

## 2 Treino de competências sociais – uma estratégia em saúde mental: conceptualização e modelos teóricos

■ Cândida Loureiro<sup>1</sup> ■

### RESUMO

Este artigo apresenta uma revisão bibliográfica realizada sobre a temática Treino de Competências Sociais e tem como objectivos: i) descrever conceitos basilares, nomeadamente assertividade, habilidade social e competência social; ii) apresentar alguns dos modelos teóricos que sustentam o treino de competências sociais; iii) contribuir para fundamentar as intervenções dos enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiatria e iv) fomentar a reflexão sobre a necessidade de se realizarem estudos no âmbito do desenvolvimento de competências sociais/promoção da saúde mental. Na tentativa de agregar o que se sabe sobre este assunto de uma forma clara e objectiva destacamos alguns conceitos relacionados com a temática como, assertividade, habilidade social e competência social. Comparamos as perspectivas de diferentes autores e apresentamos alguns dos modelos teóricos que sustentam o treino de competências sociais, nomeadamente, o Modelo de Percepção Social de Argyle, o Modelo do Condicionamento Operante de Skinner, o Modelo da Assertividade e o Modelo da Aprendizagem Social de Bandura. Relativamente à assertividade descrevemos os vários estilos comunicacionais (assertivo, agressivo, passivo e manipulativo) tendo por base o comportamento observável (verbal, não verbal e para verbal), os padrões de pensamento, os sentimentos e emoções e as consequências, para cada um dos estilos comunicacionais. Apresentamos uma breve análise reflexiva sobre os contributos teóricos para a produção do conhecimento científico na enfermagem de saúde mental.

**PALAVRAS-CHAVE:** Enfermagem; Competências Sociais; Programas; Treino.

### ABSTRACT

This article presents a literature review on the subject Social Skills Training and aims: i) describe basic concepts, including assertiveness, social skills and social competence; ii) present some of the theoretical models that support the training of social skills; iii) contribute to support assistance from specialist nurses in mental health and psychiatry and iv) encourage reflection on the need for further studies in the development of social skills/mental health promotion. In

an attempt to aggregate what is known about this subject in a clear and objective way, highlight some concepts related to the subject as assertiveness, social skills and social competence. We compared the perspectives of different authors and presented some of the theoretical models that support the training social skills, in particular the social Model of Perception of Argyle, the model of operant conditioning of Skinner's Model and the Model of Assertiveness Bandura's social Learning. With regard to assertiveness, we describe the various communication styles (assertive, aggressive, passive and manipulative) based on observable behavior (verbal, nonverbal and verbal), thought patterns, feelings and emotions and the consequences for each of the communication styles. Expose a brief reflective analysis on the theoretical contributions to the production of scientific knowledge in mental health nursing.

**KEYWORDS:** Nursing; Social Skills; Programs; Training.

### INTRODUÇÃO

Aprender a relacionar-se e a comportar-se de forma positiva fazem parte de um crescimento e desenvolvimento saudável. Esse relacionamento corresponde a um comportamento social que engloba um conjunto de ações, atitudes e pensamentos que a pessoa apresenta relativamente aos outros com quem interage, e em relação a si próprio. O desenvolvimento do auto-conhecimento e da assertividade correspondem a duas das competências comuns dos enfermeiros especialistas, no domínio das aprendizagens profissionais conforme Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (nº122/2011). Particularmente, no âmbito da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria espera-se que o enfermeiro especialista seja um perito ao nível das relações interpessoais, uma vez que utiliza esse saber e a si próprio como ferramenta terapêutica na interacção com os outros. Entendemos ser indispensável aprofundar o conhecimento em enfermagem que fundamente e oriente a prática clínica numa base sólida de intervenções terapêuticas (Teixeira, Meireles & Carvalho, 2010) e nesse sentido apresentamos, a partir de pesquisa bibliográfica, aspectos teóricos relacionados com o treino de competências sociais enquanto método de intervenção inserido nas terapias breves, já bastante utilizado na enfermagem.

<sup>1</sup> Professora Adjunta, Mestre em Psiquiatria e Saúde Mental, Doutoranda em Ciências de Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, cãndida@esenfc.pt  
Submetido em 01-09-2011. Aceite em 18-11-2011.

Citação: Loureiro C. (2011). Treino de competências sociais – uma estratégia em saúde mental: conceptualização e modelos teóricos. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 6, 7-14.

## OBJECTIVOS

Os aspectos relacionados com o bem-estar das pessoas são dos principais focos de atenção dos enfermeiros. De entre outros, podemos afirmar que um desenvolvimento adequado ao nível das competências sociais e emocionais e consequentemente, o estabelecimento de relacionamentos interpessoais satisfatórios, contribuem para uma melhor saúde mental, o que reforça a importância do presente artigo que tem como objectivos:

- Descrever conceitos basilares, nomeadamente assertividade, habilidade social e competência social como aspectos importantes a ter presentes na prática da enfermagem de saúde mental;
- Apresentar alguns dos modelos teóricos que sustentam o treino de competências sociais;
- Contribuir para fundamentar as intervenções dos enfermeiros, em particular, dos enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiatria, orientando a sua prática clínica.
- Fomentar a reflexão sobre a necessidade de se realizarem estudos no âmbito do desenvolvimento de competências sociais/promoção da saúde mental, no sentido de poder contribuir para o desenvolvimento do conhecimento em saúde mental.

## METODOLOGIA

Para a realização deste artigo recorreremos sobretudo, à consulta de obras de referência sobre a temática, no entanto a pesquisa bibliográfica recaiu também sobre teses, artigos de revisão e artigos com resultados de estudos empíricos, nacionais e internacionais. Para isso, utilizamos o motor de busca B-on em variadas bases de dados, nomeadamente, EBSCO, Elsevier-Science Direct, Springer Link, Taylor & Francis, ISI, Wiley. As palavras de pesquisa usadas foram: *social, skills, training, nursing, intervention*. Também recorreremos a documentos legislativos, particularmente os respeitantes ao regulamento das competências dos enfermeiros especialistas.

Foi utilizada uma metodologia descritiva com componente reflexiva.

## REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### Principais conceitos em treino de competências sociais

O estudo das competências sociais teve o seu início em 1949 com o americano Salter, precursor da terapia comportamental, mas cujas ideias à época não tiveram grande reflexo.

Posteriormente Wolpe em 1958, retoma as ideias de Salter e refere-se pela primeira vez ao *comportamento assertivo* como sinónimo de competência social (Caballo, 2009). Ao encontrarmos na literatura várias designações que podem parecer similares ou por vezes sinónimos, importa clarificar os conceitos de assertividade, habilidade (aptidão) social e competência social, à luz dos estudos realizados e da investigação desenvolvida nesta área.

## ASSERTIVIDADE/COMPORTAMENTO ASSERTIVO

Relativamente à assertividade, palavra que tem origem no latim *assertus*, participio passado do verbo *asserere*, que significa clamar direitos sobre algo, reivindicar, afirmar, defender. A assertividade “(...) envolve o assumir de um papel activo, ter uma atitude positiva, cuidar e não julgar os outros. Salvaguardar os seus direitos e, sem negar os dos outros, comunicar o que pretende de forma clara directa, sem ameaças ou ataques” (Scott, 1996 cit. por Riley, 2004, p.9). Alberti e Emmons (1983, p.18) definiram comportamento assertivo como “aquele que torna a pessoa capaz de agir em seus próprios interesses, a se afirmar sem ansiedade indevida, a expressar sentimentos sinceros sem constrangimento, ou a exercitar os seus próprios direitos”. Em poucas palavras, ser assertivo significa afirmar por palavras o que quer, sente e pensa sem se sentir mal por isso, deixando espaço ao outro para fazer o mesmo. Castanyer (2004, p.21) considera que “o facto de uma interacção resultar satisfatória depende de nos sentirmos valorizados e respeitados e isto, por sua vez, não depende tanto dos outros, mas do facto de possuímos uma série de competências para responder correctamente e uma série de convicções (...) que nos façam sentir bem connosco próprios”. A autora relaciona a assertividade com a auto-estima uma vez que quanto maior for o valor, o respeito e o carinho que temos por nós próprios mais fácil é a relação com os outros, estando assim associada a um desempenho social bem sucedido. No entanto não conseguimos ser sempre assertivos em todas as situações e com todas as pessoas, pois nem sempre temos a energia necessária ou o desejo de nos expormos ou de expressar os nossos direitos. A assertividade ou comunicação assertiva é por isso uma questão de opção e requer uma aprendizagem contínua e um treino sistemático (Riley, 2004; Jardim, 2007). Na literatura, para além do comportamento assertivo encontramos outros tipos de comportamentos comunicacionais que as pessoas adoptam em determinadas situações e que podem também variar na mesma pessoa: o comportamento agressivo, o comportamento passivo (ou não assertivo) e o comportamento manipulador.

Para melhor ilustrar as características de cada um dos estilos comunicacionais iremos descrevê-los tendo por base o comportamento observável (verbal, não verbal e para verbal), os padrões de pensamento, os sentimentos e emoções e as consequências de cada comportamento (Azevedo, 1999; Castanyer, 2004; Caballo, 2008).

## Comportamento Assertivo

- *Comportamento observável não verbal*: Postura direita e descontraída, ombros direitos, movimentos casuais com as mãos, ar pensativo, sério, interessado, atencioso, sorriso genuíno, mantém contacto visual.

- *Comportamento observável para verbal*: Voz clara, firme agradável, suave, mantém o tom de voz, risos associados ao humor.

- *Comportamento observável verbal*: Gostaria; Quero; Penso; Sinto; Acho; Não gosto; O que pensa?; Como poderemos resolver isto?; Concorda?; Compreendo; Obrigada; (...).

- *Padrões de pensamento*: Conhecem e acreditam nos próprios direitos. Têm crenças racionais. Não há espaço para dominação, dissimulação ou dependência. Importa a resolução de conflitos através da negociação (ganhar/ganhar).

- *Sentimentos e emoções*: Auto-estima saudável; Satisfação nos relacionamentos; Respeito por si próprio; Sensação de controlo emocional.

- *Consequências*: Desarmam quem os atacar. Os outros sentem-se respeitados e valorizados. Esclarecem equívocos. São considerados pessoas “boas” mas não “tontas”.

## Comportamento Agressivo

- *Comportamento observável não verbal*: Postura direita, tensa, rígida, ombros para trás, queixo levantado ou para a frente. Rosto tenso, sobrancelhas carregadas, olhos fulminantes e muito abertos ou semicerrados. Aponta com o dedo, bate na mesa. Discurso preciso e calculado recorrendo a insultos ou ameaças.

- *Comportamento observável para verbal*: Tom de voz alto ou baixo, áspero. Risos sarcásticos. Interrompe o outro com frequência.

- *Comportamento observável verbal*: Vai porque eu quero; Não sabe; Deveria; Deve estar a brincar...; Cale-se; Quem manda aqui sou eu; Tem que fazer senão...; (...).

- *Padrões de pensamento*: “Agora só conto eu, o que tu pensas/sentes não me interessa”. “Se não for assim fico demasiado vulnerável”. “De outra maneira ninguém me respeita”. Tudo se restringe a ganhar ou perder. Crenças irracionais.

- *Sentimentos e emoções*: Ansiedade crescente, solidão, sensação de incompreensão, culpa e frustração. Baixa auto-estima, sensação de falta de controlo, irritação crescente que se estende a mais pessoas e mais situações. Honestidade emocional.

- *Consequências*: Rejeição ou evitamento pelos outros, solidão. “Círculo vicioso”.

## Comportamento Passivo

- *Comportamento observável não verbal*: Postura contraída, ombros encolhidos, muitos movimentos com as mãos. Rosto tenso, sobrancelhas levantadas, evita o contacto ocular.

- *Comportamento observável para verbal*: Voz sumida e apagada, hesitações, pára no meio do discurso, silêncios. Riso nervoso e forçado

- *Comportamento observável verbal*: Talvez; Quem sabe...; Desculpe, mas...; Realmente, não é importante; Não se incomode; Não tem importância; Não vale a pena...; Perguntome se poderíamos...; Não gosto de criar problemas...; (...).

- *Padrões de pensamento*: Evitam incomodar ou ofender os outros. Sensação constante de ser incompreendido, manipulado, ignorado. Muita energia mental e pouca exterior. Crenças irracionais.

- *Sentimentos e emoções*: Insegurança, sentem-se pessoas sacrificadas, culpabilidade, ansiedade e frustração. Fuga, submissão e dependência em relação aos acontecimentos e aos outros. Baixa auto-estima e desonestidade emocional

- *Consequências*: Perda de auto-estima e do apreço das outras pessoas. Pouco respeitados, fazem os outros sentirem-se culpados ou superiores. Problemas somáticos, ansiedade, depressão, acessos repentinos de agressividade. Solidão e sensação de falta de controlo.

## Comportamento manipulativo

- *Comportamento observável*: Tom de voz baixo, pouca clareza no discurso. Incongruência entre a comunicação verbal e não verbal. Pressiona/força o outro. Compara desfavoravelmente/evita indirectamente a tarefa. É mais hábil em criar conflitos, do que em reduzir as tensões existentes. Apresenta discursos diferentes, conforme o interlocutor. Não se aproxima quando há debate: fala baixo e por “segredinhos”. Consegue os seus objectivos sem se afirmar abertamente. Explora as vulnerabilidades do interlocutor. Desculpas para obter compaixão.

- *Comportamento observável verbal*: Nunca pensaria tal coisa...; Não diria a mais ninguém...; Diz-se por aí...; Você é que sabe, mas...; Tenho muito gosto em resolver isto se puder contar com...; Não foi bem isso que eu pretendi dizer...; É só a sua opinião...; (...).

- *Padrões de pensamento*: Baixo respeito e desvalorização pelos outros.

- *Sentimentos e emoções*: Chantagem emocional, simpático em demasia, existe alguma forma de lisonja, insinuação, chantagem, sarcasmo. Desconfia das intenções do outro.

- *Consequências*: imediatas a perda de credibilidade e a longo prazo o fracasso, pois perde a capacidade de estabelecer relações com os outros com base na confiança recíproca.

De acordo com os estilos comunicacionais expostos, podemos afirmar que as características da comunicação humana na relação interpessoal são os aspectos que se destacam em cada um deles. Assim, para um comportamento resultar assertivo é necessário colocar em prática várias habilidades que se enquadram no âmbito da comunicação verbal, não verbal e para verbal uma vez que a linguagem corporal fala mais alto. De acordo com os estudos relativos à comunicação não verbal sabe-se que apenas conseguimos transmitir por palavras 7% dos pensamentos, 38% por sinais para verbais e 55% pelo corpo (Silva, 2002). Daqui se infere a importância que tem o reconhecimento destes sinais no outro e a tomada de consciência para o fazermos de uma forma assertiva.

## HABILIDADE SOCIAL E COMPETÊNCIA SOCIAL

No que respeita aos conceitos de habilidade social e competência social, são muitas vezes definidos de acordo com a perspectiva teórica que lhes está subjacente. Caballo (2009) e Gresham (1981; cit. por Del Prette & Del Prette, 1999) são da opinião que o conceito de competência social é um constructo amplo que engloba o conceito de habilidades sociais e o conceito de comportamento adaptativo. Por outro lado, McFall (1982) defende que, habilidade social e competência social são dois conceitos distintos que se articulam num modelo mais abrangente. Importa referir que a dificuldade na definição dos conceitos tem também a ver com uma grande diversidade de factores inerentes ao comportamento social, nomeadamente a cultura, os padrões de comunicação (variam em função da idade, sexo, educação e cultura), e o próprio indivíduo (crenças, atitudes, valores, estilo próprio de interacção). Ou seja, dependendo da presença de determinados factores (da situação particular no contexto relacional) assim o comportamento da pessoa se considera mais ou menos adequado socialmente, não existindo por isso, uma forma universal de se comportar correctamente. “Assim, duas pessoas podem comportar-se de um modo totalmente diferente em uma mesma situação, ou a mesma pessoa em duas situações similares, e ambas as respostas serem consideradas com o mesmo grau de habilidade social” (Caballo, 2008, p.364). Entendemos então, que a definição universal de um conjunto de habilidades sociais, fundamentais e ajustadas, para além de ser difícil, deve ter em conta a diversidade cultural em que o comportamento considerado socialmente competente se insere. Prosseguimos na tentativa de definir habilidade social e competência social.

Retomando a perspectiva de McFall (1982), o conceito de habilidade social abarca dois pressupostos: por um lado, o de que o comportamento socialmente habilidoso é inato, correspondendo a um traço da personalidade do indivíduo; por outro, de que é adquirido, resultando de uma aprendizagem baseada na experiência das relações interpessoais podendo até ser treinado. As habilidades sociais dizem respeito à capacidade de comunicação e relacionamento interpessoal, ao entendimento e compreensão dos sentimentos dos outros e à cooperação em situações de grupo.

Para Argyle, Furnham e Graham (1981 citados por Del Prette & Del Prette, 1999) a definição de habilidade social assenta num constructo *descritivo*, que contempla um conjunto de aptidões ou capacidades específicas, presentes numa situação de interacção pessoal, situação esta que para além da dimensão pessoal abarca aspectos mais amplos como a dimensão situacional e os padrões culturais. Também Gresham (2009, p. 20) considera as habilidades sociais “comportamentos aprendidos e socialmente aceites que permitem ao indivíduo interagir efectivamente com outros e evitar (...) comportamentos não aceitáveis que resultem em interacções negativas”. Caballo tem uma perspectiva um pouco diferente ao definir comportamento socialmente habilidoso como “o conjunto de comportamentos emitidos por um indivíduo num contexto interpessoal, que expressa os sentimentos, atitudes, desejos, opiniões ou direitos desse indivíduo de um modo adequado à situação, respeitando esses comportamentos nos demais, e que geralmente resolve os problemas imediatos da situação enquanto minimiza a probabilidade de futuros problemas” (2008b, p.365). É uma definição que se aproxima mais do comportamento assertivo, no entanto, também identifica um conjunto de aptidões como componentes do constructo das Habilidades Sociais que denomina de ‘Classes de resposta’ ou ‘Dimensões’, tais como: Iniciar e manter conversações; Falar em público; Expressão de amor, agrado e afecto; Defesa dos próprios direitos; Pedir favores; Recusar pedidos; Fazer obrigações; Aceitar elogios; Expressar opinião; Pedir desculpa; Confrontar; Lidar com críticas.

Del Prette e Del Prette (2001, p.31) afirmam que o conceito de “habilidades sociais refere-se à existência de diferentes classes de comportamentos sociais no repertório do indivíduo para lidar de maneira adequada com as demandas das situações interpessoais”. Partilhamos assim a afirmação que um comportamento social só pode ser identificado como habilidade social quando, na interacção social o seu fim se destina à competência social (Gresham, 1983, 1986, 2002; cit. por Mota, 2008).

A competência social para McFall (1982) é um conceito teórico de carácter *avaliativo* que reflecte sempre um juízo (baseado em determinados critérios) do próprio ou dos outros (pessoas significativas) acerca das capacidades específicas (habilidades sociais) que permitem a uma pessoa executar com competência determinadas tarefas sociais. Ainda nesta linha de pensamento Del Prette e Del

Prette (2001, p.31) consideram que a competência social tem subjacente uma avaliação que “qualifica a proficiência de um desempenho e se refere à capacidade do indivíduo de organizar pensamentos, sentimentos e acções em função dos seus valores e objectivos articulando-as às demandas imediatas e mediatas do ambiente”. Também Gresham (2009) considera a competência social um atributo avaliativo de um comportamento ou conjunto de comportamentos bem sucedidos em interacção social que obedece a determinados critérios de funcionalidade.

Podemos então afirmar que de uma forma geral *habilidade social* é um constructo descritivo, inclui uma série de respostas verbais e não verbais que influenciam a percepção e a resposta do outro na interacção social. Representam a capacidade de executar determinados comportamentos sociais que são importantes para permitir à pessoa alcançar a competência social (Spence, 2003).

*Competência social* é um constructo avaliativo, multidimensional e interactivo nas suas diversas componentes, que Vaughn e Hogan (1990) identificaram como sendo as relações positivas com os pares, uma cognição social adequada à idade, a ausência de problemas de comportamento e habilidades sociais eficazes.

De acordo com Caballo (2009), o termo *social* emprega-se com o propósito de qualificar os conceitos de *habilidade* e *competência*, pois a conduta social conceptualiza-se nas bases da reciprocidade, na influência mútua, na relação interpessoal. Como somos tratados pelos outros é em grande medida o reflexo do nosso comportamento para com eles.

Verificamos que a dificuldade em encontrar uma definição concreta para os conceitos expostos advém, por um lado, da complexidade do próprio fenómeno (habilidade e competência social), e por outro lado, da grande variedade de abordagens teóricas que se reportam muitas vezes a diferentes aspectos dessa mesma complexidade. Percebemos que a existência de um repertório de habilidades sociais é importante mas não suficiente, por si só, para alcançar a competência social, pois a definição de um conceito remete para a definição do outro.

### **Modelos teóricos em treino de competências sociais**

O Treino de Competências Sociais (TCS) é uma forma de intervenção em situações de deficits ou dificuldades interpessoais com o propósito de desenvolver o repertório de habilidades sociais maximizando as relações positivas em situação de interacção social. Baseados na perspectiva de alguns autores (por ex. Mc Fall e Trower) Del Prette e Del Prette defendem que o TCS “carece de uma teoria integrativa que não apenas reveja os diferentes constructos explicativos, mas sobretudo que os integre de maneira sistemática, de modo a melhor articular os fenómenos a que se reporta, tais como habilidades sociais, interacção social e comunicação interpessoal” (2010, p.105). Assim, do contributo

das diversas áreas do conhecimento predominam duas importantes abordagens, a cognitiva e a comportamental. Neste sentido iremos descrever sucintamente os quatro modelos teóricos que nos parecem ser os mais importantes na tentativa de analisar o campo teórico-prático do TCS. Estes modelos procuram uma explicação para o défice ou para as dificuldades no desenvolvimento das habilidades sociais, bem como a identificação de problemas e possíveis estratégias de intervenção.

- Modelo de Percepção Social de Argyle (1967/1994) – De acordo com este modelo o desenvolvimento das habilidades sociais é feito essencialmente, através de processos cognitivos que procuram compreender o ambiente e o contexto social em que o indivíduo se insere. Esta compreensão implica uma leitura e descodificação correcta da situação/contexto social de modo a responder de uma forma socialmente competente, ou seja, deve permitir uma selecção de comportamentos de acordo com o contexto e a tomada de decisão de emitir ou não. Quando existe uma falha numa destas etapas (leitura e/ou descodificação da mensagem verbal e não verbal) e na utilização das normas e valores culturais inerentes ao contexto social, a resposta dada, por ser baseada em equívocos, pode ser dificultadora no estabelecimento de relações interpessoais ou ter mesmo consequências negativas.

No TCS, o desenvolvimento das habilidades relacionadas com a percepção social devem fazer parte dos objectivos do programa, particularmente o desenvolvimento da perspicácia na descodificação dos estímulos do meio ambiente físico e da situação social e na correcta identificação de papéis e regras sociais culturalmente determinadas (Morrison & Bellack, 1981 citados por Del Prette & Del Prette, 1999).

- Modelo do Condicionamento Operante de Skinner (1904-1990) – Insere-se na abordagem comportamental e surge no seguimento dos estudos de Pavlov. Tem como principal objectivo a manipulação do comportamento, isto é, parte do pressuposto de que os comportamentos problemáticos ocorrem por ter havido uma aprendizagem errada e que podem ser corrigidos através de experiências apropriadas de aprendizagem (Townsend, 2002). Pavlov trabalhou o condicionamento clássico que tinha por base as respostas involuntárias, Skinner trabalhou o condicionamento operante que tinha por base as respostas voluntárias. De uma forma simples, podemos afirmar que o condicionamento operante considera que um comportamento pode ser trabalhado ou modificado através da mudança das variáveis ou das condições que o rodeiam (Neeb, 2000). São três as componentes principais deste modelo: estímulo (qualquer acontecimento que precede imediatamente o comportamento operante), resposta (qualquer comportamento observável que possa ser estudado) e reforço (qualquer acontecimento que aumente a probabilidade de repetição do comportamento), podendo ser um reforço positivo (quando as consequências agradáveis de uma resposta aumentam a probabilidade desta ocorrer novamente) ou um reforço negativo (quando a remoção ou o afastamento de algo desagradável aumenta

a probabilidade da resposta ocorrer novamente). O reforço tem sido utilizado como sinónimo de recompensa, no entanto, são termos distintos, uma vez que as respostas são reforçadas e os indivíduos são recompensados. A punição é também um elemento importante no modelo e é definida como a ocorrência de um estímulo aversivo utilizada para enfraquecer ou suprimir uma resposta indesejada uma vez que reduz a probabilidade da resposta ocorrer novamente (Kaplan & Sadock, 1990). Podemos concluir que neste modelo a ênfase é colocada nas consequências da resposta como uma abordagem à aprendizagem de novos comportamentos. Skinner foi influenciado pela Lei do efeito de Thorndike em que “a ligação entre um estímulo e a uma resposta é fortalecida ou enfraquecida pelas consequências da resposta” (Townsend, 2002, p.218). A modelagem e o reforço são as principais técnicas utilizadas para a modificação do comportamento e englobadas na metodologia do TCS.

- Modelo da Assertividade (Wolpe, 1976; Lazarus, 1977) – Este modelo aparece na linha teórica do modelo anterior e considera duas vertentes explicativas para as dificuldades no campo do desempenho social. Por um lado, a presença de níveis elevados de ansiedade quando o desempenho social se associa a estímulos aversivos, inibindo assim as respostas assertivas (condicionamento clássico), por outro lado, um controle ineficaz dos estímulos no encadeamento de respostas sociais determinando assim dificuldades ao nível do desempenho social (condicionamento operante). Essas dificuldades advêm da ausência ou deficit de habilidades sociais e estão relacionadas com uma aprendizagem pessoal não assertiva devida a punição sistemática dos comportamentos assertivos, insuficiência de reforço, recompensa pelo desempenho não assertivo, desconhecimentos dos seus direitos e incapacidade para discriminar adequadamente as situações em que deve emitir uma resposta assertiva (Castanyer, 2004). Particularmente na situação da inibição mediada pela ansiedade, Argyle (1967/1994) é da opinião que as situações que provocam mais desconforto são o confronto de opiniões, falar com uma figura de autoridade, falar em público, situações de grupo, expressar sentimentos, lutar pelos seus direitos e encetar relações com elementos do sexo oposto (cit. por Del Prette & Del Prette, 1999). Neste sentido o TCS deve estruturar as suas intervenções sobre componentes emocionais e ambientais imprescindíveis para a aprendizagem, consolidação e promoção de comportamentos interpessoais assertivos.

- Modelo da Aprendizagem Social de Bandura (1961) – A maior parte da aprendizagem é feita através da observação dos outros significativos e das respectivas consequências. A ênfase é colocada na interacção entre a situação observada e os processos cognitivos do observador, tendo como consequência uma aprendizagem cujos mecanismos reguladores são processos cognitivos. O factor mais importante é a modelação, ou seja, para a criança e para o adolescente os modelos de referência de interacção pessoal são respectivamente, os pais e os pares, podendo as respostas sociais ser reforçadas ou punidas. Nesta

perspectiva, a prática e o reforço são dois elementos indispensáveis para reproduzir comportamentalmente o que foi aprendido. Se por um lado os processos cognitivos são essenciais na aprendizagem, a forma de esta ser validada é essencialmente comportamental, surgindo então uma aparente contradição ao modelo, que é harmonizada por Bandura (1977) pela formulação da Teoria da Auto-Eficácia. Postula que apesar dos processos cognitivos serem essenciais para a mudança, esta é mais eficaz se se verificarem experiências de sucesso no desempenho. A expectativa de auto-eficácia diz respeito à crença acerca da capacidade para desempenhar com sucesso determinado comportamento e é considerada como o mecanismo central das acções humanas realizadas intencionalmente. Problemas ao nível dos processos cognitivos (auto-avaliações distorcidas, expectativas e crenças irracionais, pensamentos automáticos negativos) vão reflectir-se no desempenho social. A aprendizagem através da observação de modelos, nomeadamente a aquisição de habilidades de observação (do comportamento do outro e de si próprio) e o desenvolvimento de processos cognitivos e motivacionais devem fazer parte dos objectivos de um programa de TCS, bem como a utilização de diferentes procedimentos como a reestruturação cognitiva, a modelagem, o ensaio comportamental e o reforço (Del Prette & Del Prette, 1999).

Apesar da existência de vários modelos teóricos explicativos para a compreensão das dificuldades interpessoais e possíveis intervenções pelo TCS, os estudos teóricos devem prosseguir no sentido de aprofundar conhecimentos que permitam ampliar o quadro conceptual. Del Prette e Del Prette (1999) consideraram necessária uma “teoria geral integradora que permita organizar os conceitos e modelos num sistema internamente mais coerente” (p.41), destacando os autores o paradigma interpessoal de Trower, uma vez que, “vincula os diferentes modelos conceptuais a uma perspectiva antropológica de análise evolutiva das formas de relacionamento da espécie humana” (p.40). Vislumbra-se assim o TCS como um campo teórico-prático de grande complexidade considerando-se também a necessidade da estruturação de um sistema de classificação das habilidades sociais.

## ANÁLISE REFLEXIVA

Os referenciais teóricos apresentados, nesta pesquisa, atestam a importância do estabelecimento de relações intra e interpessoais saudáveis para um ajustamento psicossocial e para o desenvolvimento da saúde mental na pessoa. Somos de opinião que o conhecimento crescente sobre os factores de risco e de protecção para comportamentos socialmente competentes pode contribuir para o desenvolvimento de programas de intervenção em enfermagem de saúde mental, em diversos contextos e em diferentes etapas do ciclo vital. Entendemos que estes programas de treino podem ser implementados numa dupla vertente: na promoção da saúde mental e na reabilitação, pela intervenção em doentes mentais

(p.ex. com esquizofrenia) no sentido de melhorar as suas competências sociais e consequentemente o relacionamento interfamiliar (Dogan, Dogan, Tel, Coker, Polatz & Dogan, 2004). Na preocupação de contribuir para a evolução dos cuidados de enfermagem, os enfermeiros procuram uma formação académica (graduada e pós-graduada) e profissional cada vez mais actual, o que lhes permite produzir, divulgar e utilizar o conhecimento científico. Esta necessidade vai ao encontro do que está referido no Plano Nacional de Saúde (Ministério da Saúde, 2004, p.144) sobre a valorização das actividades de investigação "(...) com especial enfoque nos enfermeiros (...)" considerando assim a enfermagem como uma das áreas prioritárias de investigação. Os enfermeiros especialistas em saúde mental adquirem as competências científicas e técnicas que lhes permitem assumir um papel de relevo na concepção, implementação e avaliação destes programas, sendo necessário ter sempre por base, os contributos teóricos explicativos que sustentem uma abordagem aplicada.

## CONCLUSÕES

Em síntese, podemos dizer que competência social é um constructo teórico, essencialmente avaliativo e que abrange as dimensões, individual e colectiva. Concretiza-se no comportamento adequado a determinada situação, observando-se apenas os seus efeitos e não a competência em si mesma. Dos quatro modelos apresentados (Modelo de Percepção Social de Argyle; Modelo do Condicionamento Operante de Skinner; Modelo da Assertividade e Modelo da Aprendizagem Social de Bandura) não podemos afirmar que um é melhor do que os outros, até porque se complementam em diversos aspectos, no entanto recomendamos que a escolha do(s) modelo(s) a ser(em) usado(s) tenha(m) em conta os objectivos da investigação, o contexto e as características das pessoas. A pesquisa demonstra que os modelos teóricos permitem uma compreensão mais apurada no âmbito dos deficits ao nível das competências sociais e são fundamentais para o avanço do conhecimento.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alberti, R.E. & Emmons, M.L. (1983). Comportamento assertivo. Um guia de auto-expressão. Belo Horizonte: Interlivros.

Azevedo, L. (1999). Comunicar com assertividade. (Coleção Gestão Criativa). Instituto do Emprego e Formação Profissional.

Bandura A. (1977) Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.

Caballo, V.E. (2008). O treinamento em habilidades sociais. In: V. E. Caballo (Ed.). Manual de técnicas de terapia e

modificação de comportamento. (3ª reimpressão). São Paulo: Editora Santos, pp.361-398.

Caballo, V.E. (2009). Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. (8ª ed.). Madrid: Siglo Veintiuno.

Castanyer, O. (2004). A assertividade, expressão de uma auto-estima saudável. (3ª ed.). Coimbra: Edições Tenacitas.

Del Prette, Z.A.P. & Del Prette, A. (1999). Psicologia das habilidades sociais, terapia e educação. Petrópolis: Editora Vozes.

Del Prette, Z.A.P. & Del Prette, A. (2001). Psicologia das relações interpessoais e habilidades sociais: vivências para o trabalho em grupo. Petrópolis: Editora Vozes.

Del Prette, Z.A.P. & Del Prette, A. (2010). Habilidades sociais e análise do comportamento: Proximidade histórica e atualidades. *Revista perspectivas*, 1(2), 104-115.

Dogan, S., Dogan, O., Tel, H., Coker, F., Polatz, O. & Dogan, F. B. (2004). Psychosocial approaches in outpatients with schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(3), 279-282.

Gresham, F.M. (2009). Análise do comportamento aplicada às habilidades sociais. In: Z.A.P. Del Prette & A. Del Prette (Eds.), Psicologia das habilidades sociais, diversidade teórica e suas implicações. São Paulo: Vozes, pp.17-56.

Jardim, M. J. A. (2007). Programa de desenvolvimento de competências pessoais e sociais: estudo para a promoção do sucesso académico. Aveiro: Universidade de Aveiro, Departamento de Ciências da Educação de Aveiro.

Kaplan, H.I. & Sadock, B.J. (1990). Compêndio de psiquiatria. (2ª ed.). Porto alegre: Artes Médicas.

McFall, R.M. (1982). A review and a reformulation of the concept of social skills. *Behavioral Assessment*, 4, 1-33.

Ministério da Saúde (2004). Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. (Vol.1 – Prioridades. Vol.2 – Orientações estratégicas). Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

Mota, C.P. (2008). Dimensões relacionais no processo de adaptação psicossocial de adolescentes: vulnerabilidade e resiliência em institucionalização, no divórcio e em famílias intactas. Porto: Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação do Porto.

Regulamento n.º 129/2011. Regula as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental. Diário da República, 2.ª série, n.º 35, 18 de Fevereiro, 8669-8673.

Regulamento n.º 122/2011. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª Série, n.º 35, 18 de Fevereiro, 8648-8653.

Riley, J. B. (2004). Comunicação em enfermagem. (4ª ed.). Loures: Lusociência.

Silva, M. J. P. da (2002). Comunicação tem remédio – A comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Edições Loyola.

Spence, S. H. (2003). Social skills training with children and young people: theory, evidence and practice. *Child and Adolescent Mental Health*. (8)2, 84-96.

Teixeira, J. C. A., Meireles, J. P. C. & Carvalho, J. C. (Dezembro, 2010). A teoria das transições em saúde mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem Saúde Mental*, 4, 45-52.

Townsend, M.C. (2002). Enfermagem Psiquiátrica – Conceitos de Cuidados. (3ª ed). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.

Vaughn, S. & Hogan, A. (1990). Social competence and learning disabilities: A prospective study. In: H. L. Swanson & B. K. Keogh (Eds.). *Learning disabilities: Theoretical and research issues*. Hillsdale, N. J. England: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., pp.175-191.

