) investigaram sobre o autoconceito de crianças com Paralisia Cerebral em relação à idade, gênero, função motora, comunicação e função cognitiva. Foi realizado um estudo transversal com 50 crianças com Paralisia Cerebral com idade entre oito e 12 anos, sendo 29 meninos e 21 meninas. Os instrumentos utilizados foram: Questionário do cuidador, composto por perguntas referentes às informações demográficas e às três classificações funcionais: Sistema de GMFCS, MACS e o Sistema de Classificação da Comunicação Funcional; Escala de Inteligência Wechsler para Crianças (WISC-IV) e a Avaliação de Autoconceito *MyTREEHOUSE*. Os resultados apontaram que a maior parte das crianças explanou autoconceito positivo nos três desempenhos da avaliação pessoal, social e percebido, não havendo associação do autoconceito com a idade, sexo, função motora ou função de comunicação. Entretanto, em relação à função cognitiva obtida pelo WISC-IV, observou-se associação com as Habilidades Sociais e com as habilidades de aprendizagem. Salienta-se que a menor pontuação foi manifestada em relação à aparência física. A pesquisa oferece um conteúdo inicial e relevante sobre o que as crianças com Paralisia Cerebral pensam sobre si mesmas. Ressalta-se a necessidade de pais e equipes profissionais serem sensíveis à aparência física como um problema potencial para intervenção física ou psicológica e auxiliarem as crianças a se concentrarem nos interesses e metas, objetivando o aumento do autoconceito, visto que as experiências sociais positivas nas famílias e comunidades também podem influenciar a melhora no autoconceito (CHEONGA; LANGA; JOHNSTONB, 2018).

Assim sendo, os estudos indicam que quanto antes se iniciar, estabelecer e acompanhar cuidados e estratégias de estimulação entre família e equipe de saúde, menor será o atraso do desenvolvimento e maior o aproveitamento da plasticidade cerebral para crianças com Paralisia Cerebral (BRASIL, 2014). Portanto, após a análise dos artigos e das evidências apresentadas

⁴ De acordo com Monteiro (2012), o autoconceito consiste na autopercepção que o indivíduo constrói durante o decorrer da vida, das experiências pelas quais perpassa e das interpretações que realiza sobre o seu comportamento. Os autores ressaltam que ocorre interferência na construção do autoconceito, principalmente, por julgamentos e reforços advindos de outras pessoas da sociedade e mais próximas do indivíduo.

na literatura, como exposto por Quiterio, Gerk e Nunes (2017), infere-se que a gravidade dos comprometimentos motores, as barreiras atitudinais e as poucas possibilidades de interação com o meio em indivíduos com Paralisia Cerebral trazem influências para o desenvolvimento das Habilidades Sociais, além de déficits de desempenho e fluência nas relações interpessoais. No Brasil, existe a necessidade de se investigar ferramentas e metodologias que possam coletar informações a respeito desses componentes, de modo a contribuir com o avanço na produção de conhecimento sobre a área na Educação Especial, já que há uma incipiência de estudos que se propõem a investigar programas de intervenção em Habilidades Sociais com Paralisia Cerebral no país. E nesse sentido, este estudo se apresenta.

CAPÍTULO II

2.1 - MÉTODO E RESULTADOS DOS ESTUDOS

Este capítulo apresenta o método utilizado no presente estudo e os resultados obtidos. A pesquisa classifica-se como um estudo analítico observacional por proceder de uma observação da realidade, do tipo de corte transversal, pois visualiza uma situação em um dado momento e possibilita a análise de uma associação inicial (ROUQUAYROL; ALMEIDA, 2006 apud ARAGÃO, 2011).

A análise dos dados é uma combinação do enfoque quantitativo e do qualitativo, portanto, mista. A análise por meio da pesquisa quantitativa “utiliza a coleta de dados para testar hipóteses, baseando-se na medição numérica e na análise estatística para estabelecer padrões e comprovar teorias” (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2006, p. 30) e a análise por meio qualitativo extrai significado dos dados, não se fundamenta na estatística e analisa múltiplas realidades subjetivas.

2.1.1 - PROCEDIMENTOS PRELIMINARES

2.1.1.1 - PROCEDIMENTOS ÉTICOS

A presente pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), parecer número 3.723.977 (ANEXO 1), através da Plataforma Brasil, a qual consiste em uma base nacional unificada de registro das pesquisas envolvendo seres humanos e permite que a pesquisa seja acompanhada em seus diferentes estágios até o seu encerramento.

Inicialmente, foi realizado contato via ligação às Instituições e, posteriormente, visita no fim do segundo semestre de 2019 para apresentação do projeto de pesquisa. Após a apresentação do projeto, foi enviada a Carta de Apresentação (APÊNDICE A), Carta de Autorização (APÊNDICE B) e o projeto de pesquisa para os responsáveis por cada Instituição, respectivamente. Houve retorno via e-mail com a autorização para a realização da pesquisa.

O Projeto foi submetido e aprovado em três diferentes locais, uma Clínica, localizada em cidade de grande porte do estado de Goiás e duas Instituições, uma localizada em uma cidade de médio porte do estado de Goiás, denominada Instituição 1 (I1) e outra em uma cidade de grande porte do estado de Goiás, denominada Instituição 2 (I2). Foi obtida, igualmente, a permissão das mães e/ou responsáveis pelos adolescentes participantes da pesquisa por meio

do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C), do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Versão responsável pelo adolescente) (APÊNDICE D) e dos adolescentes por meio do Termo de Assentimento (APÊNDICE E). Somente após o consentimento dos mesmos o estudo foi realizado. Destaca-se que os adolescentes assinaram e/ou aprovaram o Termo de Assentimento (APÊNDICE E) por meio da comunicação utilizada por cada um, respectivamente, e o estudo foi realizado somente após o procedimento descrito. Os participantes da pesquisa e os responsáveis pelas Instituições foram informados sobre a importância do estudo e de que não ocorreria um retorno rápido no que tange a algum tipo de Programa de Treinamento de Habilidades Sociais, mas não foi desconsiderada a possibilidade de ser realizado em uma pesquisa futura.

2.1.1.2 - SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES

Participaram do estudo 17 adolescentes com Paralisia Cerebral. De forma a validar os caminhos metodológicos traçados para a coleta dos dados e para aperfeiçoamento das técnicas de aplicação dos instrumentos, realizou-se um estudo piloto com duas adolescentes irmãs gêmeas com Paralisia Cerebral e sua mãe. A seleção das participantes do estudo piloto ocorreu por contato com a responsável pela Clínica que autorizou a pesquisa, as duas adolescentes possuíam fala articulada. Após o estudo piloto, iniciou-se o estudo amostral, o qual foi realizado após a autorização da pesquisa pelas instituições parceiras e com o processo de seleção dos participantes.

Na Instituição 1, o contato ocorreu diretamente com a Coordenadora da Reabilitação Física, que indicou o contato de 13 mães e/ou responsáveis, destas, 6 participaram da pesquisa após contato da pesquisadora e explicação sobre o estudo. Enquanto na Instituição 2, o Gestor de Unidade de Saúde ficou responsável por apresentar o local para a pesquisadora e a estratégia foi de contato direto e presencial da pesquisadora com as mães/responsáveis e com os adolescentes ao longo de três semanas, no qual pode se apresentar e convidar para o estudo. Assim, foram indicados 34 possíveis adolescentes para participarem da pesquisa, no entanto, participaram efetivamente do estudo apenas nove.

Assim, o estudo amostral contou com a participação de 15⁵ adolescentes, sendo cinco com Paralisia Cerebral com fala articulada e dez com Paralisia Cerebral sem fala articulada e as respectivas responsáveis pelos adolescentes. Os critérios de inclusão dos adolescentes em

⁵ Inicialmente, o esperado na pesquisa era a participação de 20 adolescentes, sendo dez com fala articulada e dez sem fala articulada. No entanto, devido à pandemia do Covid-19 a coleta de dados foi suspensa.

ambos os estudos foram: ter diagnóstico de Paralisia Cerebral; idade entre 12 e 19 anos; ser capaz de compreender as questões levantadas pelos instrumentos. Os critérios de exclusão foram: não ter diagnóstico de Paralisia Cerebral, não se enquadrar na faixa etária proposta, não ser capaz de compreender as questões.

2.1.2 - EQUIPAMENTOS E INSTRUMENTOS

Os equipamentos utilizados foram: um gravador e um computador *Lenovo Ideapad 330S*. Os materiais utilizados foram: folhas de resposta do instrumento Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes (IHSA-Del-Prette) e do Inventário de Habilidades Sociais para Alunos Sem Fala Articulada (IHS-ASFA). Materiais de papelaria como: papel A4, tinta de impressora, canetas e pastas para arquivo de dados.

Foram utilizados os seguintes instrumentos de caracterização no estudo: (a) Formulário de Identificação dos Participantes; (b) Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB); (c) Sistema de Classificação da Função de Comunicação (CFCS); (d) Sistema de Classificação da Função Motora Grossa Ampliado e Revisto (GMFCS E&R). E os seguintes instrumentos de avaliação: (e) Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade – Testagem Computadorizada Adaptativa - Versão Brasileira Adaptada (PEDI-CAT); (f) Inventário de Habilidades Sociais para Alunos Sem Fala Articulada e; (g) Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes, os quais serão apresentados a seguir.

a) Formulário de Identificação dos Participantes (APÊNDICE F): Destinado a caracterizar idade, tratamento realizado, escolaridade e alguns aspectos relacionados à vida pessoal. Composto por 27 questões a serem respondidas pelas mães e/ou responsáveis pelos adolescentes do estudo em formato de entrevista.

b) Critério de Classificação Econômica Brasil - CCEB (APÊNDICE G): Levantamento socioeconômico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) que pode ser utilizado para identificar o nível econômico do participante. Por meio de questões fechadas, as respostas ao instrumento resultam em uma das seguintes classes: A, B1, B2, C1, C2 ou D-E, essas classes fornecem uma ideia da característica dos estratos socioeconômicos. A diferença entre as classes está na renda média domiciliar, sendo que a classe A apresenta renda média domiciliar de R\$ 25.554,33, a classe B1 possui renda média domiciliar de R\$ 11.279,14, a classe B2 apresenta renda média

domiciliar de R\$ 5.641,64, a classe C1 possui renda média de R\$ 3.085,48, a classe C2 apresenta renda média domiciliar de R\$ 1.748,59 e a classe D-E apresenta renda média domiciliar de R\$ 791,81 (ABEP, 2018).

c) *Communication Function Classification System (CFCS)* (HIDECKER et al., 2011) - Sistema de Classificação da Função de Comunicação (CFCS) (GUEDES-GRANZOTTI et al., 2016): Sistema padronizado de classificação da comunicação diária para o indivíduo com Paralisia Cerebral em cinco níveis. Considera os níveis de atividade e participação em consonância com a CIF, sendo o nível I, o qual o indivíduo é um emissor e receptor eficaz com parceiros desconhecidos e conhecidos; nível II, o qual é um emissor ou receptor eficaz, mas mais lentos com parceiros desconhecidos ou conhecidos; nível III, o qual é emissor e receptor eficaz com parceiros conhecidos; nível IV, é emissor e/ou receptor inconsistente com parceiros conhecidos; nível V, é emissor e receptor raramente eficaz, mesmo com parceiros conhecidos. Os pais, os responsáveis ou um profissional familiarizado com o indivíduo indicam o nível de desempenho do mesmo (GUEDES-GRANZOTTI et al., 2016).

d) *Gross Motor Function Classification System (GMFCS)* (PALISANO et al., 1997) - Sistema de Classificação da Função Motora Grossa Ampliado e Revisto (GMFCS E&R) (HIRATUKA; MATSUKURA; PHEIPER, 2010; SILVA; PFEIFER; FUNAYAMA, 2010): Sistema padronizado em que é possível classificar a criança ou o adolescente com Paralisia Cerebral em cinco níveis, de acordo com “as habilidades e limitações na função motora que a criança ou o jovem apresentam” (SILVA; PFEIFER; FUNAYAMA, 2010, p. 1). O foco da classificação está centrado no desempenho usual nos ambientes comunitários, escolares e em casa. A classificação varia do nível I, que contém crianças e adolescentes com mínima ou nenhuma disfunção com respeito à mobilidade comunitária, anda sem limitações; nível II anda com limitações; nível III anda utilizando um dispositivo manual de mobilidade; nível IV, caracterizado por auto mobilidade com limitações e a pela possibilidade de utilizar mobilidade motorizada; nível V, o qual contém os sujeitos que são transportados em uma cadeira de rodas manual, totalmente dependentes e que requerem assistência para mobilidade (SILVA; DIAS; PFEIFER, 2016; HIRATUKA; MATSUKURA; PHEIPER, 2010; SILVA; PFEIFER; FUNAYAMA, 2010).

e) *Pediatric Evaluation Disability Inventory – Computer Adaptive Test* (PEDI-CAT) (HALEY et al., 2012) Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade – Testagem Computadorizada Adaptativa - Versão Brasileira Adaptada (PEDI-CAT) (MANCINI et al., 2016): Avalia a funcionalidade de crianças e jovens, de 0 a 21 anos, com diferentes condições de saúde. O PEDI-CAT avalia e mensura os resultados funcionais (atividades diárias, mobilidade, social/cognitivo e responsabilidade) de intervenções clínicas, acompanhamento longitudinal e pesquisas de reabilitação, a partir do preenchimento pelo cuidador principal ou um profissional que tenha amplo conhecimento da realização das atividades por essa criança e jovem (MANCINI et al., 2016). Os resultados são fornecidos em escores separados, que são calculados para cada um dos quatro domínios citados, bem como, para um pequeno conjunto de itens de cadeiras de rodas, se aplicável (MANCINI et al., 2016). Os dados são apresentados em Escore Normativo, Escore Contínuo e Escore Ajustado. Os resultados apresentados nos Escores Normativos consistem nos Escores-T e nas Faixas Percentis e retratam o desempenho da criança em comparação a outras da mesma idade, a média considerada é de 50 e pontuações entre 30 e 70 são considerados dentro da faixa etária para a idade (MANCINI et al., 2016). Os valores de escores contínuos representam a posição da criança/jovem ao longo de um contínuo da função composta pelos itens avaliados e, portanto, não leva em consideração a idade. São escores importantes para processo de acompanhamento da criança/jovens de forma longitudinal (MANCINI et al., 2016). O escore ajustado permite a identificação se as respostas dadas aos itens são próximas ao esperado e se o padrão de pontuação destoa fortemente. Esse escore com valor inferior a -1,65 indica a necessidade de interpretar com cautela o domínio desse escore contínuo (MANCINI et al., 2016).

f) Inventário de Habilidades Sociais para Alunos Sem Fala Articulada IHS-ASFA, anteriormente, denominado Inventário de Habilidades Sociais para Pessoas Não-Oralizadas (IHSPNO). Consiste em um instrumento composto por 20 itens de múltipla escolha e retrata situações vivenciadas na escola por pessoas com deficiência, destinado à população na faixa etária de sete a 27 anos; estes sujeitos podem estar em escola especial, classe especial, turma regular ou atendimento educacional especializado; devem estar matriculados em uma unidade escolar ou ter tido no mínimo três anos de escolaridade. Para cada situação retratada em cada item existem três alternativas de reação: habilidosa, não habilidosa passiva e não habilidosa ativa (QUITERIO, 2010).

Os resultados indicam se o indivíduo é habilidoso, não habilidoso passivo ou não habilidoso ativo, bem como revela as subclasses com alta ou baixa frequência. A distribuição das subclasses das Habilidades Sociais e as habilidades envolvidas, interlocutores e contextos examinados por meio do Inventários são apresentadas no Quadro 1. Segundo Del Prette e Del Prette (2005c), as subclasses Empatia e Civilidade aparecem no IHS-ASFA juntas, seguindo o modelo do Sistema Multimídia de Avaliação de Habilidades Sociais (SMHSC). O IHS-ASFA permite três tipos de opções de respostas, sendo a primeira por meio das opções baseadas na Escala *Likert* que indica a frequência com que o examinado se comporta da maneira perguntada, por meio de cartões de indicação (QUITERIO, 2010 apud SIEGEL; CASTELLAN, 2006): 1 (nunca), 2 (poucas vezes), 3 (às vezes), 4 (muitas vezes) e 5 (sempre). A opção em que não existe cartões de indicação, realiza-se “a leitura direta das situações e solicitação da emissão da resposta através do apontar direto para uma das três opções ou a indicação do ‘sim’ e do ‘não’ quando a examinadora faz a varredura das opções de resposta” (QUITERIO, 2010, p. 28-9). No presente estudo, a depender da forma de comunicação utilizada pelo adolescente, utilizou-se a opção de leitura direta das situações e da solicitação da emissão de resposta para uma das três situações ou a indicação do “sim” e do “não”.

Quadro 1. Distribuição dos itens do IHS-ASFA.

Subescalas	Item	Habilidades	Interlocutor	Contexto
Fazer amizades	1	Juntar-se a um grupo em brincadeiras	Grupo	Sala de aula
Autocontrole	2	Negociar, convencer	Colega	Sala de aula
Assertividade	3	Pedir mudança de comportamento	Colega	Recreio
Assertividade	4	Expressar desagrado	Colega	Sala de aula
Assertividade	5	Propor nova brincadeira	Grupo	Sala de aula
Solução de Problemas Interpessoais	6	Perguntar/questionar	Grupo/prof.	Aula-passeio
Autocontrole	7	Demonstrar espírito esportivo	Grupo	Aula de Educação Física
Solução de Problemas Interpessoais	8	Mediar conflito entre colegas	Grupo	Sala de aula
Autocontrole	9	Recusar pedido de colega	Colega	Sala de aula
Empatia e Civilidade*	10	Fazer pergunta à professora	Professor	Sala de aula
Assertividade	11	Resistir à pressão do colega	Colega	Sala de aula
Empatia e Civilidade	12	Elogiar a produção do colega	Colega	Sala de aula
Fazer amizades	13	Aceitar um convite	Colegas	Recreio
Habilidades Sociais Acadêmicas	14	Pedir ajuda o colega da subclasse	Colega	Sala de aula
Empatia e Civilidade	15	Responder à pergunta da professora	Professor	Sala de aula
Habilidades Sociais Acadêmicas	16	Lidar com as dificuldades	Colega	Sala de aula
Solução de Problemas Interpessoais	17	Buscar solução para os problemas	Colega	Sala de aula
Autocontrole	18	Demonstrar espírito esportivo	Colega	Aula de Educação Física
Empatia e Civilidade	19	Oferecer ajuda	Colega	Pátio
Fazer amizades	20	Fazer e aceitar convite	Colega	Passeio

Fonte: Quiterio (2010, p. 26-7)

g) Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes: destinado à população adolescente de 12 a 17 anos de idade, com fala articulada. Trata-se de um instrumento de autorrelato que avalia o repertório de Habilidades Sociais de adolescentes em um conjunto de situações interpessoais cotidianas, em dois indicadores: a frequência e a dificuldade com que reagem às diferentes demandas de interação social (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2009b). As perguntas do inventário avaliam Habilidades Sociais referentes à empatia, autocontrole, civilidade, assertividade, abordagem afetiva e desenvoltura social. O instrumento é composto por 38 itens que contemplam habilidades de relacionamento com diferentes interlocutores (parceiro(a) afetivo-sexual, pais e irmãos, colegas, amigos, pessoas de autoridade, desconhecidos ou não especificados), que são requeridas em contexto público (escola, trabalho, lazer, consumo), privado (familiar e íntimo) ou não especificado. Em cada item, o adolescente é solicitado a julgar: (a) sua dificuldade em apresentar a reação indicada no item; (b) a frequência com que apresenta aquela reação. As respostas são assinaladas em Escala *Likert*. Além disso, produz escores em seis subescalas: F1 – Empatia, F2 – Autocontrole, F3 – Civilidade, F4 – Assertividade, F5 – Abordagem Afetiva, F6 – Desenvoltura Social. Os resultados evidenciam se o indivíduo possui alta, média ou baixa dificuldade na aquisição e emissão de habilidades (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2009b).

Os instrumentos Formulário de Identificação dos Participantes; Critério de Classificação Econômica Brasil e Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade – Testagem Computadorizada Adaptativa - Versão Brasileira Adaptada foram aplicados com as responsáveis pelos adolescentes. Os instrumentos Sistema de Classificação da Função de Comunicação e Sistema de Classificação da Função Motora Grossa Ampliado e Revisto foram atribuídos por profissionais das próprias instituições que atuam com os adolescentes do estudo. Os instrumentos de avaliação das Habilidades Sociais foram aplicados pela pesquisadora com os adolescentes participantes.

2.2 - ESTUDO PILOTO

O Estudo Piloto possui como objetivo identificar se os instrumentos são sensíveis e respondem ao objetivo da pesquisa Avaliação Funcional e de Habilidades Sociais de adolescentes com Paralisia Cerebral ou se existe a necessidade de adequações de aplicação dos instrumentos.

2.2.1 - PARTICIPANTES

As informações gerais das participantes do estudo piloto estão contidas no Quadro 2. Com o intuito de preservar a privacidade das participantes os nomes foram substituídos por códigos.

Quadro 2. Caracterização dos participantes do estudo piloto.

Participantes	Idade	Sexo	Oralização	CCEB	CFCS	GMFCS E&R
PPCF*1	16	Feminino	Com fala articulada	Classe A	Nível I	Nível III
PPCF2						Nível I

Fonte: Dados do estudo (2020).

*Participantes piloto com fala articulada

As participantes, com idade de 16 anos, ambas apresentam nível I no CFCS e se diferenciam em relação ao GMFCS E&R, estando PPCF1 no nível III e PPCF2 no nível I. Situados na classe econômica A, a mãe possui idade de 50 anos, curso superior e trabalhava na ocasião que o estudo ocorreu. A renda familiar é maior do que oito salários-mínimos, duas pessoas contribuem com a renda, não recebem nenhum tipo de benefício e moram em casa própria. Estudam em diferentes escolas privadas de ensino médio regular de um município de grande porte do estado de Goiás. Em relação à realização de tratamento, somente PPCF1 realiza tratamento com fisioterapeuta, três vezes por semana.

2.2.2 - LOCAL

2.2.2.1 - Características do ambiente de coleta

A coleta de dados ocorreu em uma clínica de reabilitação neuropsicológica, na qual uma das adolescentes realizava sessões de fisioterapia. A clínica possui como clientela crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral. A clínica possui recepção, sala de fonoaudiologia, sala de fisioterapia, refeitório e banheiros.

2.2.3 - PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS DO ESTUDO PILOTO

A coleta de dados ocorreu no segundo semestre de 2019. Os instrumentos foram aplicados, primeiramente, com a mãe na seguinte ordem: Formulário de Identificação dos

Participantes, CCEB e PEDI-CAT. Em um segundo momento, ocorreu a coleta dos dados com as adolescentes. A aplicação dos IHSA-Del-Prette foi realizada individualmente e sem a presença da mãe. Em um terceiro momento, tendo em vista as especificidades de aplicação do GMFCS E&R e CFCS, coletou-se os graus atribuídos pela equipe de reabilitação da clínica.

A aplicação do Formulário de Identificação dos Participantes foi registrada pelo uso de um gravador. As gravações foram transcritas na íntegra e não ocorreu quaisquer dificuldades na audição do conteúdo. A entrevista com a mãe ocorreu em uma sala designada para a coleta de dados em dia e horário combinados previamente por meio do contato telefônico. O CCEB foi respondido pela mãe, com audiência da pesquisadora. A aplicação do PEDI-CAT ocorreu com o registro, diretamente no *software* conforme a resposta da mãe.

2.2.4 - PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS DO ESTUDO PILOTO

Foram feitas as transcrições das entrevistas realizadas por meio do Formulário de Identificação. A correção do CCEB ocorreu individualmente e manualmente. O *software* do PEDI-CAT gera automaticamente, ao final da aplicação, um Relatório de Avaliação Detalhado, o qual foi utilizado para análise. As folhas de respostas do IHSA-Del-Prette foram corrigidas individualmente e de forma informatizada.

2.2.5 - RESULTADOS DO ESTUDO PILOTO

Os resultados da entrevista realizada com a mãe por meio do Formulário de Identificação dos Participantes e do Critério de Classificação Econômica Brasil demonstram que ambas estão situadas na classe A e que apresentam diferenças em relação às perguntas abertas sobre independência, autoestima e autoeficácia. Os dados apresentam que PPCF1 possui dificuldades em relação à independência e que PPCF2 possui maior independência. A mãe relacionou essa independência com a escolaridade, o relato da mãe apresenta que, desde a educação infantil, PPCF1 e PPCF2 estudaram na mesma escola e se separaram no Ensino Médio. Em relação aos desafios diários sobre a autoestima e autoeficácia, o discurso da mãe aponta que este, em relação à PPCF1, é complexo e que PPCF2 apresenta maior autoestima e autoeficácia.

Os resultados dos domínios funcionais do PEDI-CAT estão expostos na Tabela 1.

Tabela 1. Escore T dos domínios avaliados pelo PEDI-CAT do estudo piloto.

Participante	Atividades Diárias	Mobilidade	Social/Cognitivo	Reponsabilidade
PPCF1	<10	<10	23	20
PPCF2	47	<10	46	35

Fonte: Dados do estudo (2020).

Em relação ao domínio funcional das atividades diárias, o Escore-T de PPCF1 foi inferior (PPCF1 <10) ao esperado e o escore de PPCF2 foi dentro da faixa esperada (PPCF2 = 47). No domínio mobilidade, ambas apresentaram Escore-T inferior ao esperado. No domínio social/cognitivo, PPCF1 apresentou escore abaixo do esperado pelo instrumento (PPCF1 = 23) e PP2 apresentou escore dentro do esperado (PPCF2 = 46). No domínio responsabilidade, PPCF1 apresentou escore abaixo do esperado pelo instrumento (PPCF1 = 20) e PP2 apresentou escore dentro do esperado pelo instrumento (PPCF2 = 35). Conclui-se que, no que tange à funcionalidade aferida pelo PEDI-CAT, PPCF1 apresentou todos os escores abaixo do esperado e PPCF2 apresentou escore abaixo do esperado somente no domínio mobilidade.

Os resultados das Habilidades Sociais do IHSA-Del-Prette estão expostos no Quadro 3.

Quadro 3. Resultado do Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes do estudo piloto.

Participantes	Escore Total	Empatia	Autocontrole	Civilidade	Assertividade	Abordagem Afetiva	Desenvoltura Social
PPCF1	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Média	Média
PPCF2	Média	Alta	Média	Alta	Baixa	Alta	Baixa

Fonte: Dados do estudo (2020).

De acordo com os resultados do IHSA-DEL-PRETTE, o escore total da adolescente PPCF1 é de alta dificuldade de resposta ou ansiedade na emissão das Habilidades Sociais. Apresenta alta dificuldade nas habilidades de empatia, autocontrole, civilidade e assertividade; e apresenta média dificuldade de resposta ou ansiedade na emissão das Habilidades Sociais de abordagem social e desenvoltura social. O escore total da adolescente PPCF2 é de média dificuldade na aquisição e emissão das habilidades, apresenta alta dificuldade relacionada à empatia, civilidade e abordagem afetiva; média dificuldade no autocontrole e baixa dificuldade na aquisição e emissão de habilidades relacionadas à assertividade e desenvoltura social.

2.2.6 - ANÁLISE DE DADOS DO ESTUDO PILOTO

Em relação aos dados fornecidos pelo Formulário de Identificação, quanto à independência, a autoeficácia de PPCF1 correspondente aos resultados do GMFCS E&R, do CFCS e do PEDI-CAT em relação à funcionalidade, destacam-se dificuldades presentes na fala da mãe consonante aos dados do PEDI-CAT e do IHSA-Del-Prette. Em relação à autoestima,

a autoeficácia de PPCF1 nos dados do Formulário de Identificação, ao serem relacionados com os dados do IHSA-Del-Prette, infere-se que a autoestima está ligada à dificuldade de emissão de comportamentos referentes às Habilidades Sociais e à competência social. Em relação aos dados obtidos de PPCF2, percebe-se uma maior independência, autoestima e autoeficácia. Dados estes consonantes com os dados referentes aos domínios funcionais, as Habilidades Sociais avaliadas, apesar de apresentar média dificuldade na aquisição e emissão das habilidades.

Ao analisar os dados do estudo piloto, existe uma confirmação entre o apresentado no discurso da mãe quanto às características das filhas sobre o desenvolvimento das Habilidades Sociais e acerca da funcionalidade, corroborando os achados obtidos pelos instrumentos, validando os caminhos traçados para o estudo descritos a seguir.

2.2.7 - CONCLUSÕES DO ESTUDO PILOTO

Conclui-se que os objetivos propostos pelo estudo piloto foram atingidos, os instrumentos atendem os critérios de caracterização e avaliação da população adolescente com Paralisia Cerebral. No caso do estudo piloto, conclui-se que, mesmo sendo gêmeas, tendo passado por contextos e situações próximas, estarem situadas no mesmo nível na Função de Comunicação, a própria condição do comprometimento motor e a diferença em relação aos níveis na Função Motora Grossa demandam desafios diferentes durante o desenvolvimento humano para cada uma das adolescentes.

Constata-se que ao considerar os dados obtidos pelo CCEB, pelo CFCS e pelo tipo de escola serem os mesmos, os escores totais das Habilidades Sociais são diferentes entre as gêmeas, visto que, ambas possuem diferenças no que tange às classes: autocontrole, assertividade, abordagem afetiva e desenvoltura social. As classes de Habilidades Sociais mais presentes no repertório de PPCF1 são: abordagem afetiva e desenvoltura social. No repertório de PPCF2 as classes mais presentes são: assertividade e desenvoltura social.

Percebe-se que, em relação aos domínios funcionais apresentados pelo PEDI-CAT, existem situações em que poderiam ocorrer a emissão de algumas classes de Habilidades Sociais como: fazer e manter amigos, civilidade, acadêmica, comunicação, assertividade, manejar conflitos e resolver problemas interpessoais, expressar afeto e intimidade, coordenar grupo e falar em público. No entanto, os dados apontam que PPCF1 pontua menor ao esperado em todos os domínios funcionais avaliados e que PPCF2 pontua dentro do esperado nos

domínios de atividades diárias, social/cognitivo e responsabilidade. Dados consonantes com o apresentado em relação às Habilidades Sociais.

No que tange às Habilidades Sociais, depreende-se que não ocorrem déficits de aquisição de Habilidades Sociais nas gêmeas, porém as adolescentes apresentam déficits de desempenho e fluência. PPCF1 apresenta déficits nas classes de empatia, autocontrole, civilidade e assertividade. Enquanto PPCF2 apresenta déficits nas classes de empatia, civilidade e abordagem afetiva. Ambas apresentam déficits nas classes de empatia e civilidade. O comportamento de se colocar no lugar do outro é um grande desafio que ocorre na classe da empatia, a qual consiste na “capacidade de compreender e sentir o que alguém pensa e sente em situação de demanda afetiva e, ainda, de comunicar tal compreensão e sentimento ao outro, como uma forma de conforto, apoio e compartilhamento” (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2001, p. 86), o que pode ser trabalhado em ambientes de interações escolares e comunitários.

2.3- ESTUDO AMOSTRAL

2.3.1 - PARTICIPANTES

As informações gerais dos participantes do estudo amostral estão expostas no Quadro 5. Com a finalidade de preservar a privacidade dos participantes, os nomes foram substituídos por códigos.

A caracterização dos participantes do estudo amostral demonstra predomínio de participantes do sexo masculino (10) em relação ao sexo feminino (5). A amostra tem, em sua maioria, adolescentes sem fala articulada. A classificação econômica demonstra que os adolescentes com fala articulada fazem parte da classe social B2 e C1, enquanto a classe social dos sem fala articulada varia desde B1 até D-E. A partir da caracterização, percebe-se uma predominância dos níveis socioeconômicos mais baixos no grupo amostral de adolescentes pesquisado.

A caracterização do CFCS, ao ser relacionada à caracterização da oralização, explicita que os adolescentes sem fala articulada estão situados nos níveis III e IV, enquanto os adolescentes com fala articulada estão no nível I. A caracterização do GMFCS E&R constata que os adolescentes do grupo sem fala articulada situam-se entre os níveis II e V, enquanto os adolescentes do grupo com fala articulada situam-se nos níveis I, II e III. Ao considerar as características dos participantes do grupo com fala articulada, frente aos dados da sexualidade, com o CFCS e com GMFCS E&R, compreende-se que somente um adolescente do sexo

masculino (PCF13) e uma do sexo feminino (PCF14) não estão no nível I de funcionalidade do GMFCS E&R. Na caracterização dos participantes do grupo sem fala articulada, independente do sexo, não há nenhum adolescente nos níveis I dos instrumentos CFCS e GMFCS E&R. Somente PSF7 e PSF10 estão no nível II do GMFCS E&R e no nível III do CFCS, os demais integrantes do grupo encontram-se nos níveis III e V, porém não necessariamente nessa ordem.

Quadro 4. Caracterização dos participantes do estudo amostral.

Participantes	Idade	Sexo	Tipo de Escola	CCEB	CFCS	GMFCS E&R
PSF*1	11	Masculino	Especial	B1	Nível III	Nível V
PSF2	12	Masculino	Especial	B2	Nível III	Nível V
PSF3	13	Feminino	Especial	D-E	Nível IV	Nível IV
PSF4	14	Masculino	Especial	C1	Nível III	Nível IV
PSF5	14	Masculino	Especial	C2	Nível IV	Nível IV
PSF6	16	Masculino	Não frequenta	B2	Nível IV	Nível IV
PSF7	17	Feminino	Especial	C1	Nível III	Nível II
PSF8	17	Masculino	Especial	C1	Nível IV	Nível IV
PSF9	18	Masculino	Especial	D-E	Nível IV	Nível III
PSF10	19	Masculino	Especial	C2	Nível III	Nível II
PCF**11	12	Masculino	Regular	C1	Nível I	Nível I
PCF12	13	Feminino	Regular	B2	Nível I	Nível I
PCF13	15	Masculino	Regular	B2	Nível I	Nível III
PCF14	15	Feminino	Regular	C1	Nível I	Nível II
PCF15	16	Feminino	Regular	C1	Nível I	Nível I

Fonte: Dados do estudo (2020).

*Participante sem fala articulada (PSF 1-10).

**Participante com fala articulada (PCF 11-15).

Os adolescentes com fala articulada estão matriculados em escola regular, os adolescentes sem fala articulada estão matriculados em escola especial e um não frequenta escola há três anos. Ao relacionar os níveis do GMFCS E&R e do CFCS com o tipo de escola, infere-se que, no grupo sem fala articulada, duas adolescentes do sexo feminino e sete do sexo masculino estão matriculados em escola especial, sendo que, neste grupo, os adolescentes estão entre os níveis II e V do GMFCS E&R e nos níveis III e IV do CFCS. Enquanto no grupo com fala articulada, três adolescentes do sexo feminino e dois do sexo masculino estão matriculados em escola regular e estes estão concentrados nos primeiros níveis dos instrumentos. Portanto,

os alunos com maior comprometimento da função motora grossa e das formas de comunicação independente estão, majoritariamente, inseridos em escola especial de ensino.

2.3.2 - LOCAL

2.3.2.1 - Características do ambiente de coleta

A coleta de dados, ocorreu em duas cidades do estado de Goiás, em duas Instituições distintas, na quais os adolescentes realizam ou realizaram algum tipo de tratamento durante o seu desenvolvimento. A coleta de dados nas Instituições 1 e 2 ocorreu em sala designada para tal e ambas não possuem fins lucrativos.

A Instituição 1 é caracterizada como um Centro Especializado em Reabilitação Física, que exerce mobilizações nas questões ligadas à educação, saúde e inclusão da pessoa com deficiência que é usuária do Sistema Único de Saúde (SUS) com domicílio no interior de Goiás. Possibilita atendimentos especializados nas áreas de medicina física, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional, enfermagem, nutrição e assistência social.

A Instituição 2 é caracterizada como uma Instituição de Educação Especial, a qual fornece atendimentos para crianças a partir de seis anos, jovens e adultos com deficiência, possuindo como objetivo a escolarização e a inclusão social. Os indivíduos que frequentam a escola também recebem atendimento na área da saúde e as famílias recebem orientações fornecidas pelo Serviço Social da Instituição.

2.3.3 - PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS DO ESTUDO AMOSTRAL

A coleta de dados ocorreu no primeiro bimestre de 2020. As mães e/ou responsáveis pelos adolescentes participaram da aplicação do Formulário de Identificação dos Participantes, do CCEB e do PEDI-CAT. A classificação por meio do GMFCS E&R e do CFCS foi atribuída por profissional da área das próprias Instituições. Os adolescentes com fala articulada participaram da aplicação do IHSA-Del-Prette, enquanto os adolescentes sem fala articulada participaram da aplicação do IHS-ASFA.

Em um primeiro momento, ocorreu a coleta de dados com as mães e/ou responsáveis na seguinte ordem: Formulário de Identificação dos Participantes, CCEB, e PEDI-CAT. Em um segundo momento, ocorreu a coleta dos dados com os adolescentes. A aplicação dos IHSA-

Del-Prette foi realizada individualmente e sem a presença das mães e/ou responsáveis, no entanto, a aplicação do IHS-ASFA foi efetuada na presença das mães e/ou responsáveis, devido a uma limitação da pesquisadora em identificar os componentes não-verbais de comunicação utilizados por alguns dos participantes sem fala articulada.

Um gravador foi utilizado para registro das respostas do Formulário de Identificação dos Participantes e do CCEB, com audiência da pesquisadora. As gravações foram transcritas na íntegra e não ocorreu quaisquer dificuldades na audição do conteúdo. A aplicação do PEDI-CAT ocorreu com o registro diretamente no *software* conforme a resposta das responsáveis.

A aplicação do IHS-Del-Prette ocorreu individualmente, a pesquisadora leu as instruções para os participantes da pesquisa e lhes forneceu as instruções para o preenchimento. Nos cinco casos avaliados a pesquisadora leu os 38 itens para cada participante individualmente durante a aplicação. Nos casos dos participantes PCF11, PCF12 e PCF14, em que ocorreram dificuldades de compreensão em relação a situações descritas em algumas questões, alguns sinônimos tiveram que ser utilizados, ou seja, a pesquisadora auxiliou os participantes a interpretarem por meio do uso de sinônimos.

A aplicação no formato original do IHS-ASFA ocorre diretamente com os sujeitos participantes e seus professores, visando a concordância das respostas entre como os alunos se veem e a avaliação dos professores, no entanto, no presente estudo, não houve a aplicação com os professores visto que, os objetivos do trabalho não contemplam essa população. A aplicação ocorreu de forma individual com o cuidado de facilitar o campo visual do participante examinado em relação às pranchas de aplicação.

2.3.4 - PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS DO ESTUDO AMOSTRAL

A análise dos dados contidos nas entrevistas realizadas pelo Formulário de Identificação foi realizada a partir das transcrições. A correção do CCEB ocorreu individualmente e manualmente. O *software* do PEDI-CAT gera automaticamente, ao final da aplicação, um Relatório de Avaliação Detalhado, o qual foi utilizado para análise. As folhas de respostas do IHS-Del-Prette foram corrigidas individualmente e de forma informatizada. Os Protocolos de Respostas do IHS-ASFA foram corrigidos individualmente e manualmente, visto que não existe correção informatizada para os protocolos de respostas do IHS-ASFA.

Exclusivamente, quanto aos dados provenientes dos instrumentos sobre Habilidades Sociais, foram realizados os procedimentos específicos de análise detalhados a seguir. Para

efeito de equivalência dos dados fornecidos pelos instrumentos, pode-se designar um número para cada resposta equivalente, como no Quadro 5, em que é demonstrado o seguinte: para os habilitados designa-se o número 1 (IHS-ASFA); para os respondentes que apresentaram baixa dificuldade na emissão e aquisição de habilidades (IHSA-Del-Prette) designa-se o número 1; para os não habilitados passivos e não habilitados ativos designa-se o número 2 (IHS-ASFA) e; para os que apresentaram alta e média dificuldade na emissão e aquisição de habilidades (IHSA-Del-Prette) designa-se o número 2.

Quadro 5. Equivalência de resposta dos diferentes instrumentos de Habilidades Sociais.

Habilitado	1
Baixa dificuldade na aquisição e emissão	1
Não habilitado passivo e não habilitado ativo	2
Média e alta dificuldade na aquisição e emissão	2

Fonte: Dados do estudo (2020).

Visando comparar os resultados das classes avaliadas por ambos os instrumentos, é possível olhar diretamente para o escore total para as classes autocontrole e assertividade. As classes empatia e civilidade estão separadas no instrumento IHSA-Del-Prette, enquanto no instrumento IHS-ASFA aparece junto como uma única classe “empatia e civilidade”. Portanto, para efeito de análise, supõe-se que deveriam ser analisadas “empatia” e “civilidade” do instrumento IHSA-Del Prette separadamente e, para cada análise, usar o mesmo resultado obtido pela classe “empatia e civilidade” do instrumento IHS-ASFA. Para as classes “abordagem afetiva” e “desenvoltura social” no IHSA- Del-Prette foram realizadas análises somente para o grupo com fala articulada, enquanto para as classes “fazer amigos”, “habilidades acadêmicas” e “solução de problemas interpessoais” do IHS-ASFA foram realizadas análises somente para o grupo sem fala articulada.

Visando a análise quantitativa dos dados e a testagem das hipóteses, afirma-se que o número dos indivíduos da amostra não se distribui uniformemente pela variável “possuir ou não fala articulada”, como também pelos cinco níveis do CFCS e do GMFCS E&R. Portanto, utilizou-se da estatística não-paramétrica, especificamente do teste de *Mann-Whitney*, o qual é voltado para análise de duas amostras independentes (SIEGEL; CASTELLAN, 2006). De acordo com Siegel e Castellan (2006), a estatística não-paramétrica pode ser utilizada nos casos em que a amostra de dados é pequena e não exige que a distribuição da população atenda a certos parâmetros como: normalidade e homogeneidade de dados. Para essa análise, os grupos de participantes com Paralisia Cerebral com fala articulada, totalizando cinco sujeitos e o grupo

com Paralisia Cerebral sem fala articulada composto por dez sujeitos, foram submetidos a análises quanto às variáveis acerca da classificação sociodemográfica, níveis motores, comunicativos e de funcionalidade e das Habilidades Sociais de modo a traçar compreensões sobre essas variáveis na população do estudo.

2.3.5 - RESULTADOS DO ESTUDO AMOSTRAL

Os resultados advindos das análises realizadas serão apresentados, primeiramente, quanto às informações colhidas pelo Formulário de Identificação e às variáveis acerca das características funcionais e suas relações. Em seguida, serão descritos os resultados sobre as Habilidades Sociais e a contraposição desses achados com demais variáveis de interesse, conforme os objetivos do estudo.

Os dados de caracterização dos participantes são apresentados no tópico Estudo Amostral (Participantes), após as análises estatísticas das possíveis diferenças significativas entre as variáveis sociodemográficas de caracterização, do CFCS e GMFCS E&R dos adolescentes com Paralisia Cerebral com fala articulada e sem fala articulada. Como apresentado no Quadro 6, os resultados indicaram que existe diferença significativa na variável escola ($U=5$; $p<0,05$), no CFCS ($U=0$; $p<0,01$) e no GMFCS E&R ($U=3,5$; $p<0,01$) dos dois grupos. O fator da variável escola ter diferença significativa pode influenciar nas outras variáveis, principalmente, nas de Habilidades Sociais, visto que a escola é um ambiente com vários contextos, situações, o qual possibilita diversas interações sociais.

Quadro 6. Resultado de *Mann-Whitney* para os dados dos Formulários de Identificação dos Participantes, do Critério de Classificação Econômica Brasil, GMFCS E&R e CFCS.

	Mediana		U	<i>p-exact</i>
	Sem fala articulada	Com fala articulada		
Idade	15	15	19,5	0,513487
Sexo	Masculino	Feminino	15	0,254412
Tipo de escola	Especial	Regular	5	0,012654*
Frequência de atendimento	1,5	1	14	0,20646
Classificação econômica	Classe C1	Classe C1	17,5	0,370962
CFCS	3,5	1	3,5	0,000666*
GMFCS E&R	4	1	3,5	0,004662*

Fonte: Dados do estudo (2020).

* $p>0,05$

A diferença significativa pode ter ocorrido devido ao fato de os adolescentes com fala articulada estarem todos matriculados em escolas regulares, enquanto os adolescentes sem fala articulada estão matriculados em escola especial, com exceção de um adolescente que não está

matriculado. Caso o tipo de escola estivesse distribuído de outra forma entre os grupos, talvez não ocorresse a diferença significativa na variável escola.

A segunda hipótese testada consistiu em identificar se existe diferença significativa entre os níveis do Sistema de Classificação da Função Motora Grossa Ampliado e Revisto (GMFCS E&R) e os níveis Sistema de Classificação da Função de Comunicação (CFCS) dos adolescentes com Paralisia Cerebral com fala articulada e dos sem fala articulada. De acordo com os resultados das análises estatísticas referidas, assume-se que existe diferença significativa entre os grupos analisados, visto que, quanto menor o valor de U, maior a evidência de que as populações são diferentes. Assim, os participantes do grupo com fala articulada são motoramente menos prejudicados do que os sem fala articulada.

A capacidade funcional dos adolescentes foi avaliada por meio da aplicação do Instrumento PEDI-CAT nas respectivas escalas Atividades Diárias, Mobilidade, Social/Cognitivo e Responsabilidade. Vale retomar que para o presente estudo, o interesse é caracterizar a amostra em comparação com o índice normativo esperado à idade, portanto, o Escore T. A Tabela 2 traz os dados de cada participante na aplicação do PEDI-CAT nas respectivas escalas atividades diárias, mobilidade, social-cognitivo e responsabilidade.

Tabela 2. Escore T dos domínios avaliados pelo PEDI-CAT do estudo amostral.

Participantes	Atividades Diárias	Mobilidade	Social / Cognitivo	Responsabilidade
PSF1	<10	<10	<10	<10
PSF2	<10	<10	<10	<10
PSF3	<10	<10	<10	<10
PSF4	<10	<10	<10	<10
PSF5	<10	<10	<10	<10
PSF6	<10	<10	<10	<10
PSF7	<10	<10	<10	<10
PSF8	<10	<10	<10	<10
PSF9	<10	<10	<10	<10
PSF10	<10	<10	<10	<10
PCF11	32	<10	47	40
PCF12	16	14	29	37
PCF13	23	<10	40	23
PCF14	35	<10	41	38
PCF15	13	<10	44	30

Fonte: Dados do estudo (2020).

Quanto ao PEDI-CAT, os dados apresentados no domínio das Atividades Diárias explicitam que todos os adolescentes do grupo sem fala articulada obtiveram valor <10, dos valores obtidos pelos adolescentes do grupo com fala articulada, o menor valor foi 13 e o maior valor foi 35, sendo que somente dois adolescentes obtiveram pontuação maior que 30 (PCF11 = 32 e PCF14 = 35). Ou seja, considerando a pontuação entre 30 e 70 como sendo dentro da faixa esperada para a idade, em ambos os grupos, a maior parte da população possui pontuação

inferior ao esperado no Escore-T, retificando os prejuízos funcionais acerca da funcionalidade e da independência em atividades de vida diária dos adolescentes com Paralisia Cerebral participantes do estudo. Dado este que é confirmado ao relacionar os dados do Formulário de Identificação dos Participantes com os domínios funcionais do PEDI-CAT. De modo a ilustrar os achados do domínio das Atividades Diárias em relação às perguntas semiestruturadas do Formulário de Identificação, no que tange à independência, notou-se que existe uma maior dependência atribuída à função motora e à comunicação dos adolescentes do grupo sem fala articulada em relação ao grupo com fala articulada como nos exemplos a seguir:

Relato realizado pela mãe de PSF1: *Uai, eu te diria que desafio é tamanho, né. Apesar que eu digo assim em questão da independência a gente acaba deixando ou não um pouco a desejar. Eu não sei se é devido à correria da gente, essa rotina que é bem acelerada, mas assim, por exemplo, nas férias, vou te dar um exemplo como a gente não tem essa questão de horários para cumprir. Então, assim, se ele levar duas horas para comer é tranquilo, mas não. Eu tenho um horário, eu tenho uma [omitido] para ir, eu tenho toda uma rotina de compromisso e é só a parte da manhã que eu tô em casa. Então, tem aquela coisa, meio que você auxilia a criança e acaba dando a alimentação porque se for deixar por conta dele, ele vai brincar, ele vai de alguma forma demorar, isso eu tô me referindo à questão da alimentação.*

Relato realizado pela mãe de PSF2: *Ah, é bem, bem complicado mesmo porque ele é dependente de mim totalmente. Ele é dependente de mim totalmente, eu quem coloco na cadeira, eu que tiro, eu que dou comida, as alimentações do dia a dia eu quem faço.*

Relato realizado pela mãe de PSF6: *Eu tenho que dar banho, tenho que dar comida, a única coisa que ele sabe fazer é mexer no celular, né. Ele consegue mexer no celular dele. Assim, coisa que ele não precisa de mim é isso. Ele sabe gravar vídeo, mandar mensagem, criar grupo, essas coisas assim ele sabe fazer, mas em relação à alimentação, é tudo depende de mim.*

Relato realizado pela mãe de PSF9: *A independência, ele sozinho? Assim, a independência dele é pouca coisa que ele faz. Igual ele come sozinho, muito devagarinho, mas ele tenta. Eu quem dou banho.*

Relato realizado pela mãe de PCF11: *Ele consegue fazer as coisas sozinho desde que seja do interesse dele, ele tá prontinho para fazer. A dificuldade maior que ele tem no dia a dia assim... é se for para ele trazer um copo com água, essas coisas de carregar as coisas, as coisas pequenas, essa é a dificuldade, mas o restante é normal.*

Relato realizado pela mãe de PCF13: *Ele dá conta de fazer muita coisa, mas eu sei que eu tenho que puxar mais para ele se tornar uma pessoa mais independente porque eu não sei que dia eu vou morrer.*

Relato realizado pela responsável de PCF14: *Assim, tem horas que ela é, ela tenta ao máximo. Ela toma banho sozinha, ela escova os dentes sozinha, ela veste praticamente todas as roupas sozinhas. Só assim quando é uma calça jeans mais apertadinha que ela tem um pouco mais de dificuldade, ela demora, mas veste. Aí no dia a dia assim, ela faz as coisas dela sozinha.”*

Relato realizado pela mãe de PCF15: *“Olha depois que ela foi pro [omitido], ela desenvolveu muito até em questão da minha segurança também né, porque ela fica... estuda o dia todo, ela leva marmita, ela consegue fazer os trabalhos de escola dela com muita eficiência né. Então, eu acredito que melhorou muito.*

No entanto, a partir do ilustrado, depreende-se a necessidade do questionamento se a dependência não se deve também devido à falta de recursos de acessibilidade e à falta de recursos que pudessem ser utilizados para acessibilidade. Em relação ao relato da mãe de P6, ressalta-se a questão do cognitivo, visto que quando ocorre incentivo, os adolescentes são estimulados e ensinados, acabam realizando as atividades. Além disso, a partir do treino de Habilidades Sociais e de generalização de comportamentos, os adolescentes podem aprender e executar outras atividades parecidas com o “mandar mensagem”.

Em relação ao relato da responsável de P14, é possível inferir que um programa de intervenção que aborde aspectos relacionados às Habilidades Sociais e outros aspectos, tais como, autocuidado, responsabilidade, cooperação seria interessante e, possivelmente, traria resultados positivos. Apesar do fato de que a adolescente demonstra independência em certos momentos, realizando a maior parte das atividades de forma independente, mas ainda existe uma certa dependência por causa da função motora, ressalta-se que o resultado do domínio mobilidade foi <10 , ou seja, menor que o esperado pelo instrumento.

No domínio da Mobilidade, em relação ao Escore-T, todos os adolescentes do grupo sem fala articulada obtiveram valor <10 (o que também ratificou a classificação desses participantes nos níveis IV e V no GMFCS E&R). No grupo com fala articulada, quatro adolescentes também apresentaram valor <10 , somente um adolescente obteve o valor >10 (PCF12 = 14, nível I no GMFCS E&R), no entanto, com pontuação inferior ao esperado pelo instrumento.

No domínio Social/Cognitivo, o Escore-T do grupo sem fala articulada apresentou todos os valores <10 , enquanto o grupo com fala articulada apresentou um valor menor que 30 (PSF5 = 29) e todos os demais valores dentro da faixa esperada entre 30 e 70 (PCF11 = 47; PCF13 = 40; PCF14 = 41; e PCF15 = 44), em comparação ao grupo normativo. De modo a ilustrar esses achados os relacionando com as perguntas semiestruturadas do Formulário de Identificação, notou-se que há uma diferença nos achados e nos tipos de atividades realizadas pelos adolescentes entre os dois grupos, mas ambos se sentem realizados quando conseguem executá-las como exposto abaixo:

Relato realizado pela mãe de PSF2: *Se ele tiver na brincadeira segue as regras, porque lá em casa ele segue as regras dos jogos com os primos dele.*

Relato realizado pela mãe de PSF4: *Ele entende tudo, a cabeça dele é boa, ele gosta de ver televisão quando acaba a novela que começa o jornal, ele chama para trocar. Tô te falando, ele entende tudo. Eu coloco perto dele os brinquedos e ele me chama para pegar os brinquedos.*

Relato realizado pela mãe de PSF6: *Ah não sei, assim a mente dele, que eles* (*referências aos profissionais da instituição) falam que o cognitivo dele é muito bom né, mas o físico dele não ajuda, mas a mente dele eu percebo que ele entende tudo, ele sabe de tudo.*

Relato realizado pela mãe de PSF8: *Ele gosta de brincar com o computadorzinho dele quando ele consegue tirar algum desenho do computador para ele é uma festa que ele conseguiu pegar no mouse e fazer alguma coisinha, quando ele consegue para ele é uma alegria.*

Relato realizado pela mãe de PSF9: *Assim, em comparação assim, montar brinquedo, ele monta, aí quando ele termina, ele mostra, aí ele gosta que a gente bate palma.*

Relato realizado pela mãe de PCF12: *Ela é muito desmotivada com tudo para fazer assim. Eu insisto, sou muito rígida com ela porque toda vida eu tratei ela sempre normal, tudo normal. Então eu falo: “você é capaz de fazer as coisas, tem suas dificuldades, mas tem tanta gente que tem dificuldades maiores que as suas e consegue fazer*

Relato realizado pela mãe de PCF15: *Ela não costuma pedir tempo extra para nada, fica até de madrugada fazendo, mas não pede.*

No domínio de Responsabilidade também houve a identificação de que o grupo sem fala articulada apresenta maior comprometimento, uma vez que o Escore-T desse grupo apresentou todos os valores <10, enquanto o grupo com fala articulada apresentou um valor menor que 30 (PCF 13 = 23) e todos os outros valores dentro da faixa esperada entre 30 e 70 (PCF11 = 40; PCF12 = 37; PCF14 = 38; e PCF15 = 30). Os dados expõem que a maior parte do grupo com fala articulada está dentro da faixa esperada para a idade, no entanto, ao confrontar com os dados do Formulário de Identificação, notou-se uma predominância de responsabilidade por parte das responsáveis.

Relato realizado pela mãe de PSF4: *Ele não gosta de sair de casa a não ser para vir pra escola e eu que organizo tudo.*

Relato realizado pela mãe de PSF10: *Tudo ele já vem na gente, ele nem vai tentar.*

Relato realizado pela mãe de PCF12: *Lá em casa tem a rotina dela, eu ponho a rotina lá, mas se eu não ficar falando o tempo todo: “P12 tem que fazer isso, tira meia hora para o exercício, vai fazer” aí se eu não ficar falando, ela não faz.*

Relato realizado pela mãe de PCF15: *Eu assumo completa responsabilidade dos remédios porque ela fica só assim “Ah, porque eu tenho que engordar”, mas eu tenho que ficar lembrando de tomar o suplemento.*

Os resultados indicaram que nos quatro domínios avaliados, o Escore-T do grupo sem fala articulada apresenta valor menor do que a faixa esperada para a idade e, assim, maior índice de comprometimento funcional.

Os dados acerca das classes de Habilidades Sociais dos adolescentes sem fala articulada, apresentadas pelos resultados do IHS-ASFA são expostos de forma detalhada no Quadro 7, onde, conforme o escore total, três adolescentes (PSF3, PSF6 e PSF7) são habilidosos, seis

adolescentes (PSF1, PSF2, PSF4, PSF5, PSF8 e PSF10) são não habilidosos passivos e um (PSF9) é não habilidoso ativo.

Quadro 7. Resultado do Inventário de Habilidades Sociais para Alunos Sem Fala Articulada.

Participantes	Escore Total	Empatia e civilidade	Assertividade	Autocontrole	Fazer amizades	Acadêmica	Solução de problemas interpessoais
PSF1	NHP	NHP	NHP	NHA	HB	NHP	HB
PSF2	NHP	NHA	NHP	HB	HB	NHP	NHP
PSF3	HB	NHA	HB	HB	HB	NHA	HB
PSF4	NHP	NHP	NHP	NHP	HB	HB	HB
PSF5	NHP	HB	NHP	NHA	HB	HB	HB
PSF6	HB	HB	NHP	NHP	HB	HB	HB
PSF7	HB	NHP	NHP	NHP	HB	NHP	HB
PSF8	NHP	NHP	NHP	HB	HB	NHP	NHP
PSF9	NHA	HB	NHA	NHA	HB	HB	NHA
PSF10	NHP	NHP	NHP	NHA	NHP	NHP	NHA

Fonte: Dados do estudo (2020).

Nos dados de empatia e civilidade existem três adolescentes habilidosos (PSF5, PSF6 e PSF9), seis adolescentes (PSF1, PSF4, PSF7, PSF8 e PSF10) não habilidosos passivos e dois (PSF2 e PSF3) não habilidosos ativos. Na assertividade, encontrou-se um adolescente habilidoso (PSF3), oito adolescentes (PSF1, PSF2, PSF4, PSF5, PSF6, PSF7, PSF8 e PSF10) não habilidosos passivos e um adolescente (PSF9) não habilidoso ativo. No autocontrole existem três adolescentes (PSF2, PSF3 e PSF8) habilidosos, três adolescentes (PSF4, PSF6 e PSF7) não habilidosos passivos e quatro adolescentes (PSF1, PSF5, PSF9 e PSF10) não habilidosos ativos.

Os dados de fazer amizades explicitam que existem nove adolescentes (PSF1, PSF2, PSF3, PSF4, PSF5, PSF6, PSF7, PSF8 e PSF9) habilidosos e um (PSF10) não habilidoso passivo. Em relação às habilidades acadêmicas, quatro adolescentes (PSF4, PSF5, PSF6 e PSF9) são habilidosos, cinco (PSF1, PSF2, PSF7, PSF8 e PSF10) são não habilidosos passivos e um (PSF3) é não habilidoso ativo. Os dados da solução de problemas interpessoais apontam seis adolescentes (PSF1, PSF3, PSF4, PSF5, PSF6 e PSF7) como habilidosos, dois adolescentes (PSF2 e PSF8) como não habilidosos passivos e dois adolescentes (PSF9 e PSF10) como não habilidosos ativos.

Ou seja, em empatia e civilidade existem sete adolescentes não habilitados, em assertividade existem nove adolescentes não habilitados, no autocontrole existem sete indivíduos não habilitados, em fazer amizades existe um adolescente não habilitado, em relação às Habilidades Sociais acadêmicas existem seis adolescentes não habilitados e em relação à solução de problemas interpessoais existem quatro adolescentes não habilitados. Os dados acerca das classes de Habilidades Sociais dos adolescentes sem fala articulada, apresentados nos resultados do IHS-ASFA são expostos de forma detalhada no Quadro 8.

Quadro 8. Resultado do Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes.

Participantes	Escore Total	Empatia	Civilidade	Assertividade	Autocontrole	Abordagem Afetiva	Desenvoltura Social
PCF11	Baixa	Alta	Baixa	Média	Baixa	Baixa	Média
PCF12	Alta	Baixa	Média	Alta	Alta	Alta	Alta
PCF13	Média	Média	Baixa	Média	Baixa	Média	Média
PCF14	Média	Baixa	Baixa	Média	Alta	Baixa	Média
PCF15	Média	Média	Média	Baixa	Alta	Baixa	Alta

Fonte: Dados do estudo (2020).

Em relação ao escore total, o Quadro 8 apresenta que o participante PCF11 obteve no escore total de baixa dificuldade na aquisição e emissão de Habilidades Sociais, enquanto os participantes PCF13, PCF14 e PCF15 apresentaram escore médio de dificuldade na aquisição e emissão de Habilidades Sociais, sendo que o participante PCF12 apresentou alta dificuldade na aquisição e emissão das Habilidades Sociais. Em relação à empatia, dois adolescentes (PCF12 e PCF14) demonstraram baixa dificuldade na aquisição e emissão de Habilidade Sociais, enquanto dois (PCF13 e PCF15) apresentaram média dificuldade e um (PCF11) apresentou alta dificuldade. Os resultados da civilidade apresentam que três adolescentes (PCF11, PCF13 e PCF14) demonstram baixa dificuldade na aquisição e emissão da Habilidade Social e que dois adolescentes (PCF12 e PCF15) apresentam média dificuldade na aquisição e emissão. Os dados da assertividade demonstram que um adolescente (PCF15) possui baixa dificuldade na aquisição e emissão, que três adolescentes (PCF11, PCF13 e PCF14) apresentam média dificuldade na aquisição e emissão da Habilidade Social e que um adolescente (PCF12) apresenta alta dificuldade. Em relação ao autocontrole, dois adolescentes (PCF11 e PCF13) apresentam baixa dificuldade na aquisição e emissão da Habilidade Social e três adolescentes (PCF12, PCF14 e PCF15) apresentam alta dificuldade na aquisição e emissão. Na habilidade abordagem afetiva, dos cinco sujeitos analisados, três demonstraram baixa dificuldade na aquisição e emissão de Habilidades Sociais (PCF11, PCF14 e PCF15), enquanto um (PCF13)

apresentou média dificuldade na aquisição e emissão de Habilidades Sociais e um (PCF12) apresentou alta dificuldade na aquisição e emissão de Habilidades Sociais. Em relação à desenvoltura social dois dos cinco sujeitos (PCF12 e PCF15) apresentam alta dificuldade na aquisição e emissão de Habilidades Sociais enquanto os outros três sujeitos apresentaram média dificuldade na aquisição e emissão de Habilidades Sociais (PCF11, PCF13 e PCF14). Ou seja, existem três adolescentes com déficits em empatia, dois adolescentes apresentaram déficits em civilidade, quatro adolescentes apresentaram déficits em assertividade, três adolescentes apresentaram déficits em autocontrole, dois adolescentes apresentaram déficits em abordagem afetiva, e por fim, três adolescentes apresentam déficits em relação à desenvoltura social. Com a pretensão de compreender se existe diferença significativa entre o grupo de participantes sem fala articulada e o grupo com fala articulada, realizou-se o Teste de *Mann-Whitney* com os dados obtidos referentes às Habilidades Sociais, como demonstrado na Tabela 3.

Tabela 3. Resultados do Teste de *Mann-Whitney* para Habilidades Sociais.

	Mediana		U	<i>p-exact</i>
	Sem fala articulada	Com fala articulada		
Escore Total	2	2	22,5	0,767899
Empatia	2	2	22,5	0,767899
Civilidade	2	1	17,5	0,370962
Assertividade	2	2	22,5	0,767899
Autocontrole	2	2	22,5	0,767899

Fonte: Dados do estudo (2020).

Verificou-se que, a partir da análise e interpretação proposta no estudo, não há diferença significativa no escore total das habilidades entre os grupos sem fala articulada e com fala articulada ($U=22,5$; $p>0,05$). Não há diferença significativa na classe empatia das habilidades entre os grupos sem fala articulada e com fala articulada ($U=22,5$; $p>0,05$). Em geral, a mediana de ambos demonstra déficits de habilidades na classe empatia para ambos os grupos.

Não há diferença significativa na classe civilidade das habilidades entre os grupos sem fala articulada e com fala articulada ($U=17,5$; $p>0,05$). Em geral, as medianas apresentadas demonstram que o grupo com fala articulada possui mais habilidade em civilidade do que o grupo sem fala articulada. Não há diferença significativa na classe assertividade das habilidades entre os grupos sem fala articulada e com fala articulada ($U=22,5$; $p>0,05$). A mediana de ambos os grupos demonstra déficits de habilidades na classe assertividade.

Não há diferença significativa na classe autocontrole das habilidades entre os grupos sem fala articulada e com fala articulada ($U=22,5$; $p>0,05$). Em geral, a mediana de ambos demonstra déficits de habilidades na classe autocontrole. Assim, em consonância com os resultados das análises estatísticas referidas, não existe diferença significativa entre as classes

de Habilidades Sociais analisadas em ambos os grupos. Entretanto, ressalta-se que, apesar de não haver diferença significativa entre os grupos, ambos os grupos apresentam déficits de aquisição, emissão e desempenho nas Habilidades Sociais investigadas. Dados que são indicativos para treinamento de Habilidades Sociais do grupo, sendo que, as possíveis sessões de treinamento seriam divididas de acordo com os resultados das classes de Habilidades Sociais.

Alguns discursos das mães extraídos do formulário de identificação dos participantes ilustram características e déficits dos participantes em relação às Habilidades Sociais.

Relato realizado pela mãe de PSF2: *Tipo, ele gosta das irmãzinhas, mas ele não gosta de brincar com elas, ela não quer participar do que elas estão participando. Ele gosta de ficar com as primas da idade dele, ele tem uma prima de 12, outra de 13 e outra de 14, aí se elas ficam lá em casa, ele fica bem o dia todo, mas se ele fica só comigo Ave Maria.* (Fazer amizades);

Ele não sabe lidar com estresse, raiva e isso daí não (Autocontrole)

Relato realizado pela mãe de PSF3: *Tem dia que ela tá irritada, tem que dia que ela tá alegre, depende. Quando ela quer alguma coisa que a gente pergunta, ela responde que sim, quando ela não quer ela vira a cara* (Empatia e Civilidade)

Relato realizado pela mãe de PSF6: *Ultimamente ele anda com a autoestima baixa, até por isso que ele tá tendo tratamento e começou o acompanhamento com a psicóloga, mas de uns seis meses para cá, ele começou a ficar muito nervoso, muito agressivo, chorando à toa, sem dormir.* (Autocontrole)

Relato realizado pela mãe de PSF 7: *Ela se sente bem quando ela dá conta de fazer as coisas, ela sorri depois que ela faz alguma coisa que tá certa, tipo quando ela calça o tênis e tá certo, aí ela bate palma para ela, fica sorrindo.* (Solução de Problemas).

Relato realizado pela mãe de PSF8: *Uai, o dele ele reconhecia* (referindo-se ao nome). *Ele procurava onde tava o nome dele, ele olhava fixo naquele que era o dele.* (Habilidades Acadêmicas)

Relato realizado pela mãe de PSF10: *Ele não tem comunicação, geralmente, as coisas que eu entendo é porque eu falo, por exemplo, se ele for ao banheiro quando ele termina, ele bate na porta. Ele usa gestos para demonstrar o que quer e faz sem nenhuma ajuda* (Habilidade de Comunicação).

Relato realizado pela mãe de PCF 11: *“Oh, às vezes, tem uns períodos que ele fica muito calado, mas ao mesmo tempo ele conversa bastante.* (Habilidade de Comunicação)

Relato realizado pela responsável de PCF14: *Quando ela fez tratamento de ansiedade, ela estava muito chorona e nervosa. Aí, depois que ela começou a tomar remédio para a ansiedade acabou a agressividade. Agora acabou a agressividade, acabou a choradeira. Ela chorava do nada. Você olhava nela e ela já estava chorando* (Autocontrole)

Relato realizado pela mãe de PCF15: *Teve o caso do professor de educação física que ela ficou de conversar com ele, ficou, ficou, chegou na última hora ele deixou ela de recuperação. Aí eu tive que conversar com ela porque eram umas atividades que ela não conseguia fazer. Só que eu falei: “PCF15 conversa com ele porque você tem dois atestados”, mas ela tem essa dificuldade de comunicar o que precisa.* (Habilidade de Comunicação e Solução de Problemas Interpessoais)

Em relação ao relato realizado pela mãe de PSF2, este foi classificado na classe de Habilidades Sociais de fazer amizades, pois os contatos e interações sociais são restritos, ou seja, as primas são as pessoas com as quais tem contato, além da população da instituição e das irmãs. Ainda sobre as Habilidades Sociais, ao relacioná-las com os itens do Formulário de Identificação dos Participantes (autoestima e autoeficácia), o presente estudo foca na consecução do objetivo e na manutenção/melhora da autoestima. Os dados apontam que cinco apresentam boa autoestima, um média e duas dificuldade. A percepção dos familiares sobre a autoestima é exemplificada a seguir:

Relato realizado pela mãe de PSF4: *Ele é feliz, muito feliz, gosta de vir para escola, gosta de ver televisão, ele é muito feliz.*

Relato realizado pela mãe de PSF5: *A autoestima assim [pausa] acho que é boa.*

Relato realizado pela mãe de PSF7: *A autoestima dela eu acho que é boa.*

Relato realizado pela mãe de PSF8: *Ah, ele é muito feliz.*

Relato realizado pela mãe de PSF10: *Ah, ele é muito vaidoso. Ele é bastante vaidoso, às vezes, assim ele deixa um pouco a desejar, tem dia que ele não quer tomar banho. Então, eu tenho que ficar insistindo, mas ele gosta de ficar se olhando no espelho toda hora, ele gosta de colocar boné, ele gosta de mostrar que está com um sapato novo, com uma roupa nova. Então, assim, eu acho que ele tem uma autoestima boa.*

Relato realizado pela mãe de PCF11: *A autoestima dele é boa, mas, às vezes, tem uns momentos que ele fica muito calado. Esses dias para trás mesmo ele estava assim.*

Relato realizado pela mãe de PCF12: *É dela mesmo, não tem muita, eu não vejo muito não. Ela tem a autoestima super baixa mesmo.*

Relato realizado pela mãe de PCF15: *A autoestima dela é baixa, bem baixa. Eu falo com ela, assim, que ela é tão bonita, ela é inteligente, sabe? É (pausa) ela tem uma capacidade tão grande de desenvolver tudo igual... assim tudo... sempre foi muito boa aluna, sabe? Muito seletiva em certas amizades. Então, assim eu acho uma menina perfeita só que ela fica assim "Ah, que eu sou feia", "Ah., que meu cabelo é feio", "Ah que eu sou muito pequena", "Ah, que eu sou magra" sabe aquela pessoa que nunca agradece por nada. Então, isso me deixa triste porque a autoestima dela não é boa e eu não sei dizer se é só por causa dessa deficiência, eu não sei se por outra coisa.*

Percebe-se que, nas mães dos adolescentes sem fala articulada, sobre a autoestima e autoeficácia, há referências ao relacionar autoestima com felicidade e aceitação e um menor discurso descritivo ao ser contraposto com o discurso das mães e/ou responsáveis pelos adolescentes com fala articulada. No que se refere aos desafios no dia a dia, em relação à autoeficácia, infere-se a partir do discurso das mães, que os adolescentes se sentem bem e felizes quando conseguem realizar alguma atividade, como exemplificado a seguir:

Relato realizado pela mãe de PSF3: *Ela tem essa percepção, uhum. Ela fica feliz, ela dá gaitada, ela reage que conseguiu.*

Relato realizado pela mãe de PSF4: *Aham, ele gosta muito de pintar os desenhos. Aí as professoras me mostram e ele fica feliz.*

Relato realizado pela mãe de PCF13: *Ah! Ele fica muito satisfeito quando colocado um desafio e ele coloca pône como objetivo que vai dar conta e quando ele consegue, ele se sente vitorioso, é um prêmio para ele, e quando ele não consegue, ele fala “Mamãe, eu não vou desistir, vou tentar novamente”. Igual esse ano eu tentei uma vaga para um esporte que chama bocha então agora eu to correndo atrás.*

Relato realizado pela mãe de PCF11: *Ah, nas provas ano passado eu fui chamada algumas vezes por uma das professoras porque ele ia fazer as provas e disparava a chorar, ficava muito nervoso. Uma das professoras me falou que conversava com ele, falo para ele que ele é capaz, que na aula dela, quando ele começava a chorar, ela falava “enxugue essas lágrimas que você é capaz, sim” aí deu uma boa melhorada.*

Relato realizado pela responsável de PCF14: *É muito raro ela reclamar de algo, às vezes, quando algum coleguinha pegava no pé, ela reclamava, mas é muito raro. Ela assim, por exemplo, a gente não a vê falando “ah, eu tenho essa dificuldade” até que ela não fala.*

Relato realizado pela mãe de PCF15: *Ela faz uns desenhos muito difíceis. Ela arruma a casa tem muito tempo, lava o banheiro, lava a casa e pra ela não foi nada, foi natural porque ela já faz. Ela fica muito feliz quando consegue terminar os desenhos porque aquilo é muito difícil. Ela é complexada.*

A proposta de interpretação dos resultados fornecidos pelo instrumento IHS-ASFA aplicado com os adolescentes sem fala articulada e pelo IHS-DEL-Prete aplicado com os adolescentes com fala articulada, foi a de relacionar aqueles considerados habilidosos, do grupo sem fala articulada, com os indivíduos que possuem baixa dificuldade na aquisição e emissão de habilidades, do grupo com fala articulada. Os indivíduos que apresentam maiores resultados, como não habilidosos passivo ou ativo, correspondem aos indivíduos que possuem alta e média dificuldade na aquisição e emissão de Habilidades Sociais.

A partir da explanação acerca dos achados da aplicação dos instrumentos em si, a seguir serão descritos os resultados das análises entre as Habilidades Sociais obtidas no grupo investigado e suas relações com as demais variáveis. Assim, ao relacionar o nível socioeconômico dos adolescentes com as Habilidades Sociais, de modo a investigar possíveis relações na amostra, não foi verificada relação entre o nível socioeconômico expresso pelos resultados do instrumento CCEB e o desenvolvimento das Habilidades Sociais.

Sobre as características comunicativas dos adolescentes em contraposição às Habilidades Sociais, infere-se que, dos cinco adolescentes classificados no nível I do CFCS da amostra, apenas um (PCF11) apresenta baixa dificuldade na aquisição e emissão de Habilidades Sociais, três (PCF13, PCF14 e PCF15) apresentam média dificuldade na aquisição e emissão de Habilidades Sociais e um (PCF12) apresenta alta dificuldade na aquisição e emissão de Habilidades Sociais. No nível III estão cinco adolescentes, sendo um (PSF7) habilidoso e quatro (PSF1, PSF2, PSF4 e PSF10) não habilidosos passivos. No nível IV estão situados cinco

adolescentes, sendo que dois (PSF3 e PSF6) são habilidosos, dois (PSF5 e PSF8) são não habilidosos passivos e um (PSF9) é não habilidoso ativo. Não existem adolescentes nos níveis II e V do CFCS.

Ao considerar o exposto, denota-se que existe uma predominância de adolescentes com média dificuldade na aquisição e emissão de Habilidades Sociais no nível I do CFCS, há uma predominância de adolescentes não habilidosos passivos no nível III do CFCS e, no nível IV, ocorre uma predominância de adolescentes não habilidosos. Porém, no nível I há adolescente com alta dificuldades e no nível IV adolescente habilidoso. Não se permite inferências diretas na relação entre a capacidade comunicativa do grupo amostral com o desenvolvimento das Habilidades Sociais. Ressalta-se que as oportunidades de interações sociais, desenvolvimento social que os adolescentes recebem para o desenvolvimento das Habilidades Sociais, dependem muito mais do meio do que das características intrínsecas a eles.

Ao relacionar os dados das Habilidades Sociais com os dados do GMFCS E&R, os adolescentes que estão no nível I: um (PCF11) apresenta baixa dificuldade na aquisição e emissão de Habilidades Sociais, um (PCF12) apresenta alta dificuldade na aquisição e emissão de Habilidades Sociais e um (PCF15) apresenta média dificuldade na aquisição e emissão de Habilidades Sociais. No nível II estão três adolescentes, sendo que um (PSF7) é habilidoso, um (PSF10) é não habilidoso passivo e um (PCF14) apresenta média dificuldade na aquisição e emissão de Habilidades Sociais. No nível III estão dois adolescentes, um (PSF9) se apresenta como não habilidoso ativo e um (PCF13) apresenta média dificuldade na aquisição e emissão de Habilidades Sociais. No nível IV estão cinco adolescentes, sendo dois (PSF3 e PSF6) habilidosos e três (PSF4, PSF5 e PSF8) que são não habilidosos passivos. No nível V estão dois adolescentes (PSF1 e PSF2) e ambos são não habilidosos passivos.

Com esses dados, denota-se que existe, mesmo nos adolescentes situados no nível I do GMFCS E&R, alta dificuldade na aquisição e emissão de Habilidades Sociais e que no nível IV do GMFCS E&R há adolescentes habilidosos. Parece não haver relação direta entre o nível de capacidade motora grossa com o desenvolvimento das Habilidades Sociais, dado este que pode ser atribuído à questão da interação com o meio.

Uma outra relação testada foi a comparação entre os agrupamentos pelos domínios do PEDI-CAT e as Habilidades Sociais. A partir da contraposição com os resultados dos domínios Atividades Diárias, Mobilidade, Social/Cognitivo e Responsabilidade do PEDI-CAT, de acordo com os dados apresentados, dez adolescentes sem fala articulada pontuam <10 em todos os domínios, destes: PSF3, PSF6 e PSF7 são habilidosos, PSF1, PSF2, PSF4, PSF5, PSF8 e PSF10 são não habilidosos passivos e PSF9 é não habilidoso ativo.

Em relação aos adolescentes com fala articulada, no domínio Atividades Diárias, três adolescentes pontuaram entre >10 e <30, destes: PCF12 possui alta dificuldade na aquisição e emissão de habilidade sociais, PCF13 e PCF15 apresentam média dificuldade na aquisição e emissão de Habilidades Sociais. Dois adolescentes pontuaram entre 30 e 70, apesar disso, PCF11 apresenta baixa dificuldade na aquisição e emissão de Habilidades Sociais e PCF15 média dificuldade.

No que tange à contraposição com os dados da mobilidade, somente PCF12 pontuou >10, mesmo assim, a pontuação é menor que o esperado pelo instrumento e este possui alta dificuldade na aquisição e emissão de Habilidades Sociais. Dos quatro que pontuaram <10, somente PCF11 apresenta baixa dificuldade na aquisição e emissão de Habilidades Sociais e os outros três apresentam média dificuldade.

Em relação ao domínio Social/Cognitivo, o adolescente PCF12 pontuou >10 e <30, o qual apresenta alta dificuldade na aquisição e emissão de Habilidades Sociais. Pontuaram entre 30 e 70 quatro adolescentes, dos quais, PCF11 apresenta baixa dificuldade na aquisição e emissão de Habilidades Sociais e PCF13, PCF14 e PCF15 apresentam média dificuldade de aquisição e emissão de Habilidades Sociais.

A contraposição das Habilidades Sociais com o domínio Responsabilidade demonstra que somente PCF13 pontuou <10 e apresenta média dificuldade, enquanto os outros quatro adolescentes pontuaram entre 30 e 70. No entanto, somente PCF11 apresenta baixa dificuldade na aquisição e emissão de Habilidades Sociais, enquanto PCF12 apresenta alta dificuldade e PCF14 e PCF15 apresentam média dificuldade na aquisição e emissão de Habilidades Sociais.

Assim, tendo que, por agrupamentos sobre ter ou não ter fala articulada, não houve diferença significativa, as análises se debruçaram em investigar possíveis relações entre as variáveis de Habilidades Sociais e características motoras e comunicativas entre os adolescentes com Paralisia Cerebral. Infere-se sobre os expostos ilustrados nesse tópico que a falta de oportunidade para desenvolvimento é um fator a ser considerado e não fica restrito somente ao fator ter ou não fala articulada e às características motoras, por exemplo, a questão do desenho apresentada pelos adolescentes PSF4 e PCF15 em que ambos possuem Paralisia Cerebral, com uma diferença pequena de dois anos entre as idades, PSF4 consegue pintar desenhos e PCF15 realiza desenhos complexos. Pelos dados apresentados, as dificuldades em Habilidades Sociais estão mais relacionadas à falta de oportunidade de interação do que à linguagem e às questões motoras, embora, essas também influenciam na interação social.

Ao considerar o exposto, infere-se uma predominância de adolescente não habilitados que apresentam pontuação menor ao esperado pelo instrumento, ao avaliar os domínios do

PEDI-CAT, e uma predominância de adolescentes que apresentam média dificuldade de aquisição e emissão de Habilidades Sociais e que pontuaram entre 30 e 70, considerado normalidade pelo instrumento. Assim, mesmo os adolescentes que não apresentaram comprometimentos funcionais nos domínios funcionais avaliados apresentam demandas para o desenvolvimento de Habilidades Sociais.

CAPÍTULO III

3.1 - DISCUSSÃO DOS DADOS, CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

3.1.1 - DISCUSSÃO DOS DADOS

A caracterização e a avaliação do repertório da amostra pesquisada ocorreram por meio de diferentes instrumentos. Apesar do reduzido número de participantes, a amostra apresenta maior percentagem de sujeitos do sexo masculino (66,6%) em relação ao sexo feminino (33,3%), dado consonante com o apresentado por Toledo et al. (2015) e Peixoto (2018) sobre a prevalência de casos de Paralisia Cerebral no sexo masculino. Evidencia predominância dos níveis socioeconômicos mais baixos no grupo de adolescentes pesquisado e o grupo com maior comprometimento funcional encontra-se sendo escolarizado, exclusivamente, em escolas especiais. Em relação aos níveis funcionais, Santos et al. (2011) demonstrou que a presença de alunos com Paralisia Cerebral é baixa em classes comuns e que a presença deles depende do nível funcional. De acordo com Sanchez, Almeida e Gonçalves (2017) e Fachinetti, Gonçalves e Lourenço (2015), muitas dificuldades são encontradas pelos alunos com deficiência física, principalmente, pelos alunos com Paralisia Cerebral durante o processo de escolarização. Dado este que corrobora o fato deles permanecerem, durante o processo de escolarização, em escolas especiais, além da prevalência da concepção da deficiência centrada no indivíduo.

O contexto, o ambiente escolar e a educação como um todo são fundamentais para inclusão social, profissional, para o exercício integral da cidadania, para o desenvolvimento do repertório de Habilidades Sociais, para o sentimento de competência social desses adolescentes, objetivando maior independência, autonomia nas fases posteriores, como, por exemplo, na fase adulta (SANTOS, 2008). Existe diferença significativa entre o tipo de escola e o grupo no qual estão inseridos. Ao serem relacionados com as Habilidades Sociais, os dados do tipo de escola apresentam que os adolescentes do grupo com fala articulada possuem menor dificuldade na emissão e aquisição das habilidades situadas nas classes de civilidade e abordagem afetiva. De acordo com Maia, Soares e Leme (2019), a escola, principalmente, a transição dos alunos para o sexto ano do Ensino Fundamental, acompanha o momento de novas demandas surgidas devido ao início da adolescência.

A transição pode causar dificuldades comportamentais e sociais frente a essas novas demandas (MARTURANO, 2013). Ainda de acordo com Maia, Soares e Leme (2019), alunos

do sétimo ano apresentam mais habilidades do que alunos do sexto ano, conforme os estudantes se sentem apoiados pela família e por professores, e amadurecem ao longo do tempo, como consequência conseguem aumentar repertório de Habilidades Sociais e as relações sociais.

Na presente pesquisa, percebe-se que o único adolescente (PCF11) que apresenta melhor repertório de Habilidades Sociais (baixa dificuldade na aquisição e emissão de Habilidades Sociais) no momento da coleta de dados estava cursando o sétimo ano. Notou-se que os adolescentes que estão em turmas escolares subsequentes, como oitavo e nono ano do Ensino Fundamental II, primeiro e segundo ano do Ensino Médio, apresentam média e alta dificuldade na aquisição e emissão de Habilidades Sociais, portanto, infere-se que estes podem não perceber ou receber o apoio, os estímulos, e as oportunidades dos meios em que estão inseridos que corroborem a ampliação e o aperfeiçoamento do repertório de Habilidades Sociais. Além do que, três adolescentes (PCF13, PCF14 e PCF15), no momento da coleta de dados, estavam passando por outras mudanças no ciclo escolar, dado este exposto por Maia, Soares e Leme (2019): mudanças de ciclos escolares ao coincidirem com a adolescência podem ser desafiadoras. De acordo com as autoras, o triunfo escolar em momentos de transição entre diferentes níveis escolares pode ser um fator protetivo para os sujeitos. Sendo este um dos motivos pelos quais apontam a importância dos adolescentes em momentos de transição e no contexto escolar se sentirem, perceberem e terem “reconhecida sua identidade, adquirir segurança, sentir-valorizado, ter uma familiarização com o sucesso, ter boa aceitação dos seus pares para que possa superar os desafios impostos neste momento” (MAIA; SOARES; LEME, 2019, p. 11).

Ressalta-se que os níveis funcionais podem implicar diretamente na participação do aluno no ambiente escolar e nas interações sociais possíveis de acontecerem neste ambiente. Lourenço (2008) apresenta que condições desfavoráveis (bem-estar, conforto, acesso físico) nas escolas podem influenciar na baixa participação do aluno. A Paralisia Cerebral pode influenciar de forma negativa o desempenho escolar e social das atividades propostas durante a escolarização (SOUZA, 2005). Percebe-se que o nível funcional e a não participação do aluno nas interações sociais causam déficits no repertório de Habilidades Sociais.

Portanto, novamente ressalta-se o fator protetivo que os sujeitos habilitados socialmente podem desenvolver ao aumentarem o repertório de Habilidades Sociais e a importância da teoria de Bronfenbrenner (2005) ao apontar sobre as experiências que ocorrem durante o ciclo vital e como os seres humanos lidam com elas, a partir do repertório adquirido por meio de interações sociais. Assim como estão apresentados, o ambiente e contexto escolar são espaços de fonte de experiências e de aprendizagem (RIBEIRO, 2004). Conforme os alunos conseguem

estabelecer relações mais complexas com o ambiente escolar, em paralelo, também ocorrem novas experiências de aprendizagem (MAIA; SOARES; LEME, 2019).

De acordo com Lessa, Felício e Almeida (2017), o contexto escolar pode promover o desenvolvimento das habilidades sociais, pois permite (possibilita) interações durante a escolarização e melhora os comportamentos inadequados dos alunos. Notou-se que em relação ao tipo de escola são oferecidos mais espaços de interações sociais nas escolas regulares em comparação com as especiais, local em que as interações sociais ficam restritas, em muitos momentos, ao contato com o professor e os colegas da própria turma, dado que, até o horário do intervalo para lanche é separado entre as turmas e o horário também se divide na prestação de serviço com foco na reabilitação, concorrendo com os momentos de aprendizagem curricular. Sendo a educação especial um meio que pode favorecer a interação dos alunos nesses ambientes, além do desenvolvimento do repertório deles. Infere-se que os ambientes das escolas regulares oferecem mais oportunidades para o desenvolvimento de relações sociais complexas com os componentes do ambiente, mas que as oportunidades oferecidas nestes ambientes precisam ser repensadas de modo que considerem os níveis funcionais dos adolescentes e corroborem a inclusão, visto que os níveis funcionais estão estritamente ligados ao desenvolvimento das Habilidades Sociais e, na amostra pesquisada, o escore total tende para média e alta dificuldade na aquisição e emissão das Habilidades Sociais.

De acordo com Sanchez, Almeida e Gonçalves (2017), durante o processo de escolarização, os alunos com diagnóstico de Paralisia Cerebral encaram dificuldades na acessibilidade (espaços físicos e conteúdos escolares). Santos et al. (2011) apresentam que a baixa participação nas atividades propostas depende dos níveis funcionais das crianças. Moura (2008) descreve que a depender dos comprometimentos funcionais que os alunos com Paralisia Cerebral apresentam, estes podem ocasionar ideias errôneas em relação ao aluno. Assim sendo e consoante com Sanchez, Almeida e Gonçalves (2017), o presente estudo aponta para a relevância de intervenções precoces no desenvolvimento cognitivo e adaptativo da criança, além da notoriedade de repensar os espaços e práticas de escolarização de fato considerando os níveis funcionais que os alunos podem apresentar.

Silva, Martinez e Santos (2012) apresentam a atuação da criança com Paralisia Cerebral em atividades funcionais no ambiente escolar e, de acordo com a percepção dos professores, ocorrem diversas diferenças na participação nos ambientes de Transporte e Pátio/Recreio, Transporte e Transições, Transporte e Classe, Transporte e Lanche, Banheiro e Classe, Banheiro e Lanche. Assim como apresentado por Santos, Marques e Souza (2017) e por Silva, Martinez e Santos (2012), a presente pesquisa demonstra inevitabilidade de ações de esferas

governamentais para implementação de adaptações no âmbito de saúde e escolar voltadas para a inclusão e bem-estar, além da importância de manter interlocutores com professores, familiares e profissionais próximos aos adolescentes com Paralisia Cerebral na investigação do desenvolvimento do repertório de Habilidades Sociais, considerando os níveis funcionais dos mesmos.

Embora as escolas assumam um papel social, elas não fornecem um lugar e/ou disciplina específico(a) para o desenvolvimento das Habilidades Sociais e da Competência Social. O desenvolvimento do repertório de Habilidades Sociais e de Competência Social desde a infância pode aproximar os adolescentes da consecução de objetivos, da melhora de autoestima, da qualidade das relações, sendo esses alguns dos critérios apresentados por Del Prette e Del Prette (2017a) em relação à avaliação da competência social. Além disso, de acordo com Maia, Soares e Leme (2019), à proporção que os adolescentes se vinculam a novas formas com os adultos, ocorre o aumento da capacidade de autonomia emocional e da independência. No presente estudo, a classe de desenvoltura social avaliada nos adolescentes com fala articulada demonstra predominância de alta e média dificuldade, ou seja, não basta existir somente o ambiente escolar, as oportunidades que são oferecidas neste são de suma importância para um repertório habilidoso e competente, oportunidades estas que podem ser oferecidas por meio da Educação Especial e Inclusiva.

Além dos comprometimentos da função motora e da mobilidade, alguns adolescentes com Paralisia Cerebral apresentam outras condições que influenciam em comprometimentos nas interações e no dia a dia. Sendo alguns os efeitos negativos das restrições de atividades sociais, a dependência de autocuidado e os prejuízos na comunicação (LIMPSCOMBE et al., 2016; REDDIHOUGH et al., 2013). A presença de algumas mães e/ou responsáveis falando pelos próprios adolescentes se mostrou comum no processo de interação desses adolescentes. O fato de não ter fala articulada em uma sociedade predominantemente com fala articulada faz com que encontrem barreiras, por exemplo, no próprio contexto escolar, no qual podem existir algumas barreiras que impedem ou dificultam a inclusão (OLIVA, 2016).

Apesar dos resultados apontarem para a predominância de adolescentes habilidosos na classe fazer amizades, notou-se que as interações sociais são restritas, principalmente, a familiares e profissionais terapeutas. Os adolescentes sem fala articulada possuem pouco tempo de interação com outros adolescentes, mesmo no ambiente escolar. Depreende-se que a possibilidade de oferta de THS e da alteração do contexto escolar com a oferta de recursos de Tecnologia Assistiva (TA), inclusive com destaque para aqueles de Comunicação Alternativa

e Ampliada poderia resultar em alteração do quadro e em um maior desenvolvimento e interação social.

De acordo com Rocha e Deliberato (2012), a literatura sobre TA descreve sobre a indispensabilidade de inserção de recursos, serviços e estratégias na educação especial e inclusiva para cooperar e contribuir com a aprendizagem de alunos com deficiências. É apresentado que a etapa inicial para a inserção da TA é a compreensão do aluno no contexto escolar (ROCHA; DELIBERATO, 2012). Em seguida ao entendimento da situação do aluno, tem-se a necessidade de determinar quais são suas habilidades e necessidades para em momento posterior sugerir e recomendar os recursos de TA que sejam consonantes ao planejamento do professor com vistas a possibilitar a aprendizagem do aluno com deficiência (ROCHA; DELIBERATO, 2012). Existe a inevitabilidade de definir procedimentos e planejamento específicos e sistemáticos, além da presença de profissionais da saúde para a utilização da tecnologia assistiva na escola (VARELA; OLIVER, 2013; ROCHA; DELIBERATO, 2012). A TA é realizada pelo professor do Atendimento Educacional Especializado, mas não deve ficar restrita ao espaço no qual foi implementada (SANCHEZ; ALMEIDA; GONÇALVES, 2017). Conforme Santos et al. (2018), os recursos de TA mais notáveis no ambiente escolar são: mobiliários adaptados e recursos de mobilidade. De acordo com Sanchez, Almeida e Gonçalves (2017), a TA possibilitará ao aluno com Paralisia Cerebral maiores oportunidades de aprendizagem e conhecimento. Recomendam-se estudos com maior população com Paralisia Cerebral visando explorar e examinar outras condições que influenciam o uso de TA no ambiente escolar do estudante com Paralisia Cerebral (SANTOS et al., 2018).

Os domínios da atividade diária, mobilidade, social/cognitivo e responsabilidade avaliados pelo PEDI-CAT explicitam situações em que e espera a emissão de alguns Componentes Não Verbais e Paralinguísticos (olhar e contato visual, gestos, sorriso, expressão facial, postura corporal, contato físico, movimentos de cabeça, distância/proximidade) e a emissão das classes de Habilidades Sociais como: fazer e manter amizades, civilidade, acadêmica, comunicação, assertividade, manejar conflitos e resolver problemas interpessoais, expressar afeto e intimidade, coordenar grupo e falar em público. No domínio social/cognitivo, as situações: (a) “Tenta resolver um conflito com amigos ou colegas de escola” (habilidades de comunicação, fazer e manter amizade, assertivas, manejar conflitos e resolver problemas interpessoais); (b) “Usa linguagem apropriada para cada situação (por exemplo, linguagem formal em uma entrevista de emprego ou com pessoas mais velhas e linguagem informal quando sai com os amigos)” (habilidade de comunicação, civilidade, fazer e manter amizade, assertivas, e falar em público); (c) “Reconhece números, como os de um relógio ou telefone”

(habilidades acadêmicas); (d) “Conta moedas corretamente para pagar por um item que custa R\$1 ou menos” (habilidades acadêmicas); (e) “Usa um calendário ou agenda para marcar e acompanhar seus compromissos, tarefas escolares ou eventos” (habilidade de comunicação, acadêmica, manejar conflitos e resolver problemas interpessoais); (f) “Aceita conselhos, opiniões ou críticas de um professor, treinador ou chefe, sem perder a paciência” (habilidade de comunicação, civilidade, fazer e manter amizade, empatia, assertivas, manejar conflitos e resolver problemas interpessoais); (g) “Conversa com amigos para chegar a um acordo quando têm ideias diferentes” (habilidade comunicação, civilidade, empatia, assertividade, manejar conflitos e resolver problemas interpessoais; expressar afeto e intimidade). No domínio responsabilidade, as situações: (a) “Escolhe e organiza as próprias interações sociais” (habilidade de comunicação, civilidade, fazer e manter amizade, empatia, assertivas, expressar solidariedades, manejar conflitos e resolver problemas interpessoais, expressar afeto e intimidade, coordenar grupo e falar em público); (b) “Planeja e segue uma programação semanal de forma que todas as atividades sejam realizadas quando necessário” (habilidade de comunicação, assertiva, manejar conflitos e resolver problemas interpessoais); (c) “Usa a internet com segurança” (habilidade de comunicação e assertivas). Em uma situação em específico, infere-se que pode ocorrer a emissão de diversas classes de Habilidades Sociais.

Há uma relação entre as habilidades motoras e o desenvolvimento social em crianças pré-escolares (HASANVAND et al., 2018; WHITTINGHAM et al., 2010). Os dados do PEDI-CAT, aplicado na presente pesquisa, apontam que os adolescentes do grupo sem fala articulada possuem maior comprometimento funcional em todos os domínios avaliados e que os adolescentes do grupo com fala articulada, porém, não estabeleceram relações diretas com o desenvolvimento das Habilidades Sociais. A participação em atividades diárias de crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral é menor em relação aos seus pares sem deficiência (REDDIHOUGH et al., 2013). Os pais e/ou responsáveis podem identificar aspectos no ambiente que impedem a participação das crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral em atividades diárias e remover algumas dessas barreiras. Visto que, como apresentado por Limpscombe et al. (2016), a oportunidade de se explorar o ambiente ao seu redor de forma independente pode ser um fator para o desenvolvimento social e um mediador entre as Habilidades Sociais e motoras.

Ao longo do preenchimento do PEDI-CAT, em situações do domínio social/cognitivo e responsabilidade, algumas mães relataram que o (a) filho (a) não possui amigos. Como referido, anteriormente, nos instrumentos de avaliação das Habilidades Sociais, os adolescentes apresentam ser, em sua maioria, habilidosos em fazer amizades. Sendo assim, vale ressaltar que

alguns adolescentes consideram amigos as pessoas que são da própria família, que os momentos na escola podem ser repensados e os atendimentos em grupos são espaços de interação e oportunidade de criar vínculos. Os melhores resultados para o grupo com fala articulada foram nos domínios social/cognitivo e responsabilidade, ou seja, apesar da maior parte dos adolescentes com fala articulada terem pontuado dentro do esperado pelo instrumento, muitas mães ainda assumem responsabilidades em relação às atividades dos filhos, dificultando uma maior autonomia e independência por parte deles.

Os resultados gerais apontam que as classes com melhor desempenho no grupo com fala articulada foram: civilidade e abordagem afetiva. Enquanto no grupo sem fala articulada apresentaram melhor desempenho: fazer amizade e solução de problemas interpessoais. Dados não consonantes com o apresentado por Quiterio, Gerck e Nunes (2017), em que, a partir de uma avaliação inicial do repertório de Habilidades Sociais de uma população com Paralisia Cerebral sem fala articulada e mediante a utilização de vários instrumentos, os resultados gerais apontaram que as subclasses com melhor desempenho foram: Assertividade, Autocontrole e Expressividade Emocional. Logo em seguida, com desempenho parcial, evidenciou-se as subclasses de Básicas de Comunicação, Empatia, Fazer Amizades e Sociais Acadêmicas. Enfim, as subclasses com déficits significativos foram a de Civilidade e Solução de Problemas. No presente estudo notou-se que o grupo com fala articulada apresentou baixa dificuldade de aquisição e emissão nas classes de empatia, civilidade e abordagem afetiva, apresentou média dificuldade de aquisição e emissão nas classes de assertividade e desenvoltura social e apresentou alta dificuldade de aquisição e emissão em autocontrole. Em relação ao grupo sem fala articulada notou-se uma predominância de adolescentes não habilitados nas classes empatia e civilidade, assertividade, autocontrole e habilidades acadêmicas, com predominância de adolescentes habilitados nas classes: fazer amizades e soluções de problemas interpessoais (QUITERIO; GERCK; NUNES, 2017).

A classe empática apresenta um grande desafio, que consiste na “capacidade de compreender e sentir o que alguém pensa e sente em situação de demanda afetiva e, ainda, de comunicar tal compreensão e sentimento ao outro” (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2001, p. 86). Nas classes do autocontrole e assertividade, considerando as próprias diferenças dentro da faixa etária da adolescência, é preciso entender as diferenças e trabalhar as formas como podem se expressar, usando, por exemplo, a criatividade para acalmarem e aliviarem os sentimentos, encontrando formas de se autorregular.

Uma consideração importante a ser feita ao instrumento IHS-ASFA, com a amostra no centro-oeste do país, diz respeito à questão 20 enunciada: “Sandra vai passar o final de semana

na casa de praia. Sandra mostra na prancha de comunicação para Júlia os símbolos – sol e casa de praia e a convida para ir à sua casa. O que Júlia vai fazer?” (QUITERIO, 2010, p. 25). Esta poderia ser repensada considerando a diversidade cultural existente no Brasil.

Conforme apresentado na literatura por Del Prette e Del Prette (2009a; 2017a), a emissão das Habilidades Sociais ocorre por meio do que se fala, mas sua eficácia está relacionada à forma de desempenho, ou seja, como se fala. Assim sendo, ressalta-se a necessidade de se estabelecer uma forma de comunicação (LIMPSCOMBE et al., 2016) efetiva, por exemplo, a CAA, visando a redução dos déficits na comunicação diária, a identificação e manejo dos sentimentos e a percepção de autoeficácia por causa da realização de determinada atividade a partir do uso da CAA.

Para além do contexto escolar já mencionado, no caso da implantação da CAA logo na infância em crianças com Paralisia Cerebral sem fala articulada predomina, na visão de profissionais atuantes em uma escola especial, que a linguagem ocorre através da gestualidade, da expressão facial e do olhar dessas crianças. Sobressai um obscurantismo sobre a CAA por parte dos profissionais e do uso dos recursos de forma sistemática, o que dificulta para a criança com Paralisia Cerebral a expressão de uma condição participativa no sistema de ensino (CARNEVALE et al., 2013). Na presente pesquisa, atesta-se que os adolescentes sem fala articulada utilizaram dos componentes não verbais: gestos, sorrisos, movimentos de cabeça, postura corporal e de recursos da CAA, como as pranchas do instrumento.

No que se refere às Habilidades Sociais e à sua aprendizagem durante o desenvolvimento, assume-se que o aprimoramento e o maior repertório que o indivíduo estabelece depende, em grande parte, da orientação parental recebida. A maneira como os pais educam os filhos configura algo notável e importante no desenvolvimento de comportamentos habilidosos e competentes socialmente (BOLSONI-SILVA; MARTURANO, 2002). É recorrente que as famílias reforcem comportamentos inadequados e concorrentes aos comportamentos adequados mediante inconsistências e não coerências entre o que é dito e o que é realizado e que ocorra uma limitada interação positiva, monitoramento e supervisão em atividades rotineiras da criança (BOLSONI-SILVA; MARTURANO, 2002). Para a promoção de comportamentos adequados nas crianças, é necessário que os pais e/ou responsáveis possuam um repertório de Habilidades Sociais educativas, como, estabelecimento de limites e expressão de sentimentos, as quais são aplicáveis na promoção de Habilidades Sociais, de modo a aumentar o repertório social desde a infância (BOLSONI-SILVA; MARTURANO, 2002). Isso porque as crianças aprendem por meio da observação e da interação dos pais entre si, com elas e com outras pessoas (CABALLO, 2012).

A escuta das famílias, principalmente, das crianças e dos adolescentes, pode levar a pensar em atividades físicas, cognitivas, comportamentais que promovam a qualidade de vida e a saúde mental. É importante o olhar para a singularidade, buscar identificar como os adolescentes se expressam, não julgar o modo como se comportam como certo ou errado, mas escutar, se atentar e buscar a adaptação, ou seja, sem o julgamento buscando a adaptação em conjunto. Trata-se da importância do olhar integral para o sujeito em seu contexto, retomando o proposto por Bronfenbrenner, que “ensinou uma geração inteira de pesquisadores em ciências sociais a cultivar uma visão mais ampla e inclusiva, tendo em vista as diferentes forças atuantes sobre os indivíduos” (BENETTI et al., 2013, p. 98)

Crianças explicitam maior competência em atividades que elas valorizam e/ou consideram divertidas (KRAMERA; HAMMELB, 2011). Ao adquirirem um repertório comportamental amplo, elaborado desde a infância e com a prática das classes das Habilidades Sociais, podem apresentar, na adolescência, desempenho competente frente a situações que necessitam de enfrentamentos. Um dos meios pelos quais conseguem ser competentes socialmente é por meio da consecução dos objetivos de determinada atividade e da autoeficácia. Ambos podem ser facilitados através da habilidade básica da comunicação, a qual pode ser estabelecida através da CAA. A aquisição, emissão e o aprimoramento das habilidades referidas no presente estudo são importantes durante todo o ciclo vital, precisando considerar: os desafios e demandas da fase, o início de novos processos escolares, os novos ambientes sociais em que são inseridos o desenvolvimento de habilidades de desenvoltura social, fazer amizades, expressar afeto e intimidade, autocontrole, assertividade e resolução de problemas interpessoais.

3.1.2 - CONCLUSÕES

A partir do objetivo geral de avaliar o repertório de Habilidades Sociais de adolescentes com Paralisia Cerebral, conclui-se que, de acordo com as análises estatísticas referidas, na amostra estudada, não há diferença significativa entre as classes de Habilidades Sociais analisadas em ambos os grupos, que o desenvolvimento do repertório comportamental das Habilidades Sociais está intrinsecamente influenciado pelos contextos e ambientes em que os indivíduos vão sendo expostos ao longo do tempo e que o nível funcional dos adolescentes é um fator importante ao considerar o desenvolvimento social destes.

No que tange ao objetivo específico: identificar os níveis da função motora grossa e de Comunicação, conclui-se que, em relação ao nível da função motora grossa, os adolescentes

com fala articulada que possuem menores níveis no GMFCS E&R também apresentam menores níveis no CFCS e os adolescentes sem fala articulada possuem maiores níveis no GMFCS E&R e no CFCS. Diante disso, infere-se que a diferença significativa nas classificações é evidenciada entre as populações pesquisadas. Conclui-se que o grupo com fala articulada é motoramente menos prejudicado do que o sem fala articulada.

Sobre a descrição das habilidades mais presentes no repertório dos adolescentes com Paralisia Cerebral, conclui-se que no grupo sem fala articulada estão as Habilidades de Fazer e Manter Amizades, Solução de Problemas Interpessoais e Habilidades Acadêmicas e no grupo com fala articulada estão mais presentes as classes de Civilidade e Abordagem Afetiva. Reconhece-se que os adolescentes não possuem déficits de aquisição nas classes de Habilidades Sociais, porém apresentam déficits de fluência e desempenho nas classes. O grupo sem fala articulada apresenta déficits maiores nas classes de Habilidades Sociais de Assertividade, Autocontrole, Empatia e Civilidade. Enquanto o grupo com fala articulada apresenta déficits maiores nas classes de Desenvoltura Social, Assertividade, Autocontrole e Empatia.

A partir do objetivo específico: relacionar as variáveis de Habilidades Sociais, características motoras, comunicativas, classificação econômica e tipo de escola entre os adolescentes com Paralisia Cerebral; conclui-se, a partir das análises quantitativas, que as variáveis analisadas que apresentaram diferença significativa são: tipos de escola, função motora grossa e função de comunicação. Infere-se que o tipo de escola apresentou diferença significativa devido ao fato de todos os adolescentes com fala articulada estarem matriculados em escolas regulares, local que possibilita maiores interações sociais. Nove, dentre os dez adolescentes sem fala articulada, estão matriculados em escolas especial e um adolescentes não estava matriculado no momento da coleta de dados. Não foram encontradas relações entre níveis socioeconômicos, capacidades motoras grossas e comunicativas e o desenvolvimento das Habilidades Sociais investigadas.

3.1.3 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

O período da adolescência apresenta novas demandas, as quais se apresentam com maior complexidade para os adolescentes com Paralisia Cerebral (MATOS; LOBO, 2009), ou seja, além da adolescência, a condição da deficiência também demanda desafios durante o desenvolvimento humano. Além desse fato, mesmo tendo a mesma condição de saúde, os adolescentes possuem repertórios e diferenças entre o grupo com fala articulada e grupo sem fala articulada. Relações entre níveis socioeconômicos, capacidades motoras grossas e

comunicativas e o desenvolvimento das Habilidades Sociais foram investigadas, porém sem apresentar dependências diretas nesse estudo, mas que podem suscitar investigações em grupos maiores. Infere-se que possíveis desempenhos mais habilidosos podem ocorrer de acordo com o aumento de estímulos aos quais os adolescentes vão sendo expostos desde a infância.

Sobretudo, a situação da deficiência já se apresenta como favorecedora de déficits de desempenho e fluência de Habilidades Sociais. Posto isto, ressalta-se que durante todo o processo de pesquisa os pesquisadores não se esqueçam que existem pessoas com identidade e possibilidades que não podem ser ignoradas e que os dados das pesquisas, quando divulgados, fornecem ao público um maior conhecimento sobre a temática, sobre as possibilidades de redução nas barreiras atitudinais e uma ocupação de espaços sociais por essas pessoas.

A orientação parental com a criação de ambientes que encorajem todos os membros da família a interagirem e estimularem as Habilidades Sociais é muito positiva em atividades rotineiras em casa, as quais podem estimular: a organização; a comunicação; a criação e o seguimento de regras; a formação de redes de apoio, estimulando e incentivando a se conectarem com outras pessoas, proporcionando o treino de Habilidades Sociais da classe de fazer amizades, por exemplo, com o comportamento de ligar/enviar mensagem uma vez na semana, contar uma novidade (fala, escrita, símbolos) a um colega de escola, incentivando que esses sujeitos busquem contato com o outro a um nível de fortalecer os vínculos, visto que redes de amizade são construídas no contato com outras pessoas; a realização de atividades que envolvam interações sociais como estudar, trabalhar e/ou por meio de outros amigos; a estimulação da autonomia e da independência desde cedo no desenvolvimento, visando um repertório mais autônomo, independente, habilidoso e competente no futuro.

O contexto social também deve ser repensado de forma que existam oportunidades ativas desses adolescentes terem experiências formativas junto com outras pessoas em espaços públicos e privados. O estudo aponta para a relevância de uma mudança cultural e social em que o ambiente, de fato, se torne mais acolhedor para todos, estimulando uma vida significativa, ativa com experiências formativas em espaços públicos e privados, visando o sentimento e a percepção de inclusão, assim como de oportunidades de desenvolvimento de Habilidades Sociais e de comportamentos socialmente competentes.

Os resultados indicam que se deve considerar as particularidades de cada ser humano e enxergar aquela pessoa com todas as suas singularidades e formas de se comunicar, sendo a comunicação através de componentes não verbais e paralinguísticos ou com predominância de componentes não verbais. Os treinamentos de Habilidades Sociais com adolescentes com Paralisia Cerebral podem direcionar o desempenho para que este seja próximo do esperado nas

situações sociais de determinada cultura, devido ao caráter preventivo ou terapêutico que pode assumir. Além disso, trabalhar no treinamento dos sujeitos que já possuem habilidades no seu repertório, mas que emitem comportamentos adequados com elevada dificuldade e/ou quantidade menor do que o esperado e valorizado socialmente e culturalmente.

Houve uma dificuldade instrumental de caracterização do repertório das Habilidades Sociais, portanto, indica-se o desenvolvimento e/ou adaptação de instrumentos, visando essa população, e que consiga identificar os diferentes tipos de déficits. Como ponto positivo, que se mantenha em pesquisas a presença de informantes próximos aos adolescentes como mães, pais e profissionais que estão em contato direto com eles. Por fim, é evidente a necessidade de estudos que abarquem outras áreas de conhecimento em interação com diferentes áreas do conhecimento e adolescentes com Paralisia Cerebral, como estudos referentes à ansiedade, depressão, orientação profissional. Evidencia-se a necessidade realização de estudos sobre experiências sociais e a saúde mental de adolescentes com Paralisia Cerebral e o aprofundamento das implicações de intervenções no âmbito da Educação Especial.

Por fim, o campo teórico-prático das Habilidades Sociais é interessante à área da Educação Especial por: permitir a identificação de dificuldades individuais nas interações sociais e no âmbito da escolarização; proporcionar uma variabilidade comportamental frente a diversas interações; diminuir comportamentos concorrentes e outros fatores influenciados por comprometimentos advindos da deficiência; favorecer a realização de Treinamentos voltados aos processos de aprendizagem e; aperfeiçoar a autoestima e o autoconhecimentos destes adolescentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABEP. AGÊNCIA BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério de Classificação Econômica Brasil**. 2018. Disponível em: <<http://www.abep.org/criterio-brasil>> Acesso em: 25. maio 2019.

ANDRADE, C. Transição para a idade adulta: Das condições sociais às implicações psicológicas. **Análise Psicológica**, Lisboa, v. 28, n. 2, p. 255-267, abr. 2010.

ARAGÃO, J. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. **Revista Práxis**, v. 3, n. 6, p. 59-62, ago. 2011.

BARRETO, A. C. Paradigma Sistêmico no Desenvolvimento Humano e Familiar: A Teoria Bioecológica de Urie Bronfenbrenner. **Psicologia em Revista**, v. 22, n. 2, p. 275-293, 2016.

BALTOR, M. R. R.; BORGES, A. A.; DUPAS, G. Interação com a criança com paralisia cerebral: comunicação e estigma. **Escola Anna Nery**, v. 18, n. 1, p. 47-53, 2014.

BAX, M. et al. Proposed definition and classification of cerebral palsy. **Developmental Medicine and Child Neurology**, v. 47, n. 8, p. 571-576, aug. 2005.

BENETTI, I. C. et al. Fundamentos da teoria bioecológica de Urie Bronfenbrenner. **Pensando Psicologia**, v. 9, n. 16, p. 89-99, 2013.

BRANCALIONI, A. R et al. Dialogismo e comunicação aumentativa alternativa em um caso. **Revista CEFAC**, v. 13, n. 2, p. 377-84, 2011.

BRASIL. **Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva**, Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. Brasília: MEC/SEESP, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de atenção à pessoa com paralisia cerebral**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. **Lei nº 13.146**, de 06 de julho de 2015. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. Brasília, 2015.

BRONFENBRENNER, U. No natural da teoria biológica e da pesquisa. In: BRONFENBRENNER, U. (Org.). **Tornando os seres humanos humanos**. Califórnia: SAGE,, 2005, p. 3-15

_____. **Bioecologia do Desenvolvimento Humano**: tornando os seres humanos mais humanos. Porto Alegre: Artmed, 2011.

BOLSONI-SILVA, A. T. Habilidades sociais: breve análise da teoria e da prática à luz da análise do comportamento. **Interação em Psicologia**, v. 6, n. 2, p. 233-242, 2002.

BOLSONI-SILVA, A. T.; MARTURANO, E. M. Práticas educativas e problemas de comportamento: uma análise à luz das habilidades sociais. **Estudos de psicologia (Natal)**, v.7, n. 2, p. 227-235, 2002.

CABALLO, V. E. **Manual de Avaliação e Treinamento das Habilidades Sociais**. São Paulo: Santos, 2012.

CANS, C. et al. Recommendations from the SCPE collaborative group for defining and classifying cerebral palsy. **Developmental Medicine & Child Neurology**, v. 49, supl. 109, p. 35-38, feb. 2007.

CARNEVALE, L. B. et al. Comunicação Alternativa no contexto educacional: conhecimento de professores. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 19, n. 2, p. 243-256, 2013.

CESA, C. C.; MOTA, H. B. Comunicação aumentativa e alternativa: panorama dos periódicos brasileiros. **Revista CEFAC**, v. 17, n. 1, p. 264-269, 2015.

CHARITAKI, G.; PAPAEXOPOULOU, A. The Impact of Therapeutic Horse Riding on Motor Function and Social Skills of children with cerebral palsy. **International Journal of Science and Research Methodology (IJSRM)**, v. 10, n. 1, p. 17-29, 2018.

CHEONGA, S. K.; LANGA, C. P.; JOHNSTONB, L. M. Self-concept of children with cerebral palsy measured using the population-specific myTREEHOUSE Self-Concept Assessment. **Research in Developmental Disabilities**, v. 73, p. 96–105, 2018.

CHIARELLO, L.A. et al. Understanding Participation of Preschool-Age Children With Cerebral Palsy. **Journal of Early Intervention**, v.34, n.1, p.3-19, mar. 2012.

COLVER, A. et al. Association between participation in life situations of children with cerebral palsy and their physical, social, and attitudinal environment: a cross-sectional multicenter European study. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v.93, p. 2154-64, 2012.

DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. **Psicologia das relações interpessoais**: Vivências para o trabalho em grupo. Petrópolis: Vozes, 2001.

_____. Componentes não verbais e paralinguísticos das Habilidades Sociais. In: DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. (Org.). **Psicologia das Habilidades Sociais**: diversidade teórica e suas implicações. Petrópolis: Vozes, 2009a, p. 147-186.

_____. **Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes (IHSA-Del-Prette)** Manual de aplicação, apuração e interpretação. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009b.

_____. **Competência Social e Habilidades Sociais Manual teórico prático**. Petrópolis: Vozes, 2017a.

_____. **Inventário de Habilidades Sociais 2 (IHS2-Del-Prette)** Manual de aplicação, apuração e interpretação. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2018.

DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. **Psicologia das habilidades sociais na infância: Teoria e Prática**. Petrópolis; RJ: Vozes, 2005a.

_____. **Inventário Multimídia de Habilidades Sociais para Crianças (IMHSC-Del-Prette)**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005b.

_____. **Sistema Multimídia de Habilidades Sociais de Crianças (SMHSC-Del-Prette): Manual**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005c.

_____. **Habilidades Sociais e Competência Social para uma vida melhor**. São Paulo: EdUFSCar, 2017b.

ELIAS, L. C. S.; MARTURANO, E. M.; MOTTA-OLIVEIRA, A. M. A. Eu posso resolver problemas: Um programa para o desenvolvimento de habilidades de solução de problemas interpessoais. **Temas em Psicologia**, v. 20, p. 521-535, 2012.

ELIASSON, A. C. et al. The Manual Ability Classification System (MACS) for children with cerebral palsy: scale development and evidence of validity and reliability. **Developmental Medicine & Child Neurology**, v.48, p. 549-554, 2006.

FACHINETTI, T. A.; GONÇALVES, A.G.; LOURENÇO, G. F. Atendimento educacional especializado (AEE) e a oferta para alunos com deficiência física. **Crítica Educativa** (Sorocaba/SP), v. 1, n. 2, p. 172-186, 2015.

FERRARI, R. A.; THOMPSON, Z.; MELCHIOR, R. Adolescência: ações e percepção dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 12, p. 387-400, 2008.

FOGAÇA, F. F. S. O desenvolvimento de habilidades sociais na adolescência como ápice comportamental. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 21, n. 2, p. 217-231, 2019.

FONSECA, L. F. et al. Encefalopatia crônica (paralisia cerebral). In: FONSECA, L. F.; XAVIER, C. C.; PIANETTI, G. **Compêndio de neurologia infantil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2011. p. 669-679.

FREITAS, L. C; DEL PRETTE, Z. A. P. Validade de critério do sistema de avaliação de habilidades sociais (SSRS-BR). **Psicologia: Reflexão e Crítica** [online]., v.23, n.3, p.430-439, 2010.

GERALIS, E. **Crianças com paralisia cerebral: guia para pais e educadores**. 2 Ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

GUEDES-GRANZOTTI, R. B. et al. Cross-cultural adaptation of Communication Function Classification System for individuals with Cerebral Palsy. **Revista CEFAC**. v.18, n. 4, p. 1020-1028, jul./ago. 2016.

HALEY, S. M et al. **PEDI-CAT: development, standardization and administration manual**. Boston: Boston University, 2012.

HASANVAND, Z.; KALANTARI, M.; AZARI, Z. P.; TABATABAEE, M.S. An Investigation of the Social Function of Children With Cerebral Palsy of 2-6 Years Old. **Iranian Rehabilitation Journal**, v. 16, n. 2, 2018.

HIDECKER, M. J. C. et al. Developing and validating Communication Function Classification System for individuals with cerebral palsy. **Developmental Medicine and Child Neurology**, v. 53, n. 8, p. 701-704, 2011.

HIRATUKA, E.; MATSUKURA, T. S.; PFEIFER, L. I. Adaptação transcultural para o Brasil do Sistema de Classificação da Função Motora Grossa (GMFCS). **Rev Bras Fisioter**. v. 14, n. 6, p. 537-44, 2010.

KANDEL, E. R., SCHWARTZ, J. H., JESSELL, T. M. **Princípios da Neurociência**. 4 ed. São Paulo: Manole, 2003

KRAMERA, J. M.; HAMMELB, J. "I Do Lots of Things": Children with Cerebral Palsy's Competence for Everyday Activities. **International Journal of Disability, Development and Education**, v. 58, n. 2, p. 121–136, 2011.

KRAKOVSKY, G. et al. Functional Changes in Children, Adolescents, and Young Adults with Cerebral Palsy. **Research in Developmental Disabilities**, v. 28, p. 331–340, 2007.

LEITE, J. M. R. S.; PRADO, G. F. Paralisia cerebral: aspectos fisioterapêuticos e clínicos. **Revista Neurociências**, São Paulo, v. 12, n. 1, 2004.

LEME, V. B. R. et al. Percepções de jovens sobre a transição para a vida adulta e as relações familiares. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, Juiz de fora, v. 9, n. 2, p. 182-194, dez. 2016.

LESSA, T. C. R.; FELICIO, N. C. de.; ALMEIDA, M. A. Práticas Pedagógicas de Habilidades Sociais: Possibilidade de Pesquisa de Intervenção com Professores. **Psicologia Escolar e Educacional**, Maringá, v. 21, n. 2, p. 167-174, 2017.

LIMPSCOMBE, B.; BOYD, R. N. COLEMAN, A. FAHEY, M. RAWICKI, B. WHITTINGHAM, K. Does early communication mediate the relationship between motor ability and social function in children with cerebral palsy? **Research in Developmental Disabilities**, v. 53-54, p. 279–286, 2016.

LOURENÇO, G. F. **Protocolo para avaliar a acessibilidade ao computador para alunos com paralisia cerebral**. 212f. Dissertação (Mestrado em Educação Especial), Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2008.

MAIA, F. A. M.; SOARES, A. B. S.; LEME, V. B. R. L. Relações Interpessoais em alunos na transição para o 6º ano do Ensino Fundamental. **Perspectivas em Psicologia**, v. 16, n. 1, p. 1-13, 2019.

MANCINI, M. C. et al. New version of the Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI-CAT): translation, cultural adaptation to Brazil and analyses of psychometric properties. **Braz. J. Phys. Ther.**, São Carlos, v. 20, n. 6, p. 561-570, 2016.

MARTURANO, E. M. A Criança, a família, a escola e a transição para o Ensino Fundamental. In: KONKIEWITZ, E. C. (Org). **Aprendizagem, Comportamento e Emoções na Infância e Adolescência** - uma visão transdisciplinar. Dourados: Editora UFGD, 2013, p. 47-68

MASI, A.T., HANNON, J.C. Human resting muscle tone (HRMT): Narrative introduction and modern concepts, **Journal of Bodywork and Movement Therapies**, v. 12, n. 4, p. 320-332, 2008.

MATOS, A. P.; LOBO, J. C. A paralisia cerebral na adolescência: resultados de uma investigação. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 229-249, jun. 2009.

MENDES, E. G. A radicalização do debate sobre inclusão escolar no Brasil. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v.11, p. 387-405, 2006.

MILANI, V. E. dos S. et al. Estudo de Levantamento das Habilidades Sociais de Adolescentes Paulistas. **Pluralidades em Saúde Mental**, Curitiba, v. 8, n. 1, p. 149-162, jan./jun. 2019.

MILLAR, D. C.; LIGHT, J.C.; SCHLOSSER, R. W. The impact of augmentative and alternative communication intervention on the speech production of individuals with developmental disabilities: a research review. **Journal of Speech, Language, and Hearing Research**. v. 49, p. 248-64, 2006.

MONTEIRO, V. Promoção do autoconceito e auto estima através de um programa de leitura a par. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 25, n. 1, p. 147-155, 2012.

MORRIS, C.; BARTLETT, D. Gross Motor Function Classification System: impact and utility. **Developmental Medicine & Child Neurology**, v. 46, p. 60-65, 2004.

MOURA, M. J. Inclusão e Escolaridade. In: FONSECA, L. F.; LIMA, C. L. A. **Paralisia Cerebral**: neurologia, ortopedia, reabilitação. Rio de Janeiro: MedBook, 2008, p. 555-568.

MURTA, S. G. Aplicações do treinamento em habilidades sociais: análise de produção nacional. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 18, n. 2, p. 283-291, 2005.

ODDING, E.; ROEBROEK, M. E; STAM, H. J. The epidemiology of cerebral palsy: Incidence, impairments and risk factors. **Disability Rehabilitation**, v. 28, p. 183-191, 2006.

OLIVA, D. V. Barreiras e recursos à aprendizagem e à participação de alunos em situação de inclusão. **Psicologia USP**, v. 27, n. 3, p. 492-502, 2016.

OLIVEIRA, A. I. A. de; PINTO, R. F.; RUFFEIL, E. **A tecnologia e o desenvolvimento cognitivo da criança com paralisia cerebral**, 2007. Disponível em: <<http://www.profala.com/artdef3.pdf>> Acesso em: 18 mar. 2021.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Saúde dos Jovens - um desafio para a sociedade**. Relatório de um Grupo de Estudo da OMS sobre Jovens e Saúde para Todos. Série de relatórios técnicos 731. Genebra: OMS, 1986.

OSKOUI et al. An uptade on the prevalence of cerebral of cerebral palsy: a systematic review and meta-analysis. **Developmental Medicine & Child Neurology**, v. 55, p. 509-519, 2013.

OSTENJO, S.; CARLBERG, E. B.; VOLLESTAD, N. K. Everyday functioning in young children with cerebral palsy: functional skills, caregiver assistance, and modifications of the environment. **Developmental Medicine & Child Neurology**, v. 45, p. 603-612, 2003.

PALISANO, R. J. et al. Development and reliability of a system to classify gross motor function in children with cerebral palsy. **Developmental Medicine & Child Neurology**, v. 39, n. 10, p. 214-223, 1997.

PALISANO, R. J. et al. Determinants of intensity of participation in leisure and recreational activities by youth with cerebral palsy. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 92, p. 1468-1476, 2011.

PEIXOTO, M. V. da S. **Epidemiologia da paralisia cerebral em crianças e adolescentes e associação com a vulnerabilidade em saúde**. 2018. 131 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, 2018.

PEREIRA, H. V. Paralisia Cerebral. **Residência Pediátrica**, v. 8, supl. 1, p. 49-55, 2018.

PIOVESANA, A. M. S. G. Encefalopatia crônica, paralisia cerebral. In: FONSECA, L. F.; PIANETTI, G.; XAVIER, C. C. **Compêndio de neurologia infantil**. São Paulo: Medsi, 2002. p. 823-54.

QUITERIO, P. L. **Inventário de Habilidades Sociais Para Alunos Sem Fala Articulada (IHS-ASFA)**. Rio de Janeiro: UERJ, 2010.

QUITERIO, P. L.; GERK, E.; NUNES, L. R. O. P. Avaliação multimodal das habilidades sociais de estudantes com paralisia cerebral usuários de comunicação alternativa. **Revista Educação Especial**, v. 30, n. 58, p. 455-470, maio/ago. 2017.

REDDIHOUGH, D. S. et al. Social Outcomes of Young Adults with Cerebral Palsy. **Journal of Intellectual & Developmental Disability**, v. 38, n. 3, 2013, p. 215–222.

RIBEIRO, S. L. Espaço Escolar: um element (in)visível no currículo. **Sitientibus**, n. 31, p. 103-118, jul./dez. 2004.

ROCHA, A. N. D. C.; DELIBERATO, D. Tecnologia assistiva para a criança com paralisia cerebral na escola: identificação das necessidades. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Marília, v. 18, n. 1, p. 71-92, 2012.

ROSENBAUM, P. et al. Prognosis for Gross motor function in cerebral palsy: creation of motor development curves. **The Journal of the American Medical Association**, v. 288, p. 1357-1363, 2002.

ROSENBAUM, P. et al. A report: The definition and classification of cerebral palsy April 2006. **Developmental Medicine and Child Neurology**, v. 49, supl. 109, p. 8-14, 2007.

SAITO, Y; TURNBULL, A. Augmentative and alternative communication practice in the pursuit of family quality of life: a review of the literature. **Research and Practice for Persons with Severe Disabilities**, v. 32, n. 1, p. 50-65, 2007.

SAMPIERI, A. C., COLLADO, C. H., LUCIO, P. B. Definições dos enfoques quantitativo e qualitativo, suas semelhanças e diferenças. In: SAMPIERI, A. C., COLLADO, C. H., LUCIO, P. B. **Metodologia de pesquisa**. 3. Ed. São Paulo: McGraw- Hill, 2006, p. 28-48

SANCHEZ, G. C.; ALMEIDA, R. de C. G. de O.; GONÇALVES, A. G. Inclusão Escolar: os desafios de alunos com paralisia cerebral em seu processo de escolarização. **Revista de Educação, Linguagem e Literatura**, v. 9, n. 2, p. 27-39, 2017.

SANTOS, A. M. T. **Autismo**: Desafio na Alfabetização e no Convívio Escolar. Monografia. Curso de Pós-Graduação Lato Sensu. Centro de Referência em Distúrbios de Aprendizagem, São Paulo, 2008.

SANTOS, K. H. dos; MARQUES, D.; SOUZA, A. C. de. Crianças e Adolescentes Com Paralisia Cerebral: Análise Sobre Longitudinalidade do Cuidado. **Texto contexto - enfermagem**. [online]., v. 26, n. 2, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072017000200323&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 18 mar. 2021.

SANTOS, L. H.C. et al. Inclusão escolar de crianças e adolescentes com paralisia cerebral: esta é uma realidade possível para todas elas em nossos dias?. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 29, n. 3, p. 314-319, 2011.

SANTOS, C. et al. O uso da tecnologia assistiva pelo estudante com paralisia cerebral no contexto escolar. **Revista Educação Especial**, v.31, n. 62, p. 631-650, 2018.

SCHWARTZMAN, J.S. Paralisia cerebral. **Arquivos Brasileiros de paralisia cerebral**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 4-17, 2004.

SENNA, S. R. C. M.; DESSEN, M. A. Reflexões sobre a saúde do adolescente brasileiro. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 16, n. 2, p. 217-229, set. 2015.

SIEGEL, S.; CASTELLAN, N. J. **Estatística não-paramétrica para ciências do comportamento**. 2 Ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

SILVA, D. B. R.; DIAS, L. B.; PFEIFER, L. I. Confiabilidade do Sistema de Classificação da Função Motora Grossa Ampliado e Revisto (GMFCS E&R) entre estudantes e profissionais de saúde no Brasil. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 23, n. 2, p.142-147, 2016.

SILVA, D. B. R.; PFEIFER, L. I.; FUNAYAMA, C. A. R. **GMFCS - E&R**: Sistema de classificação da função motora grossa- ampliado e revisto. [S.l: s.n.], 2010.

SILVA, D. B. R.; MARTINEZ, C. M. S.; SANTOS, J. L. F. Participação de crianças com paralisia cerebral nos ambientes da escola. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 18, n. 1, p. 33-52, 2012.

SILVA, E. C.; HELENO, M. G. V. Qualidade de Vida e Bem-estar Subjetivo de Estudantes Universitários. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v.4, n.1, p. 69-76, jan/jun. 2012.

SOUZA, C. C. **Concepção do professor sobre o aluno com sequela de paralisia cerebral e sua inclusão no Ensino regular**. Dissertação (Mestrado em Educação). Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

STANLEY, F.; ALBERMAN, E. D.; BLAIR, D. Cerebral palsies: epidemiology and causal pathways. **Clinics in Developmental Medicine**, London: Mac Keith Press, n. 151, p. 280, 2000.

TANNER, J. M. **Growth at Adolescence**. Oxford: Blackwell, 1962.

TOLEDO, C. A. W.; PEREIRA, C. H. C. N.; VINHAES, M. M.; LOPES, M. I. R.; NOGUEIRA, M. A. R. J. Perfil epidemiológico de crianças diagnosticadas com paralisia cerebral atendidas no Centro de Reabilitação Lucy Montoro de São José dos Campos. **Acta Fisiátrica**, v. 22, n. 3, p. 118 – 122, 2015.

VALLE, L. E. L. R. do; MATTOS, M. J. V. M. de. Adolescência: as contradições da idade. **Revista psicopedagogia**, São Paulo, v. 28, n. 87, p. 321-323, 2011.

VARELA, R. C. B.; OLIVER, F. C. A utilização de Tecnologia Assistiva na vida cotidiana de crianças com deficiência. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1773-1784, 2013.

WHITTINGHAM, K.; FAHEY, M.; RAWICKI, B.; BOYD, R. The relationship between motor abilities and early social development in a preschool cohort of children with cerebral palsy. **Research in Developmental Disabilities**, v. 31, 2010, p. 1346–1351.

WINNICOTT, D. W. Adolescência. Transpondo a zona das calmarias. In: **A família e o desenvolvimento individual**. São Paulo: Martins Fontes, 2001. p. 115-128.

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Classification of Functioning Disability and Health: Children and Young (ICF-CY)**. Geneva: World Health Organization, 2006.

ZANINI, G.; CEMIN, N. F.; PERALLES, S. N. Paralisia Cerebral: causas e prevalências. **Revista Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 22, n. 3, p. 375-381, jul./set. 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Carta de Apresentação

Eu, Letícia Thays Bessa Silva, psicóloga e pesquisadora, solicito a sua colaboração para desenvolver minha pesquisa de mestrado intitulada “AVALIAÇÃO FUNCIONAL E DE HABILIDADES SOCIAIS DE ADOLESCENTES COM PARALISIA CEREBRAL”. O objetivo geral: Avaliar o repertório funcional e de habilidades sociais de adolescentes com Paralisia Cerebral. Como objetivos específicos: identificar os níveis da função motora grossa e de comunicação; descrever as habilidades sociais mais presentes no repertório dos adolescentes com Paralisia Cerebral; reconhecer em quais classes de habilidades sociais apresentam déficits comportamentais; e relacionar as variáveis de habilidades sociais, características motoras, comunicativas, classificação econômica, e tipo de escola entre os adolescentes com Paralisia Cerebral. Ressalta-se que não é objetivo da pesquisa analisar os profissionais, Programas de Pós-Graduação, grupos de estudos, associações, institutos e/ou empresas que indicarem sujeitos para a pesquisa.

Para coleta de dados estima-se ser preciso de 1 hora e 30 minutos com os sujeitos da pesquisa, individualmente, para que preencham os seguintes instrumentos: Critério de Classificação Econômica Brasil; Formulário de Identificação dos Participantes; Sistema de Classificação da Função Motora Grossa Ampliado e Revisto; Sistema de Classificação da Função de Comunicação; Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes; Inventário de Habilidades Sociais para Alunos Sem Fala Articulada; Teste Pediátrico de Avaliação de Invalidez-Computador Adaptativo; e Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes (versão adaptada para os pais). No caso do adolescente que não conseguir responder ao instrumento a resposta será solicitado ao pai e/ou responsável de acordo com os parâmetros de observação e conhecimento do mesmo através do Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes (versão adaptada para os pais).

O Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes (IHS-*Del-Prete*); Inventário de Habilidades Sociais para Alunos Sem Fala Articulada (IHS-*ASFA*); será destinado aos adolescentes com Paralisia Cerebral. Enquanto o Critério de Classificação Econômica Brasil; Formulário de Identificação dos Participantes; Sistema de Classificação da Função Motora Grossa Ampliado e Revisto (GMFCS *E&R*); Sistema de Classificação da Função de Comunicação (CFCS); Teste Pediátrico de Avaliação de Invalidez-Computador Adaptativo; e Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes (versão adaptada para os pais) serão destinados aos pais e/ou responsáveis. O pesquisador responsável pela pesquisa assume a responsabilidades pelos instrumentos que serão utilizados considerando as limitações para a população pesquisada.

Essa pesquisa não representa nenhum risco à integridade física, moral ou psicológica para os profissionais, Programas de Pós-Graduação, grupos de estudos, associações, institutos e/ou empresas que indicarem sujeitos para o estudo. Como responsável pela pesquisa, me comprometo a não divulgar a identidade de nenhum dos participantes da pesquisa e a esclarecer dúvidas que possam surgir sobre a pesquisa. Nenhum participante da pesquisa terá custo financeiro e poderá desistir a qualquer momento.

A relevância desse estudo está na contribuição para ampliar o conhecimento acerca da temática. Visto que, o estudo tem potencial para identificar déficits e treinos de habilidades sociais que podem proporcionar e, conseqüentemente, aumentar o repertório comportamental.

Para qualquer esclarecimento as dúvidas *sobre a pesquisa* poderão ser esclarecidas pela pesquisadora responsável, via e-mail leticiabessat@gmail.com e, inclusive, sob forma de ligação a cobrar, através do seguinte contato telefônico: (62)991xxxxxx.

APÊNDICE B - Carta de Autorização**CARTA DE AUTORIZAÇÃO**

Ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar),

Prezado Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar, na função de representante legal da _____, informo que o projeto de pesquisa intitulado **AVALIAÇÃO FUNCIONAL E DE HABILIDADES SOCIAIS DE ADOLESCENTES COM PARALISIA CEREBRAL** apresentado pelo (a) pesquisador (a), Letícia Thays Bessa Silva e que tem como objetivo geral: Avaliar o repertório funcional e de habilidades sociais de adolescentes com Paralisia Cerebral. Como objetivos específicos: identificar os níveis da função motora grossa e de comunicação; descrever as habilidades sociais mais presentes no repertório dos adolescentes com Paralisia Cerebral; reconhecer em quais classes de habilidades sociais apresentam déficits comportamentais; e relacionar as variáveis de habilidades sociais, características motoras, comunicativas, classificação econômica, e tipo de escola entre os adolescentes com Paralisia Cerebral. Foi analisado e autorizada sua realização apenas após a apresentação do parecer favorável emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar. Solicito a apresentação do Parecer de Aprovação do CEP-UFSCar antes de iniciar a coleta de dados nesta Instituição.

“Declaro conhecer a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Assinatura: _____
(representante legal)

APÊNDICE C - Termo De Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO ESPECIAL****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Resolução 466/2012 do CNS)****AVALIAÇÃO FUNCIONAL E DE HABILIDADES SOCIAIS DE ADOLESCENTES
COM PARALISIA CEREBRAL**

Eu, Letícia Thays Bessa Silva, estudante do Programa de Pós-Graduação em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar o(a) convido para participar da pesquisa “AVALIAÇÃO FUNCIONAL E DE HABILIDADES SOCIAIS DE ADOLESCENTES COM PARALISIA CEREBRAL” orientada pelo Prof.^a Dra. Gerusa Ferreira Lourenço. Essa pesquisa tem como objetivo geral: avaliar o repertório Funcional e de Habilidades Sociais de adolescentes com paralisia cerebral, e como objetivos específicos: identificar os níveis da função motora grossa e de comunicação; descrever as habilidades sociais mais presentes no repertório dos adolescentes com paralisia cerebral; reconhecer em quais classes de Habilidades Sociais apresentam déficits comportamentais; e relacionar as variáveis de Habilidades Sociais, características motoras, comunicativas, classificação econômica, e tipo de escola entre os adolescentes com paralisia cerebral.

O (a) senhor(a) foi selecionado(a) a partir de indicação de os profissionais na área, Programas de Pós-Graduação, grupos de estudos, associações e/ou institutos que atendem pessoas com diagnóstico de Paralisia Cerebral. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento pode desistir de participar da pesquisa e retirar seu consentimento. A sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Os critérios de inclusão dos adolescentes são: ter diagnóstico de Paralisia Cerebral; idade entre 12 e 19 anos; ser capaz de compreender as questões levantadas. Os critérios de exclusão: não ter diagnóstico de Paralisia Cerebral, não se enquadrar na faixa etária proposta, não ser capaz de compreender as questões.

A coleta de dados ocorrerá em sala designada para isto. A coleta será composta pelos instrumentos: Critério de Classificação Econômica Brasil; Formulário de Identificação dos Participantes; Sistema de Classificação da Função Motora Grossa Ampliado e Revisto; Sistema de Classificação da Função de Comunicação; Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes; Inventário de Habilidades Sociais para Alunos Sem Fala Articulada; Teste Pediátrico de Avaliação de Invalidez-Computador Adaptativo; e Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes (versão adaptada para os pais).

O equipamento a ser adotado, durante a entrevista, será um gravador de áudio. Deste modo, solicita-se autorização para esse procedimento de gravar a entrevista em forma de áudio. A gravação realizada, durante a entrevista, será transcrita pela pesquisadora. O tempo utilizado para coleta dos dados será de aproximadamente 1 hora e 30 minutos. Em relação a gravação, serão assegurados o sigilo e a confidencialidade dos dados, de modo que usaremos a gravação para analisar de forma mais clara as respostas no contexto da pesquisa.

Não há qualquer risco à integridade física ou emocional em participar da pesquisa. Os riscos potenciais são de baixa gravidade, por não colocar em risco a saúde física, moral,

familiar, social, cultural e a sua integridade. O que pode acontecer é você ficar cansado, ou entediado e nesse caso, nós vamos cessar a entrevista. Estarei disponível para acolhê-lo caso ocorra algum destes sofrimentos em potencial. Se você desistir de participar da pesquisa, basta me avisar ou avisar o responsável pela instituição que nós encerraremos a sua participação. Nós nos responsabilizamos por interromper a pesquisa caso seja necessário, e de respeitar o seu desejo.

Os benefícios estão visualizados na direção da contribuição com o conhecimento, com chances de aumentar o repertório comportamental de indivíduos diagnósticos com Paralisia Cerebral para terem um desempenho melhor durante o ciclo vital. Será assegurado qualquer esclarecimento ao longo da pesquisa, para responder qualquer dúvida do participante sobre a pesquisa. A qualquer momento o você pode desistir de participar e retirar seu assentimento e sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição onde está sendo realizada a pesquisa.

As informações obtidas por meio dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre a participação dela. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar a identificação dela, sendo utilizados e identificados por meio de um código, a fim de assegurar sua privacidade. Não haverá gastos por parte dos participantes na pesquisa e você não receberá nenhum tipo de remuneração pela participação nessa pesquisa. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone da pesquisadora, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e a sua participação, agora ou a qualquer momento. Qualquer dano comprovadamente decorrente da participação nessa pesquisa será devidamente ressarcido.

Todas as informações a respeito da sua participação serão mantidas em sigilo. Os dados coletados só poderão ser divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos, sempre preservando sua identidade. A pesquisa contribuirá na investigação, na identificação e ampliação dos conhecimentos existentes na área. Uma cópia deste documento, rubricada em todas as páginas ficará com você para que possa relê-lo a qualquer momento que desejar.

Se você tiver qualquer problema ou dúvida durante a participação na pesquisa poderá comunicar-se pelo telefone (62) 991XXXXXX para falar com Letícia Thays Bessa Silva - pesquisadora principal. Reafirmamos que você receberá uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, rubricada em todas as páginas por você e pela pesquisadora principal, em que consta o telefone e endereço das pesquisadoras. Você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre a participação agora ou a qualquer momento.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

Letícia T Bessa Silva - Pesquisadora Principal

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Educação Especial – UFSCar
Rodovia Washington Luis, km 235 - São Carlos - SP - BR - CEP: 13565-905
E-mail: leticiabessat@gmail.com

Profa. Dra. Gerusa Ferreira Lourenço – Orientadora

Docente do Programa de Pós-Graduação em Educação Especial – UFSCar
Rodovia Washington Luis, km 235 - São Carlos - SP - BR - CEP: 13565-905
Tel. (16) 3306-6733

E-mail: gerusa@ufscar.br

Nome do Participante Assinatura do Participante
APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) Versão para o responsável pelo adolescente

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO ESPECIAL

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE
VERSÃO PARA O RESPONSÁVEL PELO ADOLESCENTE**

**AValiação Funcional e de Habilidades Sociais de Adolescentes
COM PARALISIA CEREBRAL**

O adolescente pelo qual você é responsável está sendo convidado para participar da pesquisa da mestrandia Letícia Thays Bessa Silva, matriculada regularmente no Programa de Pós-Graduação em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos, intitulada: “AValiação Funcional e de Habilidades Sociais de Adolescentes com Paralisia Cerebral”, sob a orientação do Prof^a. Dr^a. Gerusa Ferreira Lourenço. O objetivo geral consiste em: Avaliar o repertório funcional e de habilidades sociais de adolescentes com Paralisia Cerebral. Como objetivos específicos: identificar os níveis da função motora grossa e de comunicação; descrever as habilidades sociais mais presentes no repertório dos adolescentes com Paralisia Cerebral; reconhecer em quais classes de habilidades sociais apresentam déficits comportamentais; e relacionar as variáveis de habilidades sociais, características motoras, comunicativas, classificação econômica, e tipo de escola entre os adolescentes com Paralisia Cerebral.

A participação do adolescente nesta pesquisa consistirá em responder às perguntas dos instrumentos: Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes ou do Inventário de Habilidades Sociais para Alunos Sem Fala Articulada. Não há qualquer risco à integridade física ou emocional. Os riscos potenciais são de baixa gravidade, por não colocar em risco a saúde física, moral, familiar, social, cultural e a integridade do adolescente. O que pode acontecer é ele ficar cansado, ou entediado e nesse caso, nós vamos cessar a coleta de dados e depois levá-lo para você ou para a pessoa que está responsável por ela. Estarei disponível para acolhê-lo caso ocorra algum destes sofrimentos em potencial. Se você ou o adolescente desistirem de participar da pesquisa, basta avisar a pesquisadora ou a responsável pela instituição que nós encerraremos a participação dele. Nós nos responsabilizamos por interromper a pesquisa caso seja necessário, e de respeitar o seu ou o desejo do/a adolescente. Os benefícios estão visualizados na direção da contribuição com o conhecimento, com chances de aumentar o repertório comportamental de indivíduos diagnosticados com Paralisia Cerebral para terem um desempenho, autoconhecimento, autoestima, autoeficácia, e repertório comportamental mais amplo, principalmente, no que tange a comunicação. Será assegurado qualquer esclarecimento ao longo da pesquisa, para responder qualquer dúvida do participante ou de seu responsável sobre a pesquisa. A qualquer momento o adolescente pode desistir de participar e retirar seu assentimento e sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição onde está sendo realizada a pesquisa. As informações obtidas por meio dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre a participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar a identificação, sendo utilizados e identificados por meio de um código, a fim de assegurar sua privacidade. Não haverá gastos

por parte do adolescente e de seu responsável para a participação na pesquisa e vocês não receberão nenhum tipo de remuneração pela participação na pesquisa. Qualquer dano comprovadamente decorrente da participação nessa pesquisa será devidamente ressarcido. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone da pesquisadora, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e a participação do adolescente, agora ou a qualquer momento.

Pesquisadora responsável (orientadora): Prof^a. Dr^a. Gerusa Ferreira Lourenço e mestrandas Letícia Thays Bessa Silva (62) 991XXXXXX. E-mail: leticiabessat@gmail.com.

Eu, _____, portador do RG _____ declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da participação do (a) meu (minha) filho (a) na pesquisa e concordo com a participação dele (a) autorizando a publicação dos dados coletados desde que os mesmos sejam sigilosos e obedeçam a todos os critérios éticos envolvidos nas pesquisas com seres humanos.

A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

São Carlos, ____ de _____ de 2019.

Assinatura do responsável do participante da pesquisa.

APÊNDICE E - Termo de Assentimento

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO ESPECIAL

TERMO DE ASSENTIMENTO

AValiação Funcional e de Habilidades Sociais de Adolescentes com Paralisia Cerebral

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “AValiação Funcional e de Habilidades Sociais de Adolescentes com Paralisia Cerebral”, coordenada pelo Prof^a. Dr^a. Geresa Ferreira Lourenço e pela mestrandia Letícia Thays Bessa Silva. Seus responsáveis permitiram que você participe e você tem a idade dos adolescentes que vão participar da pesquisa. Você não precisa mudar nada na sua rotina. Você só precisa participar da pesquisa se quiser. Se você não quiser, este é um direito seu e não terá nenhum problema se desistir. A pesquisa será feita em algum local que você já conhece.

Durante o nosso encontro, caso você se sinta cansado, ou com vontade de parar de responder as perguntas, é só me dizer e nós vamos cessar a entrevista e depois levá-lo para a pessoa que está responsável por você. Estarei disponível para acolhê-lo caso ocorra algo que te incomode. Mas há coisas boas que podem acontecer como conhecer mais sobre você e saber sobre quais pontos do seu repertório comportamental podem ser melhorados para você ter um desempenho, autoestima, autoeficácia e autoconhecimento melhor. Só você, os seus pais e as pessoas responsáveis pela pesquisa vão saber que está participando dela; nós não falaremos para outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der e nunca usaremos seu nome de verdade.

CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO

A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

Eu _____ aceito participar da pesquisa “AValiação Funcional e de Habilidades Sociais de Adolescentes com Paralisia Cerebral”. Entendi as coisas ruins e as coisas boas que podem acontecer. Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir e que ninguém vai ficar bravo comigo. A pesquisadora tirou minhas dúvidas e conversou com os meus responsáveis. Recebi uma cópia deste termo de assentimento e concordei em participar da pesquisa.

São Carlos, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) adolescente: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

SIM

NÃO



APÊNDICE F – Formulário de Identificação dos Participantes

1. Nome do adolescente (iniciais):
2. Idade:
3. Nome da mãe:
4. Idade:
5. Trabalha atualmente?
6. Profissão:
7. Escolaridade:
8. Situação Conjugal:
9. Nome do pai:
10. Idade:
11. Trabalha atualmente?
12. Profissão:
13. Escolaridade:
14. Situação Conjugal:
15. Faz algum tipo de tratamento? Qual (is)?
16. Qual a frequência dos atendimentos?
17. Em relação à escolaridade frequenta escola?
18. Qual o nome da escola?
19. É regular ou especial?
20. Qual a escolaridade?
21. Qual é a renda familiar? () menos de 1 salário mínimo () 1-2 salários mínimos () 2-4 salários mínimos () 4-6 salários mínimos () 6-8 salários mínimos () acima de 8 salários mínimos
22. Quantas pessoas contribuem para esta renda?
23. Recebem algum benefício?
24. Onde você mora: () casa própria () alugada () cedida
25. Como você considera os desafios no dia a dia em relação a independência do (a) seu (sua) filho (a)?
26. Como você considera os desafios no dia a dia em relação a autoestima do (a) seu (sua) filho (a)?
27. Como você considera os desafios no dia a dia em relação a autoeficácia do (a) seu (sua) filho (a)?

APÊNDICE G - Critério de Classificação Econômica Brasil



Alterações na aplicação do Critério Brasil, válidas a partir de 01/06/2019

A metodologia de desenvolvimento do Critério Brasil que entrou em vigor no início de 2015 está descrita no livro *Estratificação Socioeconômica e Consumo no Brasil* dos professores Wagner Kamakura (Rice University) e José Afonso Mazzon (FEA /USP), baseado na Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) do IBGE.

A regra operacional para classificação de domicílios, descrita a seguir, resulta da adaptação da metodologia apresentada no livro às condições operacionais da pesquisa de mercado no Brasil.

As organizações que utilizam o Critério Brasil podem relatar suas experiências ao Comitê do CCEB. Essas experiências serão valiosas para que o Critério Brasil seja permanentemente aprimorado.

A transformação operada atualmente no Critério Brasil foi possível graças a generosa contribuição e intensa participação dos seguintes profissionais nas atividades do comitê:

Luis Pilli (Coordenador) - LARC Pesquisa de Marketing

Bianca Ambrósio - Kantar

Bruna Suzzara – IBOPE Inteligência

Luciano Pontes – Kantar IBOPE Media

Margareth Reis – GFK

Paula Yamakawa – IBOPE Inteligência

Renata Nunes - Data Folha

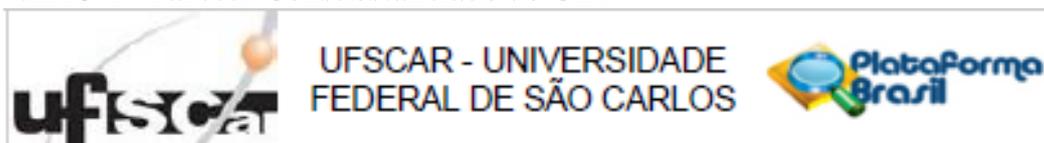
Sandra Mazzo - IPSOS

Sidney Fernandes - Kantar IBOPE Media

A ABEP, em nome de seus associados, registra o reconhecimento e agradece o envolvimento desses profissionais.

ANEXOS

ANEXO 1 - Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO REPERTÓRIO DE HABILIDADES SOCIAIS DE ADOLESCENTES COM PARALISIA CEREBRAL

Pesquisador: LETICIA THAYS BESSA SILVA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 23171419.7.0000.5504

Instituição Proponente: CECH - Centro de Educação e Ciências Humanas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.723.977

Apresentação do Projeto:

O projeto apresenta como objetivos: (a) descrever e categorizar o repertório de habilidades sociais de adolescentes com paralisia cerebral oralizados e não-oralizados; e (b) caracterizar as principais habilidades sociais prioritárias para essa fase do desenvolvimento. Trata-se de uma pesquisa aplicada e qualitativa, classifica-se como levantamento exploratória e descritiva. A amostra será não-probabilística por conveniência por permitir que o pesquisador selecione membros mais acessíveis da população. O acesso aos participantes será por indicação a partir do contato da pesquisadora com profissionais, Programas de Pós-Graduação, grupos de estudos, associações e/ou Institutos. Estima-se que o número de participantes seja

de 20 adolescentes, sendo 10 adolescentes oralizados e 10 não-oralizados, e os respectivos pais e/ou responsáveis. Os critérios de inclusão dos adolescentes são: ter diagnóstico de Paralisia Cerebral; Idade entre 12 e 17 anos; ser capaz de compreender as questões levantadas. Os Instrumentos utilizados serão: Critério de Classificação Econômica Brasil; Formulário de Identificação dos Participantes; Sistema de Classificação da Função Motora Grossa; Sistema de Classificação da Função de Comunicação; Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes; Inventário de Habilidades Sociais para Alunos Sem Fala Articulada; Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade - Teste Adaptativo de Computador (PEDI-CAT); e Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes (versão adaptada para os pais). A análise

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (15)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 3.723.977

dos dados ocorrerá a partir da interpretação conforme cada Instrumento e de forma descritiva.

Objetivo da Pesquisa:

Descrever e categorizar o repertório de habilidades sociais de adolescentes com paralisia cerebral oralizados e não-oralizados;

Caracterizar as principais habilidades sociais prioritárias para essa fase do desenvolvimento

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os benefícios do estudo são evidenciados no decorrer do projeto. Os riscos, por sua vez, foram avaliados pelos participantes e explicitados no TCLE e TA.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo relevante socialmente, bem estruturado, exequível e com todos os elementos essenciais de um projeto de pesquisa. Não foram identificados no projeto conteúdos ou procedimentos que sejam contrários às normativas vigentes para a condução de pesquisas com seres humanos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos foram devidamente apresentados e os vocábulos utilizados correspondem ao nível de desenvolvimento psicológico dos eventuais participantes.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Fundamentado na Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e após avaliação minuciosa da proposta em questão no que se refere aos preceitos éticos da pesquisa com seres humanos, recomendo a aprovação da proposta neste CEP.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1441963.pdf	04/10/2019 18:23:39		Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_leticiathaysbessasilva.pdf	04/10/2019 18:23:01	LETICIA THAYS BESSA SILVA	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento /	Termo_versao_responsavel_pelo_adolescente.pdf	04/10/2019 18:22:50	LETICIA THAYS BESSA SILVA	Acelto

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
 Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-905
 UF: SP Município: SAO CARLOS
 Telefone: (16)3351-9685 E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 3.723.977

Justificativa de Ausência	Termo_versao_responsavel_peo_adolescente.pdf	04/10/2019 18:22:50	LETICIA THAYS BESSA SILVA	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_de_assentimento.pdf	04/10/2019 18:22:44	LETICIA THAYS BESSA SILVA	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_para_adultos.pdf	04/10/2019 18:22:37	LETICIA THAYS BESSA SILVA	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_de_instituicao.pdf	04/10/2019 18:22:30	LETICIA THAYS BESSA SILVA	Acelto
Cronograma	Cronograma.pdf	04/10/2019 18:22:01	LETICIA THAYS BESSA SILVA	Acelto
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	04/10/2019 18:21:50	LETICIA THAYS BESSA SILVA	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 25 de Novembro de 2019

Assinado por:
Priscilla Hortense
(Coordenador(a))

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br