



## **Comunicação assertiva e habilidades de interação social em pessoas com esquizofrenia resistente ao tratamento**

### **Assertive communication and social interaction skills in individuals with treatment-resistant schizophrenia**

### **Comunicación asertiva y habilidades de interacción social en personas con esquizofrenia resistente al tratamiento**

Amorim Rosa<sup>1</sup>; <https://orcid.org/0000-0002-4847-637X>

Carlos Melo-Dias<sup>1</sup>

Cândida Canotilho<sup>2</sup>

Jorge Façanha<sup>3</sup>

Joaquim Rodrigues<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), Portugal

<sup>2</sup>UCAEReT; ULS Coimbra, Portugal.

<sup>3</sup>Serviço de Psiquiatria Comunitária; ULS Coimbra; Portugal

#### **Autor de correspondência:**

Amorim Rosa; [amorim@esenfc.pt](mailto:amorim@esenfc.pt)

#### **Resumo**

**Contexto:** A esquizofrenia é uma doença mental grave e incapacitante. A complexidade do seu percurso clínico prejudica o pensamento, a perceção e as relações interpessoais, alterando persistentemente o funcionamento social e a qualidade de vida das pessoas afetadas. A integração em programas de treino de habilidades sociais fornece as ferramentas necessárias para uso no seu quotidiano.

**Objetivos:** Analisar os dados relativos ao desempenho social e individual e à prática comunicacional assertiva em situações sociais, em pessoas com esquizofrenia.

**Metodologia:** Estudo descritivo-correlacional, realizado com uma amostra não probabilística de 19 utentes internados numa unidade de tratamento de pessoas com Esquizofrenia resistente ao tratamento. Foram utilizadas as escalas ECI-R (Escala de Comportamento Interpessoal – versão reduzida) e PSP (Personal and Social Performance Scale). Calcularam-se as estatísticas resumo adequadas para as diferentes variáveis de caracterização e para as medidas de funcionamento pessoal e social e prática social assertiva. Para verificar a existência de correlação entre as componentes e as dimensões da ECI, foi utilizado o teste t da significância da correlação de Pearson.

**Resultados:** Verificaram-se dificuldades significativas no funcionamento pessoal e social, bem como níveis de desconforto importantes e baixa frequência da prática de comportamentos



interpessoais assertivos, existindo uma correlação negativa, mas sem significado estatístico, entre as duas componentes.

**Conclusões:** Os défices globais de funcionamento e, particularmente, de desempenho social remetem para a necessidade de implementar programas de treino de habilidades sociais para dotar a pessoa com Esquizofrenia com as competências de assertividade e relacionamento interpessoal necessárias à vida em sociedade.

**Palavras-chave:** Esquizofrenia Resistente ao Tratamento; Enfermagem; Comunicação; Assertividade

## Abstract

**Context:** Schizophrenia is a severe and debilitating mental illness. The complexity of its clinical course impairs thinking, perception, and interpersonal relationships, persistently altering the social functioning and quality of life of affected individuals. Integration into social skills training programs provides the necessary tools for use in their daily lives.

**Objective:** To analyze data on social and individual performance and assertive communicational practice in social situations in people with schizophrenia.

**Methods:** Descriptive-correlational study conducted with a non-probabilistic sample of 19 inpatients in a treatment unit for people with treatment-resistant schizophrenia. The ECI-R (Interpersonal Behavior Scale – reduced version) and PSP (Personal and Social Performance Scale) scales were used. Summary statistics appropriate for the different characterization variables and measures of personal and social functioning and assertive social practice were calculated. The Pearson's correlation t-test was used to verify the existence of a correlation between the components and dimensions of the ECI.

**Results:** Significant difficulties were observed in personal and social functioning, as well as important levels of discomfort and low frequency of assertive interpersonal behaviors, with a negative but not statistically significant correlation between the two components.

**Conclusions:** The global deficits in functioning and particularly in social performance indicate the need to implement social skills training programs to equip individuals with schizophrenia with the assertiveness and interpersonal relationship skills necessary for life in society.

**Keywords:** Schizophrenia, Treatment-Resistant; Nursing; Communication; Assertiveness

## Resumen

**Contexto:** La esquizofrenia es una enfermedad mental grave e incapacitante. La complejidad de su curso clínico perjudica el pensamiento, la percepción y las relaciones interpersonales, alterando persistentemente el funcionamiento social y la calidad de vida de las personas afectadas. La integración en programas de entrenamiento de habilidades sociales proporciona las herramientas necesarias para su uso en la vida cotidiana.

**Objetivos:** Analizar los datos relativos al desempeño social e individual y a la práctica comunicacional asertiva en situaciones sociales en personas con esquizofrenia. Metodología: Estudio descriptivo-correlacional, realizado con una muestra no probabilística de 19 pacientes internados en una unidad de tratamiento para personas con esquizofrenia resistente al



tratamiento. Se utilizaron las escalas ECI-R (Escala de Comportamiento Interpersonal - versión reducida) y PSP (Personal and Social Performance Scale). Se calcularon las estadísticas resumidas adecuadas para las diferentes variables de caracterización y para las medidas de funcionamiento personal y social y práctica social asertiva. Para verificar la existencia de correlación entre los componentes y las dimensiones de la ECI, se utilizó la prueba t de la correlación de Pearson.

**Resultados:** Se observaron dificultades significativas en el funcionamiento personal y social, así como niveles importantes de malestar y baja frecuencia de comportamientos interpersonales asertivos, existiendo una correlación negativa, pero sin significancia estadística, entre los dos componentes.

**Conclusiones:** Los déficits globales de funcionamiento y, particularmente, de desempeño social, indican la necesidad de implementar programas de entrenamiento de habilidades sociales para dotar a las personas con esquizofrenia de las competencias de asertividad y relación interpersonal necesarias para la vida en sociedad.

**Palabras clave:** Esquizofrenia Resistente al Tratamiento; Enfermería; Comunicación; Asertividad

## Introdução

A esquizofrenia é uma perturbação mental grave e debilitante, que afeta pessoas a nível global, com impacto transversal a todas as raças e classes sociais (Queirós et al., 2019). É referida pela Organização Mundial da Saúde como uma das dez doenças mais incapacitantes. Sendo uma perturbação complexa e de carácter crónico, caracteriza-se pela deterioração significativa do pensamento, da perceção, das emoções e do comportamento, comprometendo gravemente o funcionamento social e a qualidade de vida das pessoas afetadas (Ustun & Kucuk, 2019).

Do ponto de vista nosológico, a esquizofrenia caracteriza-se por um conjunto de sinais e sintomas heterogéneos, organizados com base nas funções mentais envolvidas: a) *sintomas positivos* - são os sintomas mais visíveis nas fases de descompensação aguda da doença. Resultam de um aumento das funções padrão, englobando alucinações, ideias delirantes, aceleração e desorganização do discurso e do comportamento; b) *sintomas negativos* - resultam de uma perda das funções mentais padrão, refletindo um estado deficitário ao nível da motivação, das emoções, do discurso, do pensamento e das relações interpessoais, observáveis pela incapacidade em dirigir e manter a atenção e a concentração, pelo empobrecimento do discurso, pela dificuldade em iniciar e terminar tarefas e sentir interesse e prazer nas experiências do quotidiano, bem como na expressão de emoções e na relação interpessoal (Queirós et al., 2019; Canotilho, 2017).

Com este percurso clínico complexo, mesmo quando existe algum *insight*, a pessoa com esquizofrenia mantém comprometidas as estratégias de *coping* e a capacidade de resolução de problemas, o que lhe causa sofrimento, insatisfação e perda de energia volitiva, resultando em relacionamentos sociais e afetivos deficitários (Melo-Dias et al., 2019; Palmeira, 2018; Melo-Dias, 2015).

Embora o tratamento farmacológico seja eficaz na atenuação dos sintomas positivos da esquizofrenia, a sua eficácia é limitada no que respeita à mitigação dos défices cognitivos e sociais, os quais constituem barreiras significativas ao envolvimento comunitário e à



recuperação funcional das pessoas afetadas (Schutt et al., 2022). Os resultados de uma revisão sistemática recente mostram que, para otimizar os resultados clínicos, é fundamental integrar a terapêutica farmacológica com intervenções psicossociais estruturadas, que demonstram eficácia na redução das taxas de recaída e na promoção de uma recuperação funcional mais abrangente e sustentada (Melo et al., 2024).

Cerca de dois terços das pessoas com Esquizofrenia evidenciam défices de competências sociais, estando também prejudicadas em um ou vários domínios cognitivos (Turner et al., 2018), o que limita a taxa de resposta ao tratamento psicossocial e restringe as perspetivas de recuperação funcional.

Deste modo, nos processos de transição da pessoa com esquizofrenia, as oportunidades de ajustamento melhoram com a participação em programas de reabilitação psicossocial, que vão desde o treino de habilidades sociais e estimulação cognitiva, até às atividades de reabilitação ocupacional e psicoeducação, visando a aquisição e desenvolvimento de atitudes e comportamentos apropriados às diversas situações pessoais e sociais, facilitando a construção de relações e o crescimento interpessoal satisfatório (Melo-Dias, 2015; Canotilho, 2017).

Para Del Prette e Del Prette (2017), as habilidades sociais podem ser entendidas como diferentes classes do comportamento social que ajudam os indivíduos nos processos de interação, contribuindo para um desempenho socialmente competente em tarefas interpessoais.

Independentemente da gravidade da sintomatologia, a pessoa pode adquirir habilidades físicas, emocionais e intelectuais, pela integração em programas de treino de habilidades sociais. Estas ferramentas suportam a construção de respostas às necessidades das pessoas com esquizofrenia, na gestão da sintomatologia negativa da doença, na adesão e gestão dos tratamentos e no funcionamento pessoal específico e global de cada sujeito (Mucci et al., 2020; Melo-Dias, 2015).

A unidade onde se realizou o presente estudo recebe pessoas com esquizofrenia resistente ao tratamento, inseridas num programa de tratamento farmacológico e de reabilitação psicossocial, destinados a promover a melhoria clínica e a recuperação funcional, dotando a pessoa com as competências de assertividade e relacionamento interpessoal capazes de facilitar a passagem de um ambiente protegido, equilibrado e seguro para um ambiente imprevisível e por vezes desprotegido na comunidade (Melo-Dias et al., 2019; Melo-Dias, 2015).

Este estudo tem como objetivo analisar os dados relativos ao desempenho social e individual e à prática comunicacional assertiva em situações sociais, em pessoas com esquizofrenia.

## **Método**

### **Participantes**

Estudo descritivo-correlacional, realizado com uma amostra não probabilística de 19 utentes internados numa unidade hospitalar da região Centro, destinada ao acompanhamento de pessoas com Esquizofrenia resistente ao tratamento.



### **Instrumentos de colheita de dados**

Para a realização do estudo foi utilizado um questionário composto por uma secção de caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes e ainda as escalas ECI-R (Escala de Comportamento Interpessoal – versão reduzida); e PSP (Personal and Social Performance Scale).

A ECI-R (Vagos & Pereira, 2010), é um instrumento que avalia o desconforto emocional e a prática comportamental assertiva em vários tipos de situações sociais. A escala é composta por 25 itens apresentados numa escala de tipo Likert de 5 pontos e a sua estrutura interna é organizada em quatro dimensões que avaliam dois componentes gerais: 'intensidade do desconforto do indivíduo ao ser assertivo' (1 - nada; 5 - extremamente); e 'frequência da prática de comportamentos assertivos' (1 - nunca; 5 - sempre). A dimensão 'demonstração de sentimentos negativos' (DSN), refere-se à expressão de desacordo/ incómodo ou defesa dos próprios direitos; a dimensão 'expressão e gestão de limitações pessoais' (EGLP) está relacionada com a capacidade para admitir falhas pessoais e gerir críticas; a dimensão 'assertividade de iniciativa' (AI) avalia a capacidade de tomada de iniciativa e autoexpressão; e a dimensão 'assertividade positiva' (AP) avalia a capacidade de expressar e gerir sentimentos positivos. Na primeira componente, maior pontuação corresponde a maior nível de desconforto; na segunda componente, a uma maior pontuação corresponde maior frequência dos comportamentos assertivos (Vagos & Pereira, 2010).

As suas qualidades psicométricas (consistência interna, confiabilidade teste-reteste e validade de construto) têm sido analisadas e comprovadas em diversos estudos e com diferentes tipos de amostras (Vagos et al., 2014).

A PSP foi desenvolvida para avaliar o funcionamento social e pessoal, considerando quatro áreas de desempenho: atividades socialmente úteis, incluindo trabalho e estudo (ASU); relacionamento pessoal e social (RPS); autocuidado (AC); e comportamentos perturbadores e agressivos (CPA). No seu preenchimento deve ser assinalado o nível inicial de gravidade para cada área, numa escala de 6 pontos (ausente, leve, manifesto, marcada, severo ou muito severo). O resultado final é definido numa escala única, entre zero e 100% de funcionamento (Brissos et al., 2012).

Estudos realizados mostram que a PSP é um instrumento confiável e válido para avaliar o funcionamento social, independentemente da gravidade clínica ou do ambiente de tratamento (Kawata & Revicki, 2008, citados por Brissos et al., 2012).

### **Considerações éticas**

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, com tramitação favorável do Conselho de Administração (Parecer nº CHUC-018-19). O estudo cumpriu todos os princípios relacionados com a investigação envolvendo seres humanos, expressos na Declaração de Helsínquia. Todos os participantes assinaram um termo de consentimento informado e autorizaram o uso dos dados para fins de investigação científica.

### **Análise estatística**

Os dados foram analisados com o software IBM SPSS-24. De forma a dar resposta ao objetivo do estudo, calcularam-se as estatísticas resumo adequadas e as frequências absolutas e percentuais para as diferentes variáveis de caracterização e para as medidas de funcionamento pessoal e social e prática social assertiva. Para verificar a existência de correlação entre as componentes e as dimensões da ECI-R, foi utilizado o teste *t* da significância da correlação de



Pearson, após verificação da normalidade das distribuições, realizada com recurso ao teste de Shapiro-Wilk ( $p > 0,05$ ).

## Resultados

A amostra é constituída por 19 utentes, sendo 18 (94,70%) do sexo masculino. As idades variam entre 23 e 56 anos, com média de  $37.68 \pm 9.93$  anos. Verificou-se que a maioria tem o Ensino Secundário (42,10%), reside em meio urbano (42,10%) e com os pais (63,20%). Ao nível da situação profissional, 31,60% estão reformados por invalidez, 26,30% estão em situação de desemprego e igual percentagem desempenha uma atividade profissional. Relativamente ao número de anos decorridos desde o início da doença, obteve-se uma média a  $14.32 \pm 7.67$  anos, sendo o mínimo 3 e o máximo 32 anos.

**Tabela 1-** Variáveis de caracterização sociodemográfica

Variáveis		N	%	Média±DP
Sexo	Masculino	18	94,70	
	Feminino	1	5,30	
Idade	20 - 30	4	21,10	37.68±9.93
	30 - 40	7	36,80	
	40 - 50	5	26,30	
	50 - 60	3	15,80	
Escolaridade	2º ciclo	3	15,80	
	3º ciclo	5	26,30	
	Secundário	8	42,10	
	Licenciatura	3	15,80	
Coabitação	Pais	12	63,10	
	Sozinho	3	15,80	
	Instituição	4	21,10	
Situação Profissional	Empregado	5	26,30	
	Desempregado	5	26,30	
	Reformado	6	31,60	
	Outro	3	15,80	
Anos decorridos desde o Início da doença	0 - 10	6	31,60	14.32±7.67
	10 - 20	9	47,30	
	20 - 30	4	21,10	

Relativamente ao funcionamento social e pessoal (tabela 2) verificou-se que no domínio 'ASU' as pontuações variam entre o grau de dificuldade "marcado" (4) e "muito grave" (6). A maioria dos participantes (47,40%) apresenta um grau de dificuldade "grave", seguindo-se o grau "muito grave" com 31,60% e o grau "marcado" com 21,10% dos participantes. A média obtida é de  $5.11 \pm 0.74$  pontos. No domínio 'RPS', as pontuações variam também entre o grau de dificuldade "marcado" (4) e "muito grave" (6). O grau de dificuldade "grave" foi identificado em 63,20% dos participantes, seguindo-se o grau "marcado" (26,30%) e o "muito grave" com 10,50% dos participantes. Obteve-se uma pontuação média de  $4.84 \pm 0.60$  pontos. As pontuações obtidas no domínio 'AC' variaram entre o grau de dificuldade "ligeiro" (2) e "muito grave" (6). A maioria dos participantes apresenta o grau de dificuldade "grave" (47,40%) ou



“marcado” (26,30%). Os restantes apresentam graus de dificuldade “manifesto” (10,50%); “muito grave” (10,50%); e “ligeiro” (5,30%) dos participantes. A pontuação média obtida foi de  $4.47 \pm 1.02$  pontos.

Finalmente, nos ‘CPA’, os resultados obtidos variam entre o grau de dificuldade “ligeiro” (2) e “muito grave” (6). A maioria dos participantes apresentava o grau de dificuldade “manifesto” (26,30%), seguindo-se os graus de dificuldade “ligeiro”, “grave” e “muito grave”, todos com percentagens de 21,10%. O grau “marcado” foi identificado em 10,50% dos participantes. Este domínio é o que apresentou a menor média e a maior dispersão (média:  $3.95 \pm 1.51$  pontos). Os resultados obtidos permitem verificar dificuldades importantes nos quatro domínios, sendo mais significativas nos domínios ‘ASU’ e ‘RPS’, onde se verifica que a totalidade dos participantes apresentou dificuldades marcadas, graves ou muito graves.

**Tabela 2 - Resultados da aplicação da PSP por domínios**

	ASU		RPS		AC		CPA	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ausente	0	0	0	0	0	0	0	0
Ligeiro	0	0	0	0	1	5,30	4	21,10
Manifesto	0	0	0	0	2	10,50	5	26,30
Marcado	4	21,10	5	26,30	5	26,30	2	10,50
Grave	9	47,40	12	63,20	9	47,40	4	21,10
Muito grave	6	31,60	2	10,50	2	10,50	4	21,10
Média	5.11		4.84		4.47		3.95	
DP	0.737		0.602		1.020		1.508	

Na tabela 3 apresentam-se as estatísticas resumo da ECI, para as suas duas componentes e para as quatro dimensões. No que se refere especificamente à componente ‘intensidade do desconforto ou tensão sentida ao ser assertivo’, obtiveram-se pontuações médias de  $63.74 \pm 19.81$ , mínimo 27 e máximo 94 pontos.

Ao nível das dimensões ‘DSN’, ‘EGLP’, ‘AI’ e ‘AP’, as pontuações variaram entre o mínimo de 6 e o máximo de 30 pontos, sendo que a pontuação mínima, bem como a pontuação média mais baixa ( $14.11 \pm 5.99$  pontos), foram obtidas na dimensão ‘AP’ e a pontuação máxima, na dimensão ‘AI’. A maior pontuação média foi obtida na dimensão ‘DSN’ com  $18.16 \pm 5.73$  pontos.

As médias obtidas para o total da componente e para as dimensões ‘AI’ e ‘DSN’ são inferiores aos valores da mediana. Estes dados conjugados com a análise dos valores da assimetria, indicam uma tendência para os participantes pontuarem nos níveis mais elevados da medida, apontando para níveis de desconforto importantes nos comportamentos interpessoais.

No que se refere à frequência da prática de comportamentos assertivos, verificaram-se pontuações entre 26 e 106 pontos com uma média de  $75.37 \pm 19.43$ .

Nas dimensões ‘DSN’, ‘EGLP’, ‘AI’ e ‘AP’, as pontuações variaram entre 6 e 29 pontos, sendo a pontuação mínima obtida nas dimensões ‘DSN’, ‘EGLP’ e ‘AI’. O score máximo foi obtido na





dimensão 'EGLP' com uma pontuação de 29 pontos. As médias das pontuações nas dimensões variaram entre  $15.89 \pm 4.80$  pontos na 'AP' e  $19.63 \pm 5.09$  pontos na 'DSN'.

Nesta componente verificou-se a existência de valores de assimetria negativos e ligeiros nas dimensões 'DSN', 'EGLP' e 'AP', e positivos também ligeiros na dimensão 'AI' e para o total da componente, observando-se que as médias se localizam em torno dos valores da mediana, tanto para as quatro dimensões como para o score total da componente. Deste modo, ainda que as médias sejam ligeiramente superiores às obtidas na componente 'intensidade do desconforto ou tensão sentida ao ser assertivo', os dados apontam também para a existência de dificuldades no que diz respeito à frequência da prática de comportamentos assertivos.

**Tabela 3** – Estatísticas resumo da ECI - R

	Intensidade do desconforto					Frequência do comportamento				
	DSN	EGLP	AI	AP	Total	DSN	EGLP	AI	AP	Total
Média	18.1	15.0	16.4	14.1	63.7	19.6	18.4	18.1	15.8	75.3
Desvio padrão	6	0	7	1	4	3	2	1	9	7
Assimetria	5,73	4.77	5.65	5,99	19.8	5.09	5,40	5.01	4.80	19.4
					1					3
	-	.629	-	.556	-	-	-	.066	-	.366
	.963		.281		.191	.218	.322		.069	
Mínimo	7	6	8	6	27	7	6	6	6	26
Máximo	28	22	30	27	94	26	29	27	23	106
Mediana	20	14	17	13	65	20	19	18	16	73

Na tabela 4 pode ser observada a matriz de correlações entre as componentes e as dimensões da ECI - R. Verifica-se a existência de uma correlação negativa ligeira e sem significado estatístico entre as duas componentes da escala ( $r = -.387$ ;  $p > 0,05$ ), contudo, este valor de correlação indica uma tendência para que os participantes que apresentam maior desconforto e ansiedade nos comportamentos interpessoais, apresentem menor frequência de prática de comportamentos assertivos.

Relativamente às dimensões, verificou-se também a existência de correlações negativas entre as dimensões e o total da componente 'intensidade do desconforto' e as dimensões e o total da componente 'frequência do comportamento', por outro lado, as correlações entre as componentes e as suas dimensões são, na sua totalidade, moderadas a fortes, positivas e com significado estatístico ( $p < 0,05$ ).

**Tabela 4** – Matriz de correlações entre as componentes e as dimensões da ECI

Variável	Intensidade do desconforto (ID)					Frequência do comportamento (FC)				
	DSN	EGLP	AI	AP	Total	DSN	EGLP	AI	AP	Total
ID – DSN	1.00									
ID – EGLP	.677	1.00								
ID – AI	.789	.717	1.00							
	**	*								





ID – AP	.714	.715	.776	1.00						
	*	*	**	0						
ID – Total	.893	.857	.933	.902	1.00					
	**	**	**	**	0					
FC – DSN	.015	.046	-	-	-	1.00				
			.276	.103	.094	0				
FC – EGLP	-	-	-	-	-	.796	1.00			
	.178	.183	.362	.390	.317	**	0			
FC – AI	-	-	-	-	-	.805	.845	1.00		
	.248	.276	.534	.437	.423	**	**	0		
			*							
FC – AP	-	-	-	-	-	.633	.798	.849	1.00	
	.424	.347	.562	.681	.572	*	**	**	0	
			*	*	*					
FC – Total	-	-	-	-	-	.883	.940	.963	.890	1.00
	.228	.214	.475	.444	.387	**	**	**	**	0
			*							

\*Correlação significativa ( $p < 0.05$ ); \*\*Correlação altamente significativa ( $p < 0.01$ )

## Discussão

Este estudo integra-se no âmbito de um projeto mais amplo de investigação e intervenção clínica para pessoas com Esquizofrenia (Vamos Conversar!), desenvolvido a partir de um programa estruturado de aprendizagem e treino de habilidades de comunicação/conversação, tendo como objetivo analisar os dados relativos às áreas de desempenho social e individual e à prática comportamental assertiva em situações sociais.

Os doentes com Perturbações do Espectro da Esquizofrenia demonstram um funcionamento social pobre (Dabit et al., 2021). Deste modo, a integração de intervenções farmacológicas e de reabilitação psicossocial, é recomendada para a recuperação da doença e para a melhoria do funcionamento social e da vida independente na comunidade (Bighelli et al., 2021).

Neste estudo, o funcionamento psicossocial foi avaliado, considerando os quatro domínios do desempenho pessoal e social da PSP: atividades socialmente úteis, incluindo trabalho e estudo; relações pessoais e sociais; autocuidado; e comportamento perturbador e agressivo. Os resultados obtidos remetem para um baixo funcionamento social, com dificuldades nos quatro domínios, sendo mais significativas nos domínios 'ASU' e 'RPS', onde se verifica que a totalidade dos participantes apresenta dificuldades marcadas, graves ou muito graves. Estes resultados indicam que, apesar dos avanços significativos no tratamento, com a melhoria do perfil de ação dos antipsicóticos e as intervenções de reabilitação psicossocial e neurocognitiva, a esquizofrenia mantém-se entre as principais causas de incapacidade, implicando um comprometimento significativo em áreas importantes da vida quotidiana, como sejam a vida independente, as atividades produtivas (trabalho ou escola) e os relacionamentos interpessoais (Harvey & Strassnig, 2012), bem como dificuldades em cumprir os papéis sociais e ocupacionais normativos, sendo que estas podem estar associados aos sintomas negativos e a prejuízos na cognição social (Madeira et al., 2016). No mesmo sentido, Blanchard et al. (2016) verificaram que pacientes com sintomas negativos mais graves (particularmente os relacionados com motivação e prazer) foram associados a habilidades



sociais afiliativas mais pobres, sendo essa relação independente de habilidades instrumentais (não sociais), depressão ou sintomas positivos.

No presente estudo verificou-se que as pontuações obtidas no nível de desconforto associado à prática de comportamentos assertivos são elevadas, apontando para níveis de desconforto importantes nas relações interpessoais. Défices nas habilidades de assertividade são componentes importantes da disfunção social na esquizofrenia (Abd Elmonem et al., 2019). Há evidências que demonstram que pessoas com esquizofrenia têm dificuldades em agir de forma assertiva, não conseguem expressar os seus sentimentos e pensamentos de forma eficaz, têm problemas nas relações interpessoais e retraimento social, impactando na capacidade de desempenhar as suas tarefas de vida diária e o cumprimento dos seus papéis na comunidade (Ustun & Kucuk, 2019; Abd El Aziz et al., 2017).

As dificuldades observadas ao nível da assertividade nas relações interpessoais, podem estar relacionadas com o surgimento precoce da esquizofrenia, habitualmente em fases iniciais do desenvolvimento pessoal, sendo este um período crítico para a aquisição de habilidades sociais e papéis sociais adultos, causando prejuízo nas habilidades assertivas e na *performance* social (Abd-Elmonem et al., 2019).

Neste estudo, as dificuldades nos comportamentos interpessoais, expressas no desconforto sentido e na frequência da prática dos comportamentos assertivos, foram estudadas de acordo com quatro dimensões: 'AN', que visa a expressão de sentimentos negativos, como pedir a outros mudança de comportamento, expressar discordância, e defender os próprios direitos; 'EGLP', relacionada com a capacidade para lidar com a crítica ou para pedir ajuda face a falhas ou dificuldades; 'AI', que consiste em tomar a iniciativa em situações sociais; e 'AP', que respeita à expressão de sentimentos positivos, como afeto ou agradecimento (Vagos et al., 2014).

Verificaram-se níveis de comportamento assertivo superiores aos níveis de desconforto e ansiedade sentidos, o que sugere que os participantes, apesar do desconforto, vão tendo comportamentos assertivos, ainda que com maiores dificuldades na AP, relacionada com a expressão de afetos ou resposta emocional positiva. Na esquizofrenia, verifica-se uma disjunção entre a experiência (positiva) e a expressão de afeto, o que pode refletir um défice na regulação positiva de um comportamento expressivo da emoção, reduzindo substancialmente o potencial de funcionamento interpessoal eficaz (Henry et al., 2007). Por outro lado, as pessoas com esquizofrenia, devido à diminuição da capacidade de autoafirmação, são mais propensas a sentirem-se ansiosas nos relacionamentos interpessoais, o que, por sua vez, poderá estar relacionado com a recorrência ou agravamento dos sintomas (Saito & Suzuki, 2018). A maior dificuldade na prática assertiva relacionada com as dimensões que exigem o processamento de emoções negativas (e.g. expressão de sentimentos negativos) pode resultar do efeito acumulado de experiências negativas anteriores. Pessoas com esquizofrenia geralmente sofrem adversidades na primeira infância, estigmatização devido à perturbação psiquiátrica e marginalização devido ao seu menor status socioeconómico (Sweeney et al., 2015). É, pois, lógico, que as pessoas com esquizofrenia possam ter “aprendido” a esperar eventos negativos frequentes na vida, levando-os a antecipar emoções negativas em resposta a ocorrências futuras, particularmente em face da incerteza. Para além disso, a evidência científica indica que as pessoas com esquizofrenia têm dificuldades na compreensão e monitorização das emoções dos outros, sugerindo défices nas habilidades sociocognitivas complexas, como a empatia, limitando a capacidade de responder adequadamente aos outros (Lehmann et al., 2014).



Conforme poderia ser antecipado, as correlações entre as dimensões da ‘intensidade do desconforto’ e a ‘frequência do comportamento’ são negativas, indicando uma tendência para que as pessoas que apresentam maior desconforto e ansiedade nos comportamentos interpessoais, apresentem menor frequência de comportamentos assertivos.

De um modo geral, os resultados obtidos vêm corroborar a extensa literatura científica publicada sobre as dificuldades no relacionamento interpessoal e na prática de comportamentos assertivos das pessoas com esquizofrenia,

Este estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente a reduzida dimensão amostral, o que pode comprometer o poder estatístico das análises realizadas e aumentar o risco de erro do tipo II. Acresce ainda o facto de se tratar de uma amostra não probabilística e com um forte desequilíbrio entre géneros, o que pode limitar a representatividade e a generalização dos resultados obtidos.

## **Conclusão**

As pessoas com esquizofrenia apresentam défices significativos no funcionamento global, com particular relevância ao nível do desempenho social. A evidência aponta para a coexistência de reduzida motivação e competência social, fatores que podem influenciar negativamente os resultados sociais. De forma geral, estas pessoas tendem a experienciar isolamento social e a manifestar padrões comportamentais que dificultam a construção e manutenção de relações interpessoais estáveis. Observa-se frequentemente evitamento, tanto ativo como passivo, do contacto social, o que poderá estar associado a limitações acentuadas na capacidade de reconhecer e expressar emoções, identificar necessidades pessoais e adotar comportamentos interpessoais ajustados.

## **Implicações para a prática**

A análise do desempenho social e da comunicação assertiva realizada neste estudo contribui para o avanço do conhecimento sobre fatores determinantes na recuperação funcional de pessoas com esquizofrenia resistente ao tratamento. Os resultados apresentam implicações diretas para o desenho de programas de reabilitação psicossocial, ao fornecer dados empíricos que podem sustentar intervenções mais eficazes, contextualizadas e centradas no treino de habilidades sociais e na promoção da assertividade, integradas numa abordagem terapêutica global e multidisciplinar.

Para além da terapêutica farmacológica, torna-se essencial integrar intervenções que reforcem a competência social, com o objetivo de preparar, de forma mais eficaz, as pessoas com esquizofrenia para a transição de contextos protegidos e estruturados para ambientes comunitários marcados por maior imprevisibilidade e exigência social.

## **Referências bibliográficas**

Abd El Aziz, E. M., Abd El Aziz Rady, H. E. & El Din, M. N. (2017). Effectiveness of social skills training program on social functioning and severity of symptoms among patients with schizophrenia. *American Journal of Nursing Science*, 6(6), 454–466. <https://doi.org/10.11648/j.ajns.20170606.13>



Abd-Elmonem, R. M., Abd-Elfatah, S. R., & Mohammed, A. A. (2019). Self-Esteem and Assertive Behavior among Schizophrenic Patients. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 8(3), 6, 74-82.

Bighelli, I., Rodolico, A., García-Mieres, H., Pitschel-Walz, G., W.-P. Hansen., Schneider-Thoma, J., Siafis, F., Wu, H., Wang, D., Salanti, G., Furukawa, T., Barbui, C. & Leucht, S. (2021). Psychosocial and psychological interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 8, 969-980, 10.1016/S2215-0366(21)00243-1

Blanchard, J., Park, S. G., Catalano, L. T. & Bennett, M. E. (2016). Social Affiliation and Negative Symptoms in Schizophrenia: Examining the Role of Behavioral Skills and Subjective Responding. *Schizophrenia Research*, 168(0), 491–497. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.07.019>

Brissos, S., Palhavã, F., Marques, J. G., Mexia, S., Carmo, A. L., Carvalho, M., Dias, C., Franco, J. D., Mendes, R., Zuzarte, P., Carita, A. I., Molodynski, A. & Figueira, M. L. (2012). 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*, 47(7), 1077–1086. <https://doi.org/10.1007/s00127-011-0412-6>

Canotilho, C. (2017). Formação em Habilidades de conversação para interação Social de doente com Esquizofrenia na Unidade de Reabilitação de Doentes Díficeis. Um estudo Pré-Experimental. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Disponível em <http://web.esenfc.pt/?url=nS2t9iNt>

Dabit, S., Quraishi, S., Jordan, J., & Biagiante, B. (2021). Improving social functioning in people with schizophrenia-spectrum disorders via mobile experimental interventions: Results from the CLIMB pilot trial. *Schizophrenia Research: Cognition*, 26, 100211. <https://doi.org/10.1016/j.scog.2021.100211>

Del Prette, A. & Del Prette, Z. A. P. (2017). *Competência Social e Habilidades Sociais: Manual teórico-prático*. Petrópolis: Vozes.

Harvey, P.D., & Strassnig, M. (2012). Predicting the severity of everyday functional disability in people with schizophrenia: cognitive deficits, functional capacity, symptoms, and health status. *World Psychiatry*, 11(2), 73-79. DOI: 10.1016/j.wpsyc.2012.05.004

Henry, J. D., Green, M. J., de Lucia, A., Restuccia, C., McDonald, S., & O'Donnell, M. (2007). Emotion dysregulation in schizophrenia: reduced amplification of emotional expression is associated with emotional blunting. *Schizophrenia Research*, 95(1-3), 197–204. Doi: 10.1016/j.schres.2007.06.002

Lehmann, A., Bahçesular, K., Brockmann, E. M., Biederbick, S. E., Dziobek, I., Gallinat, J., Montag, C. (2014). Subjective experience of emotions and emotional empathy in paranoid schizophrenia. *Psychiatry Research*, 220(3), 825-833. DOI: 10.1016/j.psychres.2014.09.009



Madeira, N., Caldeira, S., Bajouco, M., Pereira, A. M., Martins, M. J., & Macedo, A. (2016). Social Cognition, Negative Symptoms and Psychosocial Functioning in Schizophrenia. *International Journal of Clinical Neurosciences and Mental Health*, 3(1). DOI: <http://dx.doi.org/10.21035/ijcnmh.2016.3.1>

Melo, J. G. H., Brasilino, T. L. O., Xavier, A. A. C., Seidel, E. A., Magalhães, A. W. D., Vechia, J. A. D., Albuquerque, I. S., Faria, L. R. M., Protásio, A. P. S., Cerqueira, K. P. & Lima, V. C. (2024). Eficácia dos antipsicóticos de segunda geração na redução dos sintomas da esquizofrenia: uma revisão sistematizada. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 6(11), 2853–2861. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n11p2853-2861>

Melo-Dias, C. (2015). Habilidades de conversação em adultos com esquizofrenia. (Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde). Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.14/19361>

Melo-Dias, C., Canotilho, C., Sousa, D., Pereira, G., Ferreira, J., Façanha, J., Rosa, A., Pinto, A., Carvalho, A. & Rodrigues, J. (2019). Let's talk! Clinical research project of therapeutic occupation activities on conversation and social interaction. *Millenium*, 2(10), 39-52. DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0210.04.00239>

Mucci, A., Kawohl, W., Maria, C., & Wooller, A. (2020). Treating schizophrenia: Open conversations and stronger relationships through psychoeducation and shared decision-making. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 761. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00761>

Palmeira, L. (2018). *Manual de psicoeducação para profissionais de saúde mental que tratam pessoas com esquizofrenia*. Planmark.

Queirós, T., Coelho, F., Linhares L., & Telles-Correia D. (2019). Esquizofrenia: O Que o Médico Não Psiquiatra Precisa de Saber. *Acta Medica Portuguesa*, 32(1), 70-77. <https://doi.org/10.20344/amp.10768>

Saito, M., & Suzuki, E. (2018). Validity and reliability of the Japanese version of the Rathus assertiveness schedule in day psychiatric care users with schizophrenia. *Journal of Rural Medicine*, 13(2): 172–176

Schutt, R. K., Xie, H., Mueser, K. T., Killam, M. A., Delama, J., Eack, S. M., Mesholam-Gately, R., Pratt, L. S., Santos, M. M., Golden, L. R., & Keshavan, M. S. (2022) Cognitive Enhancement Therapy vs social skills training in schizophrenia: a cluster randomized comparative effectiveness evaluation. *BMC Psychiatry*, 22(583). <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04149-x>

Sweeney, S., Air, T., Zannettino, L., & Galletly, C. (2015). Psychosis, Socioeconomic Disadvantage, and Health Service Use in South Australia: Findings from the Second Australian National Survey of Psychosis. *Frontiers in Public Health*, 3(259). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2015.00259>

Turner, D. T., McGlanaghy, E., Cuijpers, P., Van der Gaag, M., Karyotaki, E. & Mac-Beth, A. (2018). A meta-analysis of social skills training and related interventions for psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 44(3): 475–491.



Ustun, G. & Kucuk, L. (2019). The effect of assertiveness training in schizophrenic patients on functional remission and assertiveness level. *Perspectives in Psychiatric Care*, 1-11. <https://doi.org/10.1111/ppc.12427>

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: 10.1590/1678-7153.201427305