



HABILIDADES DE CONVERSAÇÃO EM ADULTOS COM ESQUIZOFRENIA

Carlos Melo-Dias

Junho, 2014

Porto



HABILIDADES DE CONVERSAÇÃO EM ADULTOS COM ESQUIZOFRENIA

Carlos Melo-Dias

Orientador:

**Professor-Doutor Carlos Fernandes da Silva
Professor Catedrático do Departamento de Educação
da Universidade de Aveiro**

Junho, 2014

Porto

*Tese de Doutoramento em Enfermagem,
apresentada no Instituto de Ciências da Saúde
da Universidade Católica Portuguesa, no Porto,
para a obtenção do grau de Doutor em Enfermagem.*

Agradecimentos

A todos os participantes anónimos dos grupos experimental e de controlo que permitiram que a investigação acontecesse!

A todos os/as colegas, amigos e familiares que contribuíram para a energia do meu funcionamento pessoal e social!

Em diferentes e diversos momentos, muitos e todos, vocês ajudaram-me, e por tudo isso vos fico imensamente grato!

LISTA DE SIGLAS

23QVS – 23 Questões para avaliação da Vulnerabilidade ao Stress
CHPC – Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra
DSM-IV – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais
EAE – Escala de avaliação da Autoeficácia Geral
PFGHC – Programa de formação de generalização de habilidades de conversação
GC – Grupo de Controlo
GE – Grupo Experimental
MARS – Escala de Adesão à Terapêutica
MHI – Inventário de Saúde Mental
PSP – Escala de Desempenho Pessoal e Social
QSS1 – Questionário das Situações Sociais 1ª Parte
QSS2 – Questionário das Situações Sociais 2ª Parte
RSL – Revisão Sistemática da Literatura
T1 – Tempo 1 de avaliação (Avaliação pré-formação)
T2 – Tempo 2 de avaliação (Avaliação pós-formação)
T3 – Tempo 3 de avaliação (Avaliação follow-up)
TPC – Trabalho Para Casa
ZUNG – Escala de Autoavaliação da Ansiedade

SUMÁRIO

RESUMO	6
1 – INTRODUÇÃO	8
2 – A CIRCUNSTÂNCIA DA PESSOA DOENTE COM ESQUIZOFRENIA – A DESVANTAGEM ACUMULADA	12
- Apresentação clínica –	14
- Impacto psicossocial na vida da pessoa e da sociedade –	19
- Vulnerabilidade(s) – Fatores de Risco -	22
- Teorias etiológicas -	27
3 – SOBRE A VULNERABILIDADE	34
4 – APRENDIZAGEM SOCIAL DE BANDURA, REVISITADA	42
5 – GENERALIZAÇÃO DE HABILIDADES DE CONVERSAÇÃO EM DOENTES COM ESQUIZOFRENIA – REVISÃO SISTEMÁTICA	49
Método da Revisão Sistemática.....	58
Resultados da Revisão Sistemática na generalização das habilidades de conversação em doentes com esquizofrenia.....	62
Discussão e Conclusão da revisão sistemática das investigações em generalização de habilidades de conversação em doentes com esquizofrenia	63
Síntese da pertinência para a Enfermagem da revisão da generalização das habilidades de conversação em doentes com esquizofrenia	72
6 METODOLOGIA	74
Síntese de considerações conceituais e metodológicas específicas à generalização de habilidades de conversação.....	74
Tipo de estudo	76
Finalidade	76
Objetivos	77
Questões de investigação	77
Hipóteses de investigação	77
Amostragem	78
Protocolo de Colheita de Dados e Instrumentos de avaliação	79
Programa de formação de generalização de habilidades de conversação em doentes com esquizofrenia	87
A) Estratégias de Ensino e Aprendizagem	87
B) Estratégia de operacionalização, motivação e gestão das sessões	94
C) Desenho das sessões da Formação de generalização de habilidades de conversação (PFGHC)	96
7 – RESULTADOS: ANÁLISE & DISCUSSÃO	112
Análise Descritiva dos Sujeitos Participantes no estudo.....	112
Análise Descritiva dos Sujeitos da Amostra	114
Análise Descritiva dos Resultados do T1 dos instrumentos de avaliação	116
Análise Descritiva e Comparativa dos Resultados de todos os Tempos (T1, T2, e T3) dos instrumentos de avaliação	119
Discussão Comparativa dos Resultados de todos os Tempos (T1, T2, e T3) dos instrumentos de avaliação de ambos os grupos: GE & GC	128
8 – CONCLUSÃO	134
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	139
ANEXOS.....	145

Índice de Gráficos

Gráfico 1- O risco (em média) de desenvolver esquizofrenia para familiares de uma pessoa com a doença	27
Gráfico 2 - MHI - Comparação de Médias entre GE & GC	119
Gráfico 3 - MARS - Comparação de Médias entre GE & GC	120
Gráfico 4 - ZUNG - Comparação de Médias entre GE & GC	121
Gráfico 5 - EAE - Comparação de Médias entre GE & GC	122
Gráfico 6 - 23QVS - Comparação de Médias entre GE & GC	123
Gráfico 7 - QSS1 - Comparação de Médias entre GE & GC	124
Gráfico 8 - QSS2 - Comparação de Médias entre GE & GC	125
Gráfico 9 - PSP - Comparação de Médias entre GE & GC	126

Índice de Esquemas

Esquema 1 - Alteração na volumetria das estruturas cerebrais	31
Esquema 2 - Alterações da densidade	31
Esquema 3 - Desconetividade(s)	32
Esquema 4 - Dessincronização	33
Esquema 5 - Processos que governam a aprendizagem por observação	45
Esquema 6 - Estudos de Caso e Quasi-Experimentais de Conversação com Desconhecido/a	64
Esquema 7 - Estudos com Desenho Quasi-Experimental	65
Esquema 8 - Estudos com Desenho Experimental	68

Índice de Ilustrações

Ilustração 1 - Seis Modelos Etiológicos	34
Ilustração 2 - Relação entre a Vulnerabilidade e os Acontecimentos stressores	36

Índice de Quadros

Quadro 1 - Estatística resumo da idade dos participantes	112
Quadro 2 - Estatística resumo do tempo de duração da doença	112
Quadro 3 - Distribuição absoluta e percentual do estado civil dos participantes nos grupos	112
Quadro 4 - Distribuição absoluta e percentual do nível de instrução dos participantes	113
Quadro 5 - Distribuição absoluta e percentual da situação perante o trabalho dos participantes	113
Quadro 6 - Estatística resumo da idade e do tempo de doença dos participantes	114
Quadro 7 - Distribuição absoluta e percentual da amostra Experimental & Controlo, e do estado civil	115
Quadro 8 - Distribuição absoluta e percentual do nível de instrução dos participantes	115
Quadro 9 - Distribuição absoluta e percentual da situação perante o trabalho	115
Quadro 10 - Resultado da aplicação do teste de normalidade com Shapiro-Wilk	116
Quadro 11 - Teste U de Mann-Whitney	117
Quadro 12 - Diferença de Médias e Medianas no T1	118
Quadro 13 - Resultados da aplicação do teste Friedman ao MHI para o GE & GC	119
Quadro 14 - Resultados da aplicação do teste Friedman à MARS para o GE & GC	120
Quadro 15 - Resultados da aplicação do teste Friedman à ZUNG para o GE & GC	121
Quadro 16 - Resultados da aplicação do teste Friedman à EAE para o GE & GC	122
Quadro 17 - Resultados da aplicação do teste Friedman à 23QVS para o GE & GC	123
Quadro 18 - Resultados da aplicação do teste Friedman à QSS1 para o GE & GC	124
Quadro 19 - Resultados da aplicação do teste Friedman à QSS2 para o GE & GC	125
Quadro 20 - Resultados da aplicação do teste Friedman à PSP para o GE & GC	126
Quadro 21 - Resultados da aplicação do teste Friedman à PSP (Domínios principais de funcionamento) para o GE & GC	127

Introdução

As pessoas com esquizofrenia sentem-se repetidamente desajustadas, precisando frequentemente de ajuda para definirem as suas habilidades, interesses e talentos.

Em Enfermagem, a relação terapêutica caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito e valorização das suas capacidades, pretendendo ajuda-lo a ser proactivo na consecução do seu projeto de saúde

A reabilitação psicossocial é um processo que oferece a oportunidade de vir a atingir o seu nível potencial de funcionamento pessoal e social, sendo a conversação um instrumento crítico para a comunicação com o outro.

O ensino sistematizado de comportamentos considerados vitais para o sucesso nas interações sociais, com intervenções que já provaram ser efetivas, faz parte dos desafios mais prementes e críticos desta área de intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica

Do ponto de vista do participante, o funcionamento pessoal e social é melhorado, pois é-lhe facultado a real percepção da sua eficácia social, bem como das respostas e escolhas pragmáticas a nível social, vocacional e de situações de vida típicas, com as quais irá ser capaz de lidar e apreciar.

Finalidade

Construiu-se um caminho de investigação para o desenvolvimento de práticas sistematizadas na recuperação das pessoas com doença mental grave, facilitando a passagem do ambiente controlado, previsível e seguro da clínica hospitalar para o ambiente imprevisível da comunidade, tendo como finalidade o desenvolvimento, implementação, e avaliação do impacto numa formação de generalização das habilidades de conversação.

Estratégias & Métodos

Num desenho quasi-experimental o grupo experimental participou no programa de formação de generalização de habilidades de conversação, avaliado em pré, pós, e follow-up, nas seguintes variáveis: distress e bem-estar, adesão à medicação, estado de ansiedade, autoeficácia geral, vulnerabilidade ao stress, grau de dificuldade nas situações sociais, frequência de convivência com situações sociais comuns, e desempenho pessoal e social.

O desenvolvimento de relação de confiança entre terapeuta e doente/s foi crucial, bem como a personalização e individualização dos timings e dos assuntos a debater em cada sessão da formação.

Resultados

Melhorias estatisticamente significativas no lidar com a ansiedade e com o stress, na noção de autoeficácia, e no desempenho pessoal e social.

Conclusões

Salientam-se as ligeiras melhorias significativas, mas apenas relativas a subgrupos de participantes do grupo experimental, e apenas em alguns momentos de avaliação pós-formação e/ou follow-up. Destes resultados concluímos que existe impacto na melhoria da gestão do stress e na apreciação das suas próprias capacidades, e ainda na melhoria do funcionamento pessoal e social apreciado pelos outros (cuidadores).

Palavras-Chave:

Enfermagem, Habilidades, Generalização, Conversação, Esquizofrenia, Experimental, Reabilitação psicossocial, Aprendizagem, Formação.

Introduction

People with schizophrenia feel socially maladjusted repeatedly, often needing help to define their skills, interests and talents.

In Nursing, therapeutic nurse-patient relationship is characterized by partnership with the client, respect and appreciation of its capacities, pretending to help him being proactive achieving its health project.

Psychosocial rehabilitation is a process that gives people the opportunity to come to reach its potential level of personal and social functioning, being the conversation a critical tool for communicating with others.

The systematic teaching of behaviors considered vital to successful social interactions, with interventions proven effective, is one of the most pressing and critical intervention challenges in this area of mental health and psychiatric nursing

From the patients' perspective, their personal and social functioning is enhanced, because are provided with a realistic sense of personal effectiveness and a wider range of choices among social, vocational, recreational, and community living situations which will be able to adequately cope with and enjoy.

Aim

We constructed a path of research for the development of systematic practices in the recovery of people with serious mental illness, facilitating transition from the controlled, predictable and safe environment of clinical setting for the unpredictable environment of the community, this study aimed the development, implementation, and evaluating the impact of a generalization of conversation skills training program.

Strategies & Methods

In a quasi-experimental research design, the experimental group participated in the generalization of conversation skills training program, assessed at three moments: pre, post, and follow-up on the following variables: distress and wellness, medication adherence, anxiety state, general self-efficacy, vulnerability to stress, difficulty in social situations, frequency of coping with common social situations, and personal and social performance.

Also, it was crucial the development of trust relationship between therapist and patient/s, as well as the personalization and individualization of timings and topics for discussion at each session of training.

Results

Statistically significant improvements in coping with anxiety and stress, in sense of perceived self-efficacy, and in personal and social performance.

Conclusions

We shall highlight slight significant improvements, only regarding to subgroups from experimental group participants, and in just a few moments of post-training and follow-up evaluation. Within these results we conclude treatment impact on improving stress management and the self-assessment of their own abilities, and also in improving the personal and social performance appreciated by others (caregivers).

Keywords:

Nursing, Skills, Generalization, Conversation, Schizophrenia, Experimental, Psychosocial Rehabilitation, Learning, Training.

[Em enfermagem] a pessoa é um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual sendo os seus comportamentos influenciados pelo ambiente no qual ela vive e se desenvolve. Toda a pessoa interage com o ambiente: modifica-o e sofre a influência dele durante todo o processo de procura incessante do equilíbrio e da harmonia (1).

No âmbito do exercício profissional de enfermagem, a relação terapêutica caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel, tendo por objetivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projeto de saúde. Neste contexto, procura-se, ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente (1).

A esquizofrenia é uma doença que prejudica o pensamento, percepção e interação social, alterando de forma persistente o funcionamento social, sendo demonstrado nos estudos epidemiológicos mais recentes que as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental se tornaram a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade, nas sociedades atuais, sendo referido no Plano Nacional de Saúde Mental (2) que das 10 principais causas de incapacidade, 5 são perturbações psiquiátricas.

As pesquisas têm adicionalmente revelado que as pessoas com doença mental grave são geralmente apáticas, retraídas, socialmente isoladas, e menos propensas a envolver-se em relacionamentos íntimos, como resultante dos sintomas positivos – como por exemplo, delírios, alucinações – e dos sintomas negativos – como por exemplo a solidão e o isolamento social (3; 4; 5; 6; 7).

Todos estes fatores fazem com que as pessoas com esquizofrenia sejam pessoas que sentem com frequência que lhes foram “roubadas” as experiências de vida que esperavam desfrutar antes de adoecerem. Sentem-se desajustadas precisando frequentemente de ajuda para definirem as suas habilidades, capacidades, interesses e talentos que conduzem à realização individual (6).

Muitas destas pessoas, além da vida gradualmente isolada, têm ainda períodos pontuais de um ainda maior afastamento da sociedade, quando são internados em hospitais ou instituições, afastando-se do seu grupo de pares e limitando o desenvolvimento de relações sociais. Se neste sentido tivermos em conta o seu elevado número de internamentos e a morbilidade das perturbações mentais graves e incapacitantes, a desvantagem social destas pessoas é evidente (5).

Assim, as dificuldades apresentadas no funcionamento social podem resultar de três circunstâncias: a pessoa não saber como se faz corretamente, a pessoa não usar as capacidades que já tem quando estas são requeridas, ou os comportamentos inapropriados não permitirem o surgimento do comportamento correto (8).

Segundo o *Sainsbury Briefing* (9), abordando a opinião sobre os cuidados e sobre o setting (questionando profissionais e doentes), a maior parte dos doentes referiu aborrecimento e tédio no momento da alta, sabendo-se que 40% do total de doentes não participou em nenhuma atividade social ou recreativa, e apenas 34% dos doentes tinha plano de alta.

Apresentando uma percentagem de 35% de recaídas anuais, dentro das presentes condições de intervenção e tratamento, muitos autores consideram que são valores excessivamente altos, pelo que deveriam ser feitos esforços para otimizar as intervenções disponíveis (10; 11; 12; 13; 14).

Reconhecendo-se que as taxas de continuidade dos cuidados entre o internamento hospitalar agudo e o acompanhamento na comunidade, se fixam apenas nos 50% (15), compreende-se que é necessário disponibilizar aos doentes, os conhecimentos e habilidades necessários para construírem e estabelecerem a ponte sobre esta ausência de cuidados disponíveis, e em que ficam entregues a si próprios (16).

A reabilitação psicossocial, é para nós, um processo que oferece às pessoas a oportunidade de vir a atingir o seu nível potencial de funcionamento independente na comunidade, sendo seus objetivos, o ensinar (ou reensinar) e fazer descobrir (ou redescobrir) às pessoas incapacitadas pela doença mental, o desempenho de habilidades físicas, emocionais, e intelectuais necessárias à vida em autonomia, superando obstáculos tanto nas oportunidades, como na motivação, e a trabalharem e viverem num ambiente de sua escolha. É um processo indispensável para o "regresso à comunidade" ou "para sair de casa", que contribui para a construção (ou reconstrução) da realidade de cada pessoa, definida por si própria, procurando uma vida significativa e com satisfação, no nível mais alto possível de bem-estar, e com a menor ajuda possível dos profissionais de saúde. Para esta complexidade de adaptação é fundamental a generalização das habilidades treinadas e aprendidas, com a passagem do ambiente protegido da formação para o ambiente complexo da comunidade natural dos sujeitos, de modo a incrementar na realidade das pessoas as suas habilidades, funcionalidades e satisfação.

Numa forma sintética, podem apresentar-se as quatro razões principais para a utilização da aprendizagem de habilidades sociais nos doentes com esquizofrenia (17):

1. O ajustamento social premórbido prediz, consideravelmente, o posterior curso e evolução das perturbações psiquiátricas;
2. O funcionamento social é deficiente em crianças que apresentam risco de vir a sofrer de esquizofrenia;
3. O défice em aptidões sociais, frequentemente presente em pessoas que sofrem de perturbações mentais, é um fator prognóstico para a recaída e o regresso ao internamento hospitalar;
4. A aprendizagem de aptidões sociais reduz o índice de recaídas em esquizofrenia.

Aspeto positivo [na realidade do doente com doença mental] foi o desenvolvimento de programas e estruturas de reabilitação psicossocial criados a partir dos anos 90..., ... que embora com um âmbito limitado, estes programas representaram uma rutura significativa com a situação anterior [de cuidados de saúde], procurando a promoção da sua autonomia e integração social, em vez de confinar os doentes, mais ou menos de forma permanente, em instituições psiquiátricas (2).

Sabendo-se também que as intervenções na aprendizagem de habilidades sociais, em conjugação com a medicação, têm impacto positivo reduzindo a não-adesão à terapêutica, reduzindo o tempo de internamento, reduzindo a taxa de rehospitalização, e ainda, melhorando a aquisição, duração e generalização das competências psicossociais, temos que este tipo de intervenções, se documentam enquanto uma opção de intervenção com vista à ajuda da pessoa com doença mental grave e persistente, no sentido da aquisição de competências, da manutenção das competências já adquiridas, e ainda, da adaptação construtiva destas competências ao lidar com o seu quotidiano.

A conversação (verbal e não verbal) é compreendida como instrumento crítico para a comunicação com o outro, começando num simples cumprimento, e incluindo na sua continuidade, uma série de diálogos, questões e respostas até terminada essa mesma conversação. O tom de voz, a velocidade, cadência e volume e articulação correta do discurso; a postura, gestos, contacto visual, expressão facial, e a distância corporal são todos constituintes da conversação. Neste sentido a conversação é tipicamente um importante componente da aprendizagem de habilidades sociais.

Aceitando que se confirma que poucos são os clientes que tem acesso a estes tipo de intervenções já que as mesmas não são disponibilizadas por rotina nos diferentes serviços de saúde mental e psiquiatria (18), daí o interesse em desenvolver uma intervenção na aprendizagem das habilidades psicossociais dos doentes, neste momento de perspectiva de regresso efetivo à sua comunidade, utilizando técnicas comportamentais, estratégias de aprendizagem, e o ensino sistematizado de comportamentos que capacitam o doente a adquirir habilidades na conversação, focalizadas nas suas incapacidades funcionais específicas, envolvendo o ensino sistematizado de comportamentos (também) específicos, considerados "vitais" para o sucesso das suas interações sociais, assumindo que a implementação destes tratamentos, que já provaram ser efetivos, fazem parte dos desafios mais prementes e críticos desta área de intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

Sabendo-se também que os sintomas negativos são sensíveis aos níveis de estimulação social e ambiental (19) e sabendo-se que uma intervenção para a melhoria das competências psicossociais provoca, normalmente, uma diminuição nos sintomas negativos (20), é, imediatamente após o debelar dos sintomas positivos da fase ativa da doença, concomitantemente com a medicação psiquiátrica prescrita, que definimos como o momento clínico do processo de mudança na vida da pessoa com perturbação psicótica em que se torna pertinente uma intervenção de aprendizagem ao nível das habilidades para a vida social.

A expectativa na generalização das competências adquiridas em ambientes de treino aplicadas ao ambiente natural onde vive a pessoa com doença mental grave, tem sido particularmente enfatizada nos últimos anos (21; 22), acrescentando que se considera como área prioritária na investigação as intervenções que são dirigidas às incapacidades funcionais e à criação de oportunidades de desempenho e de realização pessoal (23), faz sentido que como Enfermeiro no âmbito da intervenção na aprendizagem de habilidades psicossociais, se utilize uma abordagem que incentiva o processo de reabilitação, ensinando e capacitando a resposta às incapacidades e aos desafios das mudanças e processos de vida na comunidade, se investigue e desenvolva a generalização das capacidades de conversação, proporcionando as oportunidades e encorajamento para a utilização das habilidades, bem como providenciando o respetivo reforço pelo uso apropriado dessas habilidades.

Do ponto de vista do participante, o seu funcionamento pessoal e social é melhorado, pois é-lhes facultado a mais real perceção da sua eficácia social, bem como de um conjunto amplo de respostas e escolhas pragmáticas a nível social, vocacional, recreativo e de situações de vida típicas, com as quais são capazes de lidar e apreciar. Ao aprenderem competências que lhes permitem atingir o seu próprio projeto e objetivos de vida, o empoderamento é feito no sentido das pessoas com doença mental grave se autonomizarem no seu autocuidado, com cada vez menos ajuda dos profissionais de saúde (24).

No âmbito do Doutoramento em Enfermagem da Universidade Católica, Instituto de Ciências da Saúde perspetivando um duplo contributo: o contributo "multiprofissional na resolução dos problemas que à saúde dizem respeito"; e o contributo [para a Enfermagem], enquanto "rede autónoma de produção de ciência baseada na especificidade da prática profissional da enfermagem, contribuindo para a universalidade do saber" (25), construiu-se um caminho de investigação, incidindo na capacidade de generalização de habilidades de conversação, facilitando a passagem do ambiente controlado, previsível e seguro da clínica hospitalar, para o ambiente imprevisível da comunidade, tendo este estudo como finalidade a construção dum caminho de investigação para o desenvolvimento de práticas sistematizadas na recuperação das pessoas com doença mental grave, facilitando a passagem do ambiente controlado, previsível e seguro da clínica hospitalar para o ambiente imprevisível da comunidade,

tendo como finalidade o desenvolvimento, implementação, e avaliação do impacto numa formação de generalização das habilidades de conversação.

Tentou-se alcançar respostas para três objetivos organizadores:

Objetivo 1: Avaliar a circunstância clínica do doente com esquizofrenia em regime de internamento e em ambulatório pós-internamento psiquiátrico hospitalar, relativamente às variáveis: distress e bem-estar, adesão à medicação, estado de ansiedade, autoeficácia geral, vulnerabilidade ao stress, grau de dificuldade nas situações sociais, frequência de convivência com situações sociais comuns, e desempenho pessoal e social.

Objetivo 2: Desenvolver um programa de formação de generalização de habilidades de conversação, dirigido à criação de oportunidades e encorajamento para a ação, conducentes à generalização das habilidades de conversação em doentes com esquizofrenia em regime de internamento e em ambulatório pós-internamento psiquiátrico hospitalar.

Objetivo 3: Avaliar a eficácia do programa de formação de generalização de habilidades de conversação em doentes com esquizofrenia em regime de internamento e em ambulatório pós-internamento psiquiátrico hospitalar.

O texto e discurso apresentados pretendem conduzir o leitor por um início conceitualizador dos diferentes conceitos em utilização, nomeadamente o estado clínico, pessoal e social da pessoa que experiencia esquizofrenia, a sua vulnerabilidade, e a aprendizagem social da pessoa. Ainda é apresentada uma revisão sistemática de investigações no âmbito da formação/treino de generalização de habilidades de conversação, no sentido de concretizar o impacto destas abordagens em amostras de pessoas com doença mental.

Apresenta-se depois o Programa de formação de generalização de habilidades de conversação para estes participantes e settings específicos, fundamentado neste caminho conceptual apresentado e em obras científicas e académicas de referência.

No terço final deste volume de discurso, estabelece-se a metodologia de investigação teórica e prática, os resultados obtidos com explicitação do seu tratamento estatístico, terminando com a discussão dos resultados, e a conclusão desta caminhada de trabalho de investigação, de interação, de dedicação, de empreendimento contribuidor da melhoria da saúde dos cidadãos.

2 – A CIRCUNSTÂNCIA DA PESSOA DOENTE COM ESQUIZOFRENIA – A DESVANTAGEM ACUMULADA

A visão mais justa da esquizofrenia parece ser a de uma doença de qualquer momento da vida. Do desenvolvimento, da plasticidade, e do envelhecimento, com janelas de vulnerabilidade em todos os estádios da vida (26 p. 6).

<i>Premórbida</i> = <i>Neurodesenvolvimental</i>	<i>Prodrómica</i> = <i>Acontecimentos de</i> <i>Maturação</i> <i>Neuronal</i>	<i>Início da</i> <i>doença/Deterioração</i> = <i>Sensibilização</i> <i>neuroquímica</i> <i>endógena</i>	<i>Residual/Cronicidade</i> = <i>Toxicidade</i> <i>Neuroprogressiva</i>
--	---	--	--

Como apresentar uma descrição da circunstância da pessoa doente com esquizofrenia que seja atual, com uma visão centrada na pessoa que tem uma doença (e não apenas na doença que esta pessoa também tem), que fosse sintética, mas clinicamente útil e pertinente para o contexto desta tese. Esta foi (além de várias) uma dúvida metodológica que se constitui um desafio intenso!

Não tendo sido pretensão uma revisão sistemática longitudinal deste conceito/doença, a pesquisa de materiais para o enriquecimento deste momento do trabalho seguiu uma mesma lógica sistemática de procura de informações científicas, validadas pelos diversos grupos científicos que asseguram a qualidade das suas revistas publicadas neste campo do saber, digamos que utilizamos um método de revisão quasi-sistemático.

Decidimos impor limites, tal qual nos ensinam as revisões sistemáticas, de modo a poder conter num determinado conjunto as obras a trabalhar, pretendendo deste modo um método claro, pragmático e instrutivo, gerando um discurso que se concretizasse como interessante, contemporâneo e cientificamente válido.

Método

A Extração e Registo da Informação (ERI) (27) enquanto técnica alimentada pelos componentes da estratégia de pesquisa em associação com os critérios genéricos e específicos de inclusão de materiais, como fornecedores dedicados dos materiais selecionados e rastreados à luz do interesse do estudo, a estratégia de pesquisa definida foi:

- Pesquisa nas seguintes bases de dados:
 1. Annual Reviews (<http://www.annualreviews.org/>)
 2. CINAHL (<http://www.ebscohost.com/cinahl/>)
 3. DOAJ (<http://www.doaj.org/doaj?func=home&uiLanguage=en>)
 4. ERIC (<http://www.eric.ed.gov/>)
 5. Hubmed (<http://www.hubmed.org/>)
 6. PsycNET (<http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=search.defaultSearchForm>)
 7. PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>)
 8. RCAAP (<http://www.rcaap.pt/>)
 9. Scielo (<http://www.scielo.org/php/index.php>)
 10. ScienceDirect (<http://www.sciencedirect.com/>)
 11. SCIRUS (<http://www.scirus.com/>)
 12. SpringerLink (<http://www.springerlink.com/>)
 13. Universia (<http://biblioteca.universia.net/index.htm>)
 14. Web of Knowledge (<http://www.isiwebofknowledge.com/>)
 15. Wiley Online Library (<http://onlinelibrary.wiley.com/>)
- Artigos de diferentes línguas: Portuguesa, Inglesa, Espanhola.

- Apenas um artigo, de revisão, o mais recente possível, de periódico, de cada base de dados.
- Combinação específica e fixa de pesquisa de termos: no título: Esquizofrenia; e tipo de artigo: Revisão.
- Pesquisa efetuada no mês Dezembro de 2011.
- Leitura crítica dos resumos e artigos, pela ordem de data de publicação, para seleção, utilizando o “filtro” da temática, i.e.¹, o discurso do artigo deverá apresentar um desenho específico e global que aborde “a circunstância da pessoa doente com esquizofrenia – a desvantagem acumulada”.

Desta criteriosa e intencional pesquisa, foram obtidos os seguintes artigos provenientes das 15 bases de dados (aqui apresentadas pela ordem alfabética):

Base de Dados		Artigo
1	Annual Reviews (timely collections of critical reviews)	Schizophrenia: New Pathological Insights and Therapies, de Fredrik Jarskog, Seiya Miyamoto, Jeffrey Lieberman, (2007) (28)
2	CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature)	Schizophrenia as a disorder of disconnectivity, de Andrea Schmitt, Alkomiet Hasan, Oliver Gruber, Peter Falkai, (2011) (29)
3	DOAJ (Directory of Open Access Journals)	From Social Neurons to Social Cognition: Implications for Schizophrenia Research, de Martin Brüne & Andreas Ebert (2011) (30)
4	ERIC (Education Resources Information Center)	An Update on the Epidemiology of Schizophrenia with a Special Reference to Clinically Important Risk Factors, de Ahmed El-Missiry, Ahmed Sayed Aboraya, Hader Manseur, Johnna Manchester, Cheryl France, Katherine Border (2011) (31)
5	Hubmed (pubmed rewired) (Interface alternativo à PubMed)	Schizophrenia Across Cultures, de Neely Myers (2011) (32)
6	PsycNET (Base de dados da American Psychological Association, disponibilizada pela EBSCO)	Neurocognition in first-episode schizophrenia: A meta-analytic review, de Raquelle Mesholam-Gately, Anthony Giuliano, Kirsten Goff, Stephen Faraone, Larry Seidman (2009) (33)
7	PubMed (Acesso online da Medline) (United States National Library of Medicine)	Epidemiology of Schizophrenia: Review of Findings and Myths, de Erick Messias (2007) (34)
8	RCAAP (Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal)	Esquizofrenia: uma Revisão, de Regina Silva (2006) (35)
9	SciELO (Scientific Electronic Library Online)	Fisiopatologia da esquizofrenia: aspectos atuais, de Ary Araripe Neto, Rodrigo Bressan, Geraldo Busatto Filho (2007) (36)
10	ScienceDirect (Base de dados científica da Elsevier)	History, aetiology, and symptomatology of schizophrenia, de Daniel Tsoi, Michael Hunter, Peter Woodruff (2008) (37)
11	SCIRUS (motor de busca específico na área da ciência, disponibilizada pela EBSCO)	Schizophrenia, “just the facts” 4. Clinical features and conceptualization, de Rajiv Tandon, Henry Nasrallah, Matcheri Keshavan (2009) (38)
12	SpringerLink (SpringerLink base de dados full-text de revistas, livros, protocolos, referências, publicados por Springer)	Schizophrenia pathophysiology: are we any closer to a complete model? de Shaheen Lakhan, & Karen Vieira (2009) (39)
13	Universia (O portal das universidades portuguesas ibero-americanas)	What is schizophrenia: A neurodevelopmental or neurodegenerative disorder or a combination of both? A critical analysis, de Swapnil Gupta & Parmanand Kulhara (2010) (26)
14	Web of Knowledge (Plataforma de bases de dados multidisciplinares da Thomson Reuters)	Schizophrenia: A Systematic Review of the Disease State, Current Therapeutics and their Molecular Mechanisms of Action, de J Shin, Daniel Malone, Ian Crosby, Ben Capuano (2011) (40)
15	Wiley Online Library (Coleção multidisciplinar de recursos on-line da Wiley-Blackwell, de John Wiley & Sons)	Genes and schizophrenia: a pseudoscientific disenfranchisement of the individual, de Mike Fleming & Colin Martin (2011) (41)

¹ i.e. pretende ser a sigla pragmática de *isto é*.

O clássico da esquizofrenia

Kraepelin, no início do séc. XX, tinha como objetivo delinear a existência de doenças com etiologia, sintomatologia, curso e resultados comuns. Nomeou uma dessas entidades de *demência precoce*, porque começava no início da vida e quase invariavelmente levava a uma deterioração crônica dos processos mentais. Os sintomas característicos incluíam alucinações, perturbações da atenção, da compreensão e do fluxo de pensamento, esvaziamento afetivo e sintomas catatônicos (35; 36; 37; 38; 26).

Bleuler criou o conceito *esquizofrenia* (*esquizo* = divisão, *phrenia* = mente) substituindo o conceito *demência precoce*, indicando a presença de uma divisão entre cognição, a emoção e o comportamento. Esta divisão era entendida, não como "dividida em duas" como por vezes é intitulada, mas mais como uma *fragmentação da mente* em que as funções dos processos mentais deixam de ser coerentes e coordenados, associando-lhe o que considerou como os sintomas fundamentais (ou primários) específicos da esquizofrenia, os quatro "A's", de perturbação da Associação de ideias, Ambivalência, Autismo e alterações dos Afetos, tendo descrito também os que considerou sintomas secundários, nomeadamente as alucinações e os delírios (31; 35; 37; 38).

- Apresentação clínica -

Continuum psicótico

Com foco na cultura dos povos, a esquizofrenia pode ser a versão final dum modelo de continuum psicótico de *propensão >>> persistência >>> comprometimento*, em que por um lado, umas pessoas experienciam uma psicose não-clínica (clinicamente não relevante), e por outro lado, outras pessoas experienciam uma multiplicidade possível de diagnósticos de perturbação psiquiátrica.

O conceito *continuum psicótico* é suportado por estudos efetuados nos países ocidentais, em que 5% a 8% da população geral referia *experiências como que psicóticas*, mas tipicamente passageiras, que não perturbavam o funcionamento social, enquadradas nos critérios de psicose não-clínica.

Apesar dos valores de prevalência mundiais, com registo de pelo menos um sintoma psicótico, poderem variar entre 1% no Vietname a 45,8% no Nepal, mesmo nas pessoas consideradas de *alto-risco* de esquizofrenia (pessoas jovens com sintomas psicóticos, história familiar de esquizofrenia, e défices neurológicos associados à esquizofrenia), apenas 19% apresentaram a transição para psicose num período de 18 meses, sugerindo-se assim que mesmo nestas circunstâncias, estas pessoas, poderiam não ser alvos corretos para as intervenções preventivas relativas às psicoses (31).

Sintomatologia

Os sintomas principais de esquizofrenia são típica e classicamente divididos em dois conjuntos: os sintomas positivos e os sintomas negativos. Os positivos são aqueles expressos de forma ativa e algo exuberante, como as alucinações, delírios e comportamentos bizarros, e os negativos refletem os estados de défice, como o embotamento afetivo, a alogia (pobreza do discurso), e a avolição (falta de motivação) (40).

Sintomas positivos

Os sintomas positivos envolvem a incapacidade de fazer o teste de realidade, podendo ser de diferentes tipos, com diversos graus de persistência e de sistematização. Reportando-nos aos denominados sintomas de 1º nível de Schneider, temos as alucinações – vozes a conversarem entre elas, vozes comentadoras, e ouvir os próprios pensamentos – sendo as mais frequentes as vozes comentadoras que ameaçam e acusam; e os delírios – perda do controlo dos pensamentos e do comportamento do corpo, inserção do pensamento, roubo do pensamento, e difusão do pensamento – sendo os mais frequentes, os delírios de perseguição e delírios de referência (37; 38).

A apreciação destes sintomas poderá ter também a sua variação cultural, sendo referidos valores elevados de prevalência de alucinações nos países Africanos (alucinações auditivas: 90,8% no Gana, 85,4% na Nigéria, e alucinações visuais: 53,9% no Gana, e 50,8% na Nigéria); e os valores mais baixos de prevalência de alucinações em amostras da Áustria (alucinações auditivas: 66,9%), e amostras do Paquistão (alucinações visuais: 3,9%) (32).

Sintomas negativos

A essência da sintomatologia negativa é o estado de déficit, a perda de função! Mesmo as classificações nosológicas registam a "esquizofrenia residual" para descrever esse "estado clínico deficitário", sem sintomas proeminentes positivos que conduziram ao ciclo de recaídas e recuperações.

Suportando-nos da metodologia de um dos instrumentos mais frequentes na avaliação da sintomatologia negativa a *Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)*, divide estes sintomas em cinco dimensões: 1. Alogia = empobrecimento da cognição (pobreza do discurso, pensamento perseverante); 2. Embotamento afectivo = empobrecimento da expressividade, fâcias e voz inexpressivos; 3. Avolição & Apatia = falta de energia (letargia, impersistência, falta de iniciativa e de interesse); 4. Anedonia & Isolamento social = dificuldade em sentir interesse e prazer (redução na atividade recreativa, relacionamentos interpessoais reduzidos); 5. Inatenção = dificuldade em focar a atenção (inatenção social, déficit no funcionamento social) (37).

Parece ser também pertinente diferenciar entre sintomas negativos primários e secundários, sendo os primários os fundamentais e intrinsecamente relacionados com a doença esquizofrenia, e os secundários aqueles causados por "fatores extrínsecos", como a privação ambiental, o tratamento com neurolépticos, e a depressão (38).

Desorganização do pensamento

Na fragmentação da lógica, da progressão, e da direção do processo de pensamento, para além das situações de delírio, enquanto alterações do conteúdo do pensamento, é também típica, na manifestação clínica, as alterações da forma como os pensamentos são expressos pela linguagem e discurso desordenados, descarrilamento, tangencialidade, pobreza no conteúdo do discurso, incoerência, pressão da fala, fuga de ideias e fala retardada ou mutismo, neologismos, e salada de palavras (38).

Alterações do humor

Os défices na capacidade de expressão e nas experiências afetivas sempre foram consideradas aspetos cardinais da esquizofrenia, e frequentemente precedem em muitos anos, o início da doença. Apesar destes défices afetivos, os doentes com esquizofrenia manifestam frequentemente elação e excitabilidade do humor, constituindo o considerado *paradoxo emocional* da esquizofrenia.

A depressão é comum na esquizofrenia, e os sintomas depressivos estão presentes na maioria de doentes com esquizofrenia, podendo constar em qualquer fase do curso da doença, desde a fase prodrómica até as exacerbações agudas, sendo mais severos na situação de comorbilidade com consumo de substâncias, e contribuindo substancialmente para a morbilidade da doença.

Vários são os mecanismos que contribuem para a instalação da depressão numa circunstância de esquizofrenia, nomeadamente, ser uma parte integral da doença esquizofrenia, corresponder ao desenvolvimento da capacidade de insight, uma coocorrência de depressão com a esquizofrenia, e/ou reflexo dos efeitos secundários da medicação antipsicótica (a disforia neuroléptica) (38).

Alterações motoras

As alterações da atividade psicomotora podem ter dois extremos: a lentificação, associada aos sintomas negativos e depressivos; e a exacerbação, com uma excessiva atividade motora, aparentemente sem finalidade, sendo grosseiramente desordenado e catatónico. Este comportamento catatónico apresenta como especificidades todo um conjunto de movimentos, posturas e expressões faciais (estupor, catalepsia, automatismos, maneirismos, estereotípias, "caretas", negativismo, e ecopraxia) tendo em comum a involuntariedade, e aparentemente associados a cerca de 5-10% dos doentes com esquizofrenia.

É ainda de referir, que tem sido cada vez menos frequente registar estas alterações clínicas nos doentes nas mais recentes décadas (sendo que são mais frequentes nas perturbações depressivas), pelo que se depreende que possam não fazer parte das principais dimensões da psicopatologia da esquizofrenia (35; 38).

Cognição

Os défices intelectuais das pessoas nesta circunstância clínica de esquizofrenia são diversos.

Associado a um considerável défice neuropsicológico que inclui défice da atenção, tem sido proposto que o défice em executar a atenção seletiva a estímulos salientes no ambiente poderá levar a uma sobrecarga sensorial, e que os delírios resultariam da tentativa de fazer ligações absurdas entre itens de informação aleatórios (33).

Relativamente ao défice na cognição (e cognição social, e metacognição) consideram-se com evidências as seguintes premissas (30; 33; 37; 38; 39):

- **Estão presentes na fase premórbida (em grau reduzido)**
 - **Estão presentes no início da doença, com deterioração aquando dos primeiros**
 - **Sintomas psicóticos (e apenas uma ligeira melhoria com a medicação), e uma relativa manutenção estável (apesar da heterogeneidade de cada doente)**
 - **Persiste ao longo de todo o curso da doença; o défice cognitivo, com diferentes graus de limitação, tem uma prevalência elevada (se não universal)**
 - **São de natureza genérica, embora se identifiquem circunstâncias e episódios em domínios específicos, nomeadamente, na velocidade de processamento, fluência verbal, atenção, funções visuo-espaciais, funções executivas e memória de trabalho; pensamento crítico, resolução de problemas**
 - **São fortes os valores que diferenciam a resolução de problemas e inteligência em doentes com esquizofrenia de *controlos saudáveis***
 - **Está presente um padrão semelhante de défice cognitivo nos familiares não psicóticos, sendo por isso provavelmente relativo a suscetibilidade genética à esquizofrenia**
 - **Têm sido característico o défice cognitivo dos doentes com esquizofrenia em identificar os estados mentais das outras pessoas, como pensamentos, crenças, e intenções**
 - **O défice da metacognição (ou teoria da mente) e da cognição social, consideram-se ser fortes preditores de resultados sociais e vocacionais.**
-

Défice de insight

O défice de insight é um aspeto cardinal da esquizofrenia, sendo significativa a quantidade de doentes que tipicamente acreditam que não tem nenhuma doença, e embora se apercebam que tem os sintomas atribuem-nos a outras causas, ou negam qualquer necessidade de tratamento.

Esta problemática do insight está relacionada especificamente com a circunstância dos doentes com esta perturbação, sendo que são as variações, entre o défice e a capacidade de insight que vão explicitar clinicamente a natureza da perturbação e também os resultados de recuperação (38).

Comportamento violento

Apesar de tipicamente serem receados, a maioria dos doentes com esquizofrenia não são violentos. De facto, o mais provável é que estes doentes sejam vítimas de violência.

Há, no entanto, um considerável risco de violência circunstancial por parte dos doentes com esquizofrenia, em parte relacionado com a severidade dos sintomas positivos, e outra parte relacionada com o concomitante consumo de substâncias, e/ou ainda com a associação ao défice de controlo de impulsos (38).

Sinais neurológicos

Existe uma certa quantidade de defeitos neurológicos presentes na maioria dos doentes com esquizofrenia, que se podem diferenciar em *maiores*, que se referem a défices

motores, sensoriais, ou das funções reflexas localizáveis numa região cerebral específica, e os *mínimos*, defeitos neurológicos que não implicam nenhuma região cerebral específica.

Os sinais neurológicos maiores são hipoalgesia (sensibilidade reduzida à dor), défice no olfacto (alterações na identificação, reconhecimento e discriminação de odores), e défice oculomotor.

Os sinais neurológicos mínimos são défices na capacidade motora dextra, presença de reflexos primitivos corticais, sinais de libertação cortical, dificuldades na sequenciação de atividades motoras complexas, défices da integração sensorial, Destes, os sinais mínimos são observados com maior frequência em doentes com esquizofrenia, e parecem associados à severidade dos défices cognitivos e aos sintomas negativos e de desorganização (parecendo ainda serem estáveis independentemente do tratamento antipsicótico) (38).

Curso dos episódios da perturbação

O curso sintomático desta perturbação pode ser variado, dependendo até do "ponto de vista" da análise efetuada, e não apenas dos dados concretos.

Existem resultados, baseados nas rehospitalizações, que nos mostram após a primeira hospitalização, que 25% não tiveram nenhuma rehospitalização em 15 anos de follow-up. Para um subgrupo de estudos, que tinham como característica 10 hospitalizações anteriores, mais de 90% tiveram rehospitalização nos três anos seguintes. Ter-se-á de refletir, se estaremos a focar apenas nos doentes hospitalizados, e se poderemos estar a "estimar por alto" a cronicidade da perturbação, pois só estarão a ser estudados os que tem mais recaídas, e destes apenas os que vão para os internamentos hospitalares, e ainda os que terão prováveis e elevados défices em diversas habilidades premórbidas a condicionar o curso e a recuperação dos episódios de agudização da doença (34).

Fase premórbida

O início da esquizofrenia enquanto doença propriamente dita é muito variado na forma e na intensidade da apresentação. No entanto, parecem poder existir sintomas negativos cerca de cinco anos antes do primeiro episódio de sintomas psicóticos positivos (34).

As pessoas que desenvolvem esta perturbação apresentam uma diversidade considerável de problemas comportamentais, emocionais e cognitivos, incluindo atraso no desenvolvimento motor, disfunção da atenção, défices na compreensão da linguagem, resultados académicos pobres, isolamento social, afastamento emocional (38).

Fase prodrómica

É caracterizada por sintomas psicóticos subliminares e uma constelação de outros sinais clínicos, onde se incluem défices cognitivos, sintomas negativos, alterações do humor, e declínio funcional. Com os dados atuais dos estudos longitudinais em pessoas de alto risco de esquizofrenia quer pela história familiar positiva para esquizofrenia quer por sinais atenuados da perturbação, afirma-se que esta fase pode durar entre meses a anos, com uma média de sensivelmente 5 anos, i.e., os sintomas cognitivos, negativos e depressivos aparecem em média 5 anos antes do primeiro contacto clínico, e o défice no funcionamento social cerca de 1 a 3 anos após este contacto clínico (38).

Início da doença e primeiro episódio psicótico

Definir o início exato da doença esquizofrenia pode ser complexo tendo em conta as variações na apreciação da sintomatologia e da circunstância (primeiro sinal de perturbação mental? Primeiro sintoma positivo? Primeira hospitalização?) e ainda tendo em conta que o início insidioso é o mais frequente. Contextualiza-se assim que se interpreta o início da esquizofrenia quando apresentar o primeiro episódio psicótico, que inclui alucinações, delírio, discurso desorganizado, e sintomas negativos (35; 38).

Este início típico da esquizofrenia varia entre os 15 e os 45 anos (e raramente, antes da puberdade, e após os 50 anos). O pico de casos está distribuído no intervalo de idades dos 18-30 anos (para ambos os sexos), apresentando as mulheres, um segundo pico, anos mais tarde.

Na maior parte dos casos, será virtualmente impossível identificar o precipitante exato, comparativamente a diversos primeiros episódios psicóticos, do primeiro episódio de

doença que geralmente começa com uma elevação do humor e sintomas negativos (fase pré-psicótica), acompanhado depois por uma escalada de sintomas positivos – uma fase florida – com uma fraca resolução dos sintomas depressivos e dos sintomas negativos (depressão pós-psicótica).

Diagnóstico de esquizofrenia pela DSM-IV ii (40 p. 1381)

A. **Sintomas característicos: Dois (ou mais) dos seguintes, cada um, presente em quantidade significativa durante 1 mês:**

- (1) **Delírios;**
- (2) **Alucinações;**
- (3) **Discurso desorganizado (delírio frequente ou incoerência);**
- (4) **Comportamento desorganizado grosseiramente, ou catatônico;**
- (5) **Sintomas negativos (embotamento afetivo, alogia, avolição).**

Se os delírios são bizarros, e as alucinações consistem em vozes comentadoras do comportamento ou pensamento da pessoa, ou duas ou mais vozes a conversar entre si, apenas é necessário um critério A.

- B. **Disfunção social ou ocupacional: Desde o início da perturbação, e por um período longo de tempo, uma ou mais áreas de funcionamento, como trabalho, relações interpessoais, ou autocuidado estão marcadamente abaixo do seu nível, anterior ao início da doença.**
- C. **Duração: Os sinais de perturbação persistem durante 6 meses (este tempo inclui o descrito no critério A).**
- D. **Exclusão das perturbações esquizoaffectivas: na fase ativa de doença não ocorreram outras doenças, como depressão, mania, ou episódicos mistos**
- E. **Exclusão por consumo de substâncias ou por outra doença em comorbilidade: a perturbação não é devida aos efeitos fisiológicos diretos de substâncias ou outra doença.**

Prognósticos

O prognóstico e resultados na circunstância de esquizofrenia pode ser substancialmente diverso, desde apresentar uma resolução completa, ou concluir-se num estado de severo défice, ou ainda em diferentes graus de défice ou em diferentes graus de recuperação.

Entende-se o prognóstico na circunstância de esquizofrenia como um constructo multidimensional, composto por diferentes domínios da psicopatologia, diferentes elementos do funcionamento social, diferente momento do ciclo de vida, e vários aspetos da qualidade de vida, e do impacto social, sendo este resultado, por isso, influenciado por diversos fatores, nomeadamente as circunstâncias sob as quais se desenvolve a doença, as características da doença, a personalidade premórbida e habilidades das pessoas no momento do início da doença, os tratamentos disponíveis, o setting social, e os fatores ambientais.

Apesar dos preditores de consequências não estarem completamente clarificados, podem já assumir-se alguns que concorrem para um melhor e para um pior prognóstico.

Para um melhor prognóstico temos início agudo da doença, melhor funcionamento premórbido, género feminino, e idade mais avançada à data do início da doença (38). Inclui-se ainda no considerado bom prognóstico, o viver numa localização geográfico-cultural correspondente aos países “em desenvolvimento”.

Relativamente a este último critério, é ainda dúbia a evidência, no entanto nestes países parece menor a probabilidade de existirem doentes considerados psicóticos crónicos no período de follow-up, e parece pouco provável haver doentes com sintomas residuais passados cinco anos do diagnóstico de doença, do que em países desenvolvidos.

As causas sugeridas – ainda por esclarecer - poderão ser desde a mortalidade dos fetos com compromisso biológico (relacionado com a dificuldade de resposta do sistema de saúde); e talvez mais pertinente, que o setting nos países desenvolvidos possa ser pernicioso, complexo, e com uma competição económica mais dura, com maior estigma, menores relações familiares para suportar o peso da doença (34).

ⁱⁱ *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais).

Para ilustrar este último critério, e a importância da sensibilidade cultural na análise das situações, com base num estudo citado pelo autor, concluíram que os doentes com esquizofrenia na Suécia viviam de forma independente mais frequentemente e durante mais tempo do que os seus semelhantes em Nova Iorque. A causa definida foi de que o processo de obter e manter uma habitação era cognitivamente menos exigente na Suécia, dando assim relevo à importância do setting cultural e político-económico de onde se vive para apreciar o funcionamento dos doentes como semelhante nível de habilidades e de potencial de recuperação (32).

Cronicidade e recuperação

Como tem sido referido, após o primeiro episódio psicótico, o curso da esquizofrenia varia substancialmente de pessoa para pessoa. Classicamente o curso é caracterizado por exacerbações e remissões, com os sintomas psicóticos a terem diferentes graus de resolução entre episódios, e de doente para doente. As exacerbações psicóticas podem ser tipicamente desencadeadas pelo stress, emoção expressa elevada, não adesão à medicação, ou abuso de substâncias.

Os sintomas positivos tendem a ficar menos severos, e os sintomas negativos mais proeminentes ao longo do curso da doença. Os sintomas cognitivos são geralmente estáveis ao longo do curso da doença, no entanto as alterações do humor têm alguma variabilidade, em associação com a variação dos sintomas psicóticos. Atualmente, e em contraste com a ideia inicial de Kraepelin com uma perspectiva de inevitável deterioração progressiva, cerca de ¼ dos doentes apresentam uma remissão completa da psicopatologia, e cerca de ½ apresentam melhoria social.

No seguimento do anos iniciais de vulnerabilidade, seguida de deterioração, é frequente observar-se o atingir de um *plateau* de sintomatologia clínica, caracterizado pela remissão ou pela cronicidade. No seguimento deste *plateau*, segue-se tipicamente uma estabilização da doença, e embora possam surgir subsequentes exacerbações, não é expectável que regresse aos ciclos de recaída, nem que piore mais no funcionamento pessoal e social (38).

- Impacto psicossocial na vida da pessoa e da sociedade -

A cognição social engloba diferentes domínios, como a perceção social, o conhecimento social, o reconhecimento emocional, e a habilidade de representar o seu estado mental e o dos outros (i.e., metacognição, ou teoria da mente). Diversos estudos baseados em imagem da função cerebral suportam a referência de que os défices cognitivos envolvidos na cognição e na metacognição ocorrem quer como estado de défice quer como traço de personalidade (28).

O impacto desta perturbação na sociedade vai muito para além do que parece quando atendemos apenas ao vulgarmente conhecido 1% de prevalência, em muito relacionado com os diversos défices funcionais associados a esta perturbação, e à parcial e variável eficácia dos tratamentos existentes e disponíveis.

Algumas das variáveis chave que ilustram o impacto psicossocial são: maior probabilidade de desemprego e de serem sem-abrigo (apesar dos valores serem variáveis com o contexto, apenas cerca de 1/5 têm emprego regular); cerca de 2/3 nunca se casam, têm pouco contacto com a família, e têm poucos amigos; a qualidade de vida percebida é baixa (devido aos sintomas depressivos e aos negativos com redução da experiência subjetiva de bem-estar, e no mesmo sentido, devido à severidade dos sintomas cognitivos e os negativos ao imporem défices no funcionamento; as famílias destes doentes relatam um elevado peso, subjetivo e objetivo, na sua missão de cuidar do familiar, associado a reduzido suporte da rede social e também dos profissionais. Estes dois aspetos, a perceção da qualidade de vida, e o peso percebido pelos familiares são substancialmente afetados pelo reduzido acesso a tratamentos baseados na evidência, pela qualidade disponível do suporte social, pelas circunstâncias financeiras, e pelas reduzidas relações interpessoais de proximidade. Da perspectiva da sociedade, é uma perturbação extremamente onerosa, principalmente devido à redução substancial da produtividade, associada ao estado de sem-abrigo e ao desemprego, e ainda à elevada comorbilidade com outras perturbações diversas e com o consumo de substâncias (38).

Comorbilidades

Podendo ser considerados como parte da evolução e expressão da doença esquizofrenia, estes quadros clínicos associados têm aumentado em prevalência e acrescentam stress e disfunção ao quadro clínico de esquizofrenia, pelo que se considera cada vez mais que possam constituir-se como perturbações em comorbilidade.

Diferentes quadros de ansiedade têm sido relatados em concomitância com a esquizofrenia, nomeadamente a perturbação de fobia social com 20%, a perturbação obsessivo-compulsiva com 15%, a perturbação de ansiedade generalizada com 10%, a perturbação de pânico, e a perturbação de stress pós-traumático, ambas com 5%.

Os doentes com esquizofrenia têm também uma elevada presença no perfil dos doentes com défice cognitivo, e como referido anteriormente, também na depressão, sendo comum a presença dos sintomas depressivos em qualquer fase do curso da doença (38).

Existe também uma ligação forte entre o consumo de substâncias e a esquizofrenia. O consumo de substâncias pode anteceder, acompanhar, ou surgir, ao quadro clínico de esquizofrenia. Existe uma elevada prevalência de consumo de substâncias na esquizofrenia, e um aumento considerável de sintomas psicóticos no contexto do consumo de substâncias.

O consumo de outras substâncias como bebidas alcoólicas, tabaco, e cannabis são muito comuns entre as pessoas com esquizofrenia, o que conduz a uma considerável agravamento dos sintomas psicóticos, e limita a eficácia da medicação antipsicótica. O consumo de tabaco tem uma prevalência muito elevada nestes doentes, com cerca de 5 vezes mais do que na população geral (38).

Mortalidade & Suicídio

A diferença nos valores de mortalidade entre pessoas com esquizofrenia e a população em geral aumentou ao longo dos últimos 30 anos. A existência de uma maior prevalência de comorbilidade com diversas doenças, e a baixa qualidade de autocuidados de saúde, são os principais fatores que contribuem com cerca de 60% para esta elevação da mortalidade. Entre as variáveis que mais contribuem para este aumento temos a ausência de rastreio, ausência de reconhecimento das outras doenças, e aumento da probabilidade de ocorrência de efeitos secundários dos tratamentos dessas doenças. Este autor elucida esta referência com o seguinte exemplo: No aumento da mortalidade devida a causa cardiovascular nestes doentes com esquizofrenia ocorre um diversificado aumento de fatores de risco, em três grandes dimensões: 1- A obesidade, a hiperlipidemia, diabetes, tabagismo, estilo de vida sedentário, e ainda efeitos secundários da medicação antipsicótica; 2- O não reconhecimento ou reconhecimento tardio de problemas cardiovasculares (relativo a inadequado relato de sintomas, a reduzido acesso a cuidados de saúde, e a qualidade reduzida dos cuidados de saúde acedidos); 3- Aumento da probabilidade de ocorrência de complicações relativas ao tratamento (relativo ao aumento da vulnerabilidade, a baixa qualidade da manutenção do tratamento, e a interações medicamentosas).

As taxas de mortalidade com idades padronizadas correspondem ao dobro da população em geral, estando a média de vida encurtada em cerca de 15 a 20 anos. A doença cardiovascular é a causa que mais contribui para este excesso de mortalidade nesta população. O consumo excessivo de tabaco aparece também associado a uma elevação dos valores de mortalidade.

As doenças cardiovasculares são responsáveis pelo aumento da mortalidade nas mulheres, enquanto nos homens este aumento acontece pelos casos de suicídio.

Além de 10% desta elevação global da taxa de mortalidade ser devida ao maior risco de acidentes, cerca de 1/4 desse excesso de mortalidade, é relativo às elevadas taxas de suicídio. Regista-se que cerca de 1/3 de doentes com esquizofrenia tentam o suicídio, uma ou mais vezes, e que 5% morre dessa forma. O risco de suicídio é mais elevado nos momentos iniciais da doença, em particular quando associado a uma boa função cognitiva premórbida e insight adequado. Outros fatores genéricos que aumentam o risco de suicídio nesta população incluem perturbação depressiva coexistente, história anterior de para-suicídio, abuso de substâncias, género masculino, pobre adesão ao tratamento e pobre resposta terapêutica, maior comorbilidade com outras doenças, acatísia, e impulsividade (38).

Factos clínicos da esquizofrenia (em síntese) (38)

- **Existem significativos défices pré-mórbidos numa quantidade substancial de doentes.**
- **O início dos sintomas psicóticos ocorre tipicamente na adolescência ou no adulto jovem.**
- **A idade de início é mais precoce nos homens.**
- **A esquizofrenia é diagnosticada geralmente com base na presença de sintomas positivos em conjunto com défice do funcionamento social (com ausência de alterações significativas do humor, ou outra perturbação neurológica, ou consumo de substâncias que concorram com a manifestação da sintomatologia psicótica.**
- **A esquizofrenia é caracterizada por uma mistura de sintomas, desde positivos, negativos, de desorganização, cognitivos, psicomotores, e do humor.**
- **A severidade dos diferentes grupos de sintomas difere entre doentes, e também ao longo do curso da doença.**
- **Existe considerável défice cognitivo, embora generalizado e variável.**
- **É provável a existência de adicionais e específicos défices das funções cognitivas (nomeadamente funções executivas, memória, velocidade psicomotora, atenção, e cognição social).**
- **Existe significativa heterogeneidade na neurobiologia, nas manifestações clínicas, no curso, e na resposta aos tratamentos em diferentes doentes.**
- **Os défices cognitivos estão presentes antes do início, e persistem durante todo o curso da doença.**
- **Existe uma elevada ocorrência de obesidade e de doença cardiovascular.**
- **Existe uma prevalência elevada do consumo de tabaco e de consumos de outras substâncias.**
- **Existe um aumento da tendência suicidária.**
- **Existe um aumento relativo (dependendo da fase sintomática) do comportamento violento.**
- **Existe uma duplicação na taxa de mortalidade (taxa com idade padronizada).**
- **Os resultados sociais incluem baixas taxas de emprego e de independência financeira, e uma elevada probabilidade de serem sem-abrigo ou institucionalizados.**
- **A expressão da esquizofrenia é tipicamente a de uma doença com cronicidade, i.e., com recaídas e recuperações incompletas e frequentes.**
- **As variáveis preditoras de pobre prognóstico são, género masculino, menor idade no início da doença, tempo sem tratamento prolongado, e severidade dos sintomas cognitivos e negativos.**

Epidemiologia - Prevalência

Sendo a prevalência da esquizofrenia a proporção de população doente num determinado período de tempo, a sua estimativa dependerá das idades em que se distribui a população em estudo, i.e., se forem incluídas pessoas de baixo risco em desenvolver a doença (por exemplo: crianças) as estimativas serão menores (34).

As variações são por isso consideráveis, mesmo em trabalhos de revisão, recolhem-se valores de prevalência para um ano de 1,9 a 10 (31), ou 2,7 a 8,3 (34), ou 0,9 a 11 (35), todos para 1000 habitantes.

Outros aspetos que podem interferir na variabilidade das taxas de prevalência são: as migrações (com valores mais elevados para os emigrantes), o estado de desenvolvimento económico do país (com valores mais elevados para países desenvolvidos e países em desenvolvimento) (31). No entanto, estas variações e taxas de prevalência devem ser sempre analisadas cuidadosamente dado um outro aspeto crucial de variabilidade, algo intrínseco, relativo à forma como a cultura social e de saúde das populações estudadas interpretam a doença esquizofrenia, o doente com esquizofrenia, e o processo de recuperação das doenças psiquiátricas.

Epidemiologia - Incidência

Este tipo de estudos são mais complexos pois requerem avaliação longitudinal, com pelo menos duas avaliações em diferentes períodos sobre a mesma população, e a partir dessas avaliações, determinar quantos novos casos apareceram nesse intervalo de tempo, daí existirem muito menos destes estudos (33). Além disso, apresentam, como anteriormente referido, uma certa variabilidade relativa, variando com o desenho da investigação, com os instrumentos de medida, com o tipo e treino dos entrevistadores, com o método de amostragem, e com a especificidade da população em estudo (31).

Assim as médias dos valores conhecidos apresentam-se e discutem-se entre <1 (valores entre 0,14 e 1,2) (31), 0,2 (valores entre 0,11 e 0,7) (34), e 0,1 a 0,7 (35), todos para 1000 habitantes.

Apesar dos valores variáveis, são consideravelmente aproximados por todo o mundo, como referido no estudo da OMS (31), a maior variação entre países, para estudos em 1993, foi entre Vancouver no Canadá com 0,04/1000/ano, e Madras na Índia com 0,58/1000/ano. Esta não variação da esquizofrenia em todo o mundo permite considerar que é uma doença relativamente rara.

Interpretando a distribuição dos valores de prevalência e de incidência, nas mesmas áreas geográficas, indicam que a prevalência é cerca de 10 vezes maior que a incidência anual, indicando assim o carácter "crónico" (ou escrito de outro modo, de repetidos episódios de vulnerabilidade-doença) da esquizofrenia (34).

Relativamente à tendência de variação da taxa de incidência da esquizofrenia, os dados publicados são contraditórios, o que pode depender, como já vimos anteriormente, do método do estudo e da região sócio-político-cultural em estudo, e outros recursos metodológicos ou paradigmáticos, daí que enquanto alguns afirmam um declínio das taxas ao longo do tempo, outros estudos recentes, no Canada e em Inglaterra, têm mostrado um aumento! (31)

- Vulnerabilidade(s) – Fatores de Risco -

Fatores protetores – Família e estigma

As famílias, em qualquer parte do mundo, poderão proteger os seus familiares aparentemente doentes, através da vontade motivada pelo seu próprio estigma familiar. O autor apresenta apenas alguns exemplos desta argumentação, parecendo razoável que a posição dos familiares, seja protetora ou perturbadora (aumento do risco), influenciará de modo mais decisivo ou mais indelével a capacidade de lidar com a realidade como ela é. Referindo os mesmos exemplos do autor, parece assim que na China, as famílias com familiares com quadro clínico sugestivo de esquizofrenia, descrevem-nos em alternativa como pessoas que "pensam demasiado", querendo dizer que esta forma algo eufemista de relatar o sucedido, apesar de identificar "o fora do comum", também parece "normalizar a situação", considerando até que "às vezes todos pensamos demasiado", levando a que os comportamentos psicóticos não seriam publicamente considerados patológicos. Esta "expressão protetora" é também utilizada na Índia, região onde os estudos convocam os melhores resultados de recuperação das perturbações psiquiátricas. Parece assim, que funciona como estratégia de bastidores da família para compensar o estigma, e preservar a posição e valor sociomoral do membro doente da família (32).

Genética

Os fatores genéticos contribuem de forma significativa para o desenvolvimento de esquizofrenia, ainda que não isoladamente (além de também constituírem em si mesmo uma tentativa de teoria explicativa da doença, como veremos adiante). Se compararmos a prevalência algo universal de 1% para a população em geral, temos: risco para primos em primeiro grau, cerca de 2%; risco para irmãos, entre 2 a 10%; ter irmão e progenitor com esquizofrenia, cerca de 16% (31; 32; 35; 36; 37). Considerando agora as referências aos estudos com gémeos, temos probabilidades de 40 a 79% para gémeos monozigóticos (enquanto dizigóticos com 0 a 17%) (36; 41). Devemos ainda ter em consideração que a tendência dos estudos mais recentes, utilizando metodologia científica mais rigorosa e coerente, é de confirmar inequivocamente a influência da genética como um dos determinantes desta doença, no entanto com menos expressão de contribuição que a demonstrada nos estudos clássicos (41).

Fatores pré-natais, gravidez, e pós-natais

Estes fatores têm sido relatados numa prevalência de 20% na história dos doentes com esquizofrenia, apesar de cerca de 97% das pessoas que sofreram complicações no parto não terem desenvolvido esquizofrenia. Como problematizado anteriormente, as divergências de metodologia, neste caso na definição do que são os “fatores pré-natais, gravidez, e pós-natais” é bastante diversa, englobando diferentes acontecimentos ocorridos em diferentes momentos, o que dificulta a interpretação dos dados relatados (36).

No entanto, a ideia central é a de que estes fatores/complicações causam danos cerebrais diversos, aumentando a predisposição ao desenvolvimento da esquizofrenia (e também outras doenças), sendo algo comuns na história dos doentes com esquizofrenia comparados com *controles saudáveis* (31; 36).

Estas complicações podem ser descritas nas seguintes dimensões: Complicações na gravidez (hemorragias, diabetes, desnutrição, anemia, doença pulmonar crônica, incompatibilidade sanguínea, pré-eclâmpsia); Restrição do crescimento e desenvolvimento do feto (baixo peso <2500g, má nutrição do feto, malformações congénitas, circunferência craniana reduzida, prematuridade <33 semanas, patologia hipóxico-isquêmica); Complicações do parto (atonía uterina, asfíxia, cesariana de emergência) (31; 34; 35; 36; 39).

Acontecimentos stressantes & Acidentes & Trauma

As referências apontam para o risco aumentado no desenvolvimento de esquizofrenia em pessoas que estiveram expostas a acontecimentos stressantes, nomeadamente maus tratos na infância e trauma com intencionalidade (como o *bullying*) (32).

Da mesma forma que têm sido evidentes no curso de doenças de clara etiologia biológica, também na esquizofrenia as influências dos acontecimentos stressantes como perda de familiar próximo, mudança de residência, ou exames escolares, tem apresentado repercussões nas recaídas e crises (35).

Deficiências & Doenças autoimunes

Estudos efetuados com filhos de pessoas com esquizofrenia comparativamente com *controles saudáveis* mostram que apresentam caracteristicamente: baixo Quociente de Inteligência, idade tardia no alcançar de metas de desenvolvimento, pobre habilidade de atenção, baixo nível de funcionamento cognitivo, sintomas semelhantes à perturbação do pensamento, ajustamento social pobre, e sintomas psiquiátricos, querendo compreender-se estas características como a expressão da ocorrência de deficiências e mutações nas redes neuronais em desenvolvimento (34; 36).

Por outro lado, existem dados consistentes que mostram a ligação entre a esquizofrenia e algumas doenças classificadas como autoimunes, nomeadamente uma menor suscetibilidade em desenvolver artrite reumatoide, e no oposto, uma maior suscetibilidade de desenvolver diabetes, doenças da tiroide. No caso da doença celíaca, a ligação com a esquizofrenia decorre da ligação familiar, sendo que filhos de pessoas com doença celíaca têm um grau de risco de esquizofrenia três vezes maior do que *controles saudáveis*. No entanto, e apesar destas nítidas alterações, não foi ainda conclusiva a apreciação destas doenças serem causa ou consequência da esquizofrenia e/ou do seu tratamento (34).

Idade parental

Embora seja um dado com “suspeitas muito antigas”, só em estudos relativamente recentes, da última década, o autor sugere existirem evidências fortes da participação da idade parental no risco de desenvolver esquizofrenia, provavelmente relativo ao aparecimento de mutações no esperma (34).

Idade e género

A incidência e prevalência de esquizofrenia parecem ter uma distribuição semelhante em homens e mulheres, embora vários estudos refiram que existe um maior risco de incidência nos homens (31).

No referente aos géneros, no homem a média de idade típica do primeiro episódio psicótico é entre os 15 e os 25 anos, e na mulher entre os 25 e os 35 anos (havendo um segundo pico nas mulheres, entre os 40-49 anos) (31; 37).

Os vales assumidos são de consenso, pois muitos dos estudos baseiam a interpretação do primeiro episódio com a primeira hospitalização. No entanto, essa ocorrência pode ou não coincidir com os relatos dos familiares relativamente à data dos primeiros sintomas psicóticos, sendo que parece que nos homens a hospitalização ocorre mais cedo do que nas mulheres, descrevendo que os motivos poderão ser que apresentam mais sintomas negativos, mais défices cognitivos, pior funcionamento pré mórbido, e pior resposta aos medicamentos (31).

Relativamente às diferenças na idade média de início da doença na mulher, é defendida a hipótese do estrogénio ter um efeito protetor, sendo conhecido que os sintomas psicóticos diminuem de intensidade na gravidez, quando os valores de estrogénio estão aumentados, mas pioram em determinados períodos, como o pós-parto, o período menstrual, ou a menopausa, quando os valores de estrogénio estão diminuídos. Daí a consideração de nas mulheres, comparativamente aos homens, a doença se manifestar mais tarde, com menor severidade de sintomas, melhor resposta aos medicamentos, menos hospitalizações, melhores períodos de recuperação, e desta forma melhor curso de doença. Da mesma forma, o 2º pico de incidência apresentado nas mulheres pelos 40-49 anos corresponde ao período da menopausa, com diminuição dos valores de estrogénio, sendo reconhecido que apenas na mulher os sintomas pioram com a idade (31).

Consumo de substâncias

O consumo excessivo de substâncias (bebidas alcoólicas, e de drogas psicotrópicas e estupefacientes) é um problema comum das pessoas com esquizofrenia, sendo a prevalência do seu consumo superior ao da população geral, com valores a rondar os 47%, o que corresponde a cerca de quatro vezes mais do que na população geral.

No entanto, o determinante relacionado com estes consumos nos doentes com esquizofrenia é ainda controverso, existindo duas posições opostas, nomeadamente a que indica que é o consumo de substâncias que aumenta o risco de desenvolver esquizofrenia, e a que indica que os doentes com esquizofrenia são mais propensos ao consumo de substâncias (31).

Existem numerosos estudos especificamente focados na relação entre o consumo de cannabis e a esquizofrenia, podendo-se sintetizar em três dimensões: O consumo de cannabis pode aumentar o risco de desenvolver mais tardiamente a esquizofrenia; O consumo de cannabis corresponde a um fator de stress preponderante que pode causar esquizofrenia apenas nas pessoas vulneráveis; O consumo de cannabis serve de automedicação para os sintomas prodrómicos ou sintomas negativos da esquizofrenia, e ainda para os efeitos secundários da medicação antipsicótica (31; 36; 37; 39).

Nesta abordagem do consumo de substâncias, referência ainda para as anfetaminas, que se apresentam como substância capaz de produzir sintomas psicóticos associados a esquizofrenia paranóide, nomeadamente as alucinações e os delírios persecutórios, em pessoas sem história de doença mental (sintomatologia que reverte após alguns dias ou semanas após cessação da utilização das anfetaminas). No entanto, perante a persistência da sintomatologia psicótica, clinicamente persiste a dúvida entre se foi ativada uma esquizofrenia subjacente, ou se se desenvolve uma doença semelhante à esquizofrenia mas induzida pelo uso de anfetaminas (31).

Etnicidade & Migração

Sendo aceite pelos investigadores que a prevalência de esquizofrenia é relativamente estável e semelhante em todo o mundo, não havendo alterações substanciais devido a questões geográficas ou culturais, a problemática de taxas de prevalência mais elevadas (cerca de três a dez vezes mais) de esquizofrenia em populações emigrantes na Inglaterra e na Holanda, em particular nas pessoas de etnia com pele escura, não se consegue explicar em base hereditária/genética. Além disso, os emigrantes com pele não escura não apresentam taxas mais elevadas, e ainda, a segunda geração desses emigrantes com pele escura apresentam por sua vez taxas elevadas de doença, o que retira a probabilidade do *stress de ser emigrante*.

Assim, e além do já abordado problema do viés das metodologias científicas ao estudar as prevalências e incidências das doenças em diferentes locais e culturas, temos ainda uma provável pressão psicológica aumentada, mais ou menos subtil, mais ou menos estigmatizante, resultante de pertencer a uma etnia diferente da do país onde se encontram, e/ou de não ser aceite ou considerado semelhante aos demais, e/ou ainda das dificuldades próprias em construir o futuro quando se faz parte das classes socioeconómicas mais desfavorecidas da sociedade desses países (32; 34; 37).

Na dimensão etnicidade, é também importante considerar a questão da densidade étnica, querendo parecer que pessoas que vivem em locais com baixa densidade de etnia semelhante à sua têm maior risco de desenvolver esquizofrenia (um estudo, por exemplo, demonstra que se a densidade de pessoas de etnia com pele mais escura for menor que 25%, essas pessoas correm um risco 3 vezes superior aos demais habitantes vizinhos, no entanto se superior a 25%, já não é estatisticamente significativo). Mesmo sem questões de cor da pele, um outro estudo, na Suécia, indica um grau acrescido de risco para desenvolvimento de esquizofrenia, numa amostra de caucasianos (emigrantes com baixa densidade étnica/cultural) que viviam e frequentavam as escolas desse país, enquanto local predominantemente estrangeiro (32).

Local de residência

Quase naturalmente, e à semelhança do problematizado para os outros fatores de risco, o local onde se vive tem uma importância muito preponderante, em particular pelas pessoas se sentirem diferentes dos outros e isoladas do seu contexto social típico.

Sabe-se que os valores de probabilidade de risco de desenvolver esquizofrenia são cerca de 2 a 4 vezes mais nas zonas urbanas, em oposição às zonas rurais. Pensa-se que poderá relacionar-se com a maior concentração de chumbo no ar e solo, com as diferenças específicas do ambiente cultural, com a ausência de família ascendente e a necessidade de um novo plano de vida, com a diferença nas práticas locais relativas ao nascimento e cuidados (como a amamentação), e ainda com a aglomeração de habitantes propiciando a disseminação de infeções (32; 34; 37).

Clima & Infeções

Parece consistente, no hemisfério norte, a tendência de cerca de 10% para que a estação do ano de nascimento das pessoas com esquizofrenia tenha sido o inverno ou o início da primavera (não sendo estatisticamente significativo no hemisfério sul). Existem diferentes fatores (isolados ou em conjunto) apontados como possíveis precursores da doença, como vírus, trauma perinatal, toxinas e má nutrição. No entanto, o mais defendido tem sido, o de que o 2º trimestre da gravidez tenha decorrido durante a época típica das epidemias de gripe (31; 34; 39).

Em estudos baseados em épocas com epidemias, sugerem-se os seguintes compromissos com maiores taxas de risco de desenvolvimento de esquizofrenia: a toxoplasmose, a rubéola, o herpes simples, e a meningite (34).

Posição socioeconómica

Embora sempre tenha sido aceite que o risco de desenvolver esquizofrenia (e/ou outras doenças) esteja aumentado nas pessoas (ou para os/as seus/suas filhos/as) que tenham circunstâncias com as seguintes condições: desemprego, baixo nível de escolaridade, ser solteiro, e baixo nível financeiro (31; 32), é complexo definir qual a posição de vulnerabilidade (causa ou efeito), pois por um lado os diversos riscos ambientais acumulados nessa circunstância, como stress, infeções, poucos cuidados obstétricos, conduzem a um maior risco de desenvolver esquizofrenia, é também verdade que é a própria circunstância de ser doente com esquizofrenia que por incapacidades diversas (em particular o início insidioso na adolescência, impedindo a aprendizagem de habilidades sociais e académicas) conduzem a pessoa a uma classe e condição socioeconómica, menos sustentada do que aquela que anteriormente fazia parte (31).

emoção expressa

A emoção expressa elevada resulta do excesso de comentários críticos (criticismo) e de hostilidade dirigidos à pessoa doente, em conjunto com o sobre-envolvimento emocional. É comumente aceite que elevada emoção expressa não causa esquizofrenia, mas incrementa o risco de recaída para as pessoas já doentes (37).

Estando o estigma experienciado e o estigma antecipado consistentemente correlacionado com a doença mental, diversos estudos culturalmente transversais sobre emoção expressa, sugerem que o doente que vive em famílias com elevada emoção expressa tem taxas mais elevadas de rehospitalização e de recaídas (32).

Neste contexto, concorre também a diferente perspectiva de agudização do quadro clínico, em que dependendo das famílias/culturas, poderá ser mais ou menos flexível a interpretação das diferenças comportamentais (devendo considerar-se também que o *tempo sem tratamento*, resultante desta interpretação flexível, concorre na problemática de que quanto mais longo for, pior será a resposta à medicação antipsicótica (32).

- Teorias etiológicas -

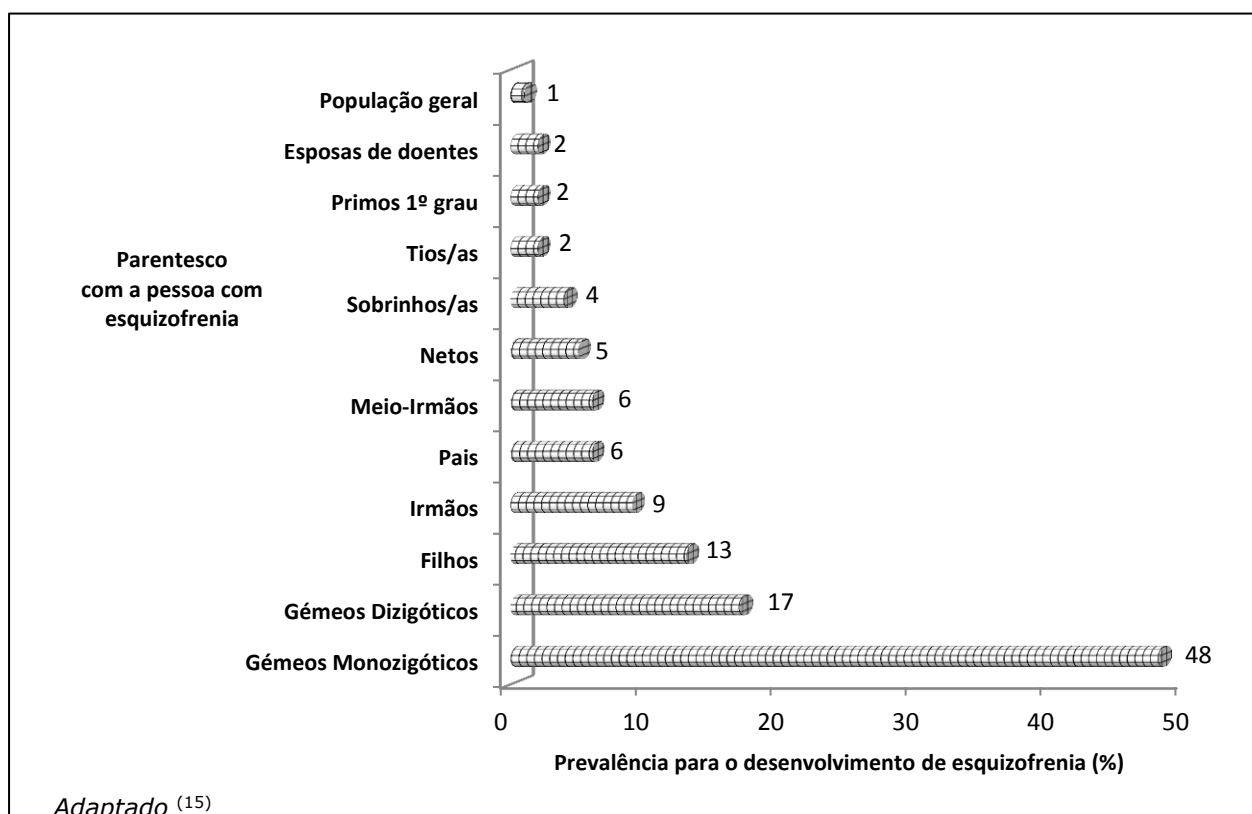
Genética

Desde os estudos clássicos que a genética e hereditariedade são considerados precursores do desenvolvimento da esquizofrenia, tendo nos estudos de Kraepelin com os seus doentes da clínica, uma prevalência de 70% (i.e., 7 em cada 10 doentes tinha familiares ascendentes com esquizofrenia) (40).

Assim, ter um familiar com esquizofrenia (apesar de não ser suficiente) é o fator mais consistente e significativo para o desenvolvimento desta doença.⁸ Baseados nos princípios da genética, temos que os gémeos monozigóticos partilham 100% de semelhança dos genes, os familiares em primeiro grau (pais, gémeos dizigóticos, filhos, e irmãos) partilham 50% dos genes, os familiares em segundo grau (avós, tios/as, irmãos de apenas pai ou mãe, sobrinhos/as, e netos) partilham 25% dos genes, e os familiares em terceiro grau (bisavós, tios/as avós, primos, e bisnetos) partilham 12,5% dos genes (35; 40; 41).

Estes dados indicam que quanto maior proximidade genética com o familiar doente maior o risco de vir a desenvolver esquizofrenia (ver Gráfico 1) (40; 41).

Gráfico 1- O risco (em média) de desenvolver esquizofrenia para familiares de uma pessoa com a doença



As características e os traços são determinados pela interação de alelos herdados dos pais. Em algumas famílias o aparecimento de esquizofrenia é mais comum do que noutras. O contributo dos pares de alelos presentes na população, quando exposto individualmente pode parecer mínimo, mas quando interagem em conjugação com os fatores ambientais o seu impacto é considerável.

Este contributo dos genes para o desenvolvimento da esquizofrenia, pode ocorrer em qualquer parte do percurso genético, desde diretamente, por exemplo produzindo os sintomas da esquizofrenia, e codificando a desregulação da dopamina; como indiretamente, por exemplo influenciando os fatores que organizam e controlam o desenvolvimento neurocognitivo, e influenciando a suscetibilidade aos vírus (39; 41), vindo a notar-se a sua expressão de doença na adolescência durante o processo de poda sináptica do córtex pré-frontal (29).

Também nas revisões sistemáticas mais recentes, as posições científicas são semelhantes, sendo que alguma vulnerabilidade genética foi identificada, mas a participação de cada gene ou de grupos de genes está ainda por clarificar conclusivamente (39; 41). Das revisões consultadas, os genes que parecem contar com mais estudos conclusivos da sua relação intrínseca com a esquizofrenia, são os seguintes (26; 31; 37; 39) :

DISC-1 [com mutação na esquizofrenia]ⁱⁱⁱ

Neurogénese e neuroplasticidade embrionária e adulta & Desenvolvimento de neurónios corticais (migração neuronal, proliferação, e maturação neuronal) & Organização sináptica.

NRG-1 (Neuregulina-1)

Regula a migração neuronal e a mielinização & Crescimento e desenvolvimento de sistemas de múltiplos órgãos & Desenvolvimento neuromotor e neurosensorial.

DTNBP-1 (Disbindina-1)

Transmissão mediada por glutamato & Plasticidade sináptica & biogénese da organela, grânulos densos das plaquetas, e lisossomos & Regulação da sinalização de dopamina.

DAOA (ou G72) (Ativador da D-aminoácido-oxidase)

Sinalização do glutamato & Função mitocondrial e arborização dendrítica.

TAAR6 (recetor de amins residuais endógenas)

As amins residuais endógenas tendem a estar envolvidas numa variedade de funções fisiológicas que ainda não foram totalmente esclarecidas. São compostos quimicamente semelhantes às amins orgânicas clássicas como a dopamina, noradrenalina, serotonina e histamina.

ZDHC8 (Enzima que participa na palmitoil-transferase)

Envolvida na transmissão glutamatérgica & Transmissão sináptica excitatória.

COMT (Catecol-O-Metil Transferase)

Inativa as catecolaminas, nomeadamente a dopamina, adrenalina e noradrenalina nas sinapses neuronais. O envolvimento no metabolismo de dopamina verifica-se particularmente no córtex pré-frontal. Esta região cerebral está envolvida na personalidade, planificação, inibição de comportamentos, pensamento abstrato, emoções, e memória de trabalho.

TCF4 (transcrição do fator 2 imunoglobulina)

Fornecer informações/transcrições para se ligar a determinadas regiões do ADN & Envolvido na diferenciação inicial dos neurónios & Participa na maturação celular, nomeadamente na diferenciação, e na apoptose (morte celular programada).

No estabelecimento da contribuição dos genes no desenvolvimento da esquizofrenia, os estudos com amostras de pessoas adotadas são um tipo de desenho de investigação com uma amostragem que permite com maior rigor separar as influências externas das internas.

Dos diversos estudos de adoção de filhos de pais com esquizofrenia, com *controles saudáveis*, e com controlo das variáveis ambientais, apresentados nas revisões

ⁱⁱⁱ Do original: *disrupted in schizophrenia*

sistemáticas consultadas, a incidência de esquizofrenia nos familiares biológicos desses pais foi de 4,1% a 31,6%, mostrando a predominância da contribuição dos fatores genéticos para o risco de desenvolvimento de esquizofrenia. Além disso, parece ser cada vez mais evidente que a contribuição não se faz apenas por parte de um determinado gene, mas sim por um contributo poligénico, em que o fator desencadeador será uma combinação das variações alélicas dos genes envolvidos (40).

Neuroquímica (Dopamina, Serotonina, Glutamato)

A perspetiva etiológica neuroquímica surge primeiramente baseada nas consequências da utilização de certas drogas – em ambiente *marginal* ou clínico – que condicionam os níveis de funcionamento de determinados neurotransmissores.

DOPAMINA

No suporte clínico e científico de que a dopamina seja um contribuidor necessário para o desenvolvimento da esquizofrenia, identificam-se três assuntos principais: a utilização de anfetaminas, a utilização de L-Dopa (Levodopa) nos quadros clínicos de Parkinson, e a utilização de medicamentos antipsicóticos com afinidade com os recetores de dopamina. Todos estes aspetos evidenciam o efeito antagonista destas drogas sobre a dopamina (26; 35; 36; 37; 40).

Assim, as evidências do papel da dopamina na esquizofrenia têm sido demonstradas pelas anomalias/mutações ocorridas nos genes envolvidos na síntese, receção e transporte da dopamina (com efeitos na proliferação, migração, e *poda* neuronal, e em processos degenerativos, como o stress oxidativo e excitotoxicidade), pelos estudos de neuroimagem funcional, e pela eficácia da medicação antidopaminérgica (26).

Estes aspetos descritos são a base da hipótese dopaminérgica, considerando-se que uma hipofunção dopaminérgica no córtex pré-frontal seria responsável pelos sintomas negativos (e pelo acontecimento primário da doença esquizofrenia), levando a uma hiperfunção dopaminérgica secundária no estriado, o que por sua vez levaria ao aparecimento dos sintomas positivos (36).

Em pessoas sem patologia psiquiátrica prévia, na utilização de anfetaminas (em altas e repetidas doses) é induzido um quadro clínico de psicose tóxica, semelhante à crise de esquizofrenia paranóide.

Esta droga aumenta a libertação de dopamina armazenada nos neurónios pré-sinápticos e impede a sua inativação na fenda sináptica pela inibição do mecanismo de recaptação na membrana sináptica. Parece por isso ser possível que os sintomas esquizofreniformes, como agitação psicomotora, alucinações auditivas, ideias delirantes do tipo persecutório, sejam devidos ao excesso de atividade dopaminérgica (35; 36; 37).

Nos quadros clínicos da doença de Parkinson é utilizada a L-Dopa (Levodopa) para aumentar a formação de dopamina, sendo que desenvolvem sintomas semelhantes aos sintomas psicóticos (35).

Sabe-se também que estas manifestações de sintomas psicóticos positivos cedem à administração de neurolépticos bloqueadores dos recetores dopaminérgicos (em particular o D2) presentes nos gânglios da base e nas áreas mesolímbicas (e daí também se reconhecer que a medicação antipsicótica praticamente não tem efeito sobre os sintomas negativos) (35; 36; 37; 40).

SEROTONINA

Os primeiros conhecimentos da participação da serotonina no desenvolvimento da esquizofrenia surgiram na observação clínica de pessoas que utilizaram LSD (dietilamina do ácido lisérgico), por apresentarem sintomas semelhantes aos da esquizofrenia, como desrealização, despersonalização e alucinações visuais, sintomas estes que surgem pelo efeito antagonista dos recetores serotoninérgicos e pelo efeito agonista da droga, o que conduzirá a um excesso de atividade serotoninérgica (36; 40).

Relativamente aos antipsicóticos atípicos (como clozapina, risperidona, e olanzapina) com maior afinidade para os recetores serotoninérgicos (do que para dopaminérgicos) apresentam efeitos consideráveis sobre os sintomas negativos, parecendo por outro lado também apresentar menores sintomas extrapiramidais (36; 40).

GLUTAMATO

Existem evidências que colocam o glutamato como participante em diversas fases do neurodesenvolvimento (migração, sobrevivência e plasticidade neuronal) expressas na

adolescência pela plasticidade e pela *poda* neuronal, e na velhice pela neurodegenerescência e pela excitotoxicidade (26).

A hipofunção dos recetores de glutamato foi inicialmente constatada nas pessoas que consumiam drogas como o PCP (Fenciclidina) ou a Quetamina, pois funcionam como antagonistas dos recetores, produzindo uma diversidade de sintomas psicóticos quer positivos quer negativos (delírios, desorganização, ilusões visuais e auditivas, apatia com embotamento afetivo, e isolamento social) (36; 37).

Neurodesenvolvimento

No seguimento das anteriores considerações em fatores de risco, tem sido recorrente a confirmação de que acontecimentos traumáticos internos ou externos contribuem de forma decisiva para o início de diversas doenças com substrato cerebral, como é o caso da esquizofrenia, através da sua interferência no desenvolvimento das estruturas cerebrais. Assim, estão descritos como principais acontecimentos traumáticos: as complicações na gravidez, a restrição do crescimento e desenvolvimento do feto, e as complicações do parto (31; 34; 35; 36; 39).

Naturalmente que se deve ressaltar, como já se fizera noutras ocasiões, embora sejam traumas a considerar no desenvolvimento da esquizofrenia, não são nem específicos desta doença, nem concorrem com uma percentagem inevitável de casos de doença.

Das diversas revisões consultadas, e aceitando a inter-relação entre os diversos intervenientes no desenvolvimento e maturação humanos, desde as complexas interações celulares, à carga genética individual, e ao ambiente envolvente, é na ocorrência algo infeliz e algo aleatória de uma determinada cadeia de acontecimentos que altera/danifica uma determinada estrutura ou estruturas vulneráveis, que surge o *precipitante* para o início da doença.

Parece assim que a esquizofrenia ocorre a partir de histopatologia não específica já existente no sistema límbico, no diencéfalo, e na região pré-frontal do cérebro. Serão estas lesões/anomalias que interagem em determinado momento com os normais acontecimentos do desenvolvimento e maturação, em particular no desenvolvimento do córtex pré-frontal e dos sistemas dopaminérgicos (39).

Neuropatologia

Os estudos de neuroimagem conseguem cada vez mais expor a forma das estruturas em perspectiva e pormenor nunca antes conseguidas, permitindo apreciar mais profundamente a estrutura propriamente dita, a fisiologia das estruturas, a interação de diversas estruturas, e ainda a visualização do funcionamento de diversas funções cerebrais em tempo real.

Destas fantásticas capacidades tecnológicas definem-se cada vez mais pormenores mais ou menos decisivos para a confirmação da doença esquizofrenia, bem como para as suas explicações etiológicas.

Enquadrando os seguintes assuntos no tema neuropatologia, apresentam-se em síntese os diversos contributos definidos nas revisões consultadas, agrupados em alteração na volumetria das estruturas cerebrais, alterações da densidade, desconetividade(s), e dessincronização (ver esquemas seguintes).

Esquema 1 - Alteração na volumetria das estruturas cerebrais

(28; 29; 35; 37; 26)



AUMENTO DO VOLUME:

Ventrícular (ventrículos laterais e terceiro ventrículo).

REDUÇÃO DO VOLUME:

do cérebro. Em alguns casos são mais leves e menores em comparação com controlos saudáveis.

do lobo frontal (pré-frontal e orbitofrontal), lobo parietal, tálamo, gânglios da base e corpo caloso.

da substância cinzenta, no córtex e nas regiões corticais, em especial as áreas pré-frontais e temporal. Por exemplo, na região fronto-temporal, gânglios da base, e tálamo, o grau estimado de redução é de 5 a 10%.

das porções médias dos lobos temporais (hipocampo e giro do hipocampo, e amígdala).

da substância branca e membranas de mielina, e oligodendrocitos na profundidade do córtex pré-frontal e temporal.

das alterações na assimetria do lobo temporal (zona relacionada com o desenvolvimento da linguagem).

do tamanho dos neurónios, do número, e do grau de organização, no lobo temporal.

do volume cortical do neurópilo (enquanto espaço entre os corpos celulares onde se encontram as sinapses, os dendritos e os axónios, e se efectua a comunicação entre os neurónios).

Esquema 2 - Alterações da densidade

(28; 30; 37)



AUMENTO:

dos neurónios das áreas corticais. 1

REDUÇÃO:

ausência de proliferação da glia (não existe uma perda de neurónios em larga escala) podendo em alguns casos registar-se redução da sua densidade (em contraste com as doenças degenerativas).

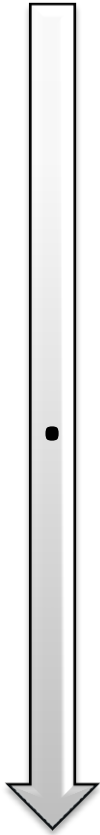
anomalias na arquitetura celular da substância cinzenta do córtex entorrinal e de outras áreas corticolimbicas.

dos neurónios da região do tálamo mediodorsal.

do tamanho dos neurónios piramidais (ou neurónio *von Economo*) com redução da densidade e do tamanho das espinhas dendríticas) no córtex dorsolateral pré-frontal. Em alguns casos esta redução ocorre no córtex cingulado anterior (região responsável pelo interface do controlo motor, da cognição e da regulação das emoções).

Esquema 3 – Desconetividade(s)

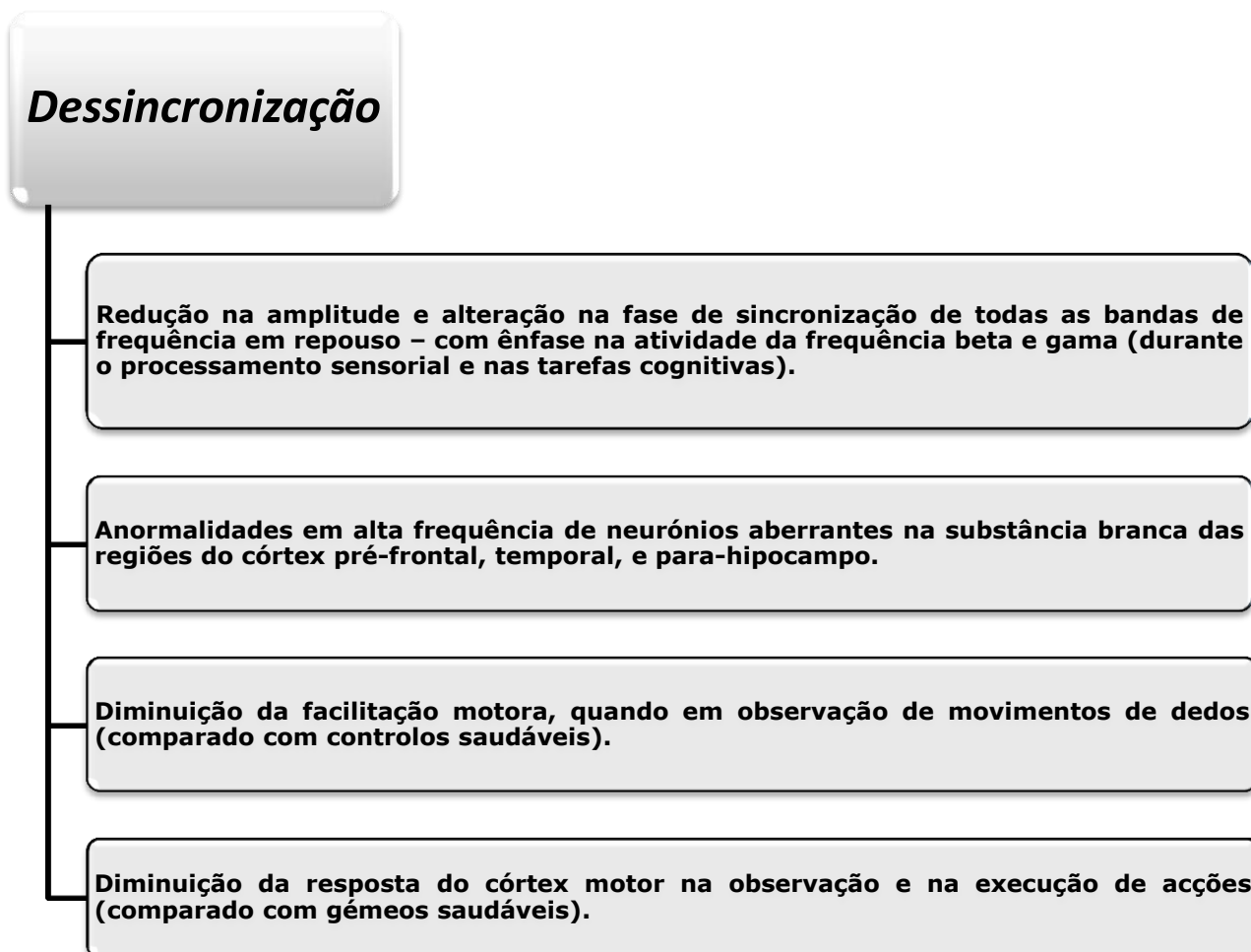
(28; 29; 30; 37; 39)



- **Défices nas conexões de três vias de ligação: 1- entre os dois córtices motores primários; 2- entre os dois hemisférios, nomeadamente entre o córtex dorsal pré-motor esquerdo e direito; 3- entre o cerebelo direito e os córtices motores primários.**
- **Disfunção do sistema de neurónios espelho (considerado responsável pela cognição social e pela empatia).**
- **Diminuição dos níveis do marcador pré-sináptico sinaptofisina no cortex dorsolateral pré-frontal.**
- **Défice e redução na transmissão do GABAérgica (ácido gama-aminobutírico) e do receptor NMDA (N-metil-D-aspartato), em diversas áreas corticais, em particular no cortex dorsolateral pré-frontal.**
- **Disfunção do neurotransmissor NMDA (N-metil-D-aspartato) do glutamato.**
- **Redução do número de receptores da spinofilina (proteína neuronal implicada na regulação do sinal de NMDA) no Estriado, após uso repetido de PCP (fenciclidina).**
- **Reduzidos níveis de neuropeptídeo Y.**
- **Disfunção da conexão entre o córtice frontal e o temporal.**
- **Mutação dos resultados da quinase, reduzindo a função do canal iónico de potássio (regulado pelo sinal de fosfatidilinositol), levando à perda de controlo dopaminérgico.**

Esquema 4 - Dessincronização

(29; 30; 37)



Se apenas uma destas vulnerabilidades e etiologias fosse a responsável pelo desenvolvimento da esquizofrenia então teríamos uma concordância a 100% na incidência perante certos determinantes (como por exemplo, nos gémeos monozigóticos, a concordância seria de 100%, dada a idêntica informação genética). Mas como foi relatado anteriormente, os valores de probabilidade de ocorrência são variáveis (e por vezes muito variáveis) com os diversos condicionantes, precipitantes e demais acontecimentos influenciadores. Assim, os fatores genéticos, ou os fatores neuroquímicos, ou os fatores neurodesenvolvimentais, ou os fatores da neuropatologia, não provam por si só a gênese desta doença, sendo que o conjunto discutível de evidências parece contribuir para uma multicausalidade e interação de diversos acontecimentos desencadeadores a ocorrerem algo aleatoriamente e algo previsivelmente, numa determinada oportunidade infeliz, numa crise não oportuna, num ambiente psicossocial carregado de circunstâncias e probabilidades acumuladas de acontecimentos desencadeadores de momentos de vulnerabilidade(s).

3 – SOBRE A VULNERABILIDADE ...

Sobre a vulnerabilidade, e convocando um original antigo para a contemporaneidade, porque apesar de termos mais tecnologia, mais farmacologia, mais longevidade, mais política de saúde e de economia, mais globalidade, continuamos tão simples (ou complexos se preferirem) como anteriormente, quero dizer, que cada um de nós, seres humanos, continuamos a ter de viver a nossa vida do nosso modo singular, com a nossa fragilidade e com a nossa força, sozinhos connosco, e com os próximos que vamos considerando família, ou aqueles com quem temos ligações genéticas, ou aqueles com quem nos cruzamos mais tempo do que com os primeiros referidos, os colegas do trabalho, aqueles que habitam à nossa volta, e com quem nos cruzamos algo anonimamente, mas que aparentemente não queríamos (ou não podíamos) viver sem eles, enfim, todos e qualquer uns, que se refletirmos, fazem parte da nossa vida (para o nosso melhor bem, ou até para nos “perturbarem”).

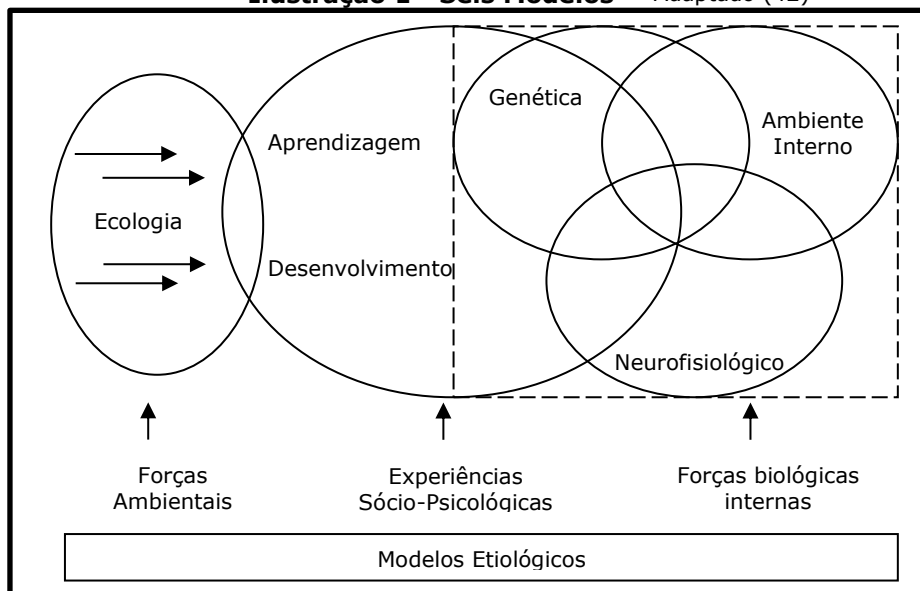
“... Assume-se [assim] que os desafios externos e/ou internos provocam crises em qualquer pessoa, mas dependendo da intensidade do stress provocado e do limiar para o tolerar, isto é, dependendo da vulnerabilidade pessoal, a crise será contida de forma homeostática ou levará a um episódio de perturbação ...” (42)

Escreve-se agora, utilizando a metodologia de ficha de leitura, uma síntese descritiva do que é então, originalmente entendido como a vulnerabilidade das pessoas perante a vida total (o “interior”, o “exterior”, e a sua relação intrínseca e bidirecional), baseado exclusivamente na primeira obra publicada com a aplicação da teoria da vulnerabilidade à pessoa com a doença esquizofrenia, o artigo *Vulnerability – A new view of schizophrenia*, de Joseph Zubin & Bonnie Spring, publicado em 1977, no *Journal of Abnormal Psychology*.

Ao pretender abordar-se as perturbações psiquiátricas e a sua causalidade, configuram-se seis modelos etiológicos (ver Ilustração 1), classificados em três tipos, de acordo com o seu foco etiológico:

- Teoria do ambiente, com foco nas forças que provêm do ambiente externo e interagem com o indivíduo – do nicho ecológico que ele ocupa;
- Modelos da psicologia comportamental, com foco nas forças que provêm da experiência do indivíduo ganha na aprendizagem e desenvolvimento;
- Modelos biológicos, com foco nas forças que provêm do *milieu* (ambiente) interno do indivíduo – os seus genes, bioquímica e neurofisiologia.

Ilustração 1 - Seis Modelos Adaptado (42)



Modelo da vulnerabilidade

Da análise da lógica dos seis modelos e das suas três áreas teóricas, é sugerido que o denominador comum que interliga todos os modelos seja por sua vez, um modelo de uma outra ordem, o modelo da vulnerabilidade.

Este modelo propõe que cada um de nós é dotado com um certo grau de vulnerabilidade que em determinadas circunstâncias propícias se expressa com um episódio da doença esquizofrenia.

As dimensões do modelo da vulnerabilidade são:

- a) O tipo de vulnerabilidade;
- b) Acontecimentos stressores (os desafios do quotidiano que são os desencadeadores);
- c) Variáveis moderadoras (como as redes sociais, personalidade premórbida e aspetos físicos, sociais e culturais específicos dessa pessoa).

A vulnerabilidade de um indivíduo para qualquer doença representa e determina o risco, nomeadamente a facilidade e a frequência com que determinados desafios à homeostasia possam levar à perturbação.

A pessoa com elevada vulnerabilidade é aquela para quem as numerosas contingências, mais ou menos complexas da sua vida diária, são suficientes para desencadear um episódio de perturbação.

A pessoa de baixa vulnerabilidade é aquela em que "parece não haver nada" que as possa perturbar, só uma situação excecional e catastrófica poderiam conduzir a um episódio de doença.

Dois tipos de vulnerabilidade

Considera-se existirem dois tipos de vulnerabilidade: a inata e a adquirida.

A inata refere-se à vulnerabilidade que está registada nos genes e refletida no ambiente interno e na neurofisiologia do organismo.

A adquirida é a vulnerabilidade que decorre da influência da experiência de situações anteriores com trauma, doenças específicas, complicações perinatais, experiências na família, falta de intimidade nas amizades interpares na adolescência e outros acontecimentos críticos de vida que contribuam para estimular ou para inibir o desenvolvimento de subsequente perturbação.

Acontecimentos stressores

Para desencadear um episódio de esquizofrenia é necessária a ocorrência de um acontecimento desencadeador, i.e., um tipo de acontecimento que faz iniciar a crise numa pessoa vulnerável.

Os acontecimentos desencadeadores são indutores breves e recentes ao momento e com stress suficiente para produzir uma crise. São acontecimentos indesejados, singulares, estranhos, inesperados, imprevistos e incontrolláveis e que produzem perda, e exigem um considerável reajuste da rotina diária. São acontecimentos de origem endógena ou exógena que interrompem a adaptação e são capazes de provocar uma crise temporária ou até um episódio de doença.

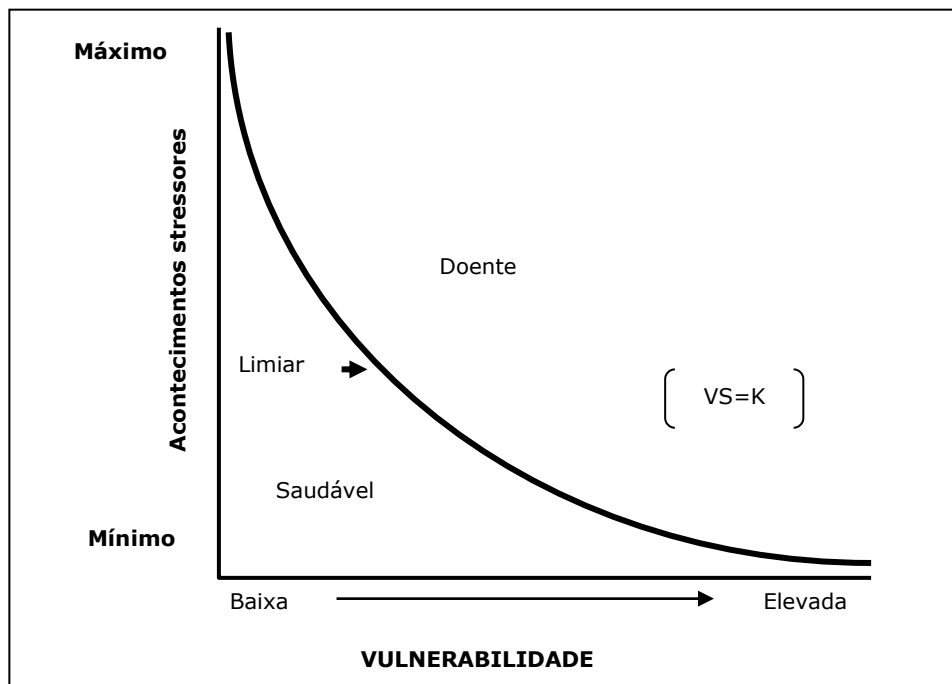
De origem endógena, são os acontecimentos bioquímicos ou neurofisiológicos, que apesar da complexidade em isolar esses contributos específicos, consideram-se as alterações maturacionais, ingestão de substâncias tóxicas, alimentação desadequada, respostas patológicas a situações de doença ou de stress.

De origem exógena, são os acontecimentos comumente considerados como acontecimentos típicos de vida, existindo evidências consideráveis sobre o seu papel determinante em expor perturbações quer físicas, quer mentais.

Estes acontecimentos de vida são acontecimentos críticos que desafiam o equilíbrio e o ajustamento, exigindo um reajustamento ou reorganização da vida dessa pessoa, como perdas, divórcio, ou ganhos, promoção profissional, casamento.

Uma dimensão de análise, algo peculiar, dos acontecimentos de vida stressores, é o caso da sua ocorrência considerar-se ser ou não aleatória. Se não se considerarem as situações verdadeiramente aleatórias como as calamidades naturais como tremores de terra, pode considerar-se que as escolhas pessoais do estilo e tipo de vida de cada um irão contribuir para a maior ou menor probabilidade de ocorrência de acontecimentos stressantes, sendo que essa maior tendência para os acidentes e incidentes, serão em si mesmos os produtores de repetidos e potenciais acontecimentos desencadeadores.

Ilustração 2 - Relação entre a Vulnerabilidade e os Acontecimentos stressores



A Equação para esta hipotética curva é $VS=K$, em que V é o grau de vulnerabilidade, S é o grau de stress induzido pelo acontecimento stressor, e K é a constante (o limiar).

Adaptado (42)

A Ilustração 2 mostra em gráfico a possível relação entre os acontecimentos de vida stressores e a vulnerabilidade. Enquanto o grau de stress induzido pelos acontecimentos de vida stressores ficar abaixo do limiar da vulnerabilidade, a resposta do indivíduo ao stressor é feita de forma flexível e homeostática, mantendo-se assim em equilíbrio nos limites da "normalidade". Quando o grau de stress excede o limiar, o indivíduo tem uma maior probabilidade de desencadear um qualquer episódio psicopatológico.

A teoria da vulnerabilidade considera ainda estes episódios como tendo um timing de duração limitado, em que assim que o grau de stress que está a ocorrer seja inferior ao limiar da vulnerabilidade, o episódio de perturbação começa a terminar e a pessoa começa a regressar a um estado de adaptação semelhante ao que tinha antes de ocorrer o episódio.

Esta interpretação teórica foi desenvolvida com base no paradigma da teoria de stress de Selye, na qual os acontecimentos de vida stressores que se impõem ao organismo induzem um estado de tensão. A tensão, por sua vez, põe em movimento as capacidades adaptativas de modo a suplantarem o stress ou conterem a tensão. Neste sentido o stress é definido como algo que envolve a discrepância entre as exigências impostas à pessoa - sejam elas externas ou internas, e sejam elas desafios ou objetivos - e a forma como o

indivíduo interpreta as suas potenciais respostas e essas exigências. Em síntese, a tensão ocorre como resultado da falha dos métodos habituais e de rotina usados para lidar com as ameaças.

A *adaptação* descreve a medida na qual o organismo responde adequada e apropriadamente às exigências da vida. Para a explicação deste modelo da adaptação utilizam a analogia com um modelo clássico da física, o "modelo da corda". Este modelo representa o stress imposto a um corpo por uma determinada carga que produz uma determinada quantidade de deformação por tração. Assim, prendem uma corda ao teto e fixam-lhe uma carga. Como resultado dessa carga a corda pode: a) Resistir à carga sem se alongar/esticar; b) Alongar-se temporariamente e regressar ao tamanho original assim que a carga é retirada; c) Alongar-se permanentemente; ou d) Partir-se sob o efeito da carga.

Comparativamente com o organismo (sendo hipoteticamente a corda) e a carga (como hipoteticamente o grau de stress do acontecimento de vida), a tendência para a corda esticar pode ser semelhante aos conceitos biológicos Piagetianos de acomodação que descrevem uma alteração da estrutura do organismo, temporária ou permanentemente para se adaptar às exigências ambientais. Os organismos, ao contrário das cordas, têm outra forma de responder, tentando ajustar os seus limites de tolerância.

Quando um acontecimento de vida stressor ameaça impor uma tensão, o organismo até poderá ajustar o seu nível de stress, através do evitamento, reinterpretação ou distorcendo o acontecimento.

Este exemplo clássico do modelo da adaptação, quando com a finalidade de prever a resposta do indivíduo ao stressor deve ter em conta os seguintes aspetos:

- a) A severidade percebida do acontecimento de vida stressor;
- b) A interpretação individual da carga do potencial stressor;
- c) Os esforços de coping para lidar com uma situação stressora;
- d) O nível de capacidades ou competência geral;
- e) A vulnerabilidade da pessoa.

Relação entre vulnerabilidade, os acontecimentos de vida stressores e a adaptação

Lembrando que a interpretação do valor da ameaça do stressor é de carácter individual, quando a adaptação falha, e o mini-episódio surge, será o grau de vulnerabilidade do indivíduo a determinar a severidade e longevidade das consequências. Temos assim, que a *invulnerabilidade* relativa descreve a resiliência do organismo perante o grau imposto pelos acontecimentos de vida stressores. As falhas de adaptação podem apresentar-se como inabilidade temporária – por exemplo a dor e o distress que reduzem a eficiência e felicidade – mas tem o seu *términus* antes de se constituírem perturbações continuadas do funcionamento do organismo. Como se diz popularmente, toda a gente já teve um "mau dia" ou uma "semana difícil"!

Estas variações típicas e efémeras na adaptação da pessoa não requerem por si só intervenções clínicas, no entanto, em indivíduos vulneráveis, o que começa como um mini-episódio poderá desenvolver-se num episódio de doença psiquiátrica, que será por isso muito mais avassalador para a pessoa, com uma maior duração e com mais ampla perturbação do seu funcionamento e comportamento.

Em ambos os tipos de episódios, mini-episódios ou episódios de doença psiquiátrica, o resultado de adaptação, pode ser a assimilação ou a acomodação.

Na assimilação, a adaptação é recuperada inicialmente pela alteração do ambiente. Quando o stress é eliminado, quer pelo comportamento do indivíduo transformador do ambiente quer pela passagem do tempo e da circunstância, quer pela ajuda de alguém externo, o organismo regressa ao seu status pré-episódio.

Na acomodação, em que o organismo altera o seu *milieu* interno para corresponder às necessidades do ambiente, em situações de ótima funcionalidade, essas alterações são adaptativas e contribuem para o crescimento/desenvolvimento proporcionando até a possibilidade de serem preventivas de futuros episódios. Por outro lado poderão ser regressivas e conduzir por consequência a um entrincheiramento da psicopatologia e à perda de capacidades básicas.

Variáveis moderadoras (habilidade de coping premórbida, acontecimentos de vida e vulnerabilidade)

Duas pessoas de igual grau de vulnerabilidade com semelhante imposição de acontecimentos stressores poderão não desencadear ambos um episódio de doença se as variáveis moderadoras como a rede social, a habilidade de coping, e o *nicho ecológico* (cultura, condições habitacionais, relacionamento intrafamiliar e amigos) forem diferentes um do outro. Daí a importância de perspetivar uma avaliação e interpretação destas variáveis na fase premórbida.

A rede social serve em duas funções primordiais: a) uma função etiológica, como potencial indicadora do enviesamento ou constrição ou perturbação existente nessas ligações da rede que demonstre a tendência de risco de adoecer; e b) como função dinâmica de agente para absorver ou falhar nessa absorção do impacto dos acontecimentos de vida stressores.

A adaptação é conseguida através do *esforço de coping*, definido como uma tentativa de decisão, que é baseada na assunção de que a competência e a habilidade cognitiva para perceber e interpretar a discrepância são e mantêm-se estáveis, como características estruturais do organismo, tendo sido desenvolvidas ao longo da experiência e das diversas situações que foram requerendo esta tentativa de decisão, este esforço de coping, esta adaptação.

Esta *tentativa de decisão* é, ainda, considerada variável e dinâmica, podendo aumentar ou diminuir em qualquer momento e qualquer situação, servindo para lidar com problemas ou para inibir as estratégias adaptativas.

A habilidade de coping resulta do esforço de coping ou iniciativa, e da competência ou habilidade que a pessoa utiliza para criar estratégias para lidar e gerir as situações de vida.

Quando se descreve alguém como tendo uma "boa" capacidade de coping, estão a caracterizar alguém que mantém a adaptação em equilíbrio: a) a maior parte do tempo, b) perante acontecimentos de vida que são genericamente reconhecidos como stressores. Aquele com "pobre" capacidade de coping, em contraste, está em desequilíbrio; a) a maior parte das vezes, b) mais frequentemente perante situações das quais nem todas são unanimemente consideradas como stressores.

Neste sentido, os momentos de ineficácia do coping ou falha na adaptação *major* ou *minor*, podem ser observados em ambas as pessoas com o considerado "bom" coping e com o "pobre" coping.

Estes momentos serão caracterizados pela típica sintomatologia de tensão, um estado de desconforto subjetivo ou de distress, sentimentos de desesperança, afastamento, comportamento inapropriado ou disfuncional, desequilíbrio fisiológico ou perturbações vegetativas mas não necessariamente como episódios de perturbação mental.

Assumindo a elevada complexidade de interpretar quando é que a diminuição, ou exacerbação, ou utilização inadequada do coping corresponde a um marcador de episódio, deve entender-se que a capacidade cognitiva e as diversas habilidades só são ativadas por esse mesmo esforço de coping, dessa forma durante a ocorrência de um episódio não é passível de ser medido e demonstrar que está intacto. No entanto, pode constatar-se clinicamente que pessoas com estados pré-mórbidos aparentemente intactos apresentam graus extraordinariamente elevados de incompetência e de falhas

grosseiras de insight durante a instalação e desenvolvimento do episódio de perturbação psiquiátrica.

Considerando que, de uma forma geral, a habilidade de coping seja independente da vulnerabilidade às doenças psiquiátricas, temos como provável que quando a pessoa tem uma "quebra" na habilidade de coping, entra num período de risco, um estado de baixa resistência psicológica. Se a vulnerabilidade dessa pessoa for suficientemente baixa, este período de risco irá passar sem grande consequência. Por outro lado, se a vulnerabilidade é elevada, esses pontos de sensibilidade poderão constituir-se determinantes para desenvolver um episódio psicopatológico. A pessoa com "pobre" habilidade de coping irá encontrar diariamente mais acontecimentos de vida que lhe baixam a resistência e podem consequentemente passar grande parte da sua vida em risco de manifestar alguma perturbação de algum tipo, de acordo com a sua vulnerabilidade específica.

Natureza episódica ou temporária da esquizofrenia

Um dos princípios da teoria da vulnerabilidade aplicados à esquizofrenia é considerar que a característica primária e persistente da pessoa com esquizofrenia, é a sua vulnerabilidade (e não a sua doença).

Vários dados concorrem para este princípio: os dados de estatísticas hospitalares indicam menor duração do internamento; os doentes crónicos hospitalizados são os que foram admitidos há 30 ou 40 anos; aumento dos reinternamentos. Inclui-se ainda o estudo pioneiro de Bleuler em 1974 com *follow-up* de 23 anos, já referia que 50% dos doentes tinha conseguido um ajustamento adequado à comunidade e cerca de 40% viveu a maior parte do tempo na comunidade, embora com ocasionais internamentos, os restantes 10% dos casos são considerados resultantes do tipo de sistema de saúde e da sua estratégia de tratamento.

Na continuidade da mudança de paradigma dos sistemas de saúde relativamente aos internamentos de longa duração um novo padrão emerge nas características da esquizofrenia, os doentes já apresentam resultados positivos nas intervenções e hospitalizações de quatro semanas assumindo-se assim a evolução da doença esquizofrenia pela apresentação de episódios, surgindo aquando dos acontecimentos desencadeantes e desvanecendo quando o stress e a consequência se dissipa, constatando-se assim um ciclo de episódio de doença, depois um ciclo de recuperação e depois um ciclo de recaída e depois um ciclo de recuperação ... Assim, será expetável que alguns doentes comecem a "sair" dos seus episódios e que outros doentes "entrem" em novos episódios num qualquer momento crítico, tendo assim, desta forma, neste novo cenário da evolução da doença, um aumento de recaídas entre 40 a 65% dos casos.

Quatro interpretações síntese do doente que parece ser *cronicamente doente*:

- a) Há uma probabilidade de alguns doentes com esquizofrenia que permanecem incessantemente num episódio de doença, embora sejam uma minoria;
- b) Poderão existir alguns doentes potenciais, com um grau de vulnerabilidade tal, que recuperam apenas por breves períodos e logo entram num novo episódio;
- c) Outros ainda poderiam ter as habilidades premórbidas tão pobres que a recuperação do episódio de doença é difícil de discernir. Em contraste com as pessoas com um coping eficaz que recuperam e regressam ao seu papel e lugar na sociedade, estes doentes pelo seu lado têm uma recuperação que não se nota na funcionalidade, permanecendo incapazes de habilidades de coping para as exigências da vida, da mesma forma que já eram antes de ficarem doentes.
- d) Num outro grupo de doentes considerados crónicos, as habilidades de coping deterioraram-se muito abaixo do nível premórbido, como consequência do ataque devastador da psicopatologia, do isolamento no hospital ou comunidade, e o desuso das habilidades sociais.

Potenciais Marcadores de Vulnerabilidade

Tipo de Modelo Etiológico	Potenciais Marcadores de Vulnerabilidade
Genético	Consanguinidade, Titulação de HLA (Antigénio Leucocitário Humano).
Ecológico	Migração, marginalidade social, <i>status</i> socioeconómico, isolamento social, milieus emocional da família, rede social desviante.
Desenvolvimental	Estação do ano de nascimento (Inverno), dano cerebral pós-natal, defeito oftalmológico nos progenitores com esquizofrenia ou em familiares, ausência de relações de intimidade na adolescência.
Teoria da Aprendizagem	Perturbação severa da comunicação, incapacidade de desenvolver comportamentos adaptativos ou de aprender com as experiências anteriores, reforço inapropriado.
Ambiente interno	Nível da monoamino-oxidase, dopamino-beta-hidroxidase, taxa de transferência da catecolamina dos glóbulos vermelhos, Fosfoquinase creatinina, atividade da monoamino-oxidase plaquetar.
Neurofisiológico	Resposta pupilar, movimentos oculares de perseguição, tempo de resposta.
Neuroanatômico	Dilatação dos ventrículos, anomalias musculares, anomalias na circulação sanguínea cerebral.

Em síntese – Modelo da vulnerabilidade aos episódios de esquizofrenia

COMPONENTES	
Vulnerabilidade	A probabilidade empírica de uma pessoa desencadear um episódio de perturbação psiquiátrica: traço de personalidade permanente ⁴
Esforço de coping	A libertação de energia nas situações é incorretamente utilizada e absorvida pelos reflexos: correlacionado ⁵ com a vulnerabilidade
Competência	As capacidades e habilidades ainda precisam de atingir sucesso em papéis significativos da vida <i>de todos os dias</i> : correlacionado com a vulnerabilidade
Habilidade de coping	O resultante da iniciativa e da habilidade que o organismo apresenta através do estabelecimento de estratégias para lidar com os acontecimentos de vida: correlacionado com a vulnerabilidade
EFEITOS DOS STRESSORES	
Episódios de coping ineficaz	Ocorrem em todas as pessoas aquando de situações catastróficas, perante as quais as habituais estratégias de coping são ineficazes: não leva necessariamente a episódios de perturbação psiquiátrica
Episódios de perturbação psiquiátrica	Desenvolvem-se tendencialmente em pessoas vulneráveis, que se encontram num estado de coping ineficaz: ocorrem episódios de doença com duração diversa, mas limitada

⁴ Do original: *an enduring trait*

⁵ Do original: *orthogonal*

A pessoa com esquizofrenia provém do mesmo ambiente, de semelhante nível de inteligência, de competência, de habilidade de coping, de sucesso e de todos os restantes aspetos da condição humana.

A única característica comum a todas as pessoas com esquizofrenia, não é a presença constante da doença, mas sim a presença constante da sua vulnerabilidade, sendo que os de elevada vulnerabilidade apresentam maior repetição de episódios.

Os episódios de esquizofrenia têm uma duração limitada e terminam "mais tarde ou mais cedo" com ou sem intervenção terapêutica. A maior parte das pessoas com esquizofrenia passa a maior parte do tempo das suas vidas na comunidade, com a sua possível autonomia e indistinguíveis da restante população (à exceção dos "olhos" daqueles que os discriminam).

Considera-se que no geral cerca de 50% dos doentes recuperam completamente, 40% tem recaídas mas vão gerindo a situação conseguindo passar a maioria do tempo na comunidade, e 10% parecem permanecer crónicos. No caso destes 10% assume-se a complexidade de apurar a sua cronicidade, pois será endógena? iatrógena? ou ainda derivada do tipo de paradigma do sistema de saúde?

No início do episódio de doença a competência e habilidade adequada de coping parece reduzir-se intensamente. No final do episódio de doença, estas características têm a tendência a regressar ao mesmo nível de capacidade que no momento premórbido, podendo a pessoa regressar ao seu "lugar" na sociedade. De modo geral o doente com "bom" nível premórbido de capacidades regressa ao seu anterior "bom funcionamento, e o de "pobre" nível premórbido regressa ao seu "pobre" funcionamento.

Da análise entre as implicações da relação entre competência e a vulnerabilidade mantêm-se a complexidade e dificuldade em esclarecer, pois os dados conhecidos são tendenciosos pois os episódios que possam ocorrer em pessoas consideradas muito competentes e hábeis em coping, não aparecem nas estatísticas, nem nos registos hospitalares, e/ou nem os procuram para obter ajuda (ou por não necessitarem ou por a conseguirem obter noutras fontes ou locais), daí que os dados sejam preenchidos apenas por aqueles que têm "pobre" nível premórbido, com recaídas frequentes e que "circulam" regularmente nos serviços hospitalares psiquiátricos.

4 - APRENDIZAGEM SOCIAL DE BANDURA, REVISITADA

Os seres humanos têm uma capacidade inigualável para serem muitas coisas. O desenvolvimento da qualidade e dos percursos de vida que estão realisticamente ao seu alcance é parcialmente determinado pela sua autonomia e pelas instituições culturais que o envolvem no seu desenvolvimento global.

O desenvolvimento humano é um fenómeno heterogéneo que engloba diferentes tipos de habilidades, que se seguem a diferentes trajetórias de mudança, e que são modificáveis ao longo de toda a vida.

Os sistemas sociais que proporcionam competências transversais e generalizáveis, criam estruturas e fatores de oportunidade, fornecem recursos de suporte, e ainda permitem espaço para a autonomia individual, potenciando desta forma as hipóteses de cada pessoa se realizar naquilo que deseja (43; 44).

Apresenta-se aqui em síntese, a base conceptual do método de aprendizagem utilizado na Programa de formação de generalização de habilidades de conversação desta investigação. O discurso pretende ser claro e direto para a compreensão das capacidades envolvidas no processo de aprendizagem. Pretendeu-se dar a exclusividade ao principal autor da teoria da aprendizagem social, Albert Bandura, consultado em duas das suas obras de referência: uma de 1989, a *Social Cognitive Theory*, publicada no livro de R. Vasta, *Annals of Child Development – Six Theories of Child Development* (43); e outra de 1996, *Social Cognitive Theory of Human Development*, publicada no livro de T. Husen & T. N. Postlethwaite, a *International Encyclopedia of Education* (44).

A teoria da aprendizagem social define que o desenvolvimento e funcionamento da pessoa decorrem da relação triádica recíproca entre os estímulos internos, os estímulos externos, e o comportamento.

A aprendizagem é entendida numa vasta potencialidade que pode ser configurada pela experiência vicariante (aprendida diretamente com os outros) em diversas formas dentro dos seus limites intrínsecos e biológicos. A sua diversidade social vai produzir diferenças individuais substanciais nas competências, interesses e valores que vai desenvolver (e nas que ficam por desenvolver).

A plasticidade intrínseca ao ser humano dependerá por sua vez de mecanismos e estruturas neuropsicológicas especializadas que se desenvolvem ao longo do tempo.

A noção de plasticidade da pessoa não significa que o comportamento é inteiramente um produto pós-nascimento. Existem alguns padrões organizados de comportamento que já estão presentes ao nascimento e outros que vão aparecendo ao longo do percurso de maturação. Cada um de nós transporta no código genético um conjunto de funções psicológicas acompanhadas pelas experiências ancestrais.

A maioria dos padrões de comportamento humano é organizada pela experiência individual e armazenados em códigos neuronais (e não providenciados de forma inata). Assim, enquanto o pensamento e comportamento podem ser configurados através da experiência, os fatores inatos vão estar sempre algo presentes em todas as formas de comportamento. Estes fatores genéticos e os sistemas neuronais através das suas restrições e limites vão influenciar as potencialidades do comportamento. São os sistemas neuronais especializados, que como resultado e percurso, têm a missão de organizar, memoriar e processar a informação codificada, providenciada pelas capacidades de abstração e utilização de símbolos, capacidade de aprendizagem vicariante, capacidade de previsão, capacidade de autorregulação, capacidade de

apreciar a autoeficácia. Temos assim que ambos os fatores: experiência e biologia interagem de forma complexa na determinação do comportamento, sendo o poder e quantidade dos seus contributos determinados pela sua interação recíproca.

Deste mesmo modo a pessoa e as suas capacidades, além de resultado é também percurso de influência do seu próprio desenvolvimento e funcionamento psicossocial nesta complexa rede de interações recíprocas.

Abstração e Simbolização

A capacidade de abstração e simbolização (utilização de símbolos) disponibiliza à pessoa uma poderosa ferramenta para a compreensão do ambiente e das suas experiências de vida.

Os fatores cognitivos determinam parcialmente quais os acontecimentos exteriores que a pessoa vai observar, qual o significado e valor atribuído a cada um deles, se vão permanecer efeitos dessa experiência, que impacto emocional e poder de motivação vão convocar, e ainda de que forma esta informação específica irá ser organizada para uso futuro. É através da simbolização do mundo e de si próprio, que a pessoa processa e transforma momentos, elementos e transições em modelos cognitivos que se constituíram como guias para o raciocínio e para a ação.

As experiências pessoais através da simbolização adquirem estrutura, significado e continuidade, da mesma forma que o conhecimento que se constrói e expande na medida destas operações de abstração simbólica, de aprendizagem experiencial e vicariante.

É também através desta capacidade de simbolização que as pessoas comunicam, se entendem, e transmitem conhecimentos, e ainda, criam ideias que transcendem as suas experiências sensoriais.

Inicialmente o conhecimento e o relacionamento com os objetos e com o mundo são feitos através de processos de modelagem não linguísticos. Relacionando-se o que se ouve com o que se compreende que está a acontecer naquele momento, começa-se a alcançar o que cada símbolo e forma linguística significam. Este tipo de compreensão ajuda a conferir significados aos símbolos linguísticos.

O estabelecimento cada vez mais pleno de um sistema linguístico cria uma intrincada influência bidirecional entre o desenvolvimento cognitivo e a aquisição da linguagem. Adquirindo e aprendendo o nome das coisas e como representar conceptual e simbolicamente as relações com as palavras, o desenvolvimento da linguagem vai inevitavelmente influenciar a forma como se compreendem, interpretam, e organizam os acontecimentos.

As pessoas são dotadas de capacidades de processamento da informação de modo a extraírem das suas experiências e conhecimentos as regras linguísticas e utilizá-las para codificar e transmitir informações.

A capacidade inerente de categorizar e abstrair características gerais de casos e circunstâncias particulares, de generalizar através de recursos semelhantes e de discriminar de entre diferentes características, providencia o aparelho básico para discernir as regularidades na linguagem. O pensamento humano é constituído em grande parte por conteúdo baseado na linguagem.

Neste nível de evolução e desenvolvimento a linguagem, além de um meio de comunicação, é também um mecanismo de moldagem do processo de pensamento.

A linguagem é um produto de múltiplos determinantes em funcionamento através dum conjunto diverso de processos de mediação. Desta complexidade, um dos conjuntos de determinantes, são as habilidades cognitivas, para perceber os elementos essenciais da fala, para reconhecer e lembrar as estruturas sequenciais, para abstrair regras de diversas declarações e para selecionar as palavras e regras adequadas para produzir declarações inteligíveis.

O processo de aquisição de linguagem envolve além da aprendizagem das relações gramaticais entre as palavras, também a correlação entre as formas linguísticas e os acontecimentos que lhes correspondem. Este processo requer a integração de dois sistemas relacionais: o sistema linguístico e o sistema perceptual. Assim, a aprendizagem da linguagem irá depender consideravelmente da compreensão não linguística dos acontecimentos aos quais se referem as declarações verbais.

Com foco nos fatores pessoais, a extração das regras sintáticas dos discursos que nos rodeiam, é feita essencialmente por aprendizagem pela observação.

Aprender a comunicar com símbolos exige o uso adequado dos símbolos verbais versus os objetos e acontecimentos e regras de sintaxe que os representam a cada um e às relações entre eles.

A aquisição das regras de linguagem é desta forma grandemente facilitada pela ligação da modelagem linguística às atividades em curso, às quais o discurso se refere. Observar as coisas a acontecerem fornece pistas informativas cruciais para ir acompanhando o significado das declarações.

A modelagem inicial das regras linguísticas deve ser simplificada de modo a serem facilmente aprendidas. Tipicamente ajusta-se o discurso à competência linguística das pessoas, utilizando declarações verbais curtas, pausadas, mais repetitivas e gramaticalmente simples, e com entoação exagerada de modo a focar na ação ou situação a decorrer ou a executar. Além desta adequação, utiliza-se também outro dispositivo de modelagem, nomeadamente substituindo as declarações verbais das pessoas por substituição de correções e/ou acrescentando palavras ou expressões mais complexas, de modo a reestruturar e elaborar o discurso por modelação.

À medida que a competência linguística aumenta e se concretiza, as ajudas instrutivas vão sendo retiradas, de modo a que a linguagem em uso providencie ela própria na interação com os outros dos benefícios, dos resultados e da motivação que a pessoa pretende e deseja obter.

Aprendizagem Vicariante (“aprender com a observação dos outros”)

Nenhuma cultura conseguiria transmitir os seus valores, linguagem, práticas e competências próprias, se tivesse de moldar específica e laboriosamente cada um dos seus membros, pelas consequências dos seus comportamentos, sem utilizar modelos que exemplifiquem os padrões culturais.

Os seres humanos evoluíram para uma capacidade de aprender com a observação que lhes permite expandir os seus conhecimentos e habilidades de forma rápida com base na informação disponibilizada pela modelagem.

Provavelmente toda a aprendizagem comportamental, cognitiva e afetiva pode ser aprendida de forma vicariante, observando o comportamento dos outros e suas consequências.

Este abreviar da aquisição do processo de aprendizagem vicariante é vital para a sobrevivência, bem como para o desenvolvimento da pessoa, já que do legado inato contam apenas algumas funções básicas.

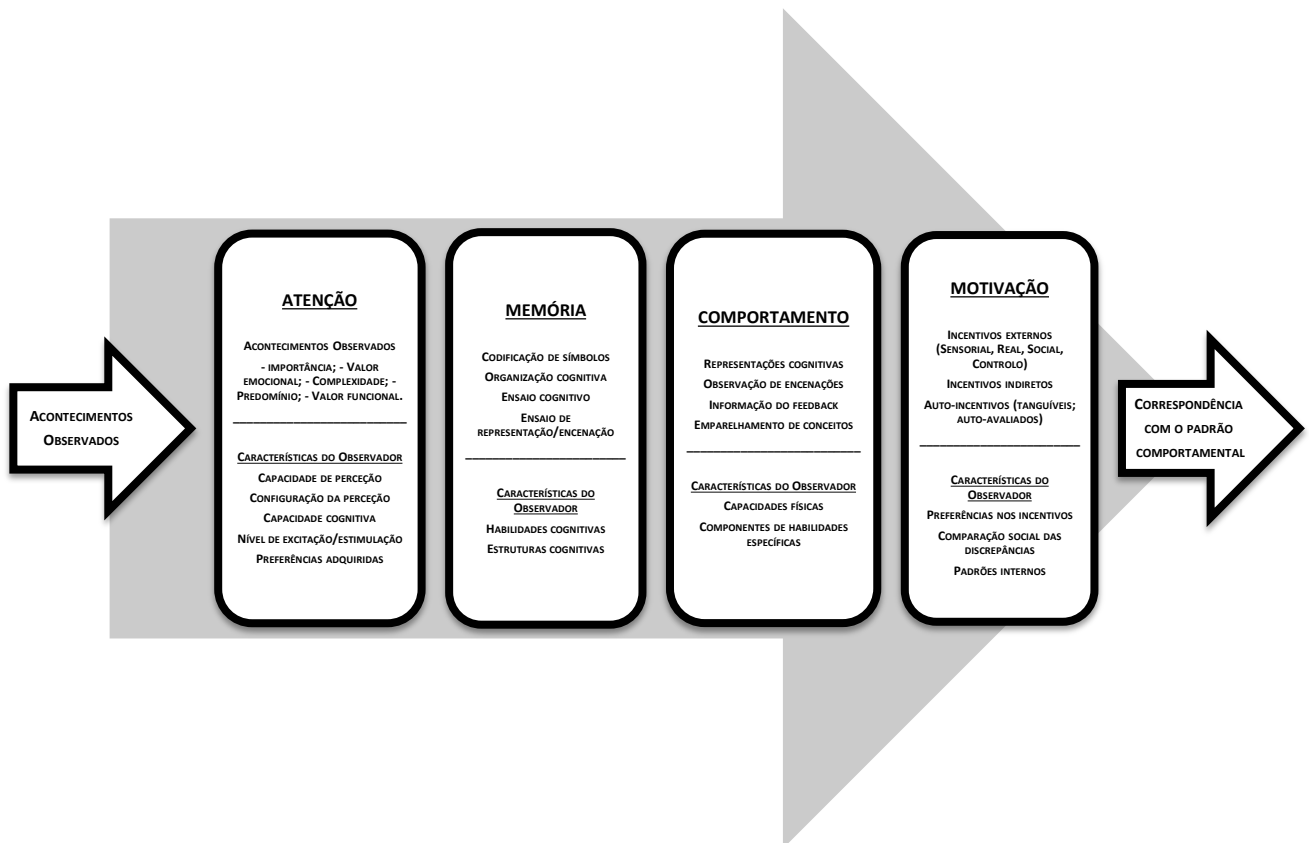
As aprendizagens ocorrem tanto de forma deliberada como indeliberada pela observação dos outros no nosso meio ambiente. Devemos ter em conta que uma muito vasta quantidade de informação sobre os valores humanos, habilidades de raciocínio, e comportamentos são recebidos através de modelos dos média.

Na aprendizagem pelo aprender-fazendo, é necessário moldar as ações da pessoa ao longo da repetição de experiências de tentativa e erro. No entanto, na aprendizagem pela observação, um modelo apenas, consegue transmitir novas formas de pensar e de comportamento a um número indiscriminado de pessoas (mesmo em lugares distantes) dependendo das condições de transmissão dessa imagem/sessão de modelagem. Naturalmente que as transmissões de experiências reais pela TV e internet expandem

exponencialmente a disponibilização de modelos expostos todos os dias a todos os membros da sociedade.

A exposição, aprendizagem, e utilização destes padrões de modelo de pensamento e comportamento, “universalmente” disponíveis levam os observadores a transcender os limites do seu ambiente circunscrito, adquirindo desenvolvimento e concretizando escolhas e caminhos.

Esquema 5 -Processos que governam a aprendizagem por observação



A aprendizagem pela observação é governada por quatro processos interdependentes: a *atenção*, a *memória*, o *comportamento*, e a *motivação* (ver Esquema 5).

Atenção

Corresponde à habilidade da pessoa em ser seletiva em relação ao que observa, determinando o que é observado e extraído da diversidade de modelos disponíveis. A atenção é fundamental para captar os aspetos significativos do comportamento a aprender. Esta habilidade pode ser influenciada por diversas características: a visualização direta ou indireta do modelo, a atração pelo modelo, a competência, a repetição, o estatuto/prestígio, as características do observador (idade, género, posição social, valores, interesses, conhecimentos).

Memória

O processo de retenção/memorização permite que os dados observados sejam codificados e armazenados em construções e padrões multimédia. A probabilidade de reproduzir essas informações dependerá da capacidade de retenção e organização dessa codificação simbólica. A quantidade e qualidade do treino e organização dessa informação influenciarão o desempenho mnésico.

Comportamento

A produção de comportamentos corresponde à conversão das concepções simbólicas memorizadas em ações. Este processo decorre na procura de correspondência entre o comportamento e a concepção simbólica guardada na forma em que estas concepções guiam e monitorizam a construção e execução dos comportamentos adequados. Dependendo das condições cognitivas e condições motoras, as habilidades comportamentais serão desenvolvidas e aperfeiçoadas através de ajustamentos com feedback positivo e corretivo no sentido de se aproximarem do padrão das concepções simbólicas.

Motivação

As pessoas são seletivas relativamente ao que desejam e querem, pelo que o desempenho do aprendido pela observação é influenciado pela sua motivação, nomeadamente por três tipos de incentivos/reforços: os resultados diretos, os resultados das consequências observadas nos outros e os resultados de autoavaliação do seu próprio comportamento.

No reforço direto, o observador é reforçado a reproduzir o que observou; no reforço indireto, o comportamento dos outros, pares e modelos, é reforçado, sendo que os resultados e consequências (positivas e negativas) ao serem observados influenciam o nosso comportamento ao antecipar esse reforço, caso executemos essas ações; No autorreforço, são os reforços atribuídos pelo próprio. A pessoa compara o seu comportamento com os padrões internos, num processo de autoavaliação, autodireção e autorreforço (positivo ou negativo). Assim, quando o comportamento está nivelado ou acima dos seus padrões surgem sentimentos de satisfação e orgulho, e no inverso, a sensação de culpa, a insatisfação por não cumprir os padrões internos.

Previsão

As pessoas de forma prospetiva antecipam as consequências das ações, estabelecem objetivos individuais e planeiam as suas ações de modo a obter a melhor probabilidade possível de produzir os resultados esperados.

Através deste tipo pessoal de previsão as pessoas automotivam-se e guiam as ações de modo antecipatório. Como regra geral, as pessoas também fazem coisas que observaram os outros fazer com sucesso e evitam aquelas em que observaram insucesso. Assim, sabendo já que os resultados das consequências do comportamento dos outros exercem a sua influência, o grau dessa influência vai depender da capacidade em analisar essas consequências, na sua semelhança à ação atual, e na capacidade do sujeito executar ações semelhantes.

Dado o caráter relativo da influência por previsão, os resultados observados apenas terão impacto quando as pessoas os correlacionarem com determinadas ações no seu próprio ambiente. Acrescenta-se aqui a complexidade e ambiguidade da análise, pois nas ações do dia-a-dia os resultados são diversos, isto é, para um mesmo comportamento podemos obter diferentes efeitos consoante diferentes variáveis: onde, quando, quem, e outras múltiplas diversas condições situacionais que interferem e intervêm na circunstância.

Autorregulação

As pessoas além de terem conhecimentos diversos e complexos, e serem executores das suas ações, são também autodecisoras do seu comportamento e autoreativas ao envolvente sociocultural.

Os nossos comportamentos, na generalidade e maioria, são motivados e regulados pelos padrões (simbólicos) internos e pelas autoavaliações (subjetivos).

Autorregulação é um mecanismo de controlo interno que governa a decisão de qual o comportamento a desempenhar e quais as consequências autoimpostas, e quais as

autoexigências colocadas a esse comportamento, estabelecendo assim os principais limites, os motivadores e as restrições ao seu próprio comportamento.

A autorregulação ocorre durante a relação recíproca entre as influências internas e as influências externas, incluindo a moderação pelos padrões motivacionais e pelos padrões sociomoraís.

- *Padrões motivacionais* -

A autorregulação baseia-se num processo de discrepância com dois sentidos: produção e redução.

As pessoas estabelecem sucessivamente objetivos a atingir, guiando e monitorizando as suas ações, mobilizando habilidades e esforços para atingir os resultados esperados. Desta forma os seus padrões motivacionais internos podem motivar a pessoa a trabalhar mais ou modificar o seu comportamento para atingir os objetivos que pretende (redução da discrepância). Ao desafiar-se com novos e sucessivos objetivos vão por sua vez estabelecer novas circunstâncias de motivação e produção de discrepâncias a resolver.

- *Padrões sociais e morais* -

As pessoas de um modo geral desenvolvem padrões sociais e morais de uma base diversa de influências, nomeadamente o ensino, o feedback de pessoas significativas, e a modelagem de padrões de outros, e ainda pelas diversas instituições da sociedade na área do ensino, da religião, da política, dos média, do direito.

Na maioria das temáticas em que desenvolvem padrões sociais e morais, as pessoas apresentam estabilidade nessa base de autorregulação, isto é, expetavelmente são coerentes com o seu funcionamento prévio. Adaptando assim um perfil de autorregulação moral, que conta com um conjunto de autossanções e autolimites que funcionam como reguladores do seu comportamento.

No entanto, as pessoas não absorvem todos ou qualquer um dos padrões de comportamento social e moral a que estão expostos. Os padrões a serem internalizados vão depender do grau de proximidade e semelhança com o modelo, do valor da atividade em questão e do locus de controlo percebido sobre esse comportamento.

Além disso, estes padrões sociais e morais, como não funcionam como mecanismos fixos de regulação interna, necessitam de ser ativados para exercerem a sua influência. Deve-se ter em conta que existem muitas culturas, sociedades, crises sociais, influências e convulsões políticas, grupos sociais influentes, ideias político-sociais de extremos que podem de forma mais ou menos influente ativar ou desativar determinados princípios sociais e morais com os comportamentos correspondentes às pessoas que vivem e se desenvolvem nessa circunstância pessoal e social.

Autorreflexão

Autorreflexão permite à pessoa analisar as suas experiências, pensar sobre os seus conhecimentos e sentimentos, e pensar sobre os seus pensamentos.

Uma atividade cognitiva efetiva implica a capacidade de discriminar entre pensamentos corretos e pensamentos perturbados ou incorretos. Nesta monitorização autorreflexiva do pensamento as pessoas analisam as ideias e os comportamentos daí derivados, julgando-as de acordo com a sua adequação perante os resultados, mudando ou adaptando conseqüentemente os seus comportamentos.

Esta discriminação e verificação da adaptação dos seus pensamentos podem ser feitas de quatro formas: a intrínseca, a vicariante, a persuasão, e a lógica.

A verificação intrínseca baseia-se na adequação entre o pensamento e os resultados do comportamento (correspondência confirma o pensamento; desajustes tendem a refutar o pensamento).

A verificação vicariante permite que a partir da observação e efeitos dos comportamentos dos outros, a pessoa pode verificar a correção do seu próprio pensamento sobre "o que leva ao quê".

A verificação de persuasão baseia-se na análise do pensamento de acordo com o julgamento dos outros. Em situações em que a experimentação do pensamento não é possível ou oportuna, a pessoa pode verificar qual a opinião e crenças dos outros sobre esse assunto/ideia (muitas vezes estará correlacionado com áreas de especialidade e de consultadoria). A verificação com lógica sustenta-se na capacidade em fazer inferências. Raciocinando com base naquilo que já se sabe, o conhecimento pode derivar-se e abranger a experiência que teve de modo a verificar a validade do seu raciocínio nessa experiência e comportamento.

Autoeficácia

É um tipo de autorreflexão que permite a avaliação e decisão acerca das expectativas nas suas habilidades e características, que são por sua vez, responsáveis por guiarem o seu comportamento. As expectativas que as pessoas têm acerca da sua eficácia influenciam a forma de sentir, de pensar, de agir, e de se motivar. Neste sentido, influenciam também as escolhas e decisões relativamente ao que fazer? Que esforços investir em quê? Que perseverança? Que padrões de comportamento? Quanto stress e desânimo tolerar nas interações?

As expectativas de autoeficácia são baseadas em quatro princípios: ser perito nessa área; experiências de aprendizagem pela observação comparativamente aos desempenhos dos outros; persuasão verbal e influência social que convence outros acerca da capacidade da pessoa para determinadas habilidades; estados e reações fisiológicas com base nos quais as pessoas avaliam parcialmente a sua habilidade, força e vulnerabilidade.

De notar que estas diversas variáveis terão de ser processadas, ponderadas e integradas nas expectativas de autoeficácia, sendo que diferentes momentos de vida apresentam e exigem diferentes protótipos de habilidades para alcançar um funcionamento social com sucesso.

Se se mudarem as aspirações, as perspetivas de *timing*, e as variações culturais ao longo da vida, também fazem mudar a estrutura da pessoa, a autorregulação e a avaliação das suas próprias vidas. Existem imensos caminhos ao longo da vida e em determinado momento a pessoa pode variar substancialmente na forma e método como tenta gerir com eficácia (ou não) a sua vida.

Assim, temos que a modelagem não é um processo de mimetismo comportamental, é preferencialmente entendido como um processo de transmissão de regras para gerar e inovar comportamentos. A complexidade dos comportamentos é obtida através da "modelagem abstrata" em que os observadores extraem e selecionam da realidade observada os padrões comportamentais e as suas próprias avaliações. É através deste instrumento de interação que se podem adquirir e estabelecer as regras linguísticas, os padrões de caracterização e análise dos acontecimentos, as habilidades de pensamento para obter e utilizar conhecimentos, as concepções de "papéis" de cada género sexual, e os padrões pessoais de autorregulação da motivação e da conduta. Os efeitos da modelação, para além do desenvolvimento de novas habilidades, influenciam os comportamentos já existentes/aprendidos, fortalecendo-os ou enfraquecendo-os, de acordo com a previsão da probabilidade de consequências de reforço ou de correção relativamente a esse comportamento. As consequências do nosso comportamento ditam em muito o próprio comportamento, pelo que as ações que geram consequências positivas tendem a manter-se, enquanto as que geram consequências negativas tendem a desaparecer. Na aprendizagem social as consequências do comportamento concretizam-se constantemente como fontes de informação e fontes de motivação.

Problemática

O processo de reabilitação oferece às pessoas a oportunidade de vir a atingir o seu nível potencial de funcionamento independente na comunidade, sendo o seu objetivo, ensinar às pessoas incapacitadas pela doença mental, o desempenho das habilidades físicas, emocionais, e intelectuais necessárias à vida em autonomia, superando obstáculos tanto nas oportunidades, como na motivação, e a trabalharem e viverem num ambiente de sua escolha, no nível mais alto possível de bem-estar, e com a menor ajuda possível dos profissionais de saúde.

Sabemos que as pessoas com esquizofrenia vivem com perturbações relativamente regulares no seu pensamento, percepção e interação social, o que os impede ou dificulta no seu funcionamento e realização social.

Reconhecendo-se que as taxas de continuidade dos cuidados entre o internamento hospitalar agudo e o acompanhamento na comunidade, se fixam apenas nos 50% (15), compreende-se que é necessário disponibilizar aos doentes, os conhecimentos e habilidades necessários para construir e estabelecerem a ponte sobre esta ausência de cuidados disponíveis, e em que ficam entregues a si próprios (45).

A formação de habilidades sociais é uma opção de intervenção com vista à ajuda da pessoa com doença mental grave e persistente, no sentido da aquisição de competências, da manutenção das competências já adquiridas, e ainda, da adaptação construtiva destas competências ao lidar com o seu quotidiano (46).

A conversação (*verbal e não-verbal*) é o instrumento crítico para a comunicação com o outro, começando num simples cumprimento, e incluindo na sua continuidade, uma série de diálogos, questões e respostas até terminada essa mesma conversação. O tom de voz, a velocidade, cadência e volume e articulação correta do discurso; a postura, gestos, contato visual, expressão facial, e a distância corporal são todos constituintes da conversação.

Neste sentido a conversação (e a interação) são os comportamentos observados das habilidades sociais do indivíduo.

Uma pessoa será hábil socialmente se demonstrar um determinado conjunto de comportamentos de conversação, sendo competente ou não nesse exercício social de acordo com a avaliação subjetiva por parte dos interlocutores ou observadores participantes.

O crescente uso da formação de habilidades sociais deve-se também aos estudos que sugeriram que o nível premórbido de competências sociais em doentes psiquiátricos hospitalizados é o melhor preditor do resultado da doença e do ajustamento do doente após alta, independentemente do seu diagnóstico e do regime de tratamento durante a hospitalização. Assim, os défices nas competências sociais podem aumentar o risco de recaída e inversamente, o aumento dessas competências pode fazer esse risco diminuir (47).

Sendo as intervenções dirigidas às incapacidades funcionais e à criação de oportunidades de desempenho e de realização pessoal uma área considerada prioritária na investigação (23), faz sentido que no âmbito da aprendizagem de habilidades psicossociais, como abordagem que incentiva o processo de reabilitação, ensinando e capacitando a resposta às incapacidades e aos desafios das mudanças e processos de vida na comunidade, se conheça, se investigue e se desenvolva a formação e aperfeiçoamento das capacidades de conversação, proporcionando as oportunidades e encorajamento para a utilização das

habilidades, bem como providenciando o respetivo reforço pelo uso apropriado dessas habilidades.

Este estudo de revisão justifica-se pela necessidade de expor as evidências relativas à formação de generalização de habilidades de conversação em doentes com esquizofrenia, quer nos métodos quer nos seus resultados, possibilitando contributos fundamentais para a construção e aplicação duma intervenção específica de aprendizagem dessas habilidades em doentes com esquizofrenia.

Enquadramento concetual dos constructos da revisão sistemática da literatura

A organização deste momento da revisão apresenta-se baseada exclusivamente nos constructos apresentados pelos materiais que concorrem nesta revisão sistemática da literatura de generalização de habilidades de conversação em doentes com esquizofrenia.

O que se entende por pessoa doente com esquizofrenia

Acredita-se que “um dia” quando os mecanismos neurofisiológicos e bioquímicos subjacentes na esquizofrenia forem mais bem explorados, a doença será provada como sendo um conjunto de diferentes condições, mas relacionadas entre si.

De facto, um grande número de autores atuais, refere a aparente evidência de que a esquizofrenia é um síndrome que provavelmente não traduz uma doença única, sendo que o que separa as duas entidades, um único “contínuo esquizodepressivo” ou um espectro de uma multiplicidade de patologias entre as perturbações do humor, as psicoses afetivas, e as psicoses esquizofrénicas. Defendem assim de que tratamos com perturbações de natureza distinta, isto é, com características comuns, mas com etiologias distintas. Daí o comum de encontrarmos com frequência, a referência à possibilidade da existência de uma patologia que, ao incidir em pessoas com diferentes histórias de aprendizagem e inseridos em situações diferentes, resultam em diferentes repercussões relativamente à mesma perturbação (48).

Os doentes com esquizofrenia têm défices grosseiros em diversas áreas (49). Tem sido referido que os défices no processamento da informação são umas das vulnerabilidades concomitantes na esquizofrenia, presentes desde a fase premórbida, fases agudas e mesmo na fase de remissão.

Os doentes “agudos” ou “crónicos” apresentam défices cognitivos e sintomas que perturbam a precisão nas perceções interpessoais e também o efetivo funcionamento social, pelo que esses défices cognitivos persistentes na esquizofrenia poderão impedir a aquisição de habilidades e de coping social (50).

Os sintomas negativos são uma dimensão cardinal da esquizofrenia, servindo até como critério diagnóstico; os doentes que apresentam um quadro clínico persistente nesta tendência clínica têm maior quantidade de sinais neurológicos e pior performance nos testes neurocognitivos (51).

Os doentes com esquizofrenia com sintomas negativos correspondem aos doentes mentais mais debilitados, sendo estes sintomas negativos os mais difíceis de lidar, segundo os familiares destes doentes. Alguns autores consideram que esta predominância de sintomas negativos na esquizofrenia poderá predizer uma evolução pobre na resposta terapêutica às intervenções psicossociais, daí a fundamental necessidade destas abordagens nestas pessoas (52).

Acrescentando, os doentes com esquizofrenia habitualmente apresenta baixa autoestima, inabilidade em confirmar e expressar os seus sentimentos, o que associado ao seu comportamento peculiar, à responsividade emocional restrita, e à dificuldade em compreender os limites de espaço interpessoal, e a falta de “elegância” social agem como barreiras ao estabelecimento e manutenção de amizades novas, e afetando as suas habilidades de resolução do stress e dos problemas (48; 53; 54).

Os défices de atenção são considerados desde há muito como característicos dos doentes com esquizofrenia, podendo ser reconhecidos desde o primeiro episódio de doença. Assim, a distractibilidade e a diminuição no processamento da informação poderão dificultar as habilidades necessárias à participação plena na interação social, e quando acompanhadas de anomalias da linguagem, podem vir a impedir a aquisição de habilidades no quotidiano, e mesmo no ambiente clínico de formação e tratamento de habilidades sociais (50; 55).

Este défice de atenção parece estar ainda correlacionado com a diminuição da motivação sendo frequente observar, nestes doentes, a perda da iniciativa, vontade e habilidade de fixar a atenção por um determinado período de tempo (55).

As pessoas que já estiveram hospitalizadas em contextos de psiquiatria apresentam assim, tipicamente, défices nas habilidades sociais, incluindo a inabilidade de estabelecer conversações informais com os outros (56; 57). Em particular na vida sociofamiliar, enquanto as pessoas com esquizofrenia se comportarem como "ex-doentes psiquiátricos", é mais provável que as outras pessoas fiquem algo desconfiadas em desenvolver uma relação casual com essa primeira pessoa, conduzindo assim ao confinamento e à tendência em manter o isolamento e o evitamento. O resultado da falta de suporte social poderá resultar num pobre ajustamento à comunidade e um aumento nos valores de readmissões ao internamento hospitalar (57).

A manter-se esse défice na conversação, essa manutenção será lesiva para o ajustamento do doente (56):

- Primeiro, porque se faltar a um pessoa a habilidade de iniciar interações sociais adequadas, é improvável que ele/a venha a ser capaz de estabelecer relações interpessoais significativas com outros.
- Segundo, como resultado de graves défices na conversação, muitos dos doentes psiquiátricos internados em longa duração não têm a capacidade de sentir reforço social pelo que poderão vir a constituir-se como agentes de reforço social negativo, dos quais as outras pessoas se vão tentar evitar.
- E ainda, uma pessoa com estes défices provavelmente terá uma história de tentativas frustradas e sem êxito na iniciação de relações sociais, aumentando o problema de ele/a poder continuar nesse isolamento.

Muitos doentes crónicos, quando de regresso a ambientes não institucionalizados, apresentam défices sociais severos que prejudicaram a sua capacidade de estabelecer relações interpessoais adequadas (56).

Podemos ponderar que, quer nunca tenham aprendido competências sociais ou quer as tenham perdido, a maioria das pessoas com esquizofrenia têm défices marcados nas suas competências. As pessoas não competentes experienciam conseqüentemente ansiedade, frustração e isolamento, o que são especialmente problemáticos para os doentes com esquizofrenia. Este isolamento e ansiedade parece ter alguma responsabilidade no aumento da frequência dos episódios psicóticos e/ou manutenção dos sintomas negativos (48).

O comprometimento do funcionamento social é considerado critério de diagnóstico da esquizofrenia (58; 52; 59), concretizando-se na incapacidade de conseguirem estabelecer efetivas relações de amizade ou resolver efetivamente os seus problemas (54), no seu típico isolamento e alheamento social, e ainda nos seus comportamentos desconhecidos e peculiares quando na presença de outros (58). Conseqüentemente é para estas pessoas difícil de encontrar e manter ocupação profissional e emprego, o que contribui acrescidamente para o seu isolamento social (54), conduzindo esta disfunção no funcionamento social, a um pior prognóstico e a uma baixa qualidade de vida (52; 48).

Atualmente, na sua maioria, os modelos teóricos explicativos do conceito, definição e conseqüente etiologia da esquizofrenia, propõem, com ligeiras variantes, um estado de

vulnerabilidade na pessoa, que daria lugar a um episódio psicótico ao interatuar com um ambiente que origina um nível de stress superior ao que um organismo particular pode fazer frente de modo eficaz, na ausência de fatores protetores. Assim, a esquizofrenia como doença biopsicossocial, explicada por este modelo, enfatiza-se a interação dinâmica entre fatores biológicos, ambientais e comportamentais. Dependendo da combinação entre vulnerabilidade, stress, fatores protetores e potenciadores, a correlação psicopatologia e funcionamento psicossocial poderá variar de elevado a ligeiro. Estas vulnerabilidades podem-se distribuir segundo a curva normal da população manifestando-se apenas naqueles pessoas que possuem maior vulnerabilidade e que cumulativamente estão sujeitos a estímulos ambientais stressantes (48).

A ideia sobre a relação entre o contínuo de vulnerabilidade à esquizofrenia e o stress ambiental, que conduz aos sintomas psicóticos quando se alcança o umbral, é conhecido atualmente como modelo de vulnerabilidade-stress ou modelo de diátese-stress. Este modelo é o mais adotado por aqueles que estudam o impacto dos stressores psicossociais na esquizofrenia e as formas de coping, salientando diferenças entre os efeitos causais e efeitos desencadeantes do stress.

O modelo de diátese-stress é desenvolvido desde 1962 por Meehl, e 1970 por Rosenthal, e no seu fundamento, o modelo da vulnerabilidade é desenvolvido desde 1977 por Zubin e Spring. Estes modelos sugerem que o stress exerce dois tipos de efeitos na probabilidade de aparição da esquizofrenia. Os efeitos causais têm lugar quando os fatores stressantes contribuem para a formação de uma vulnerabilidade para a esquizofrenia. Supõe-se que os fatores stressantes, ocorridos na infância (fundamentalmente) e também os mais recentes, são capazes de determinar desvios estáveis numa pessoa, constituindo vulnerabilidade e um risco de doença. Também postula um segundo papel para o stress, o desencadeante ou precipitante. A vulnerabilidade permanece latente até que se manifeste devido a um acontecimento precipitante. Este acontecimento não aumenta a vulnerabilidade como os efeitos stressantes causais, mas manifesta-a. Segundo este modelo, são necessários acontecimentos stressantes para que a doença se manifeste, independentemente da vulnerabilidade premórbida. Aceita-se assim que uma pessoa vulnerável pode nunca vir a desenvolver um episódio psicótico, se não surgirem as circunstâncias precipitantes adequadas. A magnitude do acontecimento necessário para precipitar um episódio de esquizofrenia deverá ser maior para uma pessoa menos vulnerável do que para uma pessoa mais vulnerável (48).

Um modelo semelhante ao de Vulnerabilidade-Stress, o Modelo de Roder permite especificar como os diversos fatores podem influenciar o desenvolvimento da doença. É um modelo conceptual interativo que explica de uma forma integrada os fatores que podem influenciar o desenvolvimento e curso da esquizofrenia, tendo como variáveis implicadas na explicação e predição do curso da esquizofrenia: 1) a vulnerabilidade biocomportamental; 2) os fatores protetores, potenciadores e stressores ambientais; e, 3) os fatores protetores individuais (60).

O que se define como habilidade de conversação

Todo e qualquer desempenho emitido em interações sociais, pertence à categoria das habilidades sociais. Os contextos não são estáticos, assim, uma conduta pode ser considerada adequada numa determinada situação e não o ser em outra, determinando a impossibilidade de desenvolver uma definição consistente de habilidade social.

Não parece haver um critério absoluto de habilidade social, pois a topografia dos comportamentos da pessoa – a taxa de comportamentos como o contato visual, volume da voz, e latência da resposta verbal – é um registo que descreve o comportamento, mas não avalia eficazmente a sua adequabilidade a uma situação específica. Por conseguinte,

a conduta socialmente hábil definir-se-á tendo em conta a eficácia da sua função numa situação em vez da sua topografia (48).

De um modo geral podemos referir que as pessoas deverão obedecer a determinadas regras (as quais implicaram algum autocontrolo) desenvolvidas como produtos aprendidos e aceites, e cujo não cumprimento pode dar lugar a sanções sociais e/ou ruturas de relações com os outros e com o próprio. Apesar destas "limitações", é também exigido à pessoa, uma flexibilidade e diversidade comportamental dessas mesmas regras, dada a rápida e constante evolução e sucessão das situações no tempo. Apesar desta "regulamentação", existe uma infinidade de formas de "cumprir" as regras, mantendo ainda assim sua individualidade e identidade pessoal (48).

Um comportamento hábil será aquele que fosse capaz de trazer ao seu autor, os benefícios que as suas ações deliberaram. A eficácia será avaliada tendo em conta as consequências do comportamento, que por si só, não parece implicar necessariamente a sociabilidade do mesmo. No entanto, este critério isolado não parece ser suficiente para a definição cabal de comportamento hábil. Uma resposta hábil é aquela acerca da qual as pessoas estão de acordo ser apropriada para a pessoa na situação em particular (61). Esta definição apesar de ter em conta a especificidade das habilidades sociais, poderá levantar dúvidas relativamente aos avaliadores e a sua capacidade intuitiva avaliar (48).

Integrando diferentes pontos de vista "a conduta socialmente hábil é um conjunto de condutas emitidas por um pessoa num contexto interpessoal que exprime sentimentos, atitudes, desejos, opiniões e direitos desse pessoa de um modo adequado à situação, respeitando as condutas dos demais, e que geralmente resolve os problemas imediatos da situação, enquanto minimiza a probabilidade de futuros problemas". Este modelo de definição tem em conta uma ampla gama de aspetos que incluem fatores estritamente ideográficos (idade, sexo), fatores relativos à descrição das pessoas em diferentes categorias sociais (raça, etnia, religião, distintos grupos de pertença) e aspetos fisiológicos e processos cognitivos (62).

Um dos aspetos importantes desta habilidade social é o desenvolvimento dum adequado repertório de conversação. Adequada generalização das habilidades de conversação na comunicação do dia-a-dia parece ser um pré-requisito para o eventual estabelecimento duma rede social de suporte, que poderia envolver o doente, protegendo-o do stress da vida em comunidade e reduzir a probabilidade de recaídas e consequentemente a redução da rehospitalizações (63; 64).

Parece assim provável que a competência social que a pessoa apresenta nas suas conversações diárias, determine o seu ajustamento e sucesso no funcionamento interpessoal (56), pois sabemos que o primeiro passo para o estabelecer de novos relacionamentos é dado pela primeira impressão deixada pela conversação adequada com a outra pessoa (58).

Ora infelizmente, muitos dos doentes, em particular aqueles que apresentam graves défices afetivos, tem por sua vez défices nestas habilidades de conversação e na sua generalização. Este problema pode assim ter um efeito adverso no potencial de sucesso da reabilitação do doente, pois sabemos que a qualidade das relações sociais estabelecidas pela pessoa ao momento da alta hospitalar é um fator crítico do sucesso do seu ajustamento na comunidade (64).

Acredita-se que esta inabilidade de lidar com o ambiente social seja a principal fonte de stress para os doentes em ambulatório, podendo, por não ajustamento, precipitar as recaídas e contribuir para uma má qualidade de vida (65).

A aquisição e desenvolvimento deste repertório de conversação envolvem algumas problemáticas nesta população. Primeiro, pelas evidências de que a ansiedade específica das relações interpessoais e nas relações de namoro é uma realidade na população saudável. Depois, dados os preconceitos relativos ao comportamento do dito "ex-doente mental", o mais provável é a pessoa deparar-se com o evitamento, especialmente se

fizer aproximações a pessoas do sexo oposto de forma desadequada. E ainda, se para qualquer pessoa o envolvimento num relacionamento interpessoal ou de namoro é importante, para as pessoas doentes com défices nas habilidades interpessoais será crucial a obtenção de reforço positivo resultante do restabelecimento de relações interpessoais "normais" (66).

As perturbações da conversação – da fala e da linguagem – abordadas com modelos linguísticos, expõem evidências que demonstram perturbação sintática e semântica nos doentes com esquizofrenia. Assim, foi considerado que a perturbação da fala na esquizofrenia é atribuível à desorganização e degradação do sistema semântico. Em conjunto com a perspectiva linguística, a abordagem pragmática defende que o doente tem o processamento da linguagem intato, mas é incapaz de o utilizar para comunicar de forma significativa. Acresce ainda, a falta de coesão, as dificuldades na compreensão pragmática, as dificuldades na compreensão de discurso "indireto", na compreensão do discurso irónico, na compreensão das pistas indiretas, e na compreensão das pistas para a conversação (67).

Temos assim que muitos doentes com perturbações psiquiátricas apresentam perturbações da fala e da linguagem interpretadas como consequência da perturbação do pensamento formal – enquanto anomalia da forma de falar – que se refere à desajustamento e afrouxamento das ligações dos conteúdos e da gramática entre as ideias e regras que regem a clareza da expressão, resultando em pobreza do discurso, pobreza do conteúdo, pobreza do pensamento, pressão do discurso, pensamento perseverante, ecolalia, e bloqueios do pensamento/discurso (67).

As habilidades sociais podem dividir-se em 6 tipos de habilidades: a conversação, a assertividade, o autocuidado, a resposta à interação, a resolução de conflitos, e construir amizades. A conversação é o caminho base de comunicação, para cada e qualquer um destes tipos de habilidade, quer na forma verbal quer não-verbal.

A conversação inicia-se com um prólogo com saudações, e inclui uma série de diálogos, questões, e respostas até se considerar terminada. O tom, a velocidade, a cadência, e o volume da fala; a postura, a distância corporal, os gestos, o contato visual, a expressão facial, e a escolha das palavras, são todos componentes de uma conversação. Por tudo isto, a conversação é tipicamente um componente importante da formação em habilidades sociais quer pela sua necessidade intrínseca à pessoa, quer pela sua utilização nas demais habilidades sociais em termos de expressividade, exposição e interação social (53).

A habilidade de conversação pode-se definir sinteticamente como a habilidade de iniciar e manter uma conversação informal com outros. A falta da habilidade de conversação adequada foi identificada como o primeiro contributo para uma avaliação de comportamento socialmente incapaz em situações interpessoais (68). Esta constatação confirma-se também pelo facto da habilidade de conversação ser um precursor necessário para a construção e manutenção de relacionamentos com os outros. A construção de relacionamentos requer que a pessoa seja capaz de conversações satisfatórias com as outras pessoas. Aliás, todas as demais tarefas básicas da vida, desde o estabelecer de relacionamentos heterossexuais, obter ajuda dos outros, e até manter o emprego, também dependem das habilidades básicas de conversação (57).

O que se conceptualiza com a formação, ou treino, ou aprendizagem de habilidades sociais

Há quatro razões principais para a utilização da aprendizagem de habilidades sociais nos doentes com esquizofrenia:

1. O ajustamento social premórbido prediz, consideravelmente, o posterior curso e evolução das perturbações psiquiátricas;
2. O funcionamento social é deficiente em crianças que apresentam risco de vir a sofrer de esquizofrenia;
3. O défice em aptidões sociais, frequentemente presente em pessoas que sofrem de perturbações mentais, é um fator prognóstico para a recaída e o regresso ao internamento hospitalar;

4. A aprendizagem de aptidões sociais reduz o índice de recaídas em esquizofrenia (69). O tratamento e reabilitação das habilidades sociais é um campo de trabalho da reabilitação psiquiátrica que tem emergido ao longo do tempo, e com maiores evidências nas décadas recentes nos países mais desenvolvidos economicamente.

A formação em habilidades sociais é uma abordagem que se tem constituído como técnica efetiva na reabilitação das pessoas com doença mental, sendo fundamentalmente utilizada em combinação de intervenções, incluindo o tratamento psicofarmacológico de base, podendo associar-se ainda à formação vocacional, psicoterapia de apoio, e outras atividades estruturadas de ocupação terapêutica (70). Uma das habilidades nucleares da formação de habilidades sociais é a habilidades básica de conversação (71).

O crescente uso da PFGHC deve-se também, desta forma, aos estudos que sugeriram que o nível premórbido de competências sociais em doentes psiquiátricos hospitalizados é o melhor preditor do resultado da doença e do ajustamento do doente após alta, independentemente do seu diagnóstico e do regime de tratamento durante a hospitalização

As habilidades sociais podem ser compreendidas genericamente como a habilidade de interagir com os outros numa qualquer situação social enquadrada em circunstâncias e valores comuns e aceites na sociedade (53).

A formação das habilidades sociais é baseada na teoria da aprendizagem social e também no condicionamento operante, e concretiza-se em programas de aprendizagem estruturados, ensinando aos doentes as habilidades necessárias para desenvolver uma rede social de contatos e para reduzir o stress resultante dos conflitos interpessoais e dos insucessos (49; 52; 54).

O treino de habilidades sociais centra-se assim, habitualmente, na modificação das unidades moleculares do comportamento, procurando aumentar ou diminuir a frequência e duração de elementos particulares.

Cada comportamento poderá ser "fracionado" em componentes tais como escolha do local, introdução à pessoa com quem se deseja falar, iniciar uma conversa "leve", e finalmente avaliar o comportamento da pessoa de forma a perceber se ele está a perceber se ele se está a prestar atenção ou se está interessado em falar. Estes componentes têm em conta o contato ocular, postura corporal, tom de voz e demais aspetos relacionados, de forma que quem inicia a conversa o possa fazer de forma adequada para a interação, podendo perceber se o outro também se dispõe de forma adequada para a interação.

Neste modelo de intervenção [baseado na aprendizagem social] as habilidades são aprendidas através da observação e experiência, e mantidas ou modificadas pelas consequências sociais das mesmas, identificando-se neste processo um papel fundamental tanto dos fatores intrínsecos ao pessoa (processos cognitivos), como dos extrínsecos (ambiente, situações), bem como, primordialmente a interação entre ambos (48).

A percepção, a cognição e a ação, na sua aplicação ao modelo de aprendizagem de habilidades sociais, podem traduzir-se em:

- a) Competências de receção, também conhecidas por percepção social, as quais se traduzem na capacidade de perceber de forma eficiente, pistas ou sinais relevantes, tais como a expressão facial;
- b) Competências de processamento, também referidas como competências de resolução de problemas, que incluem a capacidade de avaliar a informação percebida, de identificar os objetivos a médio e longo prazo e de planear uma resposta comportamental que antecipe as possíveis consequências;
- c) Competências de envio, as quais incluem os comportamentos verbais, os não-verbais e os comportamentos paralinguísticos (volume da voz, ritmo, tonalidade) que entram na interação social (48).

Nas pessoas com doença mental, com défices de atenção típicos, poderá existir uma "lacuna" entre as intervenções psicossociais de aprendizagem das habilidades baseadas na evidência e a capacidade individual de cada doente em efetivamente as praticar.

O que a investigação tem providenciado é que este tipo de intervenções seja baseado na motivação do participante, em tarefas com gradiente de dificuldade individualizado, e o desempenho inserido num contexto significativo, de modo a suscitar a obtenção de ganhos reais através das melhorias motivacionais (55).

A formação de habilidades sociais envolve um conjunto diverso, mas algo estandardizado de procedimentos, a saber: Instruções, Quadro de parede, Filmagem em vídeo; Exemplificação e Modelagem; Jogo de Papéis; Feedback; Reforços; Valorização pessoal; Trabalhos de casa (72; 73; 64; 50; 53; 55).

Acrescendo aos procedimentos, o terapeuta assume a posição de liderança da formação, com a finalidade-chave de desenvolver circunstâncias simples e explicar a problemática em foco, bem como as habilidades necessárias para a sua resolução (53).

Esta formação encoraja fortemente a interação com e entre os participantes, na expectativa do desenvolvimento comum das habilidades, e independentemente do nível de desempenho do doente na formação, este deve sempre praticá-las nas suas rotinas pessoais do quotidiano (53).

Ainda outra característica importante é a realização, em grupo terapêutico, das sessões de formação, com vantagens defendidas no desenvolvimento de habilidades cognitivas, interpessoais, e na resolução de problemas, facilitado pela interação entre pares (70).

Existem diversos programas publicados, sendo que um exemplo de programa de formação estruturado – mais conhecido – é o *Basic Conversation Skills Module* (BCSM), do programa *Social & Independent Living Skills* da *UCLA Clinical Research Center for Schizophrenia and Psychiatric Rehabilitation* (74). Este modelo de formação incluía cinco áreas de habilidade: comportamentos de comunicação verbal e não-verbal; iniciar uma conversa amigável; manter uma conversa; e finalizar a conversa amigável; integração dos componentes das habilidades (75), tendo sido construído especificamente para pessoas com doença mental, que tenham tido pouco sucesso a desenvolver relações interpessoais ou que necessitem de retreinar ou fazer um *upgrade* nas habilidades sociais que lhes permitam funcionar fora das instituições, com a finalidade de formar os participantes em como iniciar e manter uma conversa com amigos, colegas, e desconhecidos, e dessa forma reduzir o isolamento social (76; 77).

Sendo um objetivo típico e fulcral da formação de generalização de habilidades de conversa em doentes psiquiátricos o "equipar" com habilidades do dia-a-dia que podem utilizar e generalizar nas suas interações informais com outros após a alta hospitalar. Deve ser assim sublinhado que esta formação em generalização de habilidades de conversa tem de ter em conta, inevitavelmente, o ambiente em que o doente irá ter de funcionar, bem como no ambiente em que se encontra atualmente. O

nível de habilidade de conversação que permite a pessoa funcionar num internamento hospitalar de psiquiatria poderá não ser suficiente na comunidade e poderá vir a limitar o reajustamento da pessoa no período pós-alta. Os maneirismos de conversação que poderão ser tolerados dentro do ambiente de internamento psiquiátrico poderão não o ser se estivermos no ambiente da comunidade de maneira geral. Enquanto padrões de discurso invulgares/não habituais possam ser aceites e até expectáveis no ambiente institucional, quando na comunidade poderão conduzir ao isolamento social (57).

Nos Estados Unidos da América, onde na data de publicação deste artigo [o que parece corresponder à atual fase sociopolítica em que esta área de intervenção se encontra agora em Portugal], se desafiava grandemente a desinstitucionalização dos doentes que estavam internados nos hospitais, para programas de tratamento baseado na comunidade, como a hospitalização parcial, e centros de saúde mental com programas pós-tratamento, muitos investigadores alertaram para a situação destes doentes anteriormente institucionalizados que muitas vezes falham no estabelecimento de relações sociais satisfatórias na comunidade após a alta por causa da falta de habilidade de conversação informal que resulta em serem percebidos como diferentes, bizarros, desconhecidos, doentes mentais, ou esquisitos (57).

Além da atenção específica que mereceu o ambiente em que se encontra a pessoa, outros diversos fatores fazem também a sua influência, e devem ser tidos em conta, no sucesso e impacto da formação de generalização de habilidades de conversação, nomeadamente os valores defendidos pelo doente, a experiência do doente (linguagem, método de comunicação), o género, o *status* social e económico, o grau de gravidade da sintomatologia negativa, e a ansiedade perante a interação (53).

A formação em habilidades sociais apresenta algumas vantagens intrínsecas nomeadamente:

- Tem uma grande preocupação em identificar e especificar objetivos de tratamentos concretos e mensuráveis (comportamentos), quer sejam comportamentos relacionados com competências ou habilidades de comunicação (de receção, processamento ou envio), ou competências pessoais (como cuidados pessoais, entrevistas de trabalho).
- Permitir o uso concomitante de tratamentos farmacológicos faz com que o seu uso em doentes internados seja um dos mais promissores.
- Centra-se na mudança de comportamentos e não em cognitivos e afetos, pelo que requer dos membros menos recursos linguísticos que outros modelos, podendo desta forma ser usados eficazmente em pessoas com menos capacidades verbais e com mais défices intelectuais.
- Este tipo de modelos pode incluir uma vasta gama de habilidades para serem ensinadas ou alteradas.
- A competência escolhida pode ser ensinada a todo o grupo ou para cada pessoa, dentro do grupo.
- O facto de o modelo partir dos problemas dos participantes em pequenas unidades comportamentais faz com que o terapeuta, os participantes e o *staff* mais facilmente se apercebam dos progressos. Este feedback aumenta a motivação, potenciando o investimento dos participantes e do pessoal envolvido.
- Existem muitos modelos desenvolvidos, pelo que o terapeuta pode formar-se com relativa facilidade comparativamente a outro tipo de intervenções.
- A flexibilidade do modelo permite também o uso de vários terapeutas que servem de modelos diferentes aumentando a flexibilidade e capacidade de generalização dos comportamentos (48; 47).

Como fragilidades da formação de habilidades sociais podem ser apresentadas as seguintes:

- Os participantes mais capazes e hábeis podem julgar este tipo de intervenção um pouco "infantil" dado o uso do role-play, e pela prática comportamental ser a dominante.
- O modelo requer do terapeuta alguma artificialidade na medida em que o seguimento das sessões implica o uso regular de reforço verbal e *não-verbal* positivo.
- A falta de ligação óbvia entre a falta de habilidades sociais e os sintomas apresentados pelos participantes pode fazer com que estes não se sintam motivados a aderir ao tratamento.
- Ainda relacionado com a motivação está o facto das habilidades ensinadas poderem estar mais relacionadas com aquilo que os terapeutas e as instituições creem ser mais adequado aos doentes, ou seja, o tratamento é derivado quase totalmente a partir de valores externos à pessoa.
- A formação no foco de especificidade concreta dos comportamentos pode tomar uma visão simplista de trocas sociais muitas vezes complexas e ambíguas, isolando apenas unidades discretas de comportamentos observáveis, e podendo perder a possibilidade de avaliar a complexidade da interação individual.
- A intervenção exige um grande entusiasmo por parte do *staff* envolvido no tratamento de forma a permitir a generalização das aprendizagens, em particular em doentes internados.
- Poucos estudos têm mostrado que essas competências são realmente usadas pelos participantes em situações sociais reais, fora do ambiente protegido do tratamento (48).

Enfatiza-se em síntese, que os doentes podem aprender uma diversidade de habilidades físicas, emocionais e intelectuais independentemente do seu grau de sintomatologia, sendo que os programas que só oferecem a função de apoio não conseguiram fazer alterações consideráveis na vida dos doentes, daí que devam ser devidamente integrados num programa abrangente de reabilitação, e assim poderão ter um efeito significativo no resultado global (49).

Método da Revisão Sistemática

Esta revisão sistemática da literatura sobre a generalização de habilidades de conversação em doentes com esquizofrenia têm como objetivo principal apurar as evidências sobre a importância e impacto terapêutico dessa formação.

Neste sentido impõe-se como questões de revisão/investigação: Qual o impacto da formação, aperfeiçoamento e generalização de habilidades de conversação nas pessoas com esquizofrenia? Como se traduzem os ganhos destas intervenções na especificidade e na globalidade para estas pessoas?

Para responder a estas questões, e suportados em particular pela abordagem de Fortin (78), e da Systematic Reviews do Centre for Reviews and Dissemination (79) da University of York, e ainda metodologicamente organizados com base em artigo sobre Revisão Sistemática da Literatura de nossa autoria (27), elaboramos um plano de pesquisa que inclui como estratégias: a sistematização de consultas/pesquisas, a organização de palavras-chave, a flexibilidade linguística, a sensibilidade cultural, revisão crítica e reflexiva dos conteúdos, e a definição e aplicação dos critérios de inclusão dos materiais ⁶.

⁶ Materiais: foi definida a nomenclatura "materiais" para se referir a qualquer tipo de obras, desde artigos, teses, ou outros, desde que validados por júri científico de revista ou institucional.

Estabeleceu-se uma opção estratégica de incluir qualquer material publicado independentemente da data de publicação que apresentasse um estudo experimental com formação específica, na população-alvo específica, como referido acima.

Justificação da opção de Revisão Sistemática da Literatura (RSL) sem datas limite.

Porque pretendemos encontrar todos os estudos disponíveis à consulta pelo método apresentado, que se situassem num desenho experimental ou quasi-experimental de formação de generalização de habilidades de conversação com doentes com esquizofrenia.

Porque desde muito cedo que estão presentes referências semelhantes aos défices qualitativos e quantitativos deste perfil de doentes com esquizofrenia.

Porque parece pertinente apreciar a defendida utilidade destas abordagens no tratamento dos doentes com doença crónica psiquiátrica ao longo do tempo, isto é, o seu interesse mantido independentemente da época temporal e até independentemente da filosofia institucional e da filosofia da organização de cuidados dessa época.

Alem das pesquisas nas bases de dados que serão referidas em baixo no texto, em cada um dos artigos obtidos numa primeira fase de seleção genérica, foram ainda revistas e consultadas as suas referências bibliográficas de forma a assegurar que todos os estudos importantes e pertinentes para este estudo de revisão fossem consultados e registados. Para refinar o conjunto de materiais obtidos nesta primeira pesquisa utilizaram-se dois conjuntos de critérios de inclusão, genéricos e específicos, que constituirá por sua vez o protocolo de revisão.

O conjunto de critérios genéricos compreende: os estudos empíricos que foram efetuados com adultos (idade entre os 18 anos e os 65 anos), com diagnóstico médico de esquizofrenia, e sem referências a consumo de estupefacientes e/ou bebidas alcoólicas.

O conjunto de critérios específicos compreende: a metodologia **P.I.C.R.C.D.** (27), **Participantes** (Adultos, independentemente do género sexual), **Intervenção** (formação de conversação / comunicação (habilidades sociais)), **Comparações** (comparações entre as variáveis abordadas nos estudos – se possível), **Resultados** (impacto da formação: sintomatologia, funcionamento social, adesão à terapêutica, qualidade de vida, ou outros se se aplicar); **Contexto** (setting específico dos doentes); **Desenho dos estudos** (estudos experimentais, estudos randomizados, estudos correlacionais).

A pesquisa efetuada entre Dezembro de 2009 e Julho de 2010 (com repetições de pesquisa nas diversas bases na procura de novos artigos/materiais) utilizou palavras-chave, em Português, Inglês, e Espanhol, sem limite geográfico, e sem qualquer limite temporal na data de publicação dos artigos, e em conjugação com os operadores Booleanos AND e OR, em particular inseridas nas palavras-chave dos materiais, no seu título e no seu resumo ou assunto:

Português	English	Español
Conversação, conversar, conversa, falar, fala, discurso	Conversation, talk, discourse, speak, speech	Conversación, hablar, discurso, Habilidades de conversación
Habilidades de conversação	Conversational (skills)	Comportamientos de conversación
Comportamentos de conversação	Conversational (behaviours)	Habilidades de comunicación
Habilidades de Comunicação	Communication Skills	La comunicación (verbal y no verbal)
Comunicação (verbal e <i>não-verbal</i>)	Communication (verbal and nonverbal)	Idioma, lenguaje
Generalização	Generalization	Generalización
Linguagem	Language	Dialogo
Diálogo, dialogar	Dialog, dialogue, interact	Entrenamiento
Aprendizagem	Training	Esquizofrenia
Formação	Schizophrenia	Esquizofrénico
Treino	Schizophrenic	Psicótico
Esquizofrenia	Psychotic	Enfermos mentales
Esquizofrénico	Mentally ill	Enfermería, enfermera, Enfermero
Psicótico	Nursing, nurse	
Doente mental		
Enfermagem (enfermeiro, enfermeira)		

A pesquisa dos materiais relevantes para esta revisão foi efetuada principalmente online nos seguintes recursos da b-on⁷: Academic Search Complete (EBSCO); Annual Reviews; British Library Public; Library of Congress; Current Contents (ISI); DOAJ; Elsevier - Science Direct (Freedom colletion); ERIC (EBSCO); ISI Proceedings (ISI); MEDLINE; Oaister; Porbase; RCAAP; Scielo; SpringerLink (Springer/Kluwer); Taylor & Francis; Theses & Dissertations; Web of Science (ISI); PubMed; Wiley Interscience (Wiley). Os resultados gerais em relação às principais palavras-chave foram:

Pesquisar "Assunto= (schizophrenia) E Assunto= (conversation)" encontrados 10934 resultados.

Pesquisar "Titulo= (schizophrenia) E Titulo= (conversation)" encontrados 10875 resultados.

Estas obras foram analisadas de acordo com os critérios genéricos e específicos expostos de modo a estabelecer a seleção. Além desta análise direta dos materiais foram verificadas as bibliografias desses materiais selecionados inicialmente, para encontrar e confirmar a existência de materiais pertinentes, repetindo a pesquisa, pois concluímos que os títulos, assuntos, e palavras-chave consoante a proveniência dos materiais diferem nos critérios de organização das bases de dados, daí a diversidade de palavras-chave utilizadas para tornar possível o encontrar de todas as obras pertinentes para esta RSL.

⁷ <http://www.b-on.pt/>

Foram selecionados 27 materiais dos recursos da b-on para esta revisão sistemática da literatura sobre a formação de generalização de habilidades de conversação em doentes com esquizofrenia (o número de ordem indica a ordem cronológica dos materiais entre si):

1.	Effects of reinforcement and information on the conversational behaviour of chronic psychiatric patient dyads de Wallace CJ & Davis JR (1974) (80)
2.	Teaching heterosocial conversational skills to male psychiatric patients de Urey JR, Laughlin C, & Kelly JA (1979) (66)
3.	Improving heterosocial conversational skills of male psychiatric patients through a small group training procedure de Kelly JA, Urey JR & Patterson JT (1980) (56)
4.	A controlled comparison of the effects of social skill training and remedial drama on the conversational skills of chronic schizophrenic inpatients de Spencer PG, Gillespie CR & Ekisa EG (1983) (81)
5.	An examination of the efficacy of social skills training for chronic schizophrenic patients de Bellack AS, Turner SM, Hersen M & Luber RF (1984) (49)
6.	Conversational skills training with aftercare patients in the community: Social validation and generalization de Holmes MR, Hansen DJ & St.Lawrence JS (1984) (57)
7.	Social Validation of a Conversational Skills – Training Program de Kupke T, Hobbs SA, Lavin PF & Cheney TH (1984) (73)
8.	Conversation skill training with individuals with severe emotional disabilities de Lewis FD, Roessler R, Greenwood R & Evans T (1985) (64)
9.	Re-establishing Conversational Skills in Overtly Psychotic, Chronic Schizophrenic Patients: Discrete Trials Training on the Psychiatric Ward de Wong SE & Woolsey JE (1989) (72)
10.	Conversation skills training of thought-disordered schizophrenic patients through attention focusing de Massel HK, Corrigan PW, Liberman RP & Milan MA (1991) (50)
11.	Conversational skills training with a chronically hospitalized psychiatric inpatient de Curran JP, Himadi B & Donahue-Bennett D (1991) (63)
12.	Conversational skills training with schizophrenic inpatients: a study of generalization across settings and conversant de Wong SE, Martinez-Diaz JA, Massel HK, Edelstein BA, Wiegand W & Liberman RP (1993) (58)
13.	Cognitive Rehabilitation of Adults with Severe and Persistent Mental Illness: A Group Model de Ahmed M & Goldman JA (1994) (70)
14.	Social skills training with chronic schizophrenic patients: Effects on negative symptoms and community functioning de Hayes RL, Halford WK & Varghese FT (1995) (52)
15.	Comparison of efficacy of social skills training for deficit and nondéficit negative symptoms in schizophrenia de Kopelowicz A, Liberman RP, Mintz J, Zarate R (1997) (51)
16.	Computer-Facilitated Therapy for Inpatients with Schizophrenia de Ahmed M, Bayog F, Boisvert CM (1997) (59)
17.	Adaptation and cross-cultural validation of the Basic Conversation Skills Module in Bulgaria de Butorin N & Liberman RP (1998) (76)
18.	Efficacy of conversational skills training of schizophrenic patients in Sweden and Norway de Nilsson LL, Grawe RW, Levander S & Lovaas AL (1998) (75)
19.	Treino de Habilidades Sociais Aplicado a Doentes com Esquizofrenia de Coelho (1999) (48)
20.	Evaluación de un Programa de Habilidades de Comunicación en la Esquizofrenia de Bordás, Artiaga & Labordeta (2001) (82)
21.	Computer-Facilitated dialogue with patients who have schizophrenia de Ahmed M (2002) (83)
22.	Effects of social skills training on improving social skills of patents with schizophrenia de Chien H, Ku C, Lu R, Chu H, Tao Y, Chou K (2003) (53)
23.	Cultural Adaptation of the Basic Conversational Skills Module for a Chinese Population de Lak DCC, Tsang HWH (2004) (77)
24.	Social skills training in Hong Kong Chinese patients with chronic schizophrenia de Ng RMK & Cheung MSL (2006) (84)
25.	Social Skills Training as Nursing Intervention to Improve the Social Skills and Self-Esteem of Inpatients with Chronic Schizophrenia de Seo JM, Ahn S, Byun EK, Kim CK (2007) (54)
26.	Speech and language therapy intervention in schizophrenia: a case study de Clegg J, Shelagh B, Randolph WP, Woodruff, PWR (2007) (67)
27.	Attention Shaping: a Reward-Based Learning Method to Enhance Skills Training Outcomes in Schizophrenia de Silverstein SM, Spaulding WD, Menditto AA, Savitz A, Liberman RP, Berten S & Starobin H (2009) (55)

No âmbito da pesquisa foram também consultadas as bibliotecas *online* de diversas faculdades e universidades portuguesas e estrangeiras, no sentido de rastrear obras arquivadas nos acervos e não publicadas nos média, nomeadamente teses de mestrado e doutoramento, bem como a consulta de revistas não indexadas, a saber Revista Portuguesa Enfermagem, Revista Servir, Revista Sinais Vitais, Revista Investigação em Enfermagem, Revista Referência, Revista Nursing, Psiquiatria Clínica.

*Exemplo: ESEFC Pólo A: Esquizofrenia: 228; AND conversação: 0; AND comunicação: 0; AND treino: 1; AND habilidade: 1; AND reabilitação: 7.
ESEFC Pólo B: Esquizofrenia: 37; AND treino: 7; AND conversação: 6; AND linguagem: 34; AND habilidade: 6.*

Nas revistas referidas acima não se encontrou nenhum artigo pertinente para esta revisão.

Alem dos recursos da B-on listados anteriormente, e dada a sua especificidade relativamente aos materiais de psiquiatria e saúde mental, e relativamente à procura de obras em Português, foram pesquisadas as seguintes bases de dados: psiquiatria.com⁸, The European Library⁹, Biblioteca Nacional¹⁰.

Na Biblioteca Nacional: Esquizofrenia: 114 AND treino: 2. Selecionado 1 material para esta revisão sistemática da literatura sobre a formação de generalização de habilidades de conversação em doentes com esquizofrenia: 19. Treino de Habilidades Sociais Aplicado a Doentes com Esquizofrenia de Coelho, de 1999.

Na psiquiatria.com: *Esquizofrenia: 1570; AND conversa: 3; AND entrenamiento 4; AND discurso: 5; AND comunicación: 23; AND lenguaje: 5; AND entrenamiento habilidades: 12.* Selecionado 1 material para esta revisão sistemática da literatura sobre a formação de generalização de habilidades de conversação em doentes com esquizofrenia: 20. Evaluación de un Programa de Habilidades de Comunicación en la Esquizofrenia de Bordás, Artiaga & Labordeta, de 2001.

Na The European Library: *Esquizofrenia AND conversação em assunto (em todos os países listados): 0.*

Resultados da Revisão Sistemática na generalização das habilidades de conversação em doentes com esquizofrenia

Todos os estudos foram analisados criticamente *à luz* dos critérios de avaliação (78 pp. 353-356) das fases conceptual, metodológica e empírica, apresentados por, que constituíram o protocolo de análise crítica.

A Extração e Registo da Informação (ERI) (27) efetuada pelo já apresentado protocolo de revisão permitem a apresentação organizada, criteriosa das sínteses analíticas dos estudos (ver no anexo 1 - Quadros Síntese Organizadores).

Para uma abordagem mais detalhada dos resultados dos estudos, mantendo o vínculo às questões desta revisão: Qual o impacto da formação, aperfeiçoamento e generalização de habilidades de conversação nas pessoas com esquizofrenia? Como se traduzem os ganhos destas intervenções na especificidade e na globalidade para estas pessoas? e para fornecer aportes para a discussão dos resultados obtidos com esta investigação, inclui-se também em anexo sínteses específicas de cada artigo (ver anexo 2 - Sínteses Especificas de cada Artigo).

⁸ <http://www.psiquiatria.com>

⁹ <http://search.theeuropeanlibrary.org/portal/en/index.html>

¹⁰ <http://www.bnportugal.pt/>

Discussão e Conclusão da revisão sistemática das investigações em generalização de habilidades de conversação em doentes com esquizofrenia

A discussão dos diversos materiais em análise será organizada em três momentos, por conveniência, tendo em conta o desenho específico dos estudos.

Primeiro são abordados os estudos que perspetivaram em termos globais, a análise e o desenvolvimento da conversação quando em interação com um desconhecido, nomeadamente os 4 estudos: de Urey *et al.* (1979), Kelly *et al.* (1980), Holmes *et al.* (1984), e Kupke *et al.* (1984) (ver Esquema 6).

Num segundo momento, mas mantendo o assunto em discussão num estilo transversal, são abordados os estudos em que a intervenção nessas investigações privilegiou uma ação direta sobre o participante, tipicamente em desenhos quasi-experimentais, pretendendo desenvolver e analisar as habilidades de conversação desses participantes, nomeadamente os 11 estudos: de Wallace & Davis (1974), Lewis *et al.* (1985), Wong & Woolsey (1989), Curran *et al.* (1991), Wong *et al.* (1993), Ahmed & Goldman (1994), Ahmed *et al.* (1997), Bordas *et al.* (2001), Lak & Tsang (2004), Coelho (1999), Clegg *et al.* (2007) (ver Esquema 7).

Num terceiro momento, são abordados os 12 estudos com desenhos experimentais, em que as intervenções sobre as habilidades de conversação analisadas e comparadas com outras intervenções *standard* dos serviços, ou criadas especificamente para este tipo de estudos, nomeadamente os estudos: de Spencer *et al.* (1983), Bellack *et al.* (1984), Massel *et al.* (1991), Hayes *et al.* (1995), Kopelowicz, *et al.* (1997), Butorin & Liberman (1998), Nilsson *et al.* (1998), Ahmed (2002); Chien *et al.* (2003), Ng & Cheung (2006), Seo *et al.* (2007), e Silverstein *et al.* (2009) (ver Esquema 8).

Esquema 6 - Estudos de Caso e Quasi-Experimentais de Conversação com Desconhecido/a



Os 4 estudos (ilustrados no Esquema 6) Urey *et al.* (1979), Kelly *et al.* (1980), Holmes *et al.* (1984), e Kupke *et al.* (1984), é o primeiro subconjunto em análise, apresentando semelhante estilo de abordagem, sendo a relação diádica comunicacional (com uma pessoa não conhecida) o procedimento fundamental em estudo nestas formações de habilidades de conversação.

Com amostras pequenas, 2 a 3 doentes, diferente apenas o estudo de Holmes *et al.* (1984) com 10 doentes, todos estes estudos estruturaram a formação em fases consecutivas: trabalho cognitivo com instruções e *coaching* de comportamentos, trabalho comportamental com interação e modelagem do componente de conversação em aprendizagem em cada sessão específica, e por fim, a avaliação, sempre baseada em filmagens das sessões.

Quanto ao número e frequência das sessões as diferenças são absolutas pois foram desde as 5 sessões em Kupke *et al.* (1984), 9 sessões em Kelly *et al.* (1980), 15 sessões em Urey *et al.* (1979), às 35 sessões em Holmes *et al.* (1984), sendo que uns estudos foram mais flexíveis que outros no número de sessões e de repetições com a finalidade de concretizar ao máximo possível a aprendizagem dos comportamentos de conversação.

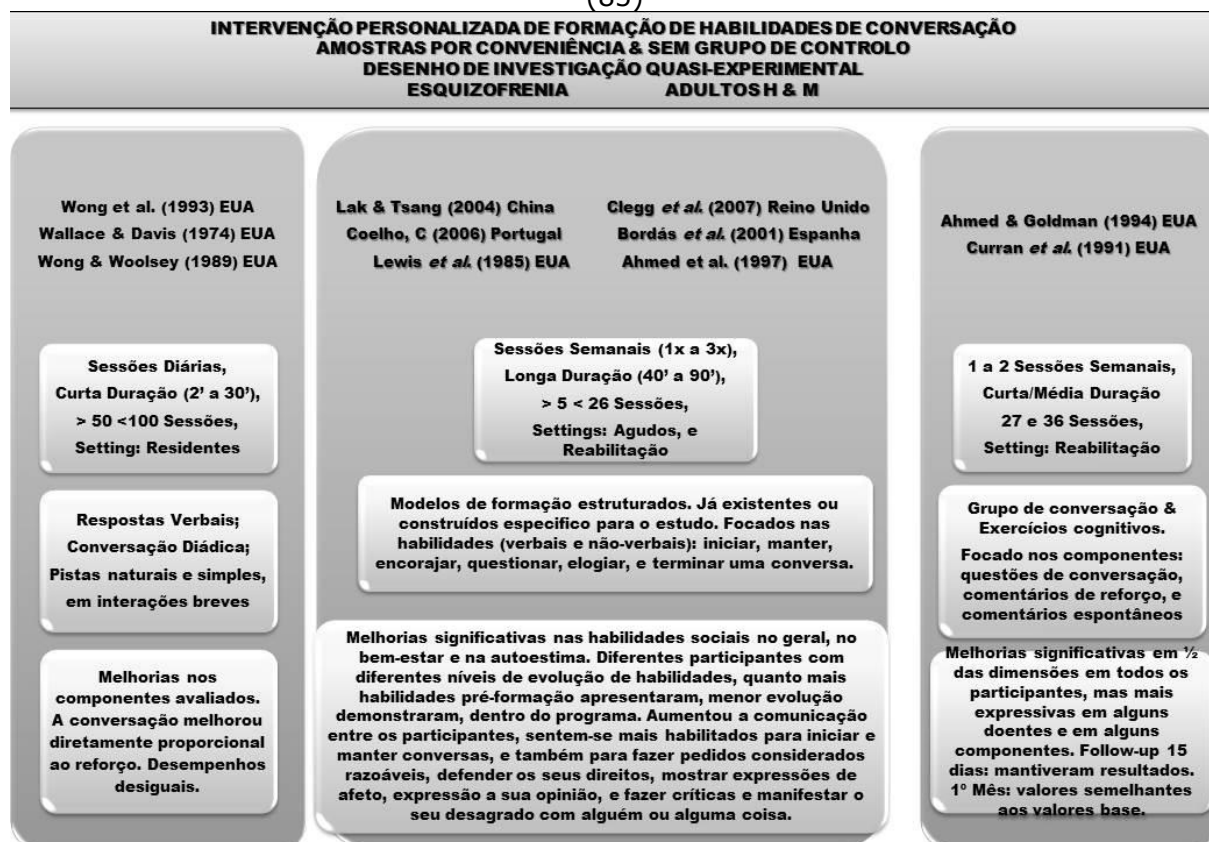
À exceção de Kupke *et al.* (1984) que teve dois momentos de avaliação, pré e pós-formação, todos os restantes também tiveram além destes dois momentos, a avaliação em follow-up (embora com diferentes timings pós-formação).

No que respeita à metodologia de avaliação, foi semelhante em todos estes 4 estudos (apesar dos componentes serem diferentes, o método foi o mesmo), nomeadamente a definição dos componentes comportamentais ensinados na formação, e posteriormente a sua análise em amostras aleatórias de *clips* de vídeo com avaliadores neutros e desconhecedores dos participantes e do estudo.

Da avaliação dos efeitos da formação nos participantes, todos os estudos (nos quais os doentes tinham défices nos diversos componentes das habilidades de conversação) são perentórios nos benefícios e na melhoria de desempenho nas habilidades de conversação (e em cada um dos seus componentes definidos pelos estudos).

Esquema 7 - Estudos com Desenho Quasi-Experimental

(85)



O próximo subconjunto para discussão dos estudos centra-se em 11 estudos com amostras por conveniência (ver Esquema 7), cujos doentes foram avaliados e/ou recomendados pelos défices nas habilidades de conversação, sendo a metodologia de intervenção direta entre o terapeuta e o doente ou grupo de doentes, sem grupo de controlo.

Podemos debater a sua pertinência relativa reunindo-os pelas diferenças e semelhanças da intervenção principal.

Assim, como intervenção principal, temos o estudo de Wong & Woolsey (1989) com o uso de pistas ordenadas com reforços sociais, e de produtos de consumo, e de feedback do desempenho; a utilização da discriminação das fases de conversação no estudo de Lewis *et al.* (1985); com a utilização de 3 componentes da conversação – questões de conversação, comentários espontâneos, e comentários de reforço/elogios – temos 3 estudos, nomeadamente Curran *et al.* (1991), Wong *et al.* (1993), e Bordas *et al.*

(2001); Outros 3 estudos apresentam como intervenção-chave o reforço da informação sobre potenciais tópicos de conversação, nomeadamente Wallace & Davis (1974), Ahmed & Goldman (1994), e Ahmed *et al.* (1997); por fim, utilizando um tipo de intervenção baseado em módulos estruturados de formação de habilidades de conversação temos 3 estudos, nomeadamente Lak & Tsang (2004), Coelho (1999), Clegg *et al.* (2007).

O estudo de Wong & Woolsey (1989) trabalha com 4 participantes “manifestamente psicóticos” como referem os autores, utilizando pistas ordenadas e vários tipos de reforços com base numa estrutura de formação com árvore de decisão de modo a “reforçar” o acerto e “recuperar” o erro sempre que ocorre-se.

Neste estudo o número de sessões foi extenso para cada participante, sempre acima de 30 sessões, indo até 150 num dos participantes; e embora alguns participantes tenham apresentado dificuldades consideráveis, provavelmente relacionadas com o “seu ponto de partida” dramático em termos de incapacidades comunicacionais e de inter-relação.

Tendo apresentado todos os participantes, na generalidade uma evolução irregular com alguns retrocessos na demonstração de algumas habilidades. Os resultados são considerados positivos, pela aparente aquisição de habilidades em 5 aspetos-chave (responder à saudação, dirigir-se ao terapeuta pelo nome, responder à pergunta propriamente dita, fazer uma questão ao interlocutor, e introduzir uma questão de conversação nova.

Por sua vez, no estudo de Lewis *et al.* (1985) os participantes já partem de um ponto de habilidades mais capaz, encontrando-se já a participar de um programa residencial de transição. Aqui pretenderam desenvolver a aprendizagem do saber discriminar as fases da conversação, ou seja, quando iniciar e quando terminar uma conversa, com base num conjunto de vinhetas com situações de interação “tipo” acrescidas de reforço cognitivo, que utilizaram na formação de 6 habilidades/componentes de conversação: discurso inicial adequado, questões iniciais, reforços, questões de continuidade, elogios, e finalização adequada. Em 4 semanas com sessões de 90 minutos, 2 a 3 vezes por semana, foi possível que ambas as participantes adquirissem todas as habilidades de acordo com a avaliação (efetuada em 3 momentos: pré, pós e follow-up), apesar de uma das participantes ter tido um percurso evolutivo mais irregular. Na avaliação de follow-up às 4 semanas verificaram que ambas as participantes mantinham a maioria das habilidades à exceção dos elogios (uma participante) e a finalização adequada da conversa (a outra participante).

No que refere ao grupo de 3 estudos: Curran *et al.* (1991), Wong *et al.* (1993), Bordas *et al.* (2001) que utilizam uma organização da formação em 3 componentes: questões de conversação, comentários espontâneos, e elogios, tendo sido as amostras de trabalho reduzidas, na ordem dos estudos anteriormente analisados, de entre 1 a 6 participantes, também jovens com idades entre os 24 e os 30 anos, e referenciados com défices de habilidades de conversação/comunicação.

A formação – baseada nos componentes já descritos – foi desenvolvida em cerca de 17-18 sessões, à exceção do estudo de Wong *et al.* (1993) que apresenta um número particularmente extenso de 100 sessões, decorrendo 4 vezes por semana, diferente dos outros estudos com uma frequência de 2 vezes por semana.

A avaliação da formação, avaliada por diferentes instrumentos, decorreu em todos estes estudos em três momentos: pré, pós-formação, e follow-up.

Parece ficar claro que nestes estudos, os resultados são consideravelmente positivos, com incremento substancial de todos os componentes da habilidade de conversação, em particular os comentários espontâneos em Curran *et al.* (1991) e em Bordas *et al.* (2001), não se destacando nenhum em Wong *et al.* (1993).

Em relação ao grupo dos seguintes 3 estudos: Wallace & Davis (1974), Ahmed & Goldman (1994), Ahmed *et al.* (1997), considera-se genericamente que utilizaram uma intervenção caracterizada pelo reforço de informação sobre tópicos de conversação.

Os doentes destes estudos eram todos adultos (homens e mulheres), com idades na ordem dos 31 a 53 anos, e à exceção em Wallace & Davis (1974) onde não é concretizada a patologia dos participantes, nos outros dois estudos todos tinham diagnóstico de esquizofrenia.

As metodologias-chave para a intervenção foram especificamente diferentes, sendo em Wallace & Davis (1974) a comunicação diádica com o método de fases de retirada de componentes de formação (Fases: Base, Instruções, Reforço, Informação, Ensaio, Informação acrescida de reforço, Generalização); em Ahmed & Goldman (1994) a terapia de grupo com 4 fases (Técnica de relaxamento, conversação sobre tópicos de interesse sugeridos por cada doente, exercícios de lápis e papel, e feedback dos exercícios escritos e também partilha de assuntos com o grupo); e em Ahmed *et al.* (1997) a terapia facilitada por computador.

O número de sessões de intervenção foi também díspar, sendo cerca de 60 em Wallace & Davis (1974), para 36 sessões em Ahmed & Goldman (1994), e apenas 5 sessões em Ahmed *et al.* (1997).

Como resultados, em todos estes estudos são positivos, embora menos expressivos que o primeiro subgrupo de estudos analisado neste capítulo, tendo sido entendido enquanto intervenções com impacto positivo sobre o comportamento e habilidades dos doentes. No estudo de Wallace & Davis (1974) defendem uma eficácia diferencial entre a fase de reforço e a fase de informação com um aumento da conversação, ponderando pertinentemente no facto se a informação disponibilizada aos participantes lhes seria pertinente, já que nem na fase instruções nem na fase informação tiveram efeito observável nos participantes.

No estudo de Ahmed & Goldman (1994) referem especificamente que todos os participantes tiveram melhorias expressas em pelo menos um dos instrumentos do conjunto de instrumentos de avaliação, tendo os participantes relatado terem tido uma experiência positiva de aprendizagem, ajudando-os a pensar e a memorizar melhor.

Por fim, no estudo de Ahmed *et al.* (1997) a terapia facilitada por computador pretendeu influenciar a conversação e concomitantemente a atividade delirante, esclarecendo que além de cada um dos participantes ter desenvolvido habilidades de conversação, abordando na fase 3 da intervenção, diferentes tópicos e informações pessoais, tendo também redução nos períodos de tempo com delírio entre 28 a 49%.

Os três estudos: Lak & Tsang (2004), Coelho (1999), Clegg *et al.* (2007), que fecham este subconjunto de 11 estudos em discussão, são relativos a intervenção baseada em módulos estruturados de formação de habilidades de conversação.

Os participantes nestes estudos foram novamente amostras reduzidas, nomeadamente 1 participante em Clegg *et al.* (2007), e 5 e 6 participantes em Coelho (1999) e Lak & Tsang (2004) respetivamente.

Apesar de utilizarem metodologia de intervenção estruturada, o desenho de cada estudo não foi experimental, quer pelo tipo de amostra selecionada, quer pela ausência de grupo de controlo.

Dois dos estudos Coelho (1999) e Clegg *et al.* (2007) pretenderam aumentar as habilidades conversacionais dos participantes, enquanto no outro estudo de Lak & Tsang (2004) o intuito foi a adaptação e validação cultural do Basic Conversational Skill Module da UCLA para a população chinesa.

Para a avaliação da intervenção todos os estudos utilizaram diferentes instrumentos, com cerca de 4 a 5 instrumentos em cada estudo, avaliando no entanto semelhantes dimensões ou constructos do comportamento e habilidades do/s participante/s,

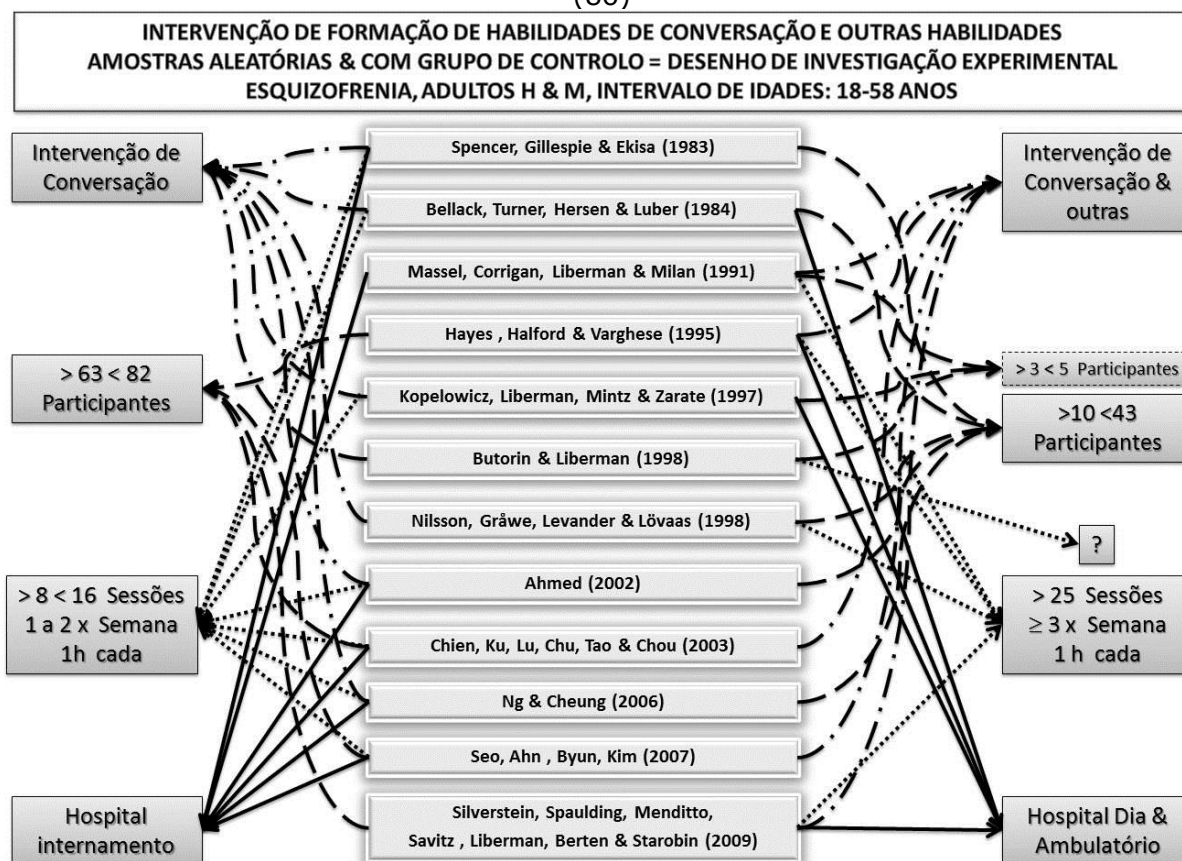
nomeadamente a sintomatologia clínica e as habilidades sociais/comunicacionais. Avaliando ainda, dois dos estudos, Lak & Tsang (2004) e Clegg *et al.* (2007), a autoestima e o bem-estar, sendo que em Clegg *et al.* (2007) ainda avaliaram outras dimensões específicas, nomeadamente da compreensão da linguagem, da linguagem expressiva, e da literacia.

O número de sessões de formação foi semelhante nestes três estudos, com cerca de 25-26 sessões, mas com uma frequência diferente, tendo sido em Clegg *et al.* (2007) de 1 sessão por semana, e em Coelho (1999) de 3 sessões por semana), com duração média de 45 minutos nestes dois estudos, e de sessões diárias em Lak & Tsang (2004) com sessões de 90 minutos.

No que respeita a resultados, todos os estudos apresentam resultados positivos, e embora menos expressivos em Coelho (1999) sendo apontado como causa o elevado funcionamento social de base de todas as participantes, não deixa de sublinhar melhorias específicas em comportamentos moleculares, nomeadamente na dimensão não-verbal (a face, o olhar, e a postura) e na conversação (na duração, generalidade, formalismo, e variedade de tópicos), corroborando com os outros dois estudos onde referem melhorias na diversidade de tópicos, no incremento da socialização, e na melhoria do contato visual.

Esquema 8 - Estudos com Desenho Experimental

(86)



O próximo e final subconjunto de 12 estudos (consultar Esquema 8), de modo a expor uma análise mais objetiva, corresponde aos estudos de investigação experimentais ou quasi-experimentais, em que é estabelecida a comparação entre a intervenção em habilidades sociais (conversação) no grupo experimental versus o desenvolvimento *standard* dos participantes no grupo de controlo.

Destes parece útil organizar a discussão em 4 grupos de estudos.

Primeiro um estudo de Kopelowicz *et al.* (1997) em que utilizando a mesma intervenção de Formação em Habilidades Sociais em ambos os grupos experimental e de controlo, fazem variar apenas as características dos participantes.

Depois dois estudos: Nilsson *et al.* (1998), e Butorin & Liberman (1998), de desenho experimental, em que trabalham com o *Basic Conversation Skills Module* (BSCM) da UCLA.

Depois 5 estudos: Spencer *et al.* (1983), Hayes *et al.* (1995), Chien *et al.* (2003), Ng & Cheung (2006), Seo *et al.* (2007), em que o grupo experimental (GE) participa na formação e o grupo de controlo (GC) participa noutras atividades (ofertas standard da instituição onde estão vinculados, ou específicas oferecidas pelo próprio estudo de investigação). Por fim, 4 estudos: Bellack *et al.* (1984), Massel *et al.* (1991), Ahmed (2002), Silverstein *et al.* (2009), em que todos os participantes, quer do GE quer do GC, participam em formação de conversação, mas no GE além desta formação ainda potenciam com extra-formação em temática ou metodologia específica em cada um destes estudos.

Assim, no estudo experimental de Kopelowicz *et al.* (1997) participam 6 doentes, sendo que apenas os do GE tem síndrome de défice, mantendo a formação igual em ambos os grupos, em sessões de 1 hora, uma vez por semana, durante 12 semanas.

Utilizam diversos instrumentos de avaliação (sintomatologia clínica, classificação do síndrome de défice, e comportamento) em 3 momentos: pré, pós, e follow-up, à exceção do *Behavioral Assessment Test* (BAT) que além destes momentos é também utilizado durante a formação, uma vez por semana.

Como resultados os autores indicam apenas que os doentes obtiveram melhorias pela participação na formação, sendo que os participantes com síndrome de défice não apresentaram nenhuma alteração desde o início até ao fim da formação.

O seguinte grupo de 2 estudos: Nilsson *et al.* (1998), e Butorin & Liberman (1998), correspondem a estudos com a utilização do BSCM da UCLA em estudo experimental, com 5/6 participantes.

Nos instrumentos de avaliação, além de o BSCM, naturalmente, utilizaram diferentes variáveis para interpretar os efeitos da formação, em Nilsson *et al.* (1998) avaliaram a sintomatologia psiquiátrica e a interação social, enquanto em Butorin & Liberman (1998) avaliaram a ansiedade (traço e estado).

Ambos os estudos reportam consideráveis melhorias no nível da conversação em ambos os grupos, obtendo além dos valores das escalas, os autorrelatos em entrevista com os participantes, sendo as melhorias, em termos abstratos, relativas ao dobro da habilidade quando classificada na pré-formação. Note-se que em Nilsson *et al.* (1998) os sintomas psiquiátricos não apresentaram nenhuma alteração, assim como a ansiedade no estudo de Butorin & Liberman (1998) não apresentou alteração significativa com a formação.

O próximo grupo de 5 estudos: Spencer *et al.* (1983), Hayes *et al.* (1995), Chien *et al.* (2003), Ng & Cheung (2006), Seo *et al.* (2007), correspondem à utilização de intervenção de formação de habilidades de conversação em comparação com outra intervenção (ofertas standard da instituição onde estão vinculados, ou específicas oferecidas pelo próprio estudo de investigação), em estudos experimentais, tentando conhecer o impacto nas habilidades de conversação dos participantes.

Todos estes estudos, ao contrário dos anteriores já discutidos, utilizaram amostras com grande número de participantes, na ordem dos 33 a 78 doentes, mais especificamente dois estudos com mais de 30 doentes, e quatro estudos com mais de 50 doentes, todos adultos, de ambos os géneros (embora em três estudos não seja especificado), com média de idades entre os 36 e os 44 anos.

A intervenção de formação foi utilizada no GE em todos os estudos, numa frequência de sessões típica de 2 vezes por semana, mas com um total de sessões que apresentou variações, sendo a maioria de 16 sessões em 8 semanas (Spencer *et al.* (1983), Ng & Cheung (2006), Seo *et al.* (2007), e Chien *et al.* (2003)), e com 36 sessões em Hayes *et al.* (1995).

Nos instrumentos de avaliação a quantidade e especificidade foi diversa, tendo a maioria dos estudos utilizado cerca de 5 instrumentos de avaliação (diferente apenas em Hayes *et al.* (1995) com a utilização de 9 instrumentos).

Na sua maioria, os instrumentos fazem a avaliação da sintomatologia psiquiátrica, da comunicação interpessoal, e da interação social. Acresce em 1/3 dos estudos a avaliação das habilidades sociais, a amostra do tempo livre dos participantes, a assertividade, e a qualidade de vida.

Depois, e apenas um por cada estudo em referência, são ainda avaliadas variáveis como o comportamento, a ansiedade, a resolução de problemas, e a satisfação com a formação.

Em termos de resultados não reportaram nenhuma alteração na sintomatologia psiquiátrica.

Os estudos com 16 sessões de formação, Spencer *et al.* (1983), Seo *et al.* (2007), e Chien *et al.* (2003) exceto Ng & Cheung (2006), apresentam no geral melhorias na avaliação pós-formação e mantidas em follow-up, concretizando que a PFGHC é um método eficiente para o ensino de habilidades interpessoais específicas a doentes crónicos com esquizofrenia. Em Ng & Cheung (2006) não são registadas diferenças significativas em nenhuma das medidas dos instrumentos de avaliação, e em Spencer *et al.* (1983) são acrescentadas apreciações de melhorias no desempenho de papéis, no comportamento e na interação social, e ainda em Seo *et al.* (2007) acrescentam as melhorias nas três categorias de habilidades em estudo: conversação, assertividade, e relacionamento pessoal.

Relativamente ao estudo com maior número de sessões, Hayes *et al.* (1995), as melhorias reportadas apesar de modestas, consideram-nas significativas em todas as variáveis de habilidades sociais, embora sem que tenha sido identificado um efeito principal. Após a formação, os participantes começaram a passar menos tempo em casa e mais tempo a viajar. Neste estudo indicam também uma redução na sintomatologia psiquiátrica e concomitante aumento da qualidade de vida.

O próximo e final grupo de 4 estudos: Bellack *et al.* (1984), Massel *et al.* (1991), Ahmed (2002), Silverstein *et al.* (2009), correspondem a estudos experimentais – semelhantes ao grupo anterior – na utilização da comparação entre PFGHC e outra intervenção, no entanto neste grupo, em todos os estudos, todos os participantes – GE e GC – realizam a PFGHC, e apenas no GE é “potenciada” por formação ou por metodologia adicional.

Em termos de tamanho da amostra estes estudos são consideravelmente diferentes entre si, desde números reduzidos em Massel *et al.* (1991) com 3 participantes, e Ahmed (2002) com 10, até Bellack *et al.* (1984) com 64 e Silverstein *et al.* (2009) com 82 participantes. As médias de idades rondam os 32 a 44 anos, e à exceção do estudo de Massel *et al.* (1991) (só com homens) os restantes estudos tem participantes de ambos os géneros sexuais.

As sessões de formação apresentaram na maioria destes estudos um numero total de grandeza semelhante, na ordem das 25 a 36 sessões, exceto no estudo de Ahmed (2002) com 8 sessões apenas.

A frequência das sessões foi fundamentalmente diferente, sendo diária em Massel *et al.* (1991) (com formação adicional de atenção focada), e 3 vezes por semana em Bellack *et al.* (1984) (com formação adicional de construção de rede social e diminuição do stress em encontros interpessoais), e 2 vezes por semana em Silverstein *et al.* (2009) (com

formação adicional em atenção moldada), e 1 vez por semana em Ahmed (2002) (com metodologia adicional de formação assistida por computador).

Para a avaliação da formação à exceção de Ahmed (2002) – o estudo com menos sessões de formação – onde só utiliza 1 instrumento de avaliação (para a avaliação de 3 tipos de qualidade de resposta comportamental do participante), todos os restantes estudos utilizaram 4 instrumentos, que apesar de diferentes, se focaram na avaliação da sintomatologia, do comportamento do doente nas situações de formação, e das habilidades de conversação. Ainda em Silverstein *et al.* (2009) incluíram a avaliação da atenção, e em Bellack *et al.* (1984) a avaliação da assertividade.

Sobre os resultados, apenas em Ahmed (2002) o GC não apresentou alterações significativas, enquanto todos os participantes (GE e GC) nos restantes estudos melhoraram com a participação na formação.

Especificamente em Ahmed (2002), as melhorias do GE foram na diminuição significativa das respostas negativas, e no aumento significativo das respostas de associação produtiva.

Relativamente ao estudo de Bellack *et al.* (1984), além do GC também ter melhorado, no GE as alterações foram mais expressivas, e apesar de nenhum apresentar alterações na sintomatologia, no GE a evolução foi mais uniforme e com ganhos significativos na assertividade, e nos comportamentos de role-play.

Nos estudos com formação adicional com foco na atenção, o desenvolvimento do GE foi também consideravelmente mais expressivo do que o do GC. Em Silverstein *et al.* (2009), e apesar de nas primeiras sessões ambos os grupos evoluírem similarmente, e de nenhum apresentar alterações na sintomatologia, na parte final da formação, o GE apresentou valores mais elevados na atenção, considerando os autores poder existir maior probabilidade de neste grupo haver mudança de comportamentos com este tipo de formação do que com a formação do GC, registando que a melhoria nas habilidades de conversação do GE aumentaram para o dobro dos valores da pré-formação, no mesmo sentido do que é expresso em Massel *et al.* (1991), com a utilização da atenção focada, em que o GE apresenta melhorias nas habilidades de conversação na ordem dos 50% na pós-formação.

Destes estudos experimentais, a maioria utilizou grandes amostras de participantes, com 2 ou mais meses de formação, com frequência bissemanal ou maior, com total típico de 16 sessões, cada com 1 hora de duração média.

Nos instrumentos de avaliação a quantidade foi diversa, tendo a maioria dos estudos utilizado 4/5 instrumentos que de modo geral focaram a avaliação de sintomatologia psiquiátrica, comunicação interpessoal, e interação social, e ainda a ansiedade, a assertividade, e a qualidade de vida.

Nenhum estudo reportou alterações na sintomatologia, e a maioria dos estudos (excetuando o estudo Ng & Cheung (2006), que não registam alterações) apresentam melhorias de um modo geral na avaliação pós-formação e mantidas no follow-up das suas variáveis em estudo, concluindo-se que a formação de generalização de habilidades de conversação é um método eficiente para o ensino e generalização de habilidades interpessoais específicas a doentes com esquizofrenia, e melhorando no desempenho de papéis, no comportamento, na interação social e na assertividade.

Síntese da pertinência para a Enfermagem da revisão da generalização das habilidades de conversação em doentes com esquizofrenia

A conversação é o instrumento crítico para a comunicação com o outro, em que a pessoa socialmente hábil é competente num determinado conjunto de comportamentos, e na avaliação subjetiva e objetiva por parte dos outros.

Este processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas, transmite-se de forma intencional e não intencional pelo comportamento verbal e não-verbal, e de modo mais global, pela forma de agir dos intervenientes. É desta forma que [também em Enfermagem] mutuamente apreendemos e compreendemos as intenções, as opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa, e criar assim laços significativos com o outro (87).

Parece claro que as habilidades de conversação e a sua generalização se distinguem como elo inicial e de ligação entre a vontade e a realização da pessoa, sendo as componentes fundamentais das relações interpessoais nos seus diversos níveis de proximidade e de distância.

Importa aqui sustentar com Peplau o *modus operandi* específico da Enfermagem enquanto processo interpessoal, significativa, e terapêutico, através do qual o enfermeiro e doente podem obter crescimento e desenvolvimento pessoais, envolvendo a própria interação com uma meta comum, que ao cooperar com os outros processos sociais tornaram possível a saúde às pessoas e às comunidades (88; 89; 90).

Obtendo-se assim realização pela retroação na sua dimensão social, é dramático que se tente e se ajude estas pessoas – que um dia deixaram de saber como se faz, ou que nunca souberam como se faz, ou que parecendo que sabem, não o parece saber usar – a serem capazes de comunicar consigo e com os outros, a conversar, a partilhar ideias e sentimentos, a generalizar as suas habilidades.

Parece ser claro também, que esta, e outras intervenções psicossociais, agem em complementaridade, como aliás todos os diferentes tratamentos neste tipo de doenças crónicas. Poderá ser na procura da “dose certa”, do “equilíbrio” entre as diferentes tentativas de intervir que se vá encontrando, um a um, as soluções em parceria, que estes doentes tanto precisam e tanto desejam encontrar e saber utilizar.

Apesar de reportados alguns participantes com melhorias modestas, a maioria dos estudos são unânimes no sublinhar da vantagem terapêutica em participar nesta formação.

Dos efeitos da formação nos participantes, todos os estudos são perentórios nos benefícios e na melhoria de desempenho nas habilidades e na generalização da conversação, considerando os défices em diversos componentes diferentes (um estudo com resultados menos expressivos).

Transversalmente pode-se considerar muito pertinente a disponibilização da formação de generalização de habilidades de conversação, seja em componentes molares ou moleculares, seja em grupos pequenos ou em grupos grandes, seja com frequências diárias ou frequências semanais de sessões de formação.

Parece no entanto, que uma frequência de formação regular e com sessões próximas são mais produtivas e mantem a adesão à formação, que sessões não demasiado longas, por exemplo cerca de 30' são as mais rentabilizadas, sessões que sejam reais, i.e., utilizando a própria vivência dos participantes são mais produtivas e significativas, e ainda, considera-se útil ir reforçando a ligação formador-formando, ou terapeuta-doente, com reforços exclusivamente positivos, com reforços materiais (como snacks ou outros produtos alimentares, ou algum tipo de atividade mais recreativa onde os mesmos

elementos possam ocupar posições de inter-relação pessoal mas sem a intensidade e formalidade das sessões de formação.

E independentemente das discussões em torno de onde devem estar centrados os cuidados, é cientificamente credível que só podem estar centrados na relação com a pessoa que vive essa circunstância de doença e de vida...

Parece que os valores/resultados querem assim sugerir que se continue..., se continue a investir na disponibilização da formação de generalização de habilidades de conversação, independentemente dos modelos de formação idealizados, da frequência ou tipo de sessões disponibilizada, ou das variáveis em estudos, ou do tipo de instrumentos para avaliar, sendo certo que o benefício pela participação num grupo de trabalho, num grupo terapêutico, para um doente com esquizofrenia, é sempre construtivo para o seu funcionamento pessoal e social, donde o benefício além do seu intrínseco, sê-lo-á da comunidade onde este inserir, e de um modo geral da sociedade que criar, construir e apoiar este modo de cuidar das pessoas doentes e seus próximos.

Neste capítulo apresenta-se a organização estabelecida e utilizada dos métodos e seus conteúdos, que consideramos garantir a qualidade e integridade final, quer do método e dos resultados desta investigação.

Síntese de considerações conceituais e metodológicas específicas à generalização de habilidades de conversação

As habilidades sociais são adquiridas através de experiências interpessoais vicariantes onde a observação do outro (modelo) é considerada como um processo básico na aquisição do repertório social (48 p. 20).

É impossível desenvolver uma definição consistente de habilidade social, pois os comportamentos são específicos das situações, e poucos ou nenhuns aspetos do comportamento são universalmente adequados ou desadequados. A topografia dos comportamentos (taxa de contacto visual, volume da voz, latência de resposta verbal,...) é um registo que descreve um comportamento, mas não avalia eficazmente a sua adequabilidade a uma situação específica (48 p. 26).

O comportamento considerado apropriado para uma situação pode ser obviamente inapropriado noutra. A pessoa leva também para a situação as suas atitudes, valores, crenças, capacidades cognitivas e um estilo único de interação (91 p. 4).

Assim o comportamento socialmente hábil deve definir-se tendo em conta a eficácia da função numa situação, em vez da sua topografia (48 p. 26; 91 p. 4).

No geral espera-se que este comportamento socialmente hábil produza reforço positivo. Ao nível clínico é importante avaliar tanto o que as pessoas fazem como as reações que o seu comportamento provoca nos outros (91 p. 5).

Habilidade social envolve a expressão adequada de sentimentos, atitudes, desejos, opiniões, ou direitos num contexto interpessoal sem estar sujeito a consequências de perda de reforço social. Pode ser expressa numa enorme variedade de contextos interpessoais exigindo a utilização deliberada e apropriada de respostas verbais e não-verbais. Neste sentido, o individuo socialmente hábil está sintonizado com a realidade cultural e situacional, e está desperto para as oportunidades de poder receber reforços pelo seu comportamento, respeitando os comportamentos e direitos dos outros, e geralmente resolve os problemas imediatos da situação, enquanto minimiza a probabilidade de futuros problemas (48; 91; 8).

A habilidade refere-se às capacidades específicas requeridas para executar a tarefa de forma competente (48 p. 29).

Aspeto relevante na apreciação da habilidade social, mais do que a sua definição, é a eficiência do comportamento na interação social dependendo do contexto e dos parâmetros sociais e pessoais de cada situação específica (8 p. 4), que maximizam a possibilidade de obter encontros interpessoais (48 p. 30).

Habilidade social é: a) uma característica do comportamento, e não das pessoas; b) é uma característica específica do comportamento dessa pessoa e situação, não é universal; c) deve apreciar-se no contexto cultural e demais variáveis situacionais; d) está baseada na capacidade do individuo escolher livremente a sua ação; e) é uma característica do comportamento socialmente eficaz (91 p. 7).

Vários autores consideram a divisão de habilidades sociais em habilidades instrumentais e habilidades afiliativas ou relacionais, descrevendo-se os comportamentos envolvidos nas trocas interpessoais que permitem que o indivíduo assegure as suas necessidades sociomorais (as habilidades afiliativas ou relacionais), e a sua independência na comunidade através de serviços ou trabalho (as habilidades instrumentais).

As habilidades afiliativas ou relacionais são habilidades sociais e emocionais que são usadas de forma a criar e manter amizades e relacionamentos. Os esforços nestas habilidades, serão dirigidos à melhoria das habilidades conversacionais, de companheirismo e amizade, permitindo que partilhe intimidade, receba suporte emocional e tenha comportamentos de reciprocidade com aqueles que lhe são próximos (48 p. 28).

Assim, tanto o comportamento como a situação e as consequências dos comportamentos interpessoais deverão ser tidas em conta para a definição e avaliação de habilidade social, dado que a probabilidade de ocorrência de qualquer habilidade social em qualquer situação se encontrar determinada por fatores ambientais, por variáveis da pessoa e pela interação entre ambos, sendo o comportamento função das pessoas, função das situações e da sua interação (48 p. 31).

Recentemente os programas de intervenção nas habilidades sociais tem-se preocupado com os seguintes princípios:

- I. Avaliam-se as consequências, apreciando-as em conjunto com a avaliação dos comportamentos que as produzem (validade social);
- II. Ampliou-se o conteúdo das habilidades sociais para incluir outros elementos para além dos elementos expressos no comportamento;
- III. As descrições molares e moleculares do comportamento tem sido substituídos pelo "comportamento que se encontra inserido em..." e que só poderá ser compreendido através da apreciação desse contexto específico e determinado;
- IV. A influência das pessoas sobre as situações tem substituído o anterior interesse pelas características da situação (91 p. 13).

A capacidade particular do sujeito para adequar o seu comportamento em função dos objetivos, capacidades e exigências do ambiente [generalização], implica que o sujeito possua um repertório amplo de comportamentos, e que estas sejam suficientemente versáteis (...) pois diferentes situações exigem diferentes comportamentos e formas de agir (48 pp. 30-31).

Para que as habilidades sociais sejam efetivas, as habilidades aprendidas em grupo (ou individualmente) num ambiente de tratamento, tem de ser transferidas para novos e diferentes contextos, isto é, deve ocorrer a generalização das habilidades aprendidas na clínica para o quotidiano dos doentes.

A avaliação da generalização tem sido efetuada de diferentes formas, desde avaliação de role-play, medição de situações sociais espontâneas, medição do funcionamento social, e uso do tempo livre (8 p. 22).

Considera-se que incrementar a generalização de habilidades sociais continua a ser uma importante prioridade da investigação nesta área.

Generalização é a transferência duma habilidade aprendida num setting para outro novo/diferente setting. No sentido da aprendizagem de habilidades sociais serem efetivas, os participantes tem de cumprir duas fases da formação, a aprendizagem de habilidades específicas e a experimentação destas habilidades em ambientes naturais, na interação social.

A programação da generalização e habilidades sociais pode seguir dois métodos, separados ou em conjugação. O primeiro é a atribuição e organização de trabalhos de casa aos participantes para praticarem a habilidade fora das sessões de formação em ambientes naturais. O segundo é a estimulação direta para o uso dessa habilidade nos ambientes naturais pelo terapeuta ou cuidador junto do cliente (8 p. 48).

Sobre as técnicas de avaliação das habilidades sociais, Caballo dedica uma quantidade considerável de considerações, subdividindo-as em 1. Análise funcional do comportamento (p.114); 2. Análise da competência social (p.119); 3. Medidas de autorrelato (p.123); 4. Entrevista (p.143); 5. Avaliação pelos outros (p.151); 6. Auto-registo (p.153); 7. Medidas comportamentais (p.158); 8. Registos psicofisiológicos (p.177), terminando com a sugestão de estabelecer uma bateria de várias classes de medidas de avaliação, em que apesar de existir a possibilidade das diferentes medidas produzirem resultados contraditórios, o cruzamento da informação de diferentes métodos e fontes de avaliação tentará demonstrar a mais fiável avaliação da experiência real (91). Neste seguimento, nesta investigação, a decisão metodológica pelo conjunto de instrumentos de medida acompanha esta instrução de utilizar vários e de diferentes tipos de medidas de avaliação da generalização da função de conversação, como se apresentará mais à frente neste capítulo.

Tipo de estudo

O tipo de estudo foi uma tentativa de desenho experimental, embora que pelo tipo de amostragem possível, não se enquadra nessa classificação, constituindo assim um estudo quasi-experimental, dirigido pela questão de investigação de nível IV, procurando avaliar a eficácia da intervenção com a construção de dois grupos de doentes (a inexistência de participantes disponíveis com suficientes condições clínicas para participar não permitiu a *Aleatorização*), um Grupo Experimental (GE) e um Grupo de Controlo (GC). O grupo experimental participou nas sessões de formação (*Manipulação*) e o outro manteve-se no sistema de atendimento habitual existente nestes serviços hospitalares.

Para a intervenção procurou-se um momento propício, tendo-se considerado ideal o momento pré-alta, dado que é imediatamente após o debelar dos sintomas positivos da fase ativa da doença, o momento clínico do processo de mudança no qual se torna pertinente um programa de formação de generalização de habilidades de conversação.

O GE foi assim submetido à aprendizagem de habilidades sociais ao nível da generalização das habilidades de conversação.

As avaliações decorreram em ambos os grupos GE e GC (neste grupo em timings semelhantes ao GE), nos momentos de pré-formação, pós-formação, e em follow-up (*Controlo*).

Finalidade

Construiu-se um caminho de investigação para o desenvolvimento de práticas sistematizadas na recuperação das pessoas com doença mental grave, facilitando a passagem do ambiente controlado, previsível e seguro da clínica hospitalar para o ambiente imprevisível da comunidade, tendo como finalidade o desenvolvimento, implementação, e avaliação do impacto numa formação de generalização das habilidades de conversação.

Objetivos

Objetivo 1: Avaliar a circunstância clínica do doente com esquizofrenia em regime de internamento e em ambulatório pós-internamento psiquiátrico hospitalar, relativamente às variáveis: distress e bem-estar, adesão à medicação, estado de ansiedade, autoeficácia geral, vulnerabilidade ao stress, grau de dificuldade nas situações sociais, frequência de convivência com situações sociais comuns, e desempenho pessoal e social.

Objetivo 2: Desenvolver um programa de formação de generalização de habilidades de conversação, dirigido à criação de oportunidades e encorajamento para a ação, conducentes à generalização das habilidades de conversação em doentes com esquizofrenia em regime de internamento e em ambulatório pós-internamento psiquiátrico hospitalar.

Objetivo 3: Avaliar a eficácia do programa de formação de generalização de habilidades de conversação em doentes com esquizofrenia em regime de internamento e em ambulatório pós-internamento psiquiátrico hospitalar.

Questões de investigação

Questão 1: Qual o estado da circunstância clínica do doente com esquizofrenia em regime de internamento e em ambulatório pós-internamento psiquiátrico hospitalar relativamente às variáveis: distress e bem-estar, adesão à medicação, estado de ansiedade, autoeficácia geral, vulnerabilidade ao stress, grau de dificuldade nas situações sociais, frequência de convivência com situações sociais comuns, e desempenho pessoal e social?

Questão 2: Qual é a eficácia do programa de formação de generalização de habilidades de conversação, em doentes com esquizofrenia em regime de internamento e em ambulatório pós-internamento psiquiátrico hospitalar?

Hipóteses de investigação

Hipótese 1: O programa de formação de generalização de habilidades de conversação contribui para os participantes do GE apresentarem melhores resultados do que o GC, em termos de distress e bem-estar psicológico, adesão à medicação, estado de ansiedade, na avaliação pós-formação e follow-up.

Hipótese 2: O programa de formação de generalização de habilidades de conversação contribui para os participantes do GE apresentarem melhores resultados do que o GC, em termos de autoeficácia geral, vulnerabilidade ao stress, grau de dificuldade nas situações sociais, frequência de convivência com situações sociais comuns, e desempenho pessoal e social, na avaliação pós-formação e follow-up.

Amostragem

Método de Seleção dos Participantes

Descreve-se de seguida as etapas desenvolvidas para concretizar a seleção dos participantes.

Etapa 1:

Centrando-nos na pessoa com o diagnóstico de esquizofrenia, estudamos especificamente os participantes homens com diagnóstico de esquizofrenia segundo a DSM-IV no contexto de tratamento em internamento e/ou ambulatório pós-internamento psiquiátrico hospitalar, em que, apesar do momento clínico em que se encontram, apresentem remissão da sintomatologia principal (positiva), estejam com acompanhamento de medicação psiquiátrica, e que necessitem de apoio psicossocial adicional, incluindo os seguintes critérios:

- Adulto: Idade entre os 18 anos e os 65 anos.
- Diagnóstico: Esquizofrenia (ausência dos seguintes diagnósticos complementares: consumo atual de estupefacientes e/ou bebidas alcoólicas, Deficit Cognitivo, Síndrome Orgânico).
- Encontrarem-se em internamento psiquiátrico ou em ambulatório pós-internamento psiquiátrico.
- Se apenas em ambulatório, o último internamento psiquiátrico hospitalar ocorreu há mais de 1 mês e menos de 1 ano.
- Demonstrem consentimento informado e esclarecido, suportado em documento escrito assinado, para a participação nas sessões da formação.

Etapa 2:

Tendo em conta a complexidade da população alvo, em termos de garantir a quantidade, assiduidade e participação dos doentes com esquizofrenia, utilizamos de dois métodos de amostragem de forma consecutiva.

Assim, todos os participantes foram selecionados no Serviço de Clínica Masculina da Unidade Sobral Cid, do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra (CHPC) (atualmente já em fusão no CHUC – Centro Hospitalar Universitário de Coimbra). Num primeiro momento, perspetivava-se reunir num mesmo conjunto entre 4 a 10 doentes (no mínimo e no máximo respetivamente), que respeitando os critérios de participação, e a oportunidade de estarem internados aquando do início do programa de formação, constituíram um GE.

Etapa 3:

Foram constituídos em três diferentes momentos 3 GE, cada um numa quinzena e/ou mês diferentes, de modo a garantir uma existência razoável de participantes no programa de formação, e de modo a garantir números de participantes totais com alguma grandeza. Cada doente integrava o grupo de formação assim que apresentava condições clínicas de decisão e capacidade individual para preencher o documento de consentimento e as restantes escalas de avaliação.

Para cada um destes 3 grupos de participantes em GE foi realizado o programa de formação de generalização de habilidades de conversação apresentado, respeitando a mesma estrutura e dinâmica em todos os grupos, decorrendo entre Dezembro de 2011 e Fevereiro de 2012. O 1º grupo teve 12 participantes, mas dois desistiram antes do programa iniciar, e destes 10, dois não fizeram a avaliação de follow-up. O 2º grupo teve 6 participantes e destes um não fez a avaliação de follow-up. O 3º grupo teve 6 participantes e destes quatro não fizeram a avaliação de follow-up. Todos os doentes que

não participaram na totalidade das sessões do programa e na totalidade das sessões de avaliação, não foram incluídos na análise dos dados.

Etapa 4:

Imediatamente após a formação, e decorrendo do mês de Março ao mês de Abril, e com os mesmos critérios de seleção, incluíram-se doentes de uma forma continuada, i.e. cada vez que um doente apresenta-se condições clínicas de decidir aceitar participar no estudo e em entrevista preenche-se as escalas de avaliação foi incluído no GC, selecionando-se participantes até igualar os vinte e dois doentes do GE. Destes participantes no grupo de controlo, nove não fizeram a avaliação de follow-up, e não foram incluídos na análise dos dados.

Protocolo de Colheita de Dados e Instrumentos de avaliação

Compreendendo que as escalas em uso nesta investigação, segundo os seus autores, são sensíveis à população portuguesa, e passíveis de utilização quer em população considerada saudável quer em população considerada doente, pareceu-nos metodologicamente correto, apreciar o grau subjetivo de disponibilidade, completação, e motivação, que os doentes poderiam apresentar ao desafio de preenchimento das escalas de autoavaliação.

Assim, para verificar em termos pragmáticos, essa aplicabilidade, de todo o conjunto de instrumentos de avaliação nos participantes deste estudo, utilizamos uma estratégia de "pré-teste" do protocolo de colheita de dados em 4 doentes internados no mesmo serviço e com os mesmos critérios, sem que fizessem parte nem do grupo de controlo nem do grupo experimental. Desta sessão de avaliação diversos aspetos surgiram e que convocaram a adaptação do modo de aplicar, responder, e da ordem e organização dos diferentes instrumentos no documento conjunto a preencher:

- As escalas foram ordenadas e divididas em dois grupos de preenchimento/resposta separados;
- Ordenadas de acordo com o tipo base de raciocínio necessário à sua resolução, juntando num grupo as de resposta dicotómica e de semelhante raciocínio, e noutro grupo as de resposta em escala likert;
- Estes dois grupos de escalas tiveram diferentes momentos de preenchimento para cada participante (ainda que preenchidas no mesmo dia) para aumentar o grau de concentração na tarefa, já que a concentração foi uma das dificuldades evidenciadas;
- O ambiente em que foi preenchido o documento de avaliação foi individualizado prevenindo o excesso de estímulos e reduzindo a distractibilidade, e no seguimento de relação de confiança, e no decorrer de entrevistas de enfermagem de colheita de dados, e/ou de avaliação de continuidade do estado mental (no âmbito de elaboração de casos clínicos de enfermagem por estudantes finalistas da licenciatura em enfermagem (em ensino clínico no serviço, e a trabalharem clinicamente com estes doentes);
- A ficha de dados demográficos, inicialmente colocada no início do conjunto, passou para o final do documento, já que se observou um consumo considerável de energia no seu preenchimento (retirando essa disponibilidade para o preenchimento das escalas) sendo preenchida por nós;
- A qualidade da impressão foi ainda mais melhorada, de modo a incrementar a perceptibilidade das letras pelos participantes;
- Nas escalas com likert que na versão oficial explicavam as possibilidades de resposta à escala com números (não se tendo verificado compreensibilidade imediata dessa estética por parte dos doentes), foram adaptadas para manter apenas as palavras indicadas pela própria escala, colocando essas mesmas palavras de opção de

resposta likert em cada uma e em todas as questões da escala, em cinzento mais claro de modo a tentar aumentar a capacidade de concentração e clareza na escolha da resposta pretendida (*consultar os diversos instrumentos em anexo*);

- Exceto a Escala de Desempenho Pessoal e Social, todos os instrumentos são de autoavaliação e autopreenchimento, pelo que foi pertinente acompanhar o preenchimento para acautelar o preenchimento completo e sem dúvidas de leitura (embora não interpretando o texto para, nem pelo participante).
- Decidiu-se assim, que o preenchimento poderia ter ajuda, mas apenas ajuda na leitura do texto e não na explicação dos conceitos ou questões. Assim sempre que se entendeu necessário ou a pedido do participante, as frases de cada questão foram lidas e relidas, para garantir a completude do preenchimento dos instrumentos de avaliação;
- Admitiu-se também, por necessidade expressa por alguns participantes, e fizemo-lo apenas quando o participante pedia, a explicação do *likert*, e do que é a escolha de resposta de acordo com a concordância/discordância expressa em intensidade, grau, nível;
- O preenchimento da Escala de Desempenho Pessoal e Social foi efetuado pelo cuidador formal no hospital e pelo cuidador informal no follow-up.
- Na primeira aplicação (apenas nesta), do primeiro grupo experimental, juntou-se também uma ficha com questões genéricas sobre preferência em *snacks* e outros alimentos (práticos), para a exemplo de algumas investigações consultadas nesta área, poder escolher os *snacks* mais preferidos, e utiliza-los como prémios/reforços pela participação nas sessões de formação.
- Como medida de uniformização dos valores na apreciação dos resultados optou-se por uma inserção das respostas sempre a iniciar no valor 1 (e não no valor 0, que apenas alguns autores indicavam) estabelecendo as devidas adaptações de calculo para os valores de corte quando se verificavam e para os valores finais.

Os seguintes instrumentos de avaliação foram aplicados aos participantes no estudo (GE e GC) em três momentos (como será descrito mais à frente em sessões da formação de generalização de habilidades de conversação) antes da formação, no final da formação, e no follow-up aos 3 meses.

Inventário de Saúde Mental (MHI) (preenchido pelo doente)

O *Mental Health Inventory* (MHI) é uma escala com origem nos anos 70 do séc. XX, nos Estados Unidos da América, que procurava avaliar o distress psicológico e o bem-estar psicológico na população em geral. Foi também utilizado noutros estudos no sentido de prever as necessidades de procura dos serviços de saúde mental, bem como a intensidade e consumo dos serviços recebidos (92; 93).

O MHI consiste num questionário de autorresposta, com 38 itens, agrupados em duas grandes dimensões de avaliação: o Distress psicológico, de características negativas, e o Bem-Estar psicológico, de características positivas. Estas duas dimensões são distribuídas por sua vez em três e duas escalas respetivamente, para o Distress, a Ansiedade com 10 itens, a Depressão, com 5 itens, e a Perda de Controlo Emocional/Comportamental, com 9 itens; e para o Bem-Estar, o Afeto Positivo, com 11 itens, e os Laços Emocionais, com 3 itens.

A resposta a cada item é ponderada numa escala ordinal de cinco ou seis posições, sendo parte dos itens cotados de modo invertido. A avaliação total resulta da soma dos valores brutos dos itens que compõem cada escala referida acima, em que a valores mais elevados correspondem a melhor saúde mental (92; 93).

Com base neste inventário, Pais-Ribeiro desenvolveu uma versão reduzida de cinco itens, conhecida por MHI-5 (ver anexo 3). Trata-se de uma versão rápida que inclui os itens

11, 17, 19, 27 e 34, do MHI: três itens pertencem à escala de Distress e dois à escala de Bem-Estar Positivo. Nesta escala MHI-5, o item 2 e o 5 são invertidos na avaliação.

Várias investigações, segundo o autor, suportam a utilidade do MHI-5 como teste de rastreio útil na avaliação da saúde mental.

Todas as correlações entre dimensões do MHI apresentam magnitude elevada, sendo a dimensão "Distress" a que apresenta correlações mais elevadas com as dimensões que a compõem (Ansiedade, Depressão e Perda de Controlo Emocional/Comportamental) explicando quase 90% da variância de cada uma delas. A dimensão Distress é a que explica melhor o resultado total do MHI, mantendo o padrão da escala total, e indiciando, em ambos os casos a prevalência de uma dimensão negativa da saúde mental expressa por esta escala (92).

Escala de Adesão à Terapêutica (MARS) (preenchido pelo doente)

O comportamento de adesão à medicação pode definir-se num *continuum* de três padrões: desde a total adesão à medicação prescrita, a uma adesão parcial, até uma completa não-adesão (94; 95).

A não adesão à medicação (antipsicótica) está associada a maior número de recaídas, de reinternamentos, e de pior prognóstico.

As estimativas de não adesão à terapêutica variam consoante os estudos, fixando-se entre os 25 a 55% (94; 95), considerando-se ainda que as taxas de não adesão são maiores no ambulatório do que no internamento. É indiscutivelmente um assunto essencial ao exercício dos cuidados de saúde, implicando por um lado maior sofrimento de doentes e de familiares, e por outro lado maiores custos económicos (95).

Aceitando a premissa de que nenhum dos métodos de medição da adesão à medicação será completamente fiável! conhecem-se diversas abordagens para estudar o comportamento de adesão. Essas abordagens podem-se organizar em três tipos: o relato do doente e do profissional de saúde (ou do cuidador informal), a contagem da medicação, e os exames laboratoriais (como exemplo, a análise às concentrações no sangue ou urina), tendo cada uma as suas vantagens e desvantagens (96; 94).

Dos estudos com duas escalas de avaliação da adesão: a escala *Drug Attitudes Inventory* (DAI) e a *Medication Adherence Questionnaire* (MAQ) resultou a construção desta Escala de Adesão à Terapêutica (MARS) (ver anexo 4), que consiste num instrumento de autopreenchimento com dez itens de resposta dicotómica (sim/não), variando a cotação total entre zero (baixa probabilidade de adesão à medicação) e dez (elevada probabilidade de adesão à medicação), classificando a adesão à terapêutica como variável contínua. De notar que a avaliação dos itens 7 e 8 é invertida (94; 95).

Embora possa ser provável que a consistência interna da MARS possa melhorar, quer aumentando as opções de resposta, quer aumentando o número de itens, é discutível se iria melhorar o instrumento ou se iria comprometer o seu formato simples e rápido (94).

O autorrelato apresenta como vantagens o ser barato, rápido e fácil de aplicar, não-invasivo, permitindo obter dados sobre atitudes e crenças sobre a medicação, apesar de potencialmente poder sobrestimar a adesão em 30%. Como desvantagens temos a necessária compreensão dos itens, e a necessária vontade para divulgar informações de forma assertiva, o que poderá por em risco toda a veracidade e validade do resultado (96; 94; 95).

Outras duas vantagens a destacar nesta escala são: a facilidade em ser interpretada e em ser aplicada (quer em ambiente clínico quer em investigação); e a sua capacidade em reconhecer que o comportamento de adesão não é "tudo ou nada", considerando-se assim, e apesar das suas potenciais variações, um instrumento válido de avaliação do grau de adesão à terapêutica na psicose (95; 96).

Escala de Autoavaliação da Ansiedade (ZUNG) (preenchido pelo doente)

Uma escala para a avaliação da ansiedade que esteja corretamente construída permitirá distinguir entre doentes psiquiátricos ansiosos e não ansiosos, entre doentes com ansiedade e indivíduos saudáveis (sem ansiedade) (97).

A intenção do autor foi a de construir um instrumento de medida que incluía os sintomas de ansiedade enquanto pertencentes a uma perturbação psiquiátrica, que quantifique os sintomas, que fosse rápido e simples (98).

As perguntas foram elaboradas de acordo com os relatos dos próprios doentes, tendo sido ordenadas de forma diversa, com algumas questões invertidas (umas sintomatologicamente positivas, outras negativas), e ainda, disponibilizando várias colunas de resposta para cada sintoma (para evitar a sistematização da escolha na coluna central).

A escala de autoavaliação da ansiedade-estado (ver anexo 5) tem 20 questões com cinco opções quantitativas de resposta que descrevem com se sente atualmente: nenhuma ou raras vezes; algumas vezes; agora; uma boa parte do tempo; a maior parte ou totalidade do tempo, contabilizando de um a cinco valores respetivamente, indo de vinte valores a cem valores, em que quanto menos ansiosa estiver a pessoa menor será a pontuação da escala, e vice-versa (97; 93).

Sendo uma escala que assegura boa validade, fidedignidade, e discriminação, quer na versão americana (98), quer na versão portuguesa (97), a escala comporta quatro componentes da ansiedade: cognitivo; vegetativo; motor; sistema nervoso central.

O componente cognitivo é constituído pelos itens 1, 2, 3, 4, e 5, sendo o valor máximo de 25 pontos. O componente vegetativo é constituído pelos itens desde 10 inclusive até 18, com um valor máximo de 45 pontos. O componente motor é constituído pelos itens 6, 7, 8, e 9, com um valor máximo de 20 pontos. Por fim, o componente do sistema nervoso central é constituído por dois itens, o 19 e o 20, com máximo de 10 pontos. Para avaliação os itens invertidos são: 5, 9, 13, 17, e 19 (97).

Os pontos de corte (feitos da pontuação total *bruta*) situam-se no valor 37 para a existência de ansiedade, e valor 40 para ansiedade pertencente a quadro clínico de perturbação (92).

Escala de avaliação da Autoeficácia Geral (EAE) (preenchido pelo doente)

A Autoeficácia (AE) refere-se ao juízo pessoal que os indivíduos fazem acerca de quanto são capazes de organizar e implementar atividades, em situações desconhecidas, passíveis de conter elementos ambíguos, imprevisíveis e geradores de stress. A percepção de eficácia pode ter efeitos diversos no comportamento, nos padrões de pensamento, e nos aspetos emocionais: a percepção de eficácia influencia a escolha das atividades e dos ambientes ou situações; determina quanto esforço o indivíduo vai despende, e durante quanto tempo persistirá perante obstáculos e más experiências; influencia a autopercepção acerca da sua capacidade própria influência; e ainda, influencia os processos de pensamento e as reações emocionais antes e perante as situações (99; 92).

A teoria da aprendizagem social distingue a expectativa de eficácia, da expectativa de resultado. A expectativa de resultado define-se como a estimativa que o indivíduo faz de que determinado comportamento conduz a determinado resultado. A expectativa de eficácia, baseada na teoria de Bandura é a convicção de que ele próprio consegue realizar, com sucesso, o comportamento necessário para produzir tais resultados. A expectativa de resultado e de eficácia diferenciam-se na medida em que os indivíduos podem acreditar que determinada ação conduz a determinado resultado, mas, se tiverem dúvidas acerca da sua capacidade para realizar essa ação, a crença inicial não influencia o seu comportamento.

A escala de avaliação da autoeficácia pretende ser exatamente uma escala que mede a autoeficácia geral, na mesma perspetiva de Bandura, em que defende que algumas experiências desencadeiam um sentido de eficácia mais generalizado que vai bem além da situação específica.

A sua construção baseia-se também no *Self-Efficacy Scale* de Sherer e colaboradores, em 1982, que constitui uma medida de AE geral e que contem dois fatores, a autoeficácia-geral e a autoeficácia-social. Os autores desta escala defendem que, apesar de a AE ter sido conceptualizada como uma crença específica de situação, há evidência que as experiências de mestria ou de domínio pessoal, ao contribuírem para criar expectativas de sucesso em situações específicas, se podem generalizar a outras situações (99; 92).

A escala de avaliação da autoeficácia (ver anexo 6) contém três subescalas, a Iniciação & Persistência (IP), a Eficácia Perante a Adversidade (EPA), e a Eficácia Social (ES). A subescala IP (com seis itens: 1, 5, 6, 7, 14, 15) qualifica a apreciação que o indivíduo faz acerca da sua vontade para iniciar e para completar uma ação; a segunda, EPA (com cinco itens: 2, 4, 8, 9, 12), a vontade para persistir numa atividade perante situações que são adversas; a terceira, ES (com quatro itens: 3, 10, 11, 13), qualifica as suas expectativas perante situações sociais. A subescala Iniciação & Persistência explica 75% da variância do questionário total, e a subescala Eficácia Perante a Adversidade explica 65%.

Cada item pode ser avaliado em escala likert de sete tipos de resposta: discordo bastante, discordo um pouco, não concordo, nem concordo, concordo um pouco, concordo bastante, e concordo totalmente, com valor de um atribuído à primeira opção discordo totalmente, até sete valores atribuído a concordo totalmente, tendo em atenção as exceções para os itens invertidos: 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 14 e 15. A sua pontuação total é de 105 pontos, e não tem ponto de corte, pelo que quanto mais elevado for o valor maior será a autopercepção da eficácia. Apesar de poderem ser interpretadas as subescalas, aqui optou-se por apreciar apenas o valor total obtido.

23 Questões para avaliação da Vulnerabilidade ao Stress (23QVS) (preenchido pelo doente)

As 23 Questões para avaliação da vulnerabilidade ao stress constituem um instrumento de autoavaliação constituído por 23 itens, que se destina a avaliar a vulnerabilidade que um indivíduo tem ao stress, definindo-se como escala unidimensional, capaz de avaliar e de definir a pessoa vulnerável ao stress (ver anexo 7).

Cada questão pode ser respondida em função duma escala likert com cinco classes de resposta: concordo em absoluto, concordo bastante, nem concordo nem concordo, discordo bastante, e discordo em absoluto, com valores entre o zero e quatro, em que quanto mais elevada for a pontuação de cada item, maior é o aspeto negativo da descrição da pessoa. Apresenta também itens invertidos para evitar tendências de resposta, e a sua cotação final é tanto mais elevada consoante maior for a vulnerabilidade ao stress, apresentando um ponto de corte no valor 43, acima do qual se considera que a pessoa é vulnerável ao stress (100).

Os itens invertidos são o 2, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, pelo que são cotados de 4 a 0 respetivamente nas opções de resposta.

Em pormenor, a escala contém sete fatores ortogonais que explicam 57,5% da variância total, são eles: Fator 1 – Perfeccionismo e intolerância à frustração (itens 5, 10, 16, 18, 19 e 23); Fator 2 – Inibição e dependência funcional (itens 1, 2, 9, 12 e 22); Fator 3 – Carência de apoio social (itens 3 e 6); Fator 4 – Condições de vida adversas (itens 4 e 21); Fator 5 – Dramatização da existência – (itens 5, 8 e 20); Fator 6 – Subjugação (itens 11, 13, 14 e 15); e Fator 7 – Deprivação de afeto e rejeição (itens 7, 13 e 17).

As correlações mais elevadas com a nota global sugerem dessa forma um perfil da pessoa vulnerável ao stress, com as seguintes características: pouca capacidade

autoafirmativa, fraca tolerância à frustração, dificuldade em confrontar e resolver os problemas, preocupação excessiva pelos acontecimentos do dia-a-dia e marcada pela emocionalidade.

Os estudos psicométricos da escala revelaram que a escala apresenta níveis adequados de consistência interna, de validade de constructo e de validade discriminativa.

A escala demonstra uma eficácia global de 68,5% (valor obtido através da soma daqueles que classifica adequadamente como doentes e como não doentes dividindo pelo total da amostra), uma sensibilidade de 61,8% (valor obtido da divisão entre os que classifica adequadamente como doentes pelo total de doentes, referindo-se à probabilidade de um doente ser classificado pela escala), e uma especificidade de 71% (valor obtido da divisão entre os que classifica adequadamente como não doentes pelo total de não doentes, referindo-se à capacidade da escala em classificar corretamente um não doente) (100).

Questionário das Situações Sociais (QSS) (preenchido pelo doente)

O foco original interesse dos autores, ao desenvolverem este instrumento, foi a inadequação social, procurando conhecer qual o grau e amplitude da dificuldade nas situações sociais relatada por estudantes, e quais as situações consideradas mais difíceis (101).

Definiram "situação difícil" como aquela que nos faz sentir ansiosos ou desconfortáveis porque não sabemos o que fazer, ou porque nos sentimos assustados, embaraçados, ou constrangido.

As situações não devem ser interpretadas como representando iguais formas de stress, já que algumas são claramente menos exigentes que outras, por exemplo, caminhar ao longo da rua comparativamente a conhecer alguém em profundidade. Foi relatada baixa dificuldade em situações que requeriam apenas um contato superficial ou onde já existiam laços de proximidade, como estar como amigos mais próximos. Maior dificuldade foi relatada relativamente a situações que exigiam um relacionamento complexo, e frequentemente com pessoas de género oposto, e em que ainda não se tinham estabelecido laços de proximidade, constituindo-se como situações onde existiria maior risco pessoal em termos de aceitação/rejeição (101).

No entanto, nesse estudo inicial, a ordem das situações, não foi necessariamente a esperada, pois foram obtidos valores não esperados de dificuldade elevados em certas situações, por exemplo, metade da amostra referiu dificuldade moderada a elevada no começar uma interação social de amizade no primeiro ano do curso, sendo que um ano após, cerca de um terço ainda mantinha este nível de dificuldade.

O questionário das situações sociais (QSS) é um instrumento de autorrelato com duas partes, uma que avalia o grau de dificuldade sentida em 29 situações sociais comuns, numa escala likert de cinco tipos de resposta possível: sem dificuldade, dificuldade ligeira, dificuldade moderada, muita dificuldade, e evita sempre que pode, com valores desde zero até 4 (ver anexo 8). A segunda parte avalia a frequência com que as pessoas se deparam com 21 situações sociais comuns, com diferentes tipos de resposta: todos os dias ou quase todos os dias; pelo menos uma vez por semana; pelo menos uma vez por quinzena; pelo menos uma vez por mês; uma ou duas vezes em três meses; nunca durante três meses; e nunca, pontuando com valores de um até sete respetivamente (102) (ver anexo 9).

É defendido que a escala tem boa fidelidade e validade, quer em amostras saudáveis quer em amostras de doentes (103; 104).

Quanto mais alto for o valor obtido, mais a pessoa é considerada socialmente inadequada ou socialmente ansiosa. Considera-se ainda que, qualquer pessoa que tenha respondido a seis ou mais situações na opção muita dificuldade ou evita sempre que pode, está a enfrentar graves problemas psicossociais (104). Na segunda parte da escala quanto

menor for o valor maior se considera ser a frequência das situações sociais em que a pessoa se envolve.

Escala de Desempenho Pessoal e Social (PSP) (preenchido pelo cuidador/familiar)

O conceito de funcionamento social é um constructo complexo que inclui a capacidade da pessoa desempenhar diferentes papéis sociais, como doméstico/a, trabalhador, estudante, cônjuge, familiar, ou amigo. Além disso, é de crucial importância a satisfação pessoal sentida pela sua habilidade em desempenhar essas diferentes funções, em cuidar de si próprio, e pelo grau de envolvimento em atividades interpessoais de lazer e recreação (105).

Diversos estudos têm sustentado que os sintomas negativos e as dimensões neurocognitivas de atenção, função executiva, memória de trabalho, memória verbal, e velocidade psicomotora, estão comumente ligados a todos os domínios do quotidiano. Por exemplo, a memória verbal parece explicar 40% do funcionamento psicossocial. Parece assim suportar a hipótese de que as variáveis cognitivas são importantes fatores preditivos do funcionamento (105).

A escala de desempenho pessoal e social (PSP) foi originalmente desenvolvida num centro de reabilitação para doentes com esquizofrenia, sendo uma escala de aplicação rápida, com quatro domínios, e um item único com um máximo de 100 pontos, subdividido em intervalos iguais. Os quatro domínios que avaliam o funcionamento do doente são: a) atividades socialmente úteis incluindo trabalho e estudo; b) relações pessoais e sociais; c) autocuidado; d) comportamento perturbador e agressivo (ver anexo 10) (106; 105).

É uma escala que parece oferecer vantagens em relação aos demais instrumentos de avaliação do funcionamento social, por não confundir sintomatologia com funcionamento, por ter operacionalização específica dos domínios, e por ter um valor global e da mesma forma detalhes do funcionamento de cada um dos diferentes domínios.

É de fácil compreensão e utilização, requerendo apenas treino reduzido para a sua aplicação, o que a predispõe para uma potencial utilização no quotidiano da prática clínica.

Tem sido utilizada em ensaios clínicos controlados, e tem sido proposta como sendo particularmente adequada para avaliar os resultados em funcionamento social em ensaios de fármacos antipsicóticos (105).

O estudo da versão portuguesa assegura que é um instrumento com fidelidade e validade para avaliar o funcionamento social dos doentes com esquizofrenia, independentemente da severidade dos sintomas ou do setting (hospital ou comunidade) onde se encontra o doente, continua a considerar-se um instrumento rápido, confiável e válida para avaliar o funcionamento pessoal e social, na clínica e na investigação (105).

Cada domínio é avaliado numa escala de gravidade com seis pontos: ausente, ligeiro, manifesto, marcado, grave, e muito grave, de acordo com definições operacionais específicas. O entrevistador atribui a pontuação global em consonância com a avaliação de cada domínio, baseado na entrevista ao doente, e noutras fontes válidas (cuidador formal, ou cuidador informal) (106; 107).

Apesar de não ter ponto de corte, habitualmente considera-se uma divisão de três níveis na pontuação global: 71-100 = representa sem dificuldades ou dificuldades de funcionamento leves; 31-70 = representa diferentes graus de dificuldade; 0-30 = representa um funcionamento pobre, implicando que o doente necessita de suporte intensivo, diferenciado e supervisão para assegurar o seu funcionamento (105; 107; 108). Pode-se ainda considerar dois grandes grupos apreciação do funcionamento, nomeadamente os doentes de elevado funcionamento (PSP com valores >70) e os doentes com baixo funcionamento (PSP com valores <70) (105).

Dados demográficos (preenchido pelo investigador)

Esta ficha regista os dados típicos relacionados com os dados de padrão social, em termos de género, estado civil, regime de habitação, habilitações, emprego/trabalho, anos de doença, necessidades sentidas de ajuda, e ajudas mais recentes, de modo a melhor poder descrever a amostra populacional em estudo (ver anexo 11).

Autorização da Comissão de Ética

Os diversos contatos necessários para realizar o trabalho de investigação no campo da clínica foram efetuados a diversas pessoas, quer de forma informal quer de forma formal. De forma formal, referir a Dr.^a Maria Luísa Oliveira Rosa, Diretora Clínica do Hospital Dia e da Clínica Masculina da Unidade Sobral Cid, do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra (CHPC) (devo destacar a excelente cooperação e simpatia na receção do pedido e nas diversas sugestões e orientações disponibilizadas para o investigador e para o trabalho) (ver anexo n.º 12), o Dr. Fernando José Ramos Lopes de Almeida, Presidente do Conselho de Administração do CHPC, e o Dr. António José Pires Preto, Diretor Clínico do CHPC. De forma informal, diversos Enfermeiros responsáveis dos serviços de internamento da Unidade Sobral Cid, e diversos Enfermeiros da Equipa desses serviços. O contato com os doentes apenas foi iniciado após receção da aprovação do estudo pela comissão de ética do CHPC, recebida via email (ver anexo 13).

Consentimento Informado (preenchido pelo doente)

O respeito pela reserva da vida privada de cada participante, à luz do Código Deontológico do Enfermeiro (109), é garantido pela postura e comportamento ético dos autores deste trabalho, sendo expresso em documento escrito, intitulado "Protocolo de Consentimento" (ver anexo n.º 14), no qual o doente foi convidado a inscrever a sua assinatura, após as explicações devidas acerca da sua participação na formação e no trabalho de investigação, e no qual se assegura a liberdade de decisão, a participação no programa de formação, a reserva da sua identificação, e a utilização exclusiva dos dados em trabalho de investigação.

Tipo de análise dos dados

Os dados das escalas foram inseridos na base de dados do PASW – Predictive Analytics SoftWare V19 para proceder ao tratamento de estatística descritiva e inferencial.

Nos procedimentos da estatística descritiva utilizamos para descrever e comparar as medidas de tendência central (Média e Mediana) e as medidas de dispersão (Desvio Padrão, Quartis).

Da avaliação da adesão à normalidade da distribuição das variáveis dependentes na população com o teste Shapiro-Wilk, observamos que a maioria das variáveis não segue uma distribuição normal na população.

Dado também o tamanho dos grupos 15 participantes (GE) + 13 participantes (GC), 28 no total da amostra, nos procedimentos de estatística inferencial utilizamos os seguintes testes estatísticos não paramétricos: teste U de Mann-Whitney, teste Friedman, e o teste Qui-quadrado para aferição de proporções no sentido de avaliar a homogeneidade dos grupos em relação às variáveis demográficas.

Programa de formação de generalização de habilidades de conversação em doentes com esquizofrenia

A formação de generalização de habilidades de conversação em adultos com esquizofrenia entende-se aqui como um procedimento de formação e aprendizagem da generalização de novas habilidades (no caso destas não existirem no repertório comportamental da pessoa e/ou ainda, que as experiências anteriores de aprendizagem tenham resultado inadequadas).

O desenho original deste programa de formação foi profundamente baseado em três obras cruciais do trabalho clínico e pedagógico nas habilidades sociais: o *Treino de Habilidades Sociais Aplicado a Doentes com Esquizofrenia*, de Coelho & Palha publicado em 2006 (47), o *Social Skills Training for Schizophrenia: A Step-by-Step Guide*, de Bellack e colaboradores Mueser, Gingerich & Agresta publicado em 2004 (110), e o *Manual de Evaluación y Entrenamiento de las Habilidades Sociales*, de Caballo publicado em 2009 (91).

Apresenta-se nas seguintes páginas, o texto organizado que constituiu o que se designou de "Manual do Terapeuta".

O manual do terapeuta teve como finalidade a continuidade da intervenção com impacto na comunicação eficiente das necessidades e sentimentos, numa forma socialmente aceitável e construtiva, facilitando a passagem do ambiente controlado, previsível e seguro da clínica hospitalar, para o ambiente imprevisível da comunidade.

Princípios das Sessões de Treino

- A) Estratégias de Ensino/Aprendizagem
- B) Estratégia de operacionalização e gestão das sessões
- C) Desenho das sessões da Formação de generalização de habilidades de conversação (PFGHC)

A) Estratégias de Ensino e Aprendizagem

- A. O grupo experimental participou na formação/aprendizagem da generalização de habilidades de conversação, mais especificamente no desenvolvimento e utilização de habilidades de iniciar, manter e terminar uma conversação, tendo como finalidade o proporcionar a todos os participantes uma mesma oportunidade e possibilidade de praticar as competências alvo da sessão, bem como beneficiar por ter vários modelos para observar. O grupo de controlo continuou a sua vida no hospital e/ou na comunidade como habitual, dentro do atendimento de serviços de saúde que lhe são fornecidos habitualmente.
- B. Constituição dos grupos: Grupo Experimental (GE) entre 4 (no mínimo) e 10 doentes (no máximo), e Grupo de Controlo (GC) com igual ou semelhante número de doentes. Caso o/os doentes tenham alta clínica, podem e devem manter-se a realizar o programa de formação, e mantendo-se como participantes no programa de formação até à avaliação de follow-up.
- C. A formação foi focada no sentido da generalização das aprendizagens/habilidades, em seis contextos/habilidades diferentes:
 - (1) Observar, ouvir falar e comunicação não-verbal;
 - (2) Escuta ativa e comentários de escuta;
 - (3) Falar de um tema (iniciar e manter uma conversa);
 - (4) Terminar uma conversa;
 - (5) Falar ao telefone;
 - (6) Falar com um estranho ("não conhecido").

D. O programa de formação teve 12 sessões (acrescentando mais 3 sessões de avaliação), com frequência de duas sessões diárias, em 6 dias consecutivos, cada sessão com o seguinte desenho: 20 a 30 minutos, com intervalo sempre que necessário, e continuação de mais 10-15 minutos, quando o ambiente e a disponibilidade dos participantes demonstravam ser possível). Perfazendo um total de cerca de 8 horas de formação (se o grupo, em média, for constituído por 8 participantes, daria uma exposição social específica por sessão, estimada em 5 minutos para cada formando).

O horário das sessões foi adequado ao funcionamento do internamento, em ligação com o Chefe de Enfermagem e os Enfermeiros do Serviço, Estudantes de Enfermagem, e com os Médicos, e após alguma observação e debate, estabeleceu-se como melhor horário, a sessão de manhã a decorrer num momento entre as 10h e as 12h, e a sessão da tarde a decorrer num momento entre as 17h30 e as 19h.

Para operacionalizar a realização da intervenção quer para a concretizar foi necessário constituir três grupos experimentais (como referido anteriormente) de modo a aproveitar a oportunidade da condição clínica do conjunto de doentes disponíveis e interessados. Assim o primeiro GE realizou-se de 11 a 18 de Dezembro de 2011, sendo o primeiro dia a sessão de avaliação T1 (ver exemplo no quadro seguinte, sendo que em todos os GE se procedeu da mesma forma como descrito, i.e., sessões consecutivas e bi-diárias), o segundo GE de 8 a 15 de janeiro de 2012, e o terceiro GE de 19 a 26 de Fevereiro de 2012

Mês	Dezembro 2011	»	»	»	»	»	»	»
Dia	12	13	14	15	16	17	18	...
Dia da semana	2ªf	3ªf	4ªf	5ªf	6ªf	Sábado	Domingo	...
Sessão Avaliação T1	Sessão 1	Sessão 3	Sessão 5	Sessão 7	Sessão 9	Sessão 11	Sessão Avaliação T2	Sessão Avaliação T3 (Follow-up)
Decorreu ao longo do dia	10h30-11h30	10h30-11h30	10h30-11h30	10h30-11h30	10h30-11h30	10h30-11h30	Decorreu ao longo do dia	Em várias horas do dia
Avaliação inicial	Observação, ouvir falar, Comunicação não-verbal	Escuta ativa	Falar	Terminar de falar	Falar ao telefone	Falar com desconhecido	Conclusão & Avaliação & Certificado	Follow-up
	Sessão 2	Sessão 4	Sessão 6	Sessão 8	Sessão 10	Sessão 12		
	17h30-18h30	17h30-18h30	17h30-18h30	17h30-18h30	17h30-18h30	17h30-18h30		
	Observação, ouvir falar, Comunicação não-verbal TPC	Escuta ativa TPC	Falar TPC	Terminar de falar TPC	Falar ao telefone TPC	Falar com desconhecido TPC		

E. Cada sessão teve o seguinte modelo de desenvolvimento: Introdução com instruções; desenvolvimento com modelagem/moldagem, e sempre com reforço positivo; Após cada sessão (da manhã) sobre uma determinada habilidade, realizou-se sempre uma sessão (da tarde) baseada no "trabalho de casa" (TPC) desenvolvido por cada doente, sobre esse mesmo tema:

(1) Introdução/Fundamentação:

Estabelecer uma fundamentação/justificação para a habilidade numa pequena síntese do terapeuta (sublinhando a utilidade). Pode-se utilizar o brainstorming.

(2) Instruções:

Debater os passos de execução da habilidade (i.e. decompor a habilidade em etapas mais simples), focando no desempenho e melhoria de cada um desses passos de cada vez.

(3) Modelagem e Moldagem:

Modelagem da habilidade e revisão com todo o grupo desse role-play.

Envolvimento de cada um dos participantes nos role-play, de modo a que todos se familiarizarem com a habilidade.

A escolha do participante foi direta, evitando o "incómodo" e provável dificuldade de decisão.

Nos role-play o terapeuta indicava para começar a sessão, sempre pelos participantes mais hábeis, i.e., aqueles com maior probabilidade de executar corretamente, servido para o seu momento de role-play, e também como modelos para os outros participantes.

Apesar da escolha inicial pelo participante aparentemente mais hábil, também se teve em consideração que a "vida" em grupo não tem necessariamente ordens pré-estabelecidas, e ao longo da formação, começar sempre pelo mesmo participante pode confundir ou dar erradas interpretações sobre o papel igual que cada um e todos os participantes têm no grupo.

(4) Reforço:

Proporcionar o feedback positivo:

- i. Foi sempre utilizado logo após o desempenho do role-play.
- ii. Apenas sobre os aspetos específicos demonstrados corretos.
- iii. Algo de verdadeiramente correto e positivo deve ser encontrado e reforçado, mesmo nos comportamentos mais empobrecidos.
- iv. O feedback foi dado pelo terapeuta, e também pelos pares. Nesse sentido, utilizava-se sempre que necessário, o questionamento do "público" no sentido de se manifestar sobre, por exemplo: "o que gostou mais no comportamento do participante A?" "que etapas do comportamento que estamos a debater viu no comportamento de A?"
- v. Nesta fase de trabalho, o feedback será sempre positivo (evitando e eliminando qualquer feedback negativo). Com o continuar da formação, os grupos de participantes descobrem que o feedback positivo vem sempre antes do feedback corretivo.
- vi. Assim, além do foco no reforço positivo, foi dado o feedback específico, pois pretendia-se que existissem mudanças de comportamento, atribuindo o feedback corretivo no sentido da melhoria.

(5) Feedback corretivo (*Coaching*):

Após o feedback positivo, ficava "aberto" o caminho para o feedback corretivo. Este feedback deve ser breve, sem crítica, focado, e dirigido no máximo a comportamentos específicos. A finalidade foi identificar os aspetos mais cruciais a mudar na interação acabada de realizar, perspetivando a mudança melhorando o desempenho global do participante. Não se enumerava uma lista interminável de

problemas no comportamento demonstrado no role-play, mas tão só um ou dois desses aspetos a melhorar (que se consideraram cruciais para o comportamento correto).

(6) Trabalho Para Casa (TPC):

No final de cada sessão (da manhã), o terapeuta "atribuiu" o trabalho para casa a cada participante (i.e. interagindo com os sujeitos no ambiente em que se encontram (internamento, instituição, comunidade, "em casa", ...)).

Serve para o participante experimentar as habilidades aprendidas aumentando as possibilidades de transferência das aprendizagens.

Perspetivando-se a capacitação dos participantes em executarem as habilidades aprendidas fora do ambiente protegido (onde só se permitem e estimulam os comentários construtivos e feedback positivo) para o ambiente para o ambiente complexo da sua comunidade natural, de modo a incrementar na realidade das pessoas, as suas habilidades, funcionalidades e satisfação.

Considerou-se fundamental que o participante entendesse o fundamento da habilidade "treinar em casa", devendo a explicação ser clara e direta, por exemplo: *"Agora que já tivemos a oportunidade de praticar esta habilidade aqui no grupo, para continuarmos a desenvolver estas nossas habilidades, é muito importante tentar fazê-las em "casa", no nosso dia-a-dia. Por isso, era muito útil para nós, que tragam um relatório sobre quais os componentes de habilidades das vossas situações e qual o sucesso que tiveram, e quais os problemas"*.

O trabalho de casa atribuído deve ser descrito da forma mais clara e específica possível, e dentro das habilidades possíveis do participante, e individualizado de modo a ser possível realizá-lo no âmbito das experiências pessoais e sociais possíveis desse participante.

Diretivas utilizadas nos TPC:

- i. A tarefa deve elaborar-se e acordar-se com o participante;
- ii. As instruções das tarefas para casa devem ser detalhadas;
- iii. A tarefa deve ter uma elevada probabilidade de êxito;
- iv. É útil que a tarefa a realizar seja registada numa ficha ou livro de notas;
- v. É pertinente que se peça ao participante que faça um registo escrito do acontecido, indicando o que aconteceu, quando, qual o êxito percebido, e o grau de ansiedade ou dificuldades experimentadas. Este registo além da finalidade do registo em si mesmo, tem ainda como valor acrescentado do lembrar da tarefa, do vigiar o próprio comportamento, e do proporcionar informação o mais factual possível sobre a qual se podem trabalhar feedback's e reforços.
- vi. Existiu uma ficha padrão para cada participante levar e registar os dados.

(7) Revisão e análise do TPC:

Todas as sessões da tarde, a segunda sessão de cada tema, abordaram exclusivamente o trabalho de casa, planeado e estimulado na sessão anterior. O trabalho genérico gerido nestas sessões enquadrou-se em diversas finalidades:

- Informa se os participantes foram capazes de realizar a habilidade em situações adequadas a esse efeito;
- Informa qual o tipo de sucesso que teve na realização dessa habilidade;
- Ajuda a definir e estabelecer situações reais que podem servir de modelos/exemplo nesta e em próximas sessões;
- Revê a situação vivida em síntese, sem detalhes excessivos, focada nas habilidades a treinar;

- Permite de forma dirigida e pormenorizada a atribuição de feedback positivo, e corretivo, ao desempenho dos componentes da habilidade;
 - No caso de insucesso no desempenho da habilidade, organiza-se uma discussão sobre estratégias alternativas que poderiam ter sido utilizadas para atingir o objetivo da sessão.
- F. As sessões (do grupo experimental) desenvolveram-se em role-play terapeuta-doente, e doente-doente, tendo sido focadas na dinâmica e flexibilidade consoante o grau de desempenho demonstrado na temática em formação, e sensíveis ao ambiente pessoal e social do participante.
- G. Todas as sessões foram sempre conduzidas pelo mesmo terapeuta (eu enquanto Investigador e Enfermeiro) e pelo mesmo grupo de coterapeutas (os estudantes de licenciatura em Enfermagem, do 4º ano, finalistas, sob a minha responsabilidade em ensino clínico), baseadas intrinsecamente na relação de confiança desenvolvida com cada doente (no âmbito do plano de cuidados de enfermagem estabelecido, em particular nas diversas entrevistas e outras intervenções de enfermagem planeadas ao longo do internamento).
- H. Os temas e assuntos abordados em cada uma das sessões foram sempre provenientes dos participantes, com a devida filtragem do terapeuta (evitando episódios clínicos da doença).
- I. Todos os exercícios desenvolvidos em cada sessão contaram também como estratégia potenciadora da atenção e da memória de trabalho, com uma ficha de exercício (em página A4) para cada participante, onde de forma explícita e sintética estava escrito o exercício a trabalhar nessa sessão.
- J. Num momento intermédio das sessões formação, quer num momento de maior desconcentração dos participantes, quer num momento de maior "cansaço" dos participantes, utilizaram-se como reforçadores circunstanciais, *snacks* de chocolate e rebuçados.
- K. Equacionou-se a aquisição de bilhetes de autocarro para os participantes se deslocarem para a formação, como incentivo à continuidade da participação, se tivessem alta clínica com o programa ainda a decorrer, mas tal não aconteceu.

Estratégias de aprendizagem utilizadas nas sessões de formação:

- MODELAGEM (*MODELING*);
- MOLDAGEM (*SHAPING*);
- APRENDIZAGEM AUTOMATIZADA (*OVERLEARNING*);
- MODELAGEM SUPLEMENTAR (*ADDITIONAL MODELING*);
- REFORÇO (*REINFORCEMENT*);
- FEEDBACK CORRETIVO (*COACHING*);
- GENERALIZAÇÃO (*GENERALIZATION*).

Modelagem (*Modeling*)

Processo de aprendizagem por observação, em que a pessoa aprende uma nova habilidade social através da observação de outra que está a executar essa habilidade.

O terapeuta desempenha o papel de modelo em habilidades sociais específicas, estimulando diretamente a atenção dos participantes para o processo de execução da habilidade e para as etapas específicas da sua consecução e completação.

A força desta estratégia reside na abordagem comportamental, já que alguns participantes têm dificuldade em mudar apenas baseados no feedback verbal (cognição e afetividade) mas são capazes de mudar o seu comportamento depois de observarem os outros a fazer as suas habilidades.

Aspetos fundamentais na utilização do JOGO DE PAPÉIS (*ROLE-PLAY*)

1. A atenção é necessária para a aprendizagem. Na modelagem o participante aprende de forma vicariante (ou seja, *algo que substitui o outro*) através da observação e da escuta (ativa), tendo que saber com antecedência a que comportamento deve prestar atenção.

Pode ser útil a discussão em grupo "à volta" do que fez o modelo e que deu como resultado uma resposta especialmente hábil e/ou que o terapeuta sublinhe algumas destas respostas positivas.

2. A modelagem tem mais influência quando o participante/observador considera o comportamento do modelo como desejável e quando esse comportamento tem consequências positivas.

O participante recordará melhor as respostas se tiver uma oportunidade para praticar o que observou no comportamento do modelo.

3. É importante que o participante não interprete o comportamento feito na modelagem como a única forma de abordar aquela situação em particular.

Moldagem (*Shaping*)

É o processo de reforço de etapas sucessivas em direção a uma meta desejada. A maioria das habilidades ensinadas em formação em habilidades sociais são demasiado complexas e difíceis para os doentes as aprenderem numa só tentativa.

Se as habilidades complexas forem decompostas nos seus componentes ou etapas, e ensinadas ao longo de diversas tentativas, poderemos conseguir moldar as habilidades sociais efetivas.

Sendo o progresso destes doentes com esquizofrenia algo lento e por melhorias muito pequenas, exigirá que o terapeuta seja particularmente atento a mudanças pequenas ou até insignificantes no comportamento do doente.

Adotando uma atitude terapêutica de moldagem, o terapeuta de habilidades sociais perspetiva que as mudanças de comportamento social ocorrem gradualmente ao longo do tempo, suportadas pelo amplo reforço em cada etapa pelo seu desenrolar.

Aprendizagem automatizada (*Overlearning*)

É o processo de repetição da execução da habilidade até que se torna uma habilidade automática.

Na formação em habilidades sociais os participantes repetem diversas vezes a habilidade a aprender, quer no grupo de formação quer fora do grupo, e nos TPC.

Como se reconhece que a familiaridade com determinado comportamento, não aguenta por si só a aprendizagem, aqui o objetivo do terapeuta é disponibilizar o máximo de oportunidades para realizar a habilidade, de modo a que esta se torne intuitiva e apropriada pelo doente.

Modelagem suplementar (*Additional modeling*)

A modelagem é uma das mais fortes ferramentas disponíveis para os terapeutas.

Além do desempenho individual do terapeuta na modelagem, também poderá dirigir o grupo para a modelagem suplementar. Esta modelagem suplementar é habitualmente utilizada quando as instruções verbais, por si só, não conduziram a nenhum resultado esperado e correto. Assim em vez de repetir as instruções a esse participante, escolhe-se outro participante, de modo a que este (mais hábil) execute o comportamento esperado (no papel do primeiro participante). O primeiro participante é convidado a estar atento aos componentes específicos da habilidade que vão ser demonstrados pelo seu par.

(Ao participante selecionado em segunda opção, é-lhe explicado que vai desempenhar o papel como se fosse o outro colega de grupo de formação.

No fim do role-play é atribuído feedback positivo e corretivo, como habitualmente.

Reforço (*Reinforcement*)

Processo de discriminação das consequências de determinado comportamento, podendo ser positivo ou negativo, tendo como finalidade o aumento da probabilidade do comportamento alvo do reforço ocorrer novamente.

Reforço positivo envolve a atribuição de algo que é valorizado ou desejado (elogios verbais, dinheiro, alimentos, ...).

Reforço negativo envolve a retirada ou redução de algum ou alguns estímulos desagradáveis (como o criticismo, ansiedade), imediatamente após o comportamento.

O reforço positivo na forma de elogio verbal, na PFGHC, é utilizado pelo terapeuta para reforçar quer o empenho no grupo, quer o desempenho em componentes específicos da habilidade.

O elevado nível de reforço positivo e o rigoroso evitamento do descrédito ou criticismo torna a experiência de participar no grupo numa experiência de aprendizagem e desenvolvimento agradável e não ameaçadora.

Também se podem instruir os participantes para se auto-recompensarem, i.e., que digam/façam a si próprios algo agradável, sempre que praticarem corretamente novas habilidades.

Feedback Corretivo (Coaching)

É uma estratégia que se refere à utilização de pistas verbais dirigidas a um participante durante o role-play para que realize componentes específicos da habilidade. Mais do que as instruções verbais que indicam ao participante como deve desempenhar o seu papel, acresce a utilização de pistas/ajudas verbais durante a execução do role-play de acordo com a necessidade. É assim uma função semelhante ao "ponto do teatro", em que de forma algo espontânea e sintonizada com o participante, o terapeuta ajuda na execução do papel.

A finalidade é permitir que o participante atinja com sucesso o desempenho completo do role-play, e na execução seguinte consiga realizar o seu papel sem coaching ou com menos quantidade deste tipo de ajuda.

Generalização (Generalization)

É o processo de transferência de habilidades aprendidas num ambiente e circunstância, para outro ambiente.

Podem utilizar-se dois métodos:

- (1) Depois da habilidade ensinada, são atribuídos trabalhos de casa aos participantes, para exercitarem a habilidade fora do grupo, no seu ambiente natural. Estes trabalhos de casa são revistos na sessão seguinte de formação.
- (2) Os participantes poderão ser solicitados/alertados para usar as habilidades em foco. Esta abordagem de *solicitação no real* para componentes específicos poderá decorrer em contexto com outras atividades no "exterior".

B) Estratégia de operacionalização, motivação e gestão das sessões

A implementação na prática clínica da Programa de formação de generalização de habilidades de conversação exige a relação de confiança profissional entre terapeuta e doente. Hildegard Peplau no seu paradigma de relação interpessoal disponibiliza o ambiente teórico adequado à implementação deste programa de formação, em que processo interpessoal terapêutico da relação terapeuta-doente, visa o crescimento e amadurecimento mútuo.

Esta metodologia de intervenção implementou-se com a utilização de formadores próximos dos doentes, com base na confiança estabelecida de mim e de cada estudante de Enfermagem com cada doente (com quem também desenvolveram, o estudo de caso clínico em enfermagem, e atividades de ocupação terapêutica) com suporte conceptual e pragmático da relação interpessoal de Peplau (89; 88) através das suas fases de orientação, de identificação, de exploração e de resolução

A fase Orientação, é uma fase equivalente à colheita de dados do processo de enfermagem, em que em conjunto, enfermeiro e doente clarificam e recolhem informações pertinentes, perspectivadas em conjunto com a equipa multidisciplinar, e com o doente.

Na fase de identificação, espera-se que o doente se identifique com quem o pode ajudar, e comece a responder seletivamente às pessoas que lhe oferecem a ajuda de que ele necessita. Nesta fase poderemos ter três formas de participação do doente: desenvolvendo ações de carácter participativo e interdependente com a enfermeira; isolando-se e assumindo uma atitude de independência em relação à enfermeira ou adotando uma postura individual de abandono, e de dependência em relação ao enfermeiro.

A fase nomeada Exploração corresponde à exploração da relação ao máximo, para obter os melhores benefícios possíveis. Espera-se que o doente faça pleno uso dos serviços/atividades que lhe são oferecidos. A atuação do enfermeiro é a de continuar a

promover a satisfação/autonomia do doente em relação às suas necessidades à medida que elas surgem/são manifestas.

À medida que avança na recuperação/capacitação, deverão ser estabelecidas novas metas/objetivos, no intuito de diminuir gradativamente a identificação e dependência do doente para com a pessoa que lhe prestou a ajuda.

Por fim, perspectiva-se a fase de Resolução, caracterizada especificamente pelo fenómeno psicológico em que o doente abandona os laços estabelecidos com o Enfermeiro, e se prepara para regressar para casa.

Idealmente, a expectativa seria que esta fase coincidissem com a resolução do/s seu/s problema/s clínico/s, o que em muitos casos não acontece, pois o doente "mesmo recuperado" poderá não apresentar um desejo real/concreto de "resolver" a sua doença/perturbação/défice de resposta humana

Para que a fase de resolução aconteça da forma mais bem sucedida, é fundamental o decorrer da liberação gradual da identificação com as pessoas que prestaram ajuda e concomitantemente da construção e fortalecimento da sua capacidade de agir por si mesmo

Esta fase de resolução poderá terminar de diversas maneiras: os objetivos mutuamente acordados foram atingidos; o doente pode ter alta do hospital; o doente pode expressar raiva e hostilidade (de forma aberta ou encoberta) através de atrasos, faltas, ou discursos superficial; o doente pode encarar o final como uma rejeição pessoal, reforçando negativamente a autoestima e o autoconceito; o doente pode regredir no padrão comportamental, na expectativa de convencer que ainda precisa de ajuda.

Estas/es estudantes de licenciatura em Enfermagem, do 4º ano, finalistas, enquanto coterapeutas, receberam formação da minha responsabilidade durante 8 horas específicas, em dois dias, para e sobre este plano de formação. Além disso, realizamos no desenvolvimento do plano de Atividades de Ocupação Terapêutica desenvolvido no Ensino Clínico, duas sessões de teste-aprendizagem com um grupo de participantes semelhantes ao do estudo de modo a aferir práticas e orientações.

A participação deste coterapeutas foi determinante, dentro das sessões e no intervalo de tempo entre sessões do mesmo dia (conseguiu-se durante os 6 dias em que decorreu a formação de cada grupo experimental, programar turnos desses estudantes em todas as Manhãs e Tardes desses 6 dias), essencialmente para garantir um estímulo algo constante da memória dos participantes, da motivação e da resiliência do participante garantindo ligação e concretização do desafio/tarefa do TPC negociado na sessão da manhã.

A independência relativa dos participantes foi apreciada no enquadramento da motivação expressa, definida como o esforço ou energia que a pessoa está disposta a despendar para realizar uma tarefa.

Nesta motivação distinguem-se 4 níveis: Ausência total de motivação; A motivação é suscitada pela equipa prestadora de cuidados. Pode durar um determinado tempo, mas depois esbate-se; A motivação é originada pelo medo. Geralmente mantêm-se presente enquanto o perigo de uma doença séria ou de uma complicação está eminente; A motivação é intrínseca, sendo por isso a que advém da própria pessoa, da sua convicção para agir. Considera-se a única que é realmente durável (111).

Neste sentido cultivou-se o incremento da motivação intrínseca através de relação interpessoal, de comunicação pedagógica, e de esclarecimento e apreciação dos aspetos positivos da vida, da ligação aos seus próximos, ou pela busca de um ideal.

Inclui-se também na gestão da participação nas sessões aspetos pragmáticos que influenciam esta motivação intrínseca (111), nomeadamente, a importância que a pessoa atribui ao objetivo final, o seu interesse pela tarefa a realizar, e a amplitude dessa tarefa.

C) Desenho das sessões da Formação de generalização de habilidades de conversação (PFGHC)

Sessão Avaliação T1: Introdução & Avaliação inicial
1ª Sessão: Observar, ouvir falar e comunicação não-verbal
2ª Sessão: TPC (Trabalho para Casa) de Observar, ouvir falar e comunicação não-verbal
3ª Sessão: Escuta ativa e comentários de escuta
4ª Sessão: TPC de Escuta ativa e comentários de escuta
5ª Sessão: Falar de um tema (iniciar e manter uma conversa)
6ª Sessão: TPC de Falar de um tema (iniciar e manter uma conversa)
7ª Sessão: Terminar uma conversa
8ª Sessão: TPC de Terminar uma conversa
9ª Sessão: Falar ao telefone
10ª Sessão: TPC de Falar ao telefone
11ª Sessão: Falar com um estranho ("não conhecido")
12ª Sessão: TPC de Falar com um estranho ("não conhecido")
Sessão Avaliação T2: Conclusão & Avaliação & Certificado
Sessão Avaliação T3: Avaliação Follow-up

Sessão avaliação.1: introdução & avaliação inicial

Objetivos específicos:

- Apresentação breve e sumária do/s participante/s e do/s terapeuta/s.
- Explicação do interesse da formação de generalização de habilidades de conversação (com apresentação do programa) e sobre aquilo que se espera dos participantes.
- Audição das opiniões dos participantes relativamente ao programa apresentado.
- Debate sobre a atividade, profissão, e interesses de cada participante.
- Estabelecer acordo com os horários das sessões de PFGHC.

Tempo previsto: 30 minutos.

[*Estratégia suplementar de aquecimento:* Formam-se pares (aleatórios ou à escolha). Estes conversam entre si durante 10 minutos (5 minutos para cada participante) para cada um falar de si próprio ao outro, de modo a poder apresentar ao grupo uma sinopse de apresentação do outro incluindo 3 adjetivos que melhor o descrevem, e 3 pontos fortes com que se autoidentifica].

Desenvolvimento:

- Aplicação dos instrumentos de avaliação para registo dos dados iniciais.
- Tempo previsto: Decorre ao longo dos dois turnos consecutivos de Manhã e Tarde. Tempo específico previsto: 30 minutos.

1ª Sessão: observar, ouvir falar e comunicação não-verbal

Enquadramento:

Na nossa vida pessoal e social estamos muitas vezes em sítios onde não estamos com necessidade, nem com vontade de falar com alguém, como na paragem do autocarro ou na sala de estar do centro de saúde. No entanto, podemos e devemos estar atentos a tudo o que nos rodeia, nomeadamente as pessoas à volta, quem são? o que fazem? O que dizem, ..., como é a sala onde estamos, como é o autocarro, o comboio, ou carro onde viajamos, as cores, as formas, os avisos e pósteres afixados, as televisões ou rádios ligados, ...

Estar atento a todos estes acontecimentos que nos rodeiam dá-nos muitas informações que precisamos de utilizar quando falamos com os outros, e que precisamos para nossa satisfação e bem-estar, e para nossa informação e cultura geral.

Nas habilidades sociais, uma pessoa hábil na conversação precisa ser um correto observador das pessoas. Uma má ou incorreta observação pode levar-nos a provocar desentendimentos, a fazer coisas erradas, a aborrecer as pessoas e a ser aborrecido por elas.

Por isto treinar a observação é uma fase fundamental desta formação de generalização de habilidades de conversação.

Os exercícios destas sessões permitem-nos tomar consciência de que é importante ter informação, não só acerca dos factos, mas também dos sentimentos e atitudes das pessoas na interação social.

Para detetarmos os factos, os sentimentos, e as atitudes das pessoas, temos de saber o que é que elas estão a sentir e no que acreditam.

Ao observarmos as pessoas, em particular as que se encontram perto de nós (desde junto de nós até cerca de 3 a 4 metros de distância) podemos apreciar a postura, as expressões da face, as expressões dos olhos, os movimentos que fazem, a forma como se vestem, como gesticulam os braços (linguagem não-verbal), e ainda ouvir o que estão a dizer e para quem o dizem.

Este treino da observação permite adquirir prática na observação espontânea do que os outros fazem, permitindo a confirmação das nossas impressões acerca dos que nos rodeiam e iniciar a interação de forma adequada.

Objetivos específicos:

- Conhecer os sinais sociais
- Perceber o impacto dos sinais sociais no relacionamento com os outros (role-play)

Tempo previsto: 20+20 minutos

Desenvolvimento:

Utiliza-se a ficha de apoio 1: comunicação não-verbal (e verbal) (ver Anexo 15)

Exercício 1

Após ser explicada a importância dos sinais sociais gerais e do treino de observação, o terapeuta dá um exemplo de uma situação social, por exemplo, comprar pão, ou falar com um colega do grupo antes de começar a sessão), pedindo em seguida, aos participantes, para darem exemplos deste tipo de situações concretas, em alternativa também se pode pedir aos participantes que descrevam uma dificuldade sentida, numa situação social recente (por exemplo, não saber falar com alguém, ter dificuldade em negar um pedido).

Considerações especiais: Pede-se a clarificação, a mais concreta possível, do acontecimento, operacionalizando-o em elementos parciais (que se podem escrever no quadro?) para melhor se trabalharem as habilidades envolvidas em cada momento.

(pode ser natural que inicialmente os participantes tenham dificuldade em recordar e descrever as situações com tanto pormenor, sendo a expectativa de que melhorem à medida que a formação decorre.

Exercício 2

Na sequência do exercício 1, e depois de todos os participantes terem enunciado a sua "situação social", seguimos agora para uma exploração mais pormenorizada das situações já debatidas.

Pede-se aos participantes que descrevam em pormenor a situação social específica referida no exercício 1, partindo do geral para o específico, nomeadamente:

- Foco no contexto:
 - Hora e dia da ocorrência
 - Local (ex: cidade, rua, loja, hospital, ...)
 - Tipo de situação (ex: compras, conversa informal no café, andar no autocarro, ...)
 - Condições físicas (ex: como era o local, luminosidade, sons, ...)
- Foco nas pessoas (relevantes para a situação):
 - Quais e quantas as pessoas envolvidas (i.e., quantas estão sentadas perto de si; quantas estão a falar; quantas estão apenas a ouvir; quantas não falam com ninguém; quantas parecem interessadas nas conversas; quantas tem a face satisfeita; ...)
 - Características das pessoas: que papel (grau familiar, patrão, colega, funcionário, profissional de saúde, ...), nome, idade, género, aparência, ...
- Foco do acontecimento propriamente dito:
 - Quais as ações (i.e. o que se fez)
 - Quais as conversas (i.e. o que foi dito, pelo próprio e pelos outros intervenientes na interação)

[*Reflexão suplementar:* Depois da situação devidamente descrita e compreendida em todas as vertentes, pede-se aos participantes para refletir. Poderá ser útil pedir:

1. O que teria acontecido (ex: era inevitável que acontecesse desta forma?)
2. O que poderia ter sido diferente (ex: poderia ter reagido de maneira diferente?)
3. O que sentiu durante a situação descrita (ex: constrangido, envergonhado, ignorado, à vontade, ...)].

2ª Sessão: TPC de ouvir falar e comunicação não-verbal

Objetivos específicos:

- Conhecer os sinais sociais
- Perceber o impacto dos sinais sociais no relacionamento com os outros
- Debater situações reais

Tempo previsto: 20+20 minutos

Desenvolvimento:

Exercício – TPC – entrega de ficha de trabalho (ver anexo 18), do exercício/desafio lançado na sessão anterior:

Cada participante, "em casa" onde vive, observa e regista duas situações de interação social (consigo ou com outros) focando os aspetos aprendidos nestas sessões (exemplo: uma qualquer situação com um familiar, ou outra pessoa conhecida).

Etapas da habilidade:

1. Escolha um horário e local com pessoas, onde se sinta bem, como uma paragem de autocarro, ou um parque, ou uma livraria/biblioteca, ou sala de espera de um serviço de saúde, ...
2. Sente-se confortavelmente, leve ou pegue numa revista para ler, mas deixe-a ficar apenas nas mãos, e faça uma pausa para observar.
3. Use um bloco ou agenda para escrever, pois ajuda-nos a ser organizados e a exercitar a memória escrita (mas atenção para não parecer um detetive!):
 - Foco no contexto:
 - Hora e dia da ocorrência
 - Local (ex: cidade, rua, loja, hospital, ...)
 - Tipo de situação (ex: compras, conversa informal no café, andar no autocarro, ...)
 - Condições físicas (ex: como era o local, luminosidade, sons, ...)
 - Foco nas pessoas (relevantes para a situação):
 - Quais e quantas as pessoas envolvidas (i.e., quantas estão sentadas perto de si; quantas estão a falar; quantas estão apenas a ouvir; quantas não falam com ninguém; quantas parecem interessadas nas conversas; quantas tem a face satisfeita; ...)
 - Características das pessoas: que papel (grau familiar patrão, colega, funcionário, profissional de saúde, ...), nome, idade, género, personalidade, aparência, ...
 - Foco do acontecimento propriamente dito:
 - Quais as ações (i.e. o que se fez)
 - Quais as conversas (i.e. o que foi dito, pelo próprio e pelos outros intervenientes na interação)

Cenas possíveis, considerações especiais: Só escolha locais onde possa ir e permanecer livremente nesse espaço (atenção ao estar em cafés, refeitórios, restaurantes).

3ª Sessão: escuta ativa e comentários de escuta

Enquadramento:

Estas sessões desenvolvem-se em duas fases consecutivas, a 1ª fase é referente à escuta ativa, e a 2ª fase é referente aos comentários de escuta.

Desenvolvimento:

Utiliza-se a ficha de apoio 2: Escuta ativa (ver Anexo 16)

Fase 1 – Escuta ativa

Enquadramento:

Ouvir: além das competências de observação, precisamos de saber o que os outros estão a sentir para sermos bons ouvintes e para que os outros queiram falar connosco.

A competência de escuta ativa serve para mostrar à outra pessoa o nosso interesse e atenção naquilo que ela está a dizer.

Para poder responder aos outros, temos necessidade de prestar atenção àquilo que estão a comunicar, de modo a organizar o que queremos responder quando for a nossa vez de falar.

Objetivos específicos:

- Perceber em que consistem as competências de escuta ativa
- Tomar consciência da sua importância na comunicação
- Praticar essas habilidades em situações de conversa informal

Tempo previsto: 20 minutos

Respostas de escuta ativa: quando estamos a ouvir os outros – abanamos a cabeça, dizemos “hum hum”, “sim”, “estou a ver”, “pois”, fazemos perguntas, entre outras coisas. Este nosso comportamento faz com que o outro perceba que lhe estamos a dar a nossa atenção e interesse e é recompensador para quem fala e para quem ouve. Quanto melhor fizermos isto, mais o outro fala connosco.

As respostas de escuta ativa são:

1. Expressões de interesse: abanar a cabeça
2. Sons encorajadores: “hum hum”, “ah, ah”, “sim”
3. Sorrisos
4. Contacto ocular direto
5. Pequenos comentários: “estou a ver”, “estou a perceber”
6. Expressão facial sintónica com a do outro que está a falar
7. Pedir explicações (ex: poderia explicar-me melhor essa ideia?)
8. Fazer perguntas (abertas ou fechadas)

(As perguntas abertas são perguntas que encorajam o outro a dar uma resposta mais longa ex: “como?”, “de que forma?”;

As perguntas fechadas são aquelas que podem ser respondidas com poucas palavras, muitas vezes com “sim, ou “não” (ex: “concordas?”).

(Evitar fazer gestos distratores, como estar a mexer com a caneta, olhar para o relógio, mexer com os dedos na mesa, mexer os pés repetidamente, etc.)

Exercício 1 (Etapas)

1. Explica-se em síntese as competências acabadas de abordar nesta sessão.
2. Formam-se grupos de 2 participantes (díades de interação)
3. Um dos elementos das díades deve falar com o outro acerca de um assunto qualquer (ex: o que vai jantar hoje)
4. O outro elemento da díade deve ouvir atentamente
5. Este "2º" elemento, enquanto ouve, deve pôr em prática as respostas de escuta ativa, quando o outro pára momentaneamente de falar e olha para si (poderá fornecer-se uma ficha com a indicação das respostas de escuta ativa).
6. O exercício deverá ser repetido, refazendo as díades com pares diferentes, para que os que falaram, possam agora ouvir e treinar as repostas de escuta ativa.
7. *Como se sentiu nesta conversa?*
8. *O que aprendeu com este exercício?*

Considerações especiais:

Lembrar que está um participante a falar do assunto e outro a ouvir. Lembrar que é difícil para os doentes prestarem atenção quando alguém está a falar com eles. É por isso importante manter os role-play com duração curta, por exemplo: 30 segundos, e simples (em particular estes dos primeiros exercícios).

Fase 2 – Comentários de escuta

Enquadramento:

Como ouvintes, além de refletirmos acerca do que os outros dizem, também comentamos ou falamos acerca dos nossos sentimentos e crenças, que podem ser iguais ou diferentes daqueles que a pessoa que fala conosco exprime.

De facto, às vezes concordamos e outras vezes discordamos daquilo que nos é dito. Assim, podemos sentir-nos satisfeitos, aborrecidos, interessados, ou incomodados. Podemos mostrar estas coisas, as nossas respostas na conversação, pela expressão facial, expressão corporal, pelo tom de voz, ou mesmo dizê-lo por palavras.

Objetivos específicos:

- Expressar adequadamente a concordância (role-play)
- Expressar adequadamente a discordância (role-play)

Tempo previsto: 20 minutos

Desenvolvimento:

Exercício 2 (Etapas)

1. Formam-se grupos de 2 participantes (díades de interação)
2. Cada díade escolhe (ou é-lhe distribuído) um assunto para falar (ex: episódio de ontem da novela, o último jogo de futebol que viram na tv, ...)
3. Um dos elementos ouve atentamente o que o outro diz (factos, sentimentos que expressa)
4. Enquanto ouve, deve pôr em prática os sentimentos de semelhança ("eu também sinto ..., porque ..."; "também já me aconteceu ficar ... e senti-me ...")
5. O exercício deverá ser repetido, refazendo as díades com pares diferentes, para que os que falaram, possam agora ouvir e pôr em prática os sentimentos de semelhança.
6. *Como se sentiu nesta conversa?*
7. *O que aprendeu com este exercício?*

Outros exercícios: Ouvir alguém falar do seu *hobby* favorito; Ouvir alguém falar do seu programa de televisão favorito; Ouvir o familiar ou amigo falar sobre as tarefas de casa; Ouvir falar um familiar ou amigo sobre a última viagem, ou praia, ou cinema que fez.

4ª Sessão: TPC de escuta ativa e comentários de escuta

Objetivos específicos:

- Tomar consciência da importância da escuta ativa na comunicação
- Praticar essas habilidades em situações reais
- Debater situações reais

Tempo previsto: 20+20 minutos

Desenvolvimento:

Exercício – TPC – entrega de ficha de trabalho (ver anexo 18), do exercício/desafio lançado na sessão anterior:

Após se ter experimentado todo o material nas sessões da formação, estimula-se uma proposta de experimentação em “casa” desta habilidade.

A escuta ativa serve para mostrar à outra pessoa o nosso interesse e atenção naquilo que ela está a dizer. Para poder responder aos outros, temos necessidade de prestar atenção àquilo que estão a comunicar, de modo a organizar o que queremos responder quando for a nossa vez de falar.

Etapas da habilidade:

1. Escolha um colega, amigo ou familiar para treinar este exercício.
2. Escolha o momento e local, apropriados para conversar com uma pessoa que já conhece.
3. Peça a essa pessoa para lhe falar de um assunto qualquer (ex: o que vai jantar hoje, ou o último jogo de futebol que viu na televisão).
4. Ouça atentamente o que a outra pessoa está a dizer, e enquanto ouve, ponha em prática as respostas de escuta ativa, quando o outro pára momentaneamente de falar e olha para si (se precisar utilize a ficha de apoio com uma lista de respostas de escuta ativa).
5. Quando lhe parecer que já respondeu a todas as perguntas de descrição da situação, saia do local e vá para o seu próximo compromisso.
6. Pode repetir este seu exercício, para treinar a sua escuta ativa, com mais outra pessoa que o conheça.

Considerações genéricas:

Cada participante apresenta as situações que viveu “em casa” e/ou noutra local, numa situação com alguém conhecido, de acordo com os focos discriminados nas sessões anteriores.

Todos os participantes poderão opinar e reforçar positivamente.

5ª Sessão: falar de um tema (iniciar e manter uma conversa)

Enquadramento:

Há muitas situações em que queremos começar a conversar com outra pessoa, mas por vezes sentimo-nos tímidos e “atrapalhados” para começar a conversar.

Para iniciar e manter uma conversa precisamos de saber observar, ouvir e falar. Foi isto que temos treinado nas últimas sessões da formação.

Alem disso, nestas conversas, queremos e precisamos continuar a falar desses assuntos, quer porque nos agrada a conversa com aquela pessoa, quer porque nos interessa o assunto que se está a conversar. Mas, por vezes também não sabemos como manter essa conversa ou sentimo-nos desconfortáveis com a continuação da conversa.

Sabemos que se as coisas vão correr de forma mais suave, se no lembrarmos destas etapas específicas.

Agora vamos começar a exercitar as habilidades de diálogo.

As habilidades que abordamos na formação até agora ajudam-nos a encorajar os outros a falar mais, mas não ajudam a iniciar uma conversa. Para isso precisamos de perguntas. Habitualmente começamos com perguntas gerais, passamos depois para as perguntas específicas, e finalizamos com perguntas sobre sentimentos (que são perguntas que perguntam o que os outros sentem, acreditam, pensam acerca de algo).

Objetivos específicos:

- Aprender a iniciar e manter uma conversa
- Praticar com situações adequadas à realidade dos participantes (role-play)

Tempo previsto: 20+20 minutos

Desenvolvimento:

Utiliza-se a ficha de apoio 3: Falar de um tema numa conversa (ver Anexo 17)

Exercício 1

Distribuir uma lista de tópicos e exemplos pelos participantes, explicando-os e exemplificando-os com situações fictícias concretas (ex: vai conhecer o seu novo terapeuta; está sentado à beira de alguém desconhecido no refeitório).

Pedir aos participantes que cumpram as seguintes etapas:

- Façam uma pergunta geral, do tópico 1
- Façam uma pergunta específica, do tópico 1
- Façam uma pergunta de sentimentos, do tópico 1
- Repitam a série de perguntas com o/s outro/s tópico/s.
- *Como se sentiu nesta conversa?*
- *O que aprendeu com este exercício?*

6ª Sessão: TPC de falar de um tema (iniciar e manter uma conversa)

Objetivos específicos:

- Aprender a iniciar e manter uma conversa
- Praticar com situações reais
- Debater situações reais

Tempo previsto: 20+20 minutos

Desenvolvimento:

Exercício – TPC – entrega de ficha de trabalho (ver anexo 18), **do exercício/desafio lançado na sessão anterior:**

Após se ter experimentado todo o material nas sessões da formação, estimula-se uma proposta de experimentação em “casa” desta habilidade.

Há muitas situações em que queremos começar a conversar com outra pessoa, mas por vezes sentimo-nos tímidos e “atrapalhados” para começar a conversar. Além disso, nestas conversas, queremos e precisamos continuar a falar desses assuntos, quer porque nos agrada a conversa com aquela pessoa, quer porque nos interessa o assunto que se está a conversar.

Etapas da habilidade:

1. Escolha um colega, amigo ou familiar para treinar este exercício.
2. Escolha o momento e local, apropriados para conversar com uma pessoa que já conhece.

3. Pense e escolha o assunto que quer falar ou que pergunta lhe quer fazer.
4. Como conhecemos a pessoa com quem vamos falar, podemos cumprimentá-la diretamente: "Olá", ou "Tudo bem?", ...e comece a falar o assunto ou perguntar que queria ...
5. Avalie se a pessoa está a ouvir e se quer falar consigo utilize as expressões que aprendeu na sessão comentários de escuta.
6. Depois das suas primeiras frases e comentários, avalie se a pessoa continua a ouvir e interessada em continuar a falar consigo
7. Se não consegue compreender o assunto que se está a falar, coloque perguntas para se esclarecer
8. Com a continuação da conversa, faça mais perguntas ou comentários relacionados com o assunto da conversa.

Considerações genéricas:

Cada participante apresenta as situações que viveu "em casa" e/ou noutra local, numa situação com alguém conhecido, de acordo com os focos discriminados nas sessões anteriores.

Todos os participantes poderão opinar e reforçar positivamente.

Considerações Específicas:

Os participantes têm dificuldades em avaliar/ajuizar qual é o momento e o local apropriado para começar uma conversa, bem como a dificuldade em perceber se a pessoa está interessada em participar na conversa. Por isso, é importante que o terapeuta ajude regularmente na perceção de pistas sociais que podem ser observadas para ser possível avaliar do interesse do outro.

Será também necessário coadjuvar na escolha dos assuntos de conversa, daí a utilização da *base de dados de assuntos*. Da mesma forma que nos assuntos, poderá também haver dificuldades na colocação de perguntas, nomeadamente que questões são adequadas? (Poderá ser pertinente, na continuidade) que o terapeuta ajude a distinguir as perguntas genéricas, das perguntas específicas.

7ª Sessão: terminar uma conversa

Enquadramento

As conversas não se mantêm indefinidamente. Mais cedo ou mais tarde a conversação terminará (pois finda e satisfaz a sua finalidade).

Nestas sessões vamos abordar como terminar uma conversa agradavelmente e a despedir-se da pessoa com quem falou. Quando temos uma falha neste ponto pode levar a que os outros se sintam insultados ou rejeitados. Vamos beneficiar em saber como terminar bem uma conversa porque desta forma as pessoas vão querer falar consigo mais vezes no futuro.

Muitas vezes somos nós que teremos de finalizar uma conversa.

Há diversas razões para terminar uma conversa, como não ter mais tempo disponível, ou precisar de ir fazer outra coisa, ou não ter mais coisas para dizer sobre esse assunto, ...

Para terminar agradavelmente uma conversa devemos:

- Dizer à pessoa que tem de terminar agora a conversa OU gostava de falar com ela mais tarde ou outro dia, OU ...

Objetivos específicos:

- Aprender a terminar uma conversa de forma assertiva
- Aplicar e treinar habilidades abordadas em sessões anteriores (role-play)

Tempo previsto: 20+20 minutos

Desenvolvimento: **Podem utilizar-se todas as fichas de apoio.**

Exercício 1

Para este exercício os participantes também se reagrupam em díades de interação.

Consiste em:

1. Fazer de conta que encontrou pela primeira vez uma pessoa
2. Iniciar uma conversa com ela. Falar durante alguns minutos e depois terminar a conversa agradavelmente.

Para criar esta situação, apresenta-se uma situação fictícia aos participantes, pedindo-lhes que a representem, de acordo com as seguintes instruções:

- Situação: A e B conversam sobre o assunto ... durante alguns minutos, e A deseja despedir-se pois precisa de ir embora.
- Objetivo: terminar uma conversa sem ressentimentos
- Ação:
 - i. Inicie a despedida dizendo à pessoa que tem de terminar agora a conversa. Faça comentários verbais que justifiquem a sua partida (ex: “tenho de apanhar o autocarro”)
 - ii. Se a despedida for aceite: sorria, faça contacto ocular, aperte a mão do outro, e despeça-se verbalmente
 - iii. Parta, afaste-se, despeça-se com um aceno e verbalize a partida (“adeus”), quebre o contacto ocular, e acabe com os gestos e mantenha-se a caminhar para o seu próximo destino...
- *Como se sentiu nesta conversa?*
- *O que aprendeu com este exercício?*

8ª Sessão: TPC de terminar uma conversa

Objetivos específicos:

- Aprender a terminar uma conversa de forma assertiva
- Aplicar e treinar habilidades abordadas em sessões anteriores (role-play)

Tempo previsto: 20+20 minutos

Desenvolvimento:

Exercício - TPC - entrega de ficha de trabalho (ver anexo 18), do exercício/desafio lançado na sessão anterior:

Após se ter experimentado todo o material nas sessões da formação, estimula-se uma proposta de experimentação em "casa" desta habilidade.

Terminar uma conversa de forma agradável, e despedir-se da pessoa com quem falou.

Vamos beneficiar em saber como terminar bem uma conversa porque desta forma as pessoas vão querer falar consigo mais vezes no futuro. Lembrar também que muitas vezes somos nós que teremos de finalizar uma conversa.

Etapas da habilidade:

1. Escolha um colega, amigo ou familiar para treinar este exercício.
2. Escolha o momento e local, apropriados para conversar com uma pessoa que já conhece.
3. Escolha o assunto que vai conversar: falar sobre um programa de televisão com um colega da formação, mas já são horas de ir apanhar o autocarro OU falar com um familiar antes de ir para a formação, mas já é tempo de ir ...
4. Numa conversa, para falarmos "na nossa vez", esperamos sempre que a outra pessoa termine de falar.
5. Depois de conversar uns minutos, faça gestos (linguagem não-verbal) como olhar no infinito ou olhar para o relógio (pois ao fazer isto está a demonstrar ao outro que tem interesse ou preocupação noutro assunto que não a atual).
6. Faça um comentário verbal de fim de conversa, como "Bom, tenho mesmo de ir embora".
7. Diga "adeus" (e, movimente-se, saia, e vá ao seu próximo compromisso).

Considerações genéricas:

- Cada participante apresenta as situações que viveu "em casa" e/ou noutro local, numa situação com alguém conhecido, de acordo com os focos discriminados nas sessões anteriores.
- Todos os participantes poderão opinar e reforçar positivamente.
- Pode ser necessário relembrar brevemente as sessões de observar, ouvir falar e comunicação não-verbal.
- A utilização da linguagem não-verbal pode ser difícil, pois se pode ajudar a suavizar as transições dos momentos de conversa, também os pode incomodar/dificultar.

Cenas possíveis, considerações especiais:

- Falar sobre um programa de televisão com um colega da formação, mas já são horas de ir apanhar o autocarro
- Falar com um familiar antes de ir para a formação, mas já é tempo de ir
- Falar com um colega no intervalo da formação, mas entretanto já esgotou tudo o que tinha para dizer sobre aquele assunto.

9ª Sessão: falar ao telefone

Enquadramento:

Nos nossos dias cada vez mais falamos com os outros por telefone, familiares ou outras pessoas. Há até pessoas que têm mais do que um telemóvel.

Ter e/ou escolher tópicos de conversa para as conversas telefónicas, além de deverem ser escolhidas antes de efetuarmos a chamada, precisam também de ser interessantes de modo a criar uma conversação agradável.

Provavelmente muitos de nós gosta, quer ou precisa de fazer chamadas ao telefone/telemóvel.

Aqui, ao telefone, a habilidade de ouvir bem o que o outro nos diz também é tão importante como nas situações que já treinamos anteriormente, até talvez mais já que como não o estamos a ver não conseguimos ver as suas expressões faciais nem a sua postura corporal. Assim, temos de estar atentos para lhe devolvermos a nossa opinião falada, já que o outro também não nos está a ver!

Nesta habilidade utilizamos os conhecimentos de todas sessões anteriores (Observar, ouvir falar e comunicação não-verbal; Escuta ativa e comentários de escuta; Falar de um tema (iniciar e manter uma conversa);e Terminar uma conversa).

Objetivos específicos:

- Aprender a iniciar e manter (e terminar) uma conversa telefónica
- Praticar com situações reais

Tempo previsto: 20+20 minutos

Desenvolvimento:

Exercício 1

Apresenta-se aos formandos uma situação fictícia, com a finalidade de pôr em prática a conversação por telefone através da representação em díades de 2 participantes.

Situação fictícia: A e B conheceram-se anteriormente e querem-se conhecer melhor. Agora A quer telefonar a B de modo a combinar um encontro no ..., por ex, café, passeio no jardim, ...

Etapas:

1. Que assuntos escolheu para falar e em que ordem?
2. Poderão utilizar a lista de tópicos da ficha de apoio 3
3. Inicie, mantenha e termine a conversa agradável, de acordo com as sessões de formação anteriores
4. *Como se sentiu nesta conversa?*
5. *O que aprendeu com este exercício?*

10ª Sessão: TPC de falar ao telefone

Objetivos específicos:

- Aprender a iniciar e manter uma conversa telefónica
- Praticar com situações reais

Tempo previsto: 20+20 minutos

Desenvolvimento:

Exercício – TPC – entrega de ficha de trabalho (ver anexo 18), **do exercício/desafio lançado na sessão anterior:**

Após se ter experimentado todo o material nas sessões da formação, estimula-se uma proposta de experimentação em “casa” desta habilidade.

Etapas:

1. Escolher a hora e o número adequado para “ligar” a essa pessoa.
2. Apresentamo-nos: “Olá, é o ...”, “Boa tarde, sou o ...”
3. Confirmamos quem é a outra pessoa (se for quem queremos falar, passamos à etapa seguinte). Se não for, agradecemos ter atendido, e perguntamos pela outra pessoa ou dizemos que ligamos mais tarde.
4. Apresentamos o assunto que queremos falar: “Eu liguei para ...”
5. De acordo com o decorrer da conversa utilize:
 - a. Comentários de escuta,
 - b. Introdução de assuntos,
 - c. Colocação de perguntas,(isto sempre de acordo com o assunto da conversa e o necessário para a conversa atingir a sua finalidade e final que pretenda).

LEMBRAR QUE:

- Fale apenas quando o outro não falar. Responda às perguntas que lhe façam.
 - Utilize frases curtas. Faça pausas para o outro falar.
 - Caso não oiça ou não perceba o que foi dito, peça para repetir ou diga que não entendeu o que foi dito.
6. Se já abordou todos os aspetos que queria, e a outra pessoa também já não está a falar OU se um dos dois fez um comentário de finalizar a conversa e o outro concordou, termine a conversação: “Adeus, até ...”, “Xau, ...”

Cenas possíveis, considerações especiais (em simulação ou reais, dependendo do acesso livre a realizar chamadas telefónicas):

- Ligar a um colega da formação para falar das coisas interessantes que experimentaram ontem na formação;
- Ligar a um familiar ou amigo para contar como está a evoluir e que ganhos positivos encontrou por estar na formação;
- Ligar para restaurante/pizzaria/... para encomendar comida.
- Ligar para o hospital para marcar consulta.
- Ligar para associação ou clube ou ginásio para saber informações sobre como ser sócio, que tipo de desporto pode praticar;
- Ligar a amigo para saber como vai indo a vida e o trabalho;
- Ligar para estação de comboios/autocarro para saber de determinados horários;
- Ligar para um programa de rádio (com a rubrica de chamadas dos ouvintes) e participar nessa rubrica da rádio.

Considerações genéricas:

Cada participante apresenta as situações que viveu “em casa” e/ou noutra local, numa situação com alguém conhecido, de acordo com os focos discriminados nas sessões anteriores.

Todos os participantes poderão opinar e reforçar positivamente.

Acautelar o preço e saldos disponíveis para as chamadas telefónicas.

Se em casa ou em casa de alguém, perguntar se pode utilizar telefone, indicando para onde e para quem quer ligar.

11ª Sessão: falar com uma pessoa estranha ("não conhecido")

Enquadramento:

As pessoas habitualmente sentem-se ansiosas quando se aproximam estranhos. Têm medo de dizer algo errado, parecer "tolas" ou de ser rejeitadas.

Há muitas situações que queremos começar uma conversa com outra pessoa. Essa pessoa poderá ser conhecida, como pode ser uma pessoa que conhecemos pouco ou que nunca conhecemos, mas gostávamos de conhecer.

Por vezes podemos sentir-nos tímidos para começar a conversar.

Há maneiras convencionais e aceitáveis de nos aproximarmos de estranhos que podem evitar esses problemas.

Sabemos que as coisas vão correr de forma suave, se nos lembrarmos e agirmos segundo as seguintes etapas.

Objetivos específicos:

- Aprender a iniciar conversas com estranhos
- Aplicar as perguntas de seguimento/manutenção da conversação
- Treinar em situações concretas (role-play)

Tempo previsto: 20+20 minutos

Desenvolvimento:

Exercício 1

Considerações:

Este é um exercício, que como os anteriores, terá a sua primeira fase realizada em "ambiente protegido" (ex: no hospital, nos locais pertencentes ao hospital como o bar ou o refeitório do hospital).

À semelhança dos anteriores exercícios, organizam-se em díades de interação, de modo a praticar as habilidades já adquiridas, agora numa situação "nova".

Situação: Imagine que é um recém-chegado ao hospital. No bar repara num estranho que já poderá conhecer a instituição.

Objetivo: Conversar com o "estranho"

Ação:

1. Volte a cabeça para o outro, faça um breve contacto ocular, sorria socialmente e cumprimente brevemente.
2. Faça um pedido de informação ou diga algo convencional (por exemplo, o tempo, o que acontece atualmente – utilizar o exemplo dado na televisão, ou no jornal diário, ...).
3. Faça a sua apresentação ("Chamo-me...") com uma justificação ("acabei de chegar")
4. Se for correspondido, faça uma pergunta (por exemplo, como são os bolos aqui?)
5. Tente fazer uma troca de informação pessoal – relativa a trabalho, a casa, ... ("O que faz cá?"; "está aqui há muito?"), e questões de seguimento – sobre o assunto introdutório, sobre o sítio onde se encontram (ex: "condições, serviços, ..."), sobre as pessoas no local (ex: "barulho", "comportamentos").
6. Se a outra pessoa se der a conhecer, podemos em continuidade pedir-lhe informações acerca de, por exemplo: 1) Como ir a determinado local; 2) Como realizar uma determinada tarefa; 3) Como funciona/Como se faz ...algo ...

12ª Sessão: TPC de falar com um estranho ("não conhecido")

Objetivos específicos:

- Aprender a iniciar conversas com estranhos
- Aplicar as perguntas de seguimento/manutenção da conversação
- Praticar com situações reais

Tempo previsto: 20+20 minutos

Considerações genéricas:

Cada participante apresenta as situações que viveu "em casa" e/ou noutra local, numa situação com alguém conhecido, de acordo com os focos discriminados nas sessões anteriores.

Todos os participantes poderão opinar e reforçar positivamente.

Desenvolvimento:

Exercício – TPC – entrega de ficha de trabalho (ver anexo 18), do exercício/desafio lançado na sessão anterior:

Após se ter experimentado todo o material nas sessões da formação, estimula-se uma proposta de experimentação em "casa" desta habilidade.

Há muitas situações que queremos começar uma conversa com outra pessoa. Essa pessoa poderia ser conhecida, como podia ser uma pessoa que conhecemos pouco ou que nunca conhecemos, mas gostávamos de conhecer.

Há maneiras convencionais e aceitáveis de nos aproximarmos de estranhos que podem evitar problemas de timidez ou de iniciativa.

Etapas da habilidade:

1. Escolha o momento e local, apropriados para conversar com uma pessoa que não conhece
(veja abaixo sugestões).
2. Pense e escolha o assunto que quer falar OU que pergunta lhe quer fazer.
3. Depois de iniciar a conversa, avalie se a pessoa está a ouvir e se quer falar consigo.
4. Depois das suas primeiras frases e comentários, avalie se a pessoa continua a ouvir e interessada em continuar a falar consigo.
5. Se não consegue compreender o que se está a falar, faça perguntas para se esclarecer.
6. Com a continuação da conversa, faça mais perguntas ou comentários relacionados com o assunto da conversa.
7. LEMBRAR QUE numa conversa, para falarmos "na nossa vez", esperamos sempre que a outra pessoa termine de falar.
8. Depois de conversar uns minutos, olhe para o relógio e faça um comentário verbal de fim de conversa, como "Bom, tenho mesmo de ir embora".
9. Diga "adeus" (e, movimente-se, saia, e vá ao seu próximo compromisso).

Cenas possíveis

- Um qualquer participante nesta formação
- Uma pessoa do Hospital Dia, num intervalo, à espera de começar uma atividade
- Um familiar (que não vê há muito, ou que nunca conheceu, num encontro/refeição de família
- No refeitório, a pessoa que se sentou junto a si
- No autocarro, a pessoa que se sentou junto a si
- Na loja nova que abriu perto de casa

Considerações especiais na "conversação com estranhos":

- Temos de ter em conta que as pessoas menos hábeis nas relações interpessoais, como os doentes mentais, poderão facilmente ser ludibriadas ou "explorados"/"maltratados" por outros "estranhos".
- Assim, os locais a considerar para encetar esta aproximação e conversação com "estranho" deverão ser APENAS os locais onde o doente regularmente circula e participa, como o hospital, local de trabalho, escola, ...
- Podem sempre surgir dificuldades em duas dimensões: na perceção da disponibilidade e interesse ou indisponibilidade dos outros para falar, e na seleção dos assuntos para a conversa.

Nestas duas dimensões será necessária a ajuda antecipatória do terapeuta quer na identificação das pistas sociais, quer na construção duma lista de assuntos e sua escolha de acordo com a pessoa e situação.

Sessão avaliação.2: conclusão & avaliação & certificado

Objetivos específicos:

- Concluir, sublinhando a importância e o interesse da formação de generalização de habilidades de conversação, e ainda o que se espera dos participantes no futuro...
- Entrega dos Certificados da Formação
Tempo previsto: 10 minutos.

Desenvolvimento:

- Aplicação dos instrumentos de avaliação para registo dos dados pós-formação
Tempo previsto: Decorre ao longo dos dois turnos consecutivos de Manhã e Tarde.
Tempo específico previsto: 30 minutos.

Sessão avaliação.3: avaliação follow-up (3 meses)

- Aplicação dos instrumentos de avaliação para registo dos dados follow-up

Tempo previsto: 30 minutos.

Análise Descritiva dos Sujeitos Participantes no estudo

Os participantes no estudo, 22 em cada grupo de análise, Grupo Experimental (GE) e grupo de Controlo (GC) apresentaram características demográficas semelhantes, considerando-se por isso grupos homogêneos (ver Quadro 1, Quadro 2, Quadro 3, Quadro 4, Quadro 5), com média de idades semelhante: 43,09 anos no GE, e 42,50 anos no GC.

Quadro 1 - Estatística resumo da idade dos participantes

Grupos	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Experimental	22	43,09	14,44	19	72
Controlo	22	42,50	11,66	25	63
Total	44	42,80	12,97	19	72

Apresentam um tempo de duração médio de doença semelhante e próximo de 10,54 anos no GE, e 12,25 no GC.

Quadro 2 - Estatística resumo do tempo de duração da doença

Grupos	n	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão da Média	Mínimo	Máximo
Experimental	22	15,09	10,54	2,25	2	38
Controlo	22	18,77	12,25	2,61	2	45

A maioria dos participantes são solteiros, 12 e 15 no GE e GC respetivamente.

Quadro 3 - Distribuição absoluta e percentual do estado civil dos participantes nos grupos

Estado Civil	Grupos		Total
	Experimental	Controlo	
Solteiro	12 (44,4%)	15 (55,6%)	27 (100,0%)
Casado	7 (70,0%)	3 (30,0%)	10 (100,0%)
Divorciado	3 (42,9%)	4 (57,1%)	7 (100,0%)
Total	22 (50,0%)	22 (50,0%)	44 (100,0%)

O nível de instrução é semelhante, sendo os mais expressivos, o 3º ciclo completo (GE=6; GC=6), e o 1º ciclo do Ensino Básico completo (GE=4; GC=4).

Quadro 4 - Distribuição absoluta e percentual do nível de instrução dos participantes

Nível de Instrução	Grupos		Total
	Experimental	Controlo	
Ensino Superior completo	1 (4,5%)	1 (4,5%)	2 (4,5%)
Ensino Superior incompleto	0 (0%)	2 (9,1%)	2 (4,5%)
Ensino Secundário completo	1 (4,5%)	0 (0%)	1 (2,3%)
Ensino Secundário incompleto	3 (13,6%)	2 (9,1%)	5 (11,4%)
3º Ciclo ensino básico completo	6 (27,3%)	6 (27,3%)	12 (27,3%)
3º Ciclo ensino básico incompleto	1 (4,5%)	1 (4,5%)	2 (4,5%)
2º Ciclo ensino básico completo	2 (9,1%)	3 (13,6%)	5 (11,4%)
2º Ciclo ensino básico incompleto	4 (18,2%)	2 (9,1%)	6 (13,6%)
1º Ciclo ensino básico completo	4 (18,2%)	4 (18,2%)	8 (18,2%)
1º Ciclo ensino básico incompleto	0 (0%)	1 (4,5%)	1 (2,3%)
Total	22 (100,0%)	22 (100,0 %)	44 (100,0%)

A situação perante o trabalho é semelhante embora dispersa, e algo surpreendentemente com razoável empregabilidade (GE: 9 Desempregados, 5 Empregados, e 6 Reformados; e GC: 11 Desempregados, 7 Empregados, e 4 Reformados).

Quadro 5 - Distribuição absoluta e percentual da situação perante o trabalho dos participantes

Situação perante o trabalho	Grupos		Total
	Experimental	Controlo	
Empregado	9 (45,0%)	11 (55,0%)	20 (100,0%)
Desempregado	5 (41,7%)	7 (58,3%)	12 (100,0%)
Estudante	1 (100,0%)	0 (0%)	1 (100,0%)
Reformado	6 (60,0%)	4 (40,0%)	10 (100,0%)
Outra	1 (100,0%)	0 (0%)	1 (100,0%)
Total	22 (50,0%)	22 (50,0%)	44 (100,0%)

Os resultados obtidos nos instrumentos de avaliação foram contextualizados e abordados com um primeiro tratamento estatístico para uma análise prévia. Dessa apreciação decidiu-se apresentar apenas a análise dos resultados relativos aos participantes que fizeram os três tempos de avaliação (pré, pós, e follow-up) pois interessa principalmente a análise do impacto e a avaliação específica dum mesmo percurso formativo (GE) e não formativo (GC), participantes num mesmo processo de avaliação de desenho experimental (pré, pós e em follow-up dum programa de intervenção).

Análise Descritiva dos Sujeitos da Amostra

A amostra em estudo, e que participou nos três tempos de avaliação, é constituída por 28 sujeitos, 15 participantes no Grupo Experimental (GE) e 12 participantes no Grupo de Controlo (GC).

Estes dois grupos de participantes apesar de pontuais diferenças, parecem ter características semelhantes (ver Quadro 6, Quadro 7, Quadro 8, e Quadro 9), com a mediana das idades nos 43 anos no GE e 38 anos no GC; e com tempo de duração de doença de 10 anos para o GE e 15 anos para o GC (de registar aqui um considerável maior tempo de duração da doença para um “mesmo” tempo de idade cronológica dos sujeitos).

Quadro 6 - Estatística resumo da idade e do tempo de doença dos participantes

Grupos		Idade	Tempo de duração da Doença
Experimental	Mínimo	20	2
	Máximo	72	38
	Mediana	45,00	10,00
	Média	45,07	14,00
	Desvio Padrão	15,71	10,20
Controlo	Mínimo	25	2
	Máximo	58	20
	Mediana	38,00	15,00
	Média	38,46	13,54
	Desvio Padrão	8,01	6,54
Total	Mínimo	20	2
	Máximo	72	38
	Mediana	40,00	11,50
	Média	42,00	13,79
	Desvio Padrão	12,95	8,54

No referente ao estado civil, o GE é equitativo entre os solteiros e casados com 6 sujeitos em cada, enquanto o GC tem apenas 2 casados para 9 solteiros.

Quadro 7 - Distribuição absoluta e percentual da amostra Experimental & Controlo, e do estado civil

Estado Civil	Grupos		Total	$\chi^2_{(3)}$	p
	Experimental	Controlo			
Solteiro	6 (40,0%)	9 (69,2%)	15 (53,6%)	2,076	0,354
Casado	6 (40,0%)	2 (15,4%)	8 (28,6%)		
Divorciado	3 (20,0%)	2 (15,4%)	5 (17,9%)		
Total	15 (100,0%)	13 (100,0%)	28 (100,0%)		

No nível de instrução, o mais frequente é o 1º Ciclo ensino básico completo com 4 sujeitos e apenas do GE, e ainda 3 sujeitos com ensino secundário incompleto e 3 sujeitos com 3º Ciclo ensino básico completo ambos no GE. Enquanto no GC 3º Ciclo ensino básico completo é o mais frequente com 5 sujeitos, sendo que os restantes sujeitos estão dispersos pelas restantes habilitações com menor expressividade.

Quadro 8 - Distribuição absoluta e percentual do nível de instrução dos participantes

Nível de Instrução	Grupos		Total	$\chi^2_{(9)}$	p
	Experimental	Controlo			
Ensino Superior completo	1 (6,7%)	1 (7,7%)	2 (7,1%)	5,067	0,828
Ensino Superior incompleto	0 (0%)	2 (15,4%)	2 (7,1%)		
Ensino Secundário completo	1 (6,7%)	0 (0%)	1 (3,6%)		
Ensino Secundário incompleto	3 (20,0%)	1 (7,7%)	4 (14,3%)		
3º Ciclo ensino básico completo	3 (20,0%)	5 (38,5%)	8 (28,6%)		
3º Ciclo ensino básico incompleto	0 (0%)	1 (7,7%)	1 (3,6%)		
2º Ciclo ensino básico completo	1 (6,7%)	1 (7,7%)	2 (7,1%)		
2º Ciclo ensino básico incompleto	2 (13,3%)	2 (15,4%)	4 (14,3%)		
1º Ciclo ensino básico completo	4 (26,7%)	0 (0%)	4 (14,3%)		
Total	15 (100,0%)	13 (100,0%)	28 (100,0%)		

Quanto à empregabilidade mantem-se a expressão duma maioria com trabalho, GE=8 e GC=6, com um considerável número de desempregados, em particular no GC com 5 participantes.

Quadro 9 - Distribuição absoluta e percentual da situação perante o trabalho

Situação perante o trabalho	Grupos		Total	$\chi^2_{(4)}$	p
	Experimental	Controlo			
Empregado	8 (53,3%)	6 (46,2%)	14 (50,0%)	2,933	0,569
Desempregado	2 (13,3%)	5 (38,5%)	7 (25,0%)		
Estudante	1 (6,7%)	0 (0%)	1 (3,6%)		
Reformado	3 (20,0%)	2 (15,4%)	5 (17,9%)		
Outra	1 (6,7%)	0 (0%)	1 (3,6%)		
Total	15 (100,0%)	13 (100,0%)	28 (100,0%)		

Os três testes Qui-quadrado para avaliar da homogeneidade dos grupos (controlo/experimental) em função das variáveis demográficas (estado civil, instrução, e

trabalho) revelaram que os grupos são homogêneos, não se observando em nenhum caso diferenças de proporção estatisticamente significativas.

Análise Descritiva dos Resultados do T1 dos instrumentos de avaliação

Foi efetuada a avaliação da normalidade da distribuição das variáveis (dependentes) na população com o teste Shapiro-Wilk (por ser o mais específico para amostras com $n < 50$) (ver Quadro 10). Como observamos a maioria das variáveis não segue uma distribuição normal na população ($p < 0,05$), assim e dado ainda o tamanho dos grupos utilizamos testes estatísticos não paramétricos, nomeadamente o teste U de Mann-Whitney, e o teste Friedman (para a análise dos resultados nos três tempos de avaliação).

Quadro 10 – Resultado da aplicação do teste de normalidade com Shapiro-Wilk

Instrumentos de Avaliação	Estatística	Participantes	Significância
Total_MHI_T1	0,945	28	0,149
Total_MHI_T2	0,835	28	0,000
Total_MHI_T3	0,793	28	0,000
Total_MARS_T1	0,949	28	0,189
Total_MARS_T2	0,816	28	0,000
Total_MARS_T3	0,637	28	0,000
Total_ZUNG_T1	0,929	28	0,057
Total_ZUNG_T2	0,796	28	0,000
Total_ZUNG_T3	0,715	28	0,000
Total_EAE_T1	0,976	28	0,747
Total_EAE_T2	0,833	28	0,000
Total_EAE_T3	0,578	28	0,000
Total_QVS_T1	0,964	28	0,424
Total_QVS_T2	0,715	28	0,000
Total_QVS_T3	0,686	28	0,000
Total_QSS1_T1	0,870	28	0,002
Total_QSS1_T2	0,818	28	0,000
Total_QSS1_T3	0,682	28	0,000
Total_QSS2_T1	0,940	28	0,113
Total_QSS2_T2	0,797	28	0,000
Total_QSS2_T3	0,826	28	0,000
Total_PSP_T1	0,854	28	0,001
Total_PSP_T2	0,802	28	0,000
Total_PSP_T3	0,731	28	0,000

Para avaliar se os dois grupos de sujeitos, GE e GC, estariam diferentes previamente à realização do estudo e da formação, utilizou-se o teste U de Mann-Whitney. Como se pode observar (ver Quadro 11) os resultados deste teste revelaram que na maioria as diferenças não são estatisticamente significativas entre os grupos nas avaliações pré-formação com 8,54 para o GC, e uma média de postos de 17,50 para o GE, e de 11,04 para GC, respetivamente), indicando que no grupo experimental existe um maior valor de base pré-formação na apreciação da sua autoeficácia, mas também um maior valor de base na vulnerabilidade ao stress comparativamente com o controlo.

Quadro 11 - Teste U de Mann-Whitney

Grupos		n	Média dos Postos
Total_PSP_T1	Experimental	15	14,53
	Controlo	13	14,46
Total_MHI_T1	Experimental	15	13,93
	Controlo	13	15,15
Total_MARS_T1	Experimental	15	15,13
	Controlo	13	13,77
Total_ZUNG_T1	Experimental	15	13,57
	Controlo	13	15,58
Total_EAE_T1	Experimental	15	19,67
	Controlo	13	8,54
Total_QVS_T1	Experimental	15	17,50
	Controlo	13	11,04
Total_QSS1_T1	Experimental	15	13,07
	Controlo	13	16,15
Total_QSS2_T1	Experimental	15	13,23
	Controlo	13	15,96

Clarificando a existência de homogeneidade dos resultados pré-formação entre os grupos experimental e de controlo apresentam-se seguidamente as (diferença de) médias e de medianas entre os dois grupos e em todos os instrumentos de avaliação (ver Quadro 12).

Quadro 12 - Diferença de Médias e Medianas no T1

Instrumentos de Avaliação	Grupos									
	Experimental				Controlo				Z	p
	n	Mediana	Média	Desvio Padrão	n	Mediana	Média	Desvio Padrão		
Total_MHI_T1	15	18,00	17,80	2,40	13	19,00	18,31	2,93	-0,395	0,693
Total_MARS_T1	15	16,00	15,80	1,52	13	16,00	15,54	1,71	-0,447	0,655
Total_ZUNG_T1	15	40,00	41,13	11,15	13	41,00	40,92	9,56	-0,647	0,517
Total_EAE_T1	15	77,00	79,40	14,57	13	61,00	55,15	12,82	-3,574	0,000
Total_QVS_T1	15	50,00	47,47	9,39	13	39,00	40,38	8,77	-2,078	0,038
Total_QSS1_T1	15	15,00	20,93	18,85	13	20,00	25,77	20,63	-0,993	0,321
Total_QSS2_T1	15	51,00	56,67	23,59	13	58,00	66,85	30,31	-0,877	0,380
Total_PSP_T1	15	70,00	68,00	10,14	13	70,00	66,15	15,57	-0,024	0,981

Na apreciação das Medianas e Médias obtidas na primeira avaliação efetuada em ambos os grupos GE e GC, observa-se que existem diferenças estatisticamente significativas nos instrumentos EAE ($z = -3,574$; $p = 0,000$) (no GE mediana de 77 para um GC com 61, e média de 79,40 para GE versus 55,15 no GC), QVS (no GE mediana de 50 para um GC com 39, e média de 47,47 no GE versus 39 no GC), QSS1 (no GE mediana de 15 para um GC com 20, e média de 20,93 no GE versus 25,77 no GC), QSS2 (no GE mediana de 51 para um GC com 58, e média de 56,67 no GE versus 66,85 no GC) estabelecendo que o GE apresenta maior apreciação da autoeficácia, maior vulnerabilidade ao stress, menor grau de dificuldade nas situações sociais, mas também ligeiramente menor frequência e menor diversidade e de situações sociais, comparativamente com o GC. Nos restantes instrumentos de avaliação não existem diferenças estatisticamente significativas, sendo por isso os grupos GE e GC homogêneos.

Análise Descritiva e Comparativa dos Resultados de todos os Tempos (T1, T2, e T3) dos instrumentos de avaliação

MHI

O MHI apresenta duas dimensões de avaliação: o Distress psicológico, e o Bem-Estar psicológico.

No que respeita ao MHI observam-se diferenças significativas entre os três momentos (no GE: $\chi^2=21,655$; $p=0,000$; no GC: $\chi^2=20,367$; $p=0,000$).

O valor obtido no GE no tempo 1 (T1) de avaliação com média de 17,8 (para um máximo possível de 30) e mediana de 18 indica um estado de distress considerável pois apenas "obtem" cerca de metade do valor possível na apreciação do bem-estar psicológico (ver Quadro 13).

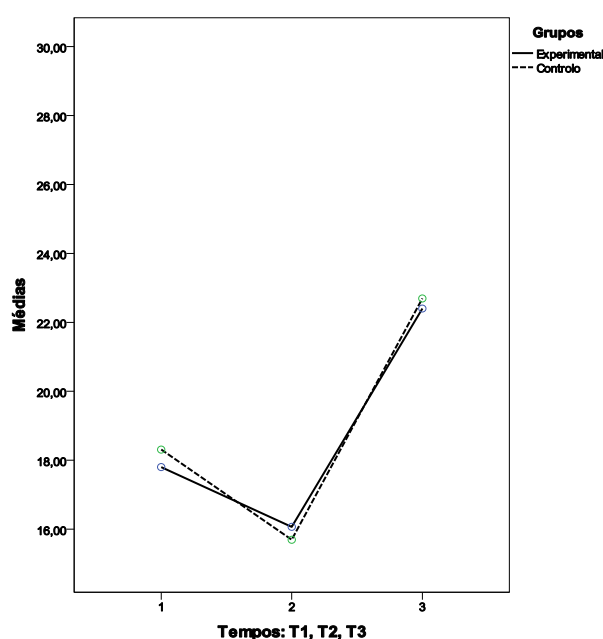
No T2 o valor ainda diminui ligeiramente, para aumentar no T3 para média 22,4, e mediana de 22. O que se observa é uma melhoria no bem-estar psicológico no período pós-alta, mas não existe aparentemente influência direta da formação de generalização de habilidades de conversação neste constructo.

No que se refere ao valor obtido no GC no tempo 1 (T1) de avaliação com média de 18,3 (para um máximo possível de 30) e mediana de 19, indica da mesma forma que no GE um estado de distress considerável pois apenas obtém cerca de metade do valor possível na apreciação do bem-estar psicológico (ver Quadro 13). No T2 o valor ainda diminui, para aumentar no T3 para média 22,69, e mediana de 22. O que se observa em semelhança com o GE, é uma melhoria considerável no bem-estar psicológico no período pós-alta, mas não existe aparentemente influência direta da formação de generalização de habilidades de conversação neste constructo.

Quadro 13 – Resultados da aplicação do teste Friedman ao MHI para o GE & GC

Grupos		Total_MHI_T1	Total_MHI_T2	Total_MHI_T3	χ^2	p
Experimental	Mediana	18,00	17,00	22,00	21,655	0,000
	Média	17,80	16,07	22,40		
	Desvio Padrão	2,40	1,39	2,23		
Controlo	Mediana	19,00	16,00	22,00	20,367	0,000
	Média	18,31	15,69	22,69		
	Desvio Padrão	2,93	2,25	1,80		

Gráfico 2 - MHI - Comparação de Médias entre GE & GC



MARS

O comportamento de adesão à medicação pode definir-se num continuum de três padrões: desde a total adesão à medicação prescrita, a uma adesão parcial, até uma completa não-adesão. Na escala MARS, como varável contínua, os resultados podem ir de 1 a 20 (as respostas foram codificadas com 1 e 2 no PASW) respetivamente, baixa probabilidade de adesão à medicação e elevada probabilidade de adesão à medicação.

No que respeita à MARS não se observam diferenças significativas entre os três momentos (no GE: $\chi^2=3,880$; $p=0,144$; no GC: $\chi^2=2,478$; $p=0,290$).

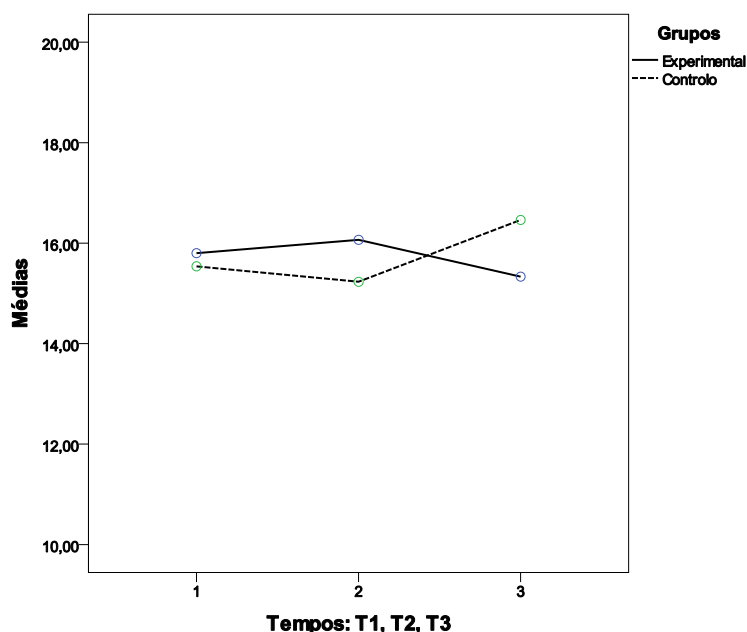
O resultado obtido da MARS no T1 no GE tem média de 15,8 (para um máximo de 20) e mediana de 16, o que se pode considerar uma elevada adesão à medicação (ver Quadro 14). As avaliações subsequentes T2 e T3 não apresentam variações significativas, com média de T2 em 16,06 e mediana de 17, e T3 com média de 15,33 e mediana de 14, mantendo por isso uma elevada adesão à medicação em alguns participantes (3º quartil com 18), mas outros apresentam diminuição desta adesão (1º quartil e mediana com 14) (consultar no anexo 19), o que não clarifica se existe ou não influência direta da formação de generalização de habilidades de conversação neste constructo.

No que se refere ao resultado obtido da MARS no T1 no GC têm média de 15,53 (para um máximo de 20) e mediana de 16 o que se pode considerar uma elevada adesão à medicação (ver Quadro 14) em semelhança ao GE. As avaliações subsequentes T2 e T3 não apresentam variações significativas, com média de T2 em 15,23 e mediana de 15, e T3 com média de 16,46 e mediana de 18, mantendo e elevando por isso a adesão à medicação.

Quadro 14 - Resultados da aplicação do teste Friedman à MARS para o GE & GC

Grupos		Total_MARS_T1	Total_MARS_T2	Total_MARS_T3	χ^2	p
Experimental	Mediana	16,00	17,00	14,00	3,880	0,144
	Média	15,80	16,07	15,33		
	Desvio Padrão	1,52	1,39	1,95		
Controlo	Mediana	16,00	15,00	18,00	2,478	0,290
	Média	15,54	15,23	16,46		
	Desvio Padrão	1,71	1,09	2,03		

Gráfico 3 - MARS - Comparação de Médias entre GE & GC



ANSIEDADE ZUNG

Escala de Autoavaliação da Ansiedade de Zung é uma escala de avaliação da ansiedade-estado, com questões que pretendem descrever como a pessoa se sente atualmente, indo de vinte valores a cem valores, em que quanto menos ansiosa estiver a pessoa menor será a pontuação da escala, e vice-versa.

Os pontos de corte situam-se no valor 37 para a existência de ansiedade, e valor 40 para ansiedade pertencente a quadro clínico de perturbação.

No que respeita à ZUNG não se observam diferenças significativas entre os três momentos (no GE: $\chi^2=1,483$; $p=0,476$; no GC: $\chi^2=2,392$; $p=0,302$).

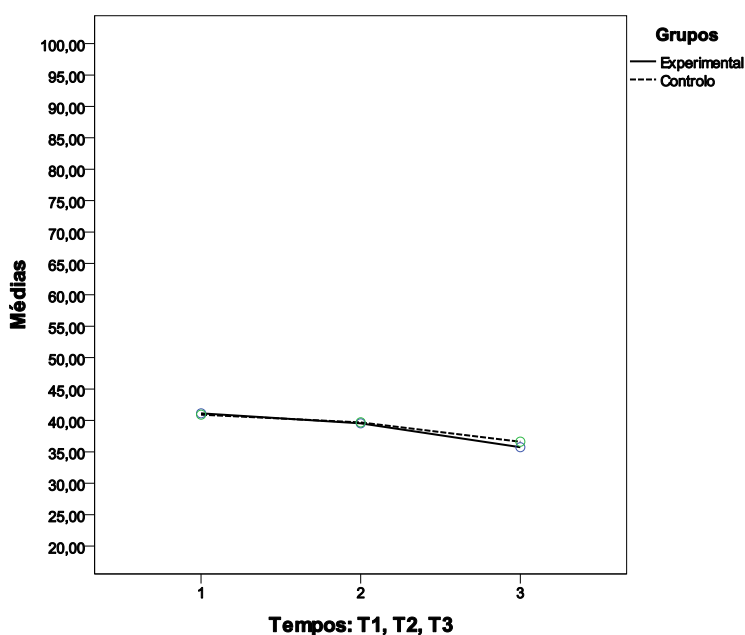
O valor inicial de autoavaliação da ansiedade no T1 do GE tem média de 41,13 e mediana de 40, o que corresponde a um nível de ansiedade num enquadramento de perturbação de quadro clínico (ver Quadro 15) Nos valores de T2 e T3 apresentam média de 39,53 (e mediana de 37), e 35,73 (e mediana de 36) respetivamente, o que corresponde a uma ligeira diminuição deste índice de ansiedade, ficando desta forma "fora" do limiar de perturbação, e abaixo do ponto de corte de 37 da escala, concluindo-se que não estaria presente ansiedade que perturbasse o funcionamento da pessoa.

No referente ao valor inicial de autoavaliação da ansiedade no T1 do GC, a média é de 40,92, e mediana de 41, algo semelhante ao GE, correspondendo ao nível de ansiedade num enquadramento de perturbação de quadro clínico (ver Quadro 15). No valor de T2 apresenta média de 39,69 (e mediana de 37) uma variação semelhante ao GE, como diminuição do limiar de ansiedade, mas em T3 a média apresenta-se baixa com 35,73, mas com uma mediana de 40, o que apesar da média indicar valor "fora" do limiar de perturbação, e abaixo do ponto de corte de 37 da escala, a mediana indica que metade dos participantes estão acima desse limiar de perturbação.

Quadro 15 - Resultados da aplicação do teste Friedman à ZUNG para o GE & GC

Grupos		Total_ZUNG_T1	Total_ZUNG_T2	Total_ZUNG_T3	χ^2	p
Experimental	Mediana	40,00	37,00	36,00	1,483	0,476
	Média	41,13	39,53	35,73		
	Desvio Padrão	11,15	5,78	4,45		
Controlo	Mediana	41,00	37,00	40,00	2,392	0,302
	Média	40,92	39,69	36,62		
	Desvio Padrão	9,56	5,63	4,72		

Gráfico 4 - ZUNG - Comparação de Médias entre GE & GC



EAE

A Autoeficácia (AE) refere-se ao juízo pessoal que os indivíduos fazem acerca de quanto são capazes de organizar e implementar atividades, em situações desconhecidas, passíveis de conter elementos ambíguos, imprevisíveis e geradores de stress.

A sua pontuação total é de 105 pontos, e não tem ponto de corte, pelo que quanto mais elevado for o valor maior será a autopercepção da eficácia.

No que respeita à EAE observam-se diferenças significativas entre os três momentos (no GE: $\chi^2=18,746$; $p=0,000$; no GC: $\chi^2=21,922$; $p=0,000$).

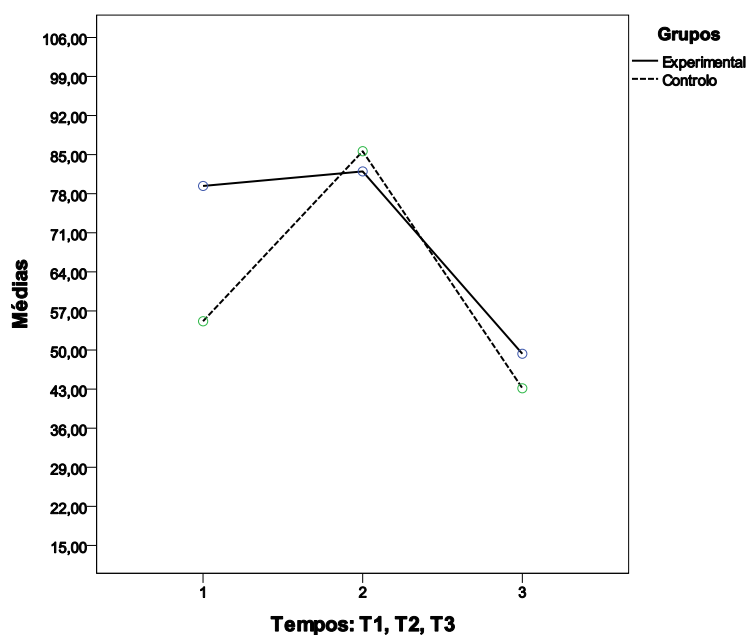
O valor obtido no T1 no GE, na média foi de 79,4 (e mediana de 77) o que consiste numa elevada apreciação da autoeficácia dos participantes no GE (ver Quadro 16) para um máximo de 105 pontos da escala. Nas avaliações subsequentes apresentam-se variações consideráveis. No T2 a média aumenta apenas ligeiramente para 82 (e mediana aumenta para 83), mas depois na avaliação T3 já na sua comunidade o valor decresce consideravelmente para média de 49,33 (e mediana de 42), o que consideramos de baixa autoeficácia!

De forma semelhante, os valores obtidos no GC no T1 com média de 55,15 (e mediana de 61) (ver Quadro 16) corresponde a cerca de metade da pontuação máxima da escala de autoeficácia (algo abaixo do GE), no entanto o valor subsequente de T2 com média de 85,62 (e mediana de 94) apresenta uma melhoria para valores semelhantes ao do GE. Também em correspondência com a tendência do GE, no T3 a avaliação tem como resultado médio 43,15 (e mediana de 42), o que da mesma forma que o GE corresponde a um baixo valor de autoeficácia dos participantes no GC.

Quadro 16 - Resultados da aplicação do teste Friedman à EAE para o GE & GC

Grupos		Total_EAE_T1	Total_EAE_T2	Total_EAE_T3	χ^2	p
Experimental	Mediana	77,00	83,00	42,00	18,746	0,000
	Média	79,40	82,00	49,33		
	Desvio Padrão	14,57	14,86	11,84		
Controlo	Mediana	61,00	94,00	42,00	21,922	0,000
	Média	55,15	85,62	43,15		
	Desvio Padrão	12,82	14,69	5,38		

Gráfico 5 - EAE - Comparação de Médias entre GE & GC



23QVS

As 23 Questões para avaliação da vulnerabilidade ao stress constituem um instrumento de autoavaliação constituído por 23 itens, que se destina a avaliar a vulnerabilidade que um indivíduo tem ao stress, definindo-se como escala unidimensional, capaz de avaliar e de definir a pessoa vulnerável ao stress. Quanto maior for a classificação obtida maior será a vulnerabilidade ao stress, tendo como ponto de corte os 53,75 (valor adaptado com "regra de três simples" como referido no capítulo metodologia) acima do qual se considera que a pessoa é vulnerável ao stress.

No que respeita à 23QVS não se observam diferenças significativas entre os três momentos (no GE: $\chi^2=0,966$; $p=0,617$; no GC: $\chi^2=1,077$; $p=0,584$).

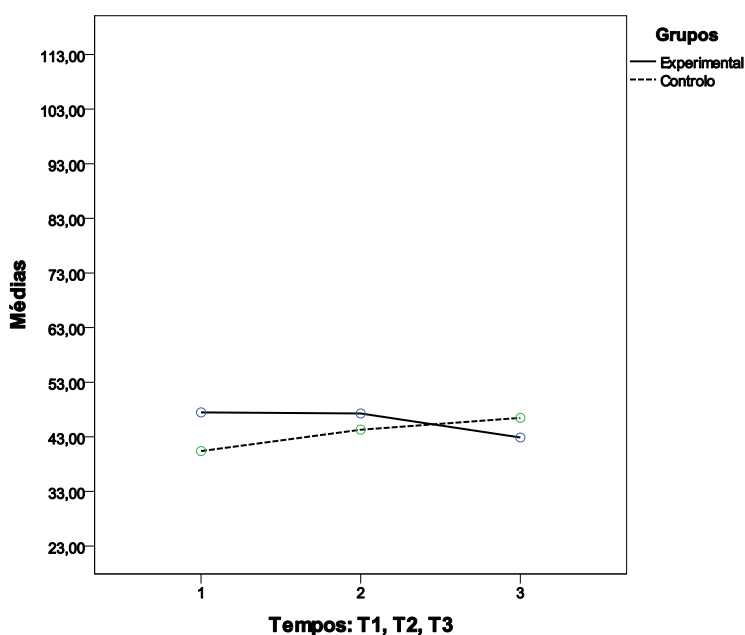
O valor da 3QVS obtido no T1 do GE foi a média de 47,47 (e mediana de 50), o que corresponde a uma valor ligeiramente próximo do ponto de corte, mas ainda assim claramente abaixo (ver Quadro 17). Logo considera-se que em média estes participantes não apresentavam uma relação de vulnerabilidade com o stress desse "momento". Na avaliação de T2 com a média de 47,27 (mantendo a mediana igual ao T1) indica que o programa de formação de generalização de habilidades de conversação não parece ter influenciado de imediato este constructo. No entanto na avaliação de T3 o valor da média é já de 42,87 (e mediana de 39) o que corresponde a uma ligeira mas considerável diminuição do valor da "vulnerabilidade ao stress" quando já em "casa".

No que respeita ao GC, o valor de T1 na média foi de 40,38 (e mediana de 39) valor consideravelmente baixo e diferente do valor apresentado pelo GE (ver Quadro 17). Nos valores subsequentes, e em oposição ao ocorrido no GE, a média do GC no T2 foi de 44,30 (e mediana de 46), e no T3 de 46,46 (e mediana de 51), o que corresponde a um aumento considerável da vulnerabilidade ao stress quer ainda no internamento (na pré-alta) quer quando já em "casa".

Quadro 17 - Resultados da aplicação do teste Friedman à 23QVS para o GE & GC

Grupos		Total_QVS_T1	Total_QVS_T2	Total_QVS_T3	χ^2	p
Experimental	Mediana	50,00	50,00	39,00	0,966	0,617
	Média	47,47	47,27	42,87		
	Desvio Padrão	9,39	6,09	6,41		
Controlo	Mediana	39,00	46,00	51,00	1,077	0,584
	Média	40,38	44,31	46,46		
	Desvio Padrão	8,77	6,69	6,81		

Gráfico 6 - 23QVS - Comparação de Médias entre GE & GC



QSS1

O questionário das situações sociais (QSS) é um instrumento de autorrelato com duas partes (aqui identificadas como QSS1 e QSS2). A QSS1 que avalia o grau de dificuldade sentida em 29 situações sociais comuns. A QSS2 avalia a frequência com que as pessoas se deparam com 21 situações sociais comuns. Na primeira escala QSS1 quanto mais alto for o valor obtido (num mínimo de 0 e um máximo de 116), mais a pessoa é considerada socialmente inadequada ou socialmente ansiosa. Na segunda parte da escala, a QSS2, quanto menor for o valor obtido (num mínimo de 21 e um máximo de 147) maior se considera ser a frequência das situações sociais em que a pessoa se envolve.

No que respeita à QSS1 não se observam diferenças significativas entre os três momentos (no GE: $\chi^2=3,763$; $p=0,152$; no GC: $\chi^2=0,462$; $p=0,794$).

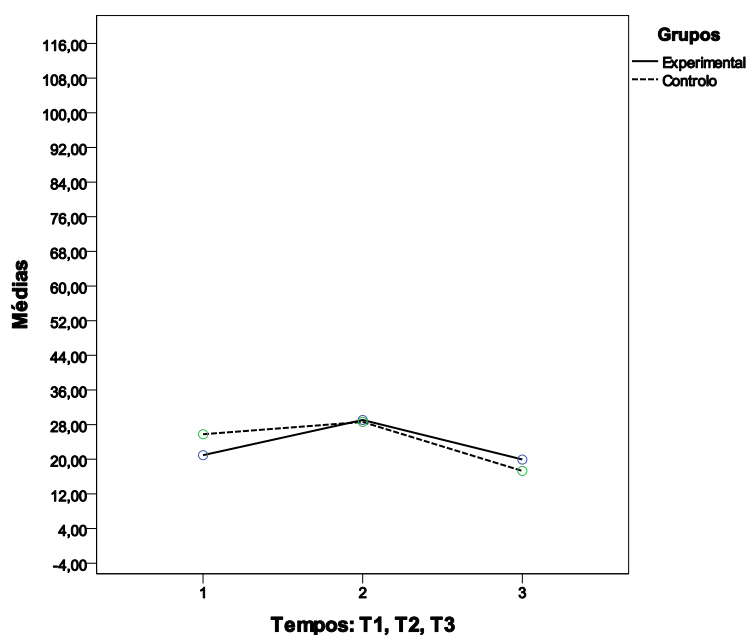
O valor da QSS1 obtido no T1 no GE tem média de 20,93 (e mediana de 15), o que para um máximo de 116 pontos da escala, considera-se que os participantes estavam muito adequados socialmente (ver Quadro 18). Nas subseqüentes avaliações T2 e T3 existem variações que apesar de ligeiras, são no entanto consideráveis, aumentando para a média de 29,07 em T2 (e mediana de 32), mas baixando consideravelmente para média de 19,9 em T3 (e mediana de 16), o que já "em casa" demonstra um regresso ao valor de adequação social semelhante a T1.

No que se refere aos valores do GC, no T1 tem média de 25,77 (e mediana de 15) que apesar de média mais elevada que no GE é um valor baixo versus o valor máximo da escala (ver Quadro 18), logo considera-se também adequado socialmente. Nos valores subseqüentes T2 e T3, apresenta um sentido de variação semelhante ao GE, aumentando em T2 para média de 28,62 (e mediana de 32), e diminuindo em T3 para média de 17,31 (e mediana de 16), correspondendo também um regresso considerável à melhoria na adequação social.

Quadro 18 - Resultados da aplicação do teste Friedman à QSS1 para o GE & GC

Grupos		Total_QSS1_T1	Total_QSS1_T2	Total_QSS1_T3	χ^2	p
Experimental	Mediana	15,00	32,00	16,00	3,763	0,152
	Média	20,93	29,07	19,93		
	Desvio Padrão	18,85	18,76	9,20		
Controlo	Mediana	20,00	32,00	16,00	0,462	0,794
	Média	25,77	28,62	17,31		
	Desvio Padrão	20,63	23,24	6,37		

Gráfico 7 - QSS1 - Comparação de Médias entre GE & GC



QSS2

No que respeita à QSS2 não se observam diferenças significativas entre os três momentos (no GE: $\chi^2=2,133$; $p=0,344$; no GC: $\chi^2=0,154$; $p=0,926$).

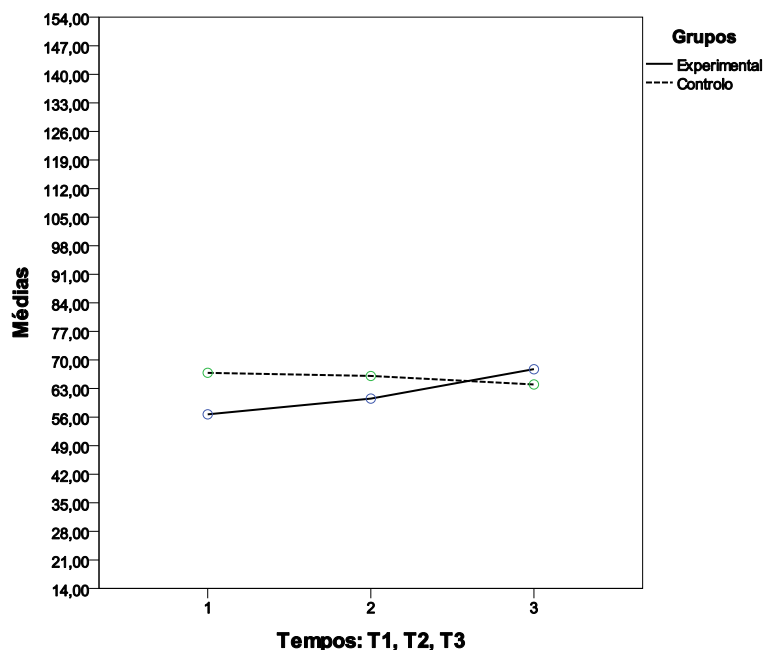
Relativamente à frequência com que os participantes consideraram deparar-se com "situações comuns" avaliada pela QSS2 temos para o GE no T1 média de 56,67 (e mediana de 51) o que num mínimo de 21 (maior frequência) e máximo de 147 pontos (menor/nula frequência), se poderá considerar razoavelmente adequado na frequência de situações sociais (ver Quadro 19). Nos valores subsequentes T2 com média de 60,53 (e mediana de 49), e apesar de a média aumentar, a mediana e os diminuem consideravelmente (consultar anexo 19). No entanto em T3 a média aumenta para 67,73 (e mediana para 76) o que indica uma diminuição considerável na frequência de situações sociais quando no ambiente da "comunidade".

No referente aos resultados do GC, temos no T1 média de 66,85 (e mediana de 58) valores consideravelmente mais elevados que no GE (ver Quadro 19). Na avaliação T2 a média não tem praticamente alterações (mas a mediana diminui para 49, semelhante ao GE), e no T3 a média é de 64 (e mediana de 60) o que corresponde a um valor mais baixo que o GE, embora na consideração de baixa frequência de situações sociais.

Quadro 19 - Resultados da aplicação do teste Friedman à QSS2 para o GE & GC

Grupos		Total_QSS2_T1	Total_QSS2_T2	Total_QSS2_T3	χ^2	p
Experimental	Mediana	51,00	49,00	76,00	2,133	0,344
	Média	56,67	60,53	67,73		
	Desvio Padrão	23,59	20,55	12,21		
Controlo	Mediana	58,00	49,00	60,00	0,154	0,926
	Média	66,85	66,08	64,00		
	Desvio Padrão	30,31	24,82	12,29		

Gráfico 8 - QSS2 - Comparação de Médias entre GE & GC



PSP

Escala de Desempenho Pessoal e Social (PSP) inclui na sua avaliação quatro domínios de funcionamento: a) atividades socialmente úteis incluindo trabalho e estudo; b) relações pessoais e sociais; c) autocuidado; d) comportamento perturbador e agressivo.

Habitualmente considera-se uma divisão de três níveis na pontuação global: 71-100 = representa sem dificuldades ou dificuldades de funcionamento leves; 31-70 = representa diferentes graus de dificuldade; 0-30 = representa um funcionamento pobre, implicando que o doente necessita de suporte intensivo, diferenciado e supervisão para assegurar o seu funcionamento. Pode-se ainda considerar dois grandes grupos apreciação do funcionamento, nomeadamente os doentes de elevado funcionamento (PSP com valores >70) e os doentes com baixo funcionamento (PSP com valores <70)

No que respeita à PSP observam-se diferenças significativas entre os três momentos (no GE: $\chi^2=9,911$; $p=0,007$; no GC: $\chi^2=5,415$; $p=0,067$).

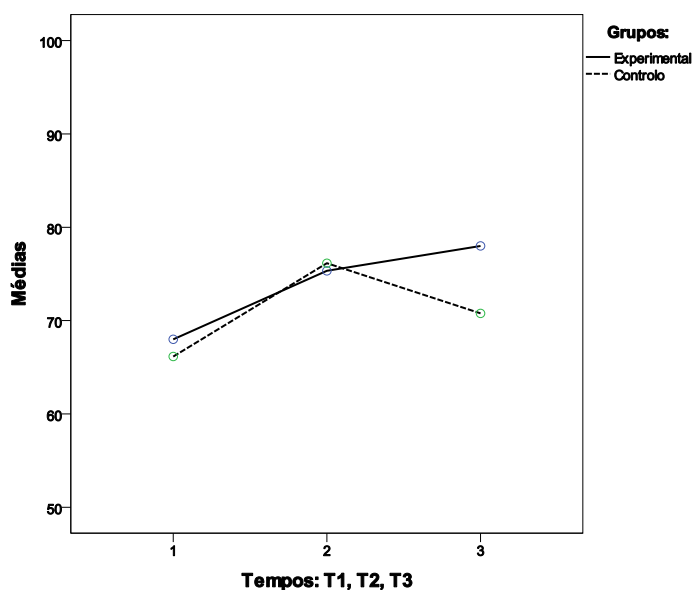
Nos resultados do GE, para o T1 têm média de 68 (e mediana de 70) o que indica dificuldades leves no funcionamento pessoal e social dos participantes (ver Quadro 20). Nas avaliações subsequentes temos T2 com aumento da média para 75,33 (e mediana para 80) e no T3 continuo aumento para média de 78 (apesar de mediana se manter nos 80). É de sublinhar que o 1º quartil também está nos 80 pontos, pelo que a maioria dos participantes tem um nível de funcionamento elevado (consultar anexo 19).

No respeitante aos valores do GC, no T1 a média é de 66,15 (e mediana de 70) valor de funcionamento semelhante ao GE (ver Quadro 20). Nas seguintes avaliações temos T2 com média de 71,15 (e mediana de 80) uma evolução semelhante ao GE. No entanto no T3 a média baixa para 70,77 (apesar da mediana se manter nos 80), ficando com avaliação de funcionamento no limite do elevado/baixo. Aqui deve referir-se que o 1º quartil com 50 pontos será o "principal" responsável pela diminuição da média deste grupo (consultar anexo 19).

Quadro 20 - Resultados da aplicação do teste Friedman à PSP para o GE & GC

Grupos	Total_PSP_T1	Total_PSP_T2	Total_PSP_T3	χ^2	p
Experimental Mediana	70,00	80,00	80,00	9,911	0,007
Média	68,00	75,33	78,00		
Desvio Padrão	10,14	15,06	15,21		
Controlo Mediana	70,00	80,00	80,00	5,415	0,067
Média	66,15	76,15	70,77		
Desvio Padrão	15,57	13,87	17,54		

Gráfico 9 - PSP - Comparação de Médias entre GE & GC



Deve ser salientada a apresentação por domínios da PSP, dado o interesse específico para este estudo, nomeadamente pelo valor individual do contributo de cada domínio de funcionamento para o funcionamento pessoal e social global.

No que respeita aos quatro domínios da PSP (ver Quadro 21), observam-se diferenças significativas entre os três momentos no domínio PSP1 (apenas GE), no PSP2 (GE e GC), e PSP3 (GE e GC).

Assim, observam-se diferenças significativas entre os três momentos no domínio PSP1: Atividades socialmente úteis: trabalho & estudo apenas no GE: $\chi^2=12,936$; $p=0,002$, não se observando diferenças no GC: $\chi^2=0,500$; $p=0,779$.

Observam-se diferenças significativas entre os três momentos no domínio PSP2: Relações pessoais e sociais, em ambos os grupos GE e GC (no GE: $\chi^2=22,400$; $p=0,000$; no GC: $\chi^2=14,769$; $p=0,001$).

Observam-se diferenças significativas entre os três momentos no domínio PSP3: Autocuidado, em ambos os grupos GE e GC (no GE: $\chi^2=21,333$; $p=0,000$; no GC: $\chi^2=5,429$; $p=0,066$).

No entanto, não se observam diferenças significativas na PSP4: Comportamento perturbador e agressivo (no GE: $\chi^2=0,167$; $p=0,920$; no GC: $\chi^2=2,000$; $p=0,368$).

Quadro 21 - Resultados da aplicação do teste Friedman à PSP (Domínios principais de funcionamento) para o GE & GC

Tempos de Avaliação:		T1				T2				T3				χ^2	p
Grupos	Domínios de funcionamento	Média	n	Desvio Padrão	Mediana	Média	n	Desvio Padrão	Mediana	Média	n	Desvio Padrão	Mediana		
Experimental	PSP1: Atividades socialmente úteis: trabalho & estudo	3,00	15	0,76	3	2,13	15	1,06	2	2,00	15	1,13	2	12,936	0,002
Controlo		3,08	13	1,44	3	2,69	13	1,65	2	2,54	13	1,27	2	0,500	0,779
Experimental	PSP2: Relações pessoais e sociais	2,80	15	0,68	3	1,80	15	0,56	2	1,60	15	0,51	2	22,400	0,000
Controlo		2,54	13	0,88	2	1,69	13	0,48	2	1,69	13	0,48	2	14,769	0,001
Experimental	PSP3: Autocuidado	2,73	15	0,80	1	1,67	15	0,82	1	1,53	15	0,83	1	21,333	0,000
Controlo		2,38	13	0,65	2	1,77	13	1,01	1	1,85	13	0,99	1	5,429	0,066
Experimental	PSP4: Comportamento perturbador e agressivo	1,60	15	0,83	2	1,67	15	0,82	2	1,60	15	0,51	2	0,167	0,920
Controlo		1,54	13	0,97	1	1,69	13	0,48	2	1,69	13	0,48	2	2,000	0,368

Discussão Comparativa dos Resultados de todos os Tempos (T1, T2, e T3) dos instrumentos de avaliação de ambos os grupos: GE & GC

Primeiramente podemos defender que existe impacto construtivo na participação destes doentes nesta formação de generalização de habilidades de conversação, em particular em alguns subgrupos de participantes do GE e relativamente a alguns momentos de avaliação pós-formação e follow-up, com alterações significativas na melhoria da gestão do stress e na apreciação das suas próprias capacidades, e ainda na melhoria do funcionamento pessoal e social apreciado pelos outros.

Sintetizando as respostas obtidas dos resultados da investigação com os participantes com esquizofrenia no âmbito da Programa de formação de generalização de habilidades de conversação, temos que:

Para dar resposta às Questões 1 & 2,

Questão 1: *“Avaliar a circunstância clínica do doente com esquizofrenia em regime de internamento e em ambulatório pós-internamento psiquiátrico hospitalar, relativamente às variáveis: distress e bem-estar, adesão à medicação, estado de ansiedade, autoeficácia geral, vulnerabilidade ao stress, grau de dificuldade nas situações sociais, frequência de convivência com situações sociais comuns, e desempenho pessoal e social?”*

Complementando a discussão com a tentativa de resposta à **questão 2:** *“Qual é a eficácia do programa de formação de generalização de habilidades de conversação, em doentes com esquizofrenia em regime de internamento e em ambulatório pós-internamento psiquiátrico hospitalar?”*

temos que:

1. **O distress e bem-estar dos participantes** no GE e GC respetivamente situa-se como vimos em valores de média de 18 e 19 em T1, 17 e 16 em T2, e 22 em ambos em T3 (ver Quadro 13 e Gráfico 2), indicando um estado de distress considerável em T1, piorando ligeiramente no período pré-alta, e melhorando consideravelmente quando já na “comunidade/casa”. Aparentemente não se interpreta influência da formação de generalização de habilidades de conversação neste constructo.

Em comparativo com a revisão sistemática de literatura dos estudos de intervenção nas habilidades de conversação, a maioria dos estudos não identifica alterações na sintomatologia psiquiátrica pela participação na formação, embora no estudo de Ng & Cheung (2006) refiram valores de recaída inferiores para o GE (GE de 4 em 5 doentes, e no GC de 2 em 2 doentes).

Na satisfação pela participação na formação e com o grupo (formandos e formador) é descrito por Hayes *et al.* (1995), Lak & Tsang (2004), e Ng & Cheung (2006) que foi entre satisfatória e elevada, considerando Lak & Tsang (2004) os valores de melhoria na perceção de bem-estar e na autoestima poderam ser precursores de generalização para outros aspetos do funcionamento social.

2. **A adesão à medicação dos participantes** no GE e GC respetivamente situa-se como vimos em valores de média de 15,8 e 15,53 em T1, 16,06 e 15,23 em T2, e 15,33 e 16,46 em T3 (ver Quadro 14 e Gráfico 3), considerando-se uma elevada

adesão à medicação e aparentemente sem se verificar influência da formação de generalização de habilidades de conversação neste constructo. Salienta-se que existem diferentes participantes a contribuir para valores mais expressivos na não adesão e na adesão, quer no 1º quartil e na mediana, quer no 3º quartil do T3 do GE (ver Quadro 14, e consultar anexo 19), mas da mesma forma não é claro qual a influência desta intervenção de formação.

Em comparativo com a revisão sistemática de literatura dos estudos de intervenção nas habilidades de conversação, a maioria dos estudos regista que manteve o controlo sobre a prescrição da medicação mas não estuda essa variável em termos de adesão medicamentosa.

Apenas Ng & Cheung (2006) e Silverstein *et al.* (2009) asseguram que não houve diferenças significativas no tipo e doses de manutenção da medicação, nem relativamente aos episódios de recaídas, e que a adesão à medicação no serviço de internamento foi avaliada pelos Enfermeiros (embora não publiquem os resultados), tentando assim explicitar as alterações apenas fundamentadas na contribuição da formação de habilidades pelo estudo.

3. **O estado de ansiedade** no GE e GC respetivamente situa-se como vimos em valores de média de 41,13 e 40,92 em T1, 39,53 e 39,69 em T2, e 35,73 e 36,14 em T3 (ver Quadro 15 e Gráfico 4), o que corresponde desde o tempo 1 de avaliação um nível de ansiedade num enquadramento de perturbação de quadro clínico. Nas seguintes avaliações os resultados mostram tendência para diminuir ainda que ligeiramente em ambos os grupos, ficando desta forma “fora” do limiar de perturbação, e abaixo do ponto de corte de 37 da escala, concluindo-se que não estaria presente ansiedade que perturbasse o funcionamento da pessoa. Deve referir-se no entanto que no GC apesar da média de 36,14 *borderline* do ponto de corte 37, o T3 tem uma mediana de 40 (ver Quadro 15) o que indica que metade dos participantes está acima do limiar 37 da escala correspondendo a existência de ansiedade. Apesar de na avaliação T2 não ficar claro, fica a dúvida se a diminuição do nível de ansiedade do GE foi influenciada pela participação na Programa de formação de generalização de habilidades de conversação, influenciando por sua vez o modo como lidam com “a vida em casa” na pós-alta.

4. **A autoeficácia geral** no GE e GC respetivamente situa-se como vimos em valores de média de 79,40 e 55,15 em T1, 82 e 85,62 em T2, e 49,33 e 43,15 em T3 (ver Quadro 16 e Gráfico 5), o que corresponde inicialmente a uma elevada apreciação da autoeficácia pelo GE, em oposição ao GC. As variações nos resultados são consideráveis, tendo no GE aumentado para o T2, para logo baixar no T3 com média de 49,33, e aumentado também no GC no T2, para no mesmo sentido diminuir na avaliação T3. Salientar que estes valores obtidos na avaliação T2 apreciam-se como de elevada da autoeficácia e são semelhantes nos grupos, não sendo interpretável que a Programa de formação de generalização de habilidades de conversação tenha influenciado o GE. No entanto, a avaliação T3 apesar de ter decrescido consideravelmente em ambos os grupos é menos expressiva no GE ficando em 49,33 versus T2 com média de 43,15.

Sublinhar também que a mediana de T3 é igual em ambos os grupos GE e GC com 42, no entanto na apreciação dos quartis, das semelhanças no 1º e 2º quartil, existem diferenças no 3º quartil indicando que no GC os 1/4 dos valores estão acima de 42, enquanto no GE 1/4 dos valores estão acima de 61 (consultar anexo 19), o que indica uma clara diferença para um determinado subconjunto da amostra de

trabalho, pensamos que com contributos da formação de generalização de habilidades de conversação em que participaram.

Em comparativo com a revisão sistemática de literatura dos estudos de intervenção nas habilidades de conversação, alguns estudos, Kelly et al. (1980), Hayes et al. (1995), Butorin & Liberman (1998), e Clegg et al. (2007), defendem uma tendência de diminuição da ansiedade e de outras variáveis situacionais associadas, como a autoconfiança, a assertividade, e a percepção de conforto na interação interpessoal com outros estranhos e/ou de diferente género.

5. **A vulnerabilidade ao stress** no GE e GC respetivamente situa-se como vimos em valores de média de 47,47 e 40,38 em T1, 47,27 e 44,31 em T2, e 42,87 e 46,46 em T3 (ver Quadro 17 e Gráfico 6), o que configura que os participantes não apresentavam uma relação de vulnerabilidade com o stress num momento inicial, mas ao longo do tempo o GE apresenta valor semelhante no T2 para melhorar consideravelmente em T3, no oposto ao GC que mostra nos seus resultados um acréscimo considerável de vulnerabilidade ao stress quer nos valores da média em T2 quer em T3 (e também na mediana com 51 em T3). Fica a dúvida se a diminuição da vulnerabilidade ao stress do GE indica que a participação na formação de generalização de habilidades de conversação influenciou a forma e estratégia de lidar e/ou resolver situações de relação interpessoal quando já no seu ambiente familiar/comunitário, ao contrário do que se verificou com os sujeitos que não participaram na formação.

Em comparativo com a revisão sistemática de literatura dos estudos de intervenção nas habilidades de conversação, a vulnerabilidade ao stress não é uma variável que tenha sido estudada pelos estudos da revisão sistemática de literatura dos estudos de intervenção nas habilidades de conversação.

No entanto, alguns estudos indicam que prescrevem as intervenções também para reduzir o stress nas interações sociais, mas não avaliam esta variável diretamente, apreciando depois o maior ou menor sucesso nas interações sociais.

6. **O grau de dificuldade nas situações sociais** no GE e GC respetivamente situa-se como vimos em valores de média de 20,93 e 25,77 em T1, 29,07 e 28,62 em T2, e 19,93 e 17,31 em T3 (ver Quadro 18 e Gráfico 7), o que tendo em conta o máximo de 116 da escala, corresponde um nível claro de adequação social. As avaliações subsequentes T2 e T3 apesar das ligeiras alterações subindo em T2 e voltando em T3 a valores baixos melhores que em de T1, em ambos os grupos GE e GC, não clarificam que houve influência do plano de formação. Talvez aqui as variáveis estranhas possam ser o momento pré-alta com a elevação em T2, e a integração no ambiente familiar em T3.

7. **A frequência de convivência com situações sociais comuns** no GE e GC respetivamente situa-se como vimos em valores de média de 56,67 e 66,85 em T1, 60,53 e 66,08 em T2, e 67,73 e 64,00 em T3 (ver Quadro 19 e Gráfico 8) o que num mínimo e máximo de 21 e 147 respetivamente se poderá considerar razoável para os participantes com esquizofrenia da amostra, como por exemplo realizar certas atividades sociais como andar de autocarro ou ir ao café uma vez em cada quinze dias. No entanto, os valores apesar de ligeiras variações mantêm-se num mesmo perfil razoável mas baixo na frequência de interação social, mesmo no T3. Nesta variável não parece existir influência do programa de formação de generalização de habilidades de conversação em nenhum momento de avaliação.

Em comparativo com a revisão sistemática de literatura dos estudos de intervenção nas habilidades de conversação, apesar da maioria dos estudos indicarem melhorias nas habilidades pós- formação, apenas alguns discriminam os aspetos melhorados, nomeadamente Lewis et al. (1985) e Lak & Tsang (2004) onde sublinham as melhorias na conversação e no relacionamento interpessoal com incremento na socialização, apesar de ser mais visível em alguns dos componentes da habilidade.

Em Hayes et al. (1995) acrescentam ainda que os participantes começaram a passar menos tempo em casa e mais tempo a viajar após a formação, e embora em ambos não tenha havido mudanças significativas no tempo dedicado às várias atividades, mostrando que as habilidades sociais prediziam o funcionamento social, ainda que de forma modesta.

8. **O desempenho pessoal e social** situa-se como vimos em valores de média de 68 e 66,15 em T1, 75,33 e 76,15 em T2, e 78 e 74,64 em T3 (ver Quadro 20 e Gráfico 9) o que sugere que o funcionamento pessoal e social interpretado pelo cuidador formal (em T1 e T2) e pelo cuidador informal (em T3), inicialmente corresponde a dificuldades leves, pois é ligeiramente inferior ao limiar de 70 pontos da escala que indica "baixo funcionamento". No entanto, em T2 o valor aumenta nos dois grupos, mas em T3 continua a aumentar no GE, mas no GC diminui. De salientar ainda que na análise dos percentis (consultar anexo 19) apesar da mesma mediana de 80, cada grupo tem contributos diferentes dos seus participantes, pois enquanto o GC continua com 1/4 de participantes com valores abaixo de 50 pontos, o GE tem o 1º e 2º quartil abaixo dos 80 pontos, valores claramente no nível de "elevado funcionamento", tem ainda 1/4 de participantes acima da pontuação 90, o que para um máximo de 100 pontos, é muito interessante em termos de funcionamento de cada um destes participantes no seu regresso ao seu ambiente "natural" onde terão aquele que será o seu papel e a sua participação sociofamiliar.

Tentamos interpretar que a influência da participação no programa de formação de generalização de habilidades de conversação permitiu a estes doentes uma melhor adequação e eficácia do funcionamento pessoal e social esperado nas suas famílias e comunidades do que o GC.

Em comparativo com a revisão sistemática de literatura dos estudos de intervenção nas habilidades de conversação, a maioria dos estudos da revisão apresenta melhorias nas habilidades de conversação como resultado dos programas de intervenção instituídos. Apesar de alguns estudos apresentarem apenas melhorias modestas, como é o caso do nosso estudo, a maioria dos estudos identifica a importância de estudar diversas variáveis no mesmo estudo (como se fez nesta investigação) e contextualizar o incremento nestas variáveis estudadas enquanto contributo para a complexidade das interações sociais, desde a gestão da ansiedade, à perceção de sucesso, e à satisfação e funcionamento em interação, apesar de tipicamente não influenciar nem a sintomatologia nem a adesão medicamentosa.

Nenhum estudo reportou alterações na sintomatologia, como já referido apresentam melhorias de um modo geral na avaliação pós- formação e, em muitas situações, mantidas no follow-up.

As melhorias foram assim significativas em diversas variáveis de habilidades sociais, e embora nenhuma formação tenha conseguido identificar um efeito principal específico podemos aceitar que a formação de generalização de habilidades de conversação é um método eficiente para o ensino de habilidades interpessoais específicas a doentes com esquizofrenia, e que melhoram no desempenho em role-play, e no comportamento e interação social.

Para a Hipótese 1 & 2,

Hipótese 1: O programa de formação de generalização de habilidades de conversação contribui para os participantes do GE apresentarem melhores resultados do que o GC, em termos de distress e bem-estar psicológico, adesão à medicação, estado de ansiedade, na avaliação pós-formação e follow-up.

Temos que:

1. Os resultados de distress em bem-estar não apresentam alterações significativas;
2. Os resultados de adesão à medicação não apresentam alterações significativas;
3. Os resultados não são claros na explicitação de melhorias no estado de ansiedade. No entanto e apesar das médias serem semelhantes nos dois grupos no T3, a mediana do GE fica nos 36 pontos, logo temos $\frac{1}{2}$ dos participantes abaixo do ponto de corte de 37 da escala que indica não existir ansiedade, mas a mediana do GC fica nos 40 pontos o que corresponde a $\frac{1}{2}$ destes participantes num enquadramento de ansiedade pertencente a quadro clínico de perturbação;
4. Conclui-se que as variáveis específicas "distress e bem-estar" e "adesão à medicação" não têm melhorias rejeitando parcialmente a hipótese 1. No entanto a variável "estado de ansiedade" terá $\frac{1}{4}$ de participantes do GE com melhorias, confirmando parcialmente a hipótese 1.

Hipótese 2: O programa de formação de generalização de habilidades de conversação contribui para os participantes do GE apresentarem melhores resultados do que o GC, em termos de autoeficácia geral, vulnerabilidade ao stress, grau de dificuldade nas situações sociais, frequência de convivência com situações sociais comuns, e desempenho pessoal e social, na avaliação pós-formação e follow-up.

Temos que:

1. Existem melhorias na vulnerabilidade ao stress, sendo que a vulnerabilidade é menor no GE embora apenas no T3 com melhorias relativamente aos T1 e T2, enquanto o GC se mantém sem alterações;
2. Existem melhorias na autoeficácia geral, em que apesar das variações nos resultados serem semelhantes nos dois grupos, no T3 o decréscimo de juízo da autoeficácia é menor no GE (que apesar da mesma mediana que GC) pois o GC tem no seu 3º quartil $\frac{1}{4}$ de participantes com pontuação acima de 42, enquanto no GE se situam acima de 61, o que corresponde a um valor claramente superior em termos de juízo de autoeficácia geral;
3. Os resultados de grau de dificuldade nas situações sociais não apresentam alterações significativas (aparecendo até aumento de dificuldades no T2, momento da pré-alta);

4. Os resultados de frequência de convivência com situações sociais comuns não apresentam alterações significativas;
5. Existem melhorias no desempenho pessoal e social, aumentando os resultados em ambos os grupos para T2, mas em T3 diminuem no GC e aumentam no GE, em particular no 3º quartil com 1/4 de participantes acima de 90 pontos da PSP.

Conclui-se que a

- Inventário de Saúde Mental (MHI) (preenchido pelo doente)
- Escala de Adesão à Terapêutica (MARS) (preenchido pelo doente)
- Escala de Autoavaliação da Ansiedade (ZUNG) (preenchido pelo doente)
- Escala de avaliação da Autoeficácia Geral (EAE) (preenchido pelo doente)
- 23 Questões para avaliação da Vulnerabilidade ao Stress (23QVS) (preenchido pelo doente)
- Questionário das Situações Sociais (QSS) (preenchido pelo doente)
- Escala de Desempenho Pessoal e Social (PSP)

apesar dos resultados evidenciarem melhorias relativas na 23QVS, na EAE, e na PSP, e também melhorias especificamente em três dos domínios da PSP (Atividades socialmente úteis: trabalho & estudo; Relações pessoais e sociais; e Autocuidado) e ainda parcialmente em ZUNG, não fica absolutamente evidente a influência deste programa de formação, pois os restantes instrumentos (MHI, MARS, QSS1, QSS2) apresentam-se sem alterações e até com algumas dificuldades específicas a aumentarem. Desta forma, concluímos com não rejeição parcial da hipótese 2 tendo a noção de que os resultados de melhorias significativas são ténues, e talvez apenas mais significativos para subgrupos de participantes do GE, em que essas pessoas terão tido maiores habilidades para usufruir da formação e da oportunidade de aprendizagem e interação estruturada em que participaram no ambiente clínico.

Desta experiência vivida temos a convicção de ter realizado uma investigação construtiva na aprendizagem e estimulação da generalização de habilidades de conversação enquanto fundamento intrínseco de qualquer habilidade psicossocial. Apesar dos ténues resultados e evidências, alguns doentes puderam aproveitar mais esta oportunidade, o que nos faz crer que as intervenções grupais em conjugação com intervenções personalizadas tem um impacto significativo na vida das pessoas e no que poderão usufruir dela enquanto cidadãos na prossecução dos seus projetos de saúde e vida.

A generalização destas habilidades de conversação aparentemente tão óbvias, mas por vezes tão difíceis de conquistar, são o caminho para o elevar do expoente interativo de cada doente em qualquer setting que viva, podendo sobre esta base de habilidade poder construir as restantes complexidades da sua possível interação social.

Esta investigação dedicou-se à generalização das habilidades de conversação (re)aprendidas em ambiente de “laboratório” passando para o ambiente seguro/inseguro e imprevisível da comunidade natural de vivência dos participantes na formação. A sua estrutura e dinâmica gerou no doente uma perceção real das suas habilidades de conversação/comunicação e da sua eficácia social, formando e treinando algumas respostas e decisões práticas ao nível pessoal e social relativas a situações sociais típicas e com as quais fosse capaz de lidar e sentir satisfação, de modo a que seja cada vez mais capaz e mais autónomo na consecução dos seus objetivos e projetos pessoais.

Estas orientações encontram-se expressas na definição que construímos de reabilitação psicossocial (ver na introdução) onde através deste processo de intervenção em Enfermagem nas pessoas e com as pessoas, desafiamo-nos a contribuir para o desenvolvimento de práticas científicas sistematizadas de recuperação das pessoas com doença mental grave, tendo sido estudados os dados relativos às diversas variáveis, nomeadamente o estado mental (distress e bem-estar), adesão à medicação, vulnerabilidade ao stress, estado de ansiedade, autoeficácia geral, grau de dificuldade nas situações sociais, frequência de convivência com situações sociais comuns, e desempenho pessoal e social.

Dos resultados podem-se salientar alterações significativas na vulnerabilidade ao stress, no estado de ansiedade, na autoeficácia geral, e no desempenho pessoal e social, mas apenas relativas a subgrupos de participantes do grupo experimental, e apenas em alguns momentos de avaliação pós-formação e/ou follow-up, concluindo-se que existe impacto na melhoria da gestão do stress e na apreciação das suas próprias capacidades, e ainda na melhoria do funcionamento pessoal e social apreciado pelos outros.

Um dos aspetos positivos desta investigação foi para nós o êxito do número de participantes, que apesar das desistências ou resistências já expostas nas diversas publicações desta área, ter podido trabalhar com 15 doentes em grupos experimentais e depois 13 doentes em grupos de controlo foi um privilégio dadas as características exigentes da população em causa.

Outro dos aspetos positivos é a nossa convicção de que os doentes com esquizofrenia podem melhorar a generalização das suas habilidades com formação e treino, o que se traduz por um funcionamento social mais adaptado, o que corresponde a um dos objetivos do Plano Nacional de Saúde Mental, nomeadamente a redução do impacto das perturbações mentais e concomitantemente a promoção da saúde mental (2).

Outro aspeto positivo é a noção real da vantagem da formação de adultos com esquizofrenia (embora aqui nestes resultados/evidências não se tivesse conseguido salientar de forma expressiva) que com habilidades intensamente óbvias, práticas e estruturantes da relação consigo próprio e com os outros como é a conversação e a sua generalização, como vimos e sentimos no decorrer da formação, consegue-se “inocular” estes participantes contra as próximas situações de dificuldade e de distress em agir.

Será, como vimos e acompanhamos, a própria utilização regular destas habilidades – a generalização – que irá conquistar a sua intrínseca utilidade e necessidade diárias, permitindo acrescentar complexidade nas habilidades à medida que cada um lida e gere esse mesmo desempenho de habilidades e resultados.

Outro aspeto positivo desta investigação, em particular pelo uso da estratégia TPC (trabalho para casa) permitiu-nos implementar o empoderamento do doente numa realidade simulada, no internamento, de modo a que ele experimentasse a generalização

das práticas que tinha anteriormente debatido e experimentado na formação. Neste desígnio sintonizamo-nos assim com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem de Saúde Mental onde se refere que a conceção de estratégias de empoderamento que permitam ao cliente desenvolver conhecimentos, capacidades, e fatores de adaptação, contribui para a eliminação ou dos riscos decorrentes da sua perturbação mental e ainda a otimização dos seus recursos (...) para manter ou promover a inclusão (112).

Podemos também apreciar como positivo a utilização deste programa de formação de generalização de habilidades de conversação, com uma estrutura simples, e com uma dinâmica constante e sistemática, como recomendado para a aquisição de novas competências para o relacionamento interpessoal e integração social pela Lei dos Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental e pela OMS (113) (114).

Outro aspeto positivo é a concretização da minha ação como Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, por um lado na mobilização de mim mesmo como instrumento terapêutico, como referido nas Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (115) ajudando os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde, neste percurso através da generalização de habilidades de conversação cruciais para o seu dia-a-dia, como estabelecido nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (1).

Neste percurso de investigação e de aprendizagem encontramos as naturais limitações dos estudos, que podem ser relativas ao setting, aos participantes, ao investigador, e ao desenho do estudo.

Perspectivamos trabalhar esta investigação com doentes em ambulatório e em internamento hospitalar em simultâneo, quer pela diferença de habilidades potencialmente disponíveis em cada grupo quer pelo interesse da comparação. No entanto, com os contactos com os profissionais do serviço, cedo se constatou que a assiduidade destes participantes pode ser sempre um problema complexo.

Assim trabalhou-se apenas o setting de internamento hospitalar durante a formação, apesar do follow-up de avaliação tenha decorrido na comunidade.

Os participantes são peculiares, pois apesar das semelhanças ao nível de perspetivar o interesse por algo, ou mostrar as devidas reservas ao iniciar um grupo de formação, ou adaptar-se aos trabalhos pedidos pelo terapeuta, no momento do internamento mostram um moderado estado de ansiedade relativa a determinados momentos como o primeiro contato (de cada dia), os primeiros momentos de cada sessão de formação, mostrando uma tendência considerável para a inquietude e distractibilidade e "cansaço" fácil. Estas variáveis estranhas foram alvo de intervenção para diminuírem a sua intensidade através do aumento da confiança e interesse no grupo de colegas em formação, através de "repousos" frequentes ou mudanças de temáticas ou abordagens repetidas, bem como as diversas estratégias já referidas na metodologia como as adaptações funcionais à utilização das metodologias de formação e de avaliação.

O estudo concretizou-se assim com um desenho quasi-experimental, dada a inexistência de participantes disponíveis, com suficientes condições clínicas para participar e para fazer nestes a aleatorização, adotando-se diferentes estratégias de amostragem por conveniência (descritas na metodologia).

Enquanto visão de Enfermagem na motivação e na relação interpessoal necessárias à intervenção com e no outro, nas evidências obtidas e na aprendizagem metodológica

realizada, permitem-nos perspetivar diversas alternativas e futuros trabalhos nesta área (sendo que algumas estratégias foram já utilizadas no decorrer desta formação):

- A utilização das situações exemplo escolhidas pelos participantes acrescenta realidade e naturalidade ao ambiente de formação;
- A personalização do ambiente de cada sessão de formação quer no ponto de vista do terapeuta quer no ponto de vista de cada participante, pois cada um de nós pode pôr nas sessões aquilo "que bem entendeu" dentro da linha de debate e da aceitação dos outros, e organizado na estrutura de formação e de organização montadas para atingir os objetivos, de investirmos todos, aquele tempo das nossas vidas.
- A confiança e motivação na formação em grupo são crescentes, mesmo para participantes que inicialmente se protegem nas suas posições passivas. Em apenas 2 sessões viam-se a participar e a querer fazer e dizer o mesmo que os outros; Isto é, existem vantagens em "simplesmente" participar em algo estruturado e útil comparativamente com a rotina diária avulsa;
- A integração em pequenos grupos de formação, dentro dos grandes grupos de internamento ou da comunidade cria pertença em cada participante permitindo criar algo como espírito de grupo, correspondência a uma mesma filosofia situacional de clube de formação, que gerou como constatamos acrescida motivação e resultados nos "trabalhos de casa" que cada participante fazia entre a sessão de formação da manhã e a sessão da tarde;
- A inclusão da automonitorização do seu desempenho comunicacional e relacional, sendo o próprio doente a avaliar e ajuizar de que forma e frequência está a utilizar as habilidades que (na formação) já considerou necessárias, interessantes e construtivas;
- Será pertinente a inclusão de sessões individuais de conversação e resolução de problemas focando aspetos moleculares da expressividade e dos incidentes críticos comportamentais e relacionais;
- Será pertinente contextualizar a medição da emoção expressa da "família" e o seu impacto no sucesso e generalização das habilidades;

Será potencialmente interessante para o futuro, diversificar:

- O setting: migrando para settings mais simples ou complexos como a comunidade, instituições de cuidados continuados regime diurno, empresas ou instituições de cariz laboral;
- As estratégias: a utilização de ferramentas online; o estabelecimento de grupos de conversação (grupos do tipo "clube de leitura"); o estabelecimento de grupos de relação interpessoal (grupos do tipo "grupos de autoajuda");
- A estrutura da formação: repetições regulares semestrais do mesmo plano de formação ou de diferentes níveis evolutivos de complexidade na conversação e na inter-relação;
- Os desafios das dinâmicas: personalização dos TPC, com objetivos reais, e com associação de outras técnicas de intervenção como a resolução de problemas;
- O registo dos dados de modo a concretizar a garantia de qualidade e continuidade dos cuidados de enfermagem, utilizando classificações internacionais, como a CIPE versão 2, por exemplo e em particular os resultados: Comunicação; Capacidade para comunicar; Barreira à comunicação; Autoeficácia; Autoestima; Bem-estar; Bem-estar social; Risco de stress por mudança de ambiente; Sobrecarga por stress; Adesão ao regime medicamentoso; Adesão ao regime terapêutico; Isolamento social; e Desempenho de um papel;
- A medição dos resultados: estudando os efeitos e a generalização das habilidades e as condições clínicas dos participantes em estudo longitudinal de média duração para

perspetivar os efeitos quer nas recaídas, quer no funcionamento pessoal, familiar e social, nas possíveis decisões (trabalho, amizades, namoro,...).

Fica constatado, pensamos nós, que o programa de generalização de habilidades de conversação em adultos com experiência de esquizofrenia é particularmente útil ao sucesso terapêutico do plano de trabalho em Enfermagem com o cliente, quer no âmbito da clínica hospitalar quer no âmbito da comunidade onde vive, em particular no incremento da relação interpessoal na sua profundidade, especificidade, e no seu potencial de concretização da generalização, dado o expectável aumento da ação comportamental por parte do cliente, e dado o incremento na influência do enfermeiro na relação desenvolvimental que criou com o seu cliente.

É também percurso desta investigação e desta aprendizagem de doutoramento em enfermagem na Universidade Católica a experimentação do potencial do doutorando na disseminação das evidências.

Nesse sentido temos vindo a concretizar esta dimensão em quatro vertentes: ensino-aprendizagem de estudantes, publicações e divulgação científica, intervenção em setting clínico, e investigação.

Na vertente ensino-aprendizagem esta intervenção de generalização das habilidades de conversação tem sido lecionada na Unidade Curricular da minha responsabilidade, Respostas Humanas nas Perturbações Psicóticas na Pós-graduação e no Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Enfermagem onde sou docente.

Na vertente de intervenção no setting clínico está em desenvolvimento, na fase de finalização do pedido à comissão de ética e equipa de gestão dum serviço de internamento psiquiátrico com internamentos médios de 3 meses, da aplicação desta intervenção de generalização de habilidades de conversação em doentes com esquizofrenia, num estudo de caso em grupo, por uma Enfermeira Mestranda sob a minha orientação.

Na vertente publicações e divulgação científica tem sido publicado materiais, nomeadamente:

- Esquizofrenia [artigo proposto à revista de A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental].
- The circumstance of the patient with schizophrenia – the cumulative disadvantage. A literature review [artigo proposto Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing].
- Generalização de habilidades de conversação em doentes com esquizofrenia - uma análise crítica [artigo proposto à revista Trends in Psychiatry and Psychotherapy].
- Manual de intervenção na Generalização de habilidades de conversação em doentes com esquizofrenia. [Publicação em livro, negociação com Editoras em desenvolvimento].
- Melo-Dias, C.; Silva, C.F. (2014) Habilidades de conversação em doentes com esquizofrenia, investigação quasi-experimental [Comunicação livre] 8.º Seminário Internacional de Investigação em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa, 8 a 10 de Maio, Porto.
- Melo-Dias, C.; Silva, C.F. (2014) Habilidades de conversação em doentes com esquizofrenia-revisão. Revista Nursing, Janeiro, Fevereiro, Março, n. 289.
- Melo-Dias, C. (2014) Investigar habilidades de conversação em adultos com esquizofrenia. In Sequeira, C.; Carvalho, J. C. & Sá, L. (Eds.), E-book IV Congresso

Internacional ASPESM: Padrões de Qualidade em Saúde Mental (pp.46-57). Porto: ASPESM, ISBN: 978-989-96144-5-1.

- Melo-Dias, C. (2013) Habilidades de Conversação em Adultos com Esquizofrenia [Conferência], no IV Congresso Internacional da ASPESM – Padrões de qualidade em Saúde Mental, realizado pela A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, em 11 de Outubro de 2013 na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra - Pólo B, Coimbra.
- Melo-Dias, C.; Silva, C.F. (2012) Revisão Sistemática de Literatura de Habilidades de Conversação em Doentes com Esquizofrenia (Póster). Revista de Enfermagem Referência, n.º 6, III Série, Junho – Suplemento 2012, Atas do III Congresso de Investigação em Enfermagem, p. 73, Coimbra, ISSN: 0874.0283.
- Melo-Dias, C. (2012) Impacto da formação em habilidades de conversação em adultos com esquizofrenia: revisão sistemática de literatura de investigação experimental e quasi-experimental [Comunicação livre], no III Congresso Internacional da SPESM, da Investigação à Prática Clínica em Saúde Mental, Porto, 10-12 Outubro, 2012.
- Melo-Dias, C.; Silva, C.F. (2012) A circunstância da pessoa doente com esquizofrenia – a desvantagem acumulada. [Póster]. III Congresso Internacional da SPESM: Da Investigação à Prática Clínica em Saúde Mental, de 10-12 Outubro, Porto.
- Melo-Dias, C.; Silva, C.F. (2012) Revisão Sistemática de Literatura de Habilidades de Conversação em Doentes com Esquizofrenia. [Póster]. III Congresso de Investigação em Enfermagem Ibero-Americano, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, 12-15 Junho.
- Melo-Dias, C.; Silva, C.F. (2012) Revisão Sistemática da Literatura: Treino de Habilidades Sociais em Doentes com Esquizofrenia. [Póster]. In Livro de Resumos: 1º Congresso Internacional de Saúde do IPléiria, Unidade de Investigação em Saúde (UIS) & Escola Superior de Saúde de Leiria (ESSLei) & Instituto Politécnico de Leiria (IPL), Sessão 2: Investigação e Inovação em Saúde, pág. 116, ISBN: 978-972-8793-46-3, disponível em 14-05-2012, consultado em http://www.health.ipleiria.pt/portal/health?p_id=15319 & <http://snack.to/fzp5wcud>
- Melo-Dias, C. (2011) Habilidades de Conversação em doentes com esquizofrenia – revisão. [Póster]. V Seminário de Investigação em Enfermagem / Seminário Internacional de Investigação em Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Porto, de 5 a 7 de Maio de 2011.

Na vertente investigação, além do envolvimento de estudantes de Mestrado, a intervenção de generalização de habilidades de conversação é agora estudo associado dum projeto estruturante de investigação & desenvolvimento + disseminação, registado na UICISA-E da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, como o título PBE-MENTAL - Prática Baseada na Evidência em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, do qual sou investigador responsável/coordenador [http://www.esenfc.pt/site/?module=ui&target=outreach-projects&id_projecto=230&id_linha_investigacao=1&tipo=UI] de modo a promover a sua disseminação, implementação e integração como evidência na tomada de decisão e intervenção das práticas clínicas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica nos ambientes de prestação de cuidados.

1. **Ordem dos Enfermeiros, Conselho de Enfermagem.** *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.* s.l. : Ordem dos Enfermeiros, 2001.
2. **Plano Nacional de Saúde Mental, Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde, Coordenação Nacional para a Saúde Mental.** *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 – Resumo Executivo.* [ed.] Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Lisboa : Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde, 2008.
3. **Liberman RP, 1991, citado por Coelho CM, Silva CF, Silvério JMA, Palha AP.** Treino de habilidades sociais aplicado a pessoas com esquizofrenia. *Psiquiatria Clínica.* 2002, Vol. 23:3.
4. **Ekdawi, Conning & Campling, 1994, citados por Coelho CM, Silva CF, Silvério JMA, Palha AP.** Treino de habilidades sociais aplicado a pessoas com esquizofrenia. *Psiquiatria Clínica.* 2002, Vol. 23:3.
5. **Santos MJH.** Esquizofrenia: perspectivas actuais de reabilitação psicossocial. *Psicologia.* 2000, Vol. XIV.
6. **Stuart GM, Laraia MT.** *Enfermagem Psiquiátrica: princípios e prática.* Porto Alegre, Brasil : Artes Médicas, 2001. 85-7307-713-1.
7. **Briddon J, Richards D, Lovell K.** Common Health Mental Health Problems. [Online] 2003. [Citação: 14 de Abril de 2005.] <http://www.jcn.co.uk/journal.asp?MonthNum=08&YearNum=2003&Type=backissue&ArticleID=614>.
8. **Bellack AS.** Skills Training for people with severe mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal.* 2004, Vol. 27:4.
9. **The Sainsbury Centre for Mental Health.** Sainsbury Briefing 4 – Acute Problems – A survey of the quality of care in acute psychiatric wards. London : The Sainsbury Centre for Mental Health, 1998.
10. **Bellack AS, Mueser KT.** Psychosocial treatment for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin.* 1993, Vol. 19.
11. **Gastal FL, Andreoli SB, Quintana MIS, Gameiro MA, Leite SO, McGrath J.** Predicting the revolving door phenomenon among patients with schizophrenic, affective disorders and non-organic psychoses – Fatores preditores do fenómeno de reinternações de pacientes esquizofrênicos, com transtorno afetivo e psicose não orgânica. *Revista de Saúde Pública.* 2000, Vol. 34.
12. **Meijel Bv.** Relapse prevention in patients with schizophrenia: A nursing intervention study. The Netherlands : s.n., 2003. Thesis University Utrecht. 90-393-3386-6.
13. **Ayuso-Gutierrez & Del Rio Vega, 1997 citados por Meijel Bv, Kruitwagen C, Gaag vd , Kahn RS, Grypdonck MHF.** An Intervention Study to Prevent Relapse in Patients with Schizophrenia. *Journal of Nursing Scholarship.* 2006, Vol. 38.
14. **Kissling, 1991 & 1992 citados por Meijel Bv, Kruitwagen C, Gaag vd , Kahn RS, Grypdonck MHF.** An Intervention Study to Prevent Relapse in Patients with Schizophrenia. *Journal of Nursing Scholarship.* 2006, Vol. 38.
15. **Klinkenberg & Calsyn, 1996, citados por Rossotto E, Wirshing DA, Liberman RP.** Enhancing Treatment Adherence Among Persons With Schizophrenia by Teaching Community Reintegration Skills. *Psychiatric Services.* 2004, Vol. 55.
16. **Rossotto E, Wirshing DA, Liberman RP.** Enhancing Treatment Adherence Among Persons With Schizophrenia by Teaching Community Reintegration Skills. *Psychiatric Services.* 2004, Vol. 55.
17. **Liberman RP, 1993, p. 132, citado por Cruz JP, Más MB.** Treino de Aptidões Sociais e Terapia Cognitiva na Esquizofrenia Paranóide. *Psychiatry On-Line Brazil.* [Online] 1997. [Citação: 9 de Maio de 2005.] <http://www.priory.com/psych/hsociais.htm>.
18. **Drake RE, Mueser KT, Torrey WC, Miller AF, Lehman A, Bond GR, Goldman HH, Leff HS.** Evidence-based treatment of schizophrenia. *Current Psychiatry Report.* 2000, Vol. 2.

19. **Wing, 1982, citado por Coelho CM, Silva CF, Silvério JMA, Palha AP.** Treino de habilidades sociais aplicado a pessoas com esquizofrenia. *Psiquiatria Clínica*. 2002, Vol. 23:3.
20. **Shepherd, 1986, citado por Coelho CM, Silva CF, Silvério JMA, Palha AP.** Treino de habilidades sociais aplicado a pessoas com esquizofrenia. *Psiquiatria Clínica*. 2002, Vol. 23:3.
21. **Heinssen RK, Liberman RP, Kopelowicz A.** Psychosocial skills training for schizophrenia: Lessons from the laboratory. *Schizophrenia Bulletin*. 2000, Vol. 26:21.
22. **Liberman RP, Fuller TR.** Generalization of social skills training in schizophrenia. [autor do livro] Joanna Meder. *Rehabilitation of patients with schizophrenia*. Krakow : Biblioteka Polish Psychiatry, 2000.
23. **APA – American Psychiatric Association.** *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia*. s.l. : American Psychiatric Publishing, 2004.
24. **Liberman RP, 1992, citado por Liberman RP, Martin T.** Social Skills Training. *Psychiatric REHAB Program*. [Online] 2002. [Citação: 9 de Maio de 2005.] <http://www.bhrm.org/guidelines/Liberman%20social%20skills%20training.pdf>.
25. **Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde.** Regulamento do Curso de Doutorado em Enfermagem. [Online] [Citação: 4 de Agosto de 2008.] <http://www.ucp.pt/site/custom/template/ucptplfac.asp?SSPAGEID=3974&lang=1&artigoID=5144>.
26. **Gupta S, Kulhara P.** What is schizophrenia: A neurodevelopmental or neurodegenerative disorder or a combination of both? A critical analysis. *Indian Journal Psychiatry*. Jan-Mar de 2010, Vol. 52:1, pp. 21-27.
27. **Melo-Dias C, Lopes M.** RSL Operacionalizada. *Revista Nursing*. Julho de 2011, Vol. 271.
28. **Jarskog LF, Miyamoto S, Lieberman JA.** Schizophrenia: New Pathological Insights and Therapies. *Annual Review of Medicine*. 2007, Vol. 58, pp. 49-61.
29. **Andrea S, Alkomiet H, Oliver G, Peter F.** Schizophrenia as a disorder of disconnectivity. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2011, Vol. 261 (Suppl 2).
30. **Brüne M, Ebert A.** From Social Neurons to Social Cognition: Implications for Schizophrenia Research. *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 2011, Vol. 24:1.
31. **El-Missiry A, Aboraya AS, Manseur H, Manchester J, France C, Border K.** An Update on the Epidemiology of Schizophrenia with a Special Reference to Clinically Important Risk Factors. *Int J Ment Health Addiction*. 2011, Vol. 9.
32. **Myers NL.** Update: Schizophrenia Across Cultures. *Curr Psychiatry Rep*. 2011, Vol. 13.
33. **Mesholam-Gately RI, Giuliano AJ, Goff KP, Faraone SV, Seidman LJ.** Neurocognition in First-Episode Schizophrenia: A Meta-Analytic Review. *Neuropsychology*. 2009, Vol. 23:3.
34. **Messias E, Chen C-Y, Eaton WW.** Epidemiology of Schizophrenia: Review of Findings and Myths. *Psychiatr Clin North Am*. 2007, Vol. 30:3.
35. **Silva RCB.** Esquizofrenia: uma Revisão. *Psicologia USP*. 2006, Vol. 4:17.
36. **Neto AGAA, Bressan RA, Filho GB.** Fisiopatologia da esquizofrenia: aspectos atuais. *Rev. Psiqu. Clín.* 2007, Vols. 34, supl 2.
37. **Tsoi DT-Y, Hunter MD, Woodruff PWR.** History, aetiology, and symptomatology of schizophrenia. *Psychiatry*. 2008, Vol. 7:10.
38. **Tandon R, Nasrallah HA, Keshavan MS.** Schizophrenia, "just the facts" 4. Clinical features and conceptualization. *Schizophrenia Research*. 2009, Vol. 110.
39. **Lakhan SE, Vieira KF.** Schizophrenia pathophysiology: are we any closer to a complete model? *Annals of General Psychiatry*. 2009, Vol. 8:12.

40. **Shin JK, Malone DT, Crosby IT, Capuano B.** Schizophrenia: A Systematic Review of the Disease State, Current Therapeutics and their Molecular Mechanisms of Action. *Current Medicinal Chemistry*. 2011, Vol. 18.
41. **Fleming MP, Martin CR.** Genes and schizophrenia: a pseudoscientific disenfranchisement of the individual. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2011, Vol. 18.
42. **Zubin J, Spring B.** Vulnerability – A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*,. 1977, Vol. 86:2, pp. 103-26.
43. **Bandura A.** Social Cognitive Theory. [autor do livro] Vasta R. *Annals of child development, vol. 6, Six theories of child development*. s.l. : Greenwich, CT:JAI Press, 1989.
44. —. Social cognitive theory of human development. [autor do livro] Postlethwaite TN Husen T. *International Encyclopedia of Education*. s.l. : Oxford, Pergamon Press, 1996.
45. **Rosotto E, Wirshing DA, Liberman RP.** Enhancing Treatment Adherence Among Persons With Schizophrenia by Teaching Community Reintegration Skills. *Psychiatric Services*. Vol. 55.
46. **Liberman RP, Martin T.** Social Skills Training. [Online] 2002. [Citação: 5 de Maio de 2005.] <http://www.bhrm.org/guidelines/Liberman%20social%20skills%20training.pdf>.
47. **Coelho CM, Palha AP.** *Treino de Habilidades Sociais Aplicado a Doentes com Esquizofrenia*. Lisboa : Climepsi, 2006.
48. **Coelho CM.** *Treino de Habilidades Sociais Aplicado a Doentes com Esquizofrenia*. Braga : s.n., 1999. Tese de Mestrado em Psicologia, Instituto de Educação e Psicologia.
49. **Bellack AS, Turner SM, Hersen M, Luber RF.** An examination of the efficacy of social skills training for chronic schizophrenic patients. *Hospital and Community Psychiatry*. 1984, Vol. 35.
50. **Massel HK, Corrigan PW, Liberman RP e MA, Milan.** Conversation skills training of thought-disordered schizophrenic patients through attention focusing. *Psychiatry Research*. 1991, Vol. 38:1.
51. **Kopelowicz A, Liberman RP, Mintz J, Zarate R.** Comparison of efficacy of social skills training for deficit and nondeficit negative symptoms in schizophrenia. *he American Journal of Psychiatry*. 1997, Vol. 154.
52. **Hayes RL, Halford WK, Varghese FT.** Social skills training with chronic schizophrenic patients: Effects on negative symptoms and community functioning. *Behavior Therapy*. 1995, Vol. 26.
53. **Chien H, Ku C, Lu R, Chu H, Tao Y, Chou K.** Effects of social skills training on improving social skills of patents with schizophrenia. *Archive of Psychiatric Nursing*. 2003, Vol. 17:5.
54. **Seo JM, Ahn S, Byun EK, Kim CK.** Social Skills Training as Nursing Intervention to Improve the Social Skills and Self-Esteem of Inpatients with Chronic Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2007, Vol. 21:6.
55. **Silverstein SM, Spaulding WD, Menditto AA, Savitz A, Liberman RP, Berten S, Starobin H.** Attention Shaping: a Reward-Based Learning Method to Enhance Skills Training Outcomes in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 2009, Vol. 35:1.
56. **Kelly JA, Urey JR, Patterson JT.** Improving heterosocial conversational skills of male psychiatric patients through a small group training procedure. *Behavior Therapy*. 1980, Vol. 11.
57. **Holmes MR, Hansen DJ & St.Lawrence JS.** Conversational skills training with aftercare patients in the community: Social validation and generalization. *Behavior Therapy*. 1984, Vol. 15.
58. **Wong SE, Martinez-Diaz JA, Massel HK, Edelstein BA, Wiegand W, Liberman RP.** Conversational skills training with schizophrenic inpatients: a study of generalization across settings and conversants. *Behavioral Therapy*. 1993, Vol. 24.
59. **Ahmed M, Bayog F, Boisvert CM.** Computer-Facilitated Therapy for Inpatients with Schizophrenia. *Psychiatric Services*. 1997, Vol. 48:10.

60. **Roder et al. 1990, citado por Coelho CM.** Treino de Habilidades Sociais Aplicado a Doentes com Esquizofrenia. Braga : s.n., 1999. Tese de Mestrado em Psicologia, Instituto de Educação e Psicologia.
61. **Trower, 1984, citado por Coelho, C M.** Treino de Habilidades Sociais Aplicado a Doentes com Esquizofrenia. Braga : s.n., 1999. Tese de Mestrado em Psicologia, Instituto de Educação e Psicologia.
62. **Caballo VE, 1986, citado por Coelho, C M.** Treino de Habilidades Sociais Aplicado a Doentes com Esquizofrenia. Braga : s.n., 1999. Tese de Mestrado em Psicologia, Instituto de Educação e Psicologia.
63. **Curran JPIII, Himadi B & Donahue-Bennett D.** Conversational skills training with a chronically hospitalized psychiatric inpatient. *Behavioral Interventions*. 1991, Vol. 6:2.
64. **Lewis, FD, Roessler R, Greenwood R, & Evans T.** Conversation skill training with individuals with severe emotional disabilities. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 1985, Vol. 8:3.
65. **Falloon, 1984, citado por Nilsson LL, Grawe RW, Levander S, Lovaas AL.** Efficacy of conversational skills training of schizophrenic patients in Sweden and Norway. *International Review of Psychiatry*. 1998, Vol. 10:1.
66. **Urey JR, Laughlin C, Kelly JA.** Teaching heterosocial conversational skills to male psychiatric patients. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*. 1979, Vol. 10.
67. **Clegg J, Shelagh B, Randolph WP, Woodruff, PWR.** Speech and language therapy intervention in schizophrenia: a case study. *International Journal of Language & Communication Disorders*. 2007, Vol. 42:s1.
68. **Trower, 1980, citado por Holmes MR, Hansen DJ, St.Lawrence JS.** Conversational skills training with aftercare patients in the community: Social validation and generalization. *Behavior Therapy*. 1984, Vol. 15.
69. **Liberman RP, 1993, p.132, citado por Coelho, C M.** Treino de Habilidades Sociais Aplicado a Doentes com Esquizofrenia. Braga : s.n., 1999. Tese de Mestrado em Psicologia, Instituto de Educação e Psicologia.
70. **Ahmed M, Goldman JA.** Cognitive Rehabilitation of Adults with Severe and Persistent Mental Illness: A Group Model. *Community Mental Health Journal*. 1994. Vol. 30:4.
71. **Liberman RP, 1992, citado por Nilsson LL, Grawe RW, Levander S, Lovaas AL.** Efficacy of conversational skills training of schizophrenic patients in Sweden and Norway. *International Review of Psychiatry*. 1998, Vol. 10:1.
72. **Wong SE, Woolsey JE.** Re-establishing Conversational Skills in Overtly Psychotic, Chronic Schizophrenic Patients: Discrete Trials Training on the Psychiatric Ward. *Behavior Modification*. 1989, Vol. 13.
73. **Kupke T, Hobbs SA, Lavin PF, Cheney TH.** Social Validation of a Conversational Skills – Training Program. *Journal of Behavioral Assessment*. 1984, Vol. 6:3.
74. **Liberman RP, 1990, citado por Butorin N, Liberman RP.** Adaptation and cross-cultural validation of the Basic Conversation Skills Module in Bulgaria. *International Review of Psychiatry*. 1998, Vol. 10.
75. **Nilsson LL, Grawe RW, Levander S, Lovaas AL.** Efficacy of conversational skills training of schizophrenic patients in Sweden and Norway. *International Review of Psychiatry*. 1998, Vol. 10:1.
76. **Butorin N, Liberman RP.** Adaptation and cross-cultural validation of the Basic Conversation Skills Module in Bulgaria. *International Review of Psychiatry*. 1998, Vol. 10.
77. **Lak DCC, Tsang HWH.** Cultural Adaptation of the Basic Conversational Skills Module for a Chinese Population. *Psychiatric Services*. 2004, Vol. 988:55.
78. **Fortin, MF.** *O Processo de Investigação – da concepção à realização.* [trad.] Trad. Nídia Salgueiro. Loures : Lusociência, 1999.

79. **CRD, Centre for Reviews and Dissemination.** *Systematic Reviews – CRD’s guidance for undertaking reviews in health care.* University of York : CRD - Centre for Reviews and Dissemination, 2009.
80. **Wallace CJ, Davis JR.** Effects of reinforcement and information on the conversational behaviour of chronic psychiatric patient dyads. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 1974, Vol. 42.
81. **Spencer PG, Gillespie CR, Ekisa EG.** A controlled comparison of the effects of social skill training and remedial drama on the conversational skills of chronic schizophrenic inpatients. *British Journal of Psychiatry.* 1983, Vol. 143.
82. **Bordás CS, Artiaga MPM, Labordeta AB.** Evaluación de un Programa de Habilidades de Comunicación en la Esquizofrenia (CIOPA 2001 – Congresso Internacional Online de Psicologia). [Online] 2001. [Citação: 14 de 12 de 2009.] <http://www.psicologia-online.com/ciopa2001/atividades/49/index.html>.
83. **Ahmed M.** Computer-Facilitated dialogue with patients who have schizophrenia. *Psychiatric Services.* 2002, Vol. 53:1.
84. **Ng RMK, Cheung MSL.** Social skills training in Hong Kong Chinese patients with chronic schizophrenia. *Hong Kong Journal of Psychiatry.* 2006, Vol. 16.
85. **Melo-Dias C, Silva CF.** Revisão Sistemática da Literatura: Treino de Habilidades Sociais em Doentes com Esquizofrenia (Poster). [ed.] Unidade de Investigação em Saúde (UIS) & Escola Superior de Saúde de Leiria (ESSLei) & Instituto Politécnico de Leiria (IPL). *Livro de Resumos do Congresso Internacional de Saúde do IPLeiria.* Leiria : s.n., 2012. Vol. Sessão 2: Investigação e Inovação em Saúde, p. 116. consultado em http://www.health.ipleiria.pt/portal/health?p_id=15319 & <http://snack.to/fzp5wcud>. 978-972-8793-46-3.
86. —. Revisão Sistemática de Literatura de Habilidades de Conversação em Doentes com Esquizofrenia (Poster). *Revista de Enfermagem Referência.* III série, Suplemento, Junho de 2012, Vol. 6, Atas do III Congresso de Investigação em Enfermagem, p. 73.
87. **Phaneuf M.** *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação.* s.l. : Lusociência, 2005. 9728383343.
88. **George JB.** *Teorias de Enfermagem – Os fundamentos para a prática profissional.* Porto Alegre : Artes Médicas, 1993.
89. **Almeida VCF, Lopes MVO, Damasceno MMC.** Teoria das Relações Interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barbara Barnum. *Revista da Escola Enfermagem Universidade de São Paulo.* 2005, Vol. 39 (2), pp. 202-210.
90. **Cameron D, Kapur R & Campbell P.** Releasing the therapeutic potential of the psychiatric nurse: a human relations perspective of the nurse–patient relationship. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing.* 2005, Vol. 12, pp. 64-74.
91. **Caballo VE.** *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales.* Madrid : Siglo XXI de España Editores, 2009. ISBN 978-84-323-0808-6.
92. **Pais-Ribeiro JL.** Mental Health Inventory: um estudo de adaptação. *Psicologia: Saúde & Doenças.* 2001, Vol. 2:2.
93. —. *Avaliação em Psicologia da Saúde.* Coimbra : Quarteto, 2007. 989-558-087-8.
94. **Fialko L, Garety PA, Kuipers E, Dunn G, Bebbington PE, Fowler D, Freeman D.** A large-scale validation study of the Medication Adherence Rating Scale (MARS). *Schizophrenia Research.* 2008, Vol. 100.
95. **Vanelli I, Chendo I, Gois C, Santos J, Levy P.** Adaptação e validação da versão portuguesa da escala de adesão à terapêutica. *Acta Médica Portuguesa.* 2011, Vol. 24.
96. **Thompson K, Kulkarni J, Sergejew AA.** Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses. *Schizophrenia Research.* 2000, Vol. 42.
97. **Ponciano M, Vaz-Serra A, Relvas J.** Aferição de uma escala de auto-avaliação de ansiedade de Zung, numa amostra de população Portuguesa normal. *Psiquiatria Clínica.* 1982, Vol. 3:4.

98. **Zung WWK**. A Rating Instrument For Anxiety Disorders. *Psychosomatics*. 1971, Vol. Vol XII:6.
99. **Pais-Ribeiro JL**. Adaptação de uma escala de avaliação da auto-eficácia geral. [Online] 1995. [Citação: 18 de 8 de 2011.] <http://www.fpce.up.pt/docentes/paisribeiro/testes/EFICACIA.htm>.
100. **Vaz-Serra A**. Construção de uma escala para avaliar a vulnerabilidade ao stress: a 23 QVS. *Psiquiatria Clínica*. 2000, Vol. 21:4.
101. **Bryant B, Trower PE**. Social difficulty in a student sample. *British Journal of Educational Psychology*. 1974, Vol. 14.
102. **Lind W**. Aptidões Sociais para fomentar a Desinstitucionalização de Doentes de Evolução Prolongada. [ed.] Universidade de Lisboa Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Lisboa : s.n., 1997. Tese de Mestrado.
103. **Halford WK, Hayes RL**. Social skills in schizophrenia: assessing the relationship between social skills, psychopathology and community functioning. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1995, Vol. 30.
104. **Griffiths MD**. Computer game playing and social skills: a pilot study. *Revista de Psicologia, Ciències de l'Educató i de l'Esport*. 2010, Vol. 27.
105. **Brissos S, Palhavã F, Marques JG, Mexia S, Carmo AL, Carvalho M, Dias C, Franco JD, Mendes R, Zuzarte P, Carita AI, Molodynski A, Figueira ML**. The Portuguese version of the Personal and Social Performance Scale (PSP): reliability, validity, and relationship with cognitive measures in hospitalized and community schizophrenia patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services*. 2011a, Vol. 45:7.
106. **Morosini P-L, Magliano L, Brambilla L, Ugolini S, Pioli R**. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2000, Vol. 101.
107. **Brissos S, Balanza-Martinez V, Dias VV, Carita AI, Figueira ML**. Is personal and social functioning associated with subjective quality of life in schizophrenia patients living in the community? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2011b. [Publicação online 8 de Março de 2011, pré-publicação em papel, disponível em (doi:10.1007/s00406-011-0200-z)].
108. **Brissos S, Dias VV, Balanzá-Martinez V, Carita AI, Figueira ML**. Symptomatic remission in schizophrenia patients: Relationship with social functioning, quality of life, and neurocognitive performance. *Schizophrenia Research*. 2011c, Vol. 129.
109. **Ordem dos Enfermeiros**. Código Deontológico do Enfermeiro, Decreto-Lei n.º 104/98. *Diário da República: I Série – A*. 21 de Abril de 1998. pp. 1753-1756.
110. **Bellack AS, Mueser KT, Gingerich S, Agresta J**. *Social Skills Training for Schizophrenia: A Step-by-Step Guide*. New York : Guilford Publications, 2004. ISBN 1-57230-846-X.
111. **Phaneuf M**. *Planificação de cuidados: um sistema integrado e personalizado*. Coimbra : Quarteto, 2001. 9728535783.
112. **Ordem dos Enfermeiros**. Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados de enfermagem de saúde mental. 22 de Outubro de 2011.
113. **Ministério da Saúde, Portugal**. Lei dos Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental. s.l. : Diário da República, 1.ª série, 28 de Janeiro de 2010. pp. 257-263.
114. **OMS, Organização Mundial de Saúde**. Estratégias psicossociais que promovam uma vida independente e habilidades sociais. [Online] [Citação: 30 de Julho de 2011.] http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/psychosis/q11/en/index.html.
115. **Ordem dos Enfermeiros**. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (Regulamento n.º 129/2011). s.l. : Diário da República, 2.ª série, 18 de Fevereiro de 2011. Vol. 35, pp. 8669-8673.

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Quadros Síntese Organizadores (26 páginas)	146
Anexo 2: FICHAS DE TPC E REGISTO (7 páginas)	173
(1) Observar, ouvir falar e comunicação não-verbal	174
(2) Escuta ativa e comentários de escuta	175
(3) Falar de um tema (iniciar e manter uma conversa)	176
(4) Terminar uma conversa	177
(5) Falar ao telefone	178
(6) Falar com um estranho ("não conhecido")	179
Anexo 3: Autorização da Diretora Clínica da Clínica Masculina Pav. 8 Dra. Luísa Rosa	180
Anexo 4: Aprovação do estudo pela Comissão de Ética do CHPC.....	181
Anexo 5: Protocolo de Consentimento.....	182
Anexo 6: MHI – Inventário de Saúde Mental	183
Anexo 7: MARS – Escala de Adesão à Terapêutica	184
Anexo 8: ZUNG – Escala de Autoavaliação da Ansiedade.....	185
Anexo 9: EAE – Escala de avaliação da Autoeficácia Geral	186
Anexo 10: 23QVS – 23 Questões para avaliação da Vulnerabilidade ao Stress	187
Anexo 11: QSS1 – Questionário das Situações Sociais 1ª Parte	188
Anexo 12: QSS2 – Questionário das Situações Sociais 2ª Parte	189
Anexo 13: PSP – Escala de Desempenho Pessoal e Social.....	190
Anexo 14: Ficha de Dados Demográficos	191
Anexo 15: Quadros com resultados da aplicação do teste Friedman: Explicitação dos percentis dos diversos instrumentos de avaliação (3 páginas).....	192

Autores , Data e País	Participantes	Intervenções		Comparações		Resultados	Contexto	Desenho do estudo
		Tipo de Habilidades	Frequência da formação	Instrumentos	Frequência da avaliação			
Wallace & Davis (1974) EUA	n= 2 Ambos ♂ Idade >20 Anos Esquizofrenia (?)	Utilização de reforços na melhoria da conversaço	60 Sessões Diárias Duração de 3 a 30 minutos (conforme a performance não conversadora dos participantes)	Sistema de avaliação por observação direta (e ainda gravação vídeo) e registo em sala com espelho unidirecional). Dois avaliadores (um para cada participante) Avaliaram a ocorrência de contato visual e/ou a conversa sobre um tópico (com registo eletrónico)	Em todas as sessões de treino, em contínuo	Os segundos de conversaço obtidos relativamente a cada assunto foram somados e adstritos a cada um dos respetivos participantes Na fase base foi verificada pouca conversaço com \bar{x} = 0,625 para M e para B \bar{x} = 4,63, sem aumento perceptível quando recebiam instruções A fase reforço produziu um aumento da conversaço em ambos, B com \bar{x} =67,80 e M. com \bar{x} =72,82. O retorno à fase de instruções viu diminuir a conversaço de M. (7.33), embora B se tenha mantido relativamente alta (\bar{x} =42,0). A introdução de informação não influenciou nenhum aumento de conversaço em M e parece ter influenciado uma diminuição em B (\bar{x} =5,75). Um regresso a um momento de reforço fez aumentar novamente a conversaço em B (\bar{x} =-39,32) e em M (\bar{x} =28,33). Durante os ensaios de generalizaço ocorreram muito poucos momentos de conversaço (B com \bar{x} =1,23, e M com \bar{x} =0,75) sem variaço consistente relativa às diferentes fases. Ambos os participantes responderam corretamente a todas as questões relacionadas com os itens que tinham lido. Envolvimento na conversaço melhorou diretamente proporcional à ocorrência de reforço.	Residentes da Unidade de Investigaço do <i>Camarillo State Hospital</i>	Quasi- experimental

Autores , Data e País	Participantes	Intervenções		Comparações		Resultados	Contexto	Desenho do estudo
		Tipo de Habilidades	Frequência da formação	Instrumentos	Frequência da avaliação			
Urey, Laughlin, Kelly (1979) EUA	n= 2 Todos ♂ 22A e 27A Esquizofrenia	Formação de habilidades de conversação (com desconhecidos) Sessões individuais	± 15 Sessões 3x por semana Duração 45 Minutos Durante 4 a 5 semanas	Avaliada a frequência de cada habilidade em filmes com 5 minutos de interação Adicionalmente foi feita uma avaliação não estruturada de consequências da conversação, nomeadamente: Participante 1, uma contagem do número de verbalizações inapropriadas ou negativas em cada sessão Participante 2, uma avaliação numa escala de 7 pontos relativa ao afeto adequado (desde 1 = muito desadequado, inexpressivo, desinteressante, até 7 = adequadamente caloroso, tom emocional amigável)	Pré- formação, pós- formação e follow-up	<p>Participante 1: A medida não estruturada de avaliação relativa às verbalizações negativas diminuiu substancialmente desde a sessão base, a partir do momento em que lhe foram ensinadas alternativas para uma conversação adequada, tendo atingido o valor 0 na conclusão da formação</p> <p>Participante 2: As avaliações do afeto, que inicialmente se apresentava ineficaz, foi gradualmente melhorando e adequando-se ao longo das sessões de formação à medida que ia adquirindo novas habilidades de conversação</p> <p>Ambos os participantes: Melhoria substancial na avaliação subjetiva efetuada pela interlocutora nas interações. Em ambos as interlocutoras foram apreciando gradualmente e como resultado do tratamento que os participantes foram ficando mais interessantes, adequados, emocionalmente "verdadeiros" e atraentes</p> <p>Avaliados por mulheres neutras ao estudo, relativamente às sessões de interação, sem indicação se se tratavam de sessões pré ou pós- formação, foi unânime na apreciação muito mais positiva nas sessões pós- formação em todos os critérios de avaliação do comportamento social do participante.</p> <p>Avaliação follow-up: Participante 1: no 1º mês manteve as habilidades aprendidas em nível semelhante ao da fase final de tratamento (não tendo estado disponível para se proceder à avaliação dos 6 meses). Participante 2 também manteve as habilidades aprendidas em nível semelhante ao da fase final de tratamento quer na avaliação do 1º mês como na dos 6 meses.</p>	Doentes hospitalizados	Quasi-experimental

Autores , Data e País	Participantes	Intervenções		Comparações		Resultados	Contexto	Desenho do estudo
		Tipo de Habilidades	Frequência da formação	Instrumentos	Frequência da avaliação			
Kelly, Urey, Patterson (1980) EUA	n = 3 Todos ♂ Entre os 23 e os 25 anos Esquizofrenia	Habilidades de conversaço (com desconhecid os)	9 Sessões 1x por semana 40 + 8 Minutos	Valores pré-treino das habilidades de conversaço, avaliados em sessões de 8 minutos (filmadas em vídeo) Avaliação com 4 dimensões numa escala de 10 pontos: 1) Quantidade de interesse ativo por parte da mulher; 2) O grau de probabilidade do Participante poder utilizar a mesma conversaço apropriada e hábil com outra mulher no ambiente em que vive; 3) Quantidade de interesse que a avaliadora teria em conhecer socialmente este Participante; 4) Grau de sinceridade e autenticidade nas respostas e emoções dos Participantes.	Pré- formaço e pós- formaço, e follow-up às 10 semanas	Em momentos pontuais os Participantes exibiram melhorias substanciais nas diversas habilidades, mas de uma forma instável. PÓS-FORMAÇÃO Número de questões Participante A: Sessão 1, 2, e 3 = 5, 5, 6; Participante B: Sessão 1, 2, e 3 = 6, 15, 7; Participante C: Sessão 1, 2, e 3 = 6, 0, 2. Número de falar de si positivamente Participante A: 6 sessões = 15, 17, 15, 20, 22, 14; Participante B: 6 sessões = 16, 30, 30, 22, 14, 12; Participante C: 6 sessões = 13, 6, 13, 15, 0, 12. Número de reforços e cumprimentos Participante A: 8 sessões = 0, 1, 0, 3, 1, 2, 1; Participante B: 8 sessões = 0, 0, 0, 0, 1, 0, 1, 0; Participante C: 8 sessões = 0, 0, 0, 1, 0, 0, 0. À medida que a formação começou, e respetivamente no início de cada série de treino relativo a cada uma das habilidades específicas, estas foram substancialmente incrementadas em todos os Participantes. Interessante de apreciar que estas diferentes habilidades se mantiveram ao longo do treino das restantes habilidades. Júri feminino: na pós-formação: mais interesse (média = 8,3), ser mais adequado (média = 9,0), mais interessante para conhecer (média = 7,0), e mais autêntico emocionalmente (média = 8,3) FOLLOW-UP Número de questões Participante A: 9 sessões = 15, 16, 5, 16, 11, 19, 13; Participante B: 9 sessões = 18, 15, -, 11, 11, 12, 12, 16, 10; Participante C: 9 sessões = 5, 14, 12, 8, 14, 13, 16, -, -. Número de falar de si positivamente Participante A: 6 sessões = 27, 31, 30, 27, 27, 25; Participante B: 6 sessões = 35, 39, 25, 27, 28, -; Participante C: 6 sessões = 25, 25, 28, 37, 12, 32. Número de reforços e cumprimentos Participante A: 4 sessões = 0, 3, 4, 2; Participante B: 4 sessões = 1, 0, 4, 2; Participante C: 4 sessões = 1, 4, 0, 3. Adicionalmente o relato por parte dos Participantes demonstra que terão aumentado os seus contatos sociais na sua comunidade e que se sentiam mais confortáveis quando se aproximavam de mulheres desconhecidas	Participavam desde há 6 meses num programa pós- tratamento do centro de saúde mental.	Quasi- experimental

Autores , Data e País	Participantes	Intervenções		Comparações		Resultados	Contexto	Desenho do estudo
		Tipo de Habilidades	Frequência da formação	Instrumentos	Frequência da avaliação			
Spencer, Gillespie, Ekisa (1983) Inglaterra	n= 33 Esquizofrenia (22 doentes) Perturbação Ciclotímica (1 doente) Perturbação da Personalidade (1 doente) Média de idades: 44,75A	Formação de conversação	16 Sessões Duração de 1h 2 Sessões x semana Durante 8 semanas	Elms – rating measures of strutured role-plays (Trower, Bryant & Argyle, 1978) Maudsley social skills (Sheperd, 1978) Amostra de tempo da atividade livre nas residências (registo de quatro pontos, desde -1 para comportamento não adaptado até +1 para uma interação social adaptativa). Nurses Observation Scale for Inpatient Evaluation (NOSIE- 30) (Honigfeld, 1966). MACC Behavioral Adjustment Scale (Ellsworth, 1971).	Pré- formação, pós- formação, e follow-up aos 2 meses	O treino de habilidades sociais teve um efeito significativo na melhoria do desempenho do jogo de papeis (t= 2,24; 7 df; p<0,05). A melhoria significativa do grupo das habilidades sociais manteve-se na avaliação de follow-up aos 2 meses (t= 3,03; 7df; P<0,01). NOSIE-30 apresentaram melhorias significativas quer no grupo de habilidades sociais (t=2,25; 7df; P<0,05)	Internamento hospitalar de longa duração	Experimental

Autores , Data e País	Participantes	Intervenções		Comparações		Resultados	Contexto	Desenho do estudo
		Tipo de Habilidades	Frequência da formação	Instrumentos	Frequência da avaliação			
Bellack, Turner, Hersen, Luber (1984) EUA	n= 43 Esquizofrenia 38 ♂ 29 ♀ 44 no GE 20 no GC A média de idades é de 32,7 anos	Formação de habilidades conversação , e expressar sentimentos positivos e tratamento em hospital dia	Hospital dia: 3 a 5 dias x por semana Duração 7 horas por dia 12 Semanas GE: + 3 horas de conversação, e expressar sentimentos positivos por semana em substituição de 3h de atividades standard 36 Sessões	Hopkins Symptoms Checklist (Derogatis LR, 1974) Psychiatric Status Schedule (Spitzer, 1980) Wolpe-Lazarus Assertiveness Scale (Wolpe & Lazarus, 1966) Behavioral Role Play Test (Bellack & Morrison, 1982)	Pré-formação, pós-formação, follow-up 6 meses e 12 meses.	GE: O GE não apresentaram melhorias no Hopkins Symptoms Checklist (GE: t= 0,78; graus de liberdade (gl)= 28); mas apresentaram melhorias significativas no Psychiatric Status Schedule (GE: t= 2,89; gl= 26); os doentes classificaram-se significativamente mais assertivos no Wolpe-Lazarus Assertiveness Scale (GE: t= 2,97; gl= 28). No Behavioral Role Play Test o GE apresentou melhorias em cada conjunto de itens, bem como no resultado total dos 18 itens deste teste (GE: t= 4,92; gl= 28). GC: Os participantes do GC também melhoraram mas não de uma forma tão uniforme como o GE, apresentando ganhos significativos na Hopkins Symptoms Checklist (GC: t= 1,70; gl= 13), e na Psychiatric Status Schedule (GC: t= 2,59; gl= 11). E ainda melhoria na dimensão de assertividade negativa do Behavioral Role Play Test (GC: t= 1,08; gl= 12), mas relativamente às restantes dimensões deste teste, e na Wolpe-Lazarus Assertiveness Scale (GC: t= 0,82; gl= 12) não apresentaram diferenças significativas pré e pós-tratamento. Nas avaliações de follow-up 7 sujeitos do GC e 20 do GE estiveram disponíveis, comparando-se os resultados de pós-tratamento com os resultados aos 6 meses follow-up. Em contraste com o comparativo anterior, nesta fase de follow-up o GE apresenta maior consistência na manutenção e até melhoria dos resultados do que o GC, que também apresentou manutenção, mas também perda em alguns resultados. Como tinham planeado os autores referem que tentaram fazer a avaliação de follow-up aos 12 meses, mas não tiveram participantes em quantidade suficiente.	Hospital Dia	Experimental

Autores , Data e País	Participantes	Intervenções		Comparações		Resultados	Contexto	Desenho do estudo
		Tipo de Habilidades	Frequência da formação	Instrumentos	Frequência da avaliação			
<p>Holmes, Hansen, Lawrence (1984) EUA</p>	<p>n= 10 ♀ 8 ♂ 2 Esquizofrenia GE: 10 GC: 16 Idades dos 18 aos 59 Anos</p>	<p>Habilidades de conversação</p>	<p>4 Sessões pré- formação + 35 Sessões de formação 3 x por semana Duração de +- 20 minutos</p>	<p>Avaliação da presença de cada um dos quatro componentes de conversação em treino: - Falar de si adequadamente; - Questões de conversação; - Reconhecimento de discurso e reforços; - Declarações com conteúdo de elevado interesse.</p>	<p>Pré- formação, pós- formação, e follow-up ao 1º, 3º, e 7º mês Gravação de 8 minutos em áudio da conversação não estruturada</p>	<p>Evidentes défices em habilidades apresentados pelos participantes do GE nas avaliações pré-tratamento comparativamente com o grupo de controlo</p> <p>GE Pré-formação: Médias das 4 sessões: Participantes (P) (1) 1,5; P(2) 1,7; P(3) 10,9; P(4) 6,7; P(5) 4,3; P(6) 5,3; P(7) 6,7; P(8) 13,5; P(9) 4,0; P(10) 8,0</p> <p>Pós-formação: Médias das 35 sessões: Participantes = P(1) 3,6; P(2) 9,4; P(3) 14; P(4) 9,5; P(5) 9,6; P(6) 17,7; P(7) 19,8; P(8) 10,3; P(9) 11,5; P(10) 15,6</p> <p>Após o início da formação do GE, os participantes aumentaram consideravelmente os resultados em falar de si adequadamente, aumentaram a utilização de questões, e falaram mais assuntos considerados de elevado interesse</p> <p>Interessante foi o aspeto de os assuntos de elevado interesse terem mostrado um aumento considerável desde logo no início do treino da primeira habilidade de conversação, mesmo sem uma intervenção direta nesse aspeto.</p> <p>Follow-up: 7 Participantes estiveram disponíveis para a avaliação ao 1º mês, 4 participantes aos 3 meses, e 5 participantes aos 7 meses</p> <p>Confirma não só a manutenção das habilidades como até o incremento de habilidades dos participantes ao nível de falar de si adequadamente e questões de conversação. O componente reconhecimento de discurso e reforços diminuiu claramente após o final do treino, em todas as avaliações de follow-up, mas ainda assim manteve-se acima dos valores base pré-treino. Testes T individualizados confirmaram que em todos os follow-up o uso por parte de cada participante dos componentes de conversação em estudo se mantinham em uso e acima dos valores base pré-treino (para P<0,05) e ainda que os valores de cada componente aos 1, 3 e 7 meses de follow-up não era significativamente diferente dos valores pós-treino (para P>0,05)</p> <p>Médias das 3 medições de resultados em follow-up: Participante (P) (1) faltou; P(2) 8,0; P(3) 12,5; P(4) 11,0; P(5) 20,7; P(6) 19,0; P(7) faltou; P(8) 3,0; P(9) 6,3; P(10) 13,0</p>	<p>Programa de hospitalização parcial para antigos doentes psiquiátricos hospitalizados num centro regional de psiquiatria</p>	<p>Experimental</p>

Autores , Data e País	Participantes	Intervenções		Comparações		Resultados	Contexto	Desenho do estudo
		Tipo de Habilidades	Frequência da formação	Instrumentos	Frequência da avaliação			
Kupke, Hobss, Lavin, Cheney (1984) EUA	n= 2 Ambos ♂ Esquizofrenia Idades: 27 e 21	Formação em comportament os não-verbais e verbais (através de relações diádicas, simulando encontros sociais ocasionais)	Entre 6 a 10 sessões individuais, para cada um dos formatos: não-verbal e verbal Duração de 1 hora	Avaliação pela presença ou ausência dos 4 tipos de comportamentos não-verbais: olhar fixo e atento, postura relaxada, músculos relaxados, e gestos expressivos, em intervalos de 5 segundos de vídeo colhidos em interações de 3 minutos aleatórias Avaliação dos 3 tipos comportamento verbal: atenção pessoal, concordância mínima, e falar sobre si, tendo sido avaliados nos primeiros 13 minutos de vídeo de cada avaliação de interação	4 Momentos: antes e depois do treino <i>não-verbal</i> ; depois do treino verbal, e em follow-up: Participante 1: aos 15 dias após a formação Participante 2: aos 2 meses depois da formação	<p>PARTICIPANTE 1: Pré-formação ligeiramente abaixo da média estandardizada Comportamentos não-verbais: média = 47,6 T Comportamentos verbais: média = 47,3 T</p> <p>Pós-formação não-verbal Comportamentos não-verbais: média = 59,3 T, acima da norma (cerca de um desvio padrão acima da norma) Comportamentos verbais: média = 57,3 T</p> <p>Pós-formação verbal Comportamentos verbais: média = 68,8 T, cerca de dois desvio padrão acima da norma</p> <p>Follow-up Referem que se manteve (mas não apresentam dados)</p> <p>PARTICIPANTE 2: Pré-formação claramente abaixo da média estandardizada Comportamentos não-verbais: média = 38,4 T Comportamentos verbais: média = 41,5T, cerca de um desvio padrão abaixo da norma</p> <p>Pós-formação não-verbal Comportamentos não-verbais: média = 55,2 T (ou cerca de meio desvio padrão acima da norma) Comportamentos verbais: não foi influenciado pelo treino não-verbal</p> <p>Pós-formação verbal Comportamentos verbais: média = 53,8 T</p> <p>Follow-up Referem que se manteve (mas não apresentam dados)</p>	Clínica de psicologia universitária	Quasi-experimental

Autores , Data e País	Participantes	Intervenções		Comparações		Resultados	Contexto	Desenho do estudo
		Tipo de Habilidades	Frequência da formação	Instrumentos	Frequência da avaliação			
Lewis, Roessler, Reed, Evans (1985) EUA	n= 2 Ambas ♀ Idades: 20 e 25 A Perturbação da Ansiedade e Esquizofrenia	Habilidades de Conversação	10 Sessões 2 a 3 x por semana Duração de 1 a 11/2 hora Durante 4 semanas	Direct Tests (DT) Minimal Generalization Tests (MG) Extended Generalization Tests (EG) [Todos de Goldstein (1981)]	Pré-formação, no fim de cada sessão de formação, e follow-up às 3 e 4 semanas	<p>PARTICIPANTE 1: Pós-formação: Nos jogos de papéis DT aumentou a utilização de todos os comportamentos-alvo Nos jogos de papéis MG aumentou os comportamentos-alvo coincidindo com a introdução desta fase da formação. No entanto, a manutenção foi algo inconsistente ao longo das sessões de formação, no que se refere a elogios e reforços</p> <p>Follow-up: Jogos de papéis DT Na avaliação follow-up da 3ª e 4ª semanas, e à exceção dos elogios e finalização adequada, todos os restantes comportamentos-alvo foram mantidos Jogos de papéis MG Excluindo elogios, todos os comportamentos-alvo foram mantidos acima dos níveis pré-formação nas duas avaliações follow-up, utilizando de forma consistente a maioria dos comportamentos-alvo em conversações não estruturadas com pessoas não envolvidas na formação</p> <p>No geral, a evidência demonstra que a formação de habilidades de conversação teve como resultado a aquisição adequada de habilidades, da sua generalização, e da sua manutenção.</p> <p>PARTICIPANTE 2: Pós-formação: Nos jogos de papéis DT e MG aumentou a sua utilização dos comportamentos-alvo, exceto relativamente aos reforços durante a formação. Estes ocorreram espontaneamente durante a fase pré-formação das sessões de DT e de MG, e apenas foram ligeiramente influenciados pela formação</p> <p>Follow-up: Os únicos comportamentos não mantidos adequadamente foram finalização adequada nas sessões de DT, e elogios na avaliação da 3ª semana Os resultados das sessões de EG apresentavam evidências limitadas na generalização a novas pessoas. Só dois comportamentos-alvo, reforço e finalização adequada, apresentaram aumento relacionado com a formação</p> <p>Ambas as participantes com melhorias nos dois tipos de role-play (DT e MG), na pós-formação. No follow-up, ambas apresentam manutenção dos valores, exceto na habilidade de dar reforços/elogios. Os resultados de EG apresentaram evidências limitadas na generalização a novas pessoas.</p>	Residentes numa "Unidade de transição de vida"	Quasi-experimental

Autores , Data e País	Participantes	Intervenções		Comparações		Resultados	Contexto	Desenho do estudo
		Tipo de Habilidades	Frequência da formação	Instrumentos	Frequência da avaliação			
Wong & Woolsey (1989) EUA	n= 4 3 ♀ 1 ♂ Esquizofrenia Idades dos participantes: 26, 44, 28, 53	Habilidades de conversaço simples	50 Sessões (no máximo) 1 a 2 x por dia 5 Dias por semana Duração de 1 a 2 minutos	Avaliação das breves interações através se uma série de pistas simples e breves de início de conversaço utilizadas pelos terapeutas Estas avaliações ocorreram durante todas as interações A avaliação do discurso dos participantes teve em conta: 1) respondeu à saudação; 2) Dirigiu-se ao terapeuta pelo seu nome; 3) Respondeu à pergunta propriamente dita; 4) Também fez uma questão dirigida ao interlocutor; 5) Introduziu uma questão de conversaço (nova).	Pré- formaço e durante todas as sessões de interação/for maço	Os resultados foram agrupados em blocos de 10 sessões, sendo apenas a percentagem de respostas corretas à primeira oportunidade. Melhorias nos 3 componentes avaliados, mais expressivas nas questões de conversaço. O participante L nas interações pré-formaço não realizou nenhuma das respostas-alvo. Com a formaço o número de respostas adequadas foi aumentando até responder ao critério de aquisição 8 em 10. O número de sessões necessárias para atingir o critério de aquisição variou entre 20 para as "questões de conversaço", até 70 para a "introdução de uma questão de conversaço nova". Cada vez que atingia o critério de aquisição, esta participante L tendia a manter um elevado nível de respostas corretas, exceto na resposta "fazer questões de conversaço" que baixou no bloco 17, mas recuperando nos restantes blocos para níveis globais entre 75% e 100% em todas as 5 respostas. A participante T no que respeita a "dar saudações", atingiu o critério de aquisição às 50 sessões. "Dirigir-se ao interlocutor pelo nome" começou a melhorar mesmo antes do treino começar, pelo que os resultados de melhoria não são claros em relação à influência que o treino teve. "Questão dirigida ao interlocutor" e "introdução de uma nova questão de conversaço" eram praticamente zero no pré-treino, mas mostraram melhorias com o treino. O desempenho de todas as respostas apresentou pontuais deteriorações. Esta participante aprendeu a colocar questões de conversaço muito lentamente, tendo atingido o critério de aquisição quase no final do estudo. A participante M já dava "saudações" pouco depois de ter começado o treino, tendo atingido o critério de aquisição às 30 sessões. Da mesma forma que a participante T, a participante M começou de forma espontânea a "dirigir-se pelo nome aos interlocutores". Os ganhos com o treino são claramente evidentes no "fazer questões ao interlocutor" e no "introduzir questão de conversaço nova", tendo em conta que nenhuma ocorria no pré-treino, mas nas duas aumentaram até atingir o critério de aquisição. De notar ainda que o desempenho nestas duas respostas foi algo irregular, com retrocessos em número considerável. A participante H apresentou um longo período de desempenho variável na resposta "dar saudações", tendo atingido o critério de aquisição apenas às sessões 150. Os efeitos na resposta "dirigir-se ao terapeuta pelo nome" teve ainda mais difícil evolução, só se notando às sessões 250. A média desta participante foi de apenas 10% de adequação de resposta às pistas naturais. Pela sessão 43 não voltou a referir o nome do interlocutor nas interações, e mesmo depois de instituir um treino específico para essa resposta não apresentou melhorias após 70 sessões de treino.	Unidade de Reabilitação Comportam ental no Hospital Estatal do Novo México Esta unidade de ambiente fechado destinava-se a participante s psiquiátricos agressivos, destrutivos, e de baixo funcionamen to social	Quasi- experimental

Autores, Data e País	Participantes	Intervenções		Comparações		Resultados	Contexto	Desenho do estudo
		Tipo de Habilidades	Frequência da formação	Instrumentos	Frequência da avaliação			
<p>Massel, Corrigan, Liberman, Milan (1991) EUA</p>	<p>n= 6 participantes Participantes: 3 Homens Esquizofrenia</p>	<p>Formação de habilidades sociais (FHS) + Formação de atenção focada (FAF)</p>	<p>FHS: - Cada participante participou individualmente na formação com os seus pares presentes na sala (público). - Cada um dos participantes formação ou em pelo menos 2 dos 4 tipos de conversação. - Formação de FHS de 5 dias em cada semana. Cada participante recebeu 12 minutos de formação por sessão. - Cada participante participou em pelo menos 25 sessões no total (apresenta grande variabilidade por participante). FAF (não aparece especificado mas aparentemente respeitou as mesmas regras da FHS)</p>	<p><i>Present State Examination</i> (Wing et al, 1974) <i>Activity-Withdrawal Scale</i> (Venables, 1957) <i>Brief Psychiatric Rating Scale</i> (Overall & Gorham, 1962) Avaliação de declarações-chave: efetuada em quatro tipos de conversação =</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comentários positivos; • Questionamento; • Pedidos; • e comentários Espontâneos 	<p>Avaliação efetuada antes depois de cada formação de FHS e de FAF.</p>	<p>2 Participantes apresentavam habilidades de conversação em nível elevado nas primeiras de sessões de formação de habilidades sociais, logo foram dispensados do estudo. Baixa variabilidade geral na sintomatologia psiquiátrica ao longo do estudo. A formação de atenção focada é apresentada como a mais eficaz, apresentando valores médios de correção nas respostas antes do estudo de 0,96%, depois do FHS de 3,16%, e depois do FAF de 57,87%. A análise da variância (ANOVA) mostrou que a média para os 3 participantes era significativamente maior para o FAF do que a média do mesmo coeficiente para FHS (para $p < 0.05$). Os comportamentos de conversação dos participantes que foram treinados apenas com o FAF aumentaram desde a base de 0,00% até 46,53% após a formação.</p>	<p>Doentes internados no <i>Camarillo State Hospital</i></p>	<p>Quasi-experimental</p>

Autores, Data e País	Participantes	Intervenções		Comparações		Resultados	Contexto	Desenho do estudo
		Tipo de Habilidades	Frequência da formação	Instrumentos	Frequência da avaliação			
Curran, Himadi, Donahue-Bennett (1991) EUA	n= 1 ♂ 29 Anos Esquizofrenia crónica de tipo indiferenciado	Formação de habilidades sociais: conversação	8 Sessões pré-formação : 2x por semana Duração de 6 minutos Formação : As sessões decorreram no período da tarde 19 Sessões 2 x por semana Duração de 20 minutos Durante cerca de 9 semanas	Na fase pré-formação: <i>Time Sample Behavioral Checklist</i> (TSBC) (Paul et al. 1987) Para as restantes sessões de treino a classificação dos componentes de conversação, presentes nas gravações áudio das sessões de treino. Componentes: questões de conversação, comentários espontâneos, e comentários de reforço	Avaliação dos valores pré-formação em séries de 6 minutos de interação. Avaliação pós formação: 2 vezes por semana, no final de cada sessão, e em follow-up às 2 semanas e no 1 mês.	Qualquer um dos 3 componentes tinha um baixo nível de ocorrência (os valores aproximados só se conhecem pelos gráficos publicados no artigo): Questões de conversação entre 0 e 8 (de um máximo de 25) (não apresentam o tipo de valores); Comentários espontâneos entre 0 e 5 (de um máximo de 25); Comentários de reforço/cumprimentos entre 0 e 10 (de um máximo de 25). Após o início da formação de cada um dos componentes surgiram alterações significativas: Questões de conversação entre 4 e 15 (de um máximo de 25); Comentários espontâneos entre 0 e 20 (de um máximo de 25); Comentários de reforço/cumprimentos entre 4 e 12 (de um máximo de 25). Follow-up: Manteve as alterações, às duas semanas. No follow-up de 1 mês, os valores tinham caído para classificações semelhantes aos valores base. Melhorias nos 3 componentes, mais expressivas em comentários espontâneos. Follow-up 15 dias: mantiveram resultados. 1º Mês: os valores caíram para classificações	Unidade de internamento com 50 camas para reabilitação de pessoas com doença mental crónica	Quasi-experimental

Autores , Data e País	Participantes	Intervenções		Comparações		Resultados	Contexto	Desenho do estudo
		Tipo de Habilidades	Frequência da formação	Instrumentos	Frequência da avaliação			
Wong, Martinez-Diaz, Massel, Edelstein, Wiegand, Liberman (1993) EUA	n= 6 Participantes = 3 Todos ♂ Idades: entre os 24 e os 33 anos	Formação de habilidades de conversação	100 Sessões aproximadamente 4 Sessões por semana Duração de 20 a 30 minutos Durante cerca de 25 semanas	<i>Expanded Present State Examination</i> (Wing, Cooper, Sartorius, 1974) Avaliação de cada sessão num esquema protocolar específico da interação diretamente com o coterapeuta. Em porções de 3 minutos de conversação realizada em 3 settings diferentes com 3 diferentes interlocutores de conversação	Avaliação no fim de cada sessão (logo 4 x por semana)	Formação das questões de conversação: [frequência de comportamentos de média nas questões de conversação] Participante B teve 5,6 (desde um valor base de 1,0) Participante H teve 7,2 (desde um valor base de 0,3) Participante M teve 6,5 (desde um valor base de 0) Formação de comentários positivos: Participante B teve 1,9 (desde um valor base de 0,3) Participante H teve 3,1 (desde um valor base de 0,4) Participante M teve 2 (desde um valor base de 0,05) Formação de comentários espontâneos (para 2 dos Participantes) e reconhecimento/agradecimento (para 1 Participante) Participante B e Participante H , ambos em comentários espontâneos, apresentaram 4,9 (desde 0,11 valor base) e 3,8 (desde 0,25 valor base) respetivamente O Participante M , em reconhecimento/agradecimento, apresentou 3,3 (desde 0,11 valor base)	Residentes da Unidade de Investigação UCLA do <i>Camarillo State Hospital</i> , para doentes psiquiátricos crónicos	Quasi-experimental

Autores , Data e País	Participantes	Intervenções		Comparações		Resultados	Contexto	Desenho do estudo
		Tipo de Habilidades	Frequência da formação	Instrumentos	Frequência da avaliação			
Ahmed & Goldman (1994) EUA	n= 6 ♂ e ♀ Esquizofrenia Idades entre os 31 e os 53 anos	Formação de habilidades de comunicação	Decorreu semanalmente ao longo de 9 meses. 1x por semana Cerca de 36 sessões no total	<i>Multi-Funtion Needs Assessment Scale (MFNA)</i> (Rhode Island Department Of Mental Health, 1986) <i>Wechsler Adult Intelligence Scale- Revised</i> (WAIS-R) <i>Draw-a-Person Test</i> (DAP)	Pré-formação e pós- formação	MFNA: Com 19 áreas de funcionamento, de forma geral, foram apresentadas melhorias em áreas relevantes de funcionamento, como comunicação verbal, comportamento social básico, habilidades sociais básicas, e atividades recreativas e de ócio, apresentando melhorias médias para os seis participantes de 26-79% em 8 áreas de funcionamento (sem valores específicos e individualizados). Noutras 6 áreas de funcionamento não foram apresentadas melhorias, com médias entre os 16%-56%, tendo havido 5 áreas funcionais em que pioraram, com médias de 21%-47% (sem áreas especificadas). WAIS-R: Dos 3 participantes nesta avaliação, 2 deles apresentaram melhorias significativas em toda a escala (para p<0,05) (sem serem apresentados valores específicos e individualizados). DAP: Todos os 3 participantes nesta avaliação, apresentaram melhorias significativas ao nível da qualidade do desenho, na inclusão de detalhes, melhor integração das linhas, e desenhos mais realistas (sem serem apresentados valores específicos e individualizados). MFNA: Melhorias em ½ das dimensões em todos, mas mais expressivas em alguns doentes. WAIS-R e DAP melhorias significativas.	Habitação de grupo com suporte pelo Centro de Saúde Mental Comunitári o	Quasi- experimental

Autores, Data e País	Participantes	Intervenções		Comparações		Resultados	Contexto	Desenho do estudo
		Tipo de Habilidades	Frequência da formação	Instrumentos	Frequência da avaliação			
Hayes, Halford, Varghese (1995) Austrália	N= 63 Esquizofrenia ♂ 47 ♀ 16 Média de idades 36 anos	Formação de habilidades conversação , habilidades interpessoais, resolução de problemas sociais, e o uso positivo do tempo	36 Sessões Duração de 75 minutos Durante 18 semanas	<i>Brief Psychiatric Rating Scale</i> (BPRS; Lukoff, Liberman, & Nuechterlein, 1986) <i>Global Assessment Scale</i> (GAS; Endicott, Spitzer, Fleiss, & Cohen, 1976) <i>Simulated Social Interaction Test</i> (SSIT, Curran, 1982) <i>Conversation with a Stranger Task</i> (SCON; Wallace & Liberman, 1985) <i>Time Use Diary</i> (Australian Bureau of Statistics, 1987) <i>Australian Pleasant Events Schedule</i> (APES) (Wilson, 1985) is a modification of the Pleasant Events Schedule (PES) de (MacPhillamy & Lewinsohn, 1982) <i>Social Situations Questionnaire</i> (SSQ; Bryant & Trower, 1974) <i>Quality of Life Scale</i> (QLS; Heinrichs, Hanlon, & Carpenter, 1984) <i>Schedule for the Assessment of Negative Symptoms</i> (SANS; Andreasen, 1982)	Pré-formação, pós-formação, e follow-up aos 6 meses.	As melhorias foram significativas em todas as variáveis de habilidades sociais, e embora nenhuma formação tenha um efeito principal, verificaram-se interações significativas entre a formação e o tempo total e tempo verbal dos valores da conversação SCON. Em ambos os dados, as habilidades sociais dos participantes melhoraram mais do que os participantes do grupo de controle. SCON total (GE) Pré-formação: 27,5 (desvio padrão [s]: 5,6); Pós-formação: 32,6 (s: 4,2) Follow-up de 6 meses: 32,6 (s: 5,9); SCON total (GC) Pré-formação: 29,3 (s: 4,8); Pós-formação: 30,5 (s: 6,1); Follow-up de 6 meses: 30,1 (s: 6,3). SSIT total (GE) Pré-formação: 4,4 (s: 1,8); Pós-formação: 5,3 (s: 2,0); Follow-up de 6 meses: 5,3 (s: 1,7); SSIT total (GC) Pré-formação 4,6 (s: 1,3); Pós-formação 5,2 (s: 1,5); Follow-up 6 meses 5.6 (s: 1,5). Ao longo do tempo verificaram reduções significativas no BPRS, aumento na QLS, e uma diminuição não significativa no SANS (p< 0,1). Não verificaram alterações significativas no SSQ, ou no APES, não sendo por isso significativo nenhum dos principais efeitos da formação, ou da influência pós-formação. Assim, ambos os grupos mostraram melhoria ao longo da terapia, com evidências de maior melhoria em algumas das medidas de habilidades sociais no grupo FHS.	Diversos serviços suburbanos de Brisbane, Austrália	Experimental

Autores, Data e País	Participantes	Intervenções		Comparações		Resultados	Contexto	Desenho do estudo
		Tipo de Habilidades	Frequência da formação	Instrumentos	Frequência da avaliação			
Kopelowicz, Liberman, Mintz, Zarate (1997) EUA	n=6 Todos ♂ Idades 30-40 Anos Esquizofrenia	Formação de habilidades sociais: conversação	12 Sessões 1 x por semana Duração de 1 hora Durante 12 semanas	<i>Strutured Clinical Interview for DSM-IV – Patient Edition</i> (SCI-PE) (First et al. 1995) <i>Scale for the Assessment of Negative Symptoms</i> (SANS) (Andreasen, 1983) <i>Schedule for the Deficit Syndrome</i> (SDS) (Kirkpatrick et al. 1989) <i>Behavioral Assessment Test</i> (BAT) (Bellack, 1979)	Antes da formação: SCI-PE; SANS; SDS; e BAT Semanalmente durante a formação: SANS e BAT Depois da formação e também em follow-up: BAT e SANS	Os participantes sem o síndrome de déficit apresentavam significativamente melhores habilidades comportamentais do que os outros participantes em estudo quer após o treino (t=6,01; df=5; p<0,00001) quer em follow-up (t=5,83; df=5; p<0,0001) E ainda apresentaram melhorias significativas em cada um dos comportamentos treinados (antes e depois do treino: t=9,93; df=2; p<0,00001) e mantiveram essas melhorias na avaliação de follow-up (t=8,46; df=2; p<0,00001), sem grande retrocesso (após o treino e até ao follow-up: t=1,47; df=2; p<0,15) No caso dos participantes com síndrome de déficit não apresentaram nenhuma alteração significativa nas habilidades comportamentais após o treino (t=0,02;df=2; p<0,28) nem no follow-up (t=1,08; df=2; p<0,28) E ainda nos valores da SANS, não apresentaram nenhuma alteração, quer desde o início do treino até ao fim (t=0,03; df=2;p<0,89) quer no follow-up (t=0,58;df=2; p<0,50)	Residência dos cuidados de saúde comunitários	Experimental

Autores , Data e País	Participantes	Intervenções		Comparações		Resultados	Contexto	Desenho do estudo
		Tipo de Habilidades	Frequência da formação	Instrumentos	Frequência da avaliação			
Ahmed, Bayog, Boisvert (1997) EUA	n=3 Todos ♂ Esquizofrenia Idades entre 42 e os 52 anos	Habilidades de conversação com terapia assistida por computador	Entre 3 a 5 sessões no total, tendo cada uma cerca de 25 minutos Fase 1 ± 6,8min Fase 2 ± 7,4min Fase 3 ± 10,4min 1x por semana O estudo decorreu em Abril, Maio e Junho	A avaliação foi feita pelo registo dos delírios apresentados pelos doentes em cada uma das fases (fase 1 e fase 2), de minuto a minuto, isto é, se relatarem que os doentes apresentaram 50% de delírios, quereria dizer que em cada minuto metade desse tempo era envolvido em delírio	Ao longo de cada sessão	Diminuição considerável da atividade delirante perante a intervenção, com reduções entre 8 e 18%, estando os participantes, na fase 3, capazes de discutir coerentemente uma diversidade de assuntos pessoais e também da hospitalização. Participante A: A média de registo de delírios foi de 28,3% na fase 1, baixando para 20,8% na fase 2 (uma redução de 8,3%). Nesta situação e durante a fase 3 o doente pode discutir uma variedade de temas como estratégias de controlo de sintomas até relações familiares Participante B: Os delírios baixaram de 60% na fase 1 para 41,7% na fase 2 (uma redução de 18,3%). Na fase 3 este doente foi capaz de discutir uma variedade de temas como as normas e rotinas do serviço até algumas informações sobre o curso que fez há uns anos atrás Participante C: Os delírios baixaram de 31,1% na fase 1 para 15,8% na fase 2 (uma redução de 15,3%). Na fase 3 este doente pode falar coerentemente alguns assuntos como a sua história académica até aos motivos para se rir frequentemente	Doentes internados em serviço de psiquiatria agudos	Quasi-experimental

Autores , Data e País	Participantes	Intervenções		Comparações		Resultados	Contexto	Desenho do estudo
		Tipo de Habilidades	Frequência da formação	Instrumentos	Frequência da avaliação			
Butorin & Liberman (1998) Bulgaria	Grupo piloto (GP): n= 6 3 ♂ 3 ♀ Esquizofrenia e perturbação afetiva Grupo experimental (GE): n= 3 1 ♂ 4 ♀ Esquizofrenia e perturbação esquizoafetiva Média de idades de 32 anos Grupo de população geral: n= 60 19 ♂ 41 ♀	Formação de habilidades de conversação com Módulo de Habilidades de Conversação, da UCLA (traduzido) (versão Búlgara)	GP: formação de 6 meses GE: menos tempo (mas não especificado)	<i>State Trait Anxiety Inventory</i> (Spielberger, 1970) <i>Basic Conversation Skills Module (BCSM)</i> da UCLA (Universidade de Califórnia Los Angeles) (Lieberman, 1990)	GP e GE: Pré-formação e pós-formação + Entrevista após final da formação	GP: - Não respeitaram as regras do grupo de treino (faltas e chegar tardiamente) (não especificados) - Entrevista final: Os participantes que completaram o treino relataram maior autoconfiança, assertividade, e menor ansiedade nas situações interpessoais, bem como mais conquistas nos seus objetivos sociais GE: - Maior adesão ao grupo e às normas. BCSM Antes do treino: 30% Respostas corretas BCSM Depois do treino: 52% Respostas corretas STAI Estado-Ansiedade Antes do treino: ± 59,5% Depois do treino: ± 57% Traço-Ansiedade Antes do treino: ± 65% Depois do treino: ± 60% - Entrevista final: Estes participantes relataram estarem mais capazes de comunicar com outras pessoas de forma mais fácil, relacionando esta melhoria com o treino em que tinham acabado de participar	Não indicam	Experimental

Autores, Data e País	Participantes	Intervenções		Comparações		Resultados	Contexto	Desenho do estudo
		Tipo de Habilidades	Frequência da formação	Instrumentos	Frequência da avaliação			
Nilsson, Grawe, Levander, Lovaas (1998) Suécia & Noruega	Suécia: n= 10 ♂ e ♀ Média de idades de 45 anos Noruega: n= 5 2♂ 3♀ Média de idades de 25 anos Esquizofrenia	Formação com o Módulo de Habilidades de Conversação, da UCLA (traduzido)	Suécia: 45 sessões 1 x por semana Durante um ano. Noruega: 28 sessões 2 x por semana Durante 14 semanas	Gravação de filme de sessão com 3 diferentes jogos de papéis <i>The Social Interaction Schedule (SIS)</i> (Lieberman et al. 1989) Objetivos específicos de aprendizagem, avaliados por uma escala de 16 itens construída para este estudo de três pontos de apreciação: adequado, parcialmente adequado, não adequado <i>Brief Psychiatric Rating Scale</i> (Lukoff et al. 1986)	Pré-formação e pós-formação	Suécia: Habilidades de conversação: Antes do treino: 15,4 (+- 3,63) Fim do treino: 24,4 (+- 6,9) BPRS: Antes do treino: 41,1 (+- 7,96) Fim do treino: 39,9 (+-8,41) Noruega: Habilidades de conversação: Antes do treino: 20,8 (+- 4,6) Fim do treino: 28,8 (+- 3,27) BPRS: Antes do treino: 35,4 (+- 8,47) Fim do treino: 37,6 (+- 8,62)	Suécia: ambulatório Noruega: internamento	Quasi-experimental

Autores, Data e País	Participantes	Intervenções		Comparações		Resultados	Contexto	Desenho do estudo
		Tipo de Habilidades	Frequência da formação	Instrumentos	Frequência da avaliação			
Coelho (1999) Portugal	n=5 Todas ♀ Esquizofrenia Idades dos 30 aos 55 anos	Formação de habilidades sociais: conversação verbal e não-verbal	19 Sessões 1ª Fase: 3 x por semana Duração 40 minutos 2ª Fase: 2 x por semana Duração 40 minutos	<i>Mini-Mental State Examination (MMSE)</i> (Folstein & Folstein, 1975) <i>Rehabilitation Evaluation Hall & Parker (Rehab)</i> (versão portuguesa adaptada de Lind & Santos, 1997) <i>Teste de Interação Social (TIS)</i> (Trower, Bryant e Argyle, 1978)	Pré-formação, durante formação, e pós-formação	TIS: Qualidade da voz = sem diferenças significativas nos 3 momentos de avaliação Não verbais = algumas variáveis sem diferenças significativas, mas na variável face [X ² =6,615; gl=2; P=0,037 destaque para as participantes 1 e 5], olhar [X ² =6,615; gl=2; P=0,037 destaque para a participante 3], e postura (posição) [X ² =6,615; gl=2; P=0,037 destaque para todas as participantes] verificaram-se diferenças significativas Conversação = Algumas variáveis sem diferença significativa (humor, feedback, sincronização, tomar e dar a palavra, questões, e convenções sociais) No entanto nesta dimensão, as variáveis duração [X ² =6,615; gl=2; P=0,037 destaque para as participantes 3, 4, e 5], generalidade [X ² =6,000; gl=2; P=0,050 destaque para todas as participantes], formalismo [X ² =6,500; gl=2; P=0,039 destaque para as participantes 1, 3, 4, e 5], e variedade de tópicos [X ² =6,615; gl=2; P=0,037 destaque para as participantes 3 e 5], apresentaram diferenças significativas Rehab: Em todas as dimensões não apresentaram diferenças significativas. (Z= -1,000; P= 0,317)	Residência de Treino, em Braga, na Congregação das Irmãs Hospitaleiras	Quasi-experimental

Autores , Data e País	Participantes	Intervenções		Comparações		Resultados	Contexto	Desenho do estudo
		Tipo de Habilidades	Frequência da formação	Instrumentos	Frequência da avaliação			
Bordás, Artiaga, Labordeta 2001) Espanha	n= 6 4 ♂ 2 ♀ Esquizofrenia Idades entre os 28 e os 37 anos Média de idades de 32,16 anos	Programa formação de habilidades de comunicação	17 Sessões Duração de 45 a 60 minutos	Sistema de Evaluación Conductual de la Habilidad Social Molecular (SECHS) (Caballo, 1987) Escala de autoavaliação sobre conversaão específica com 12 itens, com pontuação tipo likert	Pré-formação + Aos 2 meses: No final do tratamento ou em follow-up (não é explícito)	Incremento considerável de todos os componentes em todos os participantes, em particular nos "comentários espontâneos" aumentando de 7 para 27 ao longo das sessões de tratamento Diferentes participantes apresentam diferentes níveis de evolução e incremento de habilidades, e apesar de todos apresentarem melhorias, dois dos participantes quase triplicam os seus valores relativos a alguns componentes do programa de comunicação Apreciação geral: aumentou a comunicação entre os participantes, sentem-se mais habilitados para iniciar e manter conversas, e também para fazer pedidos considerados razoáveis, defender os seus direitos, mostrar expressões de afeto, expressão a sua opinião, e fazer críticas e manifestar o seu desagrado com alguém ou alguma coisa	Centro de reabilitaçã o psiquiátric a	Quasi- experimental

Autores , Data e País	Participantes	Intervenções		Comparações		Resultados	Contexto	Desenho do estudo
		Tipo de Habilidades	Frequência da formação	Instrumentos	Frequência da avaliação			
Ahmed (2002) EUA	n= 10 8 ♂ 2 ♀ Esquizofrenia e Perturbação Esquizoafetiva 5 GE 4 ♂ 1 ♀ Média de idades do grupo experimental de 37,8 ±6,3 anos 5 GC 4 ♂ 1 ♀	Formação de comunicação com terapia assistida por computador	8 Sessões Duração de 20 a 30 minutos Durante 2 a 4 meses	Questionário de 29 itens aplicado pelo enfermeiro do Serviço (são as únicas informações referidas no artigo)	Pré-formação e pós- formação	<p>Duas categorias genéricas de resposta ao questionário: "Resposta negativa", e "Resposta de associação produtiva"</p> <p>Pré-formação: GC: média de 8,3 com desvio padrão \pm5,6 de "respostas negativas" e 25,8 com desvio padrão \pm9,6 de "resposta de associação produtiva"</p> <p>GE: os valores foram de 8,8 com desvio padrão \pm7,4 para "respostas negativas" e 27,9 com desvio padrão \pm12,5 para "resposta de associação produtiva"</p> <p>Pós- formação: GE: significante diminuição nas "respostas negativas" (5,3 com desvio padrão \pm3,75 comparado com 11 com desvio padrão \pm3,66; com $t=2,61$; $df=4$; para $p<0,01$) e um significativo aumento das "resposta de associação produtiva" (34,1 com desvio padrão \pm7,8 comparado com 26 com desvio padrão \pm7,7; com $t=2,76$; $df=4$; $p=0,02$).</p> <p>Nas comparações dentro de cada grupo entre as avaliações pré- tratamento e pós-tratamento a prevista melhoria das "resposta de associação produtiva" foi significativa no GE (com $t=2,25$; $df=4$; para $p=0,04$), sendo que nas "respostas negativas" não foi suficientemente expressiva para ser estatisticamente significativa</p> <p>GC: não houve alterações significativas em nenhuma das variáveis</p>	<i>Tauton State Hospital (Massachu setts)</i>	Experimental

Autores, Data e País	Participantes	Intervenções		Comparações		Resultados	Contexto	Desenho do estudo
		Tipo de Habilidades	Frequência da formação	Instrumentos	Frequência da avaliação			
Chien, Ku, Lu, Chu, Tao, Chou (2003) Taiwan	n= 78 ♂ e ♀ 35 GE 43 GC Esquizofrenia Média de idades de 41,77 anos	Formação de habilidades de conversação e de assertividade	Duração de 1 hora 2 x por semana	Questionário de dados demográficos PANSS: PSS – <i>Positive Syndrome Scale</i> , NSS – <i>Negative Syndrome Scale</i> , GPS – <i>General Psychopathology Scale</i> SARS – <i>Supplemental Aggression Risk Scale</i> (Kay, Opler, & Fiszbein, 1992) IAS – <i>Interation Anxiousness Scale</i> (Yang, 1998) ICSS – <i>Interpersonal Communication Satisfaction Scale</i> (adaptada para Chinês por Sun, 1992) ASS – <i>Assertive Skill Scale</i> (adaptada para Chinês por Cai, 1983)	Pré-formação, depois da 4ª formação, depois da 8ª formação (final da formação), e follow-up a 1 mês	Conversação: Valor pré-tratamento: GE= 53.03 (DP +- 13.64) GC = 50.33 (DP +- 9.68) Valores intra-tratamento, pós-tratamento e follow-up: GE= subiu de 57.57 (DP +- 11.32) até 66.29 (DP +- 12.44); GC: sem alterações significativas O efeito do treino de habilidades sociais no GE manteve-se e aumentou nos valores de follow-up de 1 mês = 77.40 to 112.83 (z = 9.12 p < .0001)	Serviço de Psiquiatria de Hospital Psiquiátrico em Taiwan	Experimental, Longitudinal

Autores , Data e País	Participantes	Intervenções		Comparações		Resultados	Contexto	Desenho do estudo
		Tipo de Habilidades	Frequência da formação	Instrumentos	Frequência da avaliação			
Lak & Tsang (2004) China	n= 6 2 ♂ 4 ♀ Esquizofrenia Média de idades de 43 ± 6,87 Anos	Formação de habilidades de conversaço com módulo básico de conversaço da UCLA (versão chinesa)	26 Sessões 1 x por dia, todos os dias Duração de 90 Minutos Durante 5 semanas	<i>Expanded UCLA Brief Psychiatric Rating Scale</i> (Ventura J, Green M, Shaner A, et al (1993) <i>The Social Skill Assessment Scale</i> (Tsang H, Pearson V (2000) <i>The Adult Self- Esteem Inventory</i> (Tam SF(1995) <i>Personal Well-Being Index</i> (Lau A (2003)	Pré-formação e pós- formação	Os participantes assistiram a 24 das 26 sessões (92%) Os sintomas psiquiátricos não apresentaram alterações Melhorias significativas: Habilidades sociais no geral (z= -2,264, p= 0,024) Qualidade da voz (z= -2,226, p=0,026) Expressividade não-verbal (z= -2,060, p= 0,039) Conteúdo verbal (z= -2,207 p= 0,027) A generalização das melhorias nas habilidades sociais para outros aspectos do funcionamento social, revelou-se em: Percepção de bem-estar: (z= -2,201, p< 0,05) Autoestima: (z= -1,992, p< 0,05) Melhorias significativas nas habilidades sociais no geral, na qualidade da voz, na expressividade não-verbal, e no conteúdo verbal. E ainda melhorias na percepção de bem-estar e autoestima.	Serviço de psiquiatria do Hospital Kowloon em Hong Kong	Quasi- experimental

Autores, Data e País	Participantes	Intervenções		Comparações		Resultados	Contexto	Desenho do estudo
		Tipo de Habilidades	Frequênci a da formação	Instrumentos	Frequênci a da avaliação			
Ng & Cheung (2006) Hong Kong	n= 27 ♂ e ♀ Idades entre os 18 e os 65 anos 15 GE 12 GC Média de idade de 37,9 anos Esquizofrenia	Formação de habilidades de conversaço	16 Sessões 2 x semana 1,5 a 2 Duraço de horas Durante 8 semanas	BPRS – <i>Brief Psychiatric Rating Scale</i> (Lukoff, Liberman & Nuechterlein, 1986) SANS – <i>Scale of the Assessment of Negative Symptoms</i> (Andreasen, 1986) <i>Social Behaviour Schedule</i> (SBS) (Wykes & Sturt, 1986) <i>Social Functioning Scale</i> (SFS) (Birchwood et al., 1990) <i>Role Play Test of the Social Problem Solving and Assessment Battery</i> (RPT) (Donahoe & Driesenga, 1988) Satisfaço subjativa dos doentes, quanto a terapeutas e tipo de tratamento, às 8 semanas, com uma escala de autopreenchimento, com likert de 5 pontos (de muito satisfeito a muito insatisfeito) que incluía as seguintes áreas: habilidades do terapeuta, utilidade dos assuntos abordados, e formato do grupo de tratamento	Pré- formaço, na formaço às 4 semanas e às 8 semanas, e follow- up aos 6 meses	A formaço não melhorou os resultados nas medidas RPT, SFS, SBS, BPRS, ou SANS (para $p > 0,05$) Não se verificaram diferenças significativas entre a formaço de habilidades sociais e a discussão em grupo de apoio, ou com os resultados da sintomatologia (para $p > 0,05$) GE: BPRS: pré-formaço, às 4 semanas, às 8 semanas, e no follow-up os seguintes resultados respetivamente: 38,5; 37,7; 38,1; 36,6 SANS: pré-formaço, às 4 semanas, às 8 semanas, e no follow-up os seguintes resultados respetivamente: 42,6; 40,0; 38,3; 33,2 RPT: pré-formaço, às 8 semanas, e no follow-up os seguintes resultados respetivamente: (1,9; 2,2; 1,8); (2,1; 2,4; 1,9); (2,0; 2,2; 1,9) SBS: pré-formaço, às 8 semanas, e no follow-up os seguintes resultados respetivamente: 6,8; 7,2; 6,9 SFS: pré-formaço, às 8 semanas, e no follow-up os seguintes resultados respetivamente: 111,1; 115,6; 115,9 GC: BPRS: pré-formaço, às 4 semanas, às 8 semanas, e no follow-up os seguintes resultados respetivamente: 42,2; 40,9; 41,6; 40,7 SANS: pré-formaço, às 4 semanas, às 8 semanas, e no follow-up os seguintes resultados respetivamente: 39,7; 39,7; 41; 33,0 RPT: pré-formaço, às 8 semanas, e no follow-up os seguintes resultados respetivamente: [1,8; 2,0; 1,5]; [1,9; 2,0; 1,6]; [1,9; 1,8; 1,6] SBS: pré-formaço, às 8 semanas, e no follow-up os seguintes resultados respetivamente: 7,4; 6,3; 6,4 SFS: pré-formaço, às 8 semanas, e no follow-up os seguintes resultados respetivamente: 118,9; 123,7; 120,5. Recaídas e readmissões Os valores de readmissões nos 6 meses follow-up foram de 1 em 5 no GE (20%) e de 1 em 8 no GC (12,5%) Os valores de recaída com sintomatologia psicótica para o GE foram de 4 em 5 doentes, e para o GC de 2 em 2 doentes Não houve diferenças significativas entre os dois grupos relativamente ao timing das recaídas, nem no tempo de internamento devido à recaída, nem no tempo passado em cada recaída Relativamente à medicação prescrita para cada participante em cada grupo não houve diferenças significativas no tipo e doses de manutenço, nem relativamente aos episódios de recaídas. No que respeita à satisfaço e aceitaço do tratamento, ambas as formas de intervenço foram classificadas de muito satisfatórias pelos participantes, não havendo diferenças significativas entre os grupos em nenhuma das áreas do questionário de satisfaço	Unidade especializa da na reabilitaçã o de doentes psiquiátric os crónicos	Experimental

Autores, Data e País	Participantes	Intervenções		Comparações		Resultados	Contexto	Desenho do estudo
		Tipo de Habilidades	Frequência da formação	Instrumentos	Frequência da avaliação			
Seo, Ahn, Byun, Kim (2007) Coreia do Sul	n= 66 GE= 34 GC= 32 ♂ e ♀ GE 18 ♂ + 16 ♂ Média de idade de 38,21 anos GC 20 ♂ e 12 ♀ Média de idade de 35,44 anos Esquizofrenia	Formação de habilidades de conversaço e de assertividad e	16 Sessões Duração de 60 a 70 minutos 2 x por semana Durante 8 semanas	<i>Social Interation Scale</i> (Trower, Bryant & Argyle,1978, adaptada por Chun, 1994) <i>Relationship Changing Scale</i> (Guerney et al. 1977, adaptada por Chun, 1994) <i>Rathus Assertiveness Schedule</i> (Rathus, 1973; adaptada por Chun, 1994) <i>Personal Problem- Solving Inventory</i> (Heppner & Petersen, 1982, adaptada por Chun, 1994) <i>Rosenberg Self- Esteem Scale</i> (Rosenberg, 1965)	Pré- formação e pós- formação	Habilidades de Conversação: GE: Média (\bar{x})= 75,97; Desvio Padrão (s)= 16. GC: \bar{x} = 79,22; s= 18,02, com t= -0,78 para p= 0,441. Habilidades de relacionamento interpessoal: GE: \bar{x} = 75,47; s= 15,18. GC: \bar{x} = 79,59; s= 14,87, com t= -1,11 para p= 0,270. Habilidades de assertividade: GE: \bar{x} = 88,79; s= 14,06. GC: \bar{x} = 90,75; s= 13,43, com t= -0,58 para p= 0,566. Habilidades de resolução de problemas: GE: \bar{x} = 105,15; s= 17,61. GC: \bar{x} = 107,31; s= 18,35, com t= -0,49 para p= 0,626 Autoestima: GE: \bar{x} = 26,62; s= 4,63. GC: \bar{x} = 25,88; s= 5,69, com t= 0,58 para p= 0,562 Nos efeitos da aprendizagem sobre as habilidades sociais e sobre a autoestima, a maioria das variáveis das habilidades sociais estavam relacionadas entre si ($r= 0,36-0,59$), à exceção das relações entre habilidades de conversaço e habilidades de assertividade, e ainda habilidades de conversaço e habilidades de resolução de problemas. Os resultados da análise de variância multivariada (ANOVA) mostram que existem diferenças significativas no grupo ($F= 6,77$; $gl= 4,54$; $P < 0,001$), mostrando melhorias significativas em três subcategorias de habilidades sociais (habilidades de conversaço, habilidades de assertividade, e habilidades de relacionamento interpessoal) após o programa de formação. A \bar{x} de habilidades de conversaço no GE apresentaram um aumento para 12,88 na pós-formação, comparativamente ao GC com 5,88 (para $F= 7,39$; e $P=0,009$). A \bar{x} de habilidades de assertividade no GE apresentaram um aumento para 5,41 na pós-formação, enquanto o GC diminuiu para 2,63 (para $F= 7,99$; e $P=0,006$). A \bar{x} de habilidades de relacionamento interpessoal no GE aumentou para 11,53 na pós-formação, enquanto o GC diminuiu para 0,19 (para $F= 15,98$; e $P < 0,001$). Relativamente às habilidades de resolução de problemas não houve alterações em nenhum dos grupos. Relativamente à autoestima os valores no GE aumentaram 1,85 na pós-formação, enquanto que no grupo de controlo apenas aumentaram 0,15 (para $F= 4,82$; e $P=0,03$).	Hospital psiquiátric o em intername ntos agudos, na Coreia do Sul	Experimental

Autores, Data e País	Participantes	Intervenções		Comparações		Resultados	Contexto	Desenho do estudo
		Tipo de Habilidades	Frequência da formação	Instrumentos	Frequência da avaliação			
Clegg, Brumfitt, Parks, Woodruff (2007) Inglaterra	n= 1 ♂ 53 Anos Esquizofrenia	Terapia focada do discurso e da linguagem (SLT – <i>Speech & Language Therapy</i>) consistindo no aumento da comunicação verbal do doente utilizando uma combinação de métodos de terapia tradicionais e não-tradicionais	Fase 1: 1x por semana Duração de cerca de 45 minutos Durante 15 semanas Fase 2: 1x por semana Duração de cerca de 45 minutos Durante 10 semanas	AVALIAÇÃO INICIAL: Compreensão da linguagem <i>British Picture Vocabulary Scales</i> (BPVS) (Dunn <i>et al.</i> 1997) <i>Test for the Reception of Grammar</i> (TROG) (Bishop 1993) <i>Clinical Evaluation of Language Fundamentals</i> (CELF) (Semel <i>et al.</i> 1990) Linguagem expressiva <i>Verbal naming subtest do Psycholinguistic Assessment of Linguistic Processing in Aphasia</i> (PALPA) (Kay <i>et al.</i> 1997) Mt Wilga – Test for Higher Level Language Functioning (Christie <i>et al.</i> 1986) Literacia Reading Comprehension Battery for Aphasia (RCBA) (LaPointe and Homer 1979) Habilidades de comunicação S24 – Attitude to communication scale (Andrews and Cutler 1974) <i>The Visual Analogue Self Esteem Scale</i> (VASES) (Brumfitt and Sheeran 1999) AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO: - <i>The VASES</i> - <i>the S24</i> - <i>the Written Self-Description</i> - <i>the Transcripts of PQ's Interviews in ward rounds</i> - <i>Communication Anxiety Scale</i> (CAS)	Pré-formação e pós-formação	Resultados da fase 1: Sessões de SLT: CAS = 4 (não conseguiu fornecer informações fatuais sobre si próprio) No entanto, o doente foi mantendo consistentemente o registo e classificação de todas as situações de comunicação, entre o 6 e o 7 da CAS, utilizando as palavras "relaxado" e "ansioso" como descritores Na enfermaria, CAS = 4 (Apresentou algumas batidas com o pé no chão; foi capaz também de identificar as palavras-alvo que utilizou, e reconhecer que não transmitiam informação adequada) No final da fase 1, a comunicação verbal aumentou, e a ansiedade perante situações de interação verbal reduziu-se Resultados da fase 2: Sessões de SLT: CAS = 2 (foi capaz de se envolver em vários tópicos de conversação, incluindo sobre si, livros e artigos que tinha lido, e o seu progresso na enfermaria. Continuou no entanto a não ser capaz de abordar as suas dificuldades em certas experiências de vida) Sessões de conversação com a irmã: CAS = 2 a 3 Entrevistas na enfermaria: CAS = 4 Foi também capaz de identificar quando conseguiu utilizar as palavras-alvo, tendo incorporado algum vocabulário mais emocional na comunicação escrita, como "reticente", "pensativo", e "resignado" e simultaneamente "relaxado", "ansioso", e "tenso". O contato visual do doente melhorou, em particular nas sessões de SLT. O pessoal da enfermaria refere também que doente e já inicia e devolve cumprimentos na enfermaria (o que também se apreciou nas sessões de SLT). E foi capaz de apresentar sorrisos como resposta a verbalizações de humor, tendo o pessoal da enfermaria referido que Joe se apresentava mais espontâneo e disponível para se envolver em conversações e interações. Na visualização dos seus vídeos, doente identificou as melhorias nos três comportamentos selecionados desde a fase 2 até à avaliação pós-intervenção. Foi capaz ainda de ser autocrítico, sugerindo que sentia vontade de melhorar ao nível da entoação e da expressão facial. A pontuação na VASES aumentou de 21/50 para 34/50, tendo as melhorias sido notadas em sete dimensões, excepto, "inteligência", "confusão", e "com raiva". O teste Wilcoxon comparando os valores pré e pós-intervenção mostram um aumento significativo (z= -2,41; p<0,05) Na S24, o valor de 15 manteve-se igual no pré e na pós-intervenção Comparativamente aos valores da CAS foram: Sessões de SLT o valor baixou de 7 para 2; Entrevistas na enfermaria baixou de 9 para 4; Conversação com familiar baixou de 6 para 2 ou 3. O doente foi também capaz de completar uma curta autodescrição, na qual se descreve fatos relativos à sua família e ao sítio onde cresceu.	Internamento agudo em serviço hospitalar de psiquiatria	Estudo de Caso

Autores, Data e País	Participantes	Intervenções		Comparações		Resultados	Contexto	Desenho do estudo
		Tipo de Habilidades	Frequência da formação	Instrumentos	Frequência da avaliação			
Silverstein, Spaulding, Menditto, Savitz, Liberman, Berten, Starobin, (2009) EUA	n=82 ♂ 50 ♀ 32 Esquizofrenia Idades entre os 18 e os 55 anos Média de idades de 38,17 no GE, e de 40,2 anos no GC	Formação de habilidades de conversação com módulo básico de conversação da UCLA com reforço de Atenção Moldada (AM)	34 Sessões 2 x por semana Duração De 1 hora	<i>Positive and Negative Syndrome Scale</i> (PANSS) (Kay, Opler & Fiszbein, 1987) <i>Nurses Observational Scale of Inpatient Assessment</i> (NOSIE) (Honigfeld, Gillis & Klett, 1966) (apenas no Lincoln Center) <i>Comprehensive Module Test para o Basic Conversation Skills Module</i> (BCSM) (Wallace et al., 1992) <i>Rating Scale of Attentional Behavior</i> (RSAB) (Sohlberg et al. 2001)	Pré-formação e pós-formação	<p>Efeitos da AM na habilidade de atenção: Os dois grupos não diferiam entre si, nas duas primeiras sessões, relativamente à atenção (num total de 90 tempos de observação por participante): $t77=0,32$, para $P=0,75$</p> <p>No entanto nas duas últimas sessões, a utilização da AM no GE demonstrou a obtenção de valores significativamente elevados no grau de atenção $t77=3,31$, para $P=0,001$, e Desvio médio (d)=0,74</p> <p>A análise da variância (ANOVA) indicou um significativo efeito do tempo nos valores de atenção, desde os valores pré-formação até à pós-formação, ($F1,77=28,70$, para $P=<0,001$)</p> <p>Verificaram que cerca de 4,65 vezes mais probabilidade de mudar comportamentos com a formação associada com a Atenção Moldada, quando comparado com os resultados do GC, $t75,7=3,61$, para $P=0,001$, com $d=0,89$</p> <p>Efeitos da AM na aquisição de habilidades: Os valores no <i>Comprehensive Module Test</i> para a BCSM das duas primeiras sessões foram semelhantes para GE e GC ($t79=-1,03$, para $P=0,30$), e na pós-formação os valores entre grupos também não diferiam significativamente</p> <p>No ANOVA duas-vias indica que à medida que foi progredindo a formação os valores foram melhorando ($F1,61=139,60$, para $P<0,001$), com o GE da formação com AM a demonstrar uma maior melhoria do que o GC, no <i>Comprehensive Module Test</i> ($F1,61=8,70$, para $P=0,005$, e $d=0,72$)</p> <p>Os aumentos de resultados desde a avaliação pré-formação foram de 104% e de 66,7% para o GE e o GC respetivamente, tendo sido significativas as diferenças de valores entre os grupos GE e GC ($t61=2,95$, e $P=0,005$)</p> <p>Efeitos da AM na sintomatologia: Os valores relativos a sintomas positivos, negativos, excitação/hostilidade e ansiedade/depressão da PANSS não diferiam entre grupos na avaliação pré-formação, nem na avaliação pós-formação.</p> <p>Medicação e resposta à formação: Dos 58 doentes que tinham dados relativos à medicação, 38 (46%) demonstrou mudança quer na habilidade de atenção quer na dose de medicação ao longo do decorrer das sessões de formação, permitindo assim a análise estatística da relação entre a formação e o desenvolvimento dos participantes</p> <p>Para este subamostra, as mudanças na dose diária de Clorpromazina não foi correlacionada com a alteração na atenção: GE ($n=20$), com média $r=-0,04$; GC (18), com média $r=0,06$, e $t33,5=-0,95$, com $P=0,35$. Para os 20 doentes em que durante o estudo não se verificou mudança na medicação, as mudanças na atenção, consideram-se por definição, independentes das doses de antipsicóticos, sendo que todos os participantes mostraram mudanças na habilidade de atenção.</p>	(1) the Second Chance Program at the Westchester Division of the New York Presbyterian Hospital-Weill Medical College of Cornell University (2) the Community Transition Program at the Lincoln Regional Center (3) a partial hospital program at the University of Illinois at Chicago (UIC) Hospital	Experimental

Anexo 2: FICHAS DE TPC E REGISTO (7 páginas)

6 Contextos/habilidades diferentes:

- (1) Observar, ouvir falar e comunicação não-verbal;
- (2) Escuta ativa e comentários de escuta;
- (3) Falar de um tema (iniciar e manter uma conversa);
- (4) Terminar uma conversa;
- (5) Falar ao telefone;
- (6) Falar com um estranho ("não conhecido").

(1) Observar, ouvir falar e comunicação não-verbal

Exercício TPC – Ficha de Trabalho de Casa

Objetivos:

- Conhecer os sinais sociais
- Perceber a importância dos sinais sociais no relacionamento com os outros

Exercício:

“Em casa” onde vive, observa e regista uma situação de interação social (consigo ou entre outros)

Etapas da habilidade:

- Escolha um horário e local com pessoas, e onde se sinta bem, como uma paragem de autocarro, ou um parque, ou uma livraria/biblioteca, ou sala de espera de um serviço de saúde, ou snack-bar, ...
- Sente-se confortavelmente, (se quiser leve ou pegue numa revista para ler, mas deixe-a ficar apenas nas mãos), e faça uma pausa para observar.
- Use um bloco ou agenda para escrever, pois ajuda-nos a ser organizados e a exercitar a memória escrita (mas atenção para não parecer um detetive!).

7. Observe e REGISTE:

Hora e dia da situação: _____

Local (ex: cidade, rua, loja, hospital, ...): _____

Tipo de situação (ex: compras, conversa informal no café, andar no autocarro, ...): _____

Condições físicas (ex: como era o local, luminosidade, sons, ...):

Luz: _____; Som: _____;

Outros: _____

Características das pessoas:

Quem são (grau familiar, patrão, colega, funcionário, profissional de saúde, ...): _____

Nome: _____ idade (aproximada): _____ Homem Mulher ; Aparência: _____

Nome: _____ idade (aproximada): _____ Homem Mulher ; Aparência: _____

Nome: _____ idade (aproximada): _____ Homem Mulher ; Aparência: _____

Nome: _____ idade (aproximada): _____ Homem Mulher ; Aparência: _____

Quais e quantas as pessoas envolvidas: _____

Quantas estão sentadas perto de si: _____ Parecem interessadas: Sim Não

Quantas estão a falar: _____ Parecem interessadas: Sim Não

Quantas estão apenas a ouvir: _____ Parecem interessadas: Sim Não

Quantas não falam com ninguém: _____ Parecem interessadas: Sim Não

Quantas têm a face satisfeita: _____

Quantas fazem gestos corporais e com as mãos: _____

Quantas falam: Alto: _____; Médio: _____; Baixo: _____

Quantas falam: Rápido: _____; Médio: _____; Lento: _____

Quais as conversas:

O que foi dito, por si: _____

O que foi dito pelos outros: _____

Quais as ações

O que fez: _____

O que fizeram os outros: _____

Satisfação com o resultado da situação:

☺	☺	☺	☹	☹
5	4	3	2	1
Muito Satisfeito	Satisfeito	Indiferente	Insatisfeito	Muito Insatisfeito

O QUE GOSTARIA DE TER FEITO?

Algum comentário que queira escrever para conversar na formação:

(2) Escuta ativa e comentários de escuta

Exercício TPC – Ficha de Trabalho de Casa

Objetivos:

- Perceber em que consistem as competências de escuta ativa e comentários de escuta
- Tomar consciência da sua importância na comunicação

Exercício:

A escuta ativa serve para mostrar à outra pessoa o nosso interesse e atenção naquilo que ela está a dizer. Para poder responder aos outros, temos necessidade de prestar atenção àquilo que estão a comunicar, de modo a organizar o que queremos responder quando for a nossa vez de falar.

Etapas da habilidade:

7. Escolha um colega, amigo ou familiar para treinar este exercício.
8. Escolha o momento e local, apropriados para conversar com uma pessoa que já conhece.
9. Peça a essa pessoa para lhe falar de um assunto qualquer (ex: o que vai jantar hoje OU o último jogo de futebol que viu na televisão).
10. Ouça atentamente o que a outra pessoa está a dizer, e enquanto ouve, ponha em prática as respostas de escuta ativa, quando o outro pára momentaneamente de falar e olha para si (se precisar utilize a ficha de apoio com uma lista de respostas de escuta ativa).
11. Quando lhe parecer que já respondeu a todas as perguntas de descrição da situação, saia do local e vá para o seu próximo compromisso.
12. Pode repetir este seu exercício, para treinar a sua escuta ativa, com mais outra pessoa que o conheça.
13. **REGISTE:**

Hora e dia da situação: _____

Local (ex: cidade, rua, loja, hospital, ...): _____

Quem foram as pessoas: _____; _____; _____;

Que assunto falou consigo: _____

O que foi dito, por si: _____

Como se sentiu, o que aprendeu:

Satisfação com o resultado da situação:

☺	☺	☺	☹	☹
5	4	3	2	1
Muito Satisfeito	Satisfeito	Indiferente	Insatisfeito	Muito Insatisfeito

O QUE GOSTARIA DE TER FEITO?

Algum comentário que queira escrever, para conversar na formação:

(3) Falar de um tema (iniciar e manter uma conversa)

Exercício TPC – Ficha de Trabalho de Casa

Objetivos:

- Aprender a iniciar e manter uma conversa
- Praticar com situações reais

Exercício:

Há muitas situações em que queremos começar a conversar com outra pessoa, mas por vezes sentimo-nos tímidos e “atrapalhados” para começar a conversar. Além disso, nestas conversas, queremos e precisamos continuar a falar desses assuntos, quer porque nos agrada a conversa com aquela pessoa, quer porque nos interessa o assunto que se está a conversar.

Etapas da habilidade:

1. Escolha um colega, amigo ou familiar para treinar este exercício.
2. Escolha o momento e local, apropriados para conversar com uma pessoa que já conhece.
3. Pense e escolha o assunto que quer falar OU que pergunta lhe quer fazer.
4. Como conhecemos a pessoa com quem vamos falar, podemos cumprimentá-la diretamente: “Olá”, ou “Tudo bem?”, ...e comece a falar o assunto ou perguntar que queria ...
5. Avalie se a pessoa está a ouvir e se quer falar consigo utilize as expressões que aprendeu na sessão comentários de escuta.
6. Depois das suas primeiras frases e comentários, avalie se a pessoa continua a ouvir e interessada em continuar a falar consigo
7. *Se não consegue compreender o assunto que se está a falar, coloque perguntas para se esclarecer*
8. Com a continuação da conversa, faça mais perguntas ou comentários relacionados com o assunto da conversa.

REGISTE:

Hora e dia da situação: _____

Local (ex: cidade, rua, loja, hospital, ...): _____

Quem foram as pessoas: _____; _____; _____;

O que foi dito, por si: _____

Que assunto falou consigo: _____

Como se sentiu, o que aprendeu:

Satisfação com o resultado da situação:

☺	☺	☺	☹	☹
5	4	3	2	1
Muito Satisfeito	Satisfeito	Indiferente	Insatisfeito	Muito Insatisfeito

O QUE GOSTARIA DE TER FEITO?

Algum comentário que queira escrever, para conversar na formação:

(4) Terminar uma conversa

Exercício TPC – Ficha de Trabalho de Casa

Objetivos:

- Aprender a terminar uma conversa de forma assertiva
- Aplicar e treinar habilidades abordadas em sessões anteriores

Exercício:

Terminar uma conversa de forma agradável, e despedir-se da pessoa com quem falou. Vamos beneficiar em saber como terminar bem uma conversa porque desta forma as pessoas vão querer falar consigo mais vezes no futuro. Lembrar também que muitas vezes somos nós que teremos de finalizar uma conversa.

Etapas da habilidade:

- Escolha um colega, amigo ou familiar para treinar este exercício.
- Escolha o momento e local, apropriados para conversar com uma pessoa que já conhece.
- Escolha o assunto que vai conversar: falar sobre um programa de televisão com um colega da formação, mas já são horas de ir apanhar o autocarro OU falar com um familiar antes de ir para a formação, mas já é tempo de ir ...
- Numa conversa, para falarmos “na nossa vez”, esperamos sempre que a outra pessoa termine de falar.
- Depois de conversar uns minutos, faça gestos (linguagem não verbal) como olhar no infinito ou olhar para o relógio (pois ao fazer isto está a demonstrar ao outro que tem interesse ou preocupação noutro assunto que não a atual).
- Faça um comentário verbal de fim de conversa, como “Bom, tenho mesmo de ir embora”.
- Diga “adeus” (e, movimente-se, saia, e vá ao seu próximo compromisso).

REGISTE:

O que foi dito, por si: _____

Que assunto falou consigo: _____

O que fez (não verbal) para terminar a conversa?

O que disse (verbal) para terminar a conversa?

Como se sentiu, o que aprendeu:

Satisfação com o resultado da situação:

☺	☺	☺	☹	☹
5	4	3	2	1
Muito Satisfeito	Satisfeito	Indiferente	Insatisfeito	Muito Insatisfeito

O QUE GOSTARIA DE TER FEITO?

Algum comentário que queira escrever, para conversar na formação:

(5) Falar ao telefone

Exercício TPC – Ficha de Trabalho de Casa

Objetivos:

- Aprender a iniciar e manter (e terminar) uma conversa telefónica
- Praticar com situações reais

Exercício:

Provavelmente muitos de nós gosta, quer ou precisa de fazer chamadas ao telefone/telemóvel.

Etapas da habilidade:

1. Escolha a hora e o número adequado para ligar a uma pessoa conhecida.
2. Apresentamo-nos: "Olá, é o ...", "Boa tarde, sou o ..."
3. Confirmamos quem é a outra pessoa (se for quem queremos falar, passamos à etapa seguinte). Se não for, agradecemos ter atendido, perguntamos pela outra pessoa ou dizemos que ligamos mais tarde.
4. Apresentamos o assunto que queremos falar: "Eu liguei para ..."
5. De acordo com o decorrer da conversa utilize:
 - a. Comentários de escuta, ou b) Introdução de assuntos, ou, c) Colocação de perguntas, (isto sempre de acordo com o assunto da conversa e o necessário para a conversa atingir a sua finalidade e final que pretenda).

LEMBRAR QUE:

- Fale apenas quando o outro não falar.
 - Responda às perguntas que lhe façam.
 - Utilize frases curtas. Faça pausas para o outro falar.
 - Caso não oiça ou não perceba o que foi dito, peça para repetir ou diga que não entendeu o que foi dito.
6. Se já abordou todos os aspetos que queria, e a outra pessoa também já não está a falar OU se um dos dois fez um comentário de finalizar a conversa e o outro concordou, termine a conversação: "Adeus, até ...", "Xau, ...", ...

Situações possíveis:

- Ligar a um colega da formação para falar das coisas interessantes que experimentaram ontem na formação;
- Ligar a um familiar ou amigo para contar como está a evoluir e que ganhos positivos encontrou por estar na formação;
- Ligar para estação de comboios/autocarro para saber de determinados horários;
- Ligar para restaurante/pizzaria/... para encomendar comida.
- Ligar para o hospital para saber a que dias o/a Médico/a ... está na consulta (ou marcar consulta).
- Ligar para associação ou clube ou ginásio para saber informações sobre como ser sócio, que tipo de desporto pode praticar;
- Ligar a amigo para saber como vai indo a vida e o trabalho;
- Ligar para um programa de rádio (com a rubrica de chamadas dos ouvintes) e participar nessa rubrica da rádio.

REGISTE:

Quem foram as pessoas: _____; _____; _____;

O que foi dito, por si: _____

Que assunto falou consigo: _____

O que disse (verbal) para terminar a conversa? _____

Como se sentiu, o que aprendeu: _____

Satisfação com o resultado da situação:

☺	☺	☺	☹	☹
5	4	3	2	1
Muito Satisfeito	Satisfeito	Indiferente	Insatisfeito	Muito Insatisfeito

O QUE GOSTARIA DE TER FEITO?

Algum comentário que queira escrever, para conversar na formação:

(6) Falar com um estranho ("não conhecido")

Exercício TPC – Ficha de Trabalho de Casa

Objetivos:

- Aprender a iniciar conversas com estranhos
- Aplicar as perguntas de seguimento/manutenção da conversação
- Praticar com situações reais

Exercício:

Há muitas situações que queremos começar uma conversa com outra pessoa. Essa pessoa poderia ser um conhecido como pode ser uma pessoa que conhecemos pouco ou que nunca conhecemos, mas gostávamos de conhecer.

Há maneiras convencionais e aceitáveis de nos aproximarmos de estranhos que podem evitar problemas de timidez ou de iniciativa.

Etapas da habilidade:

10. Escolha o momento e local, apropriados para conversar com uma pessoa que não conhece (veja abaixo sugestões).
11. Pense e escolha o assunto que quer falar OU que pergunta lhe quer fazer.
12. Depois de iniciar a conversa, avalie se a pessoa está a ouvir e se quer falar consigo.
13. Depois das suas primeiras frases e comentários, avalie se a pessoa continua a ouvir e interessada em continuar a falar consigo.
14. Se não consegue compreender o que se está a falar, faça perguntas para se esclarecer.
15. Com a continuação da conversa, faça mais perguntas ou comentários relacionados com o assunto da conversa.
16. LEMBRAR QUE numa conversa, para falarmos "na nossa vez", esperamos sempre que a outra pessoa termine de falar.
17. Depois de conversar uns minutos, olhe para o relógio e faça um comentário verbal de fim de conversa, como "Bom, tenho mesmo de ir embora".
18. Diga "adeus" (e, movimente-se, saia, e vá ao seu próximo compromisso).

Momento e local possíveis para este exercício:

- Um qualquer participante nesta formação.
- Uma qualquer pessoa do Hospital.
- Um familiar (que não vê há muito, ou que nunca conheceu).
- No bar, a pessoa que se aproximou de si no balcão.
- No refeitório, a pessoa que se sentou junto a si.
- No autocarro, a pessoa que se sentou junto a si.

REGISTE:

Quem foram as pessoas: _____; _____; _____;

O que foi dito, por si: _____

Que assunto falou consigo: _____

O que disse (verbal) para terminar a conversa? _____

Como se sentiu, o que aprendeu: _____

Satisfação com o resultado da situação:

☺	☺	☺	☹	☹
5	4	3	2	1
Muito Satisfeito	Satisfeito	Indiferente	Insatisfeito	Muito Insatisfeito

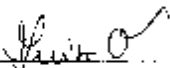
O QUE GOSTARIA DE TER FEITO?

Algum comentário que queira escrever, para conversar na formação:

Declaração

Dr.ª Maria Luísa Oliveira Rosa, Directora Clínica da Clínica Masculina, e do Hospital Dia, da Unidade Sobral Cid, do CHPC – Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra, sendo conhecedora do plano de trabalhos da Investigação: **formação de habilidades de conversação**, no âmbito do Doutoramento em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa, de **Carlos Melo-Dias** (Enfermeiro Especialista e Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra), declara a sua concordância no desenvolvimento do trabalho de investigação, na Clínica Masculina, como descrito no pedido já entregue à Administração do CHPC.

Coimbra, 15 de Novembro de 2011



Luísa Rosa
Coordenadora do Hospital de Dia

Formação de habilidades de conversação em doentes com esquizofrenia

1 mensagem

Secretariado do Pavilhão 6 - CHPC <sec6@chpc.min-saude.pt>
Para: cmelodias@gmail.com

17 de Novembro de 2011 15:42

Exm^o. Sr. En^o. Carlos Melo Dias

Cumprir informar V. Ex^a. que o estudo em epígrafe foi aprovado por esta Comissão de Ética para a Saúde e homologado pelo Conselho de Administração.

Com os melhores cumprimentos,

P^o Secretariado da CES

*Universidade Católica Portuguesa
Instituto de Ciências da Saúde – Porto
Doutoramento em Enfermagem*

*Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Domínio de Enfermagem (UICISA-dE)*

FORMAÇÃO EM HABILIDADES DE CONVERSAÇÃO

Protocolo de Consentimento

Eu, abaixo assinado, concordo em participar de livre vontade no programa de investigação, dirigido à formação de habilidades de conversação, conduzido pelo Enfermeiro Carlos Melo-Dias, no âmbito do Doutoramento em Enfermagem, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa, orientado pelo Professor Catedrático de Psicologia, Doutor Carlos da Silva Fernandes.

Compreendo e consinto que:

- Todas as informações obtidas são tratadas confidencialmente, e a minha identidade não será revelada a terceiros;
- A minha participação implicará ser selecionado para o **grupo de controlo**, no qual os participantes apenas preenchem escalas de avaliação da saúde e do stress, em três dias diferentes, num primeiro dia, noutra dia após 15 dias, e noutra dia após 3 meses, **ou** para o **grupo experimental**, onde alem das escalas irei participar nas 15 (e/ou nas 21) sessões de formação, que já incluem três sessões de avaliação: antes do início da formação, imediatamente no fim da formação, e aos três meses após a formação.
- Posso decidir participar ou desistir a qualquer momento, pois a minha participação é livre e voluntária.
- Os dados recolhidos nas sessões de avaliação serão tratados confidencialmente e com fins exclusivamente de investigação.

Data: _____

Assinatura: _____

INVENTÁRIO DE SAÚDE MENTAL = MHI-5 (Pais-Ribeiro, 2001)

ABAIXO VAI ENCONTRAR UM CONJUNTO DE QUESTÕES
ACERCA DO **MODO COMO SE SENTE NO DIA-A-DIA.**

RESPONDA A CADA UMA ASSINALANDO NO QUADRADO
A RESPOSTA QUE MELHOR SE APLICA A SI.

1. DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS PASSADO SE SENTIU MUITO NERVOSO?

- Sempre
 - Quase sempre
 - A maior parte do tempo
 - Durante algum tempo
 - Quase nunca
 - Nunca
-

2. DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU CALMO E EM PAZ?

- Sempre
 - Quase sempre
 - A maior parte do tempo
 - Durante algum tempo
 - Quase nunca
 - Nunca
-

3. DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU TRISTE E EM BAIXO?

- Sempre
 - Quase sempre
 - A maior parte do tempo
 - Durante algum tempo
 - Quase nunca
 - Nunca
-

4. DURANTE QUANTO TEMPO, DURANTE O MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU TRISTE E EM BAIXO, DE TAL MODO QUE NADA O CONSEGUIA ANIMAR?

- Sempre
 - Com muita frequência
 - Frequentemente
 - Com pouca frequência
 - Quase nunca
 - Nunca
-

5. NO ÚLTIMO MÊS DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU UMA PESSOA FELIZ?

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

MARS

(Vanelli, Chendo, Gois, Santos, & Levy, 2011)

Responda às seguintes afirmações, assinalando a resposta SIM ou NÃO que **melhor descreve o seu comportamento ou a atitude** que tem tido em relação à sua **medicação**, respeitante à semana passada

1. Alguma vez se esqueceu de tomar a sua medicação?	Sim	Não
2. Por vezes é descuidado a tomar a sua medicação?	Sim	Não
3. Quando se sente melhor, deixa, por vezes, de tomar a sua medicação?	Sim	Não
4. Por vezes, se se sente pior quando toma a medicação, deixa de a tomar?	Sim	Não
5. Só tomo a medicação quando me sinto doente?	Sim	Não
6. Não é natural para a minha mente e meu corpo ser controlado pela medicação?	Sim	Não
7. Os meus pensamentos são mais claros com a medicação?	Sim	Não
8. Por estar a fazer a medicação posso prevenir ficar doente?	Sim	Não
9. Sinto-me estranho ou como um zombie com a medicação?	Sim	Não
10. A medicação faz com que eu me sinta cansado e lento?	Sim	Não

ESCALA DE ZUNG (Vaz-Serra, Ponciano, & Relvas, 1982)

LEIA COM ATENÇÃO TODAS AS FRASES SEGUIDAMENTE EXPOSTAS.
EM RELAÇÃO A CADA UMA DELAS ASSINALE NO QUADRO RESPETIVO,
AQUILO QUE CONSTITUA A DESCRIÇÃO MAIS APROXIMADA DA MANEIRA COMO SE SENTE ATUALMENTE.

FRASES	Nenhuma ou raras vezes	Algumas vezes	Agora	Uma boa parte do tempo	A maior parte ou totalidade do tempo
1. Sinto-me mais nervoso e ansioso do que o costume	Nenhuma ou raras vezes	Algumas vezes	Agora	Uma boa parte do tempo	A maior parte ou totalidade do tempo
2. Sinto-me com medo sem nenhuma razão para isso	Nenhuma ou raras vezes	Algumas vezes	Agora	Uma boa parte do tempo	A maior parte ou totalidade do tempo
3. Sinto-me facilmente perturbado ou em pânico	Nenhuma ou raras vezes	Algumas vezes	Agora	Uma boa parte do tempo	A maior parte ou totalidade do tempo
4. Sinto-me como se estivesse para "rebentar"	Nenhuma ou raras vezes	Algumas vezes	Agora	Uma boa parte do tempo	A maior parte ou totalidade do tempo
5. Sinto que tudo corre bem e que nada de mal acontecerá	Nenhuma ou raras vezes	Algumas vezes	Agora	Uma boa parte do tempo	A maior parte ou totalidade do tempo
6. Sinto os braços e as pernas a tremer	Nenhuma ou raras vezes	Algumas vezes	Agora	Uma boa parte do tempo	A maior parte ou totalidade do tempo
7. Tenho dores de cabeça, do pescoço e das costas que me incomodam	Nenhuma ou raras vezes	Algumas vezes	Agora	Uma boa parte do tempo	A maior parte ou totalidade do tempo
8. Sinto-me fraco e fico facilmente cansado	Nenhuma ou raras vezes	Algumas vezes	Agora	Uma boa parte do tempo	A maior parte ou totalidade do tempo
9. Sinto-me calmo e com facilidade me posso sentar e ficar sossegado	Nenhuma ou raras vezes	Algumas vezes	Agora	Uma boa parte do tempo	A maior parte ou totalidade do tempo
10. Sinto o meu coração a bater mais depressa	Nenhuma ou raras vezes	Algumas vezes	Agora	Uma boa parte do tempo	A maior parte ou totalidade do tempo
11. Tenho crises de tonturas que me incomodam	Nenhuma ou raras vezes	Algumas vezes	Agora	Uma boa parte do tempo	A maior parte ou totalidade do tempo
12. Tenho crises de desmaio ou a sensação de que vou desmaiar	Nenhuma ou raras vezes	Algumas vezes	Agora	Uma boa parte do tempo	A maior parte ou totalidade do tempo
13. Posso inspirar e expirar com facilidade	Nenhuma ou raras vezes	Algumas vezes	Agora	Uma boa parte do tempo	A maior parte ou totalidade do tempo
14. Sinto os dedos das minhas mãos e dos meus pés entorpecidos e com picadas	Nenhuma ou raras vezes	Algumas vezes	Agora	Uma boa parte do tempo	A maior parte ou totalidade do tempo
15. Costumo ter dores de estômago ou más digestões	Nenhuma ou raras vezes	Algumas vezes	Agora	Uma boa parte do tempo	A maior parte ou totalidade do tempo
16. Tenho de esvaziar a bexiga com frequência	Nenhuma ou raras vezes	Algumas vezes	Agora	Uma boa parte do tempo	A maior parte ou totalidade do tempo
17. As minhas mãos estão habitualmente secas e quentes	Nenhuma ou raras vezes	Algumas vezes	Agora	Uma boa parte do tempo	A maior parte ou totalidade do tempo
18. A minha face costuma ficar quente e corada	Nenhuma ou raras vezes	Algumas vezes	Agora	Uma boa parte do tempo	A maior parte ou totalidade do tempo
19. Adormeço facilmente e consigo obter um bom descanso durante a noite	Nenhuma ou raras vezes	Algumas vezes	Agora	Uma boa parte do tempo	A maior parte ou totalidade do tempo
20. Tenho pesadelos	Nenhuma ou raras vezes	Algumas vezes	Agora	Uma boa parte do tempo	A maior parte ou totalidade do tempo

NOME: _____

ESCALA DE AUTO-EFICÁCIA GERAL (Pais-Ribeiro, 2001)

COMO EU SOU

Vai encontrar a seguir um conjunto de afirmações acerca da maneira como você pensa sobre si.

Á frente de cada afirmação pode escolher se discorda totalmente da afirmação e que ela não corresponde, de maneira nenhuma, ao que você pensa de si.

Também pode escolher que a afirmação corresponde totalmente ao que você pensa sobre si próprio/a.

Entre esses dois extremos pode ainda escolher uma das outras que esteja mais adequada à sua opinião.

Não há respostas certas ou erradas, todas as respostas que der são igualmente corretas.

Peço-lhe que pense bem na resposta de modo a que ela expresse corretamente a sua maneira de pensar.

1- Quando faço planos tenho a certeza que sou capaz de realizá-los	Discordo totalmente	discordo bastante	discordo um pouco	não concordo nem discordo	concordo um pouco	concordo bastante	concordo totalmente
2- Quando não consigo fazer uma coisa à primeira insisto e continuo a tentar até conseguir	Discordo totalmente	discordo bastante	discordo um pouco	não concordo nem discordo	concordo um pouco	concordo bastante	concordo totalmente
3- Tenho dificuldade em fazer novos amigos	Discordo totalmente	discordo bastante	discordo um pouco	não concordo nem discordo	concordo um pouco	concordo bastante	concordo totalmente
4- Se uma coisa me parece muito complicada, não tento sequer realizá-la	Discordo totalmente	discordo bastante	discordo um pouco	não concordo nem discordo	concordo um pouco	concordo bastante	concordo totalmente
5- Quando estabeleço objetivos que são importantes para mim, raramente os consigo alcançar	Discordo totalmente	discordo bastante	discordo um pouco	não concordo nem discordo	concordo um pouco	concordo bastante	concordo totalmente
6- Sou uma pessoa autoconfiante	Discordo totalmente	discordo bastante	discordo um pouco	não concordo nem discordo	concordo um pouco	concordo bastante	concordo totalmente
7- Não me sinto capaz de enfrentar muitos dos problemas que se me deparam na vida	Discordo totalmente	discordo bastante	discordo um pouco	não concordo nem discordo	concordo um pouco	concordo bastante	concordo totalmente
8- Normalmente desisto das coisas antes de as ter acabado	Discordo totalmente	discordo bastante	discordo um pouco	não concordo nem discordo	concordo um pouco	concordo bastante	concordo totalmente
9- Quando estou a tentar aprender alguma coisa nova, se não obtenho logo sucesso, desisto facilmente	Discordo totalmente	discordo bastante	discordo um pouco	não concordo nem discordo	concordo um pouco	concordo bastante	concordo totalmente
10- Se encontro alguém interessante com quem tenho dificuldade em estabelecer amizade, rapidamente desisto de tentar fazer amizade com essa pessoa	Discordo totalmente	discordo bastante	discordo um pouco	não concordo nem discordo	concordo um pouco	concordo bastante	concordo totalmente
11- Quando estou a tentar tornar-me amigo de alguém que não se mostra interessado, não desisto logo de tentar	Discordo totalmente	discordo bastante	discordo um pouco	não concordo nem discordo	concordo um pouco	concordo bastante	concordo totalmente
12- Desisto facilmente das coisas	Discordo totalmente	discordo bastante	discordo um pouco	não concordo nem discordo	concordo um pouco	concordo bastante	concordo totalmente
13- As amizades que tenho foram conseguidas através da minha capacidade pessoal para fazer amigos	Discordo totalmente	discordo bastante	discordo um pouco	não concordo nem discordo	concordo um pouco	concordo bastante	concordo totalmente
14- Sinto insegurança acerca da minha capacidade para fazer coisas	Discordo totalmente	discordo bastante	discordo um pouco	não concordo nem discordo	concordo um pouco	concordo bastante	concordo totalmente
15- Um dos meus problemas, é que não consigo fazer as coisas como devia	Discordo totalmente	discordo bastante	discordo um pouco	não concordo nem discordo	concordo um pouco	concordo bastante	concordo totalmente

Anexo 10: 23QVS – 23 Questões para avaliação da Vulnerabilidade ao Stress

23 QVS (Vaz-Serra, 2000) Instruções

Cada uma das questões que a seguir é apresentada serve para avaliar a sua maneira de ser habitual.

Não há respostas certas ou erradas. Há apenas a sua resposta.

Responda de forma rápida, honesta e espontânea.

Assinale o quadrado que se aproxima mais do modo como se comporta ou daquilo que realmente lhe acontece

QUESTÕES	CONCORDO EM ABSOLUTO	CONCORDO BASTANTE	NEM CONCORDO NEM DISCORDO	DISCORDO BASTANTE	DISCORDO EM ABSOLUTO
1. Sou uma pessoa determinada na resolução dos meus problemas.	CONCORDO EM ABSOLUTO	CONCORDO BASTANTE	NEM CONCORDO NEM DISCORDO	DISCORDO BASTANTE	DISCORDO EM ABSOLUTO
2.Tenho dificuldades em me relacionar com pessoas desconhecidas.	CONCORDO EM ABSOLUTO	CONCORDO BASTANTE	NEM CONCORDO NEM DISCORDO	DISCORDO BASTANTE	DISCORDO EM ABSOLUTO
3.Quando tenho problemas que me incomodam, posso contar com um ou mais amigos que me servem de confidentes.	CONCORDO EM ABSOLUTO	CONCORDO BASTANTE	NEM CONCORDO NEM DISCORDO	DISCORDO BASTANTE	DISCORDO EM ABSOLUTO
4.Costumo dispor de dinheiro suficiente para satisfazer as minhas necessidades pessoais.	CONCORDO EM ABSOLUTO	CONCORDO BASTANTE	NEM CONCORDO NEM DISCORDO	DISCORDO BASTANTE	DISCORDO EM ABSOLUTO
5.Preocupo-me facilmente com os contratempos do dia-a-dia.	CONCORDO EM ABSOLUTO	CONCORDO BASTANTE	NEM CONCORDO NEM DISCORDO	DISCORDO BASTANTE	DISCORDO EM ABSOLUTO
6.Quando tenho um problema para resolver usualmente consigo alguém que me possa ajudar.	CONCORDO EM ABSOLUTO	CONCORDO BASTANTE	NEM CONCORDO NEM DISCORDO	DISCORDO BASTANTE	DISCORDO EM ABSOLUTO
7.Dou e recebo afeto com regularidade.	CONCORDO EM ABSOLUTO	CONCORDO BASTANTE	NEM CONCORDO NEM DISCORDO	DISCORDO BASTANTE	DISCORDO EM ABSOLUTO
8.É raro deixar-me abater pelos acontecimentos desagradáveis que me ocorrem.	CONCORDO EM ABSOLUTO	CONCORDO BASTANTE	NEM CONCORDO NEM DISCORDO	DISCORDO BASTANTE	DISCORDO EM ABSOLUTO
9.perante as dificuldades do dia-a-dia, sou mais para me queixar do que para me esforçar para as resolver.	CONCORDO EM ABSOLUTO	CONCORDO BASTANTE	NEM CONCORDO NEM DISCORDO	DISCORDO BASTANTE	DISCORDO EM ABSOLUTO
10.Sou um individuo que se enerva com facilidade.	CONCORDO EM ABSOLUTO	CONCORDO BASTANTE	NEM CONCORDO NEM DISCORDO	DISCORDO BASTANTE	DISCORDO EM ABSOLUTO
11.Na maior parte dos casos as soluções para os problemas importantes da minha vida não dependem de mim.	CONCORDO EM ABSOLUTO	CONCORDO BASTANTE	NEM CONCORDO NEM DISCORDO	DISCORDO BASTANTE	DISCORDO EM ABSOLUTO
12.Quando me criticam, tenho tendência a sentir-me culpabilizado.	CONCORDO EM ABSOLUTO	CONCORDO BASTANTE	NEM CONCORDO NEM DISCORDO	DISCORDO BASTANTE	DISCORDO EM ABSOLUTO
13.As pessoas só me dão atenção quando precisam que faça alguma coisa em seu proveito.	CONCORDO EM ABSOLUTO	CONCORDO BASTANTE	NEM CONCORDO NEM DISCORDO	DISCORDO BASTANTE	DISCORDO EM ABSOLUTO
14.Dedico mais tempo às solicitações das outras pessoas do que às minhas próprias necessidades.	CONCORDO EM ABSOLUTO	CONCORDO BASTANTE	NEM CONCORDO NEM DISCORDO	DISCORDO BASTANTE	DISCORDO EM ABSOLUTO
15.Prefiro calar-me do que contrariar alguém no que está a dizer, mesmo que não tenha razão.	CONCORDO EM ABSOLUTO	CONCORDO BASTANTE	NEM CONCORDO NEM DISCORDO	DISCORDO BASTANTE	DISCORDO EM ABSOLUTO
16.Fico nervoso e aborrecido quando não me saio tão bem quanto esperava a realizar as minhas tarefas.	CONCORDO EM ABSOLUTO	CONCORDO BASTANTE	NEM CONCORDO NEM DISCORDO	DISCORDO BASTANTE	DISCORDO EM ABSOLUTO
17.Há em mim aspectos desagradáveis que levam ao afastamento de outras pessoas.	CONCORDO EM ABSOLUTO	CONCORDO BASTANTE	NEM CONCORDO NEM DISCORDO	DISCORDO BASTANTE	DISCORDO EM ABSOLUTO
18.Nas alturas oportunas, custa-me exprimir aquilo que sinto.	CONCORDO EM ABSOLUTO	CONCORDO BASTANTE	NEM CONCORDO NEM DISCORDO	DISCORDO BASTANTE	DISCORDO EM ABSOLUTO
19.Fico nervoso e aborrecido se não obtenho de forma imediata aquilo que quero.	CONCORDO EM ABSOLUTO	CONCORDO BASTANTE	NEM CONCORDO NEM DISCORDO	DISCORDO BASTANTE	DISCORDO EM ABSOLUTO
20.Sou um tipo de pessoa que, devido ao sentido de humor, é capaz de rir dos acontecimentos desagradáveis que lhe ocorrem.	CONCORDO EM ABSOLUTO	CONCORDO BASTANTE	NEM CONCORDO NEM DISCORDO	DISCORDO BASTANTE	DISCORDO EM ABSOLUTO
21.O dinheiro de que posso dispor, mal me dá para as despesas essenciais.	CONCORDO EM ABSOLUTO	CONCORDO BASTANTE	NEM CONCORDO NEM DISCORDO	DISCORDO BASTANTE	DISCORDO EM ABSOLUTO
22.Perante os problemas da minha vida sou mais para fugir do que para lutar.	CONCORDO EM ABSOLUTO	CONCORDO BASTANTE	NEM CONCORDO NEM DISCORDO	DISCORDO BASTANTE	DISCORDO EM ABSOLUTO
23.Sinto-me mal quando não sou perfeito naquilo que faço.	CONCORDO EM ABSOLUTO	CONCORDO BASTANTE	NEM CONCORDO NEM DISCORDO	DISCORDO BASTANTE	DISCORDO EM ABSOLUTO

Anexo 11: QSS1 – Questionário das Situações Sociais 1ª Parte

QUESTIONÁRIO DAS SITUAÇÕES SOCIAIS (adaptado por Lind)

Este questionário é sobre a forma como as pessoas se integram em situações sociais, isto é, situações que implicam estar com as outras pessoas, falar com outras pessoas, ouvir outras pessoas, relacionar-se social ou pessoalmente com outras pessoas.

1ª PARTE = GRAU DE DIFICULDADE

Esta primeira parte é sobre o seu grau de dificuldade, caso exista, que tem nestas situações.

Ter dificuldade significa que a situação **o faz sentir ANSIOSO ou DESCONFORTÁVEL**, ou porque **NÃO SABE** como atuar, ou porque sente **MEDO** ou **EMBARAÇO**.

PARA CADA SITUAÇÃO ESCOLHA O GRAU DE DIFICULDADE QUE CORRESPONDE MAIS À MANEIRA COMO SE SENTE.

Se nunca tiver estado na situação, imagine por favor, como se sentiria.

A escolha “evita sempre que pode” (4) deve fazer-se no caso de achar sentir tanta dificuldade que iria evitar uma tal situação em qualquer caso.

Não deve optar por esta resposta, se evita a situação apenas porque não gosta dela. Por exemplo, não ir a um concerto, porque não gosta da música.

SITUAÇÕES	Sem dificuldade	Dificuldade Ligeira	Dificuldade Moderada	Muita Dificuldade	Evita sempre que pode
Andar na rua	Sem dificuldade	Dificuldade Ligeira	Dificuldade Moderada	Muita Dificuldade	Evita sempre que pode
Entrar em lojas	Sem dificuldade	Dificuldade Ligeira	Dificuldade Moderada	Muita Dificuldade	Evita sempre que pode
Andar em transportes públicos	Sem dificuldade	Dificuldade Ligeira	Dificuldade Moderada	Muita Dificuldade	Evita sempre que pode
Entrar em cafés	Sem dificuldade	Dificuldade Ligeira	Dificuldade Moderada	Muita Dificuldade	Evita sempre que pode
Ir a festas	Sem dificuldade	Dificuldade Ligeira	Dificuldade Moderada	Muita Dificuldade	Evita sempre que pode
Conviver com os colegas de trabalho	Sem dificuldade	Dificuldade Ligeira	Dificuldade Moderada	Muita Dificuldade	Evita sempre que pode
Fazer amizades com pessoas da sua idade	Sem dificuldade	Dificuldade Ligeira	Dificuldade Moderada	Muita Dificuldade	Evita sempre que pode
Estar com um grupo do mesmo sexo e mais ou menos a mesma idade	Sem dificuldade	Dificuldade Ligeira	Dificuldade Moderada	Muita Dificuldade	Evita sempre que pode
Estar com um grupo de homens e mulheres mais ou menos da sua idade	Sem dificuldade	Dificuldade Ligeira	Dificuldade Moderada	Muita Dificuldade	Evita sempre que pode
Estar com um grupo do sexo oposto mais ou menos da sua idade	Sem dificuldade	Dificuldade Ligeira	Dificuldade Moderada	Muita Dificuldade	Evita sempre que pode
Receber visitas	Sem dificuldade	Dificuldade Ligeira	Dificuldade Moderada	Muita Dificuldade	Evita sempre que pode
Entrar em restaurantes	Sem dificuldade	Dificuldade Ligeira	Dificuldade Moderada	Muita Dificuldade	Evita sempre que pode
Ir a bailes	Sem dificuldade	Dificuldade Ligeira	Dificuldade Moderada	Muita Dificuldade	Evita sempre que pode
Estar com pessoas mais velhas	Sem dificuldade	Dificuldade Ligeira	Dificuldade Moderada	Muita Dificuldade	Evita sempre que pode
Estar com pessoas mais novas	Sem dificuldade	Dificuldade Ligeira	Dificuldade Moderada	Muita Dificuldade	Evita sempre que pode
Entrar numa sala cheia de gente	Sem dificuldade	Dificuldade Ligeira	Dificuldade Moderada	Muita Dificuldade	Evita sempre que pode
Contactar com pessoas estranhas	Sem dificuldade	Dificuldade Ligeira	Dificuldade Moderada	Muita Dificuldade	Evita sempre que pode
Estar com pessoas que não conhece muito bem	Sem dificuldade	Dificuldade Ligeira	Dificuldade Moderada	Muita Dificuldade	Evita sempre que pode
Estar com amigos	Sem dificuldade	Dificuldade Ligeira	Dificuldade Moderada	Muita Dificuldade	Evita sempre que pode
Abordar outras pessoas: tomar a iniciativa para começar uma amizade	Sem dificuldade	Dificuldade Ligeira	Dificuldade Moderada	Muita Dificuldade	Evita sempre que pode
Tomar decisões rotineiras que afetem outros (ex: “o que vamos fazer à tarde”)	Sem dificuldade	Dificuldade Ligeira	Dificuldade Moderada	Muita Dificuldade	Evita sempre que pode
Estar a sós com outra pessoa	Sem dificuldade	Dificuldade Ligeira	Dificuldade Moderada	Muita Dificuldade	Evita sempre que pode
Conhecer outras pessoas em profundidade	Sem dificuldade	Dificuldade Ligeira	Dificuldade Moderada	Muita Dificuldade	Evita sempre que pode
Tomar a iniciativa para manter uma conversação	Sem dificuldade	Dificuldade Ligeira	Dificuldade Moderada	Muita Dificuldade	Evita sempre que pode
Olhar as pessoas diretamente nos olhos	Sem dificuldade	Dificuldade Ligeira	Dificuldade Moderada	Muita Dificuldade	Evita sempre que pode
Discordar com aquilo que os outros estão a dizer e avançar o seu próprio ponto de vista	Sem dificuldade	Dificuldade Ligeira	Dificuldade Moderada	Muita Dificuldade	Evita sempre que pode
Pessoas em pé ou sentadas ao pé de si	Sem dificuldade	Dificuldade Ligeira	Dificuldade Moderada	Muita Dificuldade	Evita sempre que pode
Falar de si ou dos seus sentimentos	Sem dificuldade	Dificuldade Ligeira	Dificuldade Moderada	Muita Dificuldade	Evita sempre que pode
Pessoas a olharem para si	Sem dificuldade	Dificuldade Ligeira	Dificuldade Moderada	Muita Dificuldade	Evita sempre que pode

QUESTIONÁRIO DAS SITUAÇÕES SOCIAIS (adaptado por Lind)

2ª PARTE : FREQUÊNCIA

Esta escala aborda a **quantidade de vezes que se encontra perante determinada situação.**

Responda, marcando o número que lhe corresponde, quantas vezes se encontrou nas situações nos últimos três meses.

SITUAÇÕES	Todos os dias ou quase todos os <u>dias</u>	Pelo menos uma vez por <u>semana</u>	Pelo menos uma vez por <u>quinzena</u>	Pelo menos uma vez por <u>mês</u>	Uma ou duas vezes em <u>três meses</u>	Nunca durante <u>três meses</u>	Nunca
Andar na rua	Todos os dias ou quase todos os <u>dias</u>	Pelo menos uma vez por <u>semana</u>	Pelo menos uma vez por <u>quinzena</u>	Pelo menos uma vez por <u>mês</u>	Uma ou duas vezes em <u>três meses</u>	Nunca durante <u>três meses</u>	Nunca
Entrar em lojas	Todos os dias ou quase todos os <u>dias</u>	Pelo menos uma vez por <u>semana</u>	Pelo menos uma vez por <u>quinzena</u>	Pelo menos uma vez por <u>mês</u>	Uma ou duas vezes em <u>três meses</u>	Nunca durante <u>três meses</u>	Nunca
Andar em transportes públicos	Todos os dias ou quase todos os <u>dias</u>	Pelo menos uma vez por <u>semana</u>	Pelo menos uma vez por <u>quinzena</u>	Pelo menos uma vez por <u>mês</u>	Uma ou duas vezes em <u>três meses</u>	Nunca durante <u>três meses</u>	Nunca
Entrar em cafés	Todos os dias ou quase todos os <u>dias</u>	Pelo menos uma vez por <u>semana</u>	Pelo menos uma vez por <u>quinzena</u>	Pelo menos uma vez por <u>mês</u>	Uma ou duas vezes em <u>três meses</u>	Nunca durante <u>três meses</u>	Nunca
Ir a festas	Todos os dias ou quase todos os <u>dias</u>	Pelo menos uma vez por <u>semana</u>	Pelo menos uma vez por <u>quinzena</u>	Pelo menos uma vez por <u>mês</u>	Uma ou duas vezes em <u>três meses</u>	Nunca durante <u>três meses</u>	Nunca
Conviver com colegas	Todos os dias ou quase todos os <u>dias</u>	Pelo menos uma vez por <u>semana</u>	Pelo menos uma vez por <u>quinzena</u>	Pelo menos uma vez por <u>mês</u>	Uma ou duas vezes em <u>três meses</u>	Nunca durante <u>três meses</u>	Nunca
Fazer amizades com pessoas da sua idade	Todos os dias ou quase todos os <u>dias</u>	Pelo menos uma vez por <u>semana</u>	Pelo menos uma vez por <u>quinzena</u>	Pelo menos uma vez por <u>mês</u>	Uma ou duas vezes em <u>três meses</u>	Nunca durante <u>três meses</u>	Nunca
Estar com um grupo do mesmo sexo e mais ou menos a mesma idade	Todos os dias ou quase todos os <u>dias</u>	Pelo menos uma vez por <u>semana</u>	Pelo menos uma vez por <u>quinzena</u>	Pelo menos uma vez por <u>mês</u>	Uma ou duas vezes em <u>três meses</u>	Nunca durante <u>três meses</u>	Nunca
Estar com um grupo de homens e mulheres mais ou menos da sua idade	Todos os dias ou quase todos os <u>dias</u>	Pelo menos uma vez por <u>semana</u>	Pelo menos uma vez por <u>quinzena</u>	Pelo menos uma vez por <u>mês</u>	Uma ou duas vezes em <u>três meses</u>	Nunca durante <u>três meses</u>	Nunca
Estar com um grupo do sexo oposto mais ou menos da sua idade	Todos os dias ou quase todos os <u>dias</u>	Pelo menos uma vez por <u>semana</u>	Pelo menos uma vez por <u>quinzena</u>	Pelo menos uma vez por <u>mês</u>	Uma ou duas vezes em <u>três meses</u>	Nunca durante <u>três meses</u>	Nunca
Receber visitas	Todos os dias ou quase todos os <u>dias</u>	Pelo menos uma vez por <u>semana</u>	Pelo menos uma vez por <u>quinzena</u>	Pelo menos uma vez por <u>mês</u>	Uma ou duas vezes em <u>três meses</u>	Nunca durante <u>três meses</u>	Nunca
Entrar em restaurantes	Todos os dias ou quase todos os <u>dias</u>	Pelo menos uma vez por <u>semana</u>	Pelo menos uma vez por <u>quinzena</u>	Pelo menos uma vez por <u>mês</u>	Uma ou duas vezes em <u>três meses</u>	Nunca durante <u>três meses</u>	Nunca
Ir a bailes	Todos os dias ou quase todos os <u>dias</u>	Pelo menos uma vez por <u>semana</u>	Pelo menos uma vez por <u>quinzena</u>	Pelo menos uma vez por <u>mês</u>	Uma ou duas vezes em <u>três meses</u>	Nunca durante <u>três meses</u>	Nunca
Estar com pessoas mais velhas	Todos os dias ou quase todos os <u>dias</u>	Pelo menos uma vez por <u>semana</u>	Pelo menos uma vez por <u>quinzena</u>	Pelo menos uma vez por <u>mês</u>	Uma ou duas vezes em <u>três meses</u>	Nunca durante <u>três meses</u>	Nunca
Estar com pessoas mais novas	Todos os dias ou quase todos os <u>dias</u>	Pelo menos uma vez por <u>semana</u>	Pelo menos uma vez por <u>quinzena</u>	Pelo menos uma vez por <u>mês</u>	Uma ou duas vezes em <u>três meses</u>	Nunca durante <u>três meses</u>	Nunca
Entrar numa sala cheia de gente	Todos os dias ou quase todos os <u>dias</u>	Pelo menos uma vez por <u>semana</u>	Pelo menos uma vez por <u>quinzena</u>	Pelo menos uma vez por <u>mês</u>	Uma ou duas vezes em <u>três meses</u>	Nunca durante <u>três meses</u>	Nunca
Contactar com pessoas estranhas	Todos os dias ou quase todos os <u>dias</u>	Pelo menos uma vez por <u>semana</u>	Pelo menos uma vez por <u>quinzena</u>	Pelo menos uma vez por <u>mês</u>	Uma ou duas vezes em <u>três meses</u>	Nunca durante <u>três meses</u>	Nunca
Estar com pessoas que não conhece muito bem	Todos os dias ou quase todos os <u>dias</u>	Pelo menos uma vez por <u>semana</u>	Pelo menos uma vez por <u>quinzena</u>	Pelo menos uma vez por <u>mês</u>	Uma ou duas vezes em <u>três meses</u>	Nunca durante <u>três meses</u>	Nunca
Estar com amigos	Todos os dias ou quase todos os <u>dias</u>	Pelo menos uma vez por <u>semana</u>	Pelo menos uma vez por <u>quinzena</u>	Pelo menos uma vez por <u>mês</u>	Uma ou duas vezes em <u>três meses</u>	Nunca durante <u>três meses</u>	Nunca
Abordar outras pessoas: tomar a iniciativa para começar uma amizade	Todos os dias ou quase todos os <u>dias</u>	Pelo menos uma vez por <u>semana</u>	Pelo menos uma vez por <u>quinzena</u>	Pelo menos uma vez por <u>mês</u>	Uma ou duas vezes em <u>três meses</u>	Nunca durante <u>três meses</u>	Nunca
Tomar decisões rotineiras que afetem outros (ex: "o que vamos fazer à tarde")	Todos os dias ou quase todos os <u>dias</u>	Pelo menos uma vez por <u>semana</u>	Pelo menos uma vez por <u>quinzena</u>	Pelo menos uma vez por <u>mês</u>	Uma ou duas vezes em <u>três meses</u>	Nunca durante <u>três meses</u>	Nunca

PSP · Folha de Registo

1. Por favor atribua uma pontuação ao nível de funcionamento do(a) doente durante o mês anterior. Existem 4 domínios principais de funcionamento considerados nesta escala:

	Ausente	Ligeiro	Manifesto	Marcado	Grave	Muito grave
(a) actividades socialmente úteis incluindo trabalho e estudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) relações pessoais e sociais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(c) auto-cuidado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(d) comportamento perturbador e agressivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Seguem-se dois conjuntos de critérios operacionais para avaliar o grau das dificuldades: Um para as áreas a-c e um específico para a área d.

Graus de gravidade das áreas a-c

- Ausente
- Ligeiro: conhecido apenas para alguém que está muito familiarizado com a pessoa.
- Manifesto: dificuldades claramente perceptíveis por todos, mas não interferindo substancialmente com a capacidade da pessoa para desempenhar o seu papel nessa área, tendo em conta o seu contexto sócio-cultural, idade, sexo e nível educacional.
- Marcado: dificuldades que interferem marcadamente com o desempenho nessa área; contudo, a pessoa ainda é capaz de fazer algo sem ajuda profissional ou social, apesar de inadequadamente e/ou ocasionalmente; se ajudado por alguém, ele/ela poderá ser capaz de atingir o nível de funcionamento prévio.
- Grave: dificuldades que tornam a pessoa incapaz para desempenhar qualquer papel nessa área, se não for ajudado profissionalmente; ou conduzem a pessoa a um papel destrutivo, não existindo, no entanto, riscos para a sobrevivência.
- Muito grave: défices e dificuldades de tal intensidade que colocam em risco a sobrevivência da pessoa.

Graus de gravidade das áreas d

- Ausente
- Ligeiro: correspondendo a ligeira rudeza, insociabilidade ou litigância
- Manifesto: falar demasiado alto ou falar para os outros de uma forma demasiado familiar ou comer de forma socialmente inaceitável
- Marcado: insultar os outros em pública, partir ou destruir objectos, agir frequentemente de forma socialmente inapropriada mas não perigosa (ex. despir-se ou urinar em público)
- Grave: ameaças verbais frequentes ou agressões físicas frequentes, sem intenção ou possibilidade de ferimentos graves
- Muito grave: definido como actos agressivos frequentes, destinados a, ou susceptíveis de causar ferimentos graves

3. Avalie a frequência dos comportamentos perturbadores e agressivos (área d) durante o mês anterior.

Se o comportamento agressivo esteve presente apenas uma vez, mas em circunstâncias e/ou com uma história que convence o avaliador que não existe risco de recorrência no futuro próximo, o grau de gravidade poderá ser reduzido em um grau (ex. de grave para marcado).

PSP · Orientações para pontuação

4. Seleccionar intervalos de 10 pontos

- A selecção dos intervalos de 10 pontos baseia-se nas quatro áreas principais:
- actividades socialmente úteis incluindo trabalho e estudo;
 - relações pessoais e sociais;
 - auto-cuidado;
 - comportamento perturbador e agressivo.

100-91	Funcionamento excelente em todas as quatro áreas principais. Ele/ela é tido em alta consideração pelas suas boas qualidades, lida adequadamente com os problemas de vida, envolve-se num vasto leque de interesses e actividades
90-81	Bom funcionamento em todas as quatro áreas principais, presença apenas de problemas ou dificuldades comuns
80-71	Dificuldades ligeiras em uma ou mais das áreas a-c
70-61	Dificuldades manifestas, mas não marcadas em uma ou mais áreas a-c, ou dificuldades ligeiras em d
60-51	Dificuldades marcadas em uma das áreas a-c, ou dificuldades manifestas em d
50-41	Dificuldades marcadas em duas ou mais, ou dificuldades graves em uma das áreas a-c, com ou sem dificuldades manifestas em d
40-31	Dificuldades graves em uma e dificuldades marcadas em pelo menos uma das áreas a-c, ou dificuldades marcadas em d
30-21	Dificuldades graves em duas das áreas a-c, ou dificuldades graves em d, com ou sem défice nas áreas a-c
20-11	Dificuldades graves em todas as áreas a-d, ou muito graves em d, com ou sem défice nas áreas gerais a-c. Se a pessoa reage a solicitações externas, a pontuação sugerida é de 20-16; senão, a pontuação sugerida é de 15-11
10-1	Falta de autonomia no funcionamento básico com comportamentos extremos mas sem risco de sobrevivência (pontuação 6-10) ou com risco de sobrevivência, ex. risco de morte por malnutrição, desidratação, infecções, incapacidade para reconhecer situações de perigo manifesto (pontuação 1-5)

5. Faça ajustes dentro de intervalos de 10 pontos

O nível de funcionamento em outras áreas deve ser tido em consideração para ajustar a pontuação ao nível decimal (por exemplo, de 31 a 40), tal como:

- Cuidados de saúde físicos e psicológicos
- Alojamento, área de residência, cuidado pelo espaço habitacional
- Contribuição para as actividades domésticas, participação na vida familiar ou da residência/centro-dia
- Relações íntimas ou sexuais
- Cuidados às crianças
- Rede social, amigos e cuidadores
- Observância das regras sociais
- Interesses gerais
- Gestão financeira
- Utilização de transportes, telefone
- Capacidades de lidar com a crise

O comportamento ou risco de suicídio não são tidos em conta nesta escala.

6. Registe a pontuação final

PONTUAÇÃO

NOME DO DOENTE: _____

DATA: ____/____/____

Anexo 14: Ficha de Dados Demográficos

DADOS DEMOGRÁFICOS DOS PARTICIPANTES

NOME: _____
Residência: _____
Infos que facilitam encontrar a morada (junto a, perto de, tipo de casa,...):

Contacto telefónico: _____

Data de Nascimento: ___/___/___ **Idade:** _____

Estado Civil:

Solteiro Casado Divorciado Viúvo Outro: _____

Quantos filhos têm ou teve? _____ **Vivem consigo?** _____

Com quem vive:

Sozinho Acompanhado: (família, cônjuge, outros: _____)

Nível de instrução:

Sem instrução
 1º Ciclo ensino básico **incompleto** 1º Ciclo ensino básico **completo**
 2º Ciclo ensino básico **incompleto** 2º Ciclo ensino básico **completo**
 3º Ciclo ensino básico **incompleto** 3º Ciclo ensino básico **completo**
 Ensino secundário **incompleto** Ensino secundário **completo**
 Ensino Superior **completo** Ensino Superior **completo**

Situação perante o trabalho (marque a que interessa):

SIM: Empregado (Profissão/Atividade): _____

SIM: Desempregado

SIM: Doméstico

SIM: Estudante: _____

SIM: Reformado (Profissão anterior à reforma: _____)

SIM: Outra: _____

Duração da doença (em anos): _____

Tem ajudas de alguma instituição?

Sim Não

Quem/Qual? _____

Nos últimos 12 meses, tem recorrido a serviços de saúde?

Sim Não

Qual:

Urgência Psiquiatra particular Grupos de apoio Associações

Outro tipo de terapia. Qual? _____

Qual o motivo? _____

Anexo 15: Quadros com resultados da aplicação do teste Friedman: Explicitação dos percentis dos diversos instrumentos de avaliação (3 páginas)

Mental Health Inventory (MHI) no Grupo Experimental

GE	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Percentis		
						1º Quartil	2º Quartil (Mediana)	3º Quartil
Total_MHI_T1	15	17,80	2,40	13,00	20,00	16,00	18,00	20,00
Total_MHI_T2	15	16,07	1,39	14,00	18,00	14,00	17,00	17,00
Total_MHI_T3	15	22,40	2,23	19,00	25,00	22,00	22,00	25,00

Mental Health Inventory (MHI) no Grupo de Controlo

GC	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Percentis		
						1º Quartil	2º Quartil (Mediana)	3º Quartil
Total_MHI_T1	13	18,30	2,93	14,00	22,00	16,00	19,00	21,50
Total_MHI_T2	13	15,69	2,25	12,00	19,00	14,00	16,00	17,00
Total_MHI_T3	13	22,69	1,80	19,00	25,00	22,00	22,00	25,00

Escala de Adesão à Terapêutica (MARS) no Grupo Experimental

GE	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Percentis		
						1º Quartil	2º Quartil (Mediana)	3º Quartil
Total_MARS_T1	15	15,80	1,52	13,00	18,00	15,00	16,00	17,00
Total_MARS_T2	15	16,07	1,39	14,00	18,00	15,00	17,00	17,00
Total_MARS_T3	15	15,33	1,95	14,00	18,00	14,00	14,00	18,00

Escala de Adesão à Terapêutica (MARS) no Grupo de Controlo

GC	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Percentis		
						1º Quartil	2º Quartil (Mediana)	3º Quartil
Total_MARS_T1	13	15,54	1,71	13,00	19,00	14,00	16,00	17,00
Total_MARS_T2	13	15,23	1,09	14,00	17,00	14,50	15,00	16,00
Total_MARS_T3	13	16,46	2,03	14,00	18,00	14,00	18,00	18,00

Escala de Autoavaliação da Ansiedade de Zung no Grupo Experimental

GE	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Percentis		
						1º Quartil	2º Quartil (Mediana)	3º Quartil
Total_ZUNG_T1	15	41,13	11,15	31,00	72,00	34,00	40,00	49,00
Total_ZUNG_T2	15	39,53	5,78	34,00	48,00	36,00	37,00	48,00
Total_ZUNG_T3	15	35,73	4,45	30,00	40,00	30,00	36,00	40,00

Escala de Autoavaliação da Ansiedade de Zung no Grupo de Controlo

GC	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Percentis		
						1º Quartil	2º Quartil (Mediana)	3º Quartil
Total_ZUNG_T1	13	40,92	9,56	22,00	54,00	33,50	41,00	49,00
Total_ZUNG_T2	13	39,69	5,63	34,00	48,00	34,00	37,00	45,00
Total_ZUNG_T3	13	36,62	4,72	30,00	40,00	30,00	40,00	40,00

Escala de Avaliação da Autoeficácia Geral (EAE) no Grupo Experimental

EAE	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Percentil		
						1º Quartil	2º Quartil (Mediana)	3º Quartil
Total_EAE_T1	15	79,40	14,57	60,00	104,00	70,00	77,00	93,00
Total_EAE_T2	15	82,00	14,86	65,00	100,00	69,00	83,00	94,00
Total_EAE_T3	15	49,33	11,84	41,00	71,00	41,00	42,00	61,00

Escala de Avaliação da Autoeficácia Geral (EAE) no Grupo de Controlo

EAE	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Percentil		
						1º Quartil	2º Quartil (Mediana)	3º Quartil
Total_EAE_T1	13	55,15	12,82	30,00	69,00	46,00	61,00	66,00
Total_EAE_T2	13	85,61	14,69	61,00	100,00	72,50	94,00	100,00
Total_EAE_T3	13	43,15	5,38	41,00	61,00	41,00	42,00	42,00

23 Questões para avaliação da Vulnerabilidade ao Stress (23QVS) no Grupo Experimental

23QVS	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Percentil		
						1º Quartil	2º Quartil (Mediana)	3º Quartil
Total_QVS_T1	15	47,47	9,39	32,00	66,00	41,00	50,00	54,00
Total_QVS_T2	15	47,27	6,09	36,00	51,00	44,00	50,00	51,00
Total_QVS_T3	15	42,87	6,41	38,00	52,00	38,00	39,00	51,00

23 Questões para avaliação da Vulnerabilidade ao Stress (23QVS) no Grupo de Controlo

23QVS	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Percentil		
						1º Quartil	2º Quartil (Mediana)	3º Quartil
Total_QVS_T1	13	40,38	8,77	29,00	59,00	34,00	39,00	44,50
Total_QVS_T2	13	44,30	6,69	36,00	51,00	36,00	46,00	51,00
Total_QVS_T3	13	46,46	6,81	38,00	52,00	38,00	51,00	52,00

Questionário das Situações Sociais, Parte 1 (QSS1) no Grupo Experimental

GE	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Percentil		
						1º Quartil	2º Quartil (Mediana)	3º Quartil
Total_QSS1_T1	15	20,93	18,84	3,00	56,00	4,00	15,00	34,00
Total_QSS1_T2	15	29,07	18,75	6,00	58,00	6,00	32,00	32,00
Total_QSS1_T3	15	19,93	9,19	12,00	37,00	14,00	16,00	21,00

Questionário das Situações Sociais, Parte 1 (QSS1) no Grupo de Controlo

GC	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Percentil		
						1º Quartil	2º Quartil (Mediana)	3º Quartil
Total_QSS1_T1	13	25,77	20,63	4,00	85,00	11,00	20,00	34,00
Total_QSS1_T2	13	28,62	23,24	6,00	58,00	6,50	32,00	58,00
Total_QSS1_T3	13	17,31	6,37	12,00	37,00	14,00	16,00	18,00

Questionário das Situações Sociais, Parte 2 (QSS2) no Grupo Experimental

GE	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Percentil		
						1º Quartil	2º Quartil (Mediana)	3º Quartil
Total_QSS2_T1	15	56,67	23,59	25,00	88,00	37,00	51,00	79,00
Total_QSS2_T2	15	60,53	20,55	41,00	96,00	41,00	49,00	65,00
Total_QSS2_T3	15	67,73	12,21	48,00	80,00	58,00	76,00	78,00

Questionário das Situações Sociais, Parte 2 (QSS2) no Grupo de Controlo

GC	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Percentil		
						1º Quartil	2º Quartil (Mediana)	3º Quartil
Total_QSS2_T1	13	66,85	30,31	21,00	117,00	45,00	58,00	90,00
Total_QSS2_T2	13	66,08	24,82	41,00	96,00	41,00	49,00	92,00
Total_QSS2_T3	13	64,00	12,29	48,00	80,00	53,50	60,00	78,00

Escala de Desempenho Pessoal e Social (PSP) no Grupo Experimental

GE	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Percentil		
						1º Quartil	2º Quartil (Mediana)	3º Quartil
Total_PSP_T1	15	68,00	10,14	50	80	60,00	70,00	80,00
Total_PSP_T2	15	75,33	15,06	50	90	60,00	80,00	90,00
Total_PSP_T3	15	78,00	15,21	50	90	80,00	80,00	90,00

Escala de Desempenho Pessoal e Social (PSP) no Grupo de Controlo

GC	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Percentil		
						1º Quartil	2º Quartil (Mediana)	3º Quartil
Total_PSP_T1	13	66,15	15,57	30	80	55,00	70,00	80,00
Total_PSP_T2	13	76,15	13,87	50	90	70,00	80,00	90,00
Total_PSP_T3	13	70,77	17,54	50	90	50,00	80,00	85,00