

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
Programa de Pós Graduação em Psicologia

Natália Inês Costa

**ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DO TESTE DE SOLUÇÃO DE PROBLEMAS
INTERPESSOAIS -SPST0 EM ADULTOS COM RETARDO MENTAL**

Belo Horizonte

2010

Natália Inês Costa

**ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DO TESTE DE SOLUÇÃO DE PROBLEMAS
INTERPESSOAIS -SPST0 EM ADULTOS COM RETARDO MENTAL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais, Como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia. Aprovado em Exame de Qualificação em 01/12/2008.

Área de concentração: Psicologia do Desenvolvimento Humano. Linha de pesquisa: Inteligência, Personalidade e Diferenças Individuais.

Orientadora: Professora Dra. Elizabeth do Nascimento

Belo Horizonte

2010

150	Costa, Natália Inês.
C837a	Adaptação e validação do Teste de Solução de Problemas Interpessoais - SPST em adultos com retardo mental
2010	[manuscrito] / Natália Inês Costa. - 2010.
	126 f.
	Orientadora: Elizabeth do Nascimento.
	Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.
	Inclui bibliografia
	1. Psicologia – Teses. 2. Testes psicológicos – Teses. 3. Psicologia aplicada – Teses. 4. Deficiência mental – Teses. 5. Habilidades sociais - Teses. I. Nascimento, Elizabeth do . II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.

Folha de aprovação



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-graduação em Psicologia

A Dissertação "ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DO TESTE DE SOLUÇÃO DE PROBLEMAS INTERPESSOAIS - SPST - EM ADULTOS COM RETARDO MENTAL."

elaborada por **Natália Inês Costa**

e aprovada por todos os membros da Banca Examinadora, foi aceita pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de

MESTRE EM PSICOLOGIA

Belo Horizonte, 30 de junho de 2010.

BANCA EXAMINADORA


Prof. Dra. Elizabeth do Nascimento
(Orientadora)


Prof. Dr. Gustavo Gauer


Prof. Dr. Leandro Fernandes Malloy-Diniz

Dedico este trabalho aos meus filhos Pedro Henrique e João Lucas, cujas presenças em minha vida são verdadeiras dádivas divinas. Pela imensa e gratuita alegria cotidiana, expressa nas gargalhadas e no carinho incondicional, e, enfim, pela compreensão pela ausência da mãe nos eventos sociais durante os dois anos do mestrado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e a todos que em Seu nome a vida me traz:

Ao meu pai Pedro Ribeiro e minha mãe Maria Natália pelo dom da vida, o amor e o lar que me acolheu, a educação e os princípios de uma vida simples e digna;

À Juliana Inês, pela oportunidade do laço fraternal;

Às pessoas com deficiência e suas famílias, não só pela participação na pesquisa, mas pela convivência que me possibilita novas descobertas;

À amiga Alexandra Rangel, pelo pontapé inicial e o incentivo durante todo o percurso.

À amiga e irmã Adriane Rosa, pelo labor incansável ao meu lado;

À professora Elizabeth do Nascimento, pela acolhida e orientação;

Ao professor Gustavo Gauer, pela generosidade em compartilhar o seu saber e amizade;

Aos professores Vitor Haase e Cristiano Mauro pela disponibilidade, colaboração e principalmente pelas palavras sábias nos momentos oportunos;

Ao professor Gleiber Couto pelas contribuições durante a qualificação do projeto;

Ao professor Leandro Fernandes Malloy-Diniz por aceitar o convite para compor a banca de avaliadores da defesa dessa dissertação;

À Virgínia Viana, pelo trabalho madrugada adentro, na análise dos dados;

À Mayra Brancaglion, Ana Luíza Cunha, Débora Lopes, Hudson Golino e Flávia Andrade pela participação no garimpo do referencial teórico, na coleta e organização dos dados;

À APAE Rural de Betim e ao Brincar, em especial, à Sônia Melo e à Salete Beatriz, pela acolhida e confiança;

À equipe e alunos do EJA da Escola Municipal Antônio D'Assis Martins, em especial aos professores Edward, Stanislaw, Maria dos Reis, Inês, Maria Heloísa e Sandra.

Ao designer Marcelo Ramos pelo belíssimo trabalho de criação dos desenhos do SPST;

Ao CENSA, em especial, Vera Lúcia e Maria Eugênia, pela contribuição imensurável para o meu crescimento pessoal e profissional;

Ao amigo Sérgio Fernandes, pelo carinho e presença constante ao longo dessa jornada;

À Gladys Myriam e Tatiane Melo, por fazerem parte da minha trajetória profissional;

Aos professores, profissionais e alunos que atuaram como juízes do SPST;

Aos alunos do curso de Psicologia da PUCMINAS campus Betim e aos profissionais do restaurante do SENAC-MG pela participação nas fotos para os estímulos visuais do SPST.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para que eu chegasse até aqui;

De forma muito especial, à Maria de Nazaré, minha mentora espiritual, meu modelo de mãe e mulher, que me ampara a cada passo da caminhada.

Perdão àqueles que não citei.

"Deficiente" é aquele que não consegue modificar sua vida, aceitando as imposições de outras pessoas ou da sociedade em que vive, sem ter consciência de que é dono do seu destino. "Louco" é quem não procura ser feliz com o que possui. "Cego" é aquele que não vê seu próximo morrer de frio, de fome, de miséria, e só tem olhos para seus míseros problemas e pequenas dores. "Surdo" é aquele que não tem tempo de ouvir um desabafo de um amigo, ou o apelo de um irmão.

Pois está sempre apressado para o trabalho e quer garantir seus tostões no fim do mês. "Mudo" é aquele que não consegue falar o que sente e se esconde por trás da máscara da hipocrisia. "Paralítico" é quem não consegue andar na direção daqueles que precisam de sua ajuda.

"Diabético" é quem não consegue ser doce. "Anão" é quem não sabe deixar o amor crescer.

E, finalmente, a pior das deficiências é ser miserável, pois:

"Miseráveis" são todos que não conseguem falar com Deus. "A amizade é um amor que nunca morre"

(Mário Quintana – Deficiências)

RESUMO

O presente trabalho teve por objetivo a adaptação e validação do Teste de Solução de Problemas Interpessoais – SPST – em adultos com retardo mental a partir de uma amostra das cidades de Belo Horizonte e Betim. O processo de adaptação do SPST para o contexto brasileiro foi realizado em consonância com as recomendações da Comissão Internacional de Testagem (ITC, 2001) e as definições da Resolução nº002/2003 do Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2003). Para a condução dos procedimentos utilizou como base a sistemática operacional proposta por Pasquali (2010) para a utilização de instrumentos desenvolvidos em outros contextos sócio-linguístico-culturais. Foram conduzidos dois estudos independentes de natureza complementar. O Estudo I contempla os procedimentos iniciais do processo de adaptação do SPST, a identificação e sistematização das dimensões avaliadas pelo SPST; a tradução das instruções e dos itens; a construção de estímulos visuais correspondentes aos estímulos verbais e a análise teórica dos itens por meio das avaliações de juízes e de representantes da população-alvo. O Estudo II descreveu a investigação empírica das propriedades psicométricas da versão adaptada do SPST, segundo a Teoria Clássica dos Testes (TCT), envolvendo a investigação dos parâmetros psicométricos dos itens, a estimativa da precisão e o levantamento de evidências de validade. Os resultados do estudo I permitiram estabelecer as classes e subclasses contempladas nos itens do SPST, identificando e sistematizando as dimensões do instrumento. Além disso, houve um alto grau de concordância entre os juízes quanto à adequação, relevância e inteligibilidade dos itens do teste. O critério de correção do SPST, o MEPS-MR, também sofreu modificações em seu sistema de pontuação de acordo com a realidade brasileira. O Estudo II foi realizado a partir de dois grupos distintos, constituindo amostras independentes, sendo um com indivíduos com diagnóstico de retardo mental (DRM) com 50 participantes e outro não clínico (NC) com 30 participantes, totalizando 80 participantes. Em função do predomínio de não normalidade na distribuição dos dados, utilizou-se das estatísticas não paramétricas: Mann-Whitney U para comparações entre os dois grupos e a correlação Spearman rho, adotando-se para tanto valor $p < 0,05$. Os resultados indicaram que os itens são altamente discriminativos. Os índices de consistência interna foram calculados tanto pelo Alpha de Cronbach quanto pelo Guttman e apresentaram valores de 0,876 e 0,884, respectivamente. O instrumento se mostrou altamente preciso para o grupo DRM e para a amostra total, mas não para o grupo NC. A análise fatorial exploratória (AFE) evidenciou a que a estrutura interna do SPST é unidimensional. A curva ROC possibilitou estimar os índices de sensibilidade e especificidade, bem como possíveis pontos de corte. A acurácia

diagnóstica foi alta. Sugere-se a continuidade dos estudos com vistas ao estabelecimento de normas para o SPST no contexto brasileiro utilizando-se amostras maiores e de outras regiões.

Palavras-chave: habilidades sociais; habilidade de resolução de problemas interpessoais; teste de solução de problemas sociais; retardo mental; deficiência mental; deficiência intelectual.

ABSTRACT

The present paper was aimed at the adaptation and validation of Castles & Glass's Social Problem Solving Test – SPST (1986) for adults with mental retardation based on a sample from the cities of Belo Horizonte and Betim. The adaptation process of the SPST for the Brazilian context was made in accord with the International Test Commission (ITC, 2001) and the definitions of the Resolution 002/2003 of the Federal Psychology Council (CFP, 2003). The procedures were based on Pasquali's methodology (2010) for the use of instruments developed in different social, linguistic and cultural contexts. Two independent and complementary studies were conducted. The first study covers the initial procedures of the adaptation process of the SPST, which involves: the identification and systematization of the parameters evaluated by the test, the translation of instructions and items, the inclusion of visual stimuli corresponding to the verbal stimuli and the theoretical analysis of the items through evaluations from expert judges and representatives of the target population. The second study describes the empirical investigation of the psychometric properties of the adapted version of the SPST, the estimate of the precision of the test and survey of the validity evidences. Statistic procedures were used to explore the dimensional structure of the SPST through the Classical Test Theory. The first study findings helped establish the classes and subclasses covered by the SPST, identify and systematize the instrument dimension. Furthermore there was a high degree of agreement among the expert judges concerning appropriateness, relevance and intelligibility of the test items. The effectiveness scoring criteria for SPST (MEPS-MR) has also suffered modifications in its scoring system according to Brazilian reality. The second study was conducted from two separate groups, constituting independent samples, one with individuals diagnosed with mental retardation (DMR) with 50 participants and other nonclinical (NC) with 30 participants. Because of the predominance of non-normality in the distribution of sample data, was used nonparametric statistics: Mann-Whitney U for comparisons between groups and Spearman's rho correlation, adopting for both $p < 0.05$. The results indicates ($p < 0.0001$) that the items are highly discriminating. The internal consistency indices were calculated using Cronbach Alpha and the Guttman and had values of 0.876 and 0.884 respectively. The instrument proved itself highly accurate for the group and DMR for the total sample, but not for the NC group. The exploratory factor analysis (EFA) revealed that the internal structure of SPST is one-dimensional. The ROC curve made possible to estimate the index of sensitivity and specificity, as well as the cut- point. The diagnostic accuracy was high. It is suggested the continuity of the studies to establish rules for SPST in the Brazilian context using larger samples

and other regions.

Keywords: social skills, ability of interpersonal problem-solving; social problem solving test, adults of mental retardation, mental disabilities, intellectual disabilities.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Conjuntos de Habilidades Sociais em Níveis de Complexidade	24
Figura 2- Esquema de Análise das Habilidades Sociais.....	27
Figura 3 - Curso de Ação nos Passos de Resolução de Problemas	33
Figura 4 - Relacionamento entre as Áreas de Habilidades Adaptativas.....	38
Figura 5 - Classificação dos Escores Parciais – MEPS-MR (adaptação).....	52
Figura 6 - Classes e subclasses de HS contempladas nos itens (estórias) do SPST.....	54
Figura 7 - Screen plot para análise fatorial do grupo DRM (n=47).	82
Figura 8 - Screen plot para análise fatorial a amostra total (n=77).	83

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Pontuação dos Indicadores – Concordância entre Juízes	58
Tabela 2 - Concordância dos Juízes em Percentual.....	59
Tabela 3 - Concordância dos Juízes – Pertinência dos Itens	60
Tabela 4 - Caracterização da Amostra (n=80).....	63
Tabela 5 - Comorbidades no grupo clínico (n=50).....	64
Tabela 6 - Medicções em uso pelo grupo DRM conforme o grupo de psicofármacos (n=50)	65
Tabela 7 - Escala adotada para os indicadores produzidos pelo IMHSC – Del Prette.....	67
Tabela 8 - Estatísticas descritivas do desempenho no SPST.....	73
Tabela 9 - Estatísticas Descritivas – Escore Bruto SMHSC – Del Prette DRM (n=42) e NC (n=30) para o indicador DIFICULDADE	74
Tabela 10 - Estatísticas Descritivas – Escore Bruto SMHSC – Del Prette DRM (n=42) e NC (n=30) para o indicador FREQUÊNCIA.....	75
Tabela 11 -Estatísticas Descritivas – Escore Bruto SMHSC – Del Prette DRM (n=42) e NC (n=30) para o indicador ADEQUAÇÃO.....	76
Tabela 12 - Estatísticas Descritivas do Escore Bruto das RSH, RNHP e RNHA	77
Tabela 13 - Estatísticas Descritivas do desempenho no G-36 em Percentil - Grupo NC (n=30)	77
Tabela 14 - Variabilidade de resposta aos itens do SPST em percentual segundo os grupos DRM e NC (n =77).....	78
Tabela 15 - Correlações item-total no SPST	79
Tabela 16 - Comparação entre os grupos DRM e NC no SPST.....	79
Tabela 17 - Índices de Precisão do SPST	80
Tabela 18 - Matriz de Correlações SPST	81
Tabela 19 - KMO e Teste de Bartlett	81
Tabela 20 - Variância Total Explicada.....	82
Tabela 21 - Solução Fatorial do SPST.....	83
Tabela 22 - Intercorrelações entre os Escores no SMHSC- Del Prette e o Escore Total no SPST.....	84
Tabela 23 - Comparação entre os grupos DRM e NC no SMHSC – Del Prette	85
Tabela 24 - Comparação entre os grupos DRM e NC no desempenho do SMHSC – Del Prette por subclasses das HS.....	85

Tabela 25 - Contingência para DRM– Desempenho no SPST para HSPI	87
Tabela 26 - Área sob a curva (ASC) encontrada para os Grupos NC e DRM.	88
Tabela 27 - Ponto de Corte a partir da proporção entre a Sensibilidade e a Especificidade do SPST	89
Tabela 28 - Modelo de Cálculos de TFN, TFP, VPN e VPP.	90
Tabela 29 - Ponto de Corte – Grupos NC e DRM.....	91

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

AAMR – American Association On Mental Retardation
ABEP – Associação Brasileira de Estudos Populacionais
ABS – Adaptative Behavior Scale
AFE – Análise Fatorial Exploratória
ANARC – Associação Americana Nacional para Cidadãos Retardados (EUA)
APA – Associação Psiquiátrica Americana
ASC – Assessment of Social Competence
BSSA – *Behavioral Social Skills Assessment*
CFP – Conselho Federal de Psicologia
CID – Classificação Internacional de Doenças
CIF – Classificação Internacional de Impedimentos, Deficiências e Incapacidades
CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas
CORDE – Coordenadoria Nacional para a Pessoa Portadora de Deficiências
DRM – Diagnóstico de Retardo Mental
DSM-IV-TR – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
EJA – Educação de Jovens e Adultos
EPRP – Eu Posso Resolver Problemas
FBB – Fundação Banco do Brasil
FGV – Fundação Getúlio Vargas
HS – Habilidades Sociais
HSPI – Habilidade de Solução de Problemas Interpessoais
IAPS – International Affective Picture System
IGBE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICPS – Interpersonal Child Problem Solving
IMHSC/Del Prette – Inventário Multimídia de Habilidades Sociais para Crianças
ISES – Interpersonal Self-Efficacy Scale
ITC – Comissão Internacional de Testagem
KMO – Kaiser Meyer-Olkin
MEPS – *Means-End Problem Solving Procedure*
MESSIER - Matson Evaluation of Social Skills for Individuals with Severe Retardation
MTE – Ministério do Trabalho e Emprego

NC – Não Clínico

NSA – Não se Aplica

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PDHSC – Módulo de Processamento de Dados de Habilidades Sociais para Crianças

PIG – Pequeno para Idade Gestacional

PPD – Pessoa Portadora de Deficiência

PPI – Pessoa com Percepção de Incapacidade

QI – Quociente Intelectual

QSES – Questionário Socioeconômico e de Saúde

RH/ABO – Grupo Sanguíneo

RNHA – Resposta Não Habilidade Ativa

RNHP – Resposta Não Habilidade Passiva

RSH – Resposta Socialmente Habilidade

RSNH – Resposta Socialmente Não Habilidade

SAHS – Sistema de Avaliação de Habilidades Sociais

SMHSC/Del Prette – Sistema Multimídia de Habilidades Sociais para Crianças

SPSS – Social Performance Survey Schedule

SPSS 15.0 – Statistical Package for Social Sciences versão 15.0

SPST – Social Problem Solving Test

SSRS – Social Skills Rating System

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TCT – Teoria Clássica dos Testes

THS – Treinamento de Habilidades Sociais

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

UFSJ – Universidade Federal de São João del Rei

VABS – Adaptative Behavior Scale and Vineland Adaptative Behavior Scales

WAIS – Wechsler Adult Intelligence Scale

WISC – Wechsler Intelligence Scale for Children

APRESENTAÇÃO

Trabalhando há 15 anos com pessoas com deficiência mental, acompanho as mudanças em prol da socialização, integração e inclusão desse público nos mais variados nichos sociais. Observa-se que, de todos os esforços atualmente empregados, um em especial destaca-se dos demais: a inserção dessa população no mercado de trabalho. A partir de imposição de cunho legal, as empresas passaram a contratar pessoas com deficiência. Desde 2003 atuo nessa modalidade de trabalho junto a empresas dos mais diversos segmentos: indústrias, comércio, prestação de serviços em educação, saúde, manutenção e limpeza, além de atividades ligadas ao serviço público. Ao analisar o número de inclusões no mercado de trabalho fica evidente que as pessoas com deficiência mental ocupam o último lugar no ranking de inserções (Retratos da Deficiência no Brasil FGV/FBB 2006; População com Deficiência no Brasil - Fatos e Percepções, FEBRABAN 2006). Mesmo quando entra no mundo do trabalho, a situação na maioria das vezes é precária, como relata NERI (2004) “... *o perfil das pessoas com deficiência mental se associa fortemente com a ocupação de não remunerado*”. Esse dado se configura como um desafio para os profissionais que trabalham nesta área. O problema ainda toma uma dimensão maior, quando atrelado à carência de instrumentos de medidas psicológicas para esta população, dificultando o processo de seleção para ingresso profissional. Recentemente, fui questionada por um gestor de indústria durante uma reunião para discussão quanto à admissão de um trabalhador com deficiência mental: “como você sabe das habilidades e competências dessa pessoa? Como você sabe que ele dá conta dessa tarefa?” Refletindo acerca da metodologia empregada, constatei que os procedimentos são na sua maioria qualitativos, baseados em entrevistas, observação direta e informações de terceiros. Há uma carência quanto a instrumentos que avaliem habilidades específicas dessa população, que não apenas ratifiquem o déficit intelectual que aí reside. De todas as habilidades que um indivíduo apresenta, elegi as habilidades sociais como foco de estudo, mais especificamente, a resolução de problemas interpessoais, como fator de investigação e mensuração, acreditando assim, numa possibilidade de contribuir no processo de avaliação de pessoas com deficiência mental.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	21
1.1 Delineamento da Dissertação	21
2 REFERENCIAL TEÓRICO	22
2.1 Habilidades Sociais	22
2.2 A resolução de problemas interpessoais no contexto das Habilidades Sociais	31
2.3 Definição, Classificação, Etiologia e Epidemiologia do Retardo Mental	34
2.4 Habilidades Sociais e Resolução de Problemas Interpessoais na inserção da pessoa com retardo mental	37
2.5 A Avaliação Habilidades Sociais e de Resolução de Problemas Interpessoais em indivíduos com diagnóstico de retardo mental	43
2.6 O contexto social e a legislação vigente – A visão da sociedade e os desafios na inclusão da pessoa com retardo mental	45
2.7 A legislação acerca dos Direitos das Pessoas com Deficiência	47
2.8 Delimitação do Problema	49
2.8.1 Objetivo Geral	50
2.8.2 Objetivos específicos	50
3 ESTUDO I - ADAPTAÇÃO CULTURAL DO SPST	51
3.1 Método	51
3.1.1 Participantes	51
3.1.2 Instrumento	51
3.1.3 Procedimentos	56
3.2 Resultados	58
4 ESTUDO II - INVESTIGAÇÃO PSICOMÉTRICA DA VERSÃO ADAPTADA DO SPST	62
4.1 Método	62
4.1.1 Participantes	62
4.2 Instrumentos	65
4.2.1 SPST – Social Problem Solving Test (adaptado) e MEPS –MR	65
4.2.2 SMHSC – Del Prette - Sistema Multimídia de Habilidades Sociais para Crianças	65
4.2.3 G-36	68
4.2.4 Questionário Socioeconômico e de Saúde (QSES)	69
4.3 Procedimentos	69
4.4 Análise de Dados	71
4.5 Resultados	72
4.5.1 Análises descritivas	72

<i>4.5.2 Estabelecimento de propriedades psicométricas do SPST</i>	78
5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DOS ESTUDOS I E II	93
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
REFERÊNCIAS	98
ANEXO A- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UFMG	115
ANEXO B – AUTORIZAÇÃO ADAPTAÇÃO BSSA e SPST	116
ANEXO C – AUTORIZAÇÃO PARA USO E TRADUÇÃO SPST	117
ANEXO D – ESTUDO PRELIMINAR DE ADAPTAÇÃO PARA A REALIDADE BRASILEIRA	118
ANEXO E – QUESTIONÁRIO SÓCIO-ECONÔMICO E DE SAÚDE	124

1 INTRODUÇÃO

Para adaptar um instrumento que se propõe a avaliar a resolução de problemas interpessoais como fator das habilidades sociais em adultos com diagnóstico de retardo mental é necessário, antes de tudo, conceituar habilidades sociais e delimitar a resolução de problemas interpessoais dentro desse campo. Estudar o universo das habilidades sociais e as categorias de classes e subclasses que a compõem, bem como investigar como se dá a avaliação nessa área e os principais instrumentos utilizados são etapas importantes no delineamento deste estudo. Faz-se mister também, definir retardo mental e a evolução da terminologia até os dias atuais. Não menos importante, entretanto, é contar um breve histórico da deficiência a fim de contextualizar no âmbito sócio-político-econômico a evolução do conceito e os diversos paradigmas abraçados pela comunidade científica, bem como a transformação do construto *deficiência* no campo da saúde de acordo com o paradigma vigente em cada época da humanidade. Sendo assim, é na conjunção *Resolução de Problemas Interpessoais e Retardo Mental* que se encontra o objeto desse trabalho e o grande desafio é mensurá-lo utilizando os fundamentos e a metodologia psicométrica.

Para o embasamento da pesquisa foi realizada revisão bibliográfica dos artigos publicados na literatura nacional e internacional, no período de agosto de 2008 a maio de 2010, a partir de informações disponibilizadas pelas bases de dados Pubmed, Periódicos Capes, Scielo, Medline, Medscape, LILACS e por pesquisas diretas, utilizando-se as palavras-chave: habilidades sociais, resolução de problemas interpessoais, resolução de problemas sociais, retardo mental, deficiência mental, inclusão da pessoa com retardo mental, avaliação de habilidades sociais, avaliação de resolução de problemas interpessoais, destes foram selecionadas as publicações consideradas mais relevantes.

1.1 Delineamento da Dissertação

A presente dissertação objetiva descrever o procedimento de adaptação do *Social Problem Solving Test* – SPST, Instrumento para Avaliação de Solução de Problemas Interpessoais para adultos com diagnóstico de retardo mental, para um contexto lingüístico-cultural brasileiro. Objetiva ainda levantar evidências de validade e precisão da versão brasileira com vistas a estudos futuros de normatização.

Este trabalho está dividido em dois Estudos: o Estudo I contempla os procedimentos iniciais do processo de adaptação do SPST; o Estudo II descreve a investigação empírica das propriedades psicométricas da versão adaptada do SPST.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Habilidades Sociais

Para o pesquisador espanhol Vicente Caballo (1997), referência internacional no estudo das habilidades sociais, estas são tidas como:

um conjunto de comportamentos emitidos por um indivíduo em um contexto interpessoal que expressa os sentimentos, atitudes, desejos, opiniões ou direitos desse indivíduo de um modo adequado à situação, respeitando esses comportamentos nos demais e que geralmente resolve os problemas imediatos da situação enquanto minimiza a probabilidade de problemas futuros (CABALLO, 1997).

Em seu apanhado histórico acerca das origens do estudo das Habilidades Sociais (HS) no campo da Psicologia, Bueno, Oliveira e Oliveira (2001) identificaram que estas se constituíram como uma área dentro da Psicologia Social e do Trabalho na década de 1960, na Inglaterra. Os estudiosos Argyle e Kendon (1967) disseminaram o termo habilidades sociais como resultado da interação homem-máquina, numa analogia à técnica de processamento de informações, incluindo percepção, decodificação e resolução de problemas. Na década de 1970 temos Lange e Jakubowski (1978) ilustrando que os estudos das HS receberam influência da investigação da assertividade e do treinamento assertivo. Confirmando essa linha de pesquisa, Falcone (2000) cita vários autores (Hansson, R.O., Jones, W.H. & Carpenter, B.N., 1984; Delamater & Mc Namara, 1986; Davis & Oathout, 1987; Hargie, Saunders & Dickson, 1987) que se dedicaram ao estudo das características assertivas nos relacionamentos interpessoais.

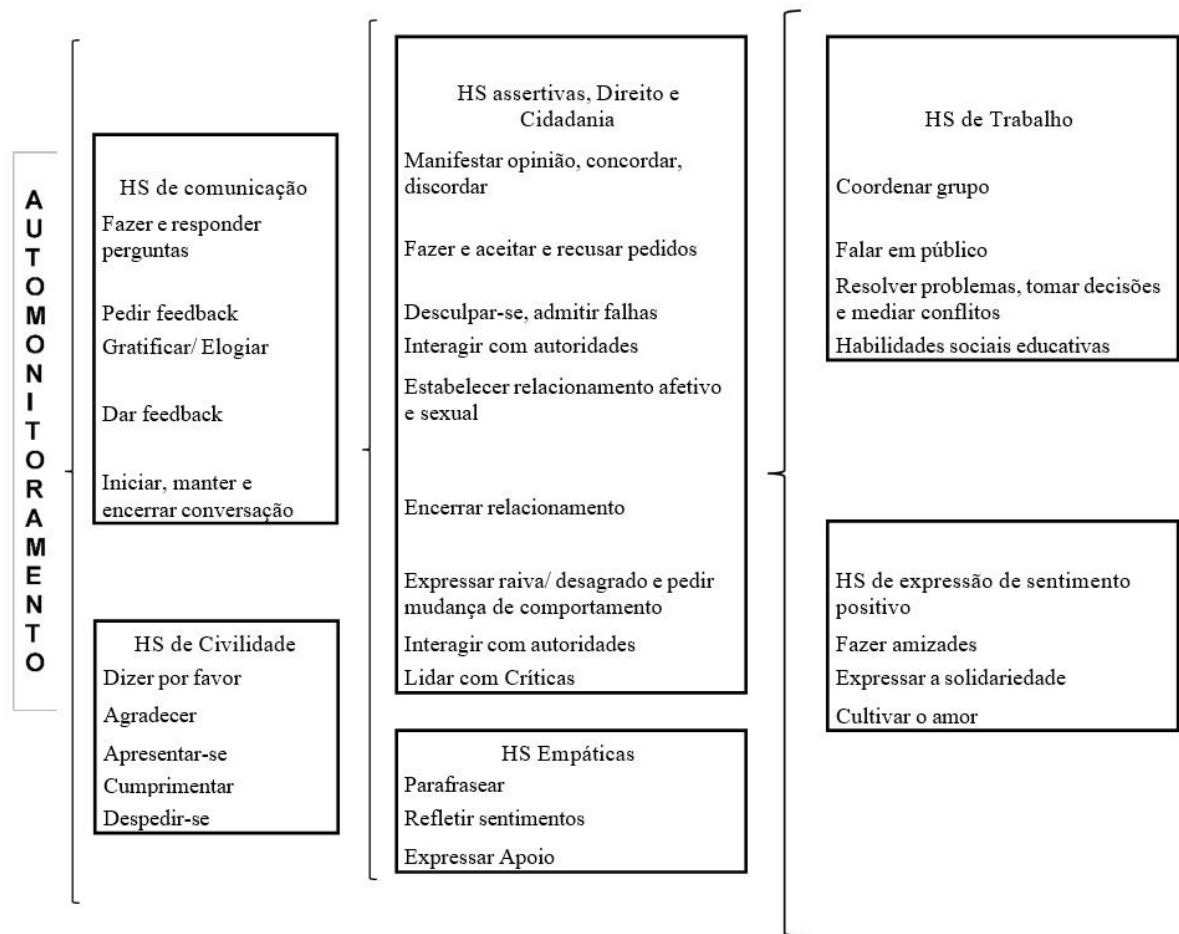
No Brasil, o campo da pesquisa e da aplicação do conhecimento referente às HS tem como referência os trabalhos de Almir Del Prette e Zilda Del Prette. Para eles as relações interpessoais fazem parte de um campo de investigação e atuação do conhecimento psicológico com questões teóricas e práticas, denominado Treinamento de Habilidades Sociais (THS). Este campo possui alguns conceitos-chave, como desempenho social, habilidades sociais e competência social, cuja definição remete à sua dimensão situacional-cultural. Del Prette e Del Prette (2001) apresentam a diferenciação conceitual entre os termos desempenho social, habilidades sociais e competência social da seguinte forma:

O desempenho social refere-se à emissão de um comportamento ou seqüência de comportamentos em uma situação qualquer. Já o termo habilidades sociais refere-se à existência de diferentes classes de comportamentos sociais existentes no repertório do indivíduo para lidar de maneira adequada com as demandas das situações interpessoais. A competência social tem sentido avaliativo que remete aos efeitos do desempenho nas situações vividas pelo indivíduo. [...] Na dinâmica das interações, as

habilidades sociais fazem parte dos componentes de um desempenho social competente. A competência social qualifica, portanto, a proficiência de um desempenho e se refere à capacidade do indivíduo de organizar pensamentos, sentimentos e ações em função de seus objetivos e valores articulando-os às demandas imediatas e mediatas do ambiente (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2001).

Para uma melhor compreensão tais habilidades foram didaticamente agrupadas em classes e subclasses de comportamentos. Segundo Del Prette e Del Prette (2007) cada habilidade pode ser decomposta em outras e quanto mais complexa uma classe de habilidade, mais subclasses ela possui. Para melhor visualização do esquema proposto pelos autores, apresentamos a Figura 1 que retrata os conjuntos de HS os quais se distribuem em quatro níveis de acordo com a sua complexidade. No topo da Figura 1 está o automonitoramento, habilidade classificada como meta-cognitiva e afetiva comportamental, sendo essa última correlacionada à condição da pessoa identificar, nomear, interpretar e regular a tríade: pensamentos, sentimentos e comportamentos. No primeiro conjunto encontramos as Habilidades de Comunicação e Civilidade, no segundo temos as Habilidades Assertivas, Direito e Cidadania, bem como as Habilidades Empáticas. No terceiro e último grupo temos as Habilidades de Trabalho e as Habilidades de Expressão de Sentimento Positivo. É importante ressaltar que para os Del Prette (2007) a relevância de uma habilidade é medida pelo seu valor funcional para um desempenho social competente e não pela sua complexidade.

Figura 1- Conjuntos de Habilidades Sociais em Níveis de Complexidade



Fonte: Del Prette & Del Prette (2007, p. 60)

Para Bolsoni-Silva (2002) o automonitoramento está intimamente relacionado com o autoconhecimento, pois através deste último é que a pessoa é capaz de se automonitorar e, então, observar, descrever e avaliar qual comportamento é adequado para dada situação social.

A HS de comunicação é essencial a qualquer processo de interação. As habilidades de comunicação são divididas em verbais e não verbais apenas de forma didática. Para Adler e Towne (2002) a comunicação é um processo transacional contínuo que envolve pessoas, contexto, mensagens verbais ou não, que na maioria são afetadas por ruídos externos (ambiente) e internos ao indivíduo (fisiológicos e psicológicos). Os autores ainda chamam a atenção para a intencionalidade, que pode estar ou não presente, e na irreversibilidade da comunicação devido à sua condição temporal.

Já as HS de civilidade dependem diretamente da cultura e nível de educação que a pessoa teve acesso. Pessoas que não assimilaram normas simples de convivência e boas maneiras tendem a encontrar dificuldades nas soluções de problemas interpessoais, a priori, na forma de tratar e considerar seu interlocutor.

Dentro das habilidades assertivas, de direito e cidadania, se faz imprescindível à pessoa a vivência e o estabelecimento da própria identidade. A construção de um repertório socialmente habilidoso a fim de capacitá-lo a resolver problemas interpessoais com destreza ocorre primeiramente em interações em contextos naturais sem treinamento formal, como no relacionamento entre pais e filhos, irmãos, colegas de escola, amigos e cônjuges (Gomide, 2003; Pacheco, Teixeira & Gomes, 1999).

Para Carneiro e Falcone (2004) a empatia é a capacidade de compreender e de expressar compreensão sobre a perspectiva e sentimentos de outra pessoa, além de experimentar sentimentos de compaixão e de interesse pelo bem-estar de outrem. Nesse sentido, a socialização das emoções é um aspecto de central importância para HS empáticas, é o que revela Cecconello e Koller (2000) em seus estudos acerca de competência social e empatia com crianças. Para os autores, a partir das experiências afetivas das crianças com sua família, estas aprendem a lidar e expressar seus sentimentos. Em seus achados, destaca-se a relação entre competência social e empatia, demonstrando que, quanto mais empática é uma criança, mais competente socialmente ela é capaz de ser, e, conseqüentemente, crianças socialmente competentes tendem a ser sensíveis e empáticas com seus pares, capazes de estabelecer relações de amizade e habilidosas na resolução de problemas.

As HS de trabalho para Del Prette e Del Prette (2007) são aquelas ligadas à esfera profissional e tem como cunho atender às várias demandas interpessoais do ambiente de trabalho com vistas ao cumprimento de metas, o bem estar da equipe e o respeito aos direitos dos demais funcionários, clientes ou colaboradores. Essa classe compreende coordenar grupo, falar em público, resolver problemas, tomar decisões, mediar conflitos e habilidades educativas.

As HS de expressão de sentimento positivo são ligadas à afetividade e estreitamente relacionadas com valores e atitudes, requerendo coerência entre o sentimento, o pensamento e a ação do indivíduo (Del Prette & Del Prette, 2007). Incluem nesse conjunto as habilidades de fazer amizades, expressar solidariedade e cultivar o amor.

Além das classes e subclasses no estudo das HS, há também um esforço por parte dos estudiosos deste campo em estabelecer hipóteses que explicam os déficits no desempenho social. Para isso, as competências sociais são analisadas através de componentes, o que facilita o estudo do repertório social do indivíduo e auxilia no entendimento das dinâmicas das relações

interpessoais. Na literatura (Caballo, 1996; Del Prette & Del Prette, 1999; 2001) encontramos uma organização desses componentes em três classes distintas, comportamentais, cognitivo-afetivas e fisiológicas.

O componente comportamental caracteriza-se por ações presentes no desempenho social, que transmitem de forma verbal e não verbal a intenção e a forma de responder às demandas sociais que o indivíduo dispõe. Nesse sentido, para Del Prette e Del Prette (1999) os componentes comportamentais verbais de conteúdo incluem: fazer e responder perguntas, solicitar mudanças de comportamentos, lidar com críticas, pedir e dar feedbacks, opinar, concordar e discordar, elogiar, recompensar e gratificar, agradecer, fazer pedido, recusar, justificar-se, autorealizar-se, usar o pronome “eu” e usar conteúdo de humor. Já como componentes comportamentais verbais de forma está a latência, duração e regulação da fala, assim também como todos seus transtornos. Enfim, como componentes comportamentais não-verbais temos o contato visual e o olhar, gestos, expressão corporal e facial, posturas, contato físico, distância e proximidade com o interlocutor.

Para Feitosa (2007) os componentes cognitivo-afetivos estão presentes nos processos operacionais encobertos, dessa forma atuam de maneira a alterar ou mediar a relação entre a estimulação social e as respostas do indivíduo a ela. Nessa diáde pode-se dizer que o componente cognitivo caracteriza-se pela adoção de perspectiva, que é compreendida como a capacidade de inferir acuradamente os próprios sentimentos e pensamento e também de outrem, já o componente afetivo caracteriza-se por uma tendência a experimentar sinais de simpatia ou aversão pelos outros ou pela situação vivida. Estão elencados como componentes cognitivo-afetivos para Del Prette e Del Prette (1999) conhecimentos prévios acerca da cultura, ambiente e papéis sociais, bem como o autoconhecimento, além de expectativas, crenças, estratégias e habilidade de processamento.

Já os componentes fisiológicos estão presentes através de fenômenos como respiração, frequência cardíaca, sudorese e outros fatores que podem alterar de acordo com o nível de controle e stress emocional que a situação social imprime ao indivíduo.

Del Prette e Del Prette (1999) postulam que a capacidade do indivíduo em articular esses componentes do seu desempenho às demandas interpessoais da situação, levando-se em consideração o contexto e a cultura, embasa a avaliação da sua competência social e são tidos como critérios de funcionalidade. Para tanto, o desempenho social é analisado e avaliado considerando três dimensões dinâmicas e inter-relacionadas presentes em qualquer interação social: pessoal, situacional e cultural.

A dimensão pessoal abarca todo o repertório de comportamentos sociais do indivíduo e

está intimamente relacionada às características inerentes a ele, tais como gênero, idade, saúde ou doença, escolaridade, etc. Os comportamentos emitidos pelo indivíduo podem ser analisados por níveis denominados molar e molecular. O primeiro refere-se a habilidades globais e o segundo as habilidades componentes (partes menores da habilidade molar).

A dimensão situacional é definida por Argyle e cols. (1980) como “a soma das características do sistema de comportamentos durante a duração de um encontro social”. São elementos dessa dimensão: os objetivos do indivíduo, regras sociais e normas explícitas e implícitas, papéis formais e informais relativos ao indivíduo, repertório, seqüências de interação para realizar a atividade proposta, conceitos compartilhados no ambiente e contexto físico da ação. Essa dimensão articula o desempenho do indivíduo frente à demanda social.

A dimensão cultural compreende os aspectos inerentes às diferentes culturas influenciando o repertório de comportamentos sociais do indivíduo. Para melhor visualização das dimensões do desempenho social e suas interfaces, Del Prette e Del Prette (1999) elaboraram um esquema (Figura 2) que apresenta os principais elementos de cada dimensão. Os autores advertem, entretanto, que o esquema se aplica somente ao desempenho em interações sociais e é preciso levar em consideração as articulações intra e entre as dimensões ilustradas.

Figura 2- Esquema de Análise das Habilidades Sociais



Fonte: Del Prette & Del Prette (1999, p.52).

Do ponto de vista da prática cotidiana, as HS se referem a comportamentos necessários a uma relação interpessoal bem-sucedida, levando-se em consideração parâmetros específicos de cada contexto e cultura. Buscamos na literatura modelos teóricos que possibilitem explicar o funcionamento do indivíduo na sociedade e localizar possíveis causas de déficits em seu desempenho social. Respondendo a essa demanda, os pesquisadores Hidalgo e Abarca (1992) citam cinco modelos teóricos que apresentam explicações acerca da estrutura e do funcionamento das habilidades sociais e propõem estratégias de intervenção em THS, são eles: assertividade, percepção social, aprendizagem social, cognição e teoria dos papéis. A partir da proposta desses autores apresentaremos as contribuições de cada modelo para a compreensão da dinâmica do desempenho social do indivíduo.

O conceito de assertividade, compreendido como uma subárea das habilidades sociais, segundo Lange e Jakubowski (1978), envolve a afirmação dos próprios direitos e a expressão de pensamentos, sentimentos e crenças de maneira direta, honesta e apropriada, de modo a não violar o direito das outras pessoas. Essa visão é confirmada por Bandeira e Ireno (2002) ao afirmarem que:

o comportamento assertivo constitui uma classe particular das habilidades sociais, que se refere à capacidade do indivíduo de se afirmar em interações sociais, defender seus direitos, expressar suas opiniões, sentimentos, necessidades e insatisfações e solicitar mudanças de comportamento das outras pessoas, sem desrespeitar os direitos dos outros (BANDEIRA E IRENO, 2002).

Baseados no modelo da assertividade, Del Prette e Del Prette (1999) apontam a ansiedade e os condicionamentos comportamentais inadequados como fatores que explicam os déficits no desempenho social dos indivíduos. A ansiedade aparece em várias pesquisas (Wolpe, 1958; Andrade & Gorenstein, 1998; Margis, Picon, Cosner & Silveira, 2003) como fator inibidor de respostas assertivas, e apesar de ser um estado emocional que faz parte do espectro normal das experiências humanas, é uma forte propulsora do desempenho social, sendo apontada como responsável por desavenças e conflitos interpessoais. Nessa última vertente as pessoas não agem de forma assertiva por três motivos distintos: ou não são adequadamente reforçadas, ou são punidas pela emissão de respostas assertivas ou são recompensadas por não apresentarem comportamentos assertivos. Bandeira, Quaglia, Bachetti, Ferreira e Souza (2005) confirmam essas afirmativas evidenciando uma correlação negativa entre a assertividade e a ansiedade. Aspectos negativos dos condicionamentos comportamentais inadequados são ainda citados em pesquisas há mais de cinco décadas

(Skinner 1953; Eisler, Miller & Hersen 1973; Weber, Viezzer & Brandenburg, 2004) que correlacionam às dificuldades no desempenho social, em específico à assertividade, ao controle inadequado de estímulos no encadeamento de respostas sociais. Não menos graves são as conseqüências que a punição como reforçador de comportamentos sociais pode trazer, o que Seligman (1977) denomina fenômeno do desamparo aprendido, onde há uma incapacidade de aprendizagem de novas respostas de esquiva diante de uma história de exposição a estímulos aversivos.

Passando ao modelo da percepção social, a literatura aponta Argyle (1980) como seu precursor e se fundamenta na análise do comportamento cognitivo que o indivíduo apresenta através da capacidade de perceber e decodificar o ambiente social. Nesse modelo o desempenho social está intimamente ligado à comunicação que o indivíduo estabelece com o outro. Aguiar (2006) em sua revisão bibliográfica preconiza a importância das habilidades sociais comunicativas, em especial, com pessoas com deficiência mental. Falhas no sistema de reconhecimento nas mensagens verbais e não verbais advindas do ambiente circundante trazem dificuldades interpessoais ao indivíduo, comprometendo a compreensão das demandas sociais. Para Feitosa (2007) a percepção social é um elemento que parte do processo de automonitoramento, que sustenta o processamento da informação social, dando subsídios tanto à captação dos estímulos ambientais como da adequação da resposta social a cada situação que o indivíduo se encontra.

No modelo da aprendizagem social é estabelecida a diferença entre a aprendizagem e o desempenho. Pesquisadores desse modelo atribuem à observação do comportamento dos outros a aprendizagem do indivíduo por meio de uma assimilação mental, registrando principalmente, os padrões de comportamentos bem sucedidos. Hartup (1989) afirma que a competência social é substancialmente aprendida com os companheiros e Almeida (1997) complementa que a interação com pares, além de fornecer as experiências necessárias ao desenvolvimento de competências sociais, se constitui em uma base importante para o autoconhecimento e para a compreensão que o indivíduo tem de si mesmo. Estudos acerca do processo de aprendizagem social (Barnett, 1992; Hoffman, 1992; Thompson, 1992) preconizam que o mesmo se inicia nos primeiros meses de vida da criança e os pais se configuram como primeiros mediadores desse processo, na medida em que apresentam a criança ao mundo e ao mesmo tempo o significa para ela. Dubar (1998) chama a atenção para a socialização que se inicia na primeira infância como possibilidade de construção de uma identidade pela interação social. A literatura nos mostra que falhas que ocorrem neste processo de aprendizagem ocasionam déficits relevantes no desempenho social, sendo marcados por questões ligadas à ansiedade e

baixo autoconceito. Para Bolsoni-Silva (2002) a não asserção geral inclui as pessoas em que os comportamentos são tipicamente não- assertivos, sentindo-se incapazes de afirmar seus direitos ou agir de acordo com seus próprios sentimentos na maior parte ou em quase todas as situações; conseqüentemente possuem baixa auto-estima e muita ansiedade frente às situações sociais.

O modelo cognitivo traz dois conceitos distintos, o de desempenho social e o de competência social. Segundo Ladd e Mize (1983), o desempenho social é ligado às habilidades sócio-cognitivas aprendidas a partir da interação do indivíduo com o meio social e a competência é a capacidade de organizar e integrar cognições e comportamentos dirigidos a objetivos interpessoais socialmente aceitos. Para Del Prette e Del Prette (2006) possuir um bom repertório de HS não garante, por si só, um desempenho socialmente competente. Considera-se, portanto, que o desempenho é marcado por processos cognitivos que funcionam como mediadores para avaliar conseqüências prováveis para diferentes comportamentos emitidos em contexto social futuro (Del Prette & Del Prette, 1999). É necessário ao indivíduo selecionar e avaliar ações adequadas a cada tipo de contexto. Déficits nessa área acarretam desempenho inadequado e falhas no comportamento adaptativo.

Del Prette e Del Prette (1999) apresentam o modelo da teoria dos papéis baseado no conceito de “papel social” como sendo um produto do grupo através da subcultura, que fornece elementos simbólicos, verbais ou não, e os significados de valor presentes na relação. O desempenho de papéis está intimamente relacionado às oportunidades disponíveis ao indivíduo de vivenciar e participar efetivamente do seu meio social. A diversidade e a qualidade de soluções adaptativas confere ao indivíduo uma melhor performance, garantindo competência e conseqüentemente sucesso no âmbito social. Déficits nessa área trazem problemas na incorporação dos diversos papéis que o indivíduo precisa exercer ao longo do seu ciclo vital. É nesta lacuna que atua o THS como ferramenta de resgate e aprendizado daquilo que deveria ser adquirido naturalmente através das relações interpessoais ao longo da vida, sem necessidade de intervenção.

Para Shure (1992) as habilidades sociais se constituem como um conjunto de comportamentos positivos e adaptativos, no qual se inclui as Habilidades de Solução de Problemas Interpessoais (HSPI). Em seus estudos os escores em HSPI aparecem como um importante preditor do nível de ajustamento e de competência interpessoal do indivíduo, daí a importância de destacar esse tema dentro dos estudos das HS.

2.2 A resolução de problemas interpessoais no contexto das Habilidades Sociais

De acordo com D’Zurilla (1988) a resolução de problemas é um processo integrado que envolve o comportamento, a cognição e o afeto. Dentro desse processo o indivíduo identifica e cria meios adaptativos e efetivos para enfrentar os problemas cotidianos. Para o autor a resolução de problemas configura-se como um processo complexo, pois inclui habilidades que podem ser identificadas como cognitivo-afetivas. São elas: discriminação e definição do problema, formulação, avaliação e escolha de estratégias.

A resolução de problemas interpessoais configura-se enquanto uma demanda, que segundo Del Prette e Del Prette (2007) são produtos da vida em sociedade regulada pela cultura de subgrupos. Dentro desta perspectiva espera-se que o indivíduo responda de modo satisfatório a essas demandas como meio de credenciar-se a grupos ou subgrupos sociais. Os autores identificam quatro aspectos a serem considerados para identificar e decodificar uma demanda: a atenção aos sinais do ambiente através da observação e da escuta, o controle das emoções principalmente nas situações de maior complexidade, controle da impulsividade e a análise da relação entre o seu próprio desempenho e o desempenho do outro e a antecipação das conseqüências. Falar de resolução de problemas é remeter-se diretamente ao repertório de comportamentos que o indivíduo dispõe e o desempenho social que ele é capaz de obter durante a identificação, escolha e desenvoltura na emissão do comportamento.

Del Prette e Del Prette (1999) resgatam a definição de Nezu (1987) que preconiza que a solução de problemas é “um processo metacognitivo pelo qual os indivíduos compreendem a natureza dos problemas da vida e dirigem seus objetivos para a modificação do caráter problemático da situação ou mesmo de suas reações a ela”. Definir o sucesso na solução de problemas interpessoais é muito complexo, uma vez que não existe um ideal e uma situação pode comportar mais de um desempenho social como aceitável. Sendo assim, a competência social é circunstancial e depende não só do contexto em que ocorre, mas de aspectos ligados à pessoa que opera, como autoconceito, da empatia e das expectativas que apresenta no momento.

A resolução de problemas interpessoais é tida para Ribeiro, Costa e Araújo (2005) como um tipo de HS de nível mais complexo e difícil, pois requer mais que uma aplicação imediata do conhecimento acumulado em aprendizagens anteriores. Elias e Marturano (2004) acrescentam que essas habilidades incluem pensar em mais de uma solução, na possibilidade de existir caminhos diferentes para um mesmo problema, as conseqüências a partir da escolha realizada, tanto em nível de ações, quanto sentimentos e enfim, a tomada de decisão propriamente dita.

Em seus estudos na elaboração de um programa para ensino de habilidades de solução de problemas interpessoais na sala de aula (ICPS - Interpersonal Child Problem Solving ou I Can Problem Solve - em português, EPRP - Eu posso resolver problemas), Shure (1992) verificou que é possível detectar diferenças na aquisição dessas habilidades em crianças a partir dos quatro anos. Para a autora, as HSPI são compostas de dois processos básicos: oferecer soluções alternativas para problemas com pares ou autoridade e antecipar o potencial das conseqüências na ação interpessoal.

Baseados em D’Zurilla e Goldfried (1971), Del Prette e Del Prette (1999) adotaram seis passos para definir e avaliar a técnica de resolução de problemas: denominação, definição, levantamento de alternativas, avaliação, tomada de decisão e implementação. A Figura 3 apresenta o curso de ação que compõem cada passo da resolução de problemas de acordo com os autores.

Figura 3 - Curso de Ação nos Passos de Resolução de Problemas

Passos da resolução de problemas	Curso de ação
1. Denominação do problema	1.1. Como o indivíduo percebe e nomeia o problema 1.2. A que (quem) o indivíduo atribui o problema 1.3. Avaliação de quanto o problema o incomoda 1.4. Há quanto tempo existe o problema e o que o indivíduo tem feito para solucioná-lo
2. Definição do problema	2.1. Como o indivíduo define o problema e quais informações necessita para isso 2.2. Qual(is) o(s) objetivo(s) está (ao) relacionado(s) à solução do problema (nível motivacional) 2.3. Como reavalia o problema e se mantém ou não a pretensão de investir em sua solução
3. Levantamento das alternativas	3.1. Listagem de todas as alternativas possíveis, sem avaliá-las 3.2. Revisão da lista incluindo novas alternativas até julgá-la esgotada
4. Avaliação de cada alternativa	4.1. Custo de implementação de cada alternativa 4.2. Benefícios de cada alternativa, diretos (para a solução do problema) e indiretos (ganhos adicionais)
5. Tomada de decisão	5.1. Escolha de um curso de ação 5.2. Avaliação do curso de ação escolhido, segundo os objetivos definidos 5.3. Ensaio do curso de ação desejada 5.4. Verificação dos resultados quanto à satisfação
6. Implementação da decisão	6.1. Escolha do momento apropriado 6.2. Implementação da ação 6.3. Avaliação do resultado

Fonte: Del Prette e Del Prette (1999)

Dentro dos estudos das HSPI, foi encontrado na literatura o termo “*coping*” definido como o conjunto das estratégias utilizadas pelo indivíduo para lidar com situações problemas e se adaptar a circunstâncias adversas. Antoniazzi, Dell Aglio e Badeira (1998) realizaram uma revisão teórica acerca desse termo e apresentam três linhagens diferentes abordando o mesmo assunto. Trata-se de um termo oriundo da Psicologia do Ego, do início do século XX. Inicialmente, o *coping* era tido como mecanismo de defesa a eventos externos ou ambientais, ao qual o indivíduo respondia de forma imatura ou adaptava-se. Nessa perspectiva, o *coping* era tido como estável e diagnosticado como normal ou patológico. Numa segunda linhagem de pesquisa, instaurou-se uma classificação quanto a serem propositais ou inconscientes, rígidos ou flexíveis. A partir da década de 1960, o *coping* começou a ser tratado a partir de uma visão

cognitivista que enfoca os comportamentos emitidos e seus determinantes cognitivos e situacionais (Suls, David & Harvey, 1996).

A partir da perspectiva cognitivista (Folkman & Lazarus, 1980, 1984) o *coping* é definido como um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais que indivíduos utilizam a fim de lidar com demandas internas ou externas, que surgem em situações de estresse e, via de regra, sobrecarregam ou excedem seus recursos pessoais. Esses autores estabeleceram duas categorias de *coping*, uma focalizada no problema e outra focalizada na emoção. Esta proposta surgiu a partir de análises fatoriais que geraram dois fatores principais utilizados pelos pesquisadores para definir os dois tipos de estratégias de *coping*.

Apontando para a mesma direção Del Prette e Del Prette (2007) argumentam que a HSPI requerem indubitavelmente três pilares: o cognitivo, a fim de identificar e compreender o outro, o afetivo na possibilidade de experimentar a emoção do outro e o comportamental, no sentido de expressar o que o outro demonstra, visando reduzir as distâncias e discrepâncias durante a solução do problema em questão. Durante o exercício da resolução de problemas, a comunicação verbal, centrada num repertório de acolhimento e reconhecimento, a comunicação não verbal coerente com as palavras pronunciadas traduzidas na postura, contato visual e gestual compõem um script que deve ser adotado para situações que demandam enfrentamento.

Concluído o referencial teórico no campo das HS e da resolução de problemas interpessoais, passaremos à definição do Retardo Mental, bem como sua classificação, etiologia e epidemiologia.

2.3 Definição, Classificação, Etiologia e Epidemiologia do Retardo Mental

A AAMR - *American Association on Mental Retardation* (2006) em sua última edição, lançou o denominado “Sistema 2002” que define o retardo mental como “uma incapacidade caracterizada por importantes limitações, tanto no funcionamento intelectual quanto no comportamento adaptativo, está expresso nas habilidades adaptativas conceituais, sociais e práticas. Essa incapacidade tem início antes dos 18 anos de idade” (LUCKASSON *et al.*, 1992). Trata-se de uma concepção multidimensional, uma vez que para se formular o diagnóstico é necessário levar em consideração quatro dimensões, além das habilidades intelectuais, a saber: comportamento adaptativo; participação, interações e papéis sociais; saúde e contexto. Além disso, não classifica o retardo mental em níveis ou categorias, mas toma como base a intensidade dos apoios necessários para que a pessoa possa funcionar dentro das dimensões

elencadas no modelo. Sendo assim, o que é classificado é o tipo de apoio, que pode ser intermitente, limitado, extensivo ou pervasivo. O apoio intermitente é aquele que se caracteriza por ser pontual e necessário apenas em momentos de crise ou em períodos de transição no ciclo de vida do indivíduo. O apoio limitado é necessário em períodos de curta duração, seja para treinamento ou atendimento. É persistente, entretanto, finaliza-se junto com a ação proposta para o indivíduo. O apoio extensivo possui regularidade e é necessário em apenas alguns ambientes, entretanto, não há limitação quanto à temporalidade. O apoio pervasivo é generalizado, constante, intenso e requer envolvimento de mais pessoas junto ao indivíduo.

A Classificação Internacional de Doenças – CID 10 (2000), publicação da Organização Mundial de Saúde (OMS), define retardo mental como deficiência que se manifesta antes dos 18 anos de idade, com funcionamento intelectual significativamente abaixo da média (QI igual ou menor que 70) e limitações em duas ou mais das seguintes áreas de habilidades adaptativas: comunicação e cuidado pessoal, vida em casa e habilidades sociais, funcionamento na comunidade e autodeterminação, saúde e segurança, habilidades acadêmicas funcionais e lazer e trabalho.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-IV-TR (2003) publicação da Associação Psiquiátrica Americana (APA) também é um instrumento de classificação categórica, descrevendo cada categoria a partir dos sintomas e comportamentos, elencando-os em síndromes ou transtornos. A nosografia do DSM-IV baseia-se no sistema de Classificação da AAMR de 1992 e define o retardo mental como:

funcionamento intelectual significativamente abaixo da média, acompanhado de déficits ou comprometimentos concomitantes no funcionamento adaptativo, em pelo menos duas das seguintes áreas: comunicação, cuidados pessoais, vida doméstica, habilidades sociais/interpessoais, uso de recursos comunitários, independência, habilidades acadêmicas, trabalho, lazer, saúde e segurança. O início deve ocorrer antes dos 18 anos de idade. Codifica o retardo com base no nível de gravidade e de acordo com a medida do QI nas seguintes categorias: leve QI 50-55 a 70, moderado QI 35-40 a 50-55, severo QI 20-25 a 35-40 e profundo abaixo de 20-25 (AAMR, 1992).

Assim como a CID10, o DSM-IV também é um instrumento descritivo importante para o diagnóstico nosográfico, entretanto, são tidos como modelos atóricos baseados numa visão da saúde a partir do modelo organicista (Carvalho, 2003). Isso significa que apenas se propõem a classificar, dando mais importância ao sintoma e ao déficit cognitivo do que ao funcionamento do indivíduo. Nesta perspectiva não há margem para uma avaliação mais completa, em que se leve em conta além do contexto, as habilidades que o indivíduo possui. Segundo Mendonça (2002), apesar dos avanços tecnológicos na área da medicina diagnóstica, a maioria dos casos

de retardo mental possuem causas desconhecidas. O autor aponta uma etiologia multifatorial, com fatores genéticos, ambientais ou a interação de ambos, elegendo a disfunção cerebral como fator determinante para a ocorrência do retardo mental. Esses fatores podem ocorrer em fases distintas do desenvolvimento humano e são classificados de acordo com a época do evento causal como pré-natal, perinatal e pós-neonatal.

São chamadas causas pré-natais aquelas que incidem desde a concepção até o início do trabalho de parto. Elas podem ocorrer por desnutrição materna, má assistência à gestante, doenças infecciosas (ex. sífilis, rubéola, toxoplasmose), presença de toxinas, abrangendo o alcoolismo, o consumo de drogas, os efeitos colaterais de medicamentos (ex. medicamentos teratogênicos), a poluição ambiental e o tabagismo. Os fatores genéticos correspondem às alterações cromossômicas numéricas ou estruturais e, em outubro de 2003, já havia 1.149 entradas de síndromes genéticas distintas associadas ao retardo mental no banco de dados da internet da *Online Mendelian Inheritance in Man* segundo Vasconcelos (2004). Dentro das causas pré-natais ainda temos os erros inatos do metabolismo (fenilcetonúria) e a malformação do sistema nervoso central.

As causas perinatais incidirão do início do trabalho de parto até o 30º dia de vida do bebê e podem ser causadas por má assistência e traumas de parto, hipóxia ou anóxia, prematuridade e baixo peso (PIG - pequeno para idade gestacional), icterícia grave, kernicterus (incompatibilidade RH/ABO) e infecções (ex. meningoencefalites).

Como causas pós-neonatais existem aquelas que incidem do 30º dia de vida até o final da adolescência e incluem a desnutrição e desidratação grave, as infecções (ex: meningoencefalites e sarampo), as intoxicações exógenas (ex: remédios, inseticidas, produtos químicos), acidentes (ex: trânsito, afogamento, choque elétrico, asfixia e quedas), infestações (ex: neurocisticercose) e influências ambientais (ex: por privação de estímulo do meio ambiente, privação de afeto e cuidados e falta de estimulação social).

A Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 1993) aponta para os dados epidemiológicos da deficiência mental destacando: os transtornos congênitos e perinatais (16,6%), que podem ser conseqüência da falta de assistência às mulheres na gravidez; as enfermidades transmissíveis (16,8%); as enfermidades crônico- degenerativas (21%), as alterações psicológicas (6,6%); o alcoolismo e abuso de drogas (10%); as causas externas (18%) e a desnutrição (11%). Estes dados são confirmados por outros pesquisadores (MAIOR; TEIXEIRA, EMYGÍDIO; HOELZ,1994; MAIOR, 1997) que complementam que “cerca de 45% das causas de deficiência mental decorrem de origens essencialmente orgânicas, que

incidem precocemente nos períodos pré e perinatal” e ainda “o aconselhamento genético e o manejo adequado pré e perinatal poderiam evitar em 50% e 40% dos casos de retardo mental e paralisia cerebral, respectivamente”.

No Brasil, o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2000) contabilizou 24.537.985 indivíduos com deficiência, o que representa 14,45% da população (169.799.170). Esta percentagem está acima das estimativas da OMS, que prevê aproximadamente 10% da população possuindo alguma deficiência.

De acordo com Vasconcelos (2004) o retardo mental é um dos transtornos neuropsiquiátricos mais comuns na população e uma avaliação clínica criteriosa atualmente é capaz de identificar a sua etiologia em até 50% dos casos. Segundo a OMS a taxa de prevalência é de 5% da população. O censo IBGE 2000 mostra que no Brasil a incidência é de 1,68%, o que significa 2.800.000 pessoas com deficiência mental (IBGE, 2000).

O censo do IBGE de 2000 trabalhou com dois conceitos diferentes para tratar a deficiência: PPD (pessoa portadora de deficiência) e PPI (pessoa com percepção de incapacidade). A Fundação Banco Brasil - FBB e a Fundação Getúlio Vargas - FGV elaboraram em 2006 um documento denominado Retratos da Deficiência no Brasil, segundo esse documento “até 2025, mantidas as taxas de deficiência e incapacidades por faixa etária, as taxas agregadas devem atingir 18,6% e 3,01% respectivamente, crescendo com relação a 2000, cerca de 30,6% e 19,3%”. Tomando por base as taxas apresentadas, até 2025 a população com deficiência mental brasileira estará em torno de 3.640.000 (IBGE, 2000).

2.4 Habilidades Sociais e Resolução de Problemas Interpessoais na inserção da pessoa com retardo mental

Para ilustrar a importância das HS e da resolução de problemas interpessoais para o indivíduo com retardo mental, utilizaremos como pressupostos a dimensão do comportamento adaptativo e da participação, interações e papéis sociais da AAMR (2002).

O comportamento adaptativo é contemplado na Dimensão II do Sistema AAMR (2002), sendo definido como “a reunião de habilidades conceituais, sociais e práticas que foram apreendidas pelas pessoas para funcionarem em suas vidas diárias”. O esquema traçado entre o relacionamento dos domínios do comportamento adaptativo e das 10 áreas de habilidades está disposto na Figura 4.

Figura 4 - Relacionamento entre as Áreas de Habilidades Adaptativas

Áreas de Habilidades de Comportamento Adaptativo na Definição de 2002	Habilidades Representativas na Definição de 2002	Áreas de Habilidades Listadas na Definição de 2002
Conceitual	Linguagem Leitura e escrita Conceitos de dinheiro Autodirecionamento	Comunicação Acadêmico-funcional Autodirecionamento Saúde e segurança
Social	Interpessoal Responsabilidade Auto-estima Credulidade Ingenuidade Seguir Regras Obedecer leis Evitar vitimização	<i>Habilidades sociais*</i> Lazer
Prática	Atividades de vida diária Atividades instrumentais da vida diária Habilidades ocupacionais Mantém os ambientes seguros	Autocuidado Vida doméstica Uso da comunidade Saúde e segurança Trabalho

Fonte: AAMR (2006, p.85).

Analisando a Figura 4, pode-se dizer que o comportamento que reflete o funcionamento adaptativo é caracterizado pela extensão pela qual o indivíduo está engajado no seu ambiente, por isso a dimensão do comportamento adaptativo está intimamente ligada à dimensão que contempla a participação, interações e papéis sociais.

Uma das abordagens que enfoca o desenvolvimento humano levando em consideração o indivíduo e o contexto é a perspectiva bioecológica de Bronfenbrenner (1996), que se baseia nas inter-relações que a pessoa estabelece durante seu curso de vida. Essa abordagem leva em consideração a localização social que o indivíduo está inserido, os atributos pessoais, incluindo sexo, idade e estado fisiológico, o nicho sociológico ao qual pertence e finalmente, a combinação pessoa-contexto, que possibilita a construção dos relacionamentos. Baseando-se nesse modelo de desenvolvimento, pode-se dizer que as habilidades sociais são adquiridas a partir do grau de interação que o indivíduo tem com o ambiente que o cerca e a possibilidade de vivenciar determinados papéis a partir da participação nas diferentes instâncias sociais.

Em se tratando de indivíduo com retardo mental, pode-se afirmar que as limitações cognitivas inerentes à patologia operam de modo a restringir o engajamento social que ele estabelece, gerando uma anomalia na dinâmica no processo de aquisição de habilidades sociais. Como conseqüência, tem-se então um déficit no comportamento adaptativo, que é intimamente ligado ao nível de retardo da pessoa, onde quanto maior o comprometimento, maior a demanda

de apoio para o funcionamento individual. Quando inexistente esse apoio, o indivíduo fica alijado da rede de relacionamentos da qual deveria fazer parte. Inevitavelmente, é impedido de ocupar os papéis sociais que funcionam como experiência e impulsionadores do desenvolvimento, uma vez que este último é tido com produto e processo de uma mesma dinâmica. Essa dinâmica é composta por mudanças e estabilizações, onde o indivíduo varia de movimentos de atividade e passividade dentro do ambiente que está inserido.

Nos levantamentos acerca dos registros históricos (GOFFMAN, 1962; KANNER, 1964; PESSOTI, 1984; FONSECA, 1987; ARANHA, 1995) o indivíduo com deficiência mental se situa potencialmente no papel passivo nas relações que estabelece com o ambiente e com os outros. Esse fato ocorre desde o ambiente imediato, que Bronfenbrenner (1996) chama de “microsistema” composto basicamente pela família e pelos vínculos primários que aí se estabelecem, onde as interações são substancialmente alteradas a partir da chegada de uma criança com diagnóstico de retardo mental. Dentre todas as reações possíveis do núcleo familiar, em especial o par parental, estão duas que ocorrem com muita frequência: a rejeição e a superproteção. Pólos opostos na relação estabelecida entre pais e filhos, a rejeição é marcada pela tendência de se ignorar a criança com deficiência, bem como suas demandas e necessidades especiais frente à possibilidade de desenvolvimento que denota um potencial que coexiste com a deficiência; por outro lado, a superproteção inibe qualquer iniciativa que a criança toma na direção de adquirir autonomia.

Dessa forma, a transição que todo indivíduo faz a partir do seu ambiente imediato, tomando como referência o contexto no qual se vê inserido, ocorre de forma inadequada, ou na pior das hipóteses, não ocorre, ficando o indivíduo à mercê de outro, caracterizando uma relação de dependência que pode perdurar por toda a vida.

Mayer (1981) chama a atenção para a importância de experiências passadas para a resolução de problemas, a partir do momento que o indivíduo relaciona o conteúdo do problema atual com outros já vivenciados. Entretanto, o próprio Mayer enfatiza que “a experiência passada por si só não basta, uma solução original requer uma maneira nova de encarar a situação-problema” (MAYER, 1981, p.109). Dessa forma temos envolvidos no processo, além da aprendizagem com situações anteriores, a evocação delas através da memória, o afeto e as emoções que estas lembranças trazem ao indivíduo. Portanto, podemos dizer que experiências passadas podem contribuir positiva ou negativamente ao desempenho social do indivíduo, dependendo da carga emocional, do sucesso ou do fracasso que essas experiências proporcionaram ao indivíduo.

Outra maneira que se relaciona uma situação problema com experiências passadas é a

formação de imagens. A visualização ou a evocação de imagens podem levar o indivíduo a um desempenho social mais competente ou não. Estudos que utilizam estímulos visuais para investigar as emoções demonstram claramente a relação que se aí estabelece. Podemos citar o IAPS (*International Affective Picture System*), um conjunto de estímulos com potencial para eliciar emoções, idealizado por Lange e seus colaboradores nos Estados Unidos em 1999, e mundialmente utilizado para pesquisas experimentais. No IAPS os estímulos são classificados quanto ao nível de prazer, alerta ou dominância que proporciona ao indivíduo. Ribeiro, Pompéia e Bueno (2004) preconizam acerca da influência “poderosa” que a emoção exerce sobre o comportamento do indivíduo, influenciando na sua adaptação ao ambiente. Para esses autores, o indivíduo pode oferecer múltiplas respostas comportamentais, havendo também variação na composição psicofisiológica desses comportamentos.

Além do mais, Masi, Pfanner e Marcheschi (1998) preconizam que o indivíduo com retardo mental apresenta redução da força e amplitude das funções executivas, como atenção, memória, representação e linguagem, o que facilita condutas sociais imitativas e estereotipadas, imprimindo baixa autonomia e pouca originalidade no seu desempenho social. Em função do déficit cognitivo, possui também reduzida capacidade de abstrair experiências, construir operações e modelos mentais, bem como formular hipóteses e deduções.

Uma vez que nas relações familiares nem sempre é exigida do indivíduo com deficiência a habilidade de solucionar problemas, em outras esferas sociais esta habilidade é imprescindível à boa convivência. Na vida social, constantemente, os indivíduos se deparam com ocasiões em que desempenhos interpessoais específicos lhes são exigidos. A expectativa por determinados desempenhos é conhecida como demanda da situação conforme explica Del Prette e Del Prette (2001), e diante das situações, o primeiro passo é a identificação da demanda e, posteriormente, a emissão ou não do desempenho requerido.

Sasaki (1998) chama a atenção para a integração enquanto inserção do indivíduo com deficiência preparado para o convívio social promovendo a inclusão como uma mudança *sine qua non* na sociedade, para que o indivíduo com deficiência possa se desenvolver e exercer a cidadania.

No ambiente escolar, Batista e Enumo (2004) consideram que estudantes com deficiências têm pouca oportunidade de praticar, refinar e expandir os seus repertórios de competência social, tendo, assim, reduzida a probabilidade de desenvolver amizades na escola e em outros meios sociais. Indo na mesma direção, Araújo (2005) desenvolveu uma pesquisa acerca de solução de problemas com crianças com retardo mental leve e seus estudos apontam para a capacidade, embora frágil, que essa população apresenta apenas para tarefas cognitivas

simples, e a inabilidade para resolverem, sozinhas, problemas mais complexos. A autora alerta ainda para uma dificuldade acentuada apresentada por pessoas com retardo mental, em qualquer faixa etária, na execução de tarefas que envolvam maior elaboração mental, uma vez que fazem pouco uso de mecanismo de controle, de planejamento ou conhecimento de sua própria habilidade, somada à dificuldade de planejar e de aplicar o uso de estratégias de solução, como também acentuada passividade ou impulsividade.

A partir de todos os problemas apresentados, fica o questionamento de como inserir pessoas com retardo mental no mundo do trabalho. Falando do contexto da empregabilidade, Moscovici (1994) atribui grande importância para o processo de interação humana que está presente em toda a organização e é o que mais influi no rumo das atividades e nos seus resultados. Para a autora, o relacionamento interpessoal é essencialmente um processo, não uma categoria estática, ficando sujeito a variações conjunturais de espaço, tempo e contexto. Por isso é preciso que o indivíduo saiba se colocar e percorrer todo o contexto organizacional, respeitando o seu espaço e o espaço do outro, levando em consideração a cultura e os valores da empresa. A autora enfatiza que as relações interpessoais no grupo são tão ou mais importantes do que a qualificação individual para as tarefas. Relacionamentos harmoniosos, pautados na simpatia e no afeto, aumentam a probabilidade de colaboração, facilitando o alcance da sinergia e trazendo resultados produtivos de maneira consistente.

Na inserção no mercado de trabalho, Miranda (2001) ressalta a importância das habilidades sociais para a empregabilidade do indivíduo com deficiência mental:

São muitos e variados os ingredientes da empregabilidade, mas podem ser sintetizados em três componentes-chaves: competência profissional, disposição para aprender continuamente e capacidade de empreender. A capacidade profissional é uma questão de aprendizado formal e de experiência. Longe de se restringir ao simples domínio de tarefas e operações, envolve conhecimentos, habilidades sociais e intelectuais, atitudes e comportamentos requisitados em determinadas áreas de trabalho ou setores da economia.

Ainda pensando no contexto do trabalho, Nakamura (2003) ressalta que:

a atividade profissional é organizada no interior de um grupo social e exercida de maneira regulada pela instituição, visando um resultado final que produza o útil. Por isso, o trabalhador deve ter capacidade de enfrentar quaisquer situações de trabalho e de ter percepção do seu trabalho para poder decidir-se em situações novas. Também deve discernir a origem dos problemas que caracterizam a situação problema para saber resolvê-los. O trabalhador deve penetrar no interior dos processos, conhecer os princípios técnicos e sociais da produção e poder discuti-los com todos.

Na opinião de Nakamura os indivíduos com deficiência, em geral, têm dificuldade de manifestar, objetivamente, sua capacidade de assimilar e transmitir adequadamente objetivos e métodos de trabalho, pois são influenciados pelo paternalismo, que os impede de se mobilizarem contra o *status quo* de “incapazes e coitados”. O sistema de relações paternalista, uma concepção ultrapassada no plano social, ainda persiste nos dias de hoje, dissimulada na proteção aos diferentes, levando a esses indivíduos a interiorizarem o estigma que lhes é imposto. Assimilam a idéia e consideram perfeitamente normal essa proteção. Daí a dificuldade para demonstrarem o contrário. Somado a isso, os fatores exógenos tais como problemas familiares, pessoais, educacionais e outros que se refletem internamente no indivíduo e que ele interioriza dificultando sua adaptação ao meio em que trabalha.

Del Prette e Del Prette (2006) afirmam que o desempenho profissional em diversas áreas depende, criticamente, de um conjunto de competências e habilidades de relacionamento. Os autores complementam dizendo que profissionais socialmente habilidosos contribuem significativamente para a melhoria do clima organizacional e para a qualidade das relações intra e intersetores e para a relação com fornecedores, clientes e público em geral.

Estudos de Flores-Mendoza (2008) revelam dois fatores que dificultam a contratação da pessoa com deficiência mental: primeiro há postos de trabalho que demandam mais habilidades específicas básicas do que capacidade geral intelectual; segundo a variação de humor nas pessoas com deficiência é maior e mais intensa, provavelmente, segundo ela, por possuírem um histórico mais amplo de experiências negativas.

Bielecki e Swender (2004) em sua revisão citam vários estudos que revelam que indivíduos com desabilidade desenvolvimental, principalmente aqueles com diagnóstico de retardo mental, são geralmente deficientes num amplo espectro de comportamentos sociais. Uma correlação positiva tem sido feita entre o retardo mental e incapacidade social, como resultado o retardo mental tem sido associado com déficits de habilidades sociais e/ou excessos (WING; GOULD, 1979). E mais, indivíduos que mostram comportamentos mal adaptados exibem um leque restrito de comportamentos sociais comparados com indivíduos socialmente competentes.

Gresham (1981) inclui o conceito de comportamento adaptativo atrelado às HS, fortalecendo assim a área de Treinamento das Habilidades Sociais (THS) como método de intervenção psicoterápico junto ao indivíduo com vistas a melhorar o seu desempenho social.

Treinamento de habilidades sociais tem sido aplicado para aumentar a competência social e a assertividade de pessoas com esquizofrenia, desordens desenvolvimentais pervasivas,

ansiedade social, depressão, deficiência visual e auditiva e retardo mental. A acurácia na avaliação das habilidades sociais e adaptativas é importante porque a identificação de déficits comuns pode levar a um pacote de treinamento confeccionado sob medida para a necessidade especial de indivíduos com diagnósticos específicos e/ou comportamentos mal adaptados. Tais programas podem modificar drasticamente a vida de indivíduos com retardo mental e levar a uma integração bem sucedida na comunidade. O resultado é um indivíduo munido de um repertório de comportamentos, habilidades aprendidas e técnicas de percepção pessoal e processamento de estímulos do ambiente. Com isso, aumentam as possibilidades de emitir comportamentos assertivos e, conseqüentemente, crescem as chances de adaptação social.

2.5 A Avaliação Habilidades Sociais e de Resolução de Problemas Interpessoais em indivíduos com diagnóstico de retardo mental

Em sua revisão, Bielecki e Swender (2004) apresentam três principais métodos de avaliação de habilidades sociais e resolução de problemas: observação de comportamento, *checklist* e *role-playing* ou interpretação de papéis (simulação). O método observacional pode ser realizado no ambiente natural do indivíduo observado ou em outro ambiente onde ocorram fatos relevantes a serem observados. Os autores levantam dois principais dificultadores na adoção desse método: primeiro o tempo para observar todo o tipo de comportamento que o indivíduo pode emitir principalmente aqueles pouco frequentes; e o segundo a interferência do observador no comportamento do indivíduo observado.

Os *checklists* e as escalas de classificação são métodos simples e muito usados para indivíduos com diagnóstico de retardo mental severo e profundo. São rápidos e possibilitam a obtenção de uma gama de informações a partir de familiares e cuidadores. Na literatura as mais citadas são: VABS (*Adaptive Behavior Scale and Vineland Adaptive Behavior Scales*), SPSS (*Social Performance Survey Schedule*), MESSIER (*Matson Evaluation of Social Skills for Individuals with Severe Retardation*) e ASC (*Assessment of Social Competence*).

O método do *role-playing* também é observacional, entretanto, são situações simuladas onde o indivíduo deve responder às ações de pessoas, contexto ou desfecho apresentados. Nessa modalidade pode-se elencar três instrumentos citados na literatura internacional: o *Behavioral Social Skills Assessment* (BSSA) e o *Social Problem Solving Test* (SPST), ambos dos pesquisadores Castles e Glass (1986) e o *Means-End Problem Solving Procedure* (MEPS) de Platt e Spivack (1975).

Críticas em relação aos instrumentos do tipo *role-playing* baseiam-se na exigência da

competência verbal do indivíduo e em casos de indivíduos mais comprometidos ou com repertório verbal limitado é necessário recorrer a um informante que pode ser um familiar ou que alguém que conviva com ele.

Foram encontrados na literatura registros de estudos realizados para avaliar habilidades sociais em crianças com deficiência mental e dificuldades de aprendizagem, porém todos ligados ao contexto acadêmico com vistas à adaptação e rendimento escolar (MERREL; MERZ; JOHNSON & RING, 1992; BRAMLETT; SMITH, & EDMONDS, 1994; GRESHAM & MACMILLAN, 1997). No Brasil, o cenário não foi diferente, vários estudos (KLEIJN, 2001; ANGELICO, 2004; BATISTA & ENUMO, 2004; ROSIN-PÍNOLA, 2006; BARRETO, 2007; PEREIRA 2007; FREITAS, 2008) apresentaram resultados semelhantes no que concerne à constatação da defasagem do repertório de HS de crianças com diagnóstico de retardo mental em comparação às crianças normais, somados aos problemas de comportamento, baixo rendimento acadêmico e conseqüentemente, dificuldades de inclusão escolar.

Ainda sobre o contexto da avaliação de HS no Brasil, Bandeira, Del Prette e Del Prette e Magalhães (2009) realizaram a adaptação do SSRS (*Social Skills Rating System* em português: Sistema de Avaliação de Habilidades Sociais – SAHS). Trata-se de um inventário que avalia habilidades sociais, problemas de comportamento e competências acadêmicas em crianças em idade escolar. Utiliza a metodologia de questionários dirigidos aos próprios estudantes, aos pais e aos professores. Freitas (2008) realizou um estudo psicométrico com esse sistema e estabeleceu padrões normativos para crianças com deficiência mental.

Além do SPST, não foram encontrados registros na literatura científica de instrumentos para avaliar a resolução de problemas interpessoais de pessoas com diagnóstico de retardo mental, partindo apenas do relato do indivíduo. Há registro de um estudo para avaliar assertividade, realizado por Marina Bandeira e Esther de Matos Ireno da Universidade Federal de São João del Rei – UFSJ em Minas Gerais, com pacientes com diagnóstico de psicose (CIDs 295 e 298) de instituições de Barbacena e Lavras. Na amostra não havia nenhum indivíduo com retardo mental (fator de exclusão). O método utilizado foi o “*role-playing*”.

Na lista de instrumentos favoráveis do Conselho Federal de Psicologia - CFP não configura nenhum teste para avaliação de HS ou HSPI em pessoas com diagnóstico de retardo mental. Esse contexto se mostra bastante propício para o investimento em instrumentos que avaliem HSPI em adultos com diagnóstico de retardo mental, com investigação centrada nas informações e desempenho do indivíduo.

2.6 O contexto social e a legislação vigente – A visão da sociedade e os desafios na inclusão da pessoa com retardo mental

Aranha (2001) chama a atenção para o modismo da palavra “inclusão” que recentemente vem pautando os discursos nacionais, sendo usada amplamente nos mais variados contextos, acadêmicos, empresariais e políticos. A autora faz um apanhado histórico e contextualiza as várias visões acerca das pessoas com deficiência que marcam desde a antiguidade até os dias atuais as relações que se estabelecem com essas pessoas e instauram os paradigmas como um conjunto de pressupostos que marcam os discursos e as práticas sociais vigente em cada época.

Pessotti (1984) relata que na antiguidade as pessoas com deficiência eram eliminadas logo após o nascimento, jogadas de precipícios ou deixadas à própria sorte fora dos muros das cidades. Essa prática fundamentava-se na organização sócio-política e econômica da época onde o indivíduo valia pelo que produzia e as atividades eram basicamente na agricultura, pecuária e artesanato. Essa prática excludente perdurou durante toda a era cristã e a Idade Média, onde segundo Kanner (1964) “a única ocupação para os retardados mentais encontrada na literatura antiga é a de bobo ou palhaço, para a diversão dos senhores e seus hóspedes.”

Podemos dizer que há resquícios da exclusão da pessoa com deficiência mental até hoje em nossa sociedade, instaurada através do Paradigma da Institucionalização que se iniciou em meados do século XVI com o objetivo de cuidado e tratamento de saúde e definida em 1962 por Goffman como “Instituições Totais [...] um lugar de residência e trabalho, onde um grande número de pessoas, excluídos da sociedade mais ampla por longo período de tempo, levam juntos uma vida enclausurada e formalmente administrada”.

Com o movimento da desinstitucionalização a partir da década de 1960, Braddock (1977) e Bradley (1978) apontavam respectivamente, a sobrecarga do sistema político e econômico dos países com a manutenção de instituições para pessoas com deficiência e a necessidade de integrar essas pessoas no sistema produtivo, buscando uma “normalização” através de um sistema educacional especial, instaurando um novo paradigma chamado Paradigma de Serviços. A Associação Americana Nacional para Cidadãos Retardados - ANARC - referiu-se à normalização como “processo de ajuda ao deficiente, no sentido de garantir a ele as condições de existência o mais próximas do normal possível”. Assim, surgiram no Brasil várias instituições financiadas pelo poder público a fim de oferecer serviços de educação e saúde, em ambientes segregados, a fim de “moldar” o indivíduo para a vida em sociedade. Até meados de 1950, havia cerca de 40 estabelecimentos mantidos pelo governo prestando serviços às pessoas com deficiência mental (MAZZOTTA, 1996).

A falta de acesso às várias instâncias da sociedade para as pessoas com deficiência mental que eram “formadas” em instituições de serviços e as mudanças na legislação mundial deram lugar a uma ampla discussão que originou o Paradigma de Suporte, onde o modelo de atenção não se centra apenas no indivíduo com deficiência, mas também no ambiente, conforme preconiza Aranha (2001). Nessa perspectiva, o que era tido como integração, simples ato de “estar em meio de”, passou a ser uma inclusão social, direito garantido de uma convivência viabilizada através de suportes sociais. Fundamentadas neste paradigma as intervenções são realizadas tanto no sentido de promover o desenvolvimento da pessoa com deficiência, garantindo, quando necessário, apoios para o acesso à vida social, como também na construção e adequação dos espaços sociais, seja nas escolas, nas empresas ou qualquer outro espaço físico que se configure um espaço comunitário.

Guimarães (1999) ressalta que na integração, a adaptação é sempre pontual e não exige mudança estrutural, trazendo toda a carga para a pessoa com deficiência, que passa a ter de se adaptar a uma situação não muito bem planejada. Para Kauchakje (1999) a inclusão “[...] é o processo de um movimento dinâmico e permanente que reconhece a diversidade humana e tem como fundamento a igualdade na participação e na construção do espaço social, compreendida como direito”.

Januzzi (1994) enfatiza que “a ausência de trabalho para o deficiente aumenta sua exclusão, acentuando, então, sua subordinação aos outros, esmaecendo a própria identidade”. Mendes (2004) cita estudo de campo (MACIEL, 1987 *apud* MENDES, 2004) onde a opinião dos empresários entrevistados no Rio de Janeiro revela que ainda que houvessem indivíduos preparados para o trabalho, barreiras atitudinais decorrentes de visões estereotipadas e do desconhecimento sobre a capacidade do indivíduo com deficiência mental ainda poderiam estar impedindo uma inserção laboral bem sucedida.

Estudos e pesquisas do Instituto Ester Assumpção (2006) mostram que a construção da empresa inclusiva deve envolver todas as pessoas que nela convivem, porém deve começar por diretrizes claras que nasçam das políticas empresariais, tornando-se um valor a ser internalizado por todos. Nesta perspectiva, adotar políticas de recrutamento e seleção inclusivas, a partir de avaliações que tenham como foco dimensionar o potencial, em especial as habilidades sociais das pessoas com deficiência ao invés de considerar apenas o diagnóstico e a mensuração de déficits cognitivos e comportamentais torna-se fundamental no contexto de uma organização inclusiva.

2.7 A legislação acerca dos Direitos das Pessoas com Deficiência

A Organização das Nações Unidas (ONU) aprovou, em Assembléia Geral em 1975, a “Resolução 3447” sobre a Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes. Mais tarde, aprovou a Declaração dos Direitos dos Retardados Mentais. A Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou em 1980 a Classificação Internacional de Impedimentos, Deficiências e Incapacidades – CIF descrevendo que estas três dimensões existem simultaneamente em cada pessoa com deficiência (OMS, 2003). A ONU decretou o ano de 1981 como o “Ano Internacional das Pessoas Deficientes”. A Organização Internacional do Trabalho (OIT) aprovou a Convenção 159 em 1983, que prevê *emprego adequado, integração e reintegração* da pessoa com deficiência na sociedade.

O Brasil ratificou a Convenção 159 por meio do Decreto Legislativo 51 em agosto de 1989 e promulgado em maio de 1991 através do Decreto 129. Em outubro de 1989 criou a Lei 7853 criando a CORDE – Coordenadoria Nacional para a Pessoa Portadora de Deficiência. Entretanto, somente em dezembro de 1999 aprova o Decreto 3298, dispondo sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. Esse fato deu-se em função da Convenção 159 da OIT, realizada em Genebra em junho de 1983, onde o Brasil participou como país membro e, portanto, comprometido a assegurar a reabilitação, formação, colocação e emprego da pessoa com deficiência. Desde então, o cenário brasileiro começa a sofrer uma transformação no que concerne ao conceito da deficiência e seu lugar no mundo do trabalho.

No âmbito da saúde, em abril de 2001, foi aprovada a Lei 10.216 que dispõe acerca da Reforma Psiquiátrica brasileira. Essa lei ficou conhecida como “Lei Paulo Delgado”, em função de seu relator. É importante ressaltar que esse fenômeno ocorrido no Brasil foi reflexo da reforma psiquiátrica italiana, liderada por Franco Basaglia. E não menos importante é frisar que as questões ligadas à saúde da pessoa com retardo mental se confundem, no decorrer da história, com as questões das pessoas com sofrimento mental em geral.

Em maio de 2003, o governo brasileiro lançou o programa “De Volta para Casa” com o objetivo de reintroduzir as pessoas com deficiência mental em seus lares através de um incentivo financeiro de um salário mínimo vigente na época para despesas com tratamento médico ambulatorial. Essa política veio atender à população de pessoas com deficiência que vive em domicílios coletivos (44% com deficiência mental).

O Decreto 3298/99 no Cap1, art.4, inciso IV dispõe acerca do que é deficiência mental, baseado na Classificação Internacional de Doenças – CID10 (2000). No capítulo VII que se refere à equiparação de oportunidades, na seção IV prevê o acesso ao trabalho, facultando a

inserção ao sistema produtivo por meio regime normal ou regime especial de trabalho protegido. São duas as modalidades de inserção laboral da pessoa com deficiência: colocação competitiva, sendo o processo de contratação regular nos termos da Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT sem necessidade de apoios especiais; colocação seletiva, onde os apoios especiais se fazem necessários e promoção de trabalho por conta própria, se referindo ao serviço autônomo ou cooperativo. No art.36 o decreto regulamenta as cotas que varia de 2% a 5% do contingente das empresas que possuem mais de 100 funcionários.

Com a denominação de Responsabilidade Social Empresarial, organizações dos mais diversos segmentos estão adotando a causa da empregabilidade da pessoa com deficiência. Quando essa adesão não se dá de forma natural, o Ministério Público e a Delegacia Regional do Trabalho lançam mão dos instrumentos legais para garantir o cumprimento da cotas definidas no artigo 36 do Decreto 3298/99.

A cartilha do Ministério do Trabalho e Emprego - MTE, denominada “A Inclusão das Pessoas com deficiência no Mercado de Trabalho”, lançada em 2007, enumera as razões que levaram à criação da lei de cotas: primeiramente fundamenta-se na compensação dos efeitos da exclusão dessas pessoas gerando desigualdades e tornando inacessíveis bens de direito coletivo, tais como educação, saúde, moradia, trabalho, lazer e cultura. Em segundo lugar, a necessidade de superar o viés assistencialista e da caridade excludente que reforça a vulnerabilidade da pessoa com deficiência. Desse modo, conferir oportunidade de trabalho é contribuir para que passem “a ser sujeito do próprio destino, não mais meros beneficiários de políticas de assistência social” (BRASIL, 2007, p.11). O documento deixa claro que o que está se viabilizando com as leis de cotas são oportunidades, uma vez que se espera da pessoa com deficiência o mesmo que se espera de outro trabalhador em iguais condições: profissionalismo, dedicação, assiduidade e todos os atributos necessários para o bom desempenho do trabalho. Terceiro, o comprometimento do Brasil enquanto país que ratificou a Convenção 153/83 no intuito de tomar providências não só à reserva obrigatória de vagas para as pessoas com deficiência, mas também de conceder incentivos fiscais e contribuições empresariais em favor de fundos públicos (por exemplo, numerários recolhidos a título de multa) destinados ao custeio de programas de formação profissional.

Gomes (2001) considera que:

as ações afirmativas podem ser definidas como um conjunto de políticas públicas e privadas de caráter compulsório, facultativo ou voluntário, concebidas com vistas ao combate à discriminação racial, de gênero e de origem nacional, bem como para corrigir os efeitos presentes da discriminação praticada no passado, tendo por objetivo a concretização do ideal de efetiva igualdade de acesso a bens fundamentais

como a educação e o emprego.

Dados apresentados pelo IBGE em parceria com a CORDE no 5º Encontro Anual do Grupo de Washington, realizado em setembro de 2005 no Rio de Janeiro, mostram as estatísticas da empregabilidade das pessoas com deficiência e revelam a dificuldade de inserção da deficiência mental: somente 19,3% das pessoas que declararam apresentar deficiência mental permanente estão ocupadas. As outras incapacidades permitem uma inserção maior no mercado de trabalho: incapacidade física ou motora (24,1%), dificuldade na audição (34,0%) e dificuldade para enxergar (40,8%). Para quem não apresenta nenhuma destas deficiências, a proporção de pessoas ocupadas sobe para 49,9%.

A publicação Retratos da Deficiência no Brasil (2006) denuncia que o preconceito e a exclusão ainda imperam no mundo do trabalho. Estatísticas referentes ao desemprego mostram que a porcentagem de pessoas inativas sem deficiência chega a 32,0% enquanto que para a mesma faixa etária de pessoas com deficiência gira em torno de 52,0%. Já com relação à renda, as pessoas sem deficiência possuem uma média de remuneração em torno de R\$643,00, enquanto que a média das pessoas com deficiência é de R\$529,00.

Tomando como base o cumprimento da lei de cotas pelas empresas no Brasil, o IBGE e a CORDE calculam que 518.012 novos postos de trabalhos seriam destinados às pessoas com deficiência, sendo que 310.081 seriam gerados dentro das grandes empresas (com mais de 1.000 funcionários), 85.407 nas empresas de médio porte (com 201 a 500 funcionários), as empresas com 501 a 1.000 ofertariam 82.290 empregos enquanto as menores (de 100 a 200 funcionários) gerariam 40.234 vagas.

política, inclusive de cooperação internacional, que coloca o Brasil frente a esta questão e cobra ações afirmativas neste sentido. Podemos dizer que se trata de política internacional influenciando o sistema político doméstico.

2.8 Delimitação do Problema

Dados a política de inclusão e os desafios da inserção no contexto brasileiro, considera-se necessário desenvolver instrumentos adequados para avaliação de HSPI em pessoas com retardo mental. A avaliação para esta população apresenta desafios, tais como as dificuldades de linguagem e a própria dificuldade cognitiva. A maioria dos instrumentos correntes usa o relato do cuidador, prática que não condiz com a promoção da autonomia da pessoa com deficiência, o que também é fator indispensável para a inclusão no mundo acadêmico, para a prática laboral e outros nichos sociais. Cumpre assim enfatizar a autonomia do indivíduo

também na avaliação, usando-se instrumentos que coloquem o indivíduo no centro do processo e reconheçam-no como informante sobre a sua própria situação.

Em se tratando da pessoa com retardo mental, os desafios à formulação de instrumentos de avaliação são maiores. Entre outros fatores, conforme Angélico (2004) aponta, esses desafios aumentam devido às expectativas de baixa eficácia desenvolvidas pelo indivíduo a partir de experiências sociais desfavoráveis e crenças irracionais adquiridas através de contingências de reforço que influenciam o modo como a pessoa percebe e interpreta o seu mundo.

É clara a importância de se instrumentalizar uma avaliação eficaz que favoreça a inserção da pessoa com deficiência através do uso de tarefas que contemplem as especificidades dessas pessoas. O presente projeto norteia-se nessa consideração, estando o objetivo geral e os específicos explicitados a seguir.

2.8.1 Objetivo Geral

O objetivo desta dissertação é adaptar para o contexto brasileiro o Teste de Solução de Problemas Interpessoais – SPST – em adultos com retardo mental, bem como levantar evidências de validade.

2.8.2 Objetivos específicos

Para alcançar o objetivo geral proposto, dois estudos foram realizados. O Estudo I contempla os procedimentos iniciais do processo de adaptação do SPST. O Estudo II descreve a investigação empírica das propriedades psicométricas da versão adaptada do SPST. Assim, os objetivos específicos dos Estudos I e II podem ser descritos:

1. Identificar e sistematizar as dimensões e/ou facetas avaliadas pelo SPST;
2. Traduzir as instruções e os itens;
3. Construir estímulos visuais correspondentes aos estímulos verbais;
4. Analisar teoricamente os itens por meio das avaliações de juízes e de representantes da população-alvo;
5. Investigar as características psicométricas dos itens;
6. Estimar a precisão do teste;
7. Levantar evidências de validade.

3 ESTUDO I - ADAPTAÇÃO CULTURAL DO SPST

3.1 Método

Segundo as recomendações da Comissão Internacional de Testagem (ITC, 2001), o processo de adaptação de testes requer uma série de cuidados que visam garantir a equivalência entre a versão original e a versão adaptada. O processo de adaptação deve ser realizado de forma criteriosa, evitando a utilização indiscriminada de testes construídos em outras culturas sem que se considere seu impacto e diferenças na nova cultura, comprometendo, assim, a validade do teste.

3.1.1 Participantes

Participaram da análise teórica 10 juízes especialistas com diferentes tipos de trajetória e experiência profissional. Dentre estes, quatro são professores universitários da área da Avaliação Psicológica; três são profissionais com pós graduação (dois psicólogos e um terapeuta ocupacional) com mais de 10 anos de experiência no atendimento à pessoa com retardo mental na vida adulta; dois são alunos da graduação em Psicologia que participaram de pesquisa de iniciação científica na avaliação cognitiva de pessoas adultas com diagnóstico de retardo mental e; uma é mestranda da área de Avaliação Psicológica.

A análise de inteligibilidade por parte de representantes da população alvo contemplou apenas indivíduos do extrato inferior. Participaram três indivíduos em idade adulta, com diagnóstico de retardo mental moderado, sendo dois do sexo masculino e um do sexo feminino.

3.1.2 Instrumento

O SPST – *Social Problem Solving Test* – foi elaborado pelos pesquisadores Castles e Glass (1986) o SPST é um instrumento que se destina à avaliação e mensuração da capacidade de resolução de problemas interpessoais de pessoas adultas com diagnóstico de retardo mental. A técnica de apresentação de seis situações problemas envolvendo duas ou mais pessoas num contexto social e narração das cenas, onde é dado o início e o final de uma estória ao indivíduo que após escutá-la deve dizer o que aconteceu após o início da estória para que o desfecho apresentado tenha ocorrido. Em caso de dificuldades, os itens são apresentados para o indivíduo com dois inquéritos (probes) diferentes, o primeiro perguntando ao indivíduo claramente o que

a pessoa na situação problema deveria fazer e o segundo colocando o indivíduo como o protagonista da estória. Cada inquérito (probe) oferecido ao indivíduo é registrado. A eficácia na resolução de problemas sociais em cada item é avaliada por meio da escala *Effectives Scoring Criteria for MEPS-MR* que varia de 1 a 5 pontos de acordo com a resposta dada pelo indivíduo. Para este estudo foram realizadas adaptações de acordo com a Figura 5. Desta forma, para obter o escore total do teste, soma-se todos os escores nos itens (estórias) e quanto maior o número de pontos, maior a capacidade do indivíduo de solucionar os problemas propostos pelo SPST.

O escore parcial do teste (para cada item) varia de 0 a 5 e o escore geral varia de 0 a 30. O total de inquéritos (probes) também é somado ao final do teste e serve como referência para avaliar o grau de dificuldade que o indivíduo teve em responder ao item, bem como o nível de ajuda que demandou para fazê-lo. O número de inquéritos (probes) de cada item varia de 0 (quando não é fornecido) a 2 e o total geral varia de 0 a 12. Em sua versão original não há mensuração do escore parcial ou total dos inquéritos, entretanto, na prática, eles indicam o grau de dificuldade que o indivíduo apresentou para responder aos itens, bem como o nível de ajuda que demandou. Os autores não forneceram a escala para interpretar os escores de avaliação da capacidade de resolução de problemas que o indivíduo apresenta ao realizar o teste. A partir do estudo empírico realizado pela pesquisadora, os escores dos itens (estórias) do SPST foram classificados de acordo com o conteúdo e adequação de cada resposta. A Figura 5 apresenta a classificação adotada.

Figura 5 - Classificação dos Escores Parciais – MEPS-MR (adaptação)

Escore	Classificação	Definição
5 4 3*	RSH	Resposta cujo conteúdo denota competência social e interação positiva com o ambiente, mesmo que necessite de apoio de terceiros.
3** 2	RSNH	Resposta cujo conteúdo denota competência social comprometida em função de reações que esboçam esquiva, fuga, dependência de terceiros ou incômodo.
1		Resposta cujo conteúdo denota competência social comprometida em função de reações que esboçam agressividade, negativismo ou coerção.
0	NSA	Resposta cujo conteúdo não se aplica a nenhum dos casos acima ou ausência de resposta.

Fonte: Platt e Spivack (1975).

* RSH – Resposta Habilidade; RSNH – Resposta Não Habilidade (Passiva ou Ativa); NSA – Não Se Aplica a Nenhum dos Casos. 3* Estórias 1, 2, 3 e 4; 3** Estórias 5 e 6.

Nos artigos disponíveis acerca do SPST, os autores da versão original não definem o construto “interpersonal problem-solving skills”, entretanto, relacionam-no com os termos: “social skills”, interpersonal problem-solving ability” e “self-efficacy”. Desta forma, para este estudo, adotamos a definição de Del Prette e Del Prette (2006) que postulam que:

A solução de problemas é um processo metacognitivo com a dupla função de levar a pessoa a: (a) conhecer seus próprios comportamentos, pensamentos e sentimentos; (b) alterar seu comportamento subsequente com base nesse conhecimento (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2006, p.199)

Uma vez que os autores da versão original também não apresentam em suas publicações e não forneceram, após solicitação da pesquisadora, a classificação dos itens de acordo com as dimensões do construto que pretendem medir, elaborou-se essa classificação a partir da literatura pesquisada e tomando como base a distribuição das habilidades sociais em classes e subclasses reportadas na fundamentação teórica do presente estudo. Para tanto se analisou os conteúdos dos itens para identificar quais dimensões do construto são contempladas e incluíram-se essas dimensões no instrumento de análise de concordância entre juízes. Foram identificadas as classes e subclasses contempladas em cada item do teste e definidas as respectivas dimensões. A Figura 6 apresenta o resultado dessa análise, a partir de 60% do índice de concordância.

Figura 6 - Classes e subclasses de HS contempladas nos itens (estórias) do SPST

Classe e subclasse	Definição	Item (estória)
Habilidade Social: Assertivas, Direito e Cidadania Classe: Assertividade Subclasse: ▶ Fazer pedido e justificar-se	Reconhecer que uma necessidade do indivíduo somente pode ser satisfeita mediante a identificação e aceitação de outra pessoa. A condição do atendimento da necessidade a partir da possibilidade, forma, ocasião e justificativa do pedido.	1
Habilidade Social: Assertivas, Direito e Cidadania Classe: Assertividade Subclasse: ▶ Interagir com autoridades	Iniciar e manter uma conversação garantindo a legitimidade da posição de autoridade do interlocutor.	1 e 2
Habilidade Social: Assertivas, Direito e Cidadania Classe: Autocontrole e expansividade emocional Subclasse: ▶ Controlar o humor e tolerar frustrações	A habilidade de lidar com situações nas quais imperam conflitos e emoções negativas, reconhecendo e nomeando essas emoções, controlando a ansiedade e acalmando-se.	2 e 3
Habilidade Social: Assertivas, Direito e Cidadania Classe: Assertividade Subclasse: ▶ Lidar com críticas, opinar, concordar ou discordar.	A habilidade de lidar com críticas depende diretamente do controle emocional a fim de se avaliar a veracidade, a forma, a ocasião e o objetivo de modo a aceita-la ou rejeitá-la mediante diálogo com o interlocutor.	2
Habilidade Social: Comunicação e Expressão de Sentimento Positivo Classe: Empatia Subclasse: ▶ Iniciar, manter e encerrar conversação e fazer amizades.	Aproximar-se da pessoa ou grupo no momento mais apropriado, apresentar-se, observar, ouvir, discriminar interesses, fazer perguntar, expressar sentimentos e reciprocidade.	3 e 4
Habilidade Social: Assertiva, Direito e Cidadania Classe: Assertividade Subclasse: ▶ Manifestar opinião, concordar, discordar e negociar. ▶ Lidar com imprevistos	Lidar com divergências de opiniões respeitando o princípio de liberdade de expressão. Dialogar de modo a buscar soluções quando é necessário rever planos e expectativas.	4 e 6
Habilidade Social: Assertiva, Direito e Cidadania Classe: Assertividade Subclasse: ▶ Expressar raiva e pedir mudança de comportamento	Expressão adequada dos sentimentos negativos de raiva e desagrado, acompanhado pelo pedido de comportamento por parte do interlocutor, que intencionalmente ou não, gerou esse sentimento. Referir-se ao comportamento do outro e não à sua pessoa, descrever o comportamento desejado e expressar sentimentos.	5
Habilidade Social: de Trabalho Classe: Solução de Problemas Subclasse: ▶ Tomar decisões.	Capacidade de formular uma demanda, levantar e avaliar alternativas, escolher uma alternativa e tomar a decisão.	1 e 6

Fonte: Elaboração própria.

A Figura 6 apresenta em sua última coluna a concordância entre juízes acerca do construto que cada item mede mais fortemente. É importante ressaltar que a classe solução de

problemas foi contemplada em todos os itens com concordância mínima de 30% dos juízes.

Estudos de validade e precisão do SPST realizados por Mathias e Nettlebeck (1992) e Castles e Glass (1986) demonstraram alta correlação entre avaliadores ($r = 0,93$) e razoável estabilidade temporal ($r = 0,61$). Bieleki e Swender (2004) reportam que Castles e Glass (1986) realizaram uma análise da validade discriminante por meio do cálculo das intercorrelações entre os escores no SPST, em dois outros instrumentos que avaliam habilidades sociais (BSSA e ISES – Escala de Auto-eficácia interpessoal) e instrumentos de medida de inteligência expressa em QI (WAIS e WISC). As correlações variaram entre 0,06 e 0,47. Ainda para Castles e Glass (1986) há uma correlação modesta, porém estatisticamente significativa ($p < 0,0001$) entre HSPI e QI. A magnitude dessa correlação reforça a hipótese que o SPST, o ISES, o BSSA, o WAIS e o WISC medem construtos diferentes, mas se relacionam de forma compreensível. O ISES mensura a auto-eficácia, o SPST mede HSPI a partir da análise da efetividade das soluções que o indivíduo dá a cada situação problema, enquanto o BSSA avalia a competência social diante de uma simulação de uma situação problema. As correlações modestas evidenciaram que auto-eficácia, HSPI e HS são construtos diferentes. Os autores citam estudos anteriores com ISES em amostra NC (SPICACK, PLATT e SHURE, 1976) e com indivíduos com DRM (SMITH e GREENBERG, 1980) indicando correlações entre HSPI e QI da ordem de 0,3 a 0,4. Portanto, as pesquisas de Castles e Glass (1986) confirmam esses achados.

Estudos de validade e de precisão do SPST realizados por e Castles e Glass (1986) utilizaram o *Behavioral Social Skills Assessment* – BSSA, instrumento do tipo *role-play* que visa a avaliar habilidades sociais de pessoas com retardo mental, composto por 12 situações problemas apresentadas em vídeo para o indivíduo. A validade concorrente com o BSSA foi calculada a partir do r de Pearson, apresentando uma correlação de 0,93 e a precisão através do teste-reteste (intervalo de 3 meses) com coeficiente de fidedignidade de 0,61. Foram encontrados outros registros acerca de dois estudos realizados com o SPST a partir de um programa de THS com 55 indivíduos adultos com diagnóstico de retardo mental leve e moderado (CASTLES e GLASS, 1986). Segundo os autores, para o estudo em questão, o SPST foi utilizado juntamente com outros instrumentos (*Adaptive Behavior Scale* – ABS, *Interpersonal Self-Efficacy Scale* – ISES, o *Behavioral Social Skills Assessment* – BSSA e o Bialer-Cromwell Children’s Locus of Control Scale) inicialmente como instrumento diagnóstico a partir da verificação de dois fatores: presença ou ausência de HSPI e posteriormente para avaliar os efeitos do programa de THS no grupo clínico em comparação ao grupo controle (não exposto ao THS). Ainda para os autores, nesse estudo o SPST revelou-se um teste adequado apresentando resultados satisfatórios ($p < 0,0001$) nas análises estatísticas

entre os instrumentos utilizados, sendo capaz de mensurar mudanças resultantes de THS. Não foram encontrados outros registros acerca dos estudos realizados a partir do SPST. Não há registro de publicações acerca da utilização deste instrumento para a população brasileira.

Bielecki e Swender (2004) apontaram como fraqueza do SPST a exigência verbal que o teste demanda na resolução dos problemas nas situações propostas, sendo inviável para a avaliação de pessoas com diagnóstico de retardo mental severo. Apoiamos tal afirmativa por considerarmos que as pessoas com esse diagnóstico não possuem capacidade cognitiva para gerar soluções nem tampouco articular os passos que envolvem a resolução de problemas. A presente pesquisa previu a utilização do instrumento em indivíduos com diagnóstico de retardo mental leve (CIDF70) e retardo mental moderado (CIDF71).

No presente estudo, o SPST passou por uma adaptação que consistiu na apresentação simultânea à narrativa de cada estória de uma ilustração colorida que apresenta relações presenciais entre dois ou mais indivíduos em ambiente de acordo com o contexto e situações do item (estória). Esse procedimento foi realizado no intuito de facilitar a acessibilidade dos participantes aos estímulos do teste, através da exposição à informação em duas modalidades perceptivas (verbal e não-verbal). Além disso, a apresentação em duas modalidades tende a minimizar as dificuldades relacionadas à exigência verbal e cognitiva do teste conforme mencionado na descrição dos procedimentos (seção 3.4).

3.1.3 Procedimentos

Primeiramente foi feita a solicitação da autorização formal para utilização e adaptação do SPST (Anexo A) para a realidade brasileira junto aos autores do teste, bem como da inclusão de estímulo visual ilustrando as estórias (Anexo B). Os estímulos visuais foram construídos da seguinte forma: para cada uma das duas partes da estória foram elaboradas uma seqüência de fotos e uma seqüência de desenhos. As fotos coloridas foram produzidas utilizando voluntários que em ambientes descritos pelas estórias reproduziram as cenas de acordo com a narrativa. Os desenhos em forma de prancha também reproduziram as cenas de acordo com a narrativa e foram criados por um designer gráfico sob orientação da pesquisadora.

A avaliação da equivalência da versão traduzida do original inglês SPST para o português (equivalência semântica, vocabulário e gramática) foi realizada em quatro etapas. A primeira etapa constou de uma tradução comparada da versão original para o português brasileiro. A tradução foi realizada por dois tradutores e estabeleceu-se um consenso por um terceiro tradutor. Participaram deste processo três brasileiros com bom domínio de inglês e do

português brasileiro. A segunda etapa foi a tradução reversa das instruções do teste para o português brasileiro por um profissional cuja segunda língua nativa é o inglês. A terceira etapa foi a comparação da tradução reversa, gerada a partir da versão em português, com a versão original e a identificação dos termos problemáticos e adequação semântica e reescrita dos termos que geraram discordância. A quarta e última etapa foi a submissão da versão final e dos estímulos visuais à análise de juízes. Para Pasquali (2001) esta etapa tem como finalidade estabelecer a validade semântica ou seja, a relação dos itens com o atributo que pretende medir.

A partir do roteiro de avaliação dos juízes (Anexo D) elaborado para o julgamento dos itens do teste SPST, os avaliadores foram orientados a assinalarem com um “X” qual subclasse o item (estória) media com maior intensidade. Para facilitar a compreensão dos avaliadores foi dada a definição de cada subclasse, conforme apresentado anteriormente na Figura 4. Para classificação de acordo com as classes e subclasses de habilidades sociais, foram considerados índices de concordância de juízes igual ou superior a 80%.

Segundo Pasquali (1999), no processo de construção de um teste três características dos itens devem ser analisadas. Entende-se que a análise de tais características é aplicável também ao processo de adaptação de um teste. São elas: 1) Adequação da Formulação - o item deve ser objetivo, cobrindo comportamentos e características indicativas da idéia que se pretender referir. Além disso, a adequação contempla os indicadores: objetividade, tamanho e clareza do item; 2) Relevância – o item deve ser consistente com o traço definido e com os outros itens que cobrem o mesmo atributo. O item não deve insinuar atributo diferente do definido. A relevância agrupa os indicadores de: consistência, coerência e o grau de importância do item no instrumento como um todo; 3) Inteligibilidade - o item deve ser inteligível até para o estrato mais baixo da população-meta, que neste estudo é o grupo clínico, composto por adultos com diagnóstico de retardo mental. É desejável que contenha frases curtas, com expressões simples e inequívocas. Avalia-se neste tópico: vocabulário, compreensão e adequação do item (estória).

Para fins de avaliação das características dos itens do teste, as mesmas foram divididas em três indicadores de acordo com a Tabela 1.

Tabela 1 - Pontuação dos Indicadores – Concordância entre Juízes

Característica	Indicadores	Varição da Pontuação
Adequação da Formulação	Objetividade	1 – 5
	Tamanho	1 – 5
	Clareza	1 – 5
Relevância	Consistência	1 – 5
	Coerência	1 – 5
	Grau de Importância	1 – 5
Inteligibilidade	Vocabulário	1 – 5
	Compreensão	1 – 5
	Adequação	1 – 5

Fonte: Elaboração própria.

Desta forma, foi solicitado aos juízes que atribuísem um nota de 1 a 5 na análise de cada indicador. O sistema utilizado foi do tipo Likert, variando de 1 quando o item era classificado como “ruim”, 2 para “regular”, 3 para “médio”, 4 para “muito bom” a 5 para “ótimo”. Para análise desses resultados foram identificadas as frequências (moda e mediana) de respostas tanto para a instrução do teste quanto para cada um dos itens (estórias). Considerando que cada característica foi dividida em três indicadores, foram somadas as três notas de cada indicador totalizando a nota global da característica. Sendo a nota máxima conferida a cada indicador de cinco pontos, conseqüentemente de cada característica é 15 pontos. Uma vez que foram 10 juízes avaliadores, a soma total das notas é de, no máximo, 150 pontos.

3.2 Resultados

Os juízes, além de avaliarem os itens (a narrativa de cada uma das seis estórias), escolheram o tipo de estímulo que melhor os ilustravam. Quanto à parte verbal do instrumento, as sugestões mais frequentes foram acatadas, são elas: a) a utilização de nomes simples e comuns no cotidiano brasileiro para os personagens das estórias (João, Ana, Marcos, etc.); b) troca de verbos e palavras visando simplificar o vocabulário, como por exemplo: “narrarei” para “contarei”. As Tabelas 2 e 3 apresentam os resultados sobre a análises dos juízes. Na Tabela 2 são apresentados os resultados relativos aos índices de concordância dos juízes quanto à identificação das dimensões avaliadas. A Tabela 3 apresenta os aspectos analisados quanto à pertinência dos itens.

Tabela 2 - Concordância dos Juízes em Percentual

Itens	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4	Classe 5	Classe 6	Classe 7
Estória 1	90	30	-	10	30	-	70
Estória 2	10	80	90	30	10	-	30
Estória 3	10	-	10	80	10	10	30
Estória 4	20	-	10	10	80	10	30
Estória 5	10	-	-	30	20	80	30
Estória 6	10	10	10	10	40	100	60

Fonte: Elaboração própria.

Nota. Valores acima de 80% estão em negrito. Legenda: Classe 1: Assertividade. Subclasse: Fazer pedido e justificar-se; Classe 2: Assertividade. Subclasse: Interagir com autoridades; Classe 3: Autocontrole. Subclasse: Controlar o humor e tolerar frustrações; Classe 4: Empatia. Subclasse: Iniciar, manter e encerrar; conversação; Fazer amizades; Classe 5: Assertividade. Subclasse: Lidar com imprevisto; Manifestar opinião; Concordar, discordar e negociar; Classe 6: Assertividade. Subclasse: Expressar raiva; Pedir mudança de comportamento; Classe 7: Solução de problemas. Subclasse: Tomar decisões.

De acordo com a Tabela 2, os juízes concordaram que a estória 1 mede mais intensamente a subclasse ‘fazer pedido, justificar-se e tomar decisões’. Segundo eles, a estória 2 avalia tanto o ‘controle do humor e tolerância às frustrações’ quanto a ‘interação com autoridades’. A estória 3 avalia melhor ‘iniciar, manter e encerrar conversações, além de fazer amizades’. Foi consenso entre os juízes que a estória 4 mede ‘lidar com imprevisto, manifestar opinião, concordar, discordar negociar’. A subclasse ‘expressar raiva, pedir mudança de comportamento’ foi claramente contemplada nas estórias 5 e 6, sendo a concordância total entre os juízes nesta última estória. Por fim, a classe 7 ‘Solução de Problemas’, abrangendo a subclasse ‘Tomar decisões’ foi considerada pelos juízes como sendo avaliada em todos os itens (estórias) com concordância mínima de 30%. Entretanto, embora não tenha atingido o critério de 80% de concordância adotado no presente estudo, observa-se que as estórias 1 e 6 foram as indicadas como as que melhor avaliam essa classe e sua respectiva subclasse.

Tabela 3 - Concordância dos Juízes – Pertinência dos Itens

Características e Indicadores	Instrução		Estória 1		Estória 2		Estória 3		Estória 4		Estória 5		Estória 6	
	PT	%	PT	%	PT	%	PT	%	PT	%	PT	%	PT	%
Adequação														
Objetividade	45	90	45	90	45	90	46	92	43	86	42	84	39	78
Tamanho	49	98	50	100	47	94	48	96	47	94	47	94	41	82
Clareza	44	88	41	82	42	84	43	86	42	84	36	72	38	76
Total	138	92	136	91	134	89	137	91	132	88	125	83	118	79
Relevância														
Consistência	35	70	44	88	40	80	46	92	43	86	42	84	46	92
Coerência	34	68	42	84	43	86	46	92	41	82	42	84	44	88
Grau de importância	39	78	45	90	43	86	42	84	46	92	45	90	44	88
Total	108	72	131	87	126	84	134	89	130	87	129	86	134	89
Inteligibilidade														
Vocabulário	42	84	45	90	45	90	44	88	42	84	43	86	41	82
Compreensão	44	88	39	78	42	84	44	88	40	80	37	74	37	74
Adequação	41	82	39	78	41	82	42	84	40	80	37	74	38	76
Total	127	85	123	82	128	85	130	87	122	81	117	78	116	77

Fonte: Elaboração própria.

Nota. PT = Pontuação Total. Valores acima de 80% estão em negrito.

Na Tabela 3 verifica-se um alto grau de concordância entre os juízes na maioria dos itens. A partir do cálculo da moda, observa-se que a pontuação “42” que corresponde a 84 % de concordância se repete mais vezes nos grupos de três indicadores, sendo também a nota mediana para cada característica. No entanto, na característica “Inteligibilidade” a estória 5 apresentou uma concordância que varia de 74% a 86% e a estória 6 também apresentou variação de concordância de 76% a 82%. Quanto à instrução, a tabela reflete uma concordância variando de 68% a 72%, uma vez que dois juízes deixaram de avaliar este item.

Quanto à melhor forma de apresentação dos estímulos visuais que passaram a acompanhar as histórias, todos os juízes optaram pela apresentação dos desenhos e não das fotos. Uma cena sofreu modificações de acordo com as sugestões dos juízes (desfecho da história 4), cujos personagens inicialmente apareciam de mãos dadas, indicando um laço afetivo. Essa cena foi modificada apresentando-os apenas lado a lado. A sugestão foi acatada por ser apontada por cinco juízes, portanto, metade da amostra e ser julgada como pertinente pela pesquisadora.

A análise semântica consistiu na avaliação de inteligibilidade dos itens junto a indivíduos representantes da população-alvo. Os três adultos com diagnóstico de retardo mental moderado que participaram dessa análise, enquanto representantes do extrato inferior não manifestaram alguma dificuldade na compreensão das instruções e dos itens do SPST. Desta forma, embora o número bastante reduzido de participantes, concluiu-se que a versão alcançada do teste mostrou-se adequada para a população-alvo.

Com base nos resultados desse primeiro estudo aqui reportado, que incluiu a tradução,

adaptação e validação semântica, alcançou-se uma versão piloto do SPST, concluindo-se assim a etapa predominantemente teórica e qualitativa do processo de adaptação de um instrumento. O segundo estudo, apresentado a seguir, envolve os procedimentos empíricos adotados para investigação dos parâmetros psicométricos dos itens e do instrumento como um todo.

4 ESTUDO II - INVESTIGAÇÃO PSICOMÉTRICA DA VERSÃO ADAPTADA DO SPST

4.1 Método

4.1.1 Participantes

Participaram do estudo 80 indivíduos adultos de ambos os sexos, com idades variando entre 18 e 50 anos, residentes em Belo Horizonte e Betim, divididos em dois grupos, um clínico, com indivíduos com diagnóstico de retardo mental (DRM) e um de controle (grupo não clínico).

O grupo clínico (DRM) compõe-se de 50 indivíduos adultos com diagnóstico de retardo mental (DRM) segundo o CID 10, compreendido entre as categorias F70 e F71 (retardo mental leve e moderado). Foram considerados fatores de exclusão para composição desse grupo indivíduos com deficiência visual, deficiência auditiva e história de abuso de álcool e drogas.

O grupo não clínico (NC) ficou composto por 30 indivíduos adultos sem o diagnóstico de retardo mental. Dos 30 participantes 17 trabalham e estudam, nove apenas trabalham e quatro deles somente estudam. O delineamento amostral previa que esse grupo ficasse composto do mesmo número de integrantes do grupo DRM. No entanto, não foi possível atingir tal equiparação amostral. A Tabela 4 apresenta a caracterização da amostra, segundo as variáveis: sexo, etnia, escolaridade, faixa etária e nível socioeconômico.

Tabela 4 - Caracterização da Amostra (n=80)

		Grupo NC (n=30)		Grupo DRM (n=50)	
		F	%	F	%
SEXO	Feminino	20	66,67	20	40,00
	Masculino	10	33,33	30	60,00
	Total	30	100,00	50	100,00
ETNIA	Branco	30	60,00	9	30,00
	Pardo	15	30,00	14	46,67
	Negro	5	10,00	5	16,67
	Amarelo	0	-	1	3,33
	Outro	0	-	1	3,33
	Total	50	100,00	30	100,00
ENSINO	Ensino Fund. Comp	1	3,33	1	2,00
	Ensino Fund. Inc.	29	96,67	46	92,00
	Ensino méd. Inc.	0	-	3	6,00
	Total	30	100,00	50	100,00
FAIXA ETÁRIA	< 20	1	3,33	3	10,00
	21- 25	1	3,33	13	43,33
	26- 30	3	10,00	12	40,00
	31 - 35	4	13,33	2	6,67
	36 - 40	8	26,67	7	23,33
	41 - 45	8	26,67	5	16,67
	> 46	5	16,67	8	26,67
	Total	30	100,00	50	100,00
NSE	D	7	23,33	7	14,00
	C2	14	46,67	9	18,00
	C1	8	26,67	7	14,00
	B2	1	3,33	9	18,00
	B1	0	-	5	10,00
	A2	0	-	9	18,00
	A1	0	-	4	8,00
	Total	30	100,00	50	100,00

Fonte: Elaboração própria.

O grupo não clínico ficou composto em sua maioria por mulheres, ao contrário do grupo com diagnóstico de retardo mental (DRM). Quanto à etnia no grupo não clínico a maioria se declarou branco, já no grupo DRM os responsáveis declararam a maioria dos participantes como pardos. O ensino fundamental incompleto caracteriza os dois grupos. A faixa etária do grupo não clínico se distribui de forma mais ou menos uniforme entre 20 e 46 anos e do grupo

DRM se concentra entre 20 e 30 anos. Com relação ao nível econômico o grupo não clínico situa-se nas classes D e C, enquanto o grupo com DRM se distribui entre as classes A e D de maneira uniforme.

Em relação à procedência, 42% dos participantes do grupo DRM são oriundos de instituição pública, enquanto 58% pertencem a instituições privadas de Betim e Belo Horizonte. O grupo não clínico é procedente de Betim, foram recrutados a partir da comunidade local, turmas do Programa de Educação de Jovens e Adultos - EJA noturno de uma escola pública e empresas de prestação de serviço em construção civil, zeladoria, educação e saúde.

O grupo clínico é composto por 50 pessoas com retardo mental leve (20%) e moderado (80%), cujos quadros apresentam comorbidades, tais como: Hiper e Hipotireoidismo, Síndrome de Dandy-Walker, Down, Landau-Kleffener, Paralisia Cerebral, Autismo, Epilepsia e Esquizofrenia (ver Tabela 5).

Tabela 5 - Comorbidades no grupo clínico (n=50)

		Comorbidade				
Retardo Mental		Hipertireoidismo	Hipotireoidismo	Dandy-Walker	Síndrome de Down	
Leve	20%					
Moderado	80%	2%	6%	2%	4%	
Epilepsia		Esquizofrenia	Landau-Kleffener	Paralisia Cerebral	Autismo	
22%		10%	2%	10%	6%	

Fonte: Elaboração própria.

Krynski (1983) relata que além do déficit intelectual, é comum que o retardo mental funcione como causa e transcorra com outras manifestações patológicas (comorbidades), que variam de acordo com o grau de deficiência. São patologias mais comuns as neurológicas e as psiquiátricas. Esse quadro altera a conduta adaptativa do indivíduo, e segundo o autor, contribui para a marginalização dessa população.

Além das comorbidades acima descritas, 86% dos participantes do grupo DRM faz uso de algum tipo de medicamento, incluindo anticonvulsivantes, neurolépticos, anticolinérgicos, antialérgicos e sedativos (ver Tabela 6). O agrupamento da medicação segundo esses critérios foi realizado a partir da indicação clínica de um profissional da área de psiquiatria.

Tabela 6 - Medicamentos em uso pelo grupo DRM conforme o grupo de psicofármacos (n=50)

Anticonvulsivante		Neuroléptico		Anticolinérgico		Antialérgico		Sedativo	
		Clozapina	42%						
Carbamazepina	35%	Levozine	5%						
Depakene	9%	Neozine	2%					Haldol	12%
		Neuleptil	5%	Akineton	5%	Fenergan	5%		
Gadernal	12%	Risperidona	2%					Neozine	2%
Topiramato	5%	Zyprexa	2%						
Fenitoína	2%	Depakene	2%					Prometarine	2%
63%		60%		5%		5%		16%	

Fonte: Elaboração própria.

4.2 Instrumentos

4.2.1 SPST – Social Problem Solving Test (adaptado) e MEPS –MR

(adaptado) descritos no Estudo I – tópico 3.1.2

4.2.2 SMHSC – Del Prette - Sistema Multimídia de Habilidades Sociais para Crianças

Visa caracterizar o repertório social de crianças de 7 a 12 anos com base na auto-avaliação destas e na avaliação pelo professor. Como recurso de promoção de habilidades sociais, aplica-se a programas de intervenção clínica ou educativa com crianças em geral (SMHSC – DEL PRETTE, 2005).

A escolha do SMHSC – Del Prette merece ser esclarecida tendo em vista a população-alvo para o qual se destina. Embora esse instrumento seja direcionado para crianças, optou-se pela sua utilização em razão da ausência de instrumentos no Brasil que permitam aferir as habilidades sociais e a resolução de problemas interpessoais em adultos com diagnóstico de retardo mental. Considerou-se que o Inventário de Habilidades Sociais (IHS – DEL PRETTE, 2001) como o próprio nome indica também avalia habilidades sociais em adolescentes e adultos não seria adequado para os participantes da presente pesquisa por se tratar de um instrumento de auto-relato, composto de afirmações que demandam maior capacidade de compreensão verbal e de abstração, exigindo-se como escolaridade mínima da população-alvo o ensino médio completo.

Os materiais de avaliação do SMHSC – Del Prette consistem de um inventário de auto-

avaliação de habilidades sociais, de avaliação da criança pelo professor e de avaliação do professor sobre os itens de habilidades. A versão impressa, sob a forma de um caderno de pranchas, contém também fichas de respostas, folha de instruções, cartões e outros materiais em papel. A apuração dos resultados dessa versão pode ser feita manualmente ou por meio do PDHSC, um CD-ROM adicional com o Módulo Processador de Dados, exclusivamente para a digitação e o processamento dos resultados.

As versões impressa e informatizada do IMHSC – Del Prette são equivalentes e compostas por 21 itens de situações de interação de crianças com outras crianças e com adultos. Na versão informatizada, as situações e reações são apresentadas sob a forma de trechos de vídeo; na versão impressa, sob a forma de imagens digitalizadas, com as falas representadas por “balões”, tal como em histórias em quadrinhos. Em cada item, apresenta-se uma situação seguida de três alternativas de reação: a reação habilidosa esperada para crianças e dois tipos de reações não-habilidosas.

Na versão impressa do inventário para a auto-avaliação, as situações e reações são apresentadas em um caderno de pranchas, ilustradas com as imagens digitalizadas do vídeo. O aplicador – seguindo o roteiro da ficha de instruções – mostra as pranchas para a criança, fazendo as perguntas pertinentes (sobre frequência e dificuldade para emitir as reações e sobre a adequação que a criança a elas atribui) e preenchendo ou orientando o preenchimento das Fichas de Respostas (A e B para aplicação coletiva e C para aplicação individual). O tempo de aplicação gira em torno de 40 minutos.

O instrumento foi delineado a partir da concepção de dois tipos de problemas que segundo Del Prette e Del Prette (2005) reduzem a proficiência do desempenho social das crianças e, via de regra, acompanham a maioria dos transtornos psicológicos: os internalizantes e os externalizantes. Os problemas externalizantes envolvem déficits de autocontrole, que caracterizam os comportamentos opostos ou desafiantes, impulsivos, a agressividade e condutas anti-sociais. Os problemas classificados como internalizantes, por sua vez, englobam o controle excessivo ao responder e são identificáveis mais frequentemente em transtornos depressivos, ansiedade, fobia ou isolamento social.

No SMHSC – Del Prette os itens foram agrupados em quatro escalas de acordo com o que pretendem medir: empatia e civilidade, assertividade de enfrentamento, autocontrole e participação. Para cada característica, as reações foram classificadas de acordo com o seu conteúdo. Sendo assim, para cada situação há:

- a) uma reação habilidosa - onde os comportamentos apresentados indicam para uma competência social e uma interação positiva com o ambiente;

- b) uma reação não-habilidosa passiva – onde os comportamentos apresentados espelham um comprometimento da competência social a partir de tentativas de se encobrir o incômodo, a predominância de sentimentos como mágoa, ansiedade, esquivas e fuga;
- c) uma reação não-habilidosa ativa - apresentando comportamentos que desfavorecem a competência social por expressarem agressividade física ou verbal deliberadamente, negativismo, ironia, autoritarismo e coerção.

No SMHSC – Del Prette foram contempladas quatro subescalas em que se agruparam os itens do teste: Empatia e Civilidade, tida como habilidade de expressão de sentimentos positivos de solidariedade e companheirismo ou polidez social; Assertividade de Enfrentamento, conjunto de habilidades de afirmação de defesa de direitos e de auto-estima; Autocontrole, conceituando habilidades que envolvem controle emocional diante de frustração ou de reação negativa ou indesejável de colegas e Participação, englobando habilidades de envolver-se e comprometer-se com o contexto social, mesmo na ausência de demandas ambientais especificamente dirigidas.

Cada uma das 21 situações do instrumento apresenta três alternativas de reação que permitem avaliar o repertório social da criança a partir de quatro indicadores: comportamental (frequência da reação); cognitivo (adequação atribuída à reação); afetivo (grau de dificuldade para emitir cada reação habilidosa) e; validade social (de acordo com a atribuição de importância dada pelo professor). Os significados dos escores no teste usados em resultados seguem a Tabela 7.

Tabela 7 - Escala adotada para os indicadores produzidos pelo IMHSC – Del Prette

Indicadores	Escala		
	2	1	0
Frequência de emissão da reação	Sempre	Às vezes	Nunca
Adequação atribuída à reação	Certo	Mais ou menos	Errado
Dificuldade de emissão da reação	Muita	Pouca	Nenhuma
Importância da reação habilidosa	Muita	Pouca	Nenhuma

Fonte: Manual SMHSC (DEL PRETTE, 2005, p29)

O material dispõe de gráficos e tabelas em arquivo MS Excel® com os resultados individuais da criança, situando-os em relação à média e ao desvio-padrão da amostra de referência. Dispõe também um protocolo final, também em arquivo MS Excel®, com a síntese dos resultados de cada criança (na auto-avaliação e na avaliação do professor) e indicação dos itens ou conjuntos de itens em que esta apresenta escores acima ou abaixo do intervalo médio

da amostra de referência. Em relação a cada item, há a identificação dos tipos de déficits, problemas internalizantes ou externalizantes associados e compreensão social sobre adequação de reações habilidosas e não- habilidosas.

Os estudos de validade e precisão apontam para novas questões de pesquisa a serem investigadas sobre as propriedades psicométricas do IMHSC e para outros estudos sobre o repertório social de crianças. Os indicadores psicométricos obtidos ainda são considerados provisórios (SMHSC – DEL PRETTE, 2005).

4.2.3 G-36

Foi elaborado por Boccalandro em 1966 para a avaliação da inteligência geral não verbal. Surgiu da necessidade prática de utilização em seleção de pessoal para a Companhia Siderúrgica Paulista. Sua formatação é de matrizes progressivas, a exemplo do teste Matrizes Progressivas de Raven. É composto por 36 itens contidos num caderno, sendo a folha de respostas apresentada separadamente. Há seis alternativas de respostas para cada questão e o escore máximo é de 36 pontos. Os 36 itens são classificados em seis categorias: compreensão de relação de identidade simples, compreensão de relação de identidade mais raciocínio por analogia, raciocínio por analogia envolvendo mudança de posição, raciocínio por analogia de tipo numérico, adição e ou subtração, raciocínio por analogia de tipo numérico envolvendo mudança de posição, adição e subtração e raciocínio por analogia de tipo espacial. O tempo de aplicação é livre (BOCCALANDRO, 2003).

O sistema de correção envolve a obtenção do total de acertos por meio de crivo e a identificação do percentil correspondente, segundo as características da amostra de referência. Com base no percentil, é feita a classificação do nível de inteligência não verbal. O teste permite ainda a análise qualitativa dos erros cometidos (raciocínio por identidade, resposta ao acaso e raciocínio incompleto).

O estudo de validade foi realizado através do teste de Dominós tendo resultado em 0,84 a correlação linear de Pearson entre os escores obtidos entre os dois testes. O estudo de precisão foi efetuado pelo método split-half e o valor encontrado corrigido pela fórmula de Spearman-Brown foi de 0,90. O teste se destina a adultos sem qualquer restrição de grau de instrução e a aplicação pode ser individual ou coletiva, sem limite de tempo (BOCCALANDRO, 2003).

4.2.4 Questionário Socioeconômico e de Saúde (QSES)

Foi utilizado neste estudo para controle tanto do estado de saúde do participante quanto para estimativa do nível socioeconômico (Anexo G). Quanto à saúde, investigou-se o uso de medicação, as doenças diagnosticadas, histórico de internação, acidentes, consumo de álcool e de fumo. Com relação ao nível socioeconômico, utilizou-se um questionário que investiga: a escolaridade do participante, a ocupação e o vínculo empregatício, a renda mensal e o número de pessoas que vivem dessa remuneração. Além desse questionário, optou-se também pelo Critério Brasil 2008, considerado o que melhor segmenta a população em categorias conforme capacidade de consumo, tornando-se, portanto, uma medida indicativa do nível econômico (ABEP, 2008). O critério Brasil 2008 discrimina classes econômicas e não sociais, uma vez que mede poder de compra. Para isto busca averiguar junto às famílias os bens que elas possuem e em que quantidade, e a partir de um peso preestabelecido para cada uma dessas posses, bem como para a quantidade em que elas existem em cada residência pesquisada é atribuído um valor em pontos. O somatório desses pontos a cada uma das variáveis utilizadas, inclusive o nível de instrução do chefe de família, ao qual também se atribui uma pontuação, resulta num total que varia dentro de uma escala de zero a 46 pontos (ABEP). A partir da pontuação na escala de itens de consumo obtém-se a classificação econômica que se distribui em oito classes seguindo da classe econômica com maior poder de compra para a com menor poder de compra: A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E.

4.3 Procedimentos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – parecer nº ETIC 286/09 (ANEXO A). Todo o processo de coleta de dados foi realizado pela pesquisadora e por estudantes do curso de graduação em Psicologia, previamente treinados. Optou-se por apresentar os procedimentos de coleta de dados em separado para cada grupo, dadas as especificidades de cada um.

Grupo com Diagnóstico de Retardo Mental - DRM

Paralelamente ao processo de equivalência semântica e conceitual do instrumento, para a formação do grupo clínico foram levantadas as instituições de Belo Horizonte, Contagem e Betim especializadas no atendimento de indivíduos com retardo mental em idade adulta. As instituições foram escolhidas por conveniência, levando-se em consideração critérios como:

organização, excelência na prestação de serviços, guarda de prontuários, confiabilidade das informações fornecidas e disposição e interesse da direção. Foi realizado o contato telefônico para apresentação do projeto e envio da carta convite para aprovação por parte dos dirigentes. Após a confirmação de participação, os profissionais das instituições efetuaram a seleção dos participantes potenciais para a composição do grupo com DRM. O critério foi o diagnóstico de retardo mental moderado ou leve a partir dos prontuários dos indivíduos. Os dirigentes das instituições acionaram as famílias e enviaram junto com uma carta de apresentação do projeto o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os responsáveis.

Após a aprovação dos responsáveis, foi realizada a aplicação do questionário socioeconômico e de saúde individualmente, assim como a aplicação do SPST e do SMHSC – Del Prette. A aplicação dos instrumentos foi realizada nos consultórios de cada instituição, durante o horário de atendimento dos participantes. Antes de cada sessão era realizado o *rapport*, a fim de proporcionar um clima amistoso para a avaliação. O cuidado de explicar minuciosamente a proposta da pesquisa também merece ser explicitado, assim como a solicitação da assinatura do participante no TCLE, mesmo quando analfabeto. Essa conduta proporcionou um nível excelente de colaboração de todos os envolvidos no processo, equipe de pesquisa e profissionais das instituições.

Para controle da fadiga no processo de testagem, a ordem da aplicação dos instrumentos era invertida a cada aplicação. O tempo médio de aplicação do SMHSC – Del Prette foi de aproximadamente 30 minutos e do SPST de 11 minutos.

Dos 50 participantes deste grupo, três não foram contabilizados nos escores do teste SMHSC – Del Prette, dois interromperam antes do término e um alegou que “o pastor não o deixaria fazer” (sic).

Grupo Não Clínico - NC

As organizações contatadas para a coleta de dados em indivíduos adultos sem diagnóstico de retardo mental também foram selecionadas segundo a conveniência da pesquisadora. Um critério que serviu de ponto de partida para essa seleção foi a possibilidade de acesso a indivíduos com baixa escolaridade. Além de empresas de prestação de serviços na área de educação, saúde, zeladoria e construção civil, uma escola da rede municipal de ensino de Betim que possui o Programa Educação de Jovens e Adultos – EJA - também foi contatada.

Após o contato telefônico para apresentação do projeto e envio da carta convite, o encontro com os participantes potenciais da pesquisa ocorreu após autorização dos dirigentes

das instituições. O convite aos funcionários foi realizado individualmente. Os que aceitaram participar assinaram o TCLE e responderam aos instrumentos (QSES, G- 36, SMHSC e SPST). Na escola, após a explanação acerca dos objetivos da pesquisa nas salas do programa EJA, foi apresentado o TCLE e aplicados os instrumentos QSES e o G36 coletivamente para todos os participantes voluntários. Assim, a coleta de dados para o grupo NC foi realizada em duas sessões, uma para aplicação do G36 e outra para aplicação do SMHSC – Del Prette e do SPST foram aplicados. Para controle da fadiga, intercalou-se a aplicação dos instrumentos, da mesma forma adotada para o grupo DRM.

Cabe esclarecer que, inicialmente, para o grupo NC foi escolhido o IHS – Del Prette (2001). Contudo, ao iniciar as aplicações, observou-se que este instrumento não apresentava vocabulário inteligível para os participantes. Mesmo quando era realizada a leitura dos itens, foi unânime a falta de compreensão, detectada por meio da solicitação de repetição da leitura do item e manifestação verbal de não entendimento do seu conteúdo. Frente a esse problema, optou-se pela utilização do SMHSC – Del Prette nesse grupo.

Como medida de aferição de inteligência para o grupo NC, o G-36 foi aplicado coletivamente enquanto um critério de avaliação da capacidade intelectual dos participantes.

4.4 Análise de Dados

Para a realização da análise de dados o software SPSS (Statistical Packpage for Social Sciences) versão 15.0 foi utilizado.

As estatísticas descritivas possibilitaram resumir os dados coletados tanto para a caracterização da amostra quanto para os desempenhos nos instrumentos de pesquisa. Foram utilizadas as seguintes medidas: frequência, porcentagem, valor mínimo e máximo, média, mediana, desvio padrão, assimetria e curtose. Tais estatísticas descritivas foram calculadas para escores brutos nos instrumentos para cada grupo e para a amostra total. Em função do predomínio de não normalidade na distribuição dos dados, utilizou-se das estatísticas não paramétricas: Mann-Whitney U para comparações entre os dois grupos e a correlação Spearman rho. Adotou-se valor $p < 0,05$.

Além das estatísticas já citadas, a investigação dos parâmetros psicométricos do SPST envolveu diferentes análises segundo a Teoria Clássica dos Testes (TCT). Tendo em vista a população-alvo ser indivíduos adultos com retardo mental, optou-se por realizar as análises psicométricas para o grupo DRM, mas também para a amostra total.

Os índices de discriminação dos itens foram estimados por meio da correlação item-

total, adotando-se o valor mínimo 0,30 para considerá-los discriminativos; e por meio da comparação dos escores brutos médios nos itens entre os grupos DRM e NC. A variabilidade da resposta ao item também foi estimada para os dois grupos e para a amostra total. O levantamento da precisão do instrumento foi estimado pelo método da consistência interna, utilizando para tal os coeficientes Alpha de Cronbach e de Guttman (Lambda 2), sendo este último mais indicado para instrumentos com número reduzido de itens (Ten Berge e Zegers, 1978, conforme citado por Tellegen, Winkel, Wijnberg-Williams & Laros, 1998).

O levantamento de evidências de validade envolveu diferentes procedimentos. Para investigação da estrutura interna do SPST utilizou-se da Análise Fatorial Exploratória, pelo método dos Componentes Principais. Foram adotados os seguintes critérios para verificação da pertinência de tal análise: matriz das correlações dos itens, índice Kaiser Meyer-Olkin (KMO superior a 0,60 por ser considerado o mínimo aceitável) e teste de esferecidade de Bartlett (indicação da existência de correlações significativas na matriz de dados). Para definição do número de componentes a extrair da matriz de correlações os seguintes critérios foram adotados: *eigenvalue* (autovalor ou valor próprio igual ou superior a 1,0), porcentagem da variância explicada por cada componente (no mínimo 5%), scree plot (critério Cattell), cargas fatoriais dos itens (iguais ou superiores a 0,30) e significado semântico de cada componente (PASQUALI, 2004; HAIR & COLS., 2005).

Além disso, foi realizada a análise de validade convergente, na qual, foram estimadas as associações entre os escores brutos no SPST e no SMHSC – Del Prette, hipotetizando que tais associações seriam positivas e moderadas, tendo em vista, os instrumentos avaliarem os construtos correlatos.

O estudo de validade também foi conduzido entre o SPST e o G-36, estimando-se a associação entre os escores destes testes somente com o grupo NC. Uma vez que, os dois instrumentos medem construtos diferentes, mas correlacionados, seria esperada uma correlação positiva e com magnitude fraca a moderada entre HRPI e inteligência.

Para verificar a sensibilidade e especificidade do SPST, bem como o ponto de corte para o diagnóstico de retardo mental, utilizou-se a Curva ROC.

4.5 Resultados

4.5.1 Análises descritivas

A Tabela 8 apresenta as estatísticas descritivas do desempenho dos grupos NC e DRM

no teste SPST. Observa-se uma diferença nas notas mínimas e máximas entre os dois grupos, onde o grupo DRM apresenta uma pontuação mínima igual a zero em todas as estórias, além de médias menores e uma grande variabilidade indicada com maiores valores de DPs. A assimetria e a curtose indicam que para o tratamento dos dados devem-se utilizar estatísticas não paramétricas, pois denotam variabilidade diferente de zero, indicando uma não normalidade na distribuição da amostra.

Tabela 8 - Estatísticas descritivas do desempenho no SPST

Grupo	Item	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	DP	Assimetria	Curtose
NC (n=30)	E1	1	5	2,80	3	1,13	-0,04	0,24
	E2	0	5	3,20	4	1,45	-1,54	1,11
	E3	1	5	3,03	3	1,22	-0,44	-0,37
	E4	3	5	3,90	4	0,71	0,15	-0,91
	E5	1	5	3,30	3	1,60	-0,15	-1,65
	E6	0	5	3,67	4	1,56	-0,80	-0,67
	Total	13	26	19,90	20,50	3,90	-0,32	-0,96
DRM (n=47)	E1	0	3	1,00	1	1,10	0,71	-0,87
	E2	0	4	0,94	0	1,59	1,35	0,00
	E3	0	5	0,77	0	1,37	1,92	2,86
	E4	0	5	1,53	0	1,77	0,54	-1,25
	E5	0	5	1,28	0	1,60	0,96	-0,35
	E6	0	5	1,21	0	1,50	1,23	1,08
	Total	0	24	6,72	4	7,10	0,77	-0,63
Amostra Total (n=87)	E1	0	5	1,70	1	1,42	0,32	-0,86
	E2	0	5	1,82	1	1,89	0,21	-1,87
	E3	0	5	1,65	1	1,72	0,52	-1,20
	E4	0	5	2,45	3	1,85	-0,32	-1,44
	E5	0	5	2,06	2	1,87	0,38	-1,28
	E6	0	5	2,17	2	1,94	0,34	-1,33
	Total	0	26	11,86	11,86	8,84	-0,08	-1,48

Fonte: Elaboração própria.

Legenda: E1 Estória 1; E2 Estória 2. E3 Estória 3; E4 Estória 4; E5 Estória 5; E6 Estória 6.

Uma vez que os itens do teste SMHSC – Del Prette são agrupados por conjunto que se destina a mensurar quatro diferentes subclasses das HS, as Tabelas 9 a 11 mostram os resultados divididos em: Empatia e Civilidade, Assertividade e Enfrentamento, Autocontrole e Participação.

Tabela 9 - Estatísticas Descritivas – Escore Bruto SMHSC – Del Prette DRM (n=42) e NC (n=30) para o indicador DIFICULDADE

Reação	Grupo	Subclasse	Mín.	Máx.	Média	Mediana	DP	Assimetria	Curtose
SH	DRM	Empatia/ Civilidade	0	2	0,39	0,25	0,56	1,64	1,97
		Assertividade/ enfrentamento	0	2	0,67	0,60	0,67	0,64	-0,66
		Autocontrole	0	2	0,58	0,50	0,57	0,53	-0,54
		Participação	0	2	0,48	0,00	0,58	0,87	-0,24
SH	NC	Empatia/ Civilidade	0	2	0,87	0,75	0,84	0,24	-1,72
		Assertividade/ enfrentamento	0	2	0,96	0,90	0,82	0,02	-1,62
		Autocontrole	0	2	0,94	0,88	0,83	0,10	-1,70
		Participação	0	2	0,86	0,67	0,83	0,24	-1,62

Fonte: Elaboração própria.

Nota: SH = Socialmente Habilidade.

A Tabela 9 não mostrou diferenças relevantes entre os grupos DRM e NC para o indicador *Dificuldade*. Entretanto, o mesmo não ocorre com o indicador *Frequência*, conforme mostra a Tabela 10.

Tabela 10 - Estatísticas Descritivas – Escore Bruto SMHSC – Del Prette DRM (n=42) e NC (n=30) para o indicador FREQUÊNCIA

Reação	Grupo	Subclasse	Mín.	Máx.	Média	Mediana	DP	Assimetria	Curtose
SH	DRM	Empatia/ Civildade	1	2	1,78	2,00	0,31	-1,41	1,28
		Assertividade/ enfrentamento	0,6	2	1,55	1,60	0,45	-0,56	-0,91
		Autocontrole	0,75	3	1,78	2,00	0,45	-0,20	1,31
		Participação	0,67	2	1,37	1,33	0,32	0,31	0,17
	NC	Empatia/ Civildade	0	2	0,80	0,82	0,72	0,27	-1,39
		Assertividade/ enfrentamento	0	2	0,61	0,50	0,65	0,95	-0,08
		Autocontrole	0	2	0,82	0,75	0,69	0,33	-1,16
		Participação	0	2	0,75	0,67	0,71	0,35	-1,15
NHP	DRM	Empatia/ Civildade	0	1,25	0,44	0,38	0,37	0,44	-0,84
		Assertividade/ enfrentamento	0	2	0,60	0,50	0,53	0,75	0,19
		Autocontrole	0	2	0,64	0,50	0,61	0,89	-0,03
		Participação	0	1,33	0,48	0,33	0,48	0,44	-1,21
	NC	Empatia/ Civildade	0	2	0,48	0,35	0,54	1,28	1,29
		Assertividade/ enfrentamento	0	2	0,50	0,40	0,56	1,04	0,55
		Autocontrole	0	2	0,43	0,25	0,55	1,35	1,31
		Participação	0	2	0,44	0,33	0,58	1,57	1,96
NHA	DRM	Empatia/ Civildade	0	1	0,10	0,00	0,21	3,09	11,26
		Assertividade/ enfrentamento	0	1,6	0,22	0,00	0,37	2,35	6,22
		Autocontrole	0	1	0,23	0,00	0,36	1,43	0,58
		Participação	0	1,33	0,65	0,67	0,32	0,11	0,57
	NC	Empatia/ Civildade	0	2	0,32	0,00	0,51	2,06	4,22
		Assertividade/ enfrentamento	0	2	0,39	0,00	0,59	1,76	2,25
		Autocontrole	0	2	0,25	0,00	0,45	2,97	9,80
		Participação	0	2	0,52	0,33	0,53	1,17	1,18

Fonte: Elaboração própria.

Nota: SH = Socialmente Habilidosa; NHP = Não Habilidosa Passiva; NHA = Não Habilidosa Ativa.

A Tabela 10 mostra as diferenças entre o grupo DRM e NC para RSH, curiosamente indicando valores maiores para o escore mínimo para o grupo DRM. Para as RNHP e RNHA o grupo DRM teve desempenho inferior ao grupo NC, com valores menores nos escores máximos, no grupo NC esse fato não ocorreu.

A Tabela 11 traz as estatísticas descritivas dos escores brutos no teste SMHSC – Del

Prette nos grupos DRM e NC no que concerne ao indicador *Adequação*. Pode-se observar novamente diferenças entre o grupo DRM e NC para RSH. Assim como no indicador *Frequência*, o grupo DRM apresenta valores maiores nos escores mínimos para RSH, entretanto, mostra valores menores nos escores máximos para RNHP e RNHA.

Tabela 11 -Estatísticas Descritivas – Escore Bruto SMHSC – Del Prette DRM (n=42) e NC (n=30) para o indicador ADEQUAÇÃO

Reação	Grupo	Subclasse	Mín.	Máx.	Média	Mediana	DP	Assimetria	Curtose
SH	DRM	Empatia/ Civildade	1,38	2	1,87	2,00	0,19	-1,17	0,30
		Assertividade/ enfrentamento	0,4	2	1,74	2,00	0,38	-1,81	4,01
		Autocontrole	1	2	1,83	2,00	0,31	-1,74	1,91
		Participação	0,67	2	1,55	1,33	0,35	-0,18	-0,40
	NC	Empatia/ Civildade	0	2	1,07	1,00	0,71	-0,18	-1,27
		Assertividade/ enfrentamento	0	2	0,89	0,80	0,68	0,39	-0,99
		Autocontrole	0	2	1,16	1,25	0,69	-0,34	-1,20
		Participação	0	2	1,09	1,33	0,76	-0,21	-1,43
NHP	DRM	Empatia/ Civildade	0	2	0,42	0,32	0,50	1,66	2,77
		Assertividade/ enfrentamento	0	2	0,50	0,40	0,49	1,13	1,46
		Autocontrole	0	2	0,65	0,50	0,64	0,65	-0,71
		Participação	0	1,33	0,43	0,33	0,50	0,79	-0,79
	NC	Empatia/ Civildade	0	2	0,68	0,50	0,62	0,86	-0,07
		Assertividade/ enfrentamento	0	2	0,70	0,80	0,64	0,71	-0,37
		Autocontrole	0	2	0,68	0,50	0,68	0,82	-0,43
		Participação	0	2	0,62	0,50	0,70	0,88	-0,50
NHA	DRM	Empatia/ Civildade	0	2	0,15	0,00	0,38	4,25	19,90
		Assertividade/ enfrentamento	0	1,2	0,19	0,00	0,32	2,27	5,18
		Autocontrole	0	1	0,13	0,00	0,26	2,15	4,06
		Participação	0	1,67	0,79	0,67	0,35	1,01	1,73
	NC	Empatia/ Civildade	0	2	0,49	0,19	0,66	1,28	0,50
		Assertividade/ enfrentamento	0	2	0,57	0,30	0,70	0,99	-0,27
		Autocontrole	0	2	0,49	0,00	0,71	1,16	-0,17
		Participação	0	2	0,77	0,67	0,66	0,47	-0,71

Fonte: DEL PRETTE, 2005.

Para fins de comparação como o SPST, elegemos o indicador *Frequência*, uma vez que este instrumento não mensura diretamente *Adequação e Dificuldade*.

Tabela 12 - Estatísticas Descritivas do Escore Bruto das RSH, RNHP e RNHA

Grupo	Reações	Mín.	Máx.	Média	Mediana	DP	Assimetria	Curtose
NC (n=30)	Frequência RSH	0,9	2	1,67	1,74	0,29	-1,23	0,74
	Dificuldade RSH	0	2	0,53	0,43	0,53	0,95	0,67
	Adequação RSH	1,29	2	1,78	1,88	0,20	-1,19	0,51
	Frequência RNHP	0	1,43	0,49	0,50	0,39	0,43	-0,62
	Adequação RNHP	0	1,43	0,43	0,34	0,39	0,70	-0,29
	Frequência RNHA	0,05	1,14	0,24	0,10	0,26	2,31	5,35
	Adequação RNHA	0,1	0,67	0,22	0,14	0,16	1,60	1,87
DRM (n=42)	Frequência RSH	0	2	0,72	0,76	0,63	0,45	-0,87
	Dificuldade RSH	0	2	0,98	1,00	0,75	-0,06	-1,42
	Adequação RSH	0	2	1,03	1,08	0,63	-0,08	-1,05
	Frequência RNHP	0	2	0,46	0,36	0,51	1,50	2,34
	Adequação RNHP	0	2	0,66	0,48	0,59	1,06	0,39
	Frequência RNHA	0	2	0,36	0,24	0,47	2,23	5,54
	Adequação RNHA	0	2	0,55	0,31	0,60	1,35	1,10

Fonte: DEL PRETTE, 2005.

Nota: RSH = Reação Socialmente Habilidade; RNHP = Reação Não Habilidade Passiva; RNHA = Reação Não Habilidade Ativa.

Confirmando os resultados das tabelas 9, 10 e 11, a Tabela 12 demonstra que o grupo NC obteve escores mínimos maiores do que o grupo DRM nas frequência e adequação da RSH, em contrapartida apresentou escores máximos menores na frequência e adequação das RNHP e RNHA. As médias dos escores em ambos os grupos apresentam variabilidade, denotando uma performance socialmente habilidosa levemente aumentada no grupo NC de acordo com o critério do SMHSC – Del Prette.

Na Tabela 13 o grupo NC apresentou um baixo desempenho no teste G36, sendo que 80% do grupo se situa no percentil 1.

Tabela 13 - Estatísticas Descritivas do desempenho no G-36 em Percentil - Grupo NC (n=30)

Escore Total*	Percentil G-36*	N	%
5	1	24	80,00
6	5	4	13,33
12	25	1	3,33
15	40	1	3,33
	Total	30	100,00

Fonte: G36 (1989, p.48)

4.5.2 Estabelecimento de propriedades psicométricas do SPST

Validade da resposta

A Tabela 14 demonstra o grau de dificuldade que ambos os grupos encontraram ao realizar o SPST. A estória 1 é considerada um item difícil porque no grupo DRM não houveram respostas com escores máximos (4 e 5) e no grupo NC apenas 13% dos participantes alcançaram estes escores. As estórias 2 e 6 foram as únicas em que o grupo NC obteve escore 0. Ainda, para o grupo NC a estória 4 seguida pela estória 3 apresentaram maior concentração nos escores 3, 4 e 5.

Tabela 14 - Variabilidade de resposta aos itens do SPST em percentual segundo os grupos DRM e NC (n =77)

Amostra	Escore	E1	E2	E3	E4	E5	E6
DRM (n=47)	0	44,68	68,09	65,96	53,19	51,06	51,06
	1	25,53	10,64	17,02	-	10,64	2,13
	2	14,89	-	2,13	8,51	17,02	38,30
	3	14,89	2,13	8,51	23,40	6,38	-
	4	-	19,15	2,13	8,51	10,64	-
	5	-	-	4,26	6,38	4,26	8,51
NC (n=30)	0	-	13,33	-	-	-	3,33
	1	20,00	3,33	20,00	-	16,67	6,67
	2	3,33	-	-	-	23,33	20,00
	3	63,33	20,00	46,67	30,00	13,33	6,67
	4	3,33	60,00	23,33	50,00	6,67	16,67
	5	10,00	3,33	10,00	20,00	40,00	46,67
Amostra Total (n=77)	0	27,27	46,75	40,26	32,47	31,17	32,47
	1	23,38	7,79	18,18	-	12,99	3,90
	2	10,39	-	1,30	5,19	19,48	31,17
	3	33,77	9,09	23,38	25,97	9,09	2,60
	4	1,30	35,06	10,39	24,68	9,09	6,49
	5	3,90	1,30	6,49	11,69	18,18	23,38

Fonte: Elaboração própria.

Legenda: E1 Estória 1; E2 Estória 2; E3 Estória 3; E4 Estória 4; E5 Estória 5; E6 Estória 6.

Discriminação dos itens

Na Tabela 15 observa-se que todos os itens são altamente discriminativos no grupo DRM e na amostra total. Ao contrário, os índices de discriminação foram baixos no grupo NC e o item (estória) 6 apresentou correlação negativa, o que indica alguma inadequação desse item para esse grupo.

Tabela 15 - Correlações item-total no SPST

Item	Grupo		Amostra Total
	DRM (n=50)	NC (n=30)	
E1	0,55	0,28	0,70
E2	0,70	0,29	0,76
E3	0,63	0,16	0,74
E4	0,77	0,24	0,83
E5	0,73	0,31	0,74
E6	0,71	-0,16	0,69

Fonte: Elaboração própria.

Na Tabela 16, utilizando o Mann Whitney para comparação entre os grupos NC e DRM, observa-se que em todos os itens do SPST os resultados médios dos dois grupos foram significativamente diferentes. Esse resultado constitui um indicativo de que os itens são discriminativos.

Tabela 16 - Comparação entre os grupos DRM e NC no SPST

	U	Z	Valor p
E1	197,0	-5,51	< 0,001
E2	274,5	-4,87	< 0,001
E3	162,5	-5,93	< 0,001
E4	196,5	-5,50	< 0,001
E5	255,5	-4,81	< 0,001
E6	214,0	-5,34	< 0,001
Total SPST	102,0	-6,32	< 0,001
Total de Inquéritos	219,0	-5,22	< 0,001

Fonte: Elaboração própria.

Precisão

A Tabela 17 demonstra que os índices de consistência interna tanto pelo Alpha de Cronbach quanto pelo Guttman foram semelhantes. O instrumento se mostrou altamente preciso para o grupo DRM e para a amostra total, mas não para o grupo NC. Este resultado já era esperado, uma vez que este instrumento foi delineado para adultos com diagnóstico de retardo mental.

Tabela 17 - Índices de Precisão do SPST

	Alpha Cronbach	Guttman
Grupo DRM	0,876	0,884
Grupo NC	0,344	0,427
Amostra Total	0,904	0,906

Fonte: Elaboração própria.

Validade Fatorial

Os dados obtidos pelo grupo DRM e amostra total foram submetidos à AFE através do método Componentes Principais (Tabela 21). Obteve-se, na solução inicial, que o teste de esfericidade de Bartlett mostrou significância menor que 0,0001 para o grupo DRM e a amostra total, o que leva a concluir que a matriz é passível de fatoração, ou seja, de redução em um número menor de variáveis. Além disso, o teste de adequação da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) apresentou valores de 0,829 e 0,887, respectivamente, o que indica uma adequação dos dados para a análise fatorial, de acordo com Pasquali (2005). O KMO trabalha com uma matriz de correlações parciais das variáveis, ou seja, controlando os efeitos das outras variáveis. Um resultado acima de 0,8 indica, portanto, haver adequação dos dados para a análise fatorial e os fatores extraídos seriam responsáveis por uma quantidade substancial de variância e que as variáveis têm alta comunalidade. Esse dado é confirmado pelas Tabelas 18 e 19, sendo que a primeira mostra que um único componente explica 62% da variância no SPST no grupo DRM e 68% na amostra total e a segunda evidencia que a estrutura interna do SPST é unidimensional. Os resultados dos testes KMO e Bartlett são apresentados na Tabela 19.

Na Tabela 18 os índices indicam que as correlações são todas positivas e moderadas, observam-se valores ligeiramente maiores para a amostra total.

Tabela 18 - Matriz de Correlações SPST

Amostra		E1	E2	E3	E4	E5
DRM (n=47)	E2	0,42				
	E3	0,47	0,61			
	E4	0,40	0,61	0,56		
	E5	0,52	0,55	0,46	0,72	
	E6	0,46	0,59	0,45	0,68	0,60
Amostra Total (n=77)	E2	0,58				
	E3	0,65	0,66			
	E4	0,60	0,69	0,67		
	E5	0,63	0,59	0,58	0,71	
	E6	0,48	0,62	0,51	0,70	0,56

Fonte: Elaboração própria.

Na Tabela 19 o índice KMO e o teste de esfericidade de Bartlett indicam que a matriz é passível de fatoração, ou seja, de redução em um número menor de variáveis.

Tabela 19 - KMO e Teste de Bartlett

Amostra	KMO	Teste de Bartlett		
		Qui-Quadrado	gl	Valor p
DRM	0,829	130,167	15	< 0,001
Amostra Total	0,887	266,884	15	< 0,001

Fonte: Elaboração própria.

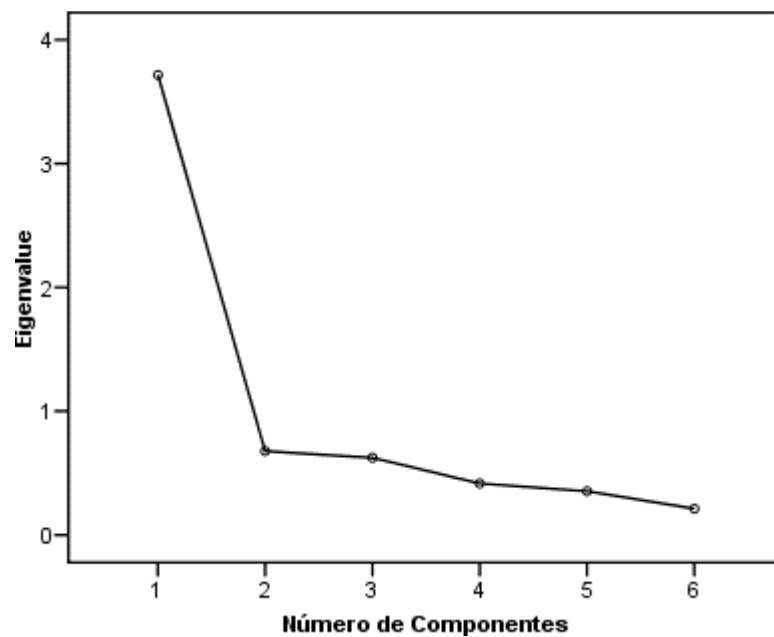
Na Tabela 20 apresentam-se os autovalores da matriz de correlação amostral com as respectivas porcentagens de variação total explicada e nas Figuras 8 e 9, os *scree plots*.

Tabela 20 - Variância Total Explicada

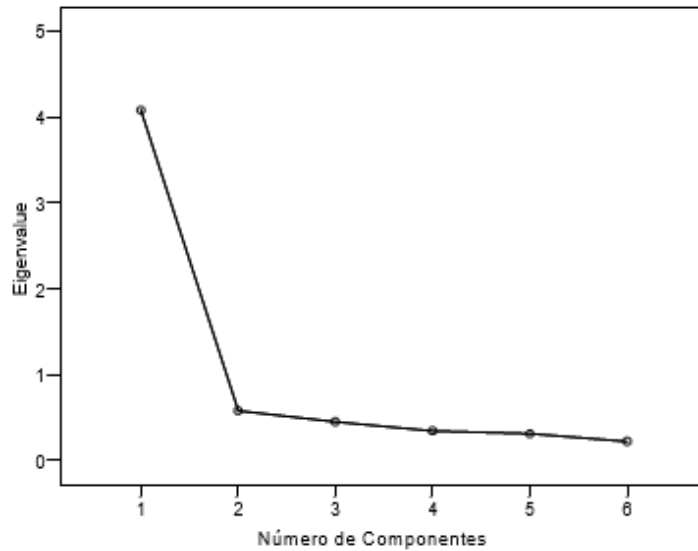
Amostra	Componente	Autovalor	Porcentagem da V.T. Explicada	Porcentagem Acumulada da V.T. Explicada
DRM (n=47)	1	3,72	61,95	61,95
	2	0,68	11,30	73,25
	3	0,62	10,40	83,64
	4	0,42	6,93	90,57
	5	0,35	5,89	96,46
	6	0,21	3,54	100,00
Amostra Total (n=77)	1	4,08	68,06	68,06
	2	0,58	9,67	77,72
	3	0,45	7,53	85,25
	4	0,35	5,80	91,05
	5	0,31	5,24	96,29
	6	0,22	3,71	100,00

Fonte: Elaboração própria.

Nota: V.T. = Variância Total.

Figura 7 - *Screen plot* para análise fatorial do grupo DRM (n=47).

Fonte: Elaboração própria.

Figura 8 - Screen plot para análise fatorial a amostra total (n=77).

Fonte: Elaboração própria.

Para as análises, tomou-se como referência Comrey e Lee (1992) que estabeleceram uma classificação qualitativa para a análise das cargas fatoriais, valores menores que 0,32 ($< 0,32$) são considerados pobres; valores entre 0,33 e 0,45 ($0,33 < 0,45$) são razoáveis, valores no intervalo de 0,46 e 0,55 ($0,46 < 0,55$) são bons; valores entre 0,56 e 0,63 ($0,56 < 0,63$) e a partir de 0,71 são excelentes.

Na Tabela 21 têm-se os resultados finais com as cargas fatoriais e as comunalidades (h^2), pode-se notar que todos os itens representam fortemente o componente Resolução de Problemas Interpessoais. Trata-se de uma evidência que a estrutura interna do SPST é unidimensional.

Tabela 21 - Solução Fatorial do SPST

Item	DRM (n=47)		Amostra Total (n=77)	
	Carga fatorial	h^2	Carga fatorial	h^2
E1	0,67	0,45	0,80	0,63
E2	0,80	0,65	0,84	0,70
E3	0,74	0,55	0,83	0,68
E4	0,85	0,73	0,89	0,78
E5	0,82	0,68	0,82	0,68
E6	0,81	0,65	0,78	0,61

Fonte: Elaboração própria.

Nota. Método dos Componentes Principais.

Validade Convergente

A validade convergente pode ser verificada quando a correlação entre duas medidas do

mesmo construto realizada com métodos diferentes é elevada e positiva. Considerou-se, para tanto, os escores no SMHSC para investigação da validade convergente. A Tabela 22 demonstra as intercorrelações entre os escores no SMHSC e no SPST.

Tabela 22 - Intercorrelações entre os Escores no SMHSC- Del Prette e o Escore Total no SPST

SMHSC	DRM (n=41)	Total (n=71)
Frequência RSH	0,34	0,61
Dificuldade RSH	-0,28	-0,35
Adequação RSH	0,21	0,51
Frequência RNHP	0,20	0,10
Adequação RNHP	-0,03	-0,16
Frequência RNHA	0,02	0,00
Adequação RNHA	-0,23	-0,28
Empatia/Civilidade Frequência RSH	0,40	0,64
Empatia/Civilidade Frequência RNHP	0,21	0,06
Empatia/Civilidade Frequência RNHA	-0,15	-0,28
Empatia/Civilidade Adequação RSH	0,29	0,56
Empatia/Civilidade Adequação RNHP	0,02	-0,14
Empatia/Civilidade Adequação RNHA	-0,35	-0,41
Empatia/Civilidade Dificuldade RSH	-0,13	-0,24
Assertividade/enfrentamento Frequência RSH	0,18	0,52
Assertividade/enfrentamento Frequência RNHP	0,15	0,09
Assertividade/enfrentamento Frequência RNHA	-0,04	-0,13
Assertividade/enfrentamento Adequação RSH	0,01	0,46
Assertividade/enfrentamento Adequação RNHP	-0,17	-0,16
Assertividade/enfrentamento Adequação RNHA	-0,22	-0,31
Assertividade/enfrentamento Dificuldade RSH	-0,08	-0,20
Autocontrole Frequência RSH	0,16	0,57
Autocontrole Frequência RNHP	0,14	0,13
Autocontrole Frequência RNHA	-0,09	-0,06
Autocontrole Adequação RSH	0,17	0,52
Autocontrole Adequação RNHP	-0,06	-0,05
Autocontrole Adequação RNHA	-0,34	-0,26
Autocontrole Dificuldade RSH	-0,15	-0,25
Participação Frequência RSH	0,36	0,49
Participação Frequência RNHP	0,22	0,10
Participação Frequência RNHA	0,14	0,30
Participação Adequação RSH	0,23	0,34
Participação Adequação RNHP	-0,16	-0,15
Participação Adequação RNHA	-0,08	0,02
Participação Dificuldade RSH	-0,28	-0,28

Fonte: Elaboração própria com base em DEL PRETTE, 2005.

Nota. RSH = Reação Socialmente Habilidade; RNHP = Reação Não Habilidade Passiva; RNHA = Reação Não Habilidade Ativa; Em negrito: < 0,05.

Na Tabela 22 os escores da frequência das RSH denotam uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre os dois instrumentos, o que já era esperado, visto que ambos avaliam o mesmo construto. Entretanto, a tabela apresenta também correlações negativas e significativas, principalmente na *Frequência e Adequação* das RNHA e na *Dificuldade* em emitir RSH pode estar indicando a inadequação do SPST em mensurar estes aspectos das HSPI.

A Tabela 23 aponta que os escores médios no SMHSC – Del Prette dos grupos DRM e RC diferenciam significativamente com relação à frequência de reação SH, à dificuldade de reação SH e quanto à adequação de reação SH.

Tabela 23 - Comparação entre os grupos DRM e NC no SMHSC – Del Prette

	U	Z	Valor p
Frequência da Reação SH	142	-5,588	< 0,001
Dificuldade da Reação SH	418	-2,451	0,014
Adequação da Reação SH	198	-4,949	< 0,001
Frequência da Reação NHP	548	-0,942	0,346
Adequação da Reação NHP	493,5	-1,565	0,118
Frequência da Reação NHA	628,5	-0,017	0,986
Adequação da Reação NHA	465	-1,899	0,058

Fonte: DEL PRETTE, 2005

A Tabela 24 apresenta a comparação entre os grupos DRM e NC no desempenho no SMHSC – Del Prette por subclasses de HS em cada um dos três indicadores avaliados pelo instrumento. Nota-se que em todas as subclasses os escores médios nas RSH para os indicadores *Frequência* e *Adequação* apresentam significância estatística, isto é, diferenciando os grupos nestas tarefas do teste.

Tabela 24 - Comparação entre os grupos DRM e NC no desempenho do SMHSC – Del Prette por subclasses das HS

Indicador	Reação	Subclasse	U	Z	Valor p
Frequência	SH		159,5	-5,447	< 0,001
	NHP		604,5	-0,296	0,767
	NHA		478,5	-1,953	0,051
Adequação	SH	Empatia e Civilidade	210,5	-4,912	< 0,001
	NHP		468	-1,875	0,061
	NHA		444,5	-2,331	0,02

Dificuldade	SH		453,5	-2,092	0,036
Frequência	SH		171	-5,312	< 0,001
	NHP		533	-1,137	0,256
	NHA		560,5	-0,868	0,385
Adequação	SH	Assertividade e enfrentamento	207	-4,939	< 0,001
	NHP		520,5	-1,125	0,261
	NHA		448,5	-2,045	0,041
Dificuldade	SH		514,5	-1,361	0,174
Frequência	SH		167,5	-5,382	< 0,001
	NHP		493	-1,615	0,106
	NHA		597	-0,423	0,672
Adequação	SH	Autocontrole	250	-4,54	< 0,001
	NHP		625,5	-0,053	0,958
	NHA		472	-2,126	0,034
Dificuldade	SH		480,5	-1,763	0,078
Frequência	SH		299	-3,874	< 0,001
	NHP		563	-0,808	0,419
	NHA		464	-1,982	0,048
Adequação	SH	Participação	425	-2,404	0,016
	NHP		558,5	-0,86	0,39
	NHA		592,5	-0,458	0,647
Dificuldade	SH		472	-1,909	0,056

Fonte: DEL PRETTE, 2005.

Nota. SH = Socialmente Habilidosa; NHP = Não Habilidosa Passiva; NHA = Não Habilidosa Ativa. Em negrito: < 0,05.

Embora a aplicação G-36 não tenha ocorrido com o objetivo de se avaliar a validade considerando um construto relacionado, resultado da associação entre o escore total no SPST e no G-36 igual a -0,06 ($p = 0,77$) indicou haver associação nula.

Curva ROC

É consenso na área estatística que as variáveis contínuas avaliam com mais detalhes e precisão vários estágios de um determinado construto. Entretanto, as decisões em qualquer nível de escolha, são determinadas de forma categorizada: quanto ao diagnóstico, o indivíduo é uma pessoa com retardo mental ou não? Quanto ao fator, apresenta ou não HSPI? Portanto, a necessidade prática, ligada ao contexto decisional, na qual o teste se aplica, forçam uma dicotomização dos desfechos e, conseqüentemente, também a necessidade de dicotomizar os resultados por meio de pontos de corte, de modo a verificar a pontuação mínima que o participante precisa obter para apresentar o fator a ser medido. Para isso, utilizou-se uma tabela

de dupla contingência e das respectivas técnicas derivadas, conforme a Tabela 25.

Tabela 25 - Contingência para DRM– Desempenho no SPST para HSPI

SPST/HSPI	DRM		Total
	Presente	Ausente	
Negativo	a	b	a + b
Positivo	c	d	c + d
Total	a + c	b + d	n = a+b+c+d

Fonte:Elaboração própria.

Legenda: a=indivíduos que apresentam DRM e não apresentam HSPI. b=indivíduos que não apresentam DRM, mas apresentam HSPI. c=indivíduos com DRM e com HSPI. d= indivíduos sem DRM e com HSPI.

De acordo com os escores apresentados no SPST, o estado do indivíduo que apresenta bom desempenho em HSPI e apresenta-se com resultado negativo para o DRM no teste de hipótese, é determinado pelo chamado “padrão-ouro”. No presente estudo, o “padrão-ouro” foi o diagnóstico médico psiquiátrico de retardo mental.

Para a exploração dos dados de sensibilidade e especificidade da tarefa, foi feito a análise *post roc* do teste, utilizando-se a Curva ROC, que visa determinar o poder de discriminação do teste, bem como sua predição de comportamento, através da área sob a curva e do estabelecimento do ponto de corte. Ao comparar o desempenho do grupo NC e do grupo DRM no SPST, possivelmente haverá um grau de sobreposição amostral. Sendo assim, podemos verificar quantos pacientes do grupo com DRM irão apresentar um mínimo de HSPI, o que justificará a utilização do teste para essa população.

Desde modo, ressalta-se que para cada ponto de corte estabelecido, pode haver uma variação da porcentagem de indivíduo classificado como apresentando ou não HSPI. Em outras palavras, no teste SPST a sensibilidade é a probabilidade de o teste indicar corretamente os indivíduos que apresentam retardo mental e ausência de HSPI. Por outro lado, a probabilidade do teste apresentar um resultado negativo para quem não tem o retardo é chamado especificidade. Então, um ponto de corte é ideal, quando ele apresenta alta taxa de discriminação da amostra (ASC) e alta probabilidade do teste se apresentar sensível e específico para determinada população.

Estatisticamente, calculou-se o valor da área sob a curva ROC (ASC), que corresponde ao valor da probabilidade do teste discriminar as diferenças entre as amostras DRM e NC. Swet (1988) propôs uma categorização dos valores para a área sob a curva ROC, sendo: não informativo (ASC=0,5); de acurácia baixa (valores entre 0,5 e 0,7); de acurácia moderada (valores entre 0,7 e 0,9) e de acurácia alta (valores superiores a 0,9). De acordo com a Tabela

26, o acurácia do teste é alta, uma vez que a ASC apresenta-se com uma probabilidade de 0,93 e $p < 0,001$.

Tabela 26 - Área sob a curva (ASC) encontrada para os Grupos NC e DRM.

ASC	Erro padrão	P	95% Intervalo de confiança	
			Limite Máx.	Limite Min.
0,93	0,03	0,00	0,87	0,98

Fonte:Elaboração própria.

A Tabela 27 apresenta a sensibilidade e a especificidade a partir do Escore Geral do SPST. A escolha do ponto de corte foi feito através da razão entre a sensibilidade e especificidade, de modo que quanto mais perfeita fosse, ou seja, mais se aproximasse de 1 a proporção entre eles, mais pertinente seria o ponto de corte. Logo, quando $S/E = 1$, equilíbrio entre sensibilidade e especificidade; $S/E > 1$, maior a sensibilidade do teste e $S/E < 1$ maior a especificidade do teste.

Tabela 27 - Ponto de Corte a partir da proporção entre a Sensibilidade e a Especificidade do SPST

Ponto de corte	Sensibilidade	Especificidade	Proporção sensibilidade/especificidade
-1	1,00	0,00	-
1	1,00	0,28	3,62
2	1,00	0,36	2,76
3	1,00	0,47	2,14
4	1,00	0,49	2,04
5	1,00	0,53	1,88
6	1,00	0,55	1,81
8	1,00	0,57	1,74
9	1,00	0,60	1,68
10	1,00	0,66	1,52
11	1,00	0,72	1,38
12	1,00	0,74	1,34
13	1,00	0,77	1,31
14	0,90	0,79	1,14
15	0,90	0,85	1,06
16	0,83	0,85	0,98
17	0,73	0,87	0,84
19	0,70	0,89	0,78
20	0,53	0,94	0,57
21	0,50	0,98	0,51
22	0,37	0,98	0,37
23	0,30	0,98	0,31
24	0,27	0,98	0,27
25	0,10	1,00	0,10
26	0,03	1,00	0,03
27	0,00	1,00	0,00

Fonte: Elaboração própria.

Nota: Em negrito ponto de corte escolhido, bem como a especificidade, sensibilidade e proporção entre os mesmos.

Na tabela de dupla contingência (Tabela 28) observa-se a distribuição dos indivíduos de acordo com o ponto de corte $PT=16$, sendo: $a+b=$ todos os indivíduos com ausência de reações socialmente habilidosas; $c+d=$ todos os indivíduos com a presença de reações habilidosas; $a+c=$ todos os indivíduos com DRM e $b+d =$ todos os indivíduos NC.

Segundo Fialho (2005), a utilização da tabela de contingência permite explorar

probabilisticamente diversos parâmetros ou características de desempenho de um teste, que definem sua validade diagnóstica de critério. Além de ser possível calcular a sensibilidade e a especificidade pela curva ROC, através do SPSS, pode-se calcular os mesmos parâmetros através da fórmula: $S_n = a/a+c$ para sensibilidade, e $E = b/b+d$, usando a mesma tabela, de acordo com a Tabela 28. Além disso, a tabela de dupla contingência permite verificar o valor preditivo positivo e negativo do teste, bem como as taxas de falso positivo e falso negativo.

Ainda para Fialho (2005), a movimentação do ponto de corte escolhido para dicotomizar os desfechos alteram a sensibilidade, a especificidade, e os valores preditivos positivo e negativo do teste, daí, a importância de se estabelecer por quê, de que forma e para quê o teste é usado.

Tabela 28 - Modelo de Cálculos de TFN, TFP, VPN e VPP.

SPST/RSH	DRM		Total
	Presente	Ausente	
Negativo	40	5	45
Positivo	7	25	32
Total	47	30	77

Fonte: Elaboração própria.

Pela utilização dos dados apresentados na Tabela 28 é possível calcular os valores da TFN, TFP, VPN e VPP. A taxa de falso negativo (TFN) é a probabilidade do indivíduo não ter DRM e não apresentar reações habilidosas, cuja fórmula é $TFN = b / (b + d) = 0,17$, a taxa de falso positivo (TFP) é a probabilidade de o indivíduo apresentar DRM e reações habilidosas no SPST, a fórmula é $TFP = b / (b + d) = 0,15$. O valor preditivo positivo (VPP) é definido como a percentagem de pessoas com resultados de testes positivos que realmente tem reações habilidosas e neste caso a maioria não possui o DRM, sendo calculado pelo $VPP = d / (c + d) = 0,78$. E por fim, o valor preditivo negativo (VPN) que é definido pela porcentagem de pessoas com resultados negativos no teste e a maioria delas apresentarem DRM, cuja fórmula $VPN = a / (a + b) = 0,89$.

Tabela 29 - Ponto de Corte – Grupos NC e DRM

		Pontuação total	N	%
NC	Ausência de DRM e Ausência de Reações Habilidosas	13	3	10,00
		15	2	6,67
	Ausência de DRM Presença de Reações Habilidosas	16	3	10,00
		18	1	3,33
		19	5	16,67
		20	1	3,33
		21	4	13,33
		22	2	6,67
		23	1	3,33
		24	5	16,67
		25	2	6,67
		26	1	3,33
		Total	30	100,00
DRM	Presença de DRM Ausência de Reações Habilidosas	0	13	26,00
		1	4	8,00
		2	5	10,00
		3	1	2,00
		4	2	4,00
		5	1	2,00
		7	1	2,00
		8	1	2,00
		9	3	6,00
		10	3	6,00
		11	1	2,00
		12	1	2,00
		13	1	2,00
		14	3	6,00
	Presença de DRM Presença de Reações Habilidosas	16	1	2,00
		18	1	2,00
		19	2	4,00
Total	20	2	4,00	
	24	1	2,00	
Total	47	94,00		
Missing	3	6,00		
	50	100,00		

Fonte:Elaboração própria.

O estabelecimento do ponto de corte é importante para visualizar a partir do escore total obtido no SPST em qual quadrante o indivíduo se encontra. O ponto de corte pode ser modificado de acordo com o objetivo da utilização do instrumento, sendo assim ele pode estar melhor “calibrado” para especificidade (valores menores do que 1) ou para sensibilidade (valores maiores que 1). A Tabela 29 indica como ponto de corte o escore 16, com maior equilíbrio entre especificidade e sensibilidade. Utilizando-se o SPST para fins de seleção, há um interesse maior em falsos positivos, ou seja, indivíduos com DRM e com HSPI presentes. Por outro lado, o instrumento também é sensível para indicar indivíduos com DRM e HSPI ausentes, passíveis então, de THS.

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DOS ESTUDOS I E II

A partir dos resultados dos procedimentos realizados no Estudo I estabeleceram-se as classes e subclasses de HS contempladas nos itens (estórias) do SPST com base na revisão da literatura e da concordância entre juízes. Sendo assim, concluí-se que de acordo com o que preconiza Pasquali (2010), o pólo teórico da adaptação do SPST foi atendido, uma vez que se estabeleceu a fundamentação científica na qual o instrumento se baseia. Com isso cumpriu-se o objetivo de identificar e sistematizar as dimensões avaliadas pelo instrumento, após concluída a etapa de tradução. A inclusão dos desenhos às estórias dos SPST adicionou ao instrumento a categoria de estímulos visuais, onde havia apenas estímulos verbais. Esse procedimento conferiu ao SPST um maior nível de acessibilidade, garantindo maiores possibilidades de compreensão dos itens pelos indivíduos com DRM, a quem ele preconiza avaliar.

Ainda dentro do pólo teórico a operacionalização referente à equivalência conceitual e de itens, concluiu-se por manter os itens da versão original do teste, uma vez que houve um alto grau de concordância entre os juízes quanto à adequação, relevância e inteligibilidade dos mesmos, além de serem compreensíveis para a população-alvo, de acordo com a análise semântica. Já a sistemática de correção – MEPS-MR sofreu alteração quanto à adição do escore “0”, não contemplado na versão original. Esse procedimento é importante para dar margem à avaliação e mensuração de respostas cujo conteúdo não se aplicam a nenhuma daquelas contempladas na versão original e também em caso da não resposta ao item.

O Estudo II se constituiu em um estudo inicial para a investigação das propriedades psicométricas do SPST, a partir de uma amostra de 80 indivíduos adultos de ambos os sexos, com idades variando entre 18 e 50 anos, residentes em Belo Horizonte e Betim, divididos em dois grupos, um clínico, com indivíduos com diagnóstico de retardo mental (DRM) e um de controle (NC). O grupo clínico (DRM) compõe-se de 50 indivíduos adultos com diagnóstico de retardo mental (DRM) segundo a CID10, compreendido entre as categorias F70 e F71 (retardo mental leve e moderado). O grupo não clínico (NC) ficou composto por 30 indivíduos adultos sem o diagnóstico de retardo mental.

Cabe ressaltar que apesar do instrumento se destinar a pessoas com diagnóstico de retardo mental, optou-se por avaliar um grupo NC a fim de se verificar qual o padrão usual de respostas de uma amostra da população brasileira. Portanto, os grupos constituíram de amostras independentes.

Em estudos de adaptação de instrumentos psicológicos é usual a utilização de um

instrumento que funcione como “padrão ouro” para fins de comparação. Uma vez que, não há instrumentos de mensuração de HS e HSPI para a população com DRM registrados junto ao CFP, utilizou-se o SMHSC-Del Prette, mesmo este sendo delineado apenas para o público infantil e sem retardo mental. Essa decisão foi tomada após a análise dos itens do SMHSC-Del Prette, julgando-os adequados para o público em questão. Devido às limitações cognitivas do público testado, é necessário levar em consideração o vocabulário, a formatação, a configuração das tarefas, o SMHSC mostrou-se de fácil entendimento e compreensão, características que um teste para adultos sem diagnóstico de retardo mental provavelmente não teria. Além disso, considerou-se que o indivíduo com retardo mental, pode apresentar uma idade mental inferior a sua idade cronológica.

O desempenho dos grupos no SPST foi muito distinto, enquanto que para o grupo NC a nota máxima foi alcançada em todas as estórias, no grupo DRM esse fato ocorreu nas estórias 3, 4, 5 e 6. Esse dado, somado ao estudo de variabilidade da resposta, pode-se concluir que as estórias 1, 2 e 6 apresentam maior nível de dificuldade, uma vez que ambas avaliam assertividade, nesse fator o grupo DRM apresentou menor competência social. Esse dado é confirmado, uma vez que para esse grupo a nota “0” apareceu em todas as estórias, ao contrário do grupo NC que apresentou escore “0” apenas nas estórias 2 e 6. Esses resultados vão ao encontro do que se preconiza na literatura no que diz respeito a déficits de HS e fatores associados (DEL PRETTE e DEL PRETTE, 2006, 2007; BOLSONI-SILVA e MARTURANO, 2002; FREITAS, 2008).

Nas análises das dificuldades apresentadas pelos indivíduos nas HSPI, os déficits são classificados a partir de três fatores. O primeiro é considerado déficit de aquisição e é uma desvantagem inferida a partir de uma não ocorrência de uma RSH diante de uma demanda social, o que é comum em pessoas com DRM, em função da não aprendizagem do padrão de respostas consideradas socialmente habilidosas em decorrência não só da deficiência cognitiva, mas principalmente pela exclusão social vivida por essas pessoas (HARTUP 1989; BARNETT, 1992; HOFFMAN, 1992; THOMPSON 1992; DUBAR, 1998). Ao cruzar os escores nos indicadores *Frequência e Adequação* do SMHSC esse fato fica evidente, levantando-se a hipótese de que pessoas com DRM emitem RSH porque desconhecem a adequação dos comportamentos em dadas situações. O segundo fator é denominado déficit de desempenho e é obtido com base em indicadores de frequências inferiores àquelas esperadas em RSH. O desempenho do grupo DRM no indicador *Frequência* do SMHSC – Del Prette foi pior do que o do grupo NC, o que pode ser explicado pelos problemas de comportamento apresentado pelo primeiro grupo, somado à ausência de feedback e falhas de reforçamento

(EISLER, MILLER e HERSEN 1973; SELIGMAN, 1977; WEBER, VIEZZER e BRANDENBURG, 2004). O terceiro fator é tido como déficit de fluência e se baseia em indicadores de ocorrência de RSH com proficiência menor daquela esperada frente à demanda ambiental. Esse último fator é intimamente ligado à competência social e no caso de pessoas com DRM, o desempenho é comprometido por déficits nos processos cognitivos que não são eficazes como mediadores para avaliar conseqüências prováveis para diferentes comportamentos emitidos (LADD e MIZE, 1983; DEL PRETTE e DEL PRETTE, 1999, 2006).

Estudos anteriores (SPICACK, PLATT e SHURE, 1976; SMITH e GREENBERG, 1980; CASTLES e GLASS, 1986; MATHIAS e NETTLEBECK, 1992; BIELECKI e SWENDER, 2004) indicam associações de magnitude fraca-moderada entre HSPI e inteligência, entretanto com a amostra NC desse estudo houve uma associação nula. Embora os indivíduos do grupo NC apresentem um baixo desempenho no G-36, eles apresentaram melhores performances no SPST e no SMHSC. Essa diferença pode ocorrer em virtude de três fatores:

a) indivíduos do grupo NC tendem a emitir respostas dentro do padrão de desejabilidade social, apresentando assim, respostas que não são fidedignas ao padrão de comportamento do indivíduo;

b) pessoas do grupo DRM, em virtude de um perfil de maior ingenuidade, apresentam respostas fora do padrão socialmente aceito;

c) em consonância com os escores *Frequência e Adequação* do SMHSC, indivíduos do grupo DRM não emitem respostas socialmente habilidosas por desconhecerem, não entenderem ou introjetarem as regras e normas do bom convívio social. Além do mais, durante a coleta de dados, foi verificado padrões de respostas que indicavam que indivíduos do grupo DRM não compreendiam o enunciado das questões, e também não reivindicavam entendimento, emitindo respostas repetitivas, estereotipadas.

Quanto à precisão do SPST, o teste se mostrou altamente preciso a partir dos altos índices do Alpha de Cronbach, confirmados pelo Guttman. A dimensionalidade do teste foi observada a partir da AFE do SPST, no qual a tarefa se mostrou unidimensional, podendo-se concluir que os itens representam fortemente o fator HSPI.

O procedimento da curva ROC também constituiu uma evidência de validade, no qual o SPST mostrou-se altamente discriminativo para grupo DRM e o grupo NC. Essa conclusão foi feita a partir da alta acurácia da tarefa observada a partir da área sob a curva Roc que foi acima de 0,90%.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação apresenta dois estudos preliminares para a adaptação e levantamento de evidências de validade do SPST para a população de adultos com diagnóstico de retardo mental leve e moderado das cidades de Belo Horizonte e Betim. Por se tratar de estudos iniciais, exploratórios e que se limitam ao alcance e formato de uma dissertação de mestrado, não se pressupõe que os resultados apresentados sejam definitivos, principalmente em função da pequena amostra sobre a qual os estudos foram conduzidos. Os dois estudos contribuíram para fornecer uma versão inicial do SPST, permitindo assim, que estudos futuros sejam realizados para o estabelecimento de normas para o teste, bem como sua validade preditiva ser feita em estudos posteriores e de preferência com uma amostra maior dessa população. Além disso, o banco de dados formado a partir dessa dissertação pode servir como base de comparação para estudos posteriores que utilizem a aplicação deste teste em outras populações.

Ressalta-se que não foram realizados estudos comparativos entre os indivíduos da amostra a partir das comorbidades apresentadas. Esse fato deve ser considerado, uma vez que o grupo com diagnóstico de retardo mental apresentava outras síndromes e transtornos, como síndrome de down, autismo e paralisia cerebral, dentre outras, fatores que podem alterar o funcionamento de habilidades sociais e não foram considerados nesse estudo.

Para a adaptação do SPST foram seguidas as recomendações da Comissão Internacional de Testagem (ITC, 2001) e as definições da Resolução nº002/2003 do Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2003), com todos os cuidados necessários para garantir a equivalência entre a versão original e a versão adaptada, a fim de que a validade e a fidedignidade do teste não fossem comprometidas.

A partir do levantamento da literatura, verificou-se que os estudos referentes à avaliação de HS e HSPI para a população de pessoas com retardo mental na idade adulta no Brasil são praticamente inexistentes, o que confere relevância e um teor de inovação ao presente trabalho. Outro ponto que merece destaque é a adaptação de um instrumento que avalie o indivíduo a partir do seu próprio relato e não de informações de familiares, cuidadores ou outros profissionais que atuem junto dele, conferindo maior autonomia à pessoa com retardo mental na avaliação de HSPI.

Além disso, o SPST pode auxiliar para a inserção dessa população no mercado de trabalho, conferindo maior credibilidade aos processos de seleção a partir de utilização de instrumentos validados e normatizados para esse público. Conforme abordado no referencial teórico, a participação de pessoas com retardo mental nos diversos espaços sociais é muito reduzida (SASSAKI,1998; BATISTA e ENUMO, 2004; BARRETO, 2007; PEREIRA, 2007; FREITAS 2008) e ainda mais no contexto do trabalho, que apresenta índices de empregabilidade muito reduzidos, quando comparados a outras deficiências (Retratos da Deficiência no Brasil FGV/FBB 2006; População com Deficiência no Brasil - Fatos e Percepções, FEBRABAN 2006; NERI, 2004).

Essa condição é agravada pelas dificuldades de mensuração de habilidades junto a essa população (MIRANDA, 2001; NAKAMURA, 2003). Nesse sentido, o SPST pode reduzir essa lacuna, auxiliando os psicólogos que atuam na área de recrutamento e seleção nas organizações.

Outra vantagem que a avaliação de HS e principalmente de HSPI possui é de fornecer subsídios para intervenções junto ao indivíduo, incrementando assim a área de THS. Nesse sentido, como já foi comprovado por Castles e Glass (1986.), o SPST pode ser utilizado na modalidade teste-reteste, funcionando como diagnóstico para intervenção e também como balizador de resultados após o THS.

REFERÊNCIAS

ADAD, Miguel A.; CASTRO, Rodrigo de; MATTOS, Paulo. Aspectos neuropsicológicos da esquizofrenia. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 22, p. 31-34, 2000.

ADLER, Ronald B.; TOWNE Neil. *Comunicação Interpessoal*. 9ª.Ed.Rio de Janeiro: LTC, 2002.

ALEXIOU, George A.; SFAKIANOS, George; PRODROMOU, Neofytos. Dandy-Walker malformation: analysis of 19 cases. **Journal of child neurology**, v. 25, n. 2, p. 188-191, 2010

ALMEIDA, Ana Maria Tomás. As relações entre pares em idade escolar. Um estudo de avaliação da competência social pelo método Qsort. Tese de Doutorado, Escola de Psicologia, Universidade do Minho, Braga, Portugal, 1997.

AMERICAN ASSOCIATION ON MENTAL RETARDATION. Retardo mental: definição, classificação e sistemas de apoio. trad/Magda França Lopes. 10ª.ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Referência rápida aos critérios diagnósticos do DSM-IV-TR./ trad.Maria Cristina Ramos Gularte. 4ª.ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

ANDRADA, M.G. Paralisia cerebral - O estado da arte no diagnóstico e intervenção. **Revista Medicina Física e de Reabilitação**, 5, 15-20, 1997.

ANDRADE, Laura Helena Silveira Guerra de; GORENSTEIN, Clarice. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. **Rev. psiquiatr. clín.(São Paulo)**, p. 285-90, 1998.

ANGÉLICO, Antonio Paulo. Estudo descritivo do repertório de habilidades sociais de adolescentes com síndrome de Down. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, SP, 2004.

ANTONIAZZI, Adriane Scomazzon; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco; BANDEIRA, Denise

Ruschel. O conceito de coping: uma revisão teórica. **Estudos de psicologia (Natal)**, v. 3, p. 273-294, 1998.

ARANHA, Maria Salete Fábio. Integração social do deficiente: análise conceitual metodológica. **Temas em psicologia**, v. 3, n. 2, p. 63-70, 1995.

ARANHA, Maria Salete Fábio. Valores e Paradigmas que permeiam a atenção às pessoas com Deficiência na sociedade brasileira. Conferência apresentada no Congresso do Ministério Público do Trabalho, São Paulo, 2001.

ARAÚJO, Sandra Lúcia Silva. O processo de solução de problemas em crianças com deficiência mental leve: a relação entre o real e o virtual. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 11, n. 03, p. 395-408, 2005.

ARGYLE, Michael; KENDON, Adam. The experimental analysis of social performance. In: **Advances in experimental social psychology**. Academic Press, p. 55-98, 1967.

ARGYLE, Michael. The development of applied Social Psychology. Londres: Acad. Press, 1980.

ARGYLE, Michael. The nature of social skill. In: **Social Skills and Health (Psychology Revivals)**. Routledge, p. 1-30, 2013.

Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP. Critério de Classificação Econômica Brasil – CCEB – Dados com base no levantamento socioeconômico 2005-IBOPE, 2008. Disponível em: <http://www.abep.org>.

BANDEIRA, Marina; IRENO, Esther de Matos. Reinserção social de psicóticos: avaliação global do grau de assertividade, em situações de fazer e receber crítica. **Psicologia: Reflexão e crítica**, v. 15, p. 665-675, 2002.

BANDEIRA, Marina et al. Validação das escalas de habilidades sociais, comportamentos problemáticos e competência acadêmica (SSRS-BR) para o ensino fundamental. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 25, p. 271-282, 2009.

BANDEIRA, Marina *et al.* Comportamento assertivo e sua relação com ansiedade, locus de controle e auto-estima em estudantes universitários. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 22, p. 111-121, 2005.

BARNETT, M. A.; EISENBERG, N.; STRAYER, J. Empatía y respuestas afines en los niños. **La empatía y su desarrollo**, p. 163-180, 1992.

BARRETO, Simone de Oliveira. Habilidades sociais na comorbidade entre dificuldade de aprendizagem e problemas de comportamento: uma avaliação multimodal. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, Brasil, 2007.

BATISTA, Marcus Welby; ENUMO, Sônia Regina Fiorim. Inclusão escolar e deficiência mental: análise da interação social entre companheiros. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 9, p. 101-111, 2004.

BESAG, Frank MC. Behavioral aspects of pediatric epilepsy syndromes. **Epilepsy & Behavior**, v. 5, p. 3-13, 2004.

BIELECKI, Joanne; SWENDER, Stephen L. The assessment of social functioning in individuals with mental retardation: A review. **Behavior Modification**, v. 28, n. 5, p. 694-708, 2004.

BOCCALANDRO, E. R. G-36 Teste não verbal de inteligência: Manual de instruções. Manual. 5ª.Ed. São Paulo: Vetor, 2003.

BOLSONI-SILVA, Alessandra Turini; MARTURANO, Edna Maria. Práticas educativas e problemas de comportamento: uma análise à luz das habilidades sociais. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 7, p. 227-235, 2002.

BRADDOCK, David. *Opening Closed Doors: The Deinstitutionalization of Disabled Individuals*. 1977.

BRADLEY, Valerie J. *Deinstitutionalization of developmentally disabled persons: A*

conceptual analysis and guide. (No Title), . Baltimore, Maryland: University Park Press, 1978.

BRAMLETT, R.K.; SMITH, B.L.; EDMONDD, J. A comparison of nonreferred, learning-disabled, and mildly mentally retarded, learning-disabled, and social skills rating system. *Psychology in the Schools*, 31,1, 13-19, 1994.

DO BRASIL, Senado Federal. Constituição da república federativa do Brasil. **Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico**, 1988.

BRASIL. Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre apoio à pessoa portadora de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional da Pessoa Portadora de Deficiência – CORDE, institui a tutela jurisdicional de interesse coletivo ou difuso dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes e dá outras providências. Brasília, 24 nov., 1989.

BRASIL. Decreto no. 129, de 22 de maio de 1991. Promulga a Convenção nº 159, da Organização Internacional do Trabalho - OIT, sobre Reabilitação Profissional e Emprego de Pessoas Deficientes. Brasília: DOU, 23 mai. 1991a.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria de Educação Especial. Política Nacional de Educação Especial. Livro 1. Brasília, a Secretaria, 1994.

BRASIL. Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção e dá outras providências. Brasília: DOU, 20 dez. 1999.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde. Brasília: DOU, 06 abril. 2001.

BRASIL. Portaria nº 1.199, 28 de outubro de 2003. Aprova normas para a imposição da multa administrativa variável prevista no art. 133 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, pela infração ao art. 93 da mesma Lei, que determina às empresas o preenchimento de cargos com pessoas

portadoras de deficiência ou beneficiários reabilitados.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Inserção de deficientes no mercado de trabalho aumenta em 12% durante 2007. Disponível em <http://www.mte.gov.br/sgcnoticia.asp?IdConteudoNoticia=2095&PalavraChave=DEFICIENTES,%20INSERÇÃO,%20AÇÃO%20FISCAL>

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência no Sistema Único de Saúde: Planejamento e Organização de Serviços. Brasília, SAS/CAGE, 1993.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego, Secretaria de Inspeção do Trabalho. A inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho. 2.ed. Brasília: 2007

BRONFENBRENNER, Urie. **A ecologia do desenvolvimento humano**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

BUENO, José Maurício Haas; OLIVEIRA, Sandra Maria da Silva Sales; OLIVEIRA, José Carlos da Silva. Um estudo correlacional entre habilidades sociais e traços de personalidade. **Psico-usf**, v. 6, p. 31-38, 2001.

CABALLO, Vicente E. **Manual de evaluación de entrenamiento de las habilidades sociales**. Madri: Siglo Veintiuno, 1997.

CABALLO, V. E. O treinamento em habilidades sociais. In: V. E. Caballo (Org.), **Manual de Técnicas de Terapia e Modificação de Comportamento**. São Paulo: Santos, 1996.

CARDOSO, Juliana et al. Dandy-Walker syndrome in adult mimicking myasthenia gravis. **Arquivos de neuro-psiquiatria**, v. 65, p. 173-175, 2007.

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

CARVALHO, Erenice Natália Soares; MACIEL, Diva Maria Moraes de Albuquerque. Nova

concepção de deficiência mental segundo a American Association on Mental Retardation-AAMR: sistema 2002. **Temas em Psicologia**, v. 11, n. 2, p. 147-156, 2003.

CASTLES, E. E.; GLASS, C. R. Empirical generation of measures of social competence for mentally retarded adults. **Behavioral Assessment**, v. 8, n. 4, p. 319-330, 1986.

CECCONELLO, Alessandra Marques; KOLLER, Sílvia Helena. Competência social e empatia: um estudo sobre resiliência com crianças em situação de pobreza. **Estudos de psicologia (Natal)**, v. 5, p. 71-93, 2000.

CHAPMAN, Tammy; STORMONT, Melissa; MCCATHREN, Rebecca. What every educator should know about Landau-Kleffner syndrome. **Focus on autism and other developmental disabilities**, v. 13, n. 1, p. 39-44, 1998.

COMREY, Andrew L.; LEE, Howard B. **A first course in factor analysis**. Psychology press. Hillsdale, NJ.: Lawrence Erlbaum Associates, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução CFP Nº 002/2003 - *Define e regulamenta o uso, a elaboração e a comercialização de testes psicológicos e revoga a Resolução CFP nº 025/2001*. Retirado em <http://www.pol.org.br>.

CROW, Timothy J. Is schizophrenia the price that Homo sapiens pays for language?. **Schizophrenia research**, v. 28, n. 2-3, p. 127-141, 1987.

DAVIS, Mark H.; OATHOUT, H. Alan. Maintenance of satisfaction in romantic relationships: Empathy and relational competence. **Journal of personality and social psychology**, v. 53, n. 2, p. 397, 1987.

DEL PRETTE, Zilda Aparecida Pereira; DEL PRETTE, Almir. Inventário de Habilidades Sociais (IHS-Del-Prette): Manual de aplicação, apuração e interpretação. 4ª Ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009.

DEL PRETTE, Almir; DEL PRETTE Zilda Aparecida Pereira. Psicologia das relações interpessoais: vivências para o trabalho em grupo. In: **Psicologia das relações interpessoais:**

vivências para o trabalho em grupo. 5ª. Ed. Petrópolis, RJ:Vozes, p. 231-23, 2007.

DEL PRETTE, Almir; DEL PRETTE Zilda Aparecida Pereira. Habilidades sociais: Conceitos e campo teórico-prático, 2006. Texto on-line: www.rihs.ufscar.br

DEL PRETTE, Almir; DEL PRETTE Zilda Aparecida Pereira. Habilidades Sociais na Infância: Teoria e Prática. Petrópolis, RJ:Vozes, 2005.

DEL PRETTE, Almir; DEL PRETTE Zilda Aparecida Pereira. Sistema Multimídia de Habilidades Sociais de Crianças: (SMHSC- Del Prette) manual. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

DEL PRETTE, Almir; DEL PRETTE Zilda Aparecida Pereira. Psicologia das relações interpessoais: Vivências para o trabalho em grupo. Petrópolis, RJ:Vozes, 2001.

DEL PRETTE, Almir; DEL PRETTE Zilda Aparecida Pereira. Psicologia das Habilidades Sociais.Terapia e Educação. São Paulo:Vozes, 1999.

DEL PRETTE, Almir; DEL PRETTE Zilda Aparecida Pereira. Habilidades Sociais: Uma área em desenvolvimento. Psicologia: Reflexão e Crítica, 9,2, 287-289, 1996.

DELMATER, Ronald J.; MCNAMARA, J. Regis. The social impact of assertiveness: Research findings and clinical implications. **Behavior modification**, v. 10, n. 2, p. 139-158, 1986.

DELISI, Lynn E. Is schizophrenia a lifetime disorder of brain plasticity, growth and aging?. **Schizophrenia research**, v. 23, n. 2, p. 119-129, 1997.

DIAMENT, Aaron. Encefalopatia crônica na infância (paralisia cerebral). IN: Diament A & Cypel A, editores. **Neurologia infantil**, v. 3, p. 781-798. São Paulo: Atheneu, 1996.

DINIZ, Debora. Dilemas éticos da vida humana: a trajetória hospitalar de crianças portadoras de paralisia cerebral grave. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 12, p. 345-355, 1996.

DUBAR, Claude. Trajetórias sociais e formas identitárias: alguns esclarecimentos conceituais e metodológicos. **Educação & Sociedade**, v. 19, p. 13-30, 1998.

DUNCAN, Dee et al. The relationship of self-injurious behavior and aggression to social skills in persons with severe and profound learning disability. **Research in developmental disabilities**, v. 20, n. 6, p. 441-448, 1999.

D'ZURILLA, Thomas J. Problem Solving Therapies, In Dobson, K. S. (ed.). Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies.(85-135) Guilford Press, New York, 1988.

D'ZURILLA, Thomas J.; GOLDFRIED, Marvin R. Problem solving and behavior modification. **Journal of abnormal psychology**, v. 78, n. 1, p. 107, 1971.

ELIAS, Luciana Carla dos Santos; MARTURANO, Edna Maria. Habilidades de solução de problemas interpessoais e a prevenção dos problemas de comportamento em escolares. **Vulnerabilidade e proteção**, 2004.

EISLER, Richard M.; HERSEN, Michel; MILLER, Peter M. Development of assertive responses: Clinical, measurement and research considerations. **Behaviour Research and Therapy**, v. 11, n. 4, p. 505-521, 1973.

FALCONE, Eliane. Habilidades sociais: para além da assertividade. **Sobre comportamento e cognição: questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas e em outros contextos**, v. 6, p. 211-221, 2000.

FEBRABAN. População com Deficiência no Brasil – Fatos e Percepções, 2006.

FEITOSA, Fabio Biasotto. Habilidades sociais e desempenho acadêmico: Processos cognitivos como moderadores e mediadores. Tese de Doutorado. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, Brasil. 2007.

FIALHO, P.P.A. Validade de Critério de Testes Neuropsicológicos na Avaliação de Pacientes com suspeita de Demência. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil, 2005.

FLORES-MENDOZA, Carmen; COLOM, Roberto. **Introdução à psicologia das diferenças individuais**. Artmed Editora, 2009.

FOLKMAN, Susan; LAZARUS, Richard S. An analysis of coping in a middle-aged community sample. **Journal of health and social behavior**, p. 219-239, 1980.

FONSECA, Vitor da. Educação Especial. Porto Alegre: Artes Médica, 1987.

FREITAS, L. C. Sistema de Avaliação de Habilidades Sociais (SSRS-BR) para crianças com retardo mental: validação e padrões normativos. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2008.

FLAUM, Michael et al. Effects of diagnosis, laterality, and gender on brain morphology in schizophrenia. **The American journal of psychiatry**, v. 152, n. 5, p. 704-714, 1995.

FUNDAÇÃO BANCO DO BRASIL; FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. Retratos da Deficiência no Brasil, 2006. Disponível em: www.fgv.br/cps.

GOFFMAN, Erving. Asylums. Chicago, Illinois: Aldine Publishing Company, 1962.

GOMES, Joaquim Benedito Barbosa. **Ação afirmativa e princípio constitucional da igualdade: o direito como instrumento de transformação social: a experiência dos EUA**. Renovar, 2001.

GOMIDE, Patrícia Inez Cruz. Estilos parentais e comportamentos anti-sociais. In: DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. (Eds.). Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem: Questões conceituais, avaliação e intervenção (pp. 21-60). Campinas, SP: Alínea, 2003.

GALDZICKI, Z.; SIAREY, R. Understanding mental retardation in Down's syndrome using trisomy 16 mouse models. **Genes, Brain & Behavior**, 2(3), 167-178, 2003.

GALDZICKI, Z.; SIAREY, R. Understanding mental retardation in Down's syndrome using trisomy 16 mouse models. **Genes, Brain and Behavior**, v. 2, n. 3, p. 167-178, 2003.

GREENSPAN, Stephen. Dandy-Walker syndrome. In: Health-related disorders in children and adolescents: A guidebook for understanding and educating (pp. 219-223). Washington, DC US: American Psychological Association, 1998.

GRESHAM, Frank M. Validity of social skills measures for assessing social competence in low-status children: A multivariate investigation. **Developmental Psychology**, v. 17, n. 4, p. 390-398, 1981.

GRESHAM, Frank M.; MACMILLAN, Donald L. Social competence and affective characteristics of students with mild disabilities. **Review of Educational Research**, v. 67, n. 4, p. 377-415, 1997.

GUIMARÃES, Marcelo Pinto. Acessibilidade. In: Seminário Internacional: Sociedade Inclusiva. PUC MINAS. Anais. Belo Horizonte, p. 117-122, 1999.

HANSSON, Robert O.; JONES, Warren H.; CARPENTER, Bruce N. Relational competence and social support. In: L. Wheeler, Revikew of personality and social psicology. Beverly Hills, CA: Sage, pp.265- 284,1984.

HAIR, Joseph F. et al. **Análise multivariada de dados**. Bookman editora, Porto Alegre: Artmed, 2005.

HARGIE, Owen; SAUNDERS, Christine; DICKSON, David. **Social skills in interpersonal communication**. Psychology Press - Londres: Routledge, 1987.

HARTUP, Willard W. Behavioral manifestations of children's friendships. Em T. J. Berndt e G. W. Ladd (Orgs.), Peer relationships in child development (pp.46-70). New York: Wiley & Sons, 1989.

HIDALGO, Carmen Gloria; ABARCA, N. M. Comunicación interpersonal: programa de entrenamiento en habilidades sociales. Santiago do Chile: Editorial Universitária, 1992.

HOFFMAN, Martin L. La aportación de la empatía a la justicia y al juicio moral. **La empatía**

y su desarrollo, p. 59-93. Bilbao: Desclée de Brower, 1992.

HOWLIN, Patricia. Psychological and educational treatments for autism. **The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines**, v. 39, n. 3, p. 307-322, 1998.

INSTITUTO ESTER ASSUMPCÃO Relatório de atividades de 2005. p.17, 2006.

IBGE - Fundação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2000: Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

ITC - Comisión Internacional de Tests. Diretrizes Internacionais para el uso de los tests. Colegio Oficial de Psicólogos, 2001.

KANNER, Leo. A history of the care and study of the mentally retarded. Springfield, Illinois: Charles C. T. Publisher, 1964.

KAUCHAKJE, Samira. Inclusão: uma perspectiva social e da conquista dos direitos. In: **Quevedo, AAF; Oliveira, JR e Mantoan, MTE. Mobilidade, Comunicação e Educação: Desafios à Acessibilidade. Campinas, SP, WVA Editora e Distribuidora Ltda**, p. 203-212, 1999..

KLEJN, M.V.L.B. Avaliação das condições escolares para o desenvolvimento de habilidades sociais em alunos com retardo mental. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, 2001.

KRYNSKI, Stanislaw. Novos rumos da deficiência mental. In: **Novos rumos da deficiência mental**. p. 281-281, 1983.

LADD, Gary W.; MIZE, Jacquelyn. A cognitive–social learning model of social-skill training. **Psychological review**, v. 90, n. 2, p. 127, 1983.

LANG, Peter J. et al. International affective picture system (IAPS): Instruction manual and affective ratings. **The center for research in psychophysiology, University of Florida**, 1999.

LOUREIRO MAIOR, I. M. M. A visão das Organizações não governamentais. Cadernos de pesquisa Políticas Públicas e Inclusão social n.7(CEPBRAP – Centro Brasileiro de Análise e Planejamento), 1997.

LUCKASSON, R et all (1992). Mental Retardation: Definition, classification, and systems of supports. 9a. ed. AAMR. Washington, DC, 1992.

MACIEL, H. F. Problemática da integração da pessoa deficiente mental educável no mercado de trabalho na área de artes gráficas no município do Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em Psicologia)-Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 1987.

MAIA FILHO, Heber de Souza; COSTA, Célia Regina Machado da; GOMES, Marleide da Mota. Epilepsia e saúde mental na infância. **Journal of epilepsy and clinical neurophysiology**, v. 12, p. 78-88, 2006.

MAIOR, I. L. et al. Estudo de prevalência de incapacidades no município de Niterói. **Niterói: Associação Fluminense de Reabilitação**, 1994.

MARGIS, Regina et al. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. **Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 25, p. 65-74, 2003.

MASI, Gabriele; PFANNER, Pietro; MARCHESCHI, Mara. Depression in adolescents with mental retardation: A clinical study. **The British Journal of Development Disabilities**, v. 44, n. 87, p. 112-118, 1998.

MATHIAS, Jane L.; NETTELBECK, Ted. Reliability of seven measures of social intelligence in a sample of adolescents with mental retardation. **Research in Developmental Disabilities**, v. 13, n. 2, p. 131-143, 1992.

MATSON, Johnny L.; SMIROLDO, Brandi B.; BAMBURG, Jay W. The relationship of social skills to psychopathology for individuals with severe or profound mental retardation. **Journal of Intellectual and Developmental Disability**, v. 23, n. 2, p. 137-145, 1998.

MAZZOTTA, S. J. M. *Educação Especial no Brasil: Histórias e Políticas Públicas*. São Paulo:

Cortez, 1996.

MAYER, Richard E. *Cognição e aprendizagem humana*. São paulo: Editora, 1981.

MCCONKEY, Roy; CASSIDY, Arlene. Working with families who have children with autism spectrum conditions. **Learning Disability Practice (through 2013)**, v. 13, n. 2, p. 19, 2010.

MENDES, Enicéia Gonçalves. Construindo um “locus” de pesquisas sobre inclusão escolar. IN: Mendes, E.G.(org) **Temas em educação especial: avanços recentes**. São Carlos: Ed. UFSCar pp. 221-230, 2004.

MENDONÇA, Márcio Moreira. Retardo Mental. **FONSECA, LF; PIANETTI, G.; XAVIER, CC Compêndio de Neurologia Infantil**. Belo Horizonte: Editora Médica e Científica Ltda.(MEDSI), 2002.

MERRELL, Kenneth W. et al. Social competence of students with mild handicaps and low achievement: A comparative study. **School Psychology Review**, v. 21, n. 1, p. 125-137, 1992.

MIRANDA, Theresinha Guimarães. Educação profissional de pessoas portadoras de necessidades especiais. **Caderno CRH**, v. 14, n. 34, 2001.

MOSCOVICI, Fela *et. al.* **Equipes dão certo: a multiplicação do talento humano**. Editora José Olympio. Rio de Janeiro, 1994.

MUESER, Kim T. et al. Prediction of social skill acquisition in schizophrenic and major affective disorder patients from memory and symptomatology. **Psychiatry Research**, v. 37, n. 3, p. 281-296, 1991.

MURRAY, R. M.; REVELEY, A. M.; LEWIS, S. W. Family history, obstetric complications and cerebral abnormality in schizophrenia. **Handbook of schizophrenia**, v. 3, p. 563-577, 1988.

NAKAMURA, Eunice Kimie Kyosen. O trabalho de pessoas com restrições oriundas de deficiências em instituições bancárias. Tese de Doutorado. Programa de Pós Graduação em

Engenharia de Produção. Universidade Federal de Santa Catarina, 2003.

NERI, Marcelo Côrtes; SOARES, Wagner Lopes. Idade, incapacidade e o número de pessoas com deficiência. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 21, n. 2, p. 303-321, 2004.

NEZU, Arthur M. A problem-solving formulation of depression: A literature review and proposal of a pluralistic model. **Clinical Psychology Review**, v. 7, n. 2, p. 121-144, 1987.

OMS - Organização Mundial da Saúde. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID 10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas./ trad. Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000

OMS - Organização Mundial da Saúde. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde/trad.Cássia Maria Buchalla.São Paulo:Univ.São Paulo, 2003

ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Programa de ação mundial para as pessoas com deficiência.São Paulo: CEDIPOD – Centro de Documentação e Informação do Portador de Deficiência, 1992.

PACHECO, Janaína TB; TEIXEIRA, Marco AP; GOMES, William B. Estilos parentais e desenvolvimento de habilidades sociais na adolescência. **Psicologia: Teoria e pesquisa**, v. 15, p. 117-126, 1999.

PASQUALI, Luiz. Instrumentação psicológica-fundamentos e práticas (Artmed). **Porto Alegre**, 2010.

PASQUALI, Luiz. **Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação**. 2 ed. Editora Vozes Limitada, 2017.

PASQUALI, Luiz. Padronização dos testes psicológicos: as normas. **Técnicas de exame psicológico–TEP: manual**, p. 137-153, 2001.

PASQUALI, Luiz. Testes referentes a construto: teoria e modelo de construção. In. Pasquali, L. (Org.). **Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração**, p. 37-70. Brasília:

LabPAM, 1999.

PEREIRA, M.J. Habilidades Sociais e deficiência mental: comparando crianças com Síndrome de Down e crianças normais. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, Brasil, 2007.

PESSOTTI, Isaias. **Deficiência mental: da superstição à ciência**. TA Queiroz, 1984.

PLATT, Jerome J.; SPIVACK, George. Unidimensionality of the Means-Ends Problem-Solving (MEPS) procedure. **Journal of Clinical Psychology**, 1975.

PRALINE, Julien et al. Outcome at adulthood of the continuous spike–waves during slow sleep and Landau–Kleffner syndromes. **Epilepsia**, v. 44, n. 11, p. 1434-1440, 2003.

RIBEIRO, M. J. F. X.; COSTA, M. R.; ARAUJO, E. A. S. Competência social, técnicas de avaliação e de intervenção em treinamento de habilidades sociais: a integração necessária. **Sobre Comportamento e Cognição: expondo a variabilidade**, v. 16, p. 59-69, 2005.

RIBEIRO, Rafaela Larsen; POMPÉIA, Sabine; BUENO, Orlando Francisco Amodeo. Normas brasileiras para o International Affective Picture System (IAPS): comunicação breve. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 26, p. 190-194, 2004.

RIGATTI, Marcelo; TREVISOL-BITTENCOURT, Paulo Cesar. Causas de epilepsia tardia em uma clínica de epilepsia do Estado de Santa Catarina. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 57, p. 787-792, 1999.

ROSIN-PINOLA, Andréa Regina. Avaliação de professores sobre o repertório social e acadêmico de alunos com deficiência mental incluídos no ensino regular. Dissertação de Mestrado – Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, 2006.

ROTTA, Newra Tellechea. Paralisia cerebral, novas perspectivas terapêuticas. **Jornal de pediatria**, v. 78, p. S48-S54, 2002.

ROWE, John; LAVENDER, Anthony; TURK, Vicky. Cognitive executive function in Down's syndrome. **British Journal of Clinical Psychology**, v. 45, n. 1, p. 5-17, 2006.

Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, Sistema Nacional de Informações sobre Deficiência. Legislação Federal Básica na Área da Pessoa Portadora de Deficiência./compilação de Niusarete Margarida de Lima. Brasília: 2007.

SANSOSTI, Frank J. Teaching social skills to children with autism spectrum disorders using tiers of support: A guide for school-based professionals. **Psychology in the Schools**, v. 47, n. 3, p. 257-281, 2010.

SASSAKI, Romeu Kazumi et al. **Inclusão: construindo uma sociedade para todos**. Rio de Janeiro: Wva, 1998.

SCHWARTZMAN, José Salomão. Autismo infantil. In: **Autismo infantil**, p. 56-56, 1994.

SELIGMAN, M. E. P. Desamparo: Sobre depressão, desenvolvimento e morte (MTA Silva, Trad.). **São Paulo, SP: Edusp**, 1977.

SHURE, Myrna B. **I Can Problem Solve: An Interpersonal Cognitive Problem Solving Program. Kindergarten and Primary Grades**. Research Press, 2612 N. Mattis Avenue, Champaign, IL 61821, 1992.

SKINNER, Burrhus Frederic. Ciência e comportamento humano (8ª ed.). São Paulo: Maritns Fontes, 1993. (Texto original publicado em 1953).

SMITH, I. Leon; GREENBERG, Sandra. Dimensions underlying a hierarchically based assessment of social problem-solving. **American Journal of Mental Deficiency**, v. 84, n. 4, p. 411-414, 1980.

SPIVACK, George; PLATT, Jerome J.; SHURE, Myrna B. The problem-solving approach to adjustment. (No Title), 1976.

SULS, Jerry; DAVID, James P.; HARVEY, John H. Personality and coping: Three generations of research. **Journal of personality**, v. 64, n. 4, p. 711-735, 1996.

TELLEGEN, Peter; LAROS, Jaap. The construction and validation of a nonverbal test of intelligence: The revision of the Snijders-Oomen tests. **European Journal of Psychological Assessment**, v. 9, n. 2, p. 147-157, 1993.

TEN BERGE, Jos Mf; ZEGERS, Frits E. A series of lower bounds to the reliability of a test. **Psychometrika**, v. 43, p. 575-579, 1978.

THOMPSON, Roos A. Empatía y comprensión emocional: el desarrollo temprano de la empatía. **La empatía y su desarrollo**, p. 133-161. Bilbao, 1992.

THOMPSON, Simon BN. Examining Dementia in Down's Syndrome (DS) Decline in Social Abilities in DS Compared with Other Learning Disabilities. **Clinical Gerontologist**, v. 20, n. 3, p. 23-44, 1999.

VASCONCELOS, Marcio M. Retardo mental. **Jornal de pediatria**, v. 80, p. 71-82, 2004.

WEBER, Lidia Natalia Dobrianskyj; VIEZZER, Ana Paula; BRANDENBURG, Olivia Justen. O uso de palmadas e surras como prática educativa. **Estudos de psicologia (Natal)**, v. 9, p. 227-237, 2004.

WING, Lorna; GOULD, Judith. Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: Epidemiology and classification. **Journal of autism and developmental disorders**, v. 9, n. 1, p. 11-29, 1979.

WOLPE, Joseph. Psychotherapy by reciprocal inhibition: A reply to Dr Glover. **British Journal of Medical Psychology**, v. 32, n. 3, p. 232-235, 1959.

ANEXO A- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UFMG**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COEP****Parecer nº ETIC286/09****Interessado(a): Profa. Elizabeth do Nascimento****Depto. De Psicologia****Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas – UFMG****DECISÃO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP – aprovou, no dia 07 de outubro de 2009, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado “Adaptação do SPST – Teste de Solução de Problemas Sociais” bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Maria Teresa Marques Amaral".

**Prof. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG**

ANEXO B – AUTORIZAÇÃO ADAPTAÇÃO BSSA e SPST

----- Forwarded message -----

De: **Natalia Costa** <natines@gmail.com>

Date: ter., 4 de nov. de 2008 às 19:23

Subject: BSSA and SPST

To: Glass, Carol R <glass@cua.edu>

Dr. Carol R. Glass

I received the material (BSSA and SPST).

Thank you very much!

I would like you to send the authorization for the use and adaptation of the instrument for the brazilian population

When I finish the project of graduate master's I send for you.

Best regards.

Natália Inês Costa

>

> ----- Forwarded message -----

> From: *Carol Glass* <glass@cua.edu> <<mailto:glass@cua.edu>>>

> Date: 2008/11/4

> Subject: Re: BSSA and SPST

> To: Natalia Costa <natines@gmail.com> <<mailto:natines@gmail.com>>>

>

>

> Hi Natalia,

>

> You have my permission to translate these measures into Portuguese to

> use in your work in Brasil. I wish you all the best for your research!

>

> Regards,

> Carol Glass

>

ANEXO C – AUTORIZAÇÃO PARA USO E TRADUÇÃO SPST

SPST - natiaes@gmail.com Page 1 of 1

glass Procurar e-mail Pesquisar na web [Mostrar opções de pesq](#)
[Mostrar filtros](#)

[Sanskryttus Livros Raros](#) - www.sanskryttus.com.br - Fones (61) 30226989 - (61) 92423387 +de 6

[Voltar para Resultados da pesquisa](#) [Arquivar](#) [Denunciar spam](#) [Excluir](#) [Mover para a Caixa](#)

Mais ações

SPST Entrada x

Natália Costa para Carol [mostrar detalhes](#) 18/11/08 Responder

Dr. Carol R. Glass
Thank you for your permission to translate and use of SPST.
I would like to add non-verbal stimuli (pictures or photos) for greater accessibility and understanding of people with mental retardation.
What is your opinion?
You have articles about solving problems to include in my search?

Thank you for your valuable contribution.
- Mostrar texto das mensagens anteriores -

[responder](#) [Encaminhar](#)

Carol Glass para mim [mostrar detalhes](#) 18/11/08 Responder

I think adding pictures or photos for increasing clarity and understanding would be fine.
However, I no longer do research in this area and have not for many years. So unfortunately do not have other articles to help you in your literature search.

Regards,
Carol

----- Original Message -----
From: [Natália Costa](#)
To: [Glass, Carol R](#)
- Mostrar texto das mensagens anteriores -

[responder](#) [Encaminhar](#)

ANEXO D – ESTUDO PRELIMINAR DE ADAPTAÇÃO PARA A REALIDADE BRASILEIRA

AVALIAÇÃO DOS JUÍZES

Instrumento: SPST – TESTE DE SOLUÇÃO DE PROBLEMAS SOCIAIS

Original: SPST – SOCIAL PROBLEM SOLVING TEST

Autores: Castles e Glass – 1986

Prezado Juiz,

Você está convidado a colaborar no estudo em epígrafe avaliando os itens do instrumento conforme as instruções abaixo:

- 1º . Identificar os aspectos relacionados à resolução de problemas mensurados pelo instrumento.
- 2º . Avaliar o grau de adequação, relevância e inteligibilidade de cada item (estória), fazendo observações e considerações quando julgar necessário.
- 3º . Escolher a melhor sequência de estímulo visual para cada item.

OBS: Para proceder à avaliação encaminhamos juntamente com este arquivo, uma cópia do instrumento SPST já traduzido e duas apresentações em PDF contendo uma sequência de fotos (Fotos Juízes) e uma sequência de desenhos (Desenhos Juízes) para a sua escolha.

O Instrumento

O SPST – *Social Problem Solving Test* é um instrumento elaborado pelos pesquisadores Castles e Glass (1986) que apresenta seis situações problemas envolvendo duas ou mais pessoas num contexto social. As situações são colocadas para os indivíduos apresentando-se apenas o início e o final da estória. A partir desses dados, o indivíduo deverá apresentar a sua versão acerca do ocorrido após o início da estória, de modo que o desfecho apresentado tenha acontecido. As respostas são gravadas e posteriormente transcritas para avaliação.

No processo de adaptação do SPST optamos pela inclusão da apresentação do conjunto de fotografias ou desenhos que apresentam relações presenciais entre duas ou mais pessoas em um ambiente de acordo com o contexto e situações do SPST simultaneamente à narrativa de cada item.

Esse procedimento será realizado no intuito de facilitar a acessibilidade dos participantes aos estímulos do teste, através da exposição à informação em duas modalidades perceptivas (verbal e não verbal). Além disso, a apresentação em duas modalidades tende a minimizar as dificuldades relacionadas à exigência verbal e cognitiva do teste. Os autores do teste foram

previamente consultados, estando cientes quanto a essa alteração e enviaram autorização formal.

O SPST é um instrumento de resposta construída, onde o indivíduo é livre para formular sua resposta a partir de uma estória que lhe é contada e apresentada em figuras ou fotos.

Definição conceitual de resolução de problemas sociais:

Segundo Del Prette (2006) um problema interpessoal é um desequilíbrio na relação, quando uma das partes se sente prejudicada pela ação da outra ou uma discrepância entre a condição presente e a condição desejável de relacionamento com a outra(s) pessoa(s). E a solução de problemas sociais é um processo metacognitivo com a dupla função de levar a pessoa a: (a) conhecer seus próprios comportamentos, pensamentos e sentimentos; (b) alterar seu comportamento subsequente com base nesse conhecimento.

1. Abaixo construímos um quadro com 3 colunas: na primeira, elencamos as classes e subclasses das habilidades sociais que o instrumento pretende medir. Na segunda coluna apresentamos a definição de cada subclasse e na terceira enumeramos os itens do instrumento. **Sua tarefa consiste em identificar, por meio da marcação de um X, qual item do instrumento mede com maior intensidade a subclasse apresentada na primeira coluna.**

Classe e subclasse	Definição	Estória
Habilidade social: Assertivas, Direito e Cidadania Classe: Assertividade Subclasse: Fazer pedido e justificar-se	Reconhecer que uma necessidade do indivíduo somente pode ser satisfeita mediante a identificação e aceitação de outra pessoa. A condição do atendimento da necessidade a partir da possibilidade, forma, ocasião e justificativa do pedido.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 ()
Habilidade social: Assertivas, Direito e Cidadania Classe: Assertividade Subclasse: Interagir com autoridades	Iniciar e manter uma conversação garantindo a legitimidade da posição de autoridade do interlocutor.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 ()
Habilidade social: Assertivas, Direito e Cidadania Classe: Autocontrole e expansividade emocional Subclasse: Controlar o humor e tolerar frustrações	A habilidade de lidar com situações nas quais imperam conflitos e emoções negativas, reconhecendo e nomeando essas emoções, controlando a ansiedade e acalmando-se.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 ()
Habilidade social: Assertivas, Direito e Cidadania Classe: Assertividade Subclasse: Lidar com críticas, opinar, concordar ou discordar	A habilidade de lidar com críticas depende diretamente do controle emocional a fim de se avaliar a veracidade, a forma, a ocasião e o objetivo de modo a aceitá-la ou rejeitá-la mediante diálogo com o interlocutor.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 ()
Habilidade social: Comunicação e Expressão de Sentimento Positivo Classe: Empatia Subclasse: Iniciar, manter e encerrar conversação e fazer amizades	Aproximar-se da pessoa ou grupo no momento mais apropriado, apresentar-se, observar, ouvir, discriminar interesses, fazer perguntas, expressar sentimentos e reciprocidade.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 ()
Habilidade social: Assertivas, Direito e Cidadania Classe: Assertividade Subclasse: Manifestar opinião, concordar, discordar e negociar; Lidar com imprevistos	Lidar com divergências de opiniões respeitando o princípio de liberdade de expressão. Dialogar de modo a buscar soluções quando é necessário rever planos e expectativas.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 ()
Habilidade social: Assertivas, Direito e Cidadania Classe: Assertividade Subclasse: Expressar raiva e pedir mudança de comportamento	Expressão adequada dos sentimentos negativos de raiva e desagrado, acompanhado pelo pedido de comportamento por parte do interlocutor, que intencionalmente ou não, gerou esse sentimento. Referir-se ao comportamento do outro e não à sua pessoa, descrever o comportamento desejado, expressar sentimentos.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 ()

Classe e subclasse	Definição	Estória
Habilidade social: de Trabalho	Capacidade de formular uma demanda, levantar e avaliar alternativas, escolher uma alternativa e tomar de decisão	1 ()
		2 ()
Classe: Solução de Problemas		3 ()
		4 ()
Subclasse: Tomar decisões		5 ()
		6 ()

2. Agora, você avaliará a pertinência das três características indispensáveis na construção de um teste segundo Pasquali (1998):

2.1. Adequação da Formulação: o item deve ser objetivo, cobrindo comportamentos e características indicativas da ideia que se pretende referir. A adequação contempla a objetividade, o tamanho e a clareza do item (estória).

2.2. Relevância: o item deve ser consistente com o traço definido e com os outros itens que cobrem o mesmo atributo. O item não deve insinuar atributo diferente do definido. A relevância contempla a consistência, a coerência e o grau de importância do item no instrumento como um todo.

2.3. Inteligibilidade: o item deve ser inteligível até para o estrato mais baixo da população-meta, que neste estudo é o grupo clínico, composto por adultos com retardo mental. É desejável que contenha frases curtas, com expressões simples e inequívocas. Avalia-se neste tópico o vocabulário, a compreensão e a adequação do item (estória).

Com base nessas definições, avalie no quadro a seguir as instruções e as estórias do SPST por meio da atribuição de uma nota de 1 a 5:

Nota 1 para o item considerado “Ruim”,

Nota 2 para o item considerado “Regular”,

Nota 3 para o item considerado “Médio”,

Nota 4 para o item considerado “Muito Bom”,

Nota 5 para o item considerado “Ótimo”.


Elizabeth do Nascimento
Orientadora


Natália Inês Costa*
Mestranda

*Telefones de contato: 31. 3596-0366 e 9878-4186 – e-mail: natines@gmail.com.

ANEXO E – QUESTIONÁRIO SÓCIO-ECONÔMICO E DE SAÚDE

Nome: _____ **Data de hoje:** ___/___/___

1) Qual é seu gênero?

Masculino () Feminino ()

2) Qua a sua idade? _____

3) Como você se descreveria etnicamente/racialmente?

() Branco

() Pardo

() Negro (a)

() Indígena

() Amarelo(a)

() Outro. Qual? _____

4) Qua o seu estado civil?

() Solteiro (a)

() Morando junto com outra pessoa

() Casado(a)

() Divorciado(a)/Separado(a)

() Viúvo (a)

5) Quantos filhos você tem?

() nenhum () 1

() 2 () 3 ou mais

6) Qual sua religião atual?

() Católica

() Protestante (Evangélico)

() Espírita

() Islâmica

() Outro sistema de crenças. Qual? _____

() Nenhuma

7) Qual sua ocupação atual?

() Proprietário/Comércio ou Indústria

() Proprietário/ Empresa de serviço

() Proprietário/Rural

() Trabalhador/Comércio ou Indústria

() Trabalhador/Empresa de Serviço

() Trabalhador/Rural

() Funcionário Público

() Militar

8) Qual é sua maior qualificação acadêmica?

() Ensino Fundamental Completo

() Ensino Fundamental Incompleto

() Ensino Médio Incompleto

() Ensino Médio Completo

() Ensino Superior Incompleto

() Ensino Superior Completo

() Pós-graduação - Especialização

() Pós-graduação - Mestrado/Doutorado

9) Qual é a renda mensal total da família?

() Menor que 1 salário mínimo

() Entre 1 e 5 salários mínimos

() Entre 5 e 10 salários mínimos

() Entre 10 e 15 salários mínimos

() Acima de 15 salários mínimos

10) Quantas pessoas vivem destas rendas? _____

11) Faz uso regular de medicamentos?

() Não () Sim. Quais? _____

12) Possui alguma deficiência?

() Não () Sim. Quais? _____

13) Faz uso de algum aparelho, prótese ou órtese?

() Não () Sim. Quais? _____

14) Possui alguma doença crônica?

() Não () Sim. Quais? _____

15) Já foi internado alguma vez?

() Não () Sim. Por que? _____

16) Já sofreu algum acidente?

() Não () Sim. Quando? _____

17) Já fez ou faz algum acompanhamento psiquiátrico?

() Não () Sim. Qual o período? _____

18) Já fez ou faz acompanhamento neurológico?

() Não () Sim. Qual o período? _____

- () Profissional Autônomo (nível superior)
 () Aposentado/Pensionista
 () Trabalho informal
 () Outros. Qual? _____

19) Você fuma?

- () Não () Sim

19) Você bebe?

- () Não () Sim () ocasionalmente () regularmente
 () frequentemente

OBS: _____

21) Marque com “X” a condição apresentada de cada item.

Posse de itens	Não tem	Tem (Quantidade)			
		1	2	3	4 ou +
Televisores em cores					
Videocassete/DVD					
Rádios					
Banheiros					
Automóveis					
Empregadas mensalistas					
Máquinas de lavar					
Geladeira					
Freezer (independente ou 2a porta de geladeira)					

22) Quem é o chefe da família? _____

23) Grau de instrução do chefe de família

Marque com “X” uma das condições abaixo descritas:

Analfabeto/ até 3a Série Fundamental	
Até a 4a Série Fundamental	
Ensino Fundamental Completo	
Ensino Médio completo	
Ensino Superior Completo	