

Millenium, 2(10), 39-52.

pt

VAMOS CONVERSAR! PROJETO DE INVESTIGAÇÃO CLÍNICA EM ATIVIDADES DE OCUPAÇÃO TERAPÊUTICA NA CONVERSAÇÃO E INTERAÇÃO SOCIAL

LET'S TALK! CLINICAL RESEARCH PROJECT OF THERAPEUTIC OCCUPATION ACTIVITIES ON CONVERSATION AND SOCIAL INTERACTION

¡VAMOS A HABLAR! PROJETO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA EN LAS ACTIVIDADES DE OCUPACIÓN TERAPÉUTICA EN LA CONVERSACIÓN Y LA INTERACCIÓN SOCIAL

*Carlos Melo-Dias¹
Cândida Canotilho²
Delfim Sousa³
Glória Pereira⁴
Joaquim Ferreira⁵*

*Jorge Façanha²
Amorim Rosa³
Alberto Pinto³
Ana Carvalho²
Joaquim Rodrigues⁴*

¹ Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC); Investigador responsável do Projeto PBE-MENTAL (Prática Baseada na Evidência em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica) na UICISA-E (Unidade de Investigação em Ciências da Saúde-Enfermagem); Centre for Evidence Based Practice: A JBI Collaborating Centre, Portugal

² Centro Hospitalar Universitário de Coimbra – Unidade de Reabilitação do CRI de Psiquiatria e Unidade de Cuidados Avançados de Esquizofrenia Resistente ao Tratamento (UCARe-T), Coimbra, Portugal.

³ Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal

⁴ Centro Hospitalar Universitário de Coimbra – Unidade de Reabilitação do CRI de Psiquiatria e Unidade de Cuidados Avançados de Esquizofrenia Resistente ao Tratamento (UCARe-T), Coimbra, Portugal

Carlos Melo-Dias - cmelodias@esenfc.pt | Cândida Canotilho - c.canotilho@hotmail.com | Delfim Sousa - delfimsousa75@gmail.com | Glória Pereira - gloriapereira2@gmail.com | Joaquim Ferreira - jcffcj@gmail.com | Jorge Façanha - jorgefacanha@gmail.com | Amorim Rosa - amorim@esenfc.pt | Alberto Pinto - mpinto@esenfc.pt | Ana Carvalho - ana.carvalho@chuc.min-saude.pt | Joaquim Rodrigues - joaquim.rodrigues@chuc.min-saude.pt



Autor Correspondente

Carlos Melo-Dias

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
UCP Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria
Rua 5 de Outubro (Pólo B)
3046-851 Coimbra
cmelodias@esenfc.pt

RECEBIDO: 15 de maio de 2019

ACEITE: 06 de setembro de 2019

RESUMO

Introdução: A pessoa com esquizofrenia apresenta classicamente prejuízo do processo do pensamento, da percepção e das habilidades de interação e de funcionamento social. As Atividades de Ocupação Terapêutica (AOT) promovem, previnem, e habilitam e recuperam as habilidades sociais, os comportamentos verbais e não-verbais apropriados, apresentando-se a revisão de evidências que mostram a pertinência, eficácia e os benefícios desta aprendizagem e treino.

Desenvolvimento: Selecionando especificamente clientes com esquizofrenia internados na Unidade de Reabilitação (UCAERe-T) aplica-se, um estudo experimental de sujeito único, com a finalidade de avaliar a eficácia do programa estruturado de AOT de Conversação e Interação Social para aprendizagem e treino habilidades de comunicação/conversação de clientes com Esquizofrenia.

Conclusões: Este projeto de melhoria contínua, em duas vertentes: investigação clínica e extensão de serviços em parceria, prospectiva por um lado a melhoria dos diversos outcomes clínicos, nomeadamente: funcionamento pessoal e social; envolvimento social; habilidades de interação social; bem-estar pessoal; comportamento interpessoal; equilíbrio do humor; motivação; autoestima; e autonomia pessoal; e por outro lado a concretização de indicadores de produção.

Palavras-chave: Enfermagem; Conversa; Atividades de Ocupação Terapêutica; Funcionamento pessoal e social; Reabilitação.

ABSTRACT

Introduction: Impairments in thought processes, perception, interaction skills, and social functioning are common in individuals with schizophrenia. The Therapeutic Occupation Activities (TOA) promote, prevent, empower, and recover their social skills and appropriate verbal and nonverbal behaviors. This study reviews the evidence on the relevance, effectiveness, and benefits of this learning and training.

Development: A single-case experimental study was conducted with individuals with schizophrenia admitted to the Rehabilitation Unit (UCAERe-T), with the purpose of assessing the effectiveness of the structured TOA program of Conversation and Social Interaction for learning and training communication/conversation skills with individuals with schizophrenia.

Conclusions: This continuous improvement project, in both areas related to clinical research and outreach partnership services, intends to improve several clinical outcomes, namely personal and social functioning, social involvement, social interaction skills, personal well-being, interpersonal behavior, mood equilibrium, motivation, self-esteem, and personal autonomy, as well as achieve production indicators.

Keywords: Nursing; Conversation; Therapeutic Occupation Activities; Personal and Social Functioning; Rehabilitation.

RESUMEN

Introducción: Los clientes con esquizofrenia presentan alteraciones clásicas de los procesos de pensamiento, de percepción y de interacción y funcionamiento social. Las Actividades de Ocupación Terapéutica (AOT) promueven, previenen, potencian y recuperan habilidades sociales, comportamientos verbales y no verbales apropiados, por lo que se presenta la revisión de evidencias que muestran la pertinencia, la eficacia y los beneficios de este aprendizaje y capacitación.

Desarrollo: Los clientes con esquizofrenia fueron seleccionados dentro de la Unidad de Rehabilitación (UCAERe-T), aplicando un estudio de Diseño Experimental de Caso Único, con el propósito de evaluar la efectividad del programa estructurado de AOT de Conversación e Interacción Social para el aprendizaje y entrenamiento de habilidades de comunicación/conversación con clientes con esquizofrenia.

Conclusiones: Expresando los resultados con la escala de desempeño personal y social y la escala para el comportamiento interpersonal, se espera una mejora relativa de los diversos resultados clínicos, a saber: funcionamiento personal y social; implicación social; habilidades de interacción social; bienestar personal; comportamiento interpersonal; equilibrio del estado de ánimo; motivación; autoestima; y autonomía personal.

Este proyecto de mejora continua, en dos líneas: investigación clínica y extensión de servicios en asociación, prospectiva, por un lado, mejora de varios resultados clínicos, a saber: funcionamiento personal y social; implicación social; habilidades de interacción social; bienestar personal; comportamiento interpersonal; equilibrio del estado de ánimo; motivación; autoestima; y autonomía personal; y por otro lado la concretización de indicadores de desempeño.

Palabras-clave: Enfermería; Conversación; Actividades de Ocupación Terapéutica; Funcionamiento personal y social; Rehabilitación.

INTRODUÇÃO

A esquizofrenia é uma das doenças mais incapacitantes, e também uma das perturbações mais prevalentes, com um grande impacto negativo na qualidade de vida nos indivíduos doentes e nas famílias (OMS, 2001). No seu percurso clínico é uma doença que prejudica o pensamento, a perceção e a interação social, alterando de forma persistente o funcionamento social (Melo-Dias & Silva, 2015), adicionalmente, 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 – exemplo: delírios, alucinações – e dos sintomas negativos – exemplo: a solidão e o isolamento social (Coelho, Silva, Silvério, & Palha, 2002; Santos, 2000; Stuart, 2013; Briddon, Richards, & Lovell, 2003; Townsend, 2011; Melo-Dias, 2015).

As dificuldades 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 (Bellack, 2004).

O impacto psicossocial da experiência de esquizofrenia é ilustrado pela maior probabilidade de desemprego e de ser sem-abrigo; cerca de 1/5 têm emprego regular; cerca de 2/3 nunca se casam, têm pouco contacto com a família e têm poucos amigos; e a qualidade de vida percebida é baixa. Para as famílias constata-se um elevado peso (subjetivo e objetivo); reduzido acesso a tratamentos baseados na evidência, reduzido suporte social, problemas financeiros, e reduzidas relações interpessoais de proximidade (Melo-Dias, 2015).

As Atividades de Ocupação Terapêutica (AOT) são atividades ou conjunto de atividades organizadas e sistemáticas que estruturam e dirigem o desempenho funcional do participante, enquadradas na relação interpessoal enfermeiro-cliente e na avaliação das necessidades humanas fundamentais (NHF), utilizando técnicas terapêuticas selecionadas e prescritas consoante o/s objetivo/s pretendido/s, com efeitos psicoterapêuticos, psicoeducacionais, psicomotricionais, psicossociais, socioterapêuticos e espirituais, no sentido de promover, prevenir, habilitar, manter e/ou recuperar e desenvolver as habilidades da pessoa na obtenção do potencial máximo de desempenho, de autonomia e de satisfação nas suas NHF, nas atividades de vida, na ocupação para a realização e na recreação (Melo-Dias, Rosa, & Pinto, 2014).

A ocupação terapêutica é entendida como um processo adaptativo e contínuo no qual a pessoa desenvolve a sua identidade e competência, permitindo a expressão individual, a construção identitária e o desenvolvimento de vínculos sociais e culturais, e possibilita-lhe sentir-se elemento ativo da sociedade, resultando em melhorias no seu bem-estar e na sua saúde global (Melo-Dias, Rosa, & Pinto, 2014; Melo-Dias, Rosa, & Pinto, 2016).

O treino de habilidades sociais permite ao indivíduo manifestar comportamentos verbais e não-verbais apropriados, em situações sociais que facilitem o desenvolvimento das relações interpessoais satisfatórias (p.53) (Canotilho, 2017), sendo a conversação o caminho base de comunicação para cada e qualquer um dos tipos de habilidade social, quer na forma verbal quer não-verbal, concretizando-se enquanto conduta socialmente hábil como “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” (Melo-Dias, 2015, p. 53).

Este tipo/área de intervenções enquadram-se também no âmbito das funções do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, propõem-se ajudar e adequar as respostas da pessoa doente e família face aos problemas específicos relacionados com a doença mental, estabelecendo relações de confiança e de parceria com o doente, utilizando técnicas psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais que aumentam o insight do cliente sobre os seus problemas e capacita-lo para encontrar novas formas de resolução (Ordem dos Enfermeiros, 2011a).

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.

Numa revisão sistemática relativa à formação de generalização de habilidades de conversação em doentes com esquizofrenia foram selecionados 27 estudos, expondo os resultados e análise em três subconjuntos de acordo com o desenho das investigações desenvolvidas (Melo-Dias, 2015, pp. 49-50) um subconjunto relativo a 4 estudos de caso sobre interação com um desconhecido, outro subconjunto relativo a 11 estudos quasi-experimentais e outro subconjunto relativo a 12 estudos experimentais.

Nos 11 estudos quasi-experimentais a diversidade de metodologias de treino foi transversal com diversidade de abordagens, de reforços e de focos de atenção, sendo algumas muito estruturadas e outras preconizando a flexibilidade, resultando também em curta duração com 12 sessões e em longa duração com mais de 100 sessões. Ainda assim, apesar da multiplicidade das estruturas e dinâmicas dos programas de treino, a maioria destes estudos foram unânimes no sublinhar da vantagem terapêutica em participar no treino de habilidades, como crucial para a interação consigo e com os outros (Melo-Dias, 2015).

Nos 12 estudos com desenhos experimentais, as intervenções nas habilidades de conversação foram comparadas com outras intervenções standard dos serviços, tendo a maioria utilizado grandes amostras de participantes, com 2 ou mais meses de formação, com frequência bissemanal ou maior, com total típico de 16 sessões e cada com 1 hora de duração média. Apresentaram melhorias de um modo geral na avaliação pós-formação e mantidas no follow-up, concluindo ser um método

eficiente para o ensino de habilidades interpessoais específicas a doentes com esquizofrenia e ainda melhorando no desempenho de papéis, no comportamento, na interação social e na assertividade (Melo-Dias, 2016).

Dos efeitos da formação nos participantes, todos estes estudos analisados são perentórios nos benefícios e na melhoria de desempenho nas habilidades e na generalização das habilidades de conversação, considerando-se no entanto que uma frequência de formação regular e com sessões próximas são mais produtivas e mantem a adesão à formação, sessões que sejam reais, i.e., utilizando a própria vivência dos participantes são mais produtivas e significativas, e ainda, consideram útil ir reforçando a ligação formador-formando, ou terapeuta-doente, com reforços exclusivamente positivos (Melo-Dias, 2015; Melo-Dias, 2016; Melo-Dias, 2019).

Destas intervenções foi também demonstrada na pertinência, eficácia e benefícios, como no estudo de Melo-Dias (2016), nomeadamente nas melhorias 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 (cuidadores) (Melo-Dias, 2014).

Outro estudo de Canotilho, focado na mesma temática (Canotilho, 2017) refere que dos resultados obtidos pode-se realçar que houve uma diminuição significativa do grau de dificuldades nas oito pessoas doentes com esquizofrenia, em situações sociais, ao longo do programa de formação de habilidades de comunicação/conversação, pois apesar do valor da escala PSP (Escala de Funcionamento Pessoal e Social) ser considerado baixo funcionamento pessoal e social no início da formação, pode registar-se que até ao seu término, conseguiram melhorar e adequar com o aumento para o dobro desse valor, no seu funcionamento pessoal e social perceptível no seu ambiente socio familiar, quer no momento após-formação, quer no follow-up.

O projeto Vamos Conversar! prospectiva a melhoria das habilidades de comunicação/conversação, e dado o expectável aumento da ação comportamental do cliente, em conjunto com o incremento da influência do enfermeiro na relação desenvolvimental que constrói com o seu cliente, prospectiva também inovação no acréscimo de potencial de concretização para a generalização das suas habilidades de conversação, facilitando a passagem do ambiente protegido, equilibrado e seguro da clínica hospitalar para um ambiente imprevisível e por vezes desprotegido da comunidade (Melo-Dias, 2015) ancorando-se na visão do Plano de Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007-2016 (CNRSSM, 2007) que reforçava a importância dos doentes com esquizofrenia estarem inseridos na comunidade.

Este projeto insere-se também na modalidade Projeto de Melhoria Contínua nos CHUC aprovado desde final de 2018 pela Direção de Enfermagem, apenas se considerando como condicionantes, as imprevisibilidades relativas a clientes disponíveis e interessados (inclui consentimento informado e esclarecido), a clientes com critérios de seleção adequados, e à estabilidade da equipa para manutenção do regime de turnos a executar previstos.

DESENVOLVIMENTO

MÉTODOS

Desenho do Estudo

É um tipo de estudo experimental sujeito único (EESU) do tipo A₁-B-A₂ (*single case experimental design*). Este desenho de investigação A₁-B-A₂ exige que cada participante (em grupo) seja exposto em A₁ à condição de controlo (de si próprio) denominado “protocolo de tempo” (que consiste na exposição à rotina habitual do serviço durante a mesma duração do programa experimental) e num segundo momento seja exposto em B à intervenção Vamos Conversar! (exposição experimental), seguida do terceiro momento exposto em A₂ ao mesmo “protocolo de tempo” (que consiste na exposição à rotina habitual do serviço, nas funções de grupo/tempo de controlo). Logo todos os participantes constituirão primeiro um grupo de controlo (fase A) e imediatamente após constituíram o grupo experimental (fase B), que participará no programa Vamos Conversar!

Na investigação clínica desafiamos-nos com a unicidade do sujeito de quem cuidamos, tratamos, estudamos e investigamos. Nesta unicidade clínica as conclusões das médias obtidas nos estudos de grupos são por vezes difíceis de aplicar a cada um dos sujeitos, acrescentando que apesar das semelhanças há muitos aspetos e variáveis circunscritos a cada sujeito, que requerem Intervenções de Enfermagem Focadas (IEF) que garantem em simultâneo serem específicas, multifacetadas e flexíveis a cada sujeito, e dirigidas/focadas para as áreas centrais do seu funcionamento/desempenho/comportamento (Kadzin, 1983; Melo-Dias, Rosa, & Pinto, 2016).

Pretendendo avaliar os efeitos das intervenções nesta circunstância, os Estudos Experimentais de Sujeito Único (EESU) representam o estudo intensivo e prospetivo do sujeito, utilizando metodologia a priori, nomeadamente a observação sistemática, a manipulação das variáveis, as medições periódicas e a análise dos resultados (Smith, 2012; Correia, Daniel, & Aguiar, 2014; Peyroux & Franck, 2016; Tate, et al., 2016; Aguiar, Moiteiro, Correia, & Pimentel, 2011).

Nos EESU cada participante é exposto a, pelo menos, uma condição de controlo ou linha de base (A) e a, pelo menos, uma condição de intervenção (B) (existindo diversas variações destes desenhos) permitindo averiguar a eficácia dessa intervenção, através de medições contínuas e repetidas/periódicas de comportamento(s) específico(s), de uma forma quantitativa através de

procedimentos sistemáticos de observação direta. O controlo dos efeitos de explicações alternativas (controlo experimental) é assegurado através da alternância de fases controladas de linha de base (A) e de fases de intervenção/tratamento (B).

Tipicamente, os estudos de sujeito único envolvem múltiplos sujeitos (geralmente entre três a oito) mas podem envolver apenas um sujeito. Estes sujeitos são utilizados como seu próprio controlo, permitindo ao investigador, comparar a informação e verificar se o tratamento implementado provoca alteração na resposta de cada sujeito às variáveis de interesse.

Habitualmente, a durabilidade, continuidade e transferência dos efeitos favoráveis da intervenção são avaliadas através da manutenção/continuação das mudanças no comportamento após o fim da intervenção, e da generalização (grau com que as mudanças no comportamento ocorrem noutros cenários ou com outras pessoas) (Kadzin, 1983; Aguiar, Moiteiro, Correia, & Pimentel, 2011; Smith, 2012; Evans, Gast, Perdices, & Manolov, 2014; Correia, Daniel,, & Aguiar, 2014).

Estas características inerentes aos EESU, de serem centrados no cliente, centrados nos problemas e com processos flexíveis fazem com que sejam adequados para serem utilizados em cenários clínicos e pedagógicos (Stapleton & Hawkins, 2015) nomeadamente envolvendo questões de funcionamento pessoal e do estudo do comportamento das pessoas (Peyroux & Franck, 2016; Evans, Gast, Perdices, & Manolov, 2014; Smith, 2012), como suporta a sua história, com o seu aparecimento nos estudos de análise experimental do comportamento em educação e psicologia por Skinner nos anos trinta (Evans, Gast, Perdices, & Manolov, 2014; Correia, Daniel, & Aguiar, 2014).

Por fim, o assegurar do rigor e standardização de todo o desenho dos EESU convoca quatro critérios padronizados. O primeiro, relativo ao protocolo do estudo indicando a variável independente (a intervenção) e a manipulação sistemática que vai ocorrer (descrição de quando e como vai acontecer a intervenção). O segundo, relativo à avaliação de cada outcome em momentos rigorosamente selecionados. O terceiro, relativo ao controlo experimental, na exposição do impacto da intervenção com a existência de pelo menos três tentativas de avaliação em três momentos diferentes. O quarto, relativo à repetição regular da avaliação em todas as fases, pois o EESU examina para além do padrão de resposta num determinado momento do tempo, também a trajetória/processo de desenvolvimento dessa resposta (Kratochwill et al., 2013).

Objetivos específicos

1. Avaliar a situação clínica das pessoas internadas na UCAERe-T (Unidade de Cuidados Avançados à Esquizofrenia Resistente ao Tratamento) relativamente às variáveis: funcionamento pessoal e social, envolvimento social, habilidades de interação social, bem-estar pessoal, e ainda comportamento Interpessoal, equilíbrio do humor, motivação, autoestima, e autonomia pessoal.
2. Avaliar a eficácia do programa estruturado de AOT de Conversação e Interação Social para aprendizagem e treino habilidades de comunicação/conversaço: "Vamos Conversar!" nas referidas variáveis: adaptação psicossocial, envolvimento social, habilidades de interação social, bem-estar pessoal, resiliência pessoal, equilíbrio do humor, motivação, autoestima e autonomia pessoal.

Hipótese de investigação

H1: Depois de terem participado no programa Vamos Conversar! os sujeitos melhoram:

melhoria dos indicadores clínicos, nomeadamente na: a) adaptação psicossocial, b) envolvimento social, c) habilidades de interação social, d) bem-estar pessoal, e) resiliência pessoal, f) equilíbrio do humor, g) motivação, h) autoestima e j) autonomia pessoal.

PICOD

P (Participante) = Clientes adultos da Unidade de Reabilitação do CRI de Psiquiatria dos CHUC, nomeadamente da UCAERe-T e do Hospital Dia (Pavilhão 13 - estrutura habitacional com residência e área de dia) com diagnóstico de Esquizofrenia DSM-V que aceitam e concordam participar, assinando previamente o consentimento informado e esclarecido (ver também na amostragem).

I (Intervenção) = Programa estruturado de AOT de Conversação e Interação Social para aprendizagem e treino habilidades de comunicação/conversaço: Vamos Conversar!

C (Comparação) = Comparar com os cuidados habituais sem este programa ("protocolo de tempo": consiste na exposição à rotina habitual do serviço durante a mesma duração de 2 semanas do programa experimental).

O (Outcomes) = Adaptação psicossocial, envolvimento social, habilidades de interação social, bem-estar pessoal, resiliência pessoal, equilíbrio do humor, motivação, autoestima e autonomia pessoal.

D (Desenho) = Estudo experimental sujeito único do tipo A-B-A

Amostragem

Critérios inclusão

A seleção intencional dos clientes adultos, da Unidade de Reabilitação do CRI de Psiquiatria dos CHUC, para participar no programa será realizada em entrevista exploratória semiestruturada de Enfermagem pelo mesmo Enfermeiro/a Especialista que fará todas as avaliações registadas no programa, fundamentado nos modelos de Virgínia Henderson & Margot Phaneuf, validará os resultados relativos aos focos de atenção correspondentes a cada uma das subescalas da PSP e da ECI, respetivamente com défice

em adaptação psicossocial, envolvimento social, habilidades de interação social, bem-estar pessoal, resiliência pessoal, equilíbrio do humor, motivação, autoestima e autonomia pessoal.

Critérios de exclusão

Avaliados com base da estrutura do Exame do Estado Mental, na hora precedente a cada sessão, e durante o seu desenvolvimento, pelo mesmo Enfermeiro Especialista em referência, correspondem à circunstância clínica com sintomas positivos (exemplo: delírio, alucinação), ou estado de hipomania ou mania, estado de ansiedade elevado, ou outro estado de agitação/elação impeditivo da aquisição de aprendizagens e/ou funcionamento social adequado.

Ética, Consentimento Informado e garantia de voluntariedade e confidencialidade

Cada participante será convidado a assinar documento escrito de consentimento informado e esclarecido, após lhe ter sido adequadamente e explicitamente apresentado o programa Vamos Conversar!, o seu papel ao participar no programa, e no qual se assegura a liberdade de decisão, a participação no programa de formação, a reserva da sua identificação quando na utilização específica dos dados em trabalho de investigação e publicação, e ainda a inclusão da avaliação dos outcomes e resultados no seu processo único para contribuir para a sua evolução clínica.

Dadas as evidências científicas já referidas, ao participar no programa Vamos Conversar! cada participante pode conseguir benefícios individuais e grupais que contribuem para uma melhor conversação, comunicação, e logo interação social, sem que lhes seja imputado qualquer custo ou responsabilização por participar ou pelos resultados obtidos.

De forma voluntária, todos os clientes internados na UCAERe-T e no Hospital dia (pavilhão 13) terão acesso ao programa Vamos Conversar!

Já obteve parecer escrito do Diretor do CRI de Psiquiatria, do Coordenador da Unidade de Reabilitação CRI de Psiquiatria, bem como parecer escrito da Diretora de Enfermagem dos CHUC, e do Núcleo de Investigação em Enfermagem dos CHUC, todos permitindo a sua realização. Nesse seguimento está o processo em apreciação complementar na comissão de ética dos CHUC.

Programa de aprendizagem e treino: Vamos Conversar!

Responsabilidade pela intervenção

Esta prática clínica denominada Vamos conversar! é uma intervenção autónoma de Enfermagem, iniciada pela prescrição do Enfermeiro e que é também o responsável pela sua implementação técnica.

Procura-se a satisfação das NHF e a máxima independência no funcionamento pessoal e social – especificamente nos enunciados descritivos dos padrões de qualidade do exercício profissional dos Enfermeiros – na adaptação funcional aos défices e na adaptação a múltiplos fatores em desequilíbrio – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente, bem como no bem-estar e no autocuidado (Ordem dos Enfermeiros - Conselho de Enfermagem, 2001).

Sendo que neste programa Vamos Conversar! se concretizam várias condições complexas, desde a identificação da problemática, da finalidade e objetivos da intervenção, dos princípios e estrutura da intervenção e do protocolo de investigação a aplicar, do desenvolvimento e análise da eficácia deste tipo de intervenções, da colaboração e análise por peritos especialistas, da especificidade à prática clínica de Enfermagem (Corry, Clarke, While, & Lalor, 2013), à sua utilização na clínica como intervenção/técnica socioterapêutica (Ordem dos Enfermeiros, 2011a), consideramos que a vinculam para ser executado por Enfermeiros Especialistas (em Enfermagem de Saúde Mental ou outra Especialidade em Enfermagem afim à especificidade das necessidades de saúde do cliente), nomeadamente: o encadeamento de várias sessões de AOT, contínuas e co-dependentes; a seleção e execução de Intervenções de Enfermagem Focadas (IEF) na condução das sessões de AOT; a maior profundidade da relação, desafio e negociação com o cliente com doença mental grave; e a simultaneidade de exploração de dados, intervenção, e avaliação de outcomes.

Estrutura da intervenção

O programa de AOT de Conversação e Interação Social para aprendizagem e treino habilidades de comunicação/conversação: Vamos Conversar! é adaptado de versões anteriores (Melo-Dias, 2015; Canotilho, 2017), e aborda seis contextos da conversação (Melo-Dias, 2015):

- (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”).

O programa Vamos Conversar! desenvolve-se com um mínimo de 4 participantes e será iniciado no mínimo à terceira semana de internamento dos participantes (e após este tempo mínimo de efetivo internamento, pode ser realizado em qualquer momento).

Terá 12 sessões consecutivas (6 Teórico-Práticas (TP) e 6 Práticas (P)) com 1 par de sessões, uma TP e uma P no mesmo dia, com uma regularidade semanal de 3 dias por semana, com uma duração prevista de 30 a 60 minutos (podendo ter um intervalo a meio de cada sessão, acordado previamente antes destas se iniciarem) (ver quadro 1).

As sessões serão conduzidas por um/a Enfermeiros/as Especialistas do grupo de trabalho, podendo incluir como co-terapeutas os estudantes da licenciatura em enfermagem, sempre que pertinente, e com base na relação de confiança desenvolvidas com cada pessoa doente (no âmbito das diversas entrevistas e outras intervenções de enfermagem planeadas).

As sessões seguirão o seguinte modelo de desenvolvimento: antes de ser abordada nova habilidade, o/a enfermeiro/a fez uma revisão da temática anterior, avaliou em grupo o trabalho de casa de cada participante, dificuldades sentidas e constrangimentos.

Os assuntos abordados em cada uma das sessões pelo grupo de participantes serão sempre selecionados pelo/a enfermeiro/a (evitando relatos de episódios clínicos da doença).

Nos temas apresentados, a enfermeira utiliza projeção de imagens para captar a atenção do participante, desenvolvendo também situações modelagem/moldagem através de role-play, reforçando sempre positivamente.

Na organização da cadência das sessões (ver quadro 1) após cada sessão TP sobre uma determinada habilidade, realiza-se sempre uma sessão prática no final do dia baseada no “trabalho de casa” desenvolvido por cada participante sobre esse mesmo tema, no tempo entre o final da sessão TP e a sessão P:

- (1) Introdução/Fundamentação: O Enfermeiro utiliza uma fundamentação/justificação para cada habilidade utilizando diapositivos numa pequena síntese focando a sua pertinência.
- (2) Instruções: O Enfermeiro expõe cada temática de forma clara, desdobrando cada habilidade passo a passo. Utiliza o modelo interativo procurando avaliar previamente o que cada participante sabe sobre o tema apresentado.
- (3) Modelagem e Moldagem: Após a exposição da habilidade o Enfermeiro convida o grupo a participar nos role-play, de modo a que todos se familiarizassem com a habilidade. Convida inicialmente os participantes mais habilidosos e com menos dificuldades em se exporem ao grupo (potenciar a imagem de modelo positivo e com sucesso), incentivando os restantes a participarem posteriormente.
- (4) Reforço: O feedback positivo será utilizado sempre pelo Enfermeiro – como disposição genérica de saúde mental positiva – após a realização do role-play por cada participante, realçando sempre os aspetos específicos usados corretamente, assim como os comportamentos menos expressivos.
Solicita também o feedback, dos restantes elementos do grupo no sentido de se manifestarem sobre algo que questiona, exemplos: “O que observou no comportamento de A?”, “Que etapas identificaram, no comportamento que foi apresentado?”, “O que mais gostaram no comportamento do participante A?”
- (5) Feedback corretivo: O feedback corretivo será utilizado nesta fase pois, o Enfermeiro pretende que existam mudanças de comportamento, no sentido de melhorarem as habilidades.
Depois do feedback positivo, o Enfermeiro introduz o feedback corretivo (no estilo *coaching*), de forma breve, e sem crítica, direcionado a um ou dois comportamentos específicos. Identifica também com os elementos do grupo, aspetos essenciais apresentados no role-play para melhorar esses mesmos comportamentos.
- (6) Trabalho Para Casa (TPC) (Melo-Dias, 2015): No final de cada sessão Teórico-Prática (TP) o Enfermeiro convida cada participante a realizar o TPC, procurando assim que este interaja com as pessoas no ambiente em que se encontra (internamento, instituição, comunidade, em casa com familiares, ...). Incentiva todos do grupo a experimentar e vivenciar as habilidades apresentadas e apreendidas nessa mesma sessão, possibilitando a transferência dessas habilidades para fora do ambiente protegido, para o ambiente mais complexo e natural em que está “inserido na comunidade” de modo a desenvolver com outras pessoas estas habilidades de forma natural, funcional e satisfatória.
O TPC deverá ser descrito da forma simples, clara e específica, e dentro das habilidades possíveis de cada doente, de modo a realizá-lo no âmbito do seu estilo de vivências pessoais e sociais (Melo-Dias & Silva, 2015b).
- (7) Revisão e análise do TPC: As sessões Práticas (P) são referentes aos trabalhos de casa, planeadas e estimuladas na sessão TP imediatamente anterior. Assim no início de cada sessão TP, são analisados os seguintes pontos:
 - Se todas os participantes foram capazes de realizar a habilidade em condições adequadas;
 - Qual o tipo de sucesso que tiveram na realização dessa habilidade;
 - Estabelece com o grupo, situações reais que possam servir de modelos/exemplo dessa habilidade, perspetivando o futuro...
 - Revê a situação vivenciada, sem entrar em detalhes excessivos, focada nas habilidades de conversão e interação a aprender e treinar;

Os sucessos parciais ou completos do desempenho da habilidade são reforçados simultaneamente com os restantes elementos do grupo, sugerindo-se estratégias alternativas que poderiam ter sido utilizadas para atingir o objetivo da experiência (Melo-Dias, 2015).

Quadro 1 - Programa Vamos Conversar!

Mês	...	...	...	...	...	...	...	...
Dia	...	...	...	...	...	...	...	...
Dia da semana	...	...	...	...	...	...	...	...
Sessão Avaliação	Sessão Teórico-Prática 1	Sessão Teórico-Prática 3	Sessão Teórico-Prática 5	Sessão Teórico-Prática 7	Sessão Teórico-Prática 9	Sessão Teórico-Prática 11	Sessão Avaliação	Sessão Follow-up
Hora a definir	Hora a definir	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>
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 Prática 2	Sessão Prática 4	Sessão Prática 6	Sessão Prática 8	Sessão Prática 10	Sessão Prática 12		
	Hora a definir	>>	>>	>>	>>	>>		
	Observação , ouvir falar, Comunicação não verbal TPC	Escuta ativa TPC	Falar TPC	Terminar de falar TPC	Falar ao telefone TPC	Falar com desconhecido TPC		

Adaptado de (Melo-Dias, 2014; Melo-Dias, 2015).

Estratégias e metodologias da avaliação

O desenho e timeline das sessões serão de 2 sessões por dia, 3 dias por semana, em 2 semanas consecutivas (num total de 12 sessões, como referido anteriormente), prescritas no sistema de informação em “terapia pela atividade”.

A avaliação de outcomes/resultados será efetuada imediatamente no início e no final da fase, respeitando o mesmo padrão em todas as fases, nomeadamente na fase A₁ (linha base ou “protocolo de tempo” com duração de 2 semanas), na fase B (intervenção Vamos Conversar! duração de 2 semanas), e novamente na fase A₂ (novamente o “protocolo de tempo” corresponde ao follow-up imediato, na duração de 2 semanas).

O preenchimento destes dois instrumentos de avaliação/escalas será assim efetuado, em cada fase A₁-B-A₂, no primeiro dia num momento pré-sessão (entre as 9h00-10h00) e no último dia num momento pós-sessão da tarde (entre as 17h00-18h00) de forma a ser sintónico com a “rotina de ocupação/diária” dos clientes/participantes neste programa.

Permite assim na metodologia de investigação dos EESU a análise global/comparativa dos resultados entre sujeitos, entre o mesmo sujeito, e explicitar também as tendências da amostra.

O mesmo Enfermeiro realiza todos os 12 momentos de avaliação de cada cliente em cada programa, quer seja no grupo de controlo (GC) no protocolo de tempo, quer seja no grupo experimental (GE) na intervenção propriamente dita, garantindo assim a concordância do mesmo avaliador, impedindo a variabilidade, garantindo a fidelidade.

Este Enfermeiro Especialista em cada entrevista exploratória semiestruturada recolhe os resultados relativos a cada uma escalas PSP (ver figura 1) e ECI (ver figura 2), convidando o participante a basear-se nos acontecimentos pessoais e sociais das últimas 24 horas para este preenchimento em 5 a 15 minutos.

Os registos dos outcomes/dados da avaliação (para investigação, mas também para o sistema de informação clínico dos CHUC) irão discriminar o valor total de cada escala PSP e ECI, bem como o valor específico de cada uma das suas subescalas.

Outcomes e Instrumentos de medida

Para a concretização de registo no sistema de informação dos dados provindos das subescalas, cada domínio/variável representativo de cada subescala foi traduzida/categorizada pelos autores deste projeto numa perspetiva científica e clínica em indicadores NOC (*Nursing Outcomes Classification*) (ver Quadro 2 e Quadro 3), no caso da PSP, além do valor total da própria escala, acresce os resultados da adaptação psicossocial, do envolvimento social e das habilidades de interação social. Na ECI, além do valor total da própria escala, temos o bem-estar pessoal, a resiliência pessoal, o equilíbrio do humor, a motivação, a autoestima e a autonomia pessoal. Cada item e conjunto de itens de cada subescala e das escalas tem na medida um likert de 5 pontos que é exatamente igual ao likert de 5 pontos dos NOC. Deste modo o valor obtido em cada subescala será registado diretamente no sistema de informação no NOC correspondente.

Quadro 2 - Quadro da categorização das subescalas da PSP – Escala de Funcionamento Pessoal e Social em indicadores NOC

Escala / Subescala	PSP – Escala de Funcionamento Pessoal e Social	Subescala PSP Atividades Sociais Úteis	Subescala PSP Relações Pessoais e Sociais	Subescala PSP Autocuidado
Indicador a registar (propor para o sistema de informação)	Funcionamento Pessoal e Social OU ADAPTAÇÃO PSICOSSOCIAL	ENVOLVIMENTO SOCIAL	HABILIDADES DE INTERAÇÃO SOCIAL	BEM-ESTAR PESSOAL
Concetualização	Adaptação psicossocial: resposta pessoal psicossocial de adaptação de um sujeito a uma mudança de vida significativa, em que mantém a produtividade, relata sentir-se envolvido socialmente, expressando satisfação com as providências da vida.	Envolvimento social: interações sociais com pessoas, em grupos de trabalho, em atividades organizadas, e ainda participação como voluntário.	Habilidades de interação social: apresenta comportamentos que promovem relações eficientes, na cooperação com os outros.	Bem-estar pessoal: Alcance da percepção positiva da própria condição de saúde, no desempenho das Atividades de Vida Diárias, com capacidade para enfrentar e capacidade para descontrair.

Adaptado de (Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2010)

Quadro 3 - Quadro da categorização das subescalas da ECI – Escala de Comportamento Interpessoal em indicadores NOC

Escala / Subescala	ECI – Escala de Comportamento Interpessoal	Subescala ECI Expressão de sentimentos negativos	Subescala ECI Expressão de sentimentos positivos	Subescala ECI Expressão e gestão de limitações pessoais	Subescala ECI Tomada de iniciativa
Indicador a registar (propor para o sistema de informação)	Comportamento Interpessoal OU RESILIÊNCIA PESSOAL	EQUILÍBRIO DO HUMOR	MOTIVAÇÃO	AUTOESTIMA	AUTONOMIA PESSOAL
Concetualização	Resiliência pessoal: adaptação e funcionamento positivos de um sujeito após crise adversa significativa, no equilíbrio entre: esclarecer comunicação ambígua/assertiva; evitar prejudicar os outros; assumir a responsabilidade dos atos, e retirar-se de situações abusivas.	Equilíbrio do humor: adaptação adequada do tom emocional prevalente em resposta às circunstâncias, com exibição de afeto adequado à situação.	Motivação: necessidade interna que leva ou incita o sujeito a ações positivas e/ou à crença na sua capacidade para desempenhar.	Autoestima: julgamento pessoal da valorização de si próprio, incluindo a aceitação de autolimitações, e de críticas construtivas.	Autonomia pessoal: Ações do sujeito competente para seu governo nas suas decisões do dia-a-dia, incluindo decisões livres de pressão, e sintónicas com as suas preferências pessoais.

Adaptado de (Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson)

Os instrumentos de medida são as escalas: **Escala de Funcionamento Pessoal e Social (PSP)** (Brissos et al., 2011) e a **Escala de Comportamento Interpessoal (ECI)** – versão reduzida (Vagos & Pereira, 2010) e as respetivas subescalas que as compõem.

Escala de Funcionamento Pessoal e Social (PSP) (ver figura 1)

O conceito de funcionamento social é complexo pois inclui a capacidade da pessoa desempenhar diferentes papéis sociais, como doméstico/a, trabalhador, estudante, cônjuge, familiar ou amigo. Além disso, é de essencial 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 (Brissos et al., 2011).

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 em conformidade com a avaliação de cada domínio, baseado na entrevista ao doente, e noutras fontes válidas (cuidador formal, ou cuidador informal) (Morosini et al, 2000, citados por Brissos et al., 2011).

Esta escala avalia 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 que classificá-riamos como: 71-100 *sem dificuldades ou dificuldades de funcionamento leves*; 31-70 *representando diferentes graus de dificuldade*; 0-30 *representando um funcionamento pobre*, implicando que as pessoas deste grupo necessitam de suporte intensivo, diferenciado e supervisão para assegurar o seu funcionamento. Simplificando a análise da escala, podem considerar-se como que dois grupos na apreciação do

funcionamento, as *peessoas com elevado funcionamento social* (que pontuam a PSP com valores >70) e as *peessoas com baixo funcionamento social* (que pontuam a PSP com valores <70) (Brissos et al., 2011).

A consistência interna da escala PSP e das suas quatro categorias foi obtida através do alfa de Cronbach de 0,789, confirmando ainda as propriedades psicométricas em doentes com esquizofrenia (Brissos, et al., 2011). Também outros autores numa revisão sistemática sobre instrumentos clínicos para avaliar os níveis de funcionamento em serviços especializados de saúde mental apresentam valores de consistência interna moderada a elevada com valores de alfa a variar entre 0,64 e 0,87 (Burgess, Harris, Coombs, & Pirkis, 2017).

A versão portuguesa da PSP foi considerada como um instrumento válido e confiável para avaliar o funcionamento social, independentemente da gravidade clínica ou da tipologia do tratamento em contexto hospitalar ou na comunidade (Brissos et al., 2011).

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"/>					
(b) relações pessoais e sociais	<input type="checkbox"/>					
(c) auto-cuidado	<input type="checkbox"/>					
(d) comportamento perturbador e agressivo	<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 público, partir ou destruir objectos, agir frequentemente de forma socialmente inapropriada mas não perigosa (ex. despír-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 convença 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. Seleccione 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: / / _____

Figura 1 - Escala de Funcionamento Pessoal e Social (PSP)

Escala de Comportamento Interpessoal (ver figura 2)

As habilidades sociais referem-se ao conjunto de comportamentos praticados em interações sociais que permitem lidar de forma adequada e competente com as exigências dessas situações. O que define o comportamento assertivo é a sua validade social e cultural, ou seja, determinada resposta será assertiva se for reconhecida pelo grupo como uma autoexpressão e autoafirmação adequada e ao mesmo tempo respeitosa do outro.

As tarefas exigidas para o sucesso social comportam a utilização de várias competências sociais, nomeadamente iniciar e manter conversas, tomar a iniciativa de visitar amigos e planejar actividades conjuntas, gerir conflitos e desacordos, partilhar confidências, oferecer apoio emocional e recusar pedidos considerados irrazoáveis.

A Escala de Comportamento Interpessoal – Versão Reduzida avalia a resposta assertiva afetiva e comportamental numa ampla gama de situações sociais, definindo a assertividade como uma prática comportamental frequente, acompanhada de baixo desconforto em situações interpessoais e sem ansiedade ou agressividade em intensidade injustificada (Vagos & Pereira, 2010; Vagos, Pereira, & Arrindell, 2014).

É constituída por quatro subescalas, referentes a diferentes subclasses de assertividade, nomeadamente: expressão de sentimentos negativos e de sentimentos positivos, expressão e gestão de limitações pessoais e tomada de iniciativa. Os autores consideraram os índices de ajustamento absoluto e ajustamento incremental das recomendações de para a análise da escala (Diamantopoulos & Siguaw, 2000; Vieira, 2009 ambos citados por Vagos & Pereira, 2010). Quanto à confiabilidade e validade de constructo obtiveram um valor de alfa de Cronbach entre $\alpha = 0,68$ e $\alpha = 0,94$ em diferentes variáveis (Vagos, Pereira, & Arrindell, 2014).

Realizaram análise fatorial confirmatória obtendo valores em que mostravam que a consistência interna e a homogeneidade não melhoravam de forma evidente com a exclusão de qualquer um dos itens, logo foi mantida a estrutura original da escala em 25 itens, tornando-a assim equivalente e estável, por comparação com a sua versão italiana (Arrindell *et al.*, 2002 citados por Vagos, Pereira, & Arrindell, 2014).

ESCALA DE COMPORTAMENTO INTERPESSOAL – VERSÃO REDUZIDA
(Paula Vagos & Anabela Pereira, 2010)

Em situações sociais, muitas pessoas acham difícil reagir como gostariam. Por exemplo, podem achar difícil recusar um pedido, pedir ajuda, ou dizer do que gostam ou não gostam. Em baixo encontra uma lista de algumas dessas situações. Regista sempre a primeira resposta que te vier à cabeça. Responde a todas as questões, tão rápido quanto conseguires. Para cada uma das situações, avalia primeiro, o quanto te sentirias nervoso/a ou tenso/a se te comportasses como é descrito na situação, usando a seguinte escala:

Nada	Um pouco	Até certo ponto	Muito	Extremamente
1	2	3	4	5

Por exemplo: se te sentes **até certo ponto tenso** quando inicias uma conversa com um estranho, escreve um 3 na linha de resposta.

Depois, avalia cada uma das situações em função da frequência com que te comportas da forma descrita.

Nunca	Raramente	Algumas vezes	Normalmente	Sempre
1	2	3	4	5

Por exemplo, se quando estás com um estranho, **normalmente** inicias uma conversa, escreve um 4 na linha de resposta.

SITUAÇÕES SOCIAIS	Sinto-me tenso(a) ou nervoso(a)...					Faço...				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1. Iniciar uma conversa com um estranho	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2. Contar a grupo de pessoas alguma coisa que te aconteceu	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3. Pedir a alguém para explicar uma coisa que não compreendeste	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4. Reconhecer um elogio acerca da tua aparência pessoal	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5. Dizer a alguém que gostas dele/dela	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6. Recusar um pedido feito por uma pessoa com autoridade (polícia, professor, patrão, ...)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7. Dizer a alguém que achas que ele(a) te tratou injustamente	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8. Dizer a alguém que o(a) estimas	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
9. Dizer a alguém que te criticou justamente que ele(a) tem razão	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
10. Reconhecer um elogio sobre alguma coisa que fizeste	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
11. Dizer que aprecias a experiência de te dizerem que gostam de ti	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
12. Participar da conversa de um grupo de pessoas	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
13. Manter a tua própria opinião face a uma pessoa com uma opinião marcada	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
14. Pedir a uma pessoa que pare de fazer algo que te aborrece (por exemplo, num comboio, num restaurante ou no cinema)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
15. Perguntar a alguém se tu o(a) magoaste	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
16. Dizer que gostas que as pessoas te digam que te estimam	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
17. Dar a tua opinião a uma pessoa com autoridade	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
18. Recusar produtos ou serviços cuja qualidade não te satisfaz (por exemplo, numa loja ou restaurante)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
19. Conversar com alguém sobre a tua impressão de que ele(a) te está a tentar evitar	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
20. Pedir desculpa quando cometeste um erro	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
21. Aproximares-te de alguém para te apresentares	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
22. Pedir a alguém que te indique o caminho	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
23. Recusar emprestar alguma coisa a um conhecido próximo	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
24. Admitir que sabes pouco sobre determinado assunto	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
25. Insistir para que alguém faça a sua parte num trabalho de grupo	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Figura 2 - Escala de Comportamento Interpessoal – versão reduzida

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguiar, C., Moiteiro, A., Correia, N., & Pimentel, J. (2011). Desenhos de investigação de sujeito único em educação especial. *Análise Psicológica*, XXIX(1), 167-178.
- Bellack, A. (2004). Skills Training for people with severe mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27, 4.
- Briddon, J., Richards, D., & Lovell, K. (2003). *Common Health Mental Health Problems*. Retrieved from: <http://www.jcn.co.uk/journal.asp?MonthNum=08&YearNum=2003&Type=backissue&ArticleID=614>
- Brissos, S., Palhavã, F., Marques, J., Mexia, S., Carmo, A., Carvalho, M., & ... Figueira, M. (2011). 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*, 45, 7.
- Burgess, P., Harris, M., Coombs, T., & Pirkis, J. (2017). A systematic review of clinician-rated instruments to assess adults' levels of functioning in specialised public sector mental health services. *Aust N Z J Psychiatry*, 4(51), 338-354. doi:10.1177/0004867416688098
- Canotilho, C. (2017). *Formação em Habilidades de conversação para interação Social de doente com Esquizofrenia na Unidade de Reabilitação de Doentes Difíceis. Um estudo Pré-Experimental [Dissertação de Mestrado]*. Coimbra: ESEnFC – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- CNRSSM. (2007). *Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental: Proposta do Plano da Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal*. Retrieved from: <http://www.hmlemos.min-saude.pt/docs/PNacSM2007.pdf>
- Coelho, C., Silva, C., Silvério, J., & Palha, A. (2002). Treino de habilidades sociais aplicado a pessoas com esquizofrenia. *Psiquiatria Clínica*, 23(3), 205-215.
- Correia, N., Daniel J., & Aguiar, C. (2014). Desenhos de investigação A-B-A-B: Uma abordagem experimental para a avaliação de intervenções em contextos naturais. *Laboratório de Psicologia*, 1(12), 15-30. doi: 10.14417/lp.619
- Corry, M., Clarke, M., While, A., & Llorca, J. (Sep de 2013). Developing complex interventions for nursing: a critical review of key guidelines. *J Clin Nurs*, 22(17-18), 2366-2386. doi:10.1111/jocn.12173
- Evans, J., Gast, D., Perdices, M., & Manolov, R. (2014). Single case experimental designs: Introduction to a special issue of Neuropsychological Rehabilitation. *Neuropsychological Rehabilitation*, 3-4(24), 305-314. doi:10.1080/09602011.2014.903198
- Kadzin, A. (1983). Single-Case Research Designs in Clinical Child Psychiatry. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 5(22), 423-432.
- Kratochwill, T., Hitchcock, J., Horner, R., Levin, J., Odom, S., Rindskopf, D., & Shadish, W. (2013). Single-Case Intervention Research Design Standards. *Remedial and Special Education*, 34(1), pp. 26-38. doi:10.1177/0741932512452794
- Melo-Dias, C. (2014). Investigar habilidades de conversação em adultos com esquizofrenia. . In *E-book IV Congresso Internacional ASPESM. Sequeira, C.; Carvalho, J.C.; Sá, L. (Eds.) (2014). IV Congresso Internacional ASPESM: Padrões de Qualidade em Saúde Mental*, (pp. 58-69). Porto.
- Melo-Dias, C. (2015). *Habilidades de conversação em adultos com esquizofrenia [Tese de Doutoramento]*. Porto: Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde. Retrieved from: <http://hdl.handle.net/10400.14/19361>
- Melo-Dias, C. (2016). Generalização de habilidades de conversação em doentes com esquizofrenia – uma análise crítica. *Revista Investigação em Enfermagem*, 14, 8-17.
- Melo-Dias, C. (2019). Melhorar habilidades de conversação em adultos com esquizofrenia [Comunicação livre]. *Livro de Resumos do Congresso internacional de saúde mental e psiquiatria – evidência e práticas na promoção do recovery (equipa de investigação do projeto intercomunicare)*. Universidade do Minho - Braga.
- Melo-Dias, C., & Silva, C. (2015). Esquizofrenia. *Revista Investigação em Enfermagem*, 10, 69-76. Retrieved from: <http://www.sinaisvitais.pt/index.php/revista-de-investiga-publicacoes-80/rie-serie-2/695-rie-10>
- Melo-Dias, C., & Silva, C. (2015b). Habilidades de conversação em adultos com esquizofrenia [Comunicação livre]. Em Vieira, Araújo, & Deodato (Ed.), *9.º Seminário Internacional de Investigação em Enfermagem, Livro de Atas,, Instituto de Ciências da Saúde – Universidade Católica Portuguesa*, (p. 42). Porto.
- Melo-Dias, C., Rosa, A., & Pinto, A. (2014). Atividades de Ocupação Terapêutica – intervenções de enfermagem estruturadas em reabilitação psicossocial. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 11,15-23.
- Melo-Dias, C., Rosa, A., & Pinto, A. (2016). Reasoning and planning of therapeutic occupation activities. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 63-70.

- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., & Swanson, E. (2010). *NOC – Classificação de Resultados de Enfermagem* (4ª edição ed.). Elsevier Editora.
- OMS – Organização Mundial de Saúde. (2001). *A saúde mental pelo prisma da saúde pública. Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Genebra: OPAS/OMS.
- Ordem dos Enfermeiros (2011a). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (Regulamento n.º 129/2011). 35, 8669-8673. *Diário da República*, 2.ª série.
- Ordem dos Enfermeiros - Conselho de Enfermagem (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.
- Peyroux, E., & Franck, N. (2016). Improving Social Cognition in People with Schizophrenia with RC2S: Two Single-Case Studies. *Front. Psychiatry*, 7(66). doi: 10.3389/fpsy.2016.00066
- Santos, M. (2000). Esquizofrenia: perspectivas actuais de reabilitação psicossocial. *Psicologia*, XIV,91-109.
- Smith, J. (2012). Single-case experimental designs: a systematic review of published research and current standards. *Psychol Methods*, 4(17), 10–50. doi:doi:10.1037/a0029312
- Stapleton, D., & Hawkins, A. (2015). Single-case research design: an alternative strategy for evidence-based practice. *Athl Train Educ J.*, 10(3), 256–266.
- Stuart, G. (2013). *Principles and practice of psychiatric nursing*. St Louis, Missouri, USA: Mosby-Elsevier.
- Tate, R., Perdices, M., Rosenkoetter, U., Shadish, W., Vohra, S., Barlow, D., & ... Wilson, B. (2016). The Single-Case Reporting Guideline. In Behavioural Interventions (SCRIBE) 2016 Statement. *Journal of Clinical Epidemiology*, 73, 142-152.
- Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de Cuidado; a Prática Baseada na Evidência*. Lusociência.
- Vagos, P., & Pereira, A. (2010). Escala de Comportamento Interpessoal: Adaptação para a língua portuguesa. *Laboratório de Psicologia*, 8(1), 37-49.
- Vagos, P., Pereira, A., & Arrindell, W. (2014). Validação da versão reduzida da Escala de Comportamento Interpessoal para adolescentes portugueses. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27(3), 452-461. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/1678-7153.201427305>