

7 TREINO DE COMPETÊNCIAS SOCIAIS – UMA ESTRATÉGIA EM SAÚDE MENTAL: TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS PARA A INTERVENÇÃO

| Cândida Loureiro¹ |

RESUMO

A promoção de relações interpessoais saudáveis, através do desenvolvimento de competências sociais contribui para o bem-estar e saúde mental das pessoas. Os programas de treino de competências sociais destinam-se prioritariamente a proporcionar um conjunto de experiências que, não tendo ocorrido naturalmente ao longo do ciclo vital, torna-se necessário ensiná-las ou desenvolve-las. Os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental são agentes privilegiados na conceção, implementação e avaliação de programas de promoção de competências sociais, quer a pessoa se encontre em situação de saúde ou de doença e em todas as fases do ciclo vital. Este artigo de revisão bibliográfica surge com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento de programas de treino de competências sociais. São abordados os aspetos teóricos do conhecimento nesta área específica de Treino de Competências Sociais, particularmente o Treino Assertivo. São apresentadas as diversas formas de avaliação de competências sociais, a estrutura e dinâmica das sessões de um programa de treino e algumas das técnicas e procedimentos habitualmente utilizados. São destacadas as competências do enfermeiro de saúde mental enquanto terapeuta/formador.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Promoção da saúde; Comportamento social

ABSTRACT

The promotion of healthy interpersonal relationship through the development of social skills contributes to the well-being and mental health of people. The training programs of social skills are intended, on the first place, to provide a set of experiences that have not occurred naturally over the life cycle, it becomes necessary to teach them or develop them. The nurses specialists in mental health are privileged agents in the design, implementation and evaluation of programs to promote social skills, whether one is in a situation of health or disease and in all life cycle phases.

This literature review article appears with the aim of contributing to develop training programs for social skills, which addresses the theoretical aspects of knowledge in this specific area of Social Skills Training, particularly Assertive Training, forms of assessment of social skills, structure and dynamics of the sessions of a training program and some of the techniques and procedures commonly used. It highlighted the competences of the mental health nurse as a therapist/trainer.

KEYWORDS: Nursing; Health promotion; Social behavior

INTRODUÇÃO

Os programas de Ensino de Habilidades de Vida, propostos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), consistem em desenvolver capacidades emocionais, sociais e cognitivas que podem ajudar os indivíduos a lidar melhor com situações stressoras do dia-a-dia. O departamento da Saúde Mental da OMS considera cinco áreas básicas específicas em que as competências de vida são relevantes em qualquer cultura, nomeadamente, a tomada de decisão e resolução de problemas; o pensamento crítico e criativo; as competências comunicacionais e interpessoais; o auto conhecimento e empatia; e mecanismos de coping para lidar com o stress e com as emoções (WHO, 1999). Se nos reportarmos à área da Enfermagem de Saúde Mental podemos afirmar que o foco prioritário é a promoção da saúde mental e que o enfermeiro especialista nesta área tem subjacente um conjunto de competências específicas, das quais salientamos “Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na optimização da saúde mental”, onde se prevê que o enfermeiro coordene, implemente e desenvolva projetos de promoção e proteção da saúde mental, em locais de trabalho e escolas, esperando a redução de fatores de stress, a gestão de conflitos e a implementação de programas de intervenção precoce (Ordem dos Enfermeiros Portugueses, 2011, p.8670) pelo que, na nossa opinião, faz todo o sentido o desenvolvimento de programas de treino de competências sociais como uma estratégia de intervenção em saúde mental.

¹ Mestre em Psiquiatria e Saúde Mental, Doutoranda em Ciências de Enfermagem; Professora Adjunta; Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, candida@esenfc.pt

Submetido em 30/03/2011 – Aceite em 30/09/2012

Citação: Loureiro, C. (2013). Treino de Competências Sociais – Uma Estratégia em Saúde Mental: Técnicas e Procedimentos para a Intervenção. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, (9), 41-47

O Treino de Competências Sociais (TCS) teve a sua origem no campo da Psicologia Clínica e começou a ser amplamente utilizado com sucesso, em conjunto com outras abordagens terapêutica, no campo das perturbações psiquiátricas particularmente nas perturbações depressivas, de ansiedade e fobia social quando o problema se coloca ao nível do comportamento social; nas perturbações psicóticas quando o problema se coloca ao nível das relações interpessoais. O objetivo desta abordagem terapêutica é a promoção da competência social através do desenvolvimento ou aprendizagem de um repertório de habilidades sociais eficaz. Hoje em dia, o TCS tem um campo de ação que vai muito além da abordagem terapêutica para se envolver numa abordagem preventiva e educacional em variados contextos (familiar, escolar, profissional, social, ...) e nas várias etapas do ciclo vital; as alterações próprias de cada etapa, com a consequente modificação do indivíduo no seu processo de crescimento e desenvolvimento pessoal, na aquisição de novos papéis e comportamentos sociais, pressupõem uma aprendizagem e reforço permanente de competências sociais adaptadas aos novos contextos de vida. Assim TCS apresenta um amplo campo de aplicação nesta dupla vertente, quer em situação de saúde quer em situação de doença, e devido a esta realidade, apesar de se ter originado no campo da Psicologia Clínica alarga o seu campo de interesse hoje em dia a ciências como Antropologia, Filosofia, Sociologia, Educação e Saúde.

Objetivos

- Contribuir para o desenvolvimento de programas de treino de competências sociais no âmbito da enfermagem de saúde mental;
- Abordar conceptualmente o Treino Assertivo como aspeto basilar a ter presente na prática dos enfermeiros de saúde mental;
- Apresentar algumas formas de avaliação, quer das competências sociais quer dos programas de treino;
- Apresentar a estrutura e dinâmica das sessões de um programa de treino;
- Elencar algumas das técnicas e procedimentos habitualmente utilizados;
- Destacar o papel do enfermeiro enquanto terapeuta/formador, em particular do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria, no sentido de poder orientar a sua prática clínica.

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 recorremos a documentos legislativos, particularmente os respeitantes ao regulamento das competências dos enfermeiros especialistas. Foi utilizada uma metodologia descritiva e compreensiva.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Programas de Treino de Competências Sociais e Treino Assertivo

Estes programas surgem na década de sessenta a partir dos trabalhos de Salter, Wolpe e Lazarus como uma evolução das terapias cognitivo-comportamentais e têm como objetivos diminuir as dificuldades de comunicação, mais concretamente desenvolver a comunicação interpessoal, praticar a assertividade, aprender habilidades sociais, resolver problemas sociais, enfrentar situações novas, ser capaz de resolver problemas. Existem vários modelos teóricos que procuram uma explicação para o défice/dificuldades no desenvolvimento das habilidades sociais, bem como a identificação de problemas e possíveis estratégias de intervenção (Loureiro, 2011). Neste sentido, Gresham (2009, p.22) considera a existência de dois tipos de deficits em habilidades sociais, os deficits de aquisição e os deficits de desempenho. Os primeiros podem corresponder à falta de conhecimento sobre como desempenhar uma determinada habilidade social, “à inabilidade de apresentar fluentemente uma sequência de comportamentos sociais” ou ainda dificuldade em discriminar qual é a habilidade social apropriada para determinada situação. Relativamente aos deficits de desempenho a dificuldade está em transpor para a interação uma determinada habilidade social. A generalização de comportamentos novos, aprendidos vai permitir ao indivíduo a adaptação a novas situações. Este objetivo é considerado por Spence (2003) como o maior desafio através da utilização dos programas de TCS, pois espera-se que se produzam mudanças ao nível do comportamento social, de tal forma que se consigam ampliar do setting para as interações sociais do mundo real. Também Gresham (2009) partilha desta visão, uma vez que para além de existirem dificuldades de generalização das habilidades sociais treinadas também a sua manutenção ao longo do tempo é muito difícil. Propõe como solução um sistema de reforço positivo mais efetivo para os comportamentos sociais ajustados em contraposição aos desajustados.

Caballo (2008a) considera como classes de resposta ou habilidades sociais: iniciar, manter e finalizar uma conversa; falar em público; expressar amor, agrado e afeto; defender os próprios direitos; pedir favores; fazer e recusar pedidos; falar com uma figura de autoridade; fazer um convite; cumprimentar; dar e receber elogios; exprimir desacordo; defender uma opinião; lidar com a recusa; saber dizer não; lidar com as críticas; pedir desculpa ou admitir ignorância; pedir mudança de comportamento; entre outros. Cada uma destas classes/habilidades terá características diferentes tendo em conta a situação específica vivenciada (formal, informal, lúdica, profissional, familiar, escolar, ...) o tipo de pessoa com quem nos relacionamos (aspectos como a idade, a posição social/profissional, o sexo) e as regras sociais vigentes. Por exemplo, 'exprimir desacordo' pode ser diferente consoante se trate de uma pessoa com dificuldades na expressão verbal ou com uma pessoa idosa, assim como 'cumprimentar' será diferente se a situação for de informalidade, na rua, com um colega ou numa situação formal com uma pessoa de referência, por exemplo um conferencista convidado. Dedicamos um espaço particular ao treino assertivo, pois apesar de integrar o TCS, a assertividade é considerada uma das competências mais importantes e por isso descrevemos sumariamente cada uma das formas de comunicação no comportamento assertivo:

Relativamente às 'palavras expressas verbalmente' devem ser de interesse para ambos os interlocutores, mantendo a atenção focada na interação, deve existir condescendência e expressão de afetos positivos. Deve existir congruência entre o verbal e o não verbal. A duração do tempo da fala não deve ser em demasia nem de menos. Dar feedback e fazer perguntas mostra interesse pelo outro e a clareza na mensagem esclarece equívocos.

No que se refere às características da comunicação 'não verbal' não podemos esquecer que está impregnada de significados e também é uma forma de expressão emocional. Na pessoa assertiva é importante o olhar e a sua reciprocidade, a expressão facial e o sorriso, a postura corporal mais direita e descontraída, a gestão do espaço relativamente à distância mantida na interação, que deverá ser de proximidade e ao mesmo tempo confortável para os interlocutores. Os gestos devem transmitir segurança e espontaneidade, os movimentos de cabeça revelam interesse e atenção. Por fim, a comunicação 'para verbal', que se refere a qualquer som emitido que não as palavras, ou seja, o que acompanha a forma como falamos e cujos componentes são o volume que deve ser harmonioso e sem oscilações, o tom de voz uniforme e bem modulado, a velocidade das palavras que deve manter-se constante, nem muito rápida nem muito lenta

(Castanyer, 2004; Caballo, 2008b). Convém lembrar que os aspetos aqui focados não são universais e mais uma vez devem estar em consonância com as pessoas, o contexto em que a relação acontece e com a cultura em que estão inseridas. Galassi e Galassi (1977) consideram que o défice de assertividade pode ter por base um conjunto de fatores que influenciaram na aprendizagem da pessoa não assertiva, como a punição, o reforço, a modelação, a falta de oportunidade, a incerteza ou desconhecimento em relação aos próprios direitos e as crenças pessoais e os padrões culturais onde a pessoa se insere. Os principais objetivos do treino assertivo passam por uma mudança efetiva de comportamento através do desenvolvimento de um conjunto de respostas assertivas aos vários níveis (verbal, não verbal e para verbal), pelo reconhecimento de respostas dos vários estilos comunicacionais (passivo, agressivo, manipulativo e assertivo), pela valorização dos próprios direitos e dos direitos dos outros, pela identificação e modificação de pensamentos irracionais presentes em situações específicas, pela identificação das situações em que a utilização do comportamento assertivo é benéfica, pela promoção do comportamento assertivo nos outros e pela diminuição da ansiedade em situações de interação social. Na literatura consultada encontramos descritos resultados positivos sobre os programas de TCS que englobam o treino assertivo. Da grande variedade dos estudos desenvolvidos com crianças, adolescentes e estudantes universitários podemos referir o desenvolvimento positivo ao nível das suas relações interpessoais (Jones & Lavalley, 2009; Coplan, Schneider, Matheson & Graham, 2010), na diminuição da agressividade e conflitos interpessoais, como medida preventiva na adoção de comportamentos de risco (Matos & Equipa Técnica Multidisciplinar, 2008; Qualter, Brown, Munn & Rotenberg, 2010), em adolescentes com distúrbio de ansiedade (Fischer, Masia-Warner & Klein, 2004) na promoção do sucesso académico em estudantes universitários (Dias, 2010) e o desenvolvimento da assertividade e da autoestima em estudantes de enfermagem e de medicina (Lin et al., 2004).

Avaliação de Competências Sociais

Considerando as formas de avaliação das competências sociais salientamos a possibilidade de utilização de vários procedimentos, nomeadamente, a sociometria, instrumentos de auto registo, escalas e/ou inventários, a avaliação feita pelos professores, pais, ou outros significativos, registos de observação de ocorrências, testes de desempenho de papeis, entrevistas e avaliação fisiológica (Del Prete & Del Prete, 1999; Lemos & Menezes, 2002; Spence, 2003). Um só instrumento torna-se muito redutor

na deteção de déficits de habilidades sociais específicas e mesmo na avaliação da eficácia de um programa de TCS. Dada a abrangência e a multidimensionalidade das habilidades e competências sociais, tanto o tipo de instrumentos de avaliação como a interpretação e análise dos resultados deve ter em conta as várias dimensões garantindo assim uma avaliação mais rigorosa e completa. Caballo (2008a) salienta a importância de quando avaliar um programa de treino, isto é, em que momentos durante o processo a avaliação deva ser realizada. Propõe quatro momentos: antes, durante e depois da implementação do programa e num período de acompanhamento pós-programa. A avaliação antes serve para identificar os déficits em HS. Na avaliação durante a implementação do programa, vai-se fazendo uma análise de como o comportamento se vai ou não modificando no sentido de minimizar os déficits identificados e de como a própria pessoa avalia o seu progresso. Esta avaliação vai permitir perceber se o programa pré-estabelecido está de acordo com o previsto ou se por outro lado é necessário fazer pequenos ajustes e modificar a intervenção. Na avaliação após o programa, ficamos com a ideia de quais foram as alterações verificadas comparativamente com o início da implementação do programa. Na fase de acompanhamento pós-programa, a avaliação permite perceber se as mudanças se mantêm, se são efetivas e se houve a possibilidade de generalização a outros contextos de vida diária, possibilitando avaliar a eficácia do programa e o impacto do mesmo na vida da pessoa. No que concerne à eficácia dos programas de competências sociais, vários autores são da opinião que as estratégias comportamentais têm apresentado resultados eficazes e melhorias a curto prazo em habilidades sociais específicas (Gresham, 1981, 1985; cit. por Spence, 2003). Os autores são da opinião que crianças mais pequenas respondem melhor à utilização de estratégias comportamentais do que a estratégias cognitivas. Também Gresham e Nagle (1980 cit. por Del Prette & Del Prette, 1999) salientam a utilização de 'Instruções' como técnica mais efetiva em crianças mais pequenas e o ensaio comportamental como mais eficaz em adolescentes. Já em estudantes universitários, Caballo e Carrobles (1988 cit. por Del Prette & Del Prette, 1999) verificaram que a abordagem cognitivo-comportamental foi a mais efetiva. Da investigação que vem sendo desenvolvida na implementação destes programas encontramos na literatura resultados muito positivos no que se reporta a promoção de competências pessoais e sociais em crianças e adolescentes (Durlak, Weissberg & Pachan, 2010), na melhoria do auto conceito e resolução de conflitos (Hay, Byrne & Butler, 2000) e no aumento na utilização de estratégias de coping adaptativas (Correia & Pinto, 2008).

Estrutura e Dinâmica das Sessões de um Programa de TCS

Seguimos as orientações teóricas de Del Prette & Del Prette (1999) e Caballo (2008a) por considerarmos que apresentam estudos pertinentes e bastante desenvolvidos nesta área. Os programas de TCS apresentavam no início, um formato de abordagem individual, tendo-se implementando cada vez mais o formato de grupo, com as vantagens e inconvenientes inerentes a cada uma das abordagens. Abordaremos o formato grupal, cujas vantagens passamos a enumerar: a situação social em que o treino ocorre é real, dada a existência de vários participantes; os participantes sentem-se apoiados uns pelos outros e existe a possibilidade de se iniciar o treino simulado com os outros elementos facilitando a transposição do comportamento simulado para a vida real e maior motivação e envolvimento de todos; economia de tempo do terapeuta (formador, líder, animador, coordenador). Relativamente à estruturação das sessões, o número de participantes por grupo pode alternar de 4 a 15 elementos, a duração de cada sessão pode variar de 30 minutos a 2 horas, com frequência semanal ou bissemanal à qual pode corresponder um período de 4 ou 6 meses de duração. O local de treino requer um espaço suficientemente amplo para que os participantes utilizem cadeiras em semicírculo e para que possam realizar os exercícios preconizados. O mobiliário deve ser simples e suficiente para o desenrolar do programa (quadro branco, cadeiras, mesas, colchões, projetor, aparelho de som) e outro material de apoio: canetas, papel, (...). Relativamente à dinâmica das sessões, existe alguma diferença consoante se trate da primeira, da última e das sessões intermédias. A primeira sessão é muito importante, pois é o primeiro contacto formal com o grupo e do grupo em si. É feita a apresentação do programa, estabelecem-se as primeiras relações interpessoais, as normas de confidencialidade e de compromisso pela participação no programa. É o ponto de partida para uma mudança esperada e aceite por todos. Na última sessão é feito o balanço de todo o trabalho realizado até aí, nomeadamente quais os ganhos pessoais e as dificuldades superadas. É o momento de autoavaliação, avaliação do programa e despedida. Como é propiciado um ambiente de proximidade entre todos, por vezes verificam-se expressões de tristeza pela finalização do programa e separação do grupo. Aspectos comuns das sessões intermédias: cada sessão é constituída por três partes ou momentos. No momento inicial é feito o resumo da sessão anterior, apresentadas as tarefas de casa e são realizados alguns exercícios de aquecimento ou jogos simples de 'quebra-gelo' para fomentar o conhecimento e cooperação do grupo (5 a 10 minutos).

De seguida é o momento de desenvolvimento da sessão propriamente dita, em que se utilizam vários procedimentos, de acordo com os objetivos da sessão. O último momento corresponde à finalização da sessão. É pedido a todos os participantes que avaliem a sessão, o terapeuta faz um breve resumo da participação dos elementos com reforço positivo e revê o progresso alcançado. Estabelece as tarefas para casa e dá por encerrada a sessão.

Técnicas e Procedimentos habitualmente utilizados em TCS

São essencialmente comportamentais, como o ensaio comportamental, o role playing, a modelação, o reforço, o feedback, o relaxamento progressivo de Jacobson e a técnica de controlo da respiração, tarefas para casa e dessensibilização sistemática. A Técnica de Resolução de Problemas (TRP) insere-se no paradigma cognitivo-comportamental. As técnicas cognitivas utilizadas são a reestruturação cognitiva e as instruções/ensino. Vamos caracterizar as técnicas referidas de uma forma sucinta tendo por base as perspetivas de Caballo (2008a), Caballo (2008b), Del Prette e Del Prette (1999).

Ensaio comportamental: Permite o desenvolvimento de novos comportamentos de modo a encontrar formas mais efetivas de enfrentar situações problemáticas da vida real. Espera-se a simulação de cenas reais relativamente a um problema recente ou que possa verificar-se num futuro próximo. Tem a vantagem de permitir ao terapeuta a observação direta do comportamento, o que melhora os níveis de segurança e confiança da pessoa na intervenção. O número de ensaios pode variar de 3 a 10.

Role playing: Pede-se à pessoa que represente ou desempenhe determinado papel. É importante o terapeuta fornecer informação acerca do comportamento esperado, a aceitação da pessoa para participar, compromisso com o comportamento a representar e reforço pelo esforço manifestado.

Modelação: Tem a sua origem em Bandura, em que a aprendizagem é feita através da observação do desempenho de outra pessoa (terapeuta). Este método revelou-se mais efetivo quando o modelo tem idade mais próxima e é do mesmo sexo do observador. Tem a vantagem de evidenciar os componentes 'não verbais' e 'para verbais' da comunicação. Os resultados mostram que tempos mais longos de exposição ao modelo produzem resultados mais permanentes.

Reforço: O reforço positivo deve utilizar-se logo no momento em que a pessoa conseguiu realizar um comportamento ou fez determinados progressos. O auto reforço deve também ser utilizado como uma forma de auto compensação e deve ser feito por auto verbalizações

positivas. Nas sessões importa iniciar pelos aspetos mais positivos, conquistas, sucessos e posteriormente passar para os aspetos mais negativos.

Feedback: Proporciona informação e promove o entendimento sobre o modo como a pessoa levou a cabo determinado comportamento. Esta informação deve ser detalhada, positiva e direta destacando-se o elogio, a aceitação e o estímulo como influências positivas na modificação da conduta social.

Técnicas de relaxamento: Relaxamento Progressivo de Jacobson é utilizado quando a pessoa experiencia níveis moderados ou elevados de ansiedade. Propõe a diferenciação entre as sensações de contração/descontração muscular e a concentração na respiração. Deve realizar-se um grupo muscular por sessão, até conseguir alcançar a totalidade dos grupos musculares. Espera-se que a pessoa consiga identificar quando está com sintomatologia ansiosa e quais os músculos mais tensos para ser capaz de se auto relaxar. A Técnica de Respiração Abdominal tem como principal objetivo passar de uma respiração torácica, superficial e involuntária para uma respiração abdominal e mais profunda, requerendo para isso um controlo voluntário da respiração. Estas técnicas visam diminuir a atividade do sistema nervoso simpático que se encontra ativado em situações de stress.

Tarefas para casa: Proporciona à pessoa, generalizar em contexto de vida diária o que foi aprendido nas sessões. Permite a prática dos novos padrões de comportamento em privado, sem limitações de tempo ou espaço, resultando um maior auto controlo. Estas tarefas devem ser planeadas com o próprio servindo de mote para finalização das sessões e início das sessões subsequentes. É importante o registo em fichas ou memorandos servindo para lembrar qual o comportamento a ter e como ocorreu em pormenor.

Dessensibilização sistemática: Baseia-se no princípio de que um indivíduo pode superar a ansiedade mal adaptativa provocada por uma situação ou objeto através da aproximação gradual às situações ou objetos temidos, num estado psicofisiológico que iniba a ansiedade. Das três etapas definidas para esta técnica o treino de relaxamento faz parte da primeira etapa. Na segunda etapa a pessoa deve fazer uma lista ou hierarquia de situações em ordem crescente de ansiedade. Por fim, na terceira etapa a dessensibilização do estímulo, em que a pessoa se vai confrontando pela imaginação, com os cenários menos provocadores de ansiedade até aos mais provocadores. Quando conseguir imaginar a cena que lhe causa mais ansiedade experimentará pouca ansiedade na situação real.

Técnica de Resolução de Problemas: é um processo

cognitivo-comportamental estruturado, que envolve cinco etapas e cujo fim é encontrar uma solução eficaz para uma determinada situação que no momento é encarada como fonte de stress ou como problemática. Depois de encontrada uma resposta possível ao problema, vai colocá-la em prática, sendo este o resultado de todo o processo de resolução de problemas. Neste processo a pessoa vai aprender a ter disponível uma variedade de respostas alternativas, aumentando assim a probabilidade de selecionar a resposta mais efetiva de entre as possíveis. Vai adquirir habilidades para o levantamento de informações relevantes, entendendo e avaliando as consequências e implicações de cada ação. A TRP é um ato voluntário, com uma abordagem lógica e sistemática e cujas etapas são: Orientação para o problema (quais as situações cuja avaliação pelo próprio desencadeiam respostas problemáticas imediatas aos níveis cognitivo, afetivo e comportamental. Identificar crenças e expectativas); Definição e formulação do problema (reconhecer o problema, clarificar e compreender para uma avaliação mais precisa. Identificar dificuldades e estabelecer objetivos realistas de resolução); Levantamento de alternativas (desafio à criatividade elencando um conjunto de possíveis soluções); Tomada de decisão (avaliar, comparar, julgar as opções disponíveis e escolher as que parecem ser mais efetivas); Implementação e verificação (pôr em prática as soluções escolhidas e avaliar os resultados em termos de eficácia). Nesta técnica parte-se dos problemas mais simples para os mais complexos (D’Zurilla & Goldfried, 1971 cit. por Caballo, 2008b).

Técnica de reestruturação cognitiva: Tem como principal objetivo corrigir ou substituir cognições que impedem o funcionamento social. Das várias técnicas conhecidas destacamos a Terapia Racional Emotiva Comportamental de Albert Ellis. Defendia que tanto as emoções como os comportamentos são consequência dos pensamentos e crenças individuais, ou seja, partiu do pressuposto de que não são as situações ou circunstâncias que perturbam as pessoas mas a avaliação que fazem das situações, pelo significado que lhes atribuem. Se esses significados ou avaliações se basearem em crenças irracionais que distorcem a perceção da realidade vão provocar perturbações emocionais que por sua vez vão determinar comportamentos destrutivos que geram dificuldades nas relações interpessoais. Geralmente estas crenças têm um carácter absolutista e rígido. Assim, interessa a substituição desses pensamentos ou crenças irracionais por outros mais adaptativos e saudáveis. O modelo de Ellis é bastante simples, identificou-o como o modelo A – B – C – D, em que A são todos os acontecimentos adversos ou ativadores, B são os pensamentos ou auto verbalizações baseadas num sistema de crenças

e as avaliações das situações, C as consequências que podem ser cognitivas, emocionais ou comportamentais e D o desafio às crenças irracionais pelo debate filosófico. Apesar do esquema ser linear tanto os pensamentos, como as emoções e o comportamento estão inter-relacionados numa perspetiva sistémica devendo por isso ser trabalhados em conjunto. Instruções/Ensino: As instruções fazem parte de um conjunto de informações que para além dos aspetos específicos e gerais dos programas de treino, abarcam explicações claras e objetivas de como a pessoa se deve comportar numa situação específica de relação interpessoal, por exemplo quero que pratique olhar diretamente para a outra pessoa quando está a falar com ela. O ensino, também denominado feedback corretivo, consiste na informação dada à pessoa acerca de como foi o seu comportamento tendo em conta critérios pré estabelecidos, por exemplo o seu contacto ocular foi muito breve, aumente-o.

O Papel do Enfermeiro enquanto Terapeuta/Formador

No sentido de poder estabelecer uma compreensão mais aprofundada sobre as competências pessoais e profissionais dos enfermeiros, enquanto terapeutas/formadores no âmbito da sua prática clínica iremos debruçar-nos sobre os aspetos teóricos que alicerçam estas competências. Centramos a nossa abordagem em três teorias de enfermagem - Teoria da Relações Interpessoais, Teoria do Cuidar e Teoria das Transições - que, neste âmbito concreto do saber fazer, mais contributos teóricos fornecem para a prática de cuidados dos enfermeiros. A Teoria da Relações Interpessoais de Hildegard Peplau tem como fontes teóricas Sullivan, Maslow e Miller, centra-se na relação enfermeiro/doente e é construída nos diferentes estádios do desenvolvimento pessoal. Tem subjacente uma mudança de paradigma, na qual o doente passa de uma visão meramente objetiva e dependente dos cuidados do enfermeiro, para uma visão de igualdade, ao conceptualizar o doente como parceiro nos cuidados (Peplau, 1990). A Teoria do Cuidar de Jean Watson preconiza que os cuidados de enfermagem devem ser desenvolvidos numa perspetiva humanista tendo por base conhecimentos científicos. Para Watson (2002) a essência da enfermagem é o outro e constrói-se pela relação com ele. A humanização na relação enfermeiro/doente através de uma visão holística da pessoa permite olhar para o outro como um ser único e especial. A enfermagem não é uma mera conduta ou um conjunto descritivo de intervenções, é sobretudo a compreensão do outro, do significado da vida humana sob uma perspetiva fenomenológica e existencial. Watson seguiu esta perspetiva alicerçada na psicologia e nas humanidades o que contribuiu para apresentar a enfermagem como uma ciência humana.

Teoria das Transições de Meleis cujo conceito chave, transição, é considerado uma passagem de uma fase da vida, condição ou estado, para outro. As transições referem-se ao processo e resultados das complexas interações pessoa-ambiente (Chick & Meleis, 2010). Esta teoria considera três domínios que correspondem, nomeadamente, à natureza das transições (tipos, padrões e propriedades), às condições de transição (tanto ao nível da pessoa como da comunidade e da sociedade) e aos padrões de resposta (indicadores de processo e de resultado). A identificação dos indicadores de processo pelo enfermeiro permite-lhe avaliar como a pessoa está a vivenciar o seu processo de transição e consequentemente poder delinear uma intervenção direcionada à obtenção de resultados positivos em saúde. Por outro lado, os indicadores de resultado abrangem essencialmente a mestria, que corresponde ao desenvolvimento de competências e de comportamentos necessários para lidar com as novas situações, e a integração fluida da identidade, que corresponde ao desenvolvimento de uma nova identidade com uma dinâmica própria resultante de uma mudança positiva.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O TCS revela ser uma boa estratégia ao nível da promoção da saúde mental e de comportamentos saudáveis. É necessário que este tipo de intervenção seja divulgado entre os profissionais de enfermagem e que estes a utilizem de forma sistemática na sua prática clínica. Da revisão bibliográfica realizada, podemos concluir que o conhecimento científico aliado a uma prática de cuidados de qualidade são os alicerces para o processo do cuidar em enfermagem. O enfermeiro ao assumir o papel de terapeuta/formador, concretamente em TCS, ajuda a pessoa ao responsabilizá-la e capacitá-la para a tomada de decisão sobre a sua situação de saúde. O conhecimento mais diferenciado e a utilização de técnicas que se revelaram eficazes em contextos específicos remete-nos para cuidados de maior qualidade num contexto de prestação que esperamos ser de excelência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Caballo, V.E. (2008a). Manual de avaliação e treinamento das Habilidades sociais. São Paulo: Editora Santos.

Caballo, V.E. (2008b). 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.

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

Chick, N. & Meleis, A. I. (2010). Transitions: a nursing concern. In A. Meleis (Ed.), Transitions theory, middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. (pp.24-38). New York: Springer Publishing Company.

Coplan, R. J., Schneider, B. H., Matheson, A. & Graham, A. (2010). 'Play skills' for children: development of a social skills facilitated play early intervention program for extremely inhibited preschoolers. *Infant and Child Development*, 19, 223-237. doi:10.1002/icd.668

Correia, K. S. L. & Pinto, M. A. M. (2008). Stress, coping e adaptação na transição para o segundo ciclo de escolaridade: efeitos de um programa de intervenção. *Altheia*, 27(1), 7-22.

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

Dias, M. I. P. S. (2010). Intervenção no ensino superior: promoção de competências com jovens adultos. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 5(2), 4-14.

Durlak, J. A., Weissberg, R. P. & Pachan M. (2010). A meta-analysis of after-school programs that seek to promote personal and social skills in children and adolescents. *American Journal Community Psychology*, 45, 294-309. doi:10.1007/s10464-010-9300-6

Fisher, P. H., Masia-Warner, C. & Klein, R. G. (2004). Skills for social and academic success: a school-based intervention for social anxiety disorder in adolescents. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7(4), 241-249. doi:10.1007/s10567-004-6088-7

Galassi, M. & Galassi, J., (1977). *Assert Yourself! How to be your own person*. New York: Human Sciences Press.

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.

Hay, I., Byrne, M. & Butler, C. (2000). Evaluation of a conflict-resolution and problem-solving programme to enhance adolescents' self-concept. *British Journal of Guidance & Counselling*, 28(1), 101-113. doi:10.1080/030698800109646

Jones, M. I. & Lavalley, D. (2009). Exploring the life skills needs of British adolescent athletes. *Psychology of Sport and Exercise*, 10, 159-167. doi:10.1016/j.psychsport.2008.06.005

Lemos, M. S. & Meneses, H. I. (2002). A Avaliação da Competência Social: Versão Portuguesa da Forma para Professores do SSRS. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 18(3), 267-274.

Lin, Y.; Shiah, I.; Chang, Y.; Lai, T.; Wang, K. & Chou, K. (2004). Evaluation of an assertiveness training program on nursing and medical students' assertiveness, self-esteem, and interpersonal communication satisfaction. *Nurse Education Today*, 24, 656-665. doi:10.1016/j.nedt.2004.09.004

Loureiro, C. (2011). Treino de Competências Sociais – uma estratégia em saúde mental: Conceptualização e Modelos Teóricos. *Revista da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (6), 7-14.

Matos, M. G. & Equipa Técnica Multidisciplinar Aventura Social/2003-2004 (2008). Promoção da competência social em meio escolar. In M. G. Matos (Ed.), *Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola* (pp.468-501). (4ªed.) Lisboa: CDI/FMH.

Peplau, H. E. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería: un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica*. Barcelona: Salvat Editores.

Qualter, P., Brown, S. L., Munn, P. & Rotenberg, K. J. (2010). Childhood loneliness as a predictor of adolescent depressive symptoms: an 8-year longitudinal study. *European Child Adolescent Psychiatry*, 19(6), 493-501. doi:10.1007/s00787-009-0059-y

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.

Watson, J. (2002). *Enfermagem pós-moderna e futura: um novo paradigma da enfermagem*. (J. M. M. Enes Trad.). Loures: Lusociência.

World Health Organization. (1999). *Partners in life skills education in schools – conclusions from a United Nations Inter-Agency Meeting*. World Health Organization, Geneva.