



UNIVERSIDADE D  
COIMBRA

Tânia Cristina Neto Raposo

**O TREINO DE COMPETÊNCIAS SOCIAIS  
COMO ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO  
TRANSDIAGNÓSTICA**

**Relatório Científico-Profissional no âmbito do Mestrado Integrado em  
Psicologia, Área de especialização em Psicologia da Educação,  
Desenvolvimento e Aconselhamento, orientado pela Professora  
Doutora Luiza Nobre Lima e apresentado à Faculdade da Psicologia e  
Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.**

Outubro 2020

Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação  
da Universidade de Coimbra

# O TREINO DE COMPETÊNCIAS SOCIAIS COMO ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO TRANSDIAGNÓSTICA

Tânia Cristina Neto Raposo

Relatório Científico-Profissional no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia, Área de especialização em Psicologia da Educação, Desenvolvimento e Aconselhamento, orientado pela Professora Doutora Luiza Nobre Lima e apresentado à Faculdade da Psicologia e Ciências da Educação

Outubro de 2020



## Agradecimentos

---

Em primeiro lugar gostaria de agradecer à Professora Doutora Luiza Nobre Lima por ter aceite este desafio e por me ter apoiado incondicionalmente. Pelas sábias orientações e reforços, por ter acreditado em mim...por me ter sempre incentivado a dar o meu melhor. O meu mais sincero obrigada...

Ao Doutor Carlos Carona, o colega que me incentivou sempre a procurar algo mais, a reforçar os meus conhecimentos e por ter sempre acreditado que seria capaz de concretizar a tese, sem as suas palavras e incentivos, hoje a tese não estaria construída...

À Direção da APCC por ter facilitado a concretização desta oportunidade, nomeadamente na pessoa da Senhora Professora Fátima Januário.

Não me posso esquecer da minha família e do seu apoio constante e das horas e dias que abdicaram da minha presença...e em especial à minha filha Mafalda...porque tolerou ter menos tempo de companhia da mãe especialmente para a brincadeira e leitura de livros...

Aos meus colegas de trabalho e coordenação da formação profissional, que alimentaram esta possibilidade e facilitaram a concretização desta empreitada, aliviando-me de tarefas e preocupações...

À minha amiga Maria João, porque me apoiou incondicionalmente, porque ouviu os desabafos e até porque me facilitou muitas vezes a vida para o pouco tempo se transformasse em muito tempo...sabes que foi mesmo importante!

Aos formandos da APCC que tenho acompanhado ao longo destes anos e os que ainda virão, com quem cresci enquanto pessoa e profissional e sem os quais esta tese não teria sido elaborada!

Bem-haja a todos...eternamente grata!

## Resumo

---

Este relatório científico-profissional reflete um percurso profissional de 18 anos na Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra (APCC), mais especificamente na Quinta da Conraria, onde a mestrandia tem desempenhado um conjunto variado de funções, entre as quais se destacam a avaliação psicológica dos candidatos aos cursos de formação; o acompanhamento psicológico dos formandos no decorrer do seu percurso formativo (que integra a formação em contexto de trabalho - estágio); participação em projetos de inovação e desenvolvimento; formação interna de ativos; coordenação do departamento de psicologia e por último a orientação de estágios profissionais e curriculares. Desde 2002 até ao momento atual, a intervenção psicológica com os formandos tem evidenciado o Treino de Competências Sociais, como uma estratégia necessária, senão mesmo fundamental, e de aplicação transversal aos vários quadros diagnósticos que os utentes da Quinta da Conraria apresentam. Por esta razão, depois de uma nota curricular e de uma apresentação sumária do trabalho desenvolvido, um segundo capítulo deste relatório é dedicado ao trabalho desenvolvido no âmbito do Treino de Competências Sociais. Na revisão da literatura efetuada são identificados os principais modelos teóricos subjacentes a este tipo de Treino, apresentando-se as principais aplicações clínicas, nomeadamente nas perturbações de ansiedade, depressivas e do espectro da esquizofrenia, e caracterizando-se as principais metodologias avaliativas neste mesmo âmbito e os procedimentos de implementação dos treinos mais frequentemente utilizados (modelamento, treino comportamental, feedback, autoavaliação e reforço social). Conclui-se que o Treino de Competências Sociais continua a apresentar-se como uma estratégia de intervenção atualizada e de alcance transdiagnóstico, seja numa perspetiva de intervenção grupal ou individual, reforçando-se, ainda, a importância que a relação terapêutica possui neste âmbito.

Palavras-chave: Treino de competências sociais; Incapacidades; Intervenção Grupal; Intervenção Individual; Relação terapêutica.

## Abstract

---

The present professional and scientific report aims to reflect an 18-year career at the Cerebral Palsy Association of Coimbra (APCC), specifically at Conraria's Farm, where this master's student has developed work in a varied of tasks and functions, such as psychological assessment of candidates to training courses; psychological support of the trainees (including those in "work context" experiences), development of several innovation and development projects; training of APCC's own staff and employees, coordination of the psychology department and lastly, guidance of curricular and professional internships. From 2002 until today, psychological intervention with trainees has provided ample evidence on the importance of social skills training – not only a viable strategy, social skills training can be fundamental –and its applicability to the wide variety of clinical presentations and difficulties among Conraria's Farm user's. Therefore, a chapter dedicated exclusively to work done within social skills training programs follows brief notes on academic and professional background's and on the development work. In the review of scientific literature, main theoretical models on this training programs are identified and clinical applications are highlighted, namely on anxiety, depression and schizophrenia spectrum disorders. Main evaluative methodologies and the most common implementation procedures (modeling, behavioral training, feedback, self-evaluation and social reinforcement) are also characterized. It's possible to conclude that social skills training is an updated intervention strategy of transdiagnostic scope, useful in the group or individual settings, while simultaneously reinforcement the key role of the therapeutic alliance in this context.

*Keywords: Social skills training; Disabilities; Group Intervention; Individual Intervention; Therapeutic alliance.*

## Índice de abreviaturas

---

AAIDD - American Association on Intellectual and Developmental Disabilities - Associação Americana das Incapacidades Intelectuais e do Desenvolvimento

AAMR - American Association of Mental Retardation - Associação Americana de Atraso Mental

APA - American Psychiatric Association - Associação Americana de Psiquiatria

APCC – Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade

CRL – Centro de Recursos Local

CRPCC – Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral de Coimbra

DSM – 5 - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - 5ª Edição

IEFP – Instituto de Emprego e Formação Profissional

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPP – Ordem dos Psicólogos Portugueses

POPH – Programa Operacional Potencial Humano

POISE – Programa Operacional para a Inclusão e Social e Emprego

YSR - Youth Self-Report

TPC – Trabalhos para Casa

TRF - Teachers Report Form

# Índice

---

Agradecimentos.....	3
Resumo .....	4
Abstract.....	5
Índice de abreviaturas.....	6
Índice.....	7
Introdução .....	8
Capítulo 1 - Caracterização do percurso profissional.....	9
Capítulo 2 - O Treino de Competências Sociais .....	19
Conclusão .....	43
Referências.....	47

## Introdução

---

A elaboração deste relatório científico-profissional tem em vista a obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Educação, do Desenvolvimento e do Aconselhamento pela Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Sendo um relatório cuja centralidade reside num percurso profissional, ele reportará a dezoito anos de experiência na Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra (APCC), mais particularmente na Quinta da Conraria, junto de pessoas com incapacidades. Num relatório desta natureza é-nos pedido que seja aprofundada uma atividade profissional por nós desenvolvida, realizando, simultaneamente, uma justificação e contextualização teórica dessa mesma atividade. Assim, foi minha decisão focar-me no Treino de Competências Sociais, por constituir uma área na qual tenho vindo a trabalhar e a investir desde 2002, revelando-se como uma estratégia de intervenção com elevado alcance transdiagnóstico.

Num primeiro capítulo deste relatório, irei apresentar um breve resumo do meu curriculum vitae, seguido do respetivo enquadramento institucional e, por último, apresentarei uma descrição sucinta da minha experiência profissional nesta Instituição.

Ao longo do Capítulo 2 clarificarei os motivos subjacentes à escolha da atividade profissional a descrever mais pormenorizadamente, clarificando os fundamentos teóricos dos treinos de competências sociais e exemplificando e refletindo sobre a minha experiência a este nível. Demonstrarei algumas das possíveis aplicações clínicas do treino de competências sociais, nomeadamente nas perturbações de ansiedade, perturbações depressivas e nas perturbações do espectro da esquizofrenia. Apresentarei as principais metodologias de avaliação utilizadas neste âmbito, especialmente: a observação direta, escalas e questionários de avaliação e a entrevista. Por último, clarificarei quais os principais procedimentos de intervenção a realizar nos treinos de competências sociais e a importância do estabelecimento de uma boa relação terapêutica e o seu impacto na intervenção.

Para finalizar, apresentarei algumas reflexões e conclusões em torno da concretização deste relatório e da minha experiência na organização e dinamização de treinos de competências sociais.

# Capítulo 1 - Caracterização do percurso profissional

---

## 1.1 - Curriculum Vitae

1996-2001 - Licenciatura em Psicologia, ramo de Avaliação Psicológica Aconselhamento e Reabilitação, na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

2002 – Início de funções como Psicóloga na APCC – Quinta da Conraria.

2005-2006 - Pós-Graduação em Intervenção em Comportamentos de Risco, com especialização em Comportamentos Desviantes, no Instituto Superior Bissaya Barreto, Coimbra.

2010 – Admissão na Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP) com a cédula nº 4032.

2016/07/13 - Reconhecida pela OPP como especialista em Psicologia da Educação.

2016/08/18 - Reconhecida pela OPP como especialista em Psicologia Clínica e da Saúde.

## 1.2 - Enquadramento Institucional

A Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra (APCC), iniciou a sua atividade em 1975, com um grupo de pais e técnicos. Até 2005, a instituição era conhecida pelo nome de Núcleo Regional do Centro da Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral.

A primeira resposta criada na APCC foi o Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral de Coimbra (CRPCC), que desenvolve intervenções especializadas de habilitação e reabilitação dirigidas a crianças, jovens e adultos com paralisia cerebral / situações neurológicas afins, através do trabalho de uma equipa interdisciplinar, focada na família, facilitadora da promoção da autonomia e a inclusão social, nos diferentes ciclos de vida.

Decorria o ano de 1983 quando é inaugurado um novo espaço institucional - a Quinta da Conraria, através de um protocolo da APCC com o Centro Regional de Segurança Social do Centro, cujo objetivo era dar continuidade ao trabalho de intervenção, iniciado no Centro de Reabilitação e alargar a sua área de intervenção para além da paralisia cerebral. As atividades iniciaram-se em 1986, com uma valência de pré-profissionalização designada até hoje por Pré-Profissional, englobando as seguintes áreas de aprendizagem: Agricultura; Pecuária e Serralharia. Paralelamente, iniciava-se também apoio educativo, ministrado por professores destacados do 1º e 2º ciclos do ensino regular tutelado pelo Ministério da Educação. O principal objetivo era avaliar o potencial da pessoa para poder vir a frequentar um curso de formação e realizar despiste vocacional. Desde então, outras respostas têm vindo a ser criadas na Quinta da Conraria, as quais são apresentadas de seguida.

### Formação Profissional (FP)

Em 1989 é criada esta resposta que surge na sequência da abertura do país à comunidade europeia e das candidaturas aos fundos comunitários. Desde esta data que tem vindo a sofrer alterações, especialmente na diversidade de resposta, enquadrando atualmente jovens e adultos com deficiência e/ou incapacidade ou em risco de exclusão social, provenientes da zona centro do país. Posteriormente, esta veio a ficar enquadrada numa resposta mais alargada, integrando o Centro de

O treino de competências sociais

como estratégia de intervenção transdiagnóstica

Formação da APCC, cujo principal objetivo é formar ativos e/ou outras pessoas que tenham terminado a escolaridade obrigatória e que pretendam: i) obter uma certificação profissional; ii) aumentar os seus níveis de escolaridade e certificação académica; iii) alcançar dupla certificação, escolar e profissional; iv) obter reconhecimento formal de competências escolares / profissionais.

#### Centro de Atividades Ocupacionais (CAO)

Entra em funcionamento em 1992, tendo em vista o reforço da resposta no âmbito da reabilitação e integração da pessoa que apresenta deficiência e incapacidade com significativas limitações psicomotoras e restrições na participação. Os clientes têm idades iguais ou superiores a 16 anos e quando aqui chegam já esgotaram todas as possibilidades de prossecução de estudos e/ou de inserção sócio laboral.

#### Lar de Apoio e Lares Residenciais

Foram ainda criados um Lar de Apoio e três Lares Residenciais, dos quais 2 estão situados na Quinta da Conraria, com o objetivo de apoiar pessoas com deficiência e incapacidade que sejam, preferencialmente, clientes da APCC; frequentem estabelecimentos de ensino, ou se encontrem enquadrados em programas e projetos, em localidades fora da sua área de residência; os familiares não os possam acolher; se encontrem em situação de isolamento e sem retaguarda familiar; a família necessite de apoio, especialmente em caso de doença ou descanso.

#### Centro de Atendimento, Acompanhamento e Reabilitação Social para Pessoas com Deficiência – CAARPD

É uma outra resposta social, existente na instituição, que associa dois tipos de unidades – Pré-profissional e Unidade de Reabilitação de Deficientes Profundos (URDP), cujo objetivo é o de apoiar pessoas com deficiência, que transitórias ou definitivas se encontram impedidas de frequentar outro tipo de estruturas.

#### Serviço de Apoio Domiciliário - SAD

Tem como principal função a prestação de cuidados personalizados no domicílio, a pessoas com deficiência. A sua finalidade é promover uma melhor qualidade de vida aos utentes desta resposta e suas famílias.

#### Transportes

Esta resposta foi criada com o intuito de facilitar a deslocação de pessoas com deficiência, que se encontrem impossibilitadas de aceder às diferentes estruturas/respostas da APCC. O serviço de transportes possibilita ainda as deslocações de e para outros equipamentos comunitários.

#### Centro de Recursos Para a Inclusão - CRI

Pretende ser um serviço de proximidade (da comunidade, para a comunidade e com a comunidade), que facilita as condições de promoção da educação inclusiva. É constituído por uma equipa de profissionais com conhecimentos técnicos na área da deficiência e incapacidade. O seu funcionamento resulta de um trabalho em parceria com os Agrupamentos de Escolas ou Escolas e a sua operacionalização tem por base a funcionalidade e incapacidade como resultado da interação entre a pessoa e o contexto.

#### Centro de Recursos Local - CRL

O Centro de Recursos Local da APCC é mais uma resposta de intervenção especializada no domínio da reabilitação profissional, de suporte e apoio aos serviços de emprego. Pretende contribuir para a promoção de uma Sociedade Inclusiva através das seguintes ações: Apoiar/orientar as pessoas com deficiência e incapacidade na tomada de decisões vocacionais adequadas, disponibilizando a informação necessária à definição dos percursos profissionais; Avaliar a funcionalidade e incapacidade; Determinar meios e apoios considerados indispensáveis à definição e desenvolvimento do plano pessoal de emprego; Promover a inserção no mercado de trabalho das pessoas através de um processo de mediação entre os candidatos e os empregadores; Potenciar a manutenção no emprego dos trabalhadores.

#### Centro de Apoio à Vida Independente – CAVI

O CAVI - Centro de Apoio à Vida Independente da Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra tem a missão de assumir funções de gestão, de coordenação e de apoio dos serviços de assistência pessoal. Intervém junto dos clientes da APCC, procurando potenciar a relação com a comunidade numa lógica de prestação de serviços pessoais, garantindo condições de acesso ao pleno desenvolvimento da autonomia, do exercício da cidadania e para a participação cívica e política da pessoa com deficiência. Os seus objetivos específicos são: criar autonomia face ao próprio agregado familiar em situação de aumento de precariedade em diferentes domínios, nomeadamente da própria saúde dos cuidadores ao longo da vida; Melhorar a qualidade de vida na realização de atividades de vida diária em diversos domínios (doméstico, social, de relação com os serviços e laboral); Melhorar das condições de mobilidade, adaptada aos contextos pessoais, para concretizar a procura de uma atividade de formação ou de trabalho de acordo com os recursos locais disponíveis, não utilizados e potenciadores de novo desenvolvimento de competências; Canalizar competências para uma vida autónoma sem a inevitabilidade da institucionalização incapacitante ou de um projeto de futuro atávico; Aumentar a participação na vida social e cultural enriquecendo as instituições das comunidades, podendo tomar as decisões sobre a evolução da sua própria vida; Diminuir o isolamento e a exclusão social com melhoria da atividade e portanto da vida com saúde.

Centro de Formação de Professores – CFP

O Centro de Formação de Professores da APCC, é um centro que maioritariamente, oferece formação a docentes e outros intervenientes no processo educativo, tendo como metas: Contribuir para a formação ao longo da vida dos docentes, com especial incidência às áreas relacionadas com a educação especial; Incentivar a autoformação, bem como práticas de investigação-ação que conduzam a práticas e estratégias de inovação educacional; Promover a divulgação de boas práticas e o intercâmbio de experiências entre estabelecimentos de educação ensino; Identificar as necessidades de formação, oferecendo resposta às reais necessidades de formação dos professores; O Centro promove formação nas modalidades de: Curso de Formação; Oficina de Formação; Círculo de Estudos e Ações de curta duração.

### **1.3 - Experiência profissional**

Iniciei a minha experiência profissional na Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra – Quinta da Conraria em 2002, perfazendo neste momento 18 anos de exercício profissional contínuo, onde tenho desempenhado a minha atividade profissional como Psicóloga. No âmbito das minhas funções destaco:

#### 1.3.1. Membro da Equipa da Formação Profissional

Em fevereiro de 2002 integrei a equipa da formação profissional, onde, até aos dias de hoje, desempenho funções de acompanhamento/aconselhamento psicológico aos formandos que já se encontram a realizar o seu curso de formação. Ao mesmo tempo, fui também incluída na equipa de avaliação para a admissão na Instituição, onde realizava a avaliação psicológica de candidatos.

##### *1.3.1.1 Acompanhamento psicológico dos formandos*

Neste acompanhamento, realizo, numa primeira fase, uma avaliação diagnóstica, onde conjuntamente com o/a formando/a identificamos os seus pontos fortes e fracos e dentro das dificuldades sinalizadas estabelecemos objetivos de intervenção (c.f. anexo 1).

Os formandos que atualmente acompanho apresentam diagnósticos diversos que vão desde perturbação do desenvolvimento intelectual; perturbação do espectro do autismo; esquizofrenia; perturbações da personalidade; perturbações depressivas; perturbações da ansiedade; perturbações relacionadas com abuso de substâncias nocivas, entre outras.

Ao nível da intervenção, um dos principais focos do meu aconselhamento/intervenção passa pela promoção de competências pessoais, sociais e profissionais. Por outro lado, e dadas as características de funcionamento de cada um deles, é muitas vezes necessário facilitar a expressão emocional e promover o desenvolvimento de competências de autorregulação emocional e autocontrolo; facilitar a aquisição de competências ao nível da resolução de problemas/conflitos; elaborar contratos comportamentais e respetiva monitorização; reduzir os níveis de stress; intervir em espaço

O treino de competências sociais  
como estratégia de intervenção transdiagnóstica

institucional (sala de aula; recreios; áreas de formação). O Role-play é uma das técnicas de intervenção mais frequentemente utilizada, para permitir, em primeiro lugar, o treino em ambiente protegido e depois a aplicação e generalização do mesmo a outros contextos. Ainda no âmbito da minha intervenção psicológica, organizei várias vezes atividades outdoor, destinadas aos formandos, para potenciar a aquisição e desenvolvimento de competências pessoais e sociais, de interajuda e espírito de equipa; liderança; fortalecimento de laços entre os elementos de um grupo formativo, etc. A observação direta é uma outra ferramenta de excelência utilizada neste espaço institucional. Diariamente, é possível observar as interações entre formandos, os gestos que usam, os estilos de comunicação, tom de voz, entre outros, nos vários espaços institucionais como os corredores; espaços exteriores; o bar ou refeitório e não esquecendo os momentos de festividades institucionais. A observação que é feita nestes espaços, permite a recolha de informação que será depois útil em termos de intervenção. O modelamento é uma outra técnica de intervenção que utilizo diariamente, especialmente no domínio das competências pessoais e sociais.

Para melhor estabelecer diagnósticos e/ou potenciar a intervenção há uma articulação permanente com a restante equipa técnico-pedagógica para recolha de informações sobre cada um dos formandos, avaliando os seus comportamentos e desempenho em contexto de sala de aula ou de formação tecnológica; trabalho conjunto numa ótica de identificação das melhores estratégias psicopedagógicas e/ou comportamentais tendo em vista o melhor desempenho do formando; heteroavaliação de estratégias de intervenção implementadas.

#### *1.3.1.2 Acompanhamento da integração socioprofissional dos formandos*

Outro momento de extrema importância no percurso da formação é o acompanhamento da integração socioprofissional dos formandos, em mercado de trabalho, numa primeira fase em estágio e depois, se necessário, após a sua colocação em posto de trabalho. Nesta fase, o trabalho que desenvolvo passa pelo acompanhamento dos formandos com o objetivo de se avaliar a forma como decorre o estágio, identificação de dificuldades e respetivas estratégias para a sua resolução, mas também prestar apoio aos empresários/tutores, no desempenho do seu papel; na identificação de estratégias a adotar na relação com o formando ou na resolução de problemas; adequação/ajustamento das tarefas face ao perfil de competências dos formandos, etc.

#### *1.3.1.3 Avaliação psicológica de candidatos*

No início desta minha atividade, o processo de avaliação para admissão era realizado por uma equipa técnica multidisciplinar, composta por técnicos do serviço social, da psicologia, da terapia ocupacional e da fisioterapia, que avaliavam os candidatos a todas as respostas sociais. Esta avaliação era constituída por 4 fases: a) uma fase de entrevista, para recolha de dados biográficos, história de vida e anamnese; b) um momento de avaliação técnica específica, em que cada um dos técnicos, dentro da sua área de especialidade, realizava a avaliação. Neste segundo momento, o técnico de Serviço Social realizava a caracterização do agregado familiar e da sua condição socioeconómica; Percurso de vida; Participação social e na comunidade; Necessidade de usufruir de

apoios na instituição, nomeadamente serviço de transportes e de unidade residencial; o de Terapia Ocupacional avaliava o perfil ocupacional do candidato, nomeadamente ao nível das competências de desempenho, de processo e motoras; avaliação das atividades de vida diária, básicas e instrumentais; bem como as áreas de trabalho, lazer, participação social, sono ou descanso; Por sua vez, o técnico de Fisioterapia avaliava a funcionalidade e incapacidade, sendo que o foco era no que o candidato era capaz de fazer; havia também uma avaliação neuromusculo-esquelética; de dor crónica ou outra situação de doença e avaliação da mobilidade; com material específico para cada área de intervenção; O Psicólogo realizava avaliação psicológica, essencialmente cognitiva; c) no penúltimo momento, ocorria uma reunião técnica onde a equipa multidisciplinar dava o seu parecer relativamente ao perfil do candidato e discutia qual a melhor resposta institucional para o integrar; d) finalmente, o candidato era convocado para uma reunião, onde eram partilhados os resultados da avaliação e a decisão tomada relativamente à sua admissão na instituição.

Com o passar dos anos e face às subseqüentes alterações na legislação inerente aos cursos de formação profissional, o processo de avaliação para a admissão subdividiu-se e passaram a existir 3 equipas de avaliação para admissão, uma para cada resposta (Formação Profissional (FP); Pré-Profissional/Unidade de Reabilitação de Deficientes Profundos (URDP) e Centro de Atividades Ocupacionais (CAO). Continuei a integrar a equipa técnica multidisciplinar de avaliação, específica da Formação Profissional avaliando os candidatos que manifestassem motivação/interesse em vir a frequentar um curso de formação. O processo mantinha-se similar, sendo que caso a equipa considerasse que o candidato não reunia condições para realizar curso de formação, era proposto o encaminhamento para uma outra resposta institucional.

A partir de 2016 e face a uma nova alteração legislativa, os candidatos que pretendem integrar cursos de formação profissional, são encaminhados através do Centro de Emprego para um Centro de Recursos Local, por exemplo o da APCC, onde são avaliados por psicólogos tendo em vista a identificação/validação da sua deficiência/incapacidade, para posterior ingresso num curso de formação, na medida de qualificação para as pessoas com deficiência e/ou incapacidade.

Inicialmente, como acima descrito, no processo avaliativo dos candidatos, a psicologia avaliava, essencialmente, o domínio cognitivo e, pontualmente, alguns aspetos do domínio socio-emocional. Para este efeito, eram maioritariamente utilizadas as Escalas de Inteligência de Wechsler para Crianças e Adultos (WISC; WAIS) e, pontualmente, a versão reduzida da Matrizes de Raven – (IA) e A Figura Complexa de Rey.

Hoje, continua a ser realizada uma entrevista com objetivos similares aos acima descritos, mas o material de avaliação psicológica tem sofrido alterações/atualizações. Estas modificações devem-se, essencialmente, a 3 fatores: i) alteração na legislação da escolaridade obrigatória do 9º para o 12º ano (D.L. 176/2012 de 2 Agosto) e a subseqüente perda de muitos dos potenciais candidatos para os cursos de formação profissional, que permaneceram na escola, uma vez que esta passou a ter também disponível alguma oferta formativa, através de alguns cursos profissionais; ii) o procedimento ter sofrido alterações relativamente à avaliação que transitou da equipa da Formação Profissional para a do Centro de Recursos Local (de acordo com orientações do Programa POISE, em reunião que

decorreu em Santarém a 8/03/2016); iii) para permitir uma avaliação mais rigorosa dos candidatos ao nível da incapacidade. Assim, foi definido um novo protocolo de avaliação mais abrangente e que permitisse a avaliação de um maior número de domínios do funcionamento psicológico, possibilitando a melhor avaliação/recolha de informação, respetiva caracterização do candidato e da sua deficiência e/ou incapacidade. Seguidamente, apresento o material com o qual trabalhamos e aplicamos de acordo com o perfil do candidato:

Domínio Cognitivo – Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos – 3ª edição (WAIS – III; Montreal Cognitive Assessment (Moca));

Domínio Socio-Emocional – Inventário Clínico de Autoconceito (ICAC); Questionário de Esquemas de Young – (YSQ - S3); Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI); Inventário de Depressão de Beck (BDI); Inventário de Resolução de Problemas; Escala de Autorregulação Emocional (DERS); Questionário de Personalidade de Eysenck, Revisto - EPQ – R; NEO Five-Factor Inventory (Neo – FFI); Escala de Desejabilidade Social de 20 itens (EDS – 20).

Após a aplicação e cotação destas provas e em associação à informação recolhida através da entrevista ao candidato e/ou de outros elementos significativos ou por articulação interinstitucional (caso o candidato esteja acolhido, ou seja, apoiado por uma instituição), são também analisados documentos que completam o processo de avaliação, nomeadamente: relatórios médicos ou de acompanhamento psicológico; atestados de incapacidade; curriculum vitae; certificados de habilitações.

Finalmente é realizado um relatório, num modelo criado pelo Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP) para o efeito, onde num primeiro ponto caracterizamos o percurso de vida do candidato, percurso escolar e profissional; rede de suporte; apoios sociais; interesses e motivações/objetivos de vida. Num segundo ponto são identificadas as deficiências/incapacidades, tendo por base a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) e o respetivo grau de compromisso. Num terceiro ponto, é elaborada uma síntese avaliativa onde são partilhados os principais resultados da avaliação e é realizada uma análise crítica desses mesmos resultados com identificação do impacto que as dificuldades identificadas têm na vida do candidato. Finalmente é identificada qual a melhor resposta para o candidato, que poderá ir desde o encaminhamento para um curso de formação profissional, ou uma outra medida de intervenção no âmbito do CRL (c.f. Modelo do relatório de CRL – anexo 2).

### 1.3.2. Participação em Projetos de Inovação e Desenvolvimento (I&D).

Desde muito cedo que a APCC começou a desenvolver projetos de Inovação e Desenvolvimento. Pouco tempo após a minha integração institucional, fui chamada a colaborar neste departamento. Destacaria como mais significativas as participações nos seguintes projetos:

*- 2002 – 2004: Projeto Markthink – Investors in Special People*

Este projeto teve como principal missão promover condições de plena integração das pessoas com deficiência, através da experimentação de programas e metodologias inovadoras de marketing pessoal e social. A entidade promotora do projeto foi o Núcleo Regional do Centro da Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral (NRC-APPC) que teve como parceiros a: ENSIGEST (Gestão de Estabelecimentos de Ensino, SA) – IPAM (Instituto Português de Administração e Marketing); KAMAE; Ferrand, Bicker e Associados (FBA); AudioDecor; Deficiproduct (empresas); Fundação Rotária Portuguesa; Câmara Municipal de Coimbra (CMC). Neste projeto desempenhei funções de:

- i) Líder de Ação – coordenação da equipa e do respetivo plano de ação que definia as atividades a desenvolver. Deste trabalho resultou a elaboração de um Manual:” As Atividades Outdoor como meio para o desenvolvimento de competências em públicos com deficiência – o caso Markthink” para o qual contribui com a redação de um capítulo sobre “O desenvolvimento de competências e o outdoor” bem como na restante elaboração e organização desse mesmo manual.
- ii) Participação em reuniões de parceria nacionais e transnacionais, com a apresentação oral dos resultados alcançados até ao momento.
- iii) Líder da Equipa de Balanço de Competências, tendo sido uma das responsáveis pela dinamização do processo de balanço de competências de todos os intervenientes do projeto, análise crítica de resultados e elaboração do relatório.

*- 2004 -2008: O Projeto Respons&ability,*

Foi um projeto que resultou da Iniciativa Comunitária EQUAL que visava contribuir para um mundo justo e sustentável, trabalhando com entidades de alto nível da educação, organizações, pequenas e médias empresas (PME) e comunidades, com o objetivo de promover práticas de negócios responsáveis, plataformas de inovação e colaboração na ótica da empregabilidade de pessoas com deficiência. A entidade promotora foi mais uma vez o Núcleo Regional do Centro da Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra (NRC – APPC); A parceria nacional era constituída por: Det Norske Veritas; DELTA Cafés, Sair da Casca – empresas; FEUC-Faculdade Economia da Universidade de Coimbra, IPAM-Instituto de Administração de Marketing – Estabelecimentos de Ensino, INR - Instituto Nacional de Reabilitação – Organismo governamental. Parceiros Transnacionais: IDA – The Society of Danish Engineers – Dinamarca, ErCoVa –Espanha, Tower Hamlets Education Business – Reino Unido, Kalipedia Labour Market Training and Counselling Office – Lituânia, Cooperativa Sociale CTR - Italia. Aqui as funções desempenhadas foram:

- i) Uma das responsáveis pela dinamização e aplicação da metodologia do balanço de competências a todos os que integraram o projeto, recolha de informação; análise de resultados e elaboração de relatório;
- ii) Participação em reuniões de parceria nacionais e transnacionais.

### *- 2009 – 2011: Projeto - Symbiosis – Escuta de Stakeholders*

Este projeto previa a aplicação da metodologia da escuta de stakeholders, frequentemente utilizada em empresas, mas nunca a uma entidade do 3º setor. Ao serem envolvidos e escutados os stakeholders de uma organização é possível avaliar a resposta que a organização dá, poder melhorar/corrigir o seu desempenho/oferta tendo em vista os resultados obtidos, criando novos compromissos. Assim, a aplicação da metodologia seria na Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra – Entidade Promotora e com os seguintes parceiros nacionais: Sair da Casca; Universidade de Coimbra (FEUC); pelos parceiros transnacionais: IVADIS e a Universidade de Valência – Valência/Espanha; EURODESK – Cagliari/Itália; Procesy InwestyCyjnew e Universidade de Tecnologia de Varsóvia – Polónia.

Neste projeto desenvolvi várias funções:

- i) numa fase inicial, o estudo dos conceitos/metodologia;
- ii) participação numa formação em Focus Group;
- iii) aplicação a metodologia na APCC onde, juntamente com a restante equipa do projeto, colaborei: identificação dos vários tipos de stakeholders; na elaboração dos guiões para entrevistas e Focus Group; Dinamização algumas sessões de escuta de stakeholders; na análise e devolução informações; elaboração do relatório da escuta com identificação de possíveis áreas de intervenção;
- iv) participação em reuniões de parceria nacionais e transnacionais.

#### 1.3.3. Dinamização de ações de formação para ativos internos

Ao longo destes 18 anos de trabalho na APCC foi também possível desenvolver ações de formação para ativos internos, solicitadas pela instituição e dentro também das minhas áreas de interesses. Seguidamente passarei a elencar todas as formações por mim realizadas no âmbito institucional:

- a) “Comunicação e Ética Profissional”, Destinatários: auxiliares de ação direta; Data: 28/02/2014; Duração: 3 horas;
- b) “Aspetos Psicossociológicos da Função de Motorista”, Destinatários: motoristas da APCC; Data: 19/10/13; Duração: 3 horas;
- c) “Relacionamento Interpessoal”, Destinatários: Motoristas; Data: fevereiro e março 2012; Duração: 7h30m;
- d) Curso de Competências para a Prestação de Cuidados Formais de Qualidade:
  - Módulo 1 – “Caracterização das Principais Deficiências e Incapacidades: Classificação, Funcionamento e Intervenção”, Destinatários: auxiliares de ação direta; Data: maio de 2011; Duração: 3 horas;
  - Módulo 2 “Comunicação com a Pessoa com Deficiência e sua Família”, Destinatários: auxiliares de ação direta; Data: maio de 2011; Duração: 2 horas;
- e) Ação de Formação: “Competências de Atendimento ao Público”, Destinatários: telefonistas e administrativas que desempenhavam funções de atendimento ao público; Data: junho 2007; Duração: 3 horas.

#### 1.3.4. Coordenação do Departamento de Psicologia da Quinta da Conraria

Sou coordenadora do Departamento de Psicologia, na Quinta da Conraria desde 2010, desempenhando como tarefas o agendamento e coordenação das reuniões de departamento, cujos temas passam por: discussão de casos; análise e discussão de temas/materiais revelantes para o desempenho da função de psicólogo; elaboração das sínteses de reunião, bem como todas as comunicações internas, dando resposta às solicitações que envolvam o departamento. Destacaria, ainda, o acompanhamento de visitas à instituição de grupos do exterior, nomeadamente de grupos de formação de outras entidades formativas e/ou escolas.

#### 1.3.5. Orientação de estágios

A Quinta da Conraria tem colaborado com instituições de ensino superior proporcionando a realização de estágios curriculares, dos quais tenho sido orientadora. Desde 2006 orientei 5 estágios do Curso de Mestrado Integrado em Psicologia, área de especialização de Psicologia da Educação, Desenvolvimento e Aconselhamento, da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Destacaria que, neste âmbito, para mim, tem sido um privilégio e uma grande gratificação poder desempenhar um papel de enorme relevância na formação dos psicólogos, numa etapa que eles tanto valorizam e anseiam. Por outro lado, permite-me continuar ligada à Faculdade facilitando a atualização de conhecimentos, algo que considero fundamental no desempenho das minhas funções e progressão na carreira profissional.

Orientei, ainda, 2 estágios profissionais do IEFP e 1 da OPP, encontrando-se os colegas atualmente em funções na APCC. Nestes estágios, os orientandos já se encontram numa fase de maior desenvolvimento e autonomia, sendo o meu papel essencialmente de macro-orientação e de clarificação relativamente a procedimentos institucionais, para além das obrigações legais e documentais exigidas por cada uma das entidades.

## Capítulo 2 - O Treino de Competências Sociais

---

No âmbito das minhas atividades profissionais realizadas na Quinta da Conraria no decorrer dos últimos dezoito anos, decidi apresentar neste relatório científico-profissional o trabalho que desenvolvo com os utentes desta instituição ao nível do Treino de Competências Sociais. Esta escolha fundamenta-se pelo facto de considerar que esta foi a área na qual mais tenho investido, desde os primeiros passos no estágio curricular, já na Quinta da Conraria, em que implementei o primeiro treino de competências sociais, até aos dias de hoje, em que ainda mantenho a aplicação desta estratégia, agora num formato mais individualizado, em contexto de consulta.

A investigação científica tem revelado que os défices ao nível do funcionamento social são comuns a vários quadros clínicos tais como a incapacidade intelectual (II); perturbações de ansiedade (PA); perturbações depressivas (PD); perturbações relacionadas com substâncias (PRS); perturbações do espectro do autismo (PEA) e perturbações do espectro da esquizofrenia (PEE) (Mueser, & Bellack, 2009). Assim, pretendo ao longo deste capítulo desenvolver este tema, clarificando o estado da arte sobre o treino de competências sociais, em particular em indivíduos com incapacidade intelectual, e ao mesmo tempo demonstrando como tem sido a minha prática ao longo destes anos na aplicação do treino de competências sociais como ferramenta de intervenção psicológica.

Como explicitarei no capítulo 1, após ter sido integrada na Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra (APCC), em 2002, iniciei a minha intervenção psicológica junto de adolescentes e jovens adultos, que frequentam cursos de formação profissional e cujos principais diagnósticos eram a incapacidade intelectual e/ou física.

A oferta formativa que a APCC disponibiliza é financiada através de fundos que têm origem no Fundo Social Europeu, enquanto fundo estrutural e que são depois operacionalizados, nos vários países europeus, através de programas de financiamento mais pequenos e focalizados como o Programa Constelação, que estava em vigor há data em que iniciei as minhas funções profissionais. Seguiu-se em 2007 o Programa Operacional Potencial Humano (POPH), que teve duração aproximadamente até 2013 e ao qual sucedeu o Programa Operacional para a Inclusão Social e Emprego (POISE). Na transição do Programa Constelação para o Programa POPH, começa a verificar-se a possibilidade de alargamento do público-alvo para abranger pessoas com deficiências e/ou incapacidades, bem como se inicia uma reestruturação da oferta formativa que passou a integrar alguns cursos com dupla-certificação (escolar e profissional) e Formação Base (constituída pelas disciplinas de Cidadania e Empregabilidade (CE); Linguagem e Comunicação (LC); Matemática para a Vida (MV) e Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC)), para além dos conteúdos específicos da área tecnológica de acordo com o curso frequentado. Nos anos de 2015/2016 passámos a ter toda a oferta formativa constituída por: Formação Tecnológica (de acordo com a área formativa frequentada) e Formação para a Inclusão que engloba a Formação de Base, com as disciplinas já sinalizadas e a Formação para a Integração (que inclui o desenvolvimento das seguintes

áreas/temas: portefólio; balanço de competências; igualdade de oportunidades; procura ativa de emprego; legislação laboral; empreendedorismo).

Para além das alterações inerentes aos respetivos programas e regras de funcionamento devo, ainda, destacar um outro desafio de grande relevância para a Formação Profissional, que ocorre quando em 2012 a escolaridade obrigatória aumenta de nove para doze anos. Esta mudança vai traduzir-se numa diminuição dos candidatos interessados em cursos de formação, que a partir desse momento passam a estar mais tempo na escola que, por sua vez, também começa a oferecer cursos de formação profissional. Estas alterações criaram a necessidade de a Quinta da Conraria identificar novos públicos que pudessem vir a integrar a oferta formativa da APCC, ou seja, pessoas com outro tipo de incapacidades que não só a intelectual ou física, mas que podiam decorrer de outros quadros clínicos. Esta mudança acaba por ficar fundamentada após em 2016 terem iniciado funções os Centros de Recursos Local (CRL), constituindo-se um novo procedimento de admissão, de candidatos aos cursos que passaram a vir encaminhados pelos Centros de Empregos, no nosso caso, o Centro de Emprego de Coimbra, e a serem submetidos a um processo de avaliação que tem como principal objetivo caracterizar os candidatos, sinalizando as suas competências e incapacidades.

Devo, ainda, destacar que para além das alterações anteriormente sinalizadas que justificam e fundamentam a alteração da população-alvo dos percursos formativos, há uma outra que me parece de vital importância e que fundamenta as alterações ao nível dos programas de financiamento e, conseqüentemente, na formação e que está associada à implementação da Classificação Internacional da Funcionalidade (CIF), que foi publicada pela OMS em 2001 e em Portugal em 2004, pela Direção Geral da Saúde. Este novo sistema de classificação, permitiu um corte com a anterior conceção de deficiência que se fundamentava numa lógica baseada no modelo médico, que a considerava como um problema da pessoa, que teria origem na doença, trauma ou outro problema de saúde e implicava assistência médica através de tratamentos individualizados concretizados por profissionais. Os cuidados associados à deficiência tinham como principal objetivo a cura ou a adaptação do indivíduo e conseqüente mudança de comportamento (CIF, 2004, p. 21).

No modelo da CIF, a OMS consegue fazer a integração de duas conceções diferenciadas de deficiência, (o modelo médico e o modelo social) com o objetivo de alcançar a integração das várias perspetivas da funcionalidade. Ou seja, transita de uma “classificação de “conseqüência da doença”, que prevalecia no modelo anteriormente em vigor (1980), para uma classificação de “componentes da saúde” (CIF, 2004 p.8), utilizando para isso uma abordagem multifacetada de saúde (biopsicossocial CIF, 2004) e de promoção do bem-estar.

Outro aspeto que me parece de grande relevância neste sistema de classificação reside na interação dinâmica dos vários elementos que a constituem (Stewart & Rosenbaum, 2003) e são eles: a Funcionalidade/Incapacidade (onde estão incluídas as funções e estruturas do corpo); as Atividades (execução de tarefas ou ações), Participação (envolvimento numa situação da vida) e, finalmente, os Fatores Contextuais que são constituídos pelos fatores ambientais (podem ser físicos, sociais, culturais ou institucionais) e pessoais (consideram-se o género, idade, educação e estilo de vida).

Estes 2 últimos fatores influenciam e alteram as restantes componentes e devem ser identificados e considerados no intercâmbio de forças que conjuntamente contribuem para as dimensões de “função corporal/estrutura”, “atividade” e “participação” (Stewart & Rosenbaum, 2003; CIF, 2004).

Para além das alterações na conceção de saúde promovidas pela CIF, pude igualmente no decorrer da minha prática profissional confrontar-me com alterações na classificação e diagnósticos das perturbações mentais, passando-se da deficiência intelectual, por exemplo, para as perturbações do desenvolvimento intelectual. Mas para além das alterações ao nível da denominação, foi igualmente possível constatar modificações nos critérios de diagnósticos. De acordo com a DSM 5 (2014), a perturbação do desenvolvimento intelectual é uma perturbação que tem início durante o período de desenvolvimento e que inclui défices de funcionamento intelectual e adaptativo nos domínios conceptual, social e prático. O domínio conceptual (académico), envolve competências de memória, linguagem, leitura, escrita, raciocínio matemático, aquisição de conhecimento prático, resolução de problemas e julgamento de novas situações. O domínio social envolve a consciência dos pensamentos, sentimentos e experiências dos outros; empatia; capacidades de comunicação interpessoal; capacidade de estabelecer amizade e discernimento social. O domínio prático envolve a aprendizagem e a autogestão através dos contextos de vida, incluindo os cuidados pessoais, responsabilidades laborais, gestão do dinheiro, recreação, autogestão do comportamento e organização das tarefas escolares e laborais. Para que possa ser diagnosticada têm que ser cumpridos 3 critérios:

- a) Défices em funções intelectuais como raciocínio, resolução de problemas, planeamento, pensamento abstrato, discernimento, aprendizagem académica, e aprendizagem pela experiência. O domínio conceptual refere-se ao funcionamento em áreas como linguagem, leitura, escrita, matemática, raciocínio, aprendizagem e memória. Estes défices têm que ser confirmados por avaliação clínica, ou por testes de inteligência individualizados e standardizados.
- b) Défices no funcionamento adaptativo que resultam da falha em atingir os padrões de desenvolvimento e socioculturais de independência pessoal e responsabilidade social. Sem suporte contínuo, os défices adaptativos limitam o funcionamento numa ou mais atividades da vida diária, como comunicação, participação social e subsistência independente, em múltiplos ambientes como casa, escola, trabalho e comunidade.
- c) O início dos défices intelectuais e adaptativos ocorrem durante o período de desenvolvimento.

Como anteriormente referido, a partir de 2016 as avaliações realizadas aos candidatos interessados em formação profissional têm já por base este referencial da CIF, sendo, posteriormente, elaborado um relatório para o IEFP cuja estrutura assenta nestas mesmas componentes. Isto é, são caracterizadas as suas incapacidades, limitações de atividade e restrições ao nível da sua participação, para além de se identificarem os fatores ambientais e pessoais que se podem constituir como obstáculos ou facilitadores da atividade e participação. No caso das incapacidades identificadas serem significativas, estão reunidas condições para que os candidatos possam então

integrar cursos de formação da medida 3.01 – Qualificação das Pessoas com Deficiência e Incapacidade (QPDI) do POISE, que desenvolvemos na Quinta da Conraria.

Assim, os formandos que passaram a integrar a oferta formativa apresentam uma maior diversidade de diagnósticos que vão desde a perturbação do desenvolvimento intelectual; perturbação do espectro do autismo; perturbação do espectro da esquizofrenia; perturbações da personalidade; perturbações depressivas; perturbações da ansiedade até às perturbações relacionadas com abuso de substâncias nocivas.

Inicialmente, os treinos de competências sociais que comecei a implementar tinham como principal objetivo diminuir o nível de compromisso apresentado pelos jovens com incapacidade intelectual, nos domínios prático e social, mas com o posterior aumento da diversidade de quadros clínicos, o desafio da intervenção psicológica tornou-se maior. Ao mesmo tempo que ia conhecendo e intervindo com os formandos, ia constatando os défices que apresentavam ao nível do seu funcionamento social e percebendo que era necessário intervir para promover e facilitar a aquisição de competências sociais, que após o percurso formativo potenciassesem a sua integração em mercado de trabalho, mas também uma maior autonomia e funcionalidade no seu dia-a-dia. Tudo isto foi sendo alcançado através dos treinos de competências sociais realizados em contexto de grupo e posteriormente em contexto mais individualizado.

## **2.1- O treino de competências sociais**

O treino de competências sociais é uma das mais antigas formas de intervenção, com cerca de 50 anos de existência. As suas raízes encontram-se associadas a 3 grandes teorias: a terapia do reflexo condicionado de Salter (1949), a terapia de inibição recíproca de Wolpe (1958) e finalmente a teoria da aprendizagem social de Bandura (1969) (Mueser & Bellack, 2009).

A primeira referência histórica sobre assertividade e treinos de assertividade remontam à teoria do reflexo condicionado de Salter, de 1949. Ainda que este autor não tivesse utilizado o conceito de assertividade, sinalizou a necessidade de alguns indivíduos com “personalidades inibitórias”, aprenderem a expressar-se de forma mais aberta, devendo para o efeito, utilizarem frases com a inclusão da expressão “eu”, por forma a demonstrarem como se sentiam e como pensavam. Ou seja, o principal objetivo da intervenção era a melhoria da expressão emocional do paciente, reduzindo a inibição e incitando para a ação (Speed, et al., 2017).

Alguns anos mais tarde, Wolpe, em 1958, no seu livro “Psychotherapy for Reciprocal Inhibition”, utiliza pela primeira vez o termo Assertividade e conceptualiza o treino assertivo como uma forma de redução da ansiedade (Speed, et al., 2017). O autor identificou que muitos pacientes com ansiedade social não eram assertivos, especialmente no sentido em que “não lutavam pelos seus direitos”. Para Wolpe, a assertividade seria uma resposta oposta à ansiedade em geral e à ansiedade social em particular e foi nesta base que desenvolveu um treino, tendo em vista o aumento da assertividade. Inicialmente, o treino deveria decorrer no contexto do gabinete clínico, considerado

como seguro, e num formato de Role Playing. A fim de facilitar uma futura mudança de contexto, as situações treinadas iam também evoluindo, progressivamente, para situações mais stressantes da vida real (Brady, 1984).

Finalmente, falta apenas caracterizar a Teoria de Bandura sobre a Aprendizagem Social. Na sua conceção, seria possível a aprendizagem de novos comportamentos através da experiência direta ou da observação do comportamento de outros. A forma mais básica de aprendizagem concretiza-se através da experiência direta que é orientada em função do reforço ou punição que se seguem a uma determinada ação (Bandura, 1977). Por outro lado, na aprendizagem por modelamento, o comportamento seria adquirido através da influência integrativa da codificação simbólica, da organização cognitiva, do ensaio simbólico e do ensaio motor de informações. Este processo de aprendizagem, poderia ser condicionado pela motivação para concretizar os comportamentos adquiridos e determinado por vários tipos de contingências de reforço externo, processos de reforço vicariante e/ou contingências de autorreforço (Bandura, 1977). Ainda no âmbito desta teoria, deverão ser clarificados mais dois aspetos fundamentais: aquisição do comportamento e desempenho comportamental. Os processos cognitivos de atenção e retenção são responsáveis pela aquisição ou aprendizagem da resposta. Já o desempenho comportamental é determinado pelas capacidades de reprodução motora (por exemplo, aptidões físicas, disponibilidade de componentes de resposta, etc.) e processos motivacionais (por exemplo, externo vicariante e contingências de autorreforço). Uma das grandes características diferenciadoras da teoria da aprendizagem social encontra-se na antecipação que uma pessoa faz das consequências de reforço (controle antecedente) que tem um maior impacto sobre o desempenho comportamental do que as consequências de qualquer resposta particular (controle consequente). Nesta teoria é enfatizado tanto o papel cognitivo quanto o das influências ambientais na determinação do comportamento (Gresham & Lemanek, 1983).

Na sequência desta perspetiva histórica dos treinos de competências sociais considero igualmente importante destacar a criação, nos anos 60, do primeiro questionário para avaliação da assertividade, por Wolpe e Lazarus. Em 1970 surge o primeiro livro sobre treino assertivo, escrito por Alberti e Emmons, cujo público alvo era não clínico (Speed, et al., 2017), ao que se seguiu a criação de pacotes de treinos de competências sociais para a população em geral sob o nome de “treino assertivo”, posteriormente aplicado a outras populações/quadros clínicos, incluindo pessoas com doença mental grave (Mueser, 1998 in Speed et al., 2017).

Na sua forma mais básica, o treino de competências sociais implicava o treino sistemático de competências interpessoais através do processo de divisão de comportamentos complexos em componentes mais simples, modelando essas competências através de role-plays e envolvendo/incentivando os sujeitos a participarem nos mesmos com o objetivo de praticarem essas competências, fornecendo feedback positivo e corretivo para melhoria do desempenho. Era, igualmente, importante estimular a prática adicional de role-play e reforçar a necessidade de praticar as competências nas suas interações do quotidiano (Mueser & Bellack, 2009).

Em termos de aplicações clínicas, os treinos de competências sociais apresentam grande versatilidade, sendo atualmente possível encontrarem-se referências às suas aplicações em várias

faixas etárias (crianças, adolescentes e adultos), bem como ao nível de vários quadros clínicos: como a perturbação do abuso de substâncias (Bellack, et al., 2006; in Mueser & Bellack, 2009), trabalho, (Tsang & Pearson, 2001 in Mueser & Bellack, 2009), redução do risco de HIV, (Carey et al., 2004 in Mueser & Bellack, 2009), e para atender às necessidades sociais de populações especiais, como idosos com doenças mentais graves (Bartels et al., 2004 in Mueser & Bellack, 2009).

Como referi anteriormente, os défices do domínio prático e social são caracterizadores da incapacidade intelectual, especialmente visíveis durante a adolescência. Estes défices limitam as oportunidades de interação social significativa, aceitação por colegas e desempenho em sala de aula (Siperstein, et al., 2007 in O'Handley, et al., 2016), fundamentando a necessidade de intervenção neste domínio e nesta faixa etária.

De acordo também com a literatura revista, o formato de grupo deverá ser o privilegiado para a intervenção pois permite ao facilitador abordar/intervir, simultaneamente, no comportamento social de vários indivíduos (Kasari & Smith, 2013; Plavnick et al., 2015 in O'Handley, et al., 2016).

Assim, na minha prática profissional na Quinta da Conraria, os primeiros Treinos de Competências Sociais que implementei eram dirigidos a adolescentes e jovens adultos que apresentavam como principal diagnóstico a incapacidade intelectual e ocorriam num formato grupal. Estes grupos caracterizavam-se por alguma homogeneidade, ao nível do seu diagnóstico, e existiu sempre o cuidado de equilibrar o número de pessoas com maiores e menores défices de competências. Os grupos eram maioritariamente masculinos e, para além da incapacidade intelectual, alguns utentes apresentavam em comorbilidade outros diagnósticos como incapacidade física, problemas de comportamento, sequelas de traumatismo crânio-encefálico (TCE), paralisia cerebral, entre outros. No total, dinamizei 5 grupos de intervenção, (abrangendo 37 formandos: 27 rapazes e 10 raparigas) sendo que a metodologia de treino seguida era composta pelas seguintes estratégias de modificação comportamental: instruções; modelamento; role-play com feedback corretivo e trabalhos de casa.

No primeiro grupo de intervenção que funcionou em 2000/2001, implementei o Social Skills Assessment and Training with Children (Michelson, et al, 1983). Neste grupo estavam integrados 6 rapazes e 4 raparigas, cujas idades variavam entre os 15 e os 20 anos, sinalizados pelas equipas técnicas de acompanhamento. Foram dinamizadas um total de 20 sessões com frequência semanal com duração de, aproximadamente, uma hora (para uma melhor compreensão da estrutura e organização das sessões, ver o anexo 3).

Entendi introduzir algumas alterações ao formato base do treino, das quais destacaria: a) a aplicação um pré teste e pós teste ao formandos e formadores; b) aplicação de um teste sociométrico e c) utilização de um filme. Com a aplicação dos pré e pós testes pretendia, caracterizar o perfil comportamental dos formandos, recolhendo informação de linha de base inicial e avaliar o impacto da intervenção no comportamento dos formandos e, considerando que estas avaliações tinham igualmente integrados, questionários dirigidos aos formadores que permitiriam completar essa caracterização bem como a possibilidade de identificar inconsistências nas informações. Os questionários utilizados foram os Questionários de Comportamento de Achenbach (1991), com a

sua versão de autorresposta – Youth Self-Report (YSR) e a versão para Professores, o Teachers Report Form (TRF), pois há data eram os questionários que me pareceram mais adequados para poder avaliar os comportamentos dos formandos. O YSR, destina-se a crianças e adolescentes com idades que variam entre os 11 e os 18 anos. É constituído por 2 partes: na primeira, que integra 17 itens que estão relacionados com competências, atividades e interesses sociais do indivíduo; a segunda parte constitui-se por 119 itens, dos quais 103 referem-se a problemas específicos do comportamento e 16 referem-se a comportamentos socialmente desejáveis. Neste questionário as perguntas são formuladas na 1ª pessoa (Fonseca & Monteiro, 1999). Gostaria de clarificar ainda que, apesar existirem alguns elementos no grupo com idade superior aos 18 anos, mantive a aplicação do questionário por considerar que os elementos apresentavam incapacidade intelectual, por esse motivo continuariam à partida ajustados às características do grupo e permitindo a avaliação dos comportamentos. O TRF, também é constituído por 2 partes: na primeira integra os dados demográficos; avaliação do rendimento escolar, avaliação do funcionamento geral na sala de aula. A segunda parte é constituída por 120 itens, dos quais 2 são perguntas abertas e apresenta ainda 25 itens de especificidade escolar; os restantes itens são iguais na versão de pais e professores (Fonseca, Simões, et al., 1995). A utilização da avaliação sociométrica foi outra alteração introduzida que teve como principal objetivo uma melhor caracterização do grupo, identificando as relações dentro dele. Esta avaliação também tem sido amplamente referida na literatura como mais um formato possível de avaliação (Bellack, & Hersen, 1979; Elksnin & Elksnin, 1995; Matson et al., 1986; Michelson, et al., 1983; Cividini-Motta et al., 2018). Permite avaliar o comportamento social, nos contextos sociais das pessoas, sendo que são os pares que observam e registam o comportamento, obtendo-se assim medidas sobre o estatuto social dentro de um determinado grupo. Com a sua aplicação é possível avaliarem-se aspetos como a popularidade, rejeição, aceitação por pares, capacidade de liderança, capacidade física, aptidões escolares, constrangimento social e agressividade (Merrell & Gimpel, 2014 in Vener et al. 2018). Porém, apresentam como principal limitação o não fornecimento de informações quanto às dificuldades ou aspetos positivos do sujeito (Matson et al., 1986). Esta estratégia apenas foi aplicada por mim no primeiro grupo a quem apliquei o treino de competências sociais. A avaliação realizada não se revelou útil para a implementação do treino, até porque o grupo era constituído por vários elementos que eram sinalizados de vários cursos de formação e que muitas vezes nem tinham grande interação ou relacionamento anterior. Porém, caso o treino fosse aplicado a um grupo turma/curso de formação na sua totalidade, acredito que poderia tornar-se numa boa ferramenta informativa. Finalmente, falta-me referir a utilização do Filme “Mentes Perigosas”, que serviu apenas para introduzir uma forma descontraída de compreender se os conteúdos estavam a ser apreendidos pelos formandos e se estes conseguiam identificar comportamentos desadequados e identificar a alternativa comportamental assertiva.

Antes da implementação do grupo de treino, todos os formadores foram envolvidos no projeto e convidados a estarem mais atentos e a poderem reforçar positivamente os comportamentos socialmente adequados que viessem a ser demonstrados pelos formandos. De forma unânime, todos os formadores valorizaram e reforçaram a necessidade e o valor de tal intervenção.

Realizando uma breve análise dos resultados obtidos, através do YSR, no pré teste, 5 dos 10 participantes obtiveram resultados compatíveis com problemas de comportamento. No pós teste, os resultados baixaram em 6 dos 10 participantes. Porém, quando avaliamos os resultados obtidos nos questionários dos formadores (TRF), verifica-se um aumento do número de casos com resultados significativos da primeira para a segunda aplicação. Ou seja, inicialmente apenas 3 formandos tinham resultados clinicamente significativos, para depois num segundo momento de avaliação, passaram a ser 6 formandos. No final constata-se que dos 10 participantes 4 diminuíram o número de comportamentos problemáticos e os restantes 6 aumentaram. Estes não eram os resultados esperados por mim.

Foi minha percepção que os formandos tinham aprendido novos conhecimentos do domínio social, na medida em que conseguiam mais facilmente identificar comportamento adequados e incorretos, mas apresentavam dificuldade em generalizar os conhecimentos adquiridos. Ou seja, ainda que estivesse a ser capaz de gerar mudança, também é crítico a generalização desses efeitos do tratamento (Matson et al., 1986), o que não aconteceu no âmbito deste treino. Michelson et al., (1983) que partilham a definição de Stokes e Baer (1977), reforçam a ideia de que para que uma mudança comportamental funcional seja eficaz deverá acontecer no decorrer de um longo período temporal, com outras pessoas, noutros contextos e disseminar-se por um determinado conjunto de comportamentos. É importante referir que este processo não acontece naturalmente, pelo que deverá ser programado numa situação de ensino (Michelson, et al., 1983). Fica assim identificada uma falha neste treino que foi a não programação da generalização para poder potenciar melhor os efeitos obtidos pelo treino. Vários estudos da área, identificam a generalização dos efeitos como uma dificuldade (Cramer & Horvath, 2003; DuPaul & Eckert, 1994; Marriage, Gordon, & Brand, 1995; Storebo, et al., 2012 in Beaumont et al., 2018). Um outro constrangimento por mim identificado foi sinalizado nos diferentes resultados obtidos do pré teste, para o pós teste, sendo que se constatou aumento de resultados clinicamente significativos, ao nível dos problemas de comportamento, quando o esperado seria uma melhoria de resultados, ou seja diminuição do número de comportamentos-problema. Ainda que os questionários sejam uma útil ferramenta de avaliação, estes implicam também alguns constrangimentos como: recordação defeituosa (faulty recall); má interpretação das perguntas; o efeito de halo; as escalas de classificação fornecem informações sobre os atuais níveis de comportamento e por isso podem não refletir a natureza contínua e dinâmica do comportamento (Brady, 1984), as classificações podem variar de acordo com a pessoa que completa a escala e, portanto, podem não fornecer uma representação precisa do comportamento social (Vener, et al., 2018). Também se sabe que as escalas de autorrelato apresentam baixos níveis de correlação com outras formas de avaliação e o seu preenchimento pode ser condicionado pela pressão social e pela capacidade de compreender e cumprir as instruções do sujeito que está a ser avaliado (Frankel & Feinberg, 2002 in Vener et al. 2018). Uma forma de ultrapassar esta limitação será cruzando os resultados de outros informadores, nomeadamente familiares/cuidadores ou seja, recolher os relatos de múltiplos informadores poderá ser uma boa estratégia de avaliação a ser utilizada (Vener et al. 2018).

Só passados mais alguns anos, após esta primeira experiência, entre 2007 e 2009 voltei a implementar grupos de treino de competências sociais, desta vez mais quatro. Em virtude das aprendizagens adquiridas na experiência anterior, tentei introduzir algumas melhorias: 1) aplicação de um novo programa, nomeadamente o Programa de Promoção de Competências Sociais (Silva, Alão, Alves, Sampaio, Carvalho & Matos, 1997), da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa, editado pelo Ministério da Educação e enquadrado no PPES – Programa de Promoção e Educação para a Saúde. Este programa foi desenvolvido para ser aplicado por professores com vista ao desenvolvimento de competências sociais em crianças e jovens e tinha como objetivo ser um instrumento para a prevenção do desajustamento social. Estava organizado em 3 grandes conteúdos: Comunicação não verbal; Treino Assertivo e Resolução de Problemas. Dentro de cada um destes 3 grandes grupos encontravam-se competências mais específicas; 2) redução do enquadramento teórico dos temas; 3) as sessões previam uma dinâmica mais funcional e com uma maior flexibilidade para acrescentar outras atividades que correspondessem mais aos interesses dos formandos e 4) foi utilizado um novo material de avaliação, a Escala de Avaliação de Competências Sociais de Matson (Messy). Mantive a duração das sessões (aproximadamente uma hora) e os Trabalhos para Casa (TPC) como estratégia de reforço e de treino das aprendizagens realizadas (para melhor compreensão da organização das sessões, ver o anexo 4).

Esta segunda aplicação de treinos de competências sociais foi dinamizada com 2 grupos entre Fevereiro e Dezembro de 2007 e um segundo conjunto de 2 grupos entre Janeiro de 2008 e Março de 2009. Mais uma vez a sinalização dos formandos foi feita pelos psicólogos que os acompanhavam no âmbito do seu percurso formativo. No final do treino, foi realizada uma sessão de avaliação, onde preencheram um breve questionário sobre o Treino e as sessões e também foi aplicada a Escala de Avaliação de Aptidões Sociais de Matson (Messy).

Os 4 grupos possuíam entre 5 a 9 formandos de ambos os sexos e o programa de treino de competências sociais utilizado foi sempre o mesmo. De uma forma geral, os formandos consideraram que as sessões foram boas, interessantes e úteis; consideraram que o tempo de duração foi adequado e valorizaram os momentos em que viram filmes, vídeos ou participaram em jogos. Consideraram que a participação foi importante porque aprenderam mais e isso era positivo bem como o poderem mudar comportamentos e atitudes. Acrescentaram ainda que incentivariam outros colegas a participarem nestas sessões. Nestes grupos não foi possível a aplicação rigorosa da escala de Matson, não existindo nalguns casos pré teste e noutros pós teste, pelo que não farei aqui uma análise detalhada dos resultados obtidos nos questionários.

Para além da vantagem associada ao número de pessoas que é alvo de intervenção em contexto de grupo, face a uma intervenção individual, é possível identificar uma outra vantagem que é igualmente referida em artigos científicos e que associo ao próprio contexto institucional, da Quinta da Conraria. O facto da intervenção grupal decorrer em contexto formativo, próximo ou similar ao contexto escolar, permite a identificação de benefícios adicionais uma vez que os participantes podem praticar as competências sociais com os indivíduos com quem normalmente interagem (colegas de turma/curso). Para além disso, permitem ainda que o treino ocorra no contexto no qual

a competência será naturalmente utilizada, com fácil acesso aos participantes que precisam de intervenção (considerando que a escola/formação funciona 5 dias por semana) e, por isso, há também mais hipóteses de fornecer mais rapidamente feedback sobre o desempenho relativamente às competências-alvo trabalhadas na sessão (C. Elliott et al., 2002; Plavnick et al., 2015 in O’Handley et al., 2016) aplicando as aprendizagens no seu contexto de dia a dia, com os colegas de curso. Outra vantagem que identifiquei com a utilização dos treinos no contexto institucional refere-se à recolha de relatos de outros informadores, nomeadamente figuras que interagem no dia-a-dia com os utentes na Quinta da Conraria, tais como formadores da área tecnológica, formadores de formação-base, elementos das equipas técnicas e figuras exteriores à Instituição, como familiares, responsáveis legais ou outros significativos. Esta informação permite melhor caracterizar o formando e o seu comportamento nos vários contextos em que se encontra integrado e sinalizar assim também pontos fortes e fracos que permitem delinear uma intervenção mais focada nas dificuldades e na potenciação de aspetos positivos que já tenha. Por último, gostaria de destacar o salto qualitativo que considero que foi dado ao mudar o programa de intervenção das competências para um programa que tinha integrado um treino de resolução de problemas. Na bibliografia consultada, vários autores destacam a importância da associação/combinção de técnicas, especialmente do modelamento com instrução de competências de perceção social, técnicas de autorregulação e competências de resolução de problemas sociais, pois produzem os efeitos de tratamento mais positivos (Spence, 2003, in Harrel et al., 2008). Consequentemente, esses elementos devem ser incluídos nos programas de treino de competências sociais a fim de maximizar a sua eficácia (Harrel et al., 2008). A integração de Treinos de Competências de Resolução de Problemas nos Treinos de Competências Sociais, baseia-se na perspetiva de que deficientes competências sociais resultam, em parte, de estratégias cognitivas inapropriadas que as pessoas aplicam (Urbain & Kendall, 1980, in Michelson et al. 1983). Os programas focam-se no desenvolvimento das várias etapas da resolução de problemas, para ajudar os sujeitos a criarem soluções alternativas para diferentes situações interpessoais. Vários estudos demonstraram que o treino de competências de resolução de problemas melhora o ajustamento social (Spivak et al. 1976, in Michelson et al., 1983). Um dos maiores objetivos do treino de resolução de problemas é fornecer uma estratégia que pode guiar o desempenho num variado conjunto de situações. Em vez de ensinar uma determinada resposta, o principal objetivo é ensinar uma superestratégia (Michelson et al., 1983). Os racionais dos treinos de competências de resolução de problemas, passam por desenvolver uma abordagem que gera respostas apropriadas a novas situações (Michelson et al., 1983)

Refletindo sobre a minha experiência na implementação de treinos de competências considero como aspetos positivos a constituição homogénea dos grupos em termos de diagnósticos, o equilíbrio entre o número de pessoas com mais e menos dificuldades e a extensão a apenas uma ou duas pessoas com quadros clínicos mais complexos. Ter participantes de ambos os sexos, revelou-se, na minha prática, uma mais valia, ainda que, por vezes, o número de elementos femininos fosse inferior ao que era desejado, pois a maior parte da oferta formativa existente é também mais direcionada para o

público masculino. Uma boa estratégia adotada foi ter mantido ao longo de todos os treinos a tarefa – TPC. Os trabalhos de casa, têm sido considerados um aspeto fundamental dos vários processos cognitivos baseados nas evidências dos programas de treino de competências sociais (Beaumont et al., 2017).

De destacar, ainda, que no primeiro treino implementado foram envolvidos os formadores dos participantes, essencialmente ao nível da avaliação formal, através de heterorrelato, o que permitiu sinalizar a manutenção ou alterações/modificações comportamentais. Também é importante, envolver outros significativos na intervenção a fim de ajudarem no processo de transferência de ganhos do contexto de tratamento para o contexto/ambiente natural. Para isso poderá ser necessário que os familiares ou pessoas de referência envolvidas possam também aprender formas alternativas de lidar com situações difíceis (Curran, 1979; Michelson et al., 1983). Teria sido muito útil o envolvimento de familiares ou principais figuras de referência nos grupos de treino. Porém, admito que teria sido muito complexa a concretização desta integração e com poucas probabilidades de se concretizar, uma vez que os treinos decorriam em horário formativo que coincide com a maior parte dos horários laborais dos pais/encarregados de educação ou representantes legais.

Ainda que não tenha sido possível implementar a generalização da melhor forma, foi importante para mim constatar que os participantes referiram terem gostado de participar nas sessões, reconheceram-lhes utilidade e sentiram que melhoraram alguns aspetos do seu comportamento social.

A partir de 2009, começaram a existir na Quinta da Conraria algumas limitações que se traduziram na alteração dos formatos de intervenção, nomeadamente: as limitações em termos de espaço, que implicavam alteração frequente dos horários de formação; a redução da possibilidade de retirada dos formandos do seu percurso formativo para intervenções e, mais tarde, em 2012, o aumento da escolaridade obrigatória, de 9 para 12 anos, entre outras. Estas alterações levaram à necessidade de se sinalizarem novos públicos com incapacidades e desta forma começa a verificar-se o alargamento para outro tipo de incapacidades e de quadros clínicos, que ganham maior consistência a partir de 2016, com a entrada em funcionamentos dos CRL.

Os formandos que passaram a integrar os cursos de formação apresentavam uma maior diversidade de diagnósticos que iam desde a perturbação do desenvolvimento intelectual, perturbação do espectro do autismo, perturbação do espectro da esquizofrenia, perturbações da personalidade, perturbações depressivas, perturbações da ansiedade até às perturbações relacionadas com abuso de substâncias.

Face a estas alterações em termos de quadros diagnósticos, que foram acompanhadas por um aumento da idade dos nossos utentes (transição de adolescentes e jovens adultos, para adultos), verificou-se a necessidade de adaptar a intervenção psicológica realizada, deixando-se de implementar intervenção em grupo e transitando para uma intervenção mais individual em contexto de consulta. Esta opção de intervenção decorreu do facto de se considerar que o contexto individual seria percebido como mais seguro e protetor e que facilitaria a possibilidade de alteração de

comportamental, sem esquecer as particularidades associadas aos vários quadros clínicos, cuja intervenção individual será mais adequada e desejável. Não obstante, mantiveram-se algumas estratégias de intervenção, nomeadamente, o modelamento, o role-play, o reforço positivo e a definição de trabalhos de casa. Para além destas, também se procurou incentivar a generalização das aquisições feita em contexto de gabinete para outros contextos dos quais destacaria a área de formação, o domicílio, ou o local de estágio, por exemplo.

Antes de me debruçar sobre o potencial de intervenção dos treinos de competências sociais com os adultos, gostaria de destacar a importância desta intervenção junto das crianças, essencialmente porque crianças menos bem aceites socialmente, apresentam dificuldades ao nível da saúde mental em adulto (Cowen, et al., 1973; Kohn & Clausen, 1955; Roff, 1970 in Gresham & Lemanek, 1983). Ou seja, um bom desenvolvimento social em criança permitirá um melhor ajustamento psicológico na fase adulta (Gresham & Lemanek, 1983). De facto, da minha experiência profissional, constato através da entrevistas que realizo que muitos dos adultos com os quais trabalho, apresentam muitas dificuldades decorrentes das falhas ao nível do seu funcionamento social em crianças e que depois se foram mantendo e agravando ao longo do seu percurso de vida.

Também já destaquei anteriormente, que as dificuldades ao nível do funcionamento social são identificadas em vários quadros clínicos, nomeadamente ansiedade, depressão, esquizofrenia e nas adições que integram alguns dos quadros clínicos com que trabalho no meu dia a dia. Um adulto que apresente dificuldades significativas na área social, experiencia muitas vezes ansiedade social e baixa autoestima e pode, conseqüentemente, vir a desenvolver uma depressão. Estas reações podem também comprometer a sua competência social formando-se, deste modo, um ciclo vicioso (Brady, 1984). Por outro lado, muitas pessoas que apresentam competências sociais adequadas podem numa determinada fase da sua vida, perdê-las ou falhar na sua aplicação quando desenvolvem uma perturbação psiquiátrica. Isto é especialmente verdade nos indivíduos deprimidos, cuja redução no discurso e outros comportamentos sociais resultam muitas vezes em menor reforço social e, conseqüentemente, num agravamento dos sintomas que constituem o quadro depressivo. Níveis intensos de ansiedade social podem impedir o uso de competências sociais, mesmo daquelas que anteriormente, faziam parte do repertório comportamental do indivíduo (Brady, 1984). Também na perturbação do espectro da esquizofrenia, os défices acentuados nas competências sociais podem ilustrar a relação entre doença mental e incompetência social. Neste quadro clínico assim como noutros, as manifestações “não sociais” da patologia levam ao afastamento de familiares e amigos e interferem com as oportunidades de socialização da pessoa. Isto poderá resultar num aumento da rejeição social e do isolamento e do agravamento das manifestações somáticas da perturbação (Brady, 1984).

Face a estas evidências justifica-se a intervenção no âmbito das competências sociais nos vários quadros clínicos com os quais realizo intervenção.

## **2.2 – Aplicações clínicas dos treinos de competências sociais:**

### 2.2.1 Nas perturbações de ansiedade:

Como já referimos anteriormente, Wolpe, (1958), foi o primeiro autor a fazer referência à assertividade como estratégia de tratamento para a ansiedade. Outros estudos se seguiram (Hollandsworth, 1976; Morgan, 1974; Orenstein, Orenstein & Carr, 1975; Percell, Berwick & Beigel, 1974; Sturgis, Calhoun & Best, 1979 in Speed, et al., 2017), demonstrando que as dificuldades na assertividade estão associadas com a ansiedade e em especial com a ansiedade social. Pachman & Foy (1978) conduziram um estudo com pacientes alcoólicos masculinos e descobriram uma forte correlação negativa entre assertividade e a ansiedade. Ainda que pessoas socialmente ansiosas possam muitas vezes apresentar dificuldades ao nível da assertividade, através da adoção de comportamentos de submissão ou de evitamento (Hofman, et al., 1997; Walters & Hope, 1998; Speed, et al., 2018), existe também a evidência de que a ansiedade social está positivamente associada com a raiva e hostilidade e desta forma, a assertividade poderá ser benéfica na redução dos níveis de raiva nestes sujeitos (Allan & Gilbert, 2002; Novaco, 1976, in Speed, et al., 2017). Por outro lado, há evidência científica (Hedquist & Weinhold, 1970; Hoffman, et al., 1977; Percell, et al., 1974; Warren, 1977; Workman, et al., 1986 in Speed, et al., 2017) de que o treino assertivo é um tratamento eficaz na redução dos sintomas ansiosos.

### 2.2.2 Nas perturbações depressivas:

Dos primeiros estudos realizados ao nível da depressão resultou que quer ao nível comportamental, quer ao nível cognitivo, as pessoas deprimidas têm dificuldade em serem assertivas. Para além disto, os défices de competências sociais que estas pessoas apresentam têm origem nas interações que não são reforçadas e percebidas como défices no apoio social (Coyne, 1976; Lewinsohn, et al., 1985; Segrin & Abramson, 1994; Windle, 1992 in Speed, et al., 2017). Ainda sobre a assertividade, um nível baixo desta competência parece ser preditor do aumento da sintomatologia depressiva, sugerindo que a assertividade pode ser um componente etiológico para a depressão (Ball, Pollack, & Rosenbaum, 1994; Sanchez, Lewinsohn, & Larson, 1980 in Speed, et al., 2017). Hayman e Cope, em 1980, demonstraram que mulheres deprimidas que tinham integrado grupos de treino assertivo, evidenciaram de forma significativa um aumento na sua assertividade e que esses ganhos foram mantidos ao longo de 8 semanas em follow-up; Num outro estudo compararam a eficácia do treino assertivo com a psicoterapia no tratamento da depressão e os resultados demonstraram que após um mês em follow-up o grupo do treino assertivo apresentava um maior autorrelato iniciar comportamentos assertivos quando comparados com o grupo da psicoterapia. Para além disso, o grupo que recebeu o treino assertivo (Sanchez et al., 1980 in Speed, et al., 2017), em comparação com o grupo da psicoterapia tradicional, experienciou uma redução significativa da sintomatologia depressiva, sugerindo que o treino assertivo apresentaria maiores benefícios do que a psicoterapia tradicional (Sanchez et al., 1980 in Speed, et al., 2017). De uma maneira geral, ao comparar-se a eficácia do treino assertivo a outros tratamentos, verifica-se que embora o treino assertivo seja, de

uma forma genérica, efetivo no aumento dos comportamentos assertivos e diminuição dos sintomas depressivos, a sua eficácia é essencialmente igual a outras formas de tratamento para a depressão (Rehm, et al., 1979; Rude, 1986; Zeiss, et al., 1979 in Speed, et al., 2017). Outros estudos revelaram que os treinos de competências sociais que inicialmente envolvam treinos de assertividade são mais eficazes quando comparados com grupos de controlo, mas não diferem de forma significativa em termos de eficácia quando comparados com outras intervenções psicoterapêuticas (Speed, et al., 2017).

### 2.2.3 Nas perturbações do espectro da esquizofrenia:

A investigação tem demonstrado que indivíduos diagnosticados com esquizofrenia crónica, especialmente os que experienciam sintomas negativos, evidenciam défices no reconhecimento de emoções e nas competências cognitivas e sociais, incluindo assertividade (Speed, et al., 2017). Algumas investigações demonstraram que grupos de treino assertivo quando comparados com grupos de controlo (contexto de intervenção hospitalar normal) revelaram melhorias significativas nos índices relativos ao autorrelato e índices comportamentais de ansiedade e comportamento assertivo em pacientes com doença mental crónica. Revisões da literatura, apresentadas por Speed, et al., (2017), indicam que o treino de competências sociais pode, de uma forma geral, beneficiar sujeitos com esquizofrenia e doença mental grave. Num estudo comparativo realizado por, Lee et al. (2013) cujos destinatários eram pessoas com esquizofrenia, ficou demonstrado que o grupo de treino assertivo apresentou melhorias significativas face a um grupo de apoio terapêutico, nos seguintes aspetos: melhoria significativa do comportamento assertivo; diminuição da ansiedade social, aumento dos autorrelatos de satisfação com a comunicação interpessoal, imediatamente após o tratamento e no subsequente follow-up que decorreu ao longo de 3 meses (Speed, et al., 2017). Num outro conjunto de estudos realizados por Eisler, et al. (1973, 1974) com pacientes psiquiátricos, ficou demonstrado que a estratégia de modelamento permitiu a uma melhoria significativa de muitos dos componentes da assertividade avaliada pelo “Behavioral Assertiveness Test”. Este estudo sugere, ainda, que a mera exposição repetida a uma situação difícil, não influencia, por si só, a falta de assertividade nestes pacientes. Outros estudos referem que estratégias de treino de competências sociais como o modelamento e treino comportamental, trazem mudanças substanciais em comportamentos-alvo. A prática da assertividade e outras competências sociais na ausência de instruções ou modelamento não levam a mudanças comportamentais significativas em pacientes psiquiátricos. No entanto, existe uma pequena evidência de generalização não programada dos efeitos do tratamento (Brady, 1984).

Fica assim demonstrada a eficácia dos treinos de competências sociais em vários quadros clínicos, reforçando a sua multiplicidade de aplicações e dando suporte ao trabalho que tenho concretizado ao longo destes anos de intervenção psicológica.

### **2.3 - Principais metodologias de avaliação utilizadas no âmbito do treino de competências sociais**

Ao nível da avaliação das competências sociais, podemos considerar vários formatos. Seguidamente, passarei a apresentar as estratégias que por mim são utilizadas e igualmente validadas pela literatura científica, como sendo algumas das mais adequadas. Caracterizarei a observação direta; as escalas e questionários de avaliação e as entrevistas.

#### 2.3.1- Observação direta

No âmbito das competências sociais, a observação direta deverá ser o método privilegiado ao nível da recolha de informação, preferencialmente no ambiente natural do sujeito, ou em situações simuladas (Bellack, et al., 1979; Brady, 1984; Elksnin & Elksnin, 1995; Matson et al., 1986; Michelson, et al., 1983). Para que tal seja possível, deverá ser operacionalizado o comportamento a ser observado, devendo-se proceder ao seu registo sempre que o comportamento for observado. Uma das vantagens associadas a este tipo de observação é que se torna possível a recolha de informação sobre o comportamento, uma vez que está a ser observado num contexto de interação (Whitcomb & Merrell, 2013 in Verner et al., 2018). Para além destas informações ainda é possível conhecer quais as condições em que o comportamento ocorre e que poderão ser, posteriormente, úteis na construção da intervenção. Porém este método também implica desvantagens, como por exemplo: a) o desvio do observador, patente na tendência que este tem para se ir afastando lentamente da definição operacional do comportamento (Kazdin, 1981; Merrell & Gimpel, 2014 in Verner et al., 2018); b) a reatividade ao observador, traduzida na mudança comportamental que ocorre pela simples presença do observador (Merrell & Gimpel, 2014 in Verner et al., 2018); c) para além destas dificuldades, (Merrell, 2001 in Verner et al., 2018) acrescentou mais quatro preocupações que se devem ter presentes quando se realizam observações comportamentais diretas (tempo de preparação; anotação incorreta levando a conclusões erradas; as expectativas do observador podem interferir no registo e o número elevado de observações até se poderem tirar conclusões válidas) e as respetivas soluções: é possível reduzir-se o número de efeitos negativos da observação tentando fazer uma observação secreta, utilizando para tal um pequeno contador de golfe (Haynes & Horn, 1982; Mayer, et al., 2012 in Verner et al., 2018); reduzir a obstrução dos observadores e estímulos à recolha dados, através da diminuição das interações entre os observadores e os sujeitos e, finalmente, a observação deverá privilegiar um tempo inicial que permita ao sujeito adaptar-se à presença dos observadores, antes do início das observações formais (Verner et al., 2018).

Ainda que se deva privilegiar a observação em ambiente natural, a forma mais frequentemente utilizada é a observação de sujeitos em situações sociais simuladas de role-play.

Devo aqui fazer uma breve anotação porque desde que trabalho na APCC considerei que uma das mais valias do contexto institucional era o facto de permitir observar os formandos em vários contextos, por exemplos, na área de formação, nos momentos de intervalo, durante a hora do almoço ou mesmo em contexto de sala de aula. Claro que após a recolha desta informação era possível incorporá-la ao nível da intervenção e acompanhar depois a evolução, essencialmente naquele

contexto. Para mim, a observação continua a ser ainda hoje uma ferramenta essencial no âmbito da minha intervenção técnica e que em associação a outras estratégias de avaliação/intervenção permitem ir melhorando ou corrigindo a intervenção e recolhendo feedback para dar continuidade à intervenção.

### 2.3.2 Escalas e questionários de avaliação

A utilização de escalas de avaliação também tem sido amplamente incentivada, nomeadamente por autores como Bellack, et al., (1979); Elksnin & Elksnin, (1995), Matson et al., (1986); Cividini-Motta et al., (2018).

Dentro de um conjunto de possibilidades de utilização foram destacados na literatura revista e, igualmente por mim utilizados, os Questionários de Comportamento de Achenbach (1991), nas suas versões de autorrelato (Youth Self-Report – YSR – (Achenbach & Edelbroke, 1981); Inventário de problemas de comportamento para crianças e adolescentes), avaliação por pais (Child Behavior Check List – CBCL Achenbach & Edelbroke, 1983; na Versão Portuguesa- Inventário do Comportamento da Criança para Pais – ICCP) e avaliação pelos professores (Teachers Report Form – TRF Achenbach & Edelbroke, 1984); Inventário de comportamentos da criança para professores). Uma das desvantagens que identifiquei na aplicação prática destes questionários estava associada ao facto de serem muito extensos (cerca de 120 itens nos três formatos. Porém, reconheço que a sua aplicação conjunta permite o cruzamento de informações, que foi o que tentei fazer no primeiro treino, cruzando as informações do questionário de autorresposta com os do formador, para além de permitir recolher informação relativa aos comportamentos do indivíduo em várias áreas como a participação em desportos, passatempos, trabalhos, interações sociais, desempenho escolar entre outros. Também permite a avaliação de um conjunto de problemas de comportamento (problemas específicos de comportamentos e/ou perturbações emocionais), (Fonseca, et al., 1994; Fonseca, et al., 1995; Fonseca & Monteiro, 1999)

Alguns anos mais tarde, tomo conhecimento da “Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters” (MESSY) de Matson (1983). A Escala de Avaliação de Competências Sociais de Matson, possui uma versão de autorresposta e uma de hetero-resposta destinada a professores. Em Portugal, a tradução e adaptação são da autoria de Pinto Gouveia e Margarida Robalo. Estas escalas podem ser aplicadas a crianças e jovens entre os 4 e os 18 anos. Outros autores também destacam a possibilidade de avaliação com esta escala tais como Matson et al., (1986) e Verner et al. (2018). Comparativamente com as Escalas de Achenbach, a Escala de Avaliação de Competências Sociais de Matson tem um foco mais específico e uma linguagem e formulação das questões mais apropriadas às faixas etárias com as quais trabalhava à data. Por outro lado, reconheço que se perdiam outras informações, nomeadamente informações comportamentais adicionais que poderiam complementar o perfil do formando. Não apliquei a versão para professores, mas considero que poderia ter sido uma mais valia na tentativa de confrontar os resultados de autorrelato e heterorrelato, com os grupos em que avaliei com esta escala.

Considerando que alguns dos sujeitos que foram por mim avaliados e que integraram os grupos de treinos de competências sociais possuem incapacidade intelectual, gostaria de destacar também outras escalas que, ainda que não tenham sido criadas com o propósito específico de fazer avaliação de competências sociais, englobam na sua constituição avaliação comportamental de nível social que nos permite melhor caracterizar os sujeitos. Refiro-me, em particular, às escalas de comportamento adaptativo, entre as quais gostaria de destacar duas, nomeadamente a *Adaptive Behavior Scale (ABS) Escala de Comportamento Adaptativo Residencial e Comunitário, ABS – RC:2* (2ª edição), criada pela AAMR, hoje AAIDD, que tinha uma subescala com questões de nível residencial ou comunitário e a *Escala de Comportamento Adaptativo de Vineland*, segunda edição (*Vineland-II; Sparrow, et al., 2005*). O principal objetivo da primeira escala era conhecer o nível de funcionamento do indivíduo nas várias componentes/domínios da sua vida (comportamento adaptativo). Dentro desta escala, existem alguns domínios específicos que nos permitem identificar o perfil de funcionamento do sujeito ao nível do comportamento social; envolvimento social e comportamento social inapropriado. Para além desta análise ainda é possível ter elementos que depois permitiam fazer uma leitura ao nível de um fator de ajustamento social. Claro que a leitura a ser realizada, face à falta de dados estatísticos portugueses, será mais qualitativa mas, ainda assim, permite a sinalização de comportamentos adequados e inapropriados, que depois podem ser depois alvo de intervenção. Esta escala pode ser preenchida em formato de entrevista, através de observação ou ainda com recurso a outros informadores significativos.

À semelhança do que acontecia na ABS, a *Vineland -II* inclui um formulário de entrevista ao cuidador, um formulário de classificação do cuidador, um formulário expandido de entrevista e um formulário de classificação de professor. Todos avaliam as mesmas capacidades, mas com esta variabilidade de formatos é possível identificar o principal contexto que se pretende avaliar e recorrer ao principal informador. Para o nosso interesse ao nível das competências sociais, esta escala apresenta uma área de socialização, que é subdividida em 3 principais aspetos: as relações interpessoais, jogos e lazer e regras sociais. Mais uma vez, com as respostas dadas aos vários itens podemos retirar informação que nos permite sinalizar onde se encontram os défices e quais os comportamentos que beneficiam de intervenção (Cividini-Motta et al., 2018).

### 2.3.3 Entrevista

A entrevista tem sido um dos principais métodos de avaliação utilizado, tanto na psicologia como na psiquiatria (Bellack & Hersen, in press, Matarazzo & Wiens, 1972 in Bellack et al. 1979). Ainda que estejamos conscientes de que é um método suscetível a enviesamentos, é muitas vezes a única forma de recolher informação significativa. Quando o sujeito vem para a entrevista traz consigo mais informação sobre si próprio do que qualquer outra pessoa (Bellack et al., 1979). No entanto, quando nos focamos, exclusivamente, ao nível das competências sociais, a entrevista é uma ferramenta útil para a recolha de vários tipos de informação relevante, como a história interpessoal (compreende a atual e anterior história das interações do sujeito com outros) e dados de observação informal (Bellack & Hersen, 1978 in Bellack et al., 1979). Na história interpessoal é importante avaliar a

qualidade, quantidade e forma dos comportamentos interpessoais, desde a adolescência até ao presente; realizar a contagem semiobjetiva da natureza e frequência dos vários tipos de interações sociais, (i.e. história de namoros; padrões de amizades; capacidade para lidar com vários problemas interpessoais; participação em atividades sociais; avaliar os padrões de comportamento interpessoal familiar), pois podem fornecer pistas sobre o curso da disfunção e, finalmente, recolher dados relativos à avaliação subjetiva do sujeito quanto ao seu comportamento nos encontros interpessoais (Bellack et al., 1979).

Ao se constituir como um espaço de encontro interpessoal, a situação de entrevista possibilita a observação do comportamento do paciente, o que em muito enriquece a informação prestada verbalmente. Não obstante, o contexto da entrevista pode ser demasiado específico e por isso o comportamento do entrevistado poderá não ser representativo do comportamento noutras interações, pelo que os resultados devem ser interpretados com cautela (Bellack, et al., 1979).

Reconhecemos que a entrevista é uma fonte de informação, porém, os dados por ela produzidos têm frequentemente associados um certo grau de incerteza, daí que uma possível solução poderia ser a utilização de guiões estandardizados de entrevista específicos das competências sociais (Kiesler, 1975 in Bellack, et al., 1979), bem como a sua gravação para posterior análise do comportamento do entrevistado.

A entrevista pode também ser conduzida junto dos sujeitos ou pessoas próximas significativas, estabelecendo-se assim, um bom ponto de partida para a recolha de informação junto do sujeito. Na impossibilidade de se entrevistar o sujeito pode-se optar por entrevistar os pais, membros da família ou professores/formadores ou outros significativos do sujeito e pedir que descrevam as competências sociais do sujeito e forneçam informações específicas sobre os acontecimentos que envolvem determinado comportamento. Para além disto, estas entrevistas são igualmente importantes porque possibilitam a hipótese de recolha de informação adicional que facilita depois na construção do plano de intervenção e, ao mesmo tempo, permite avaliar a possibilidade de outras pessoas significativas poderem vir a integrar esse mesmo plano, colaborando assim na mudança comportamental do sujeito (Cooper et al., 2007 in Verner et al., 2018).

Devo, igualmente, reportar a entrevista, como mais uma estratégia de avaliação que implemento em primeiro lugar sempre que inicio o processo de avaliação de um candidato, e é provavelmente a atividade de avaliação que dura mais tempo; posteriormente, já no acompanhamento psicológico dos formandos, serve, num primeiro momento da minha intervenção, para começar a estabelecer uma relação terapêutica com o formando, no caso de não o ter avaliado anteriormente, no âmbito das minhas funções ao nível da avaliação de candidatos no CRL. Se constatar que já foi anteriormente avaliado por mim, esta nova entrevista serve para aprofundar alguns detalhes ou informações que possam não ter sido anteriormente recolhidas. A entrevista pode, ainda, ser influenciada, tal como o preenchimento de questionários, por algum grau de desejabilidade social entendida como a tentativa dos sujeitos atribuírem a si mesmos atitudes ou comportamentos socialmente desejáveis e para rejeitarem em si próprios a presença de atitudes ou comportamentos socialmente indesejáveis, quando respondem aos questionários ou a perguntas nas entrevistas. Assim, algumas pessoas dão

respostas em função do que consideram ser o mais correto, aceitável ou desejável, de forma a satisfazerem as suas necessidades de aprovação social e manifestarem comportamentos que se encontram alinhados com as normas e os valores culturais do meio onde se encontram integrados (Crowne & Marlowe, 1960; Marlowe & Crowne, 1961). Para permitir a sua identificação é possível a utilização de escalas de avaliação com a Escala de Desejabilidade Social de 20 itens (EDS – 20) e a escala de Mentira do Questionário de Personalidade de Eysenck (EPQ/EPQ-R; Eysenck, Eysenck, & Barrett, 1985). Ambas integram a bateria de avaliação utilizada na avaliação psicológica dos candidatos, no Centro de Recursos Local.

#### 2.3.4 Breves conclusões quanto às formas de avaliação:

A maior parte dos investigadores (Brady, 1984; Matson, et al., 1986; Michelson, et al., 1983), concorda que a combinação de instrumentos diversos de avaliação permite uma análise mais compreensiva do sujeito e do seu funcionamento nos vários contextos de vida. Por outro lado, a avaliação não deverá só focar-se na medição das competências sociais, mas também incluir medidas mais gerais de avaliação do bem-estar psicológico, para além de outras que possam estar associadas à melhoria de uma determinada perturbação ou de outro diagnóstico associado, como depressão ou perturbação do comportamento, sendo que estas são de importante avaliação primária (Brady, 1984). As avaliações que medem o comportamento social cumprem várias funções. Para além de permitirem uma descrição e identificação dos pontos fortes e fracos do sujeito, permitem também a identificação de respostas específicas, dimensões e condições ambientais envolvidas no comportamento-problema contribuindo, assim, para melhor definir um programa para a intervenção. De acrescentar, ainda, que as avaliações também possibilitam prever um resultado posterior, ou seja, apoiar na decisão da necessidade e intensidade da intervenção e na classificação ou diagnóstico do sujeito (Verner et al., 2018).

De facto, revejo-me completamente nesta abordagem e é nela que me tento focar diariamente no meu trabalho com os formandos. Quanto mais informações recolhermos, das mais variadas fontes, melhor caracterizamos as dificuldades dos formandos, o que permite delinear uma intervenção mais ajustada aos comportamentos e competências que necessitam de ser corrigidas, tornando mais fácil a avaliação do impacto da intervenção.

De seguida passarei a apresentar as principais estratégias comportamentais que integram o treino de competências sociais em grupo e ao mesmo tempo destacarei também quais as que utilizo no âmbito da minha intervenção atual, numa ótica mais individualizada da intervenção (o modelamento, o role-play, o reforço positivo e a definição de trabalhos de casa).

## **2.4. Procedimentos de implementação**

A maior parte dos procedimentos utilizados no treino de competências sociais são similares aos utilizados na alteração ou modelamento de outros tipos de comportamentos, na ótica da tradicional

modificação comportamental (Brady, 1984), ou como Bandura (1969) destaca mais não seria do que seria um conjunto de técnicas incluindo o treino comportamental; modelamento, instruções, feedback, reforço, procedimentos de auto-monitorização e prática in vivo. Ainda que estas técnicas sejam os componentes mais utilizados nos pacotes de treinos de competências sociais, a maior parte dos estudos usa apenas uma parte deles (Curran, et al., 1979).

De seguida passarei a identificar e caracterizar as principais estratégias de modificação comportamental que utilizava no treino de competências sociais e as que utilizo no âmbito da minha intervenção individual:

a) Modelamento – Se por um lado as instruções são importantes na primeira fase para a descrição do comportamento necessário, o modelamento fornece exemplos diretos do comportamento social. O “treinador” serve de modelo e demonstra como o comportamento deve ser executado. De destacar, ainda, que é preferível a utilização de modelos vivos à utilização de modelos em vídeos ou filmes, porque os primeiros fornecem maior flexibilidade. Esta estratégia “in vivo” permite um maior acesso a informação do que apenas a componente verbal das instruções poderá transmitir (Michelson, et al. 1983). Michelson e colaboradores (1983) referiram-se, ainda, a vários estudos que demonstraram a eficácia do modelamento no desenvolvimento de competências sociais e constataram que a utilização de vários ou múltiplos modelos que executam o comportamento desejado é mais eficaz no que a utilização de apenas um. E se, por acaso, o observador se considerar similar ao modelo, os ganhos serão ainda maiores do que no caso de se considerar diferente. Observar um ou mais modelos de seguida e depois treinar traduz-se em resultados mais positivos do que só observar os modelos. Normalmente ambas as estratégias de modelamento e treino estão integradas nos pacotes de treino de competências (Michelson et al., 1983).

b) Treino comportamental (prática guiada e role-playing) – depois da informação e dos exemplos transmitidos, a pessoa deverá ensaiar/treinar a competências adequada; dependendo do tipo de competência sinalizada, severidade do défice, idade e competência da pessoa, o treino poderá focar-se na particularidade concreta de um comportamento, como o contacto ocular ou postura, ou eventualmente respostas mais complexas, como associar respostas verbais e não verbais na elaboração de uma resposta assertiva (Michelson, et al. 1983). É de extrema importância que o sujeito pratique as competências aprendidas na sessão antes de as experimentar na sua vida diária. A pesquisa indica que o ensaio/treino comportamental facilita a codificação, memória e recuperação de etapas da competência e aptidão (King & Kirschenbaum, 1992 in Beaumont et al., 2018). O ensaio/treino comportamental é um processo de ensino estruturado que envolve o instrutor ou outros membros do grupo, desempenhando o papel de personagens num cenário específico, enquanto o sujeito finge ser ele mesmo. O sujeito poderá também desempenhar papéis diferentes para melhorar suas aptidões de tomada de perspectiva. Neste caso, pode ser útil introduzir a interpretação por meio de jogos simples ou um jogo de tabuleiro que envolve elementos de dramatização, como o Socially Speaking Game (Schroeder, 2003). As dramatizações permitem a prática de competências "in vivo" e acabam por permitir a participação ativa no treino, de forma divertida. No entanto, como todas as

técnicas de ensino anteriormente referidas, não é recomendado a utilização desta técnica de forma isolada (Beaumont et al., 2018)

c) Feedback e autoavaliação – Consiste na partilha de informação sobre a qualidade da execução da resposta. A informação recebida é depois incorporada, estabelecendo-se como linha de base para o novo treino da resposta. O feedback pode ser novamente seguido de modelamento e depois novamente treino (Michelson, et al. 1983); O feedback poderá ser positivo através de um elogio, aprovação ou recompensa concreta (Beaumont et al., 2018). Se este for construtivo ajuda a moldar o comportamento e permite que os sujeitos possam desenvolver uma maior autoconsciência das suas aptidões sociais fortes e competências que ainda precisam de ser melhoradas (Beaumont et al., 2018). Este feedback poderá ainda ser melhorado, no caso de ter sido filmada a dramatização e depois poder-se assistir com o sujeito. A filmagem pode depois ser analisada individualmente ou em grupo (Beaumont et al., 2018). Das investigações realizadas, constata-se que o impacto do feedback é maior quando este é fornecido logo após a competência ter sido concretizada; para além disso, deve ser específico e concreto, com ênfase no positivo e dá informações sobre o desempenho para permitir a reestruturação em desempenhos futuros (Kazdin, 2001 in Beaumont et al., 2018). Por outro lado, também se deve encorajar os sujeitos a realizarem a autoavaliação do seu desempenho seja em contexto de sessão, seja depois no seu contexto natural e vão ganhando assim uma maior consciência sobre o seu comportamento atual e de que forma interfere com os outros (Matson et al., 2018). Esta é uma outra estratégia que vou utilizando na minha prática diária nos atendimentos. Após a concretização do role-play é dado feedback sobre o desempenho do formando e identificados os aspetos a melhorar e voltamos a repetir novamente.

d) Reforço Social – refere-se ao processo pelo qual as respostas de um sujeito aumentam em frequência porque são seguidas por uma recompensa ou acontecimento favorável. O principal objetivo de qualquer treino de competências sociais é aumentar a frequência de um conjunto de comportamentos sociais apropriados. E para que isso aconteça é importante que as respostas adequadas sejam seguidas de conseqüências positivas reforçadoras, como por exemplo: atenção ou aprovação; pontos token que podem ser trocados por outras recompensas; privilégios ou atividades. De acrescentar, ainda, que o reforço deve ser dado logo a seguir ao comportamento social desejado ter ocorrido. O reforço imediato é o melhor. Este deve acontecer especialmente durante o processo de desenvolvimento do novo comportamento, começando numa perspectiva de reforço contínuo, ou seja, sempre que o comportamento adequado é evidenciado, passando depois para intermitente, ou seja de vez em quando o comportamento adequado é reforçado. Os comportamentos desenvolvem-se mais rapidamente quando o reforço é contínuo (Michelson et al., 1983). Mais uma estratégia que utilizo diariamente na minha intervenção diária e que faço especialmente questão de utilizar sempre que identificamos um comportamento para generalizar. Através de observação direta apercebo-me da aplicação da competência trabalhada no atendimento e reforço o comportamento junto do formando, no sentido de aumentar a sua frequência.

Em suma, na organização de um treino de competências sociais e na tentativa de maximizar os efeitos positivos, devem ser privilegiadas várias combinações de estratégias (para mim a principal combinação inclui o modelamento; treino comportamental com feedback; reforço positivo e depois potenciar a generalização para outros contextos); o treino deverá ser conduzido até o sujeito executar a competência a um nível elevado; praticar a competência fora das sessões de treino aumenta a duração e a generalização dos efeitos do tratamento. Isto é estimulado diariamente e é possível verificar-se em contexto institucional a aplicação ou não da competência. Finalmente, é importante a utilização de trabalhos de casa para facilitar a aplicação das competências noutros contextos que não o do gabinete ou o contexto institucional, nomeadamente no seu contexto “natural” e finalmente a possibilidade de se incorporarem pessoas significativas no programa, que continuo a ver como um dos principais obstáculos à generalização, como pais, professores ou colegas, pois muitos dos formandos são já adultos, não possuindo qualquer retaguarda familiar, ou então estão incompatibilizados com as suas famílias, com quem não falam há muitos anos (Michelson et al., 1983).

No decorrer do processo de elaboração desta tese fui-me confrontando com outra evidência, a de que apesar de ter iniciado a implementação de treinos de competências sociais em grupo em 1997, hoje, ano de 2020, constato que na sua essência os fundamentos da intervenção mantêm-se e as metodologias também. Ou seja, verifica-se uma estabilidade ao nível da intervenção, demonstrando que o treino de competências sociais está citando Mueser e Bellack (2007), “alive and well”. Isto também é reforçado pela evidência científica que refere que a atual 3ª geração das terapia cognitivo comportamentais, têm revisitado terapias que foram utilizadas na 2ª e 1ª geração e como resultado redescobrem aspetos que anteriormente já tinham sido sinalizados (Dimidjian et al., 2016 in Speed et al., 2017). Um exemplo disto que acabamos de referir verifica-se ao nível da recuperação dos treinos assertivos e dos treinos de competências sociais que deixaram de ser utilizados em prol de outras estratégias de intervenção, especialmente farmacológicas (Gooldfried, 2000 in Speed et al., 2017), quando sabemos que estes treinos podem funcionar como estratégias de tratamento transdiagnósticos autónomos e clinicamente relevantes para o uso no tratamento das perturbações da DSM (Hershenberg & Goldfried, 2015 in Speed, et al. 2017). Ou seja, a investigação demonstrou que os treinos de competências sociais continuam a ser uma boa ferramenta de trabalho de alcance transdiagnóstico, demonstrando a sua versatilidade e atualidade e, por outro lado, reforçando que os défices de competências sociais são comuns a vários quadros clínicos e que deverá sempre perspetivar-se intervenção a este nível (Speed, et al. 2017).

Como já referimos anteriormente, pessoas que não apresentem défices ao nível das competências sociais, ao desenvolverem psicopatologia numa determinada fase da sua vida podem vir a apresentar dificuldades neste domínio (por exemplos na depressão) e mais uma vez se justifica a intervenção ao nível das competência sociais. Por outro lado, as competências sociais são, igualmente, um bom indicador do funcionamento social, qualidade de vida e ajustamento comunitário (Bellack, Morrison, Mueser, Wade, & Sayers, 1990; Bellack, Morrison, Wixted, & Mueser, 1990 in Mueser, & Bellack,

2009), pelo que fica aqui também reforçada a necessidade de manter esta área de intervenção junto das pessoas. Considerando que as relações interpessoais são uma importante dimensão da qualidade de vida, o treino de competências sociais é atualmente a intervenção mais robusta para auxiliar as pessoas a desenvolverem relações interpessoais mais significativas e recompensadoras e, conseqüentemente, promover a integração social na comunidade (Mueser & Bellack, 2009).

Finalmente, gostaria ainda de destacar algo que se tem vindo a revestir de especial valor desde que iniciei o meu percurso profissional e que na concretização deste tese se tornou mais evidente, a necessidade de estabelecer uma boa relação terapêutica e o potencial de modelação por parte do terapeuta. Quando nos focamos numa intervenção mais individualizada o destaque para o terapeuta ganha uma nova dimensão e, conseqüentemente, a relação que é estabelecida com o cliente adquire também maior impacto (Ferreira & Machado, 2016). Sabemos que ainda nos dias de hoje a relação terapêutica se mantém como um significativo agente de mudança (Baldwin, Wampold & Imel, 2007; Castonguay, et al., (2010); De Bolle, Johnson & De Fruyt, (2010); Safran & Kraus, 2014 in Ferreira & Machado, 2016). Portanto, a intervenção focada na relação (relationally focused intervention) de Safran (1990), ganha a meu ver, um valor acrescido ao nível da intervenção. Esta teoria suporta-se em dois outros autores: Sullivan (1956) e Bowlby (1973). Sullivan partilhou a sua visão da importância das interações sociais, destacando inclusive que não era possível compreender uma pessoa sem se ter em consideração o contexto onde esta se encontra inserida, pois as nossas interações acabavam por moldar as perceções individuais e as dos outros (Ferreira & Machado, 2016). No entanto, ainda que distintas, as teorias destes dois autores tocam-se, essencialmente nos aspetos da formação e manutenção, ao longo da vida, de esquemas relacionais (interpessoal) e de modelos internos (vinculação), reforçando que quando estes esquemas surgem de experiências de interação e contextos positivos, desempenham um papel fundamental no processo contínuo do desenvolvimento adaptativo. Mas se os contextos e as interações neles ocorridas forem adversas, poderão formar-se processos de vinculação insegura ou desorganizada, (especialmente com cuidadores principais), que podem culminar em padrões relacionais disfuncionais (Ferreira & Machado, 2016). Serão nestes padrões cognitivos e interpessoais negativos que Safran se foca no desenvolvimento da sua teoria apelidando-os de “ciclos cognitivos interpessoais” (Safran & Segal, 1990; Safran & Muran, 2000; Safran, Muran & Proskurov, 2009; Muran, et al., 2009; Safran, Muran & Eubanks-Carter, 2011; Safran & Kraus, 2014 in Ferreira & Machado, 2016) . Estes ciclos caracterizam-se-iam por serem padrões rígidos de atuação, que limitam a pessoa nas suas experiências e que tendem para a cristalização dos modelos de relação, limitando a ponderação de formas alternativas ou até mais adaptativas de relacionamento (Safran, 1984, 1990; Safran & Segal, 1990; Safran & Muran, 2000; Safran, Muran & Proskurov, 2009; Muran, et al., 2009; Safran, Muran & Eubanks-Carter, 2011; Safran & Kraus, 2014 in Ferreira & Machado, 2016). Estes ciclos têm origem nas experiências precoces com figuras significativas que contribuíram para a formação de esquemas interpessoais pouco flexíveis e maladaptativos (Safran & Segal, 1990; Safran & Muran, 2000 in Ferreira & Machado, 2016). No entanto, ainda que as principais figuras de vinculação tenham

especial peso, nomeadamente na infância, teve que se verificar uma continuidade de experiências com outras pessoas e noutros contextos, que validaram e mantiveram estes esquemas (Safran, 1998; Safran, 1984, 1990; Safran & Muran, 2000 in Ferreira & Machado, 2016).

Assim, torna-se vital que a intervenção do terapeuta tenha como principal foco a desconfirmação destes ciclos, dando a conhecer ao sujeito novas hipóteses de respostas (Safran, 1990; Safran & Muran, 2000; Ackerman & Hilsenroth, 2003; Ribeiro, 2009 in Ferreira & Machado, 2016) e, consequentemente, a aliança terapêutica constitui-se como elemento-chave ao nível da intervenção psicológica, especialmente quando esta se aplica a pessoas que apresentam padrões relacionais pobres, pouco flexíveis, e maladaptativos (Safran, 1984, 1990; Safran & Muran, 2000; Ribeiro, 2009; Safran & Kraus, 2014 in Ferreira & Machado, 2016), como acontece nas pessoas com determinados quadros clínicos, como por exemplo a perturbação do espectro da esquizofrenia.

Bordin (1979) define aliança terapêutica como a representação do limite no qual o doente e o terapeuta são capazes de manter um vínculo relacional afetivo forte, à medida que trabalham, em registo colaborativo, nas tarefas e objetivos da terapia (Safran & Kraus, 2014 in Ferreira & Machado, 2016). De acordo com esta definição, a aliança terapêutica é concebida como uma relação dinâmica e de implicação mútua, na qual interagem terapeuta e paciente, moldando a forma como este/a último/a se relaciona, tanto consigo como com os outros com quem contacta (Safran, 1984, 1990; Safran & Muran, 2000; Ribeiro, 2009 in Ferreira & Machado, 2016).

Assim, a aliança terapêutica pode ter impacto positivo ou negativo, resultando dela implicações tanto para o (in)sucesso da intervenção, como para a manutenção de ganhos terapêuticos, sejam eles imediatos ou diferidos (Horvath & Luborsky, 1993; Barber, et al., 2000; Crits-Christoph, Gibbons & Hearon, 2006; Crits-Christoph, et al., 2009; Ribeiro, 2009; Ardito & Rabellino, 2011; Tasca & Lampard, 2012 in Ferreira & Machado, 2016).

## Conclusão

---

Como relatado capítulo anterior, o treino de competências sociais tem constituído a estratégia de intervenção que mais frequentemente tenho utilizado na minha atividade profissional. Depois de explanada e teoricamente justificada a importância que o treino de competências sociais tem assumido no trabalho por mim desenvolvido com os utentes da Quinta da Conraria, gostaria, ainda, de aproveitar o exercício de análise que a elaboração deste relatório me tem estimulado a fazer, para tecer algumas considerações finais sobre este percurso profissional.

Volvidos 18 anos desde que iniciei a implementação do treino de competências sociais, constato que, na sua essência, os fundamentos deste tipo de intervenção se mantêm sem grandes alterações, tal como acontece com as metodologias associadas. Isto é, verifica-se que o treino de competências sociais mantêm a sua atualidade, permanecendo como uma boa estratégia de intervenção (Mueser & Bellack, 2009) de elevado alcance transdiagnóstico (Mueser, & Bellack, 2009).

Como referido no capítulo anterior, a população alvo do meu trabalho foi deixando de ser exclusivamente caracterizada pela incapacidade intelectual e passou a apresentar uma grande variabilidade ao nível dos quadros clínicos. A necessidade de adaptação a outro tipo de características e vulnerabilidades destes novos utentes, levou-me a migrar de um formato grupal de aplicação dos treinos de competências sociais para um formato individualizado. Decorrente dessa mesma experiência de utilização de ambos os formatos grupal e individual consigo reconhecer que ambos têm as suas vantagens e limitações. Nos treinos de competências sociais em grupo reconheço como principais vantagens: a) o número de pessoas que podem ser abrangidas pela intervenção (Kasari & Smith, 2013; Plavnick et al., 2015 in O’Handley, et al., 2016); b) representam uma boa estratégia de intervenção para adolescentes e jovens adultos, pois revestem-se de especial potencial pelos efeitos positivos da influência de pares, facilitando uma maior identificação entre os elementos do grupo. Destaco, a este propósito a importância da necessidade da similaridade do modelo (Bandura, 1977; Gottman, 1977; Geller & Sheirer, 1978 in O’Handley, et al., 2016), quando se tem em vista um maior efeito do modelamento; c) a inclusão no grupo de elementos com diferentes graus de dificuldades confere uma dinâmica de intervenção mais adequada, bem como permite que os elementos com maiores competências possam também funcionar como modelos e facilitadores de mudança comportamental; d) o facto de os grupos terem sido implementados no contexto institucional/formativo facilitou a aplicação das aprendizagens no contexto onde deveriam acontecer (sugerindo a ocorrência de resultados semelhantes aos dos obtidos em contexto escolar (C. Elliott et al., 2002; Plavnick et al., 2015 in O’Handley et al., 2016). Mas, a intervenção grupal possui a desvantagem de não ser possível uma maior individualização/especificidade da intervenção, ao contrário do que se verifica na intervenção individual, que permite uma maior especificidade da intervenção, sendo possível a elaboração de um programa de intervenção, de acordo com as

particularidades do sujeito (Eisler et al., 1974 in Curran, 1979). Por seu lado, o número de pessoas abrangidas pela intervenção individual é muito inferior ao que uma intervenção grupal poderá facilitar. Mas, a meu ver, a relação terapêutica que é possível criar e manter ao longo de uma intervenção individual será sempre uma mais valia que permitirá reforçar a intervenção e os seus ganhos, e que nunca será possível na intervenção grupal.

As maiores dificuldades sentidas na implementação dos treinos concentraram-se, essencialmente, ao nível da generalização das aprendizagens para o contexto real (in vivo), sentida quer na intervenção em grupo, quer ao nível individual, aspeto este referido por vários autores (Glynn et al., 2002; Tauber, Wallace, & Lecomte, 2000 in Mueser & Bellack, 2009); Para facilitar a generalização há a necessidade de envolvimento de outros atores, nomeadamente outros significativos, como amigos/colegas formadores/professores e familiares, ou seja, ao se envolver de forma sistemática os apoios naturais na intervenção estes podem apoiar os sujeitos na utilização das competências sociais nas suas interações diárias, e desta forma intensificar os efeitos do tratamento (Smith, Hull, Romanelli, Fertuck, & Weiss, 1999, in Mueser, & Bellack, 2009). Nas minhas experiências anteriores, não foi possível a integração de outros significativos nos treinos de competências, que no primeiro grupo, quer depois nos restantes quatro. Porém, ainda que tenha em consideração as características da população que atualmente frequenta a formação profissional, ou seja, adultos com diagnósticos mais diversificados do que só a incapacidade intelectual, que muitas vezes já não possuem retaguarda familiar ou que apresentam inclusive poucos suportes sociais, poderão antecipar-se algumas dificuldades que poderão ser ultrapassadas ao planificar, organizar e monitorizar as competências trabalhadas, promovendo uma maior intensificação da articulação com as redes formais que apoiam a nossa população. Outra dificuldade que identifiquei encontra-se associada ao facto de no primeiro grupo de treino ter utilizado um programa para crianças, que foi traduzido e ligeiramente adaptado considerando que o grupo-alvo eram adolescentes e jovens adultos, com incapacidade intelectual. Hoje, optaria por realizar um treino que se destinasse especificamente a adolescentes, ou adultos, pois as metodologias e temas integrados dão respostas às especificidades das faixas etárias.

Outro aspeto que gostaria de salientar encontra-se associado à combinação de técnicas que promovem a modificação comportamental, (como por exemplo o treino comportamental; o modelamento, instruções, feedback, reforço, procedimentos de auto-monitorização e prática in vivo (Bandura, 1969) que podem ser utilizadas de forma individual ou conjunta, sendo que a maior parte dos treinos utiliza uma parte destas técnicas (Curran, 1979).

Para mim a combinação de técnicas que me faz mais sentido associa o modelamento; treino comportamental; feedback e auto-avaliação e reforço social. São estas as que utilizo com maior frequência e as que na minha prática me parecem permitir os melhores resultados de intervenção, especialmente considerando o meu público alvo. Outra combinação que se revelou também positiva foi a associação de técnicas de modificação comportamental com treinos de resolução de problemas,

como destacada na literatura (Spence 2003, in Harrel et al., 2008). Harrel et al. (2008) consideram que estes elementos deverão estar sempre incluídos nos programas de treino de competências sociais a fim de maximizar a sua eficácia.

A fim de se poder melhorar/atualizar a aplicação dos treinos de competências sociais, é também possível utilizar ferramentas tecnológicas, como aplicações, jogos de computador e a realidade virtual como novos formatos de ensino mas que podem também funcionar como ferramentas de apoio ao treino (Beaumont et al., 2018). Isto é, quando os treinos de competências sociais se destinam a crianças e adolescentes, a utilização destas ferramentas ganham uma dimensão maior pois são especialmente atrativas para estes destinatários. Por outro lado, facilitam a instrução das competências sociais e podem ainda funcionar como meio auxiliar na generalização das mesmas, destacando-se, por exemplo aplicações como i-Modeling - Skills for autism spectrum disorder (Autism SA, 2016) e Social Detective (Social Skill Builder Inc., 2016), in Beaumont et al., (2018). A vantagem da utilização deste tipo de ferramentas, encontra-se no facto de permitirem fácil acesso a exemplos de modelamento por vídeo de comportamentos pró-sociais, pela simples utilização de um dedo. No entanto, há ainda falta de pesquisa empírica para fundamentar se estes métodos de treino de competências sociais melhorados ou apoiados pela tecnologia são superiores às tradicionais técnicas de ensino. Ainda que seja possível reconhecer vantagens sobre os métodos de instrução face a face, quer pela sua envolvimento e interatividade, facilitando a aprendizagem individualizada num ambiente consistente e sem distrações, de fácil repetição e com disponibilidade de feedback individualizado, esta aprendizagem realiza-se num ambiente sem exigências sociais (Moore, McGrath, & Thorpe, 2000; Murray, 1997; Thorpe, 2000; Murray, 1997 in Beaumont et al., 2018), não garantindo a oportunidade de socializar e, conseqüentemente, dificultando a generalização das competências e do conhecimento aprendido (Beaumont et al., 2018). De facto, não utilizei ferramentas tecnológicas no âmbito dos treinos de competências sociais, mas, no caso de voltar a trabalhar com adolescentes e jovens adultos equaciono esta possibilidade na medida em que ela pode ser facilitadora da aprendizagem.

Numa perspetiva futura, pondero voltar a aplicar Treinos de Competências Sociais, em formato grupal, cujos destinatários são adultos com quadros clínicos diferenciados que frequentam atualmente os cursos de formação profissional. Será necessário continuar a ter em consideração a homogeneidade dos grupos ao nível do seu diagnóstico (por exemplo grupos de competências para perturbações ansiosas ou depressivas), com elementos do sexo feminino e masculino e com vários graus de dificuldade ao nível das competências sociais. Considero que será importante associar também momentos de intervenção individualizada, de modo a facilitar e manter ganhos alcançados em contexto de grupo, reforçando assim a aprendizagem e incentivando a generalização das mesmas.

Uma outra ideia que gostaria de vir a desenvolver seria promover grupos de competências sociais, mas desta vez os destinatários seriam os grupo-turma, e poder avaliar o impacto ao nível individual

e de grupo das dinâmicas relacionais entre os diferentes elementos, recorrendo para isso à utilização de medidas sociométricas.

Finalmente gostaria de destacar que com a realização deste trabalho ficou também para mim consolidado o princípio de que é pela relação que facilitamos a intervenção, seja esta de caráter individual ou em grupo. Todos os dias, o foco na intervenção passa igualmente pelo estabelecimento e manutenção de uma relação e postura empática para com os formandos, para além de me apresentar como um modelo comportamental com o qual pretendo que se identifiquem, tendo em vista a facilitação da mudança comportamental. Sendo umas das principais ferramentas de intervenção. É para mim a principal ferramenta da intervenção psicológica.

*“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós”.* Antoine de Saint-Exupéry

## Referências

---

- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Prentice-Hall.
- Beaumont, R., Hariton, J., Bennett, S., Miranda, A., & Mitchell, E. (2017). Social Learning Instructional Models. In J. Matson (Ed.), *Handbook of social behavior and skills in children* (pp. 133–148). Springer International PU. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-64592-6>
- Bellack, A. (1979). Behavioral assessment of social skills. In A. Bellack & M. Hersen (Eds.), *Research and practice in social skills training* (pp. 75–104). Plenum Press.
- Brady, J. P. (1984). Social skills training for psychiatric patients. I: Concepts, methods, and clinical results. *American Journal of Psychiatry*, 141(3), 333–340. <https://doi.org/10.1176/ajp.141.3.333>
- Brown, I., Radford, J., & Wehmeyer, M. (2017). Historical Overview of Intellectual and Developmental Disabilities. In M. Wehmeyer, I. Brown, M. Percy, K. Shogren, & W. Fung (Eds.), *A comprehensive guide to intellectual and developmental disabilities* (2nd ed., pp. 19–34). Paul H. Brookes Publishing.
- Brown, I., Wehmeyer, M., Shogren, K., & Shogren, K. (2017). What is Meant by the terms Intellectual Disability and Developmental Disabilities. In M. Wehmeyer, I. Brown, M. Percy, & W. Fung (Eds.), *A Comprehensive Guide to Intellectual and Developmental Disabilities* (2nd ed., pp. 3–18). Paul H. Brookes Publishing Company.
- Cividini-Motta, C., Bloom, S., & Campos, C. (2018). Challenging Behavior. In J. Matson (Ed.), *Handbook of social behavior and skills in children* (pp. 19–46). Springer International PU. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-64592-6>.
- Crowne, D. P., & Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, 24(4), 349–354. <https://doi.org/10.1037/h0047358>
- Curran, J. P. (1979). Social Skills: Methodological Issues and Future Directions. In A. Bellack & M. Hersen (Eds.), *Research and practice in social skills training* (pp. 319–354). Plenum Press.
- Direção Geral da Saúde. (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*.

- Associação Americana de Psiquiatria (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5ª ed.) Climepsi Editores.
- Elksnin, L., & Elksnin, N. (Eds.). (1995). Why teach social skills? In *Assessment and Instruction of Social Skills* (2<sup>nd</sup>.Ed, pp. 3–14). Singular Publishing Group.
- Elksnin, L., & Elksnin, N. (Eds.). (1995). Formal Assessment of Children's Social Skills. In *Assessment and Instruction of Social Skills* (2<sup>nd</sup> Ed, pp. 17–41). Singular Publishing Group.
- Ferreira, S., & Machado, P. (2016). Ciclos cognitivos interpessoais: desafios e estratégias de fortalecimento da relação terapêutica. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 189–199.
- Fonseca, A., & Monteiro, C. (1999). Um inventário de problemas do comportamento para crianças e adolescentes: O Youth Self-Report de Achenbach. *Psychologica*, nº 21, 79–96.
- Fonseca, A., Simões, A., Rebelo, J., Cardoso, F., & Armando, J. (1995). O inventário de comportamentos da criança para professores: Teachers report form (TRF). *Revista Portuguesa De Pedagogia*, Ano 29 (2), 81–102.
- Fonseca, A., Simões, A., Rebelo, J., Ferreira, J., & Cardoso, F. (1994). Um inventário de competências sociais e de problemas do comportamento em crianças e adolescentes: o Child Behaviour Checklist de Achenbach (CBCL). *Psychologica*, 12, 55–78.
- Gresham, F. M., & Lemanek, K. L. (1983). Social skills: A review of cognitive-behavioral training procedures with children. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 4, 239–261. [https://doi.org/10.1016/0193-3973\(83\)90021-7](https://doi.org/10.1016/0193-3973(83)90021-7)
- Harrel, A., Mercer, S., & DeRosier, M. (2008). Improving the Social-Behavioral Adjustment of Adolescents: The Effectiveness of a Social Skills Group Intervention. *Journal of Child and Family Studies*, 18, 378–387. <https://doi.org/10.1007/s10826-008-9241-y>
- Little, S., Swangler, J., & Akin-Little, A. (2018). Defining Social Skills. In J. Matson (Ed.), *Handbook of social behavior and skills in children* (pp. 9–17). Springer International PU. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-64592-6>
- Marlow, D., & Crowne, D. P. (1961). Social desirability and response to perceived situational demands. *Journal of Consulting Psychology*, 25(2), 109–115. <https://doi.org/10.1037/h0041627>

- Matson, J. L., & Dilorenzo, T. M. (1986). Social Skills Training and Mental Handicap and Organic Impairment. In C. Hollin & P. Trower (Eds.), *Handbook of social skills training* (Vol 2, pp. 67–90). Pergamon Press.
- Matson, J., & Burns, C. (2018). History of social skills. In J. Matson (Ed.), *Handbook of social behavior and skills in children* (pp. 1–8). Springer International PU. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-64592-6>
- Matson, J., Rotatory, A., & Helsel, W. (1983). Development of a rating scale to measure social skills in children: The Matson evaluation of social skills with Youngsters (MESSY). *Behavior Research and Therapy*, 21(4), 335–340.
- Michelson, L., Sugay, D., Wood, R., & Kazdin, A. (Eds.). (1983). Social skills and child development. In *Social skills assessment and training with children: an empirically based handbook* (pp. 1–12). Plenum Press.
- Michelson, L., Sugay, D., Wood, R., & Kazdin, A. (Eds.). (1983). Social Skills Training Methods. In *Social skills assessment and training with children: an empirically based handbook* (pp. 35–49). Plenum Press.
- Milligan, K., Sibalis, A., Morgan, A., & Phillips, M. (2018). Social Competence: Consideration of behavioral, cognitive and emotional factors. In J. Matson (Ed.), *Handbook of social behavior and skills in children* (pp. 63–82). Springer International PU. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-64592-6>
- Mueser, K. T., & Bellack, A. S. (2009). Social skills training: Alive and well? *Journal of Mental Health*, 16(5), 549–552. <https://doi.org/10.1080/09638230701494951>
- Oberle, E., & Schonert-Reichl, K. (2018). Social and Emotional Learning: Recent Research and Practical Strategies for Promoting Children’s Social and Emotional Competence in Schools. In J. Matson (Ed.), *Handbook of social behavior and skills in children* (pp. 175–198). Springer International PU. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-64592-6>
- O’Handley, R. D., Ford, W. B., Radley, K. C., Helbig, K. A., & Wimberly, J. K. (2016). Social Skills Training for Adolescents with Intellectual Disabilities. *Behavior Modification*, 40(4), 541–567. <https://doi.org/10.1177/0145445516629938>
- Rakos, R. F. (1991). Conceptualizing assertive behavior. In *Assertive behavior: theory, research, and training* (pp. 7–24). Routledge.

- Soto-Icaza, P., & Billeke, P. (2018). Developmental Issues. In J. Matson (Ed.), *Handbook of social behavior and skills in children* (pp. 47–62). Springer International PU. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-64592-6>
- Speed, B. C., Goldstein, B. L., & Goldfried, M. R. (2017). Assertiveness Training: A Forgotten Evidence-Based Treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 25(1), 1–20. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12216>
- Stewart, D., & Rosenbaum, P. (2003). *The International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF): A Global Model to Guide Clinical Thinking and Practice in Childhood Disability*. CanChild. <https://canchild.ca/en/resources/182-the-international-classification-of-functioning-disability-and-health-icf-a-global-model-to-guide-clinical-thinking-and-practice-in-childhood-disability>.
- Trower, P. (1983). Fundamentals of interpersonal behavior: A social-psychological perspective. In A. S. Bellack & M. Hersen (Eds.), *Research and practice in social skills training* (pp. 3–40). Plenum Press.
- Verner, S., Wichnick-Gillis, A., & Poulson, C. (2018). Observational Methods. In J. Matson (Ed.), *Handbook of social behavior and skills in children* (pp. 83–100). Springer International PU. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-64592-6>
- Waters, E., & Sroufe, L. A. (1983). Social competence as a developmental construct. *Developmental Review*, 3(1), 79–97. [https://doi.org/10.1016/0273-2297\(83\)90010-2](https://doi.org/10.1016/0273-2297(83)90010-2)

## ANEXOS

# ANEXO 1

## AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA



Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra

**Tipologia de Operação 3.01**  
**Qualificação de Pessoas com Deficiências e Incapacidades**  
**-Psicologia-**




---

**Avaliação Diagnóstica**

Nome:

Curso/Ano:  Data:  /  /

---

**Funcionamento cognitivo-comportamental**

Dimensões	Frequência					
	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre	
<i>Problemas Emocionais</i>	Experiência de sintomas depressivos	<input type="checkbox"/>				
	Experiência de sintomas ansiosos	<input type="checkbox"/>				
<i>Problemas de Comportamento</i>	Adoção de comportamentos de oposição/desafio	<input type="checkbox"/>				
	Adoção de comportamentos agressivos	<input type="checkbox"/>				
<i>Hiperatividade e Déficit de Atenção</i>	Comportamento hiperativo	<input type="checkbox"/>				
	Comportamento de desatenção	<input type="checkbox"/>				
	Comportamentos impulsivos	<input type="checkbox"/>				
<i>Problemas de Relacionamento com os Colegas</i>	Isolamento social	<input type="checkbox"/>				
	Comportamentos de vitimização	<input type="checkbox"/>				
<i>Comportamento Pró-Social</i>	Comunicação assertiva	<input type="checkbox"/>				
	Interação básica adequada	<input type="checkbox"/>				
<i>Contexto Familiar</i>	Existência de conflitos na família	<input type="checkbox"/>				
	Partilha de momentos agradáveis	<input type="checkbox"/>				
<i>Processamento de Informação e Linguagem</i>	Dificuldades de memória	<input type="checkbox"/>				
	Regulação emocional funcional	<input type="checkbox"/>				
	Expressão verbal clara e fluente	<input type="checkbox"/>				
<i>Tomada de Decisão</i>	Autónoma	<input type="checkbox"/>				
	Com apoio/supervisão	<input type="checkbox"/>				

---

**Síntese da avaliação realizada/Necessidades de intervenção:**

Recursos - Dificuldades:

Proposta de Objetivo de intervenção:

O/A Psicólogo/a,

---

Cofinanciado por:






PSImod013v15 - P.1/1

## ANEXO 2

### MODELO DO RELATÓRIO DO CRL



#### RELATÓRIO DE INTERVENÇÃO

#### IAOQE

(Selecionar uma opção)

**I - IDENTIFICAÇÃO**

**Centro de Recursos**

**Centro de Emprego**

**Pessoa com Deficiência e Incapacidade**

Nome  N.º Utente (IEFP, I.P.)

Data Nascimento  Morada

Código Postal

Telefone  Email

**Entidade Empregadora**

Denominação Social  NIPC

Morada

Código Postal

Telefone  Email

Pessoa a contactar

**Intervenção**

Data de início  Data de fim

**II - A PESSOA E SUAS CONDIÇÕES DE VIDA**

**Aprendizagens** - Informação sobre o percurso escolar, formativo, profissional (indicação de apoios utilizados em cada um dos percursos, caso seja o caso), conhecimentos informáticos (programas, internet, utilização de correio eletrónico).

**Interesses** - Indicar interesses, ocupação de tempos livres e atividade social (colaboração com associações, passatempos, voluntariado)

**Atitude** - Informação sobre a atitude da pessoa face à realização de atividades e participação em situações da vida diária (capacidades, destreza, aptidões, desempenho) e em situações de trabalho/emprego.

**Contexto de formação** (quando aplicável) - Indicar o curso de formação que frequente suas exigências e contexto em que se desenvolve, incluindo as relativas às deslocações.

**Contexto Profissional** (quando aplicável) - Caracterização da sua atividade profissional, exigências e contexto em que se desenvolve.

--

**III - FUNÇÕES E ESTRUTURAS DO CORPO**

(Utilização da CIF - Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde)

Identificação das alterações relativas às componentes "Funções do Corpo e Estruturas do Corpo", especificando o código alfanumérico (letra +3 dígitos) e qualificador correspondente às alterações indicadas.

**FUNÇÕES DO CORPO**

CÓDIGO	CATEGORIA(S)	QUALIFICADOR (Extensão/Magnitude da Deficiência)

**ESTRUTURAS DO CORPO**

CÓDIGO	CATEGORIA(S)	1.º QUALIFICADOR (Extensão/Magnitude da Deficiência)	2.º QUALIFICADOR (Natureza da Mudança)

**IV - ATIVIDADES E PARTICIPAÇÃO**

(Utilização da CIF - Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde)

Identificar as principais limitações de atividade e restrições de participação com maior impacto no emprego e formação, tendo como referência a tabela da CIF na dupla perspectiva de capacidade e desempenho, utilizando o código alfanumérico, letra seguida de 3 dígitos (4 quando se trate da formação e emprego)

O nível de autonomia e independência pessoal e social, de mobilidade, de utilização dos serviços da comunidade e da capacidade de tomar decisões, devem ser refletidos neste item.

**Desempenho** – O que a pessoa faz no seu ambiente habitual, isto é, num determinado contexto social, refletindo por isso envolvimento da pessoa numa situação da vida ou seja a sua experiência vivida no contexto de vida habitual.

**Capacidade** - Descreve a capacidade de um indivíduo de executar uma tarefa ou ação. Este qualificador identifica o nível máximo provável de funcionamento que a pessoa pode atingir num domínio específico num dado momento.

CÓDIGO	CATEGORIA(S)	CAPACIDADE	DESEMPENHO

**V - FATORES AMBIENTAIS**

Identificação dos fatores ambientais que possam constituir obstáculos ou que possam ser facilitadores da atividade e da participação com especial impacto no acesso e manutenção do emprego e progressão na carreira e acesso e frequência da formação, utilizando a escala e códigos da CIF

CÓDIGO	PRODUTO E TECNOLOGIA	CLASSIFICADOR

**VI - SÍNTESE AVALIATIVA**

Caracterizar resumidamente a dinâmica de funcionamento da pessoa tendo em consideração também as suas características pessoais, identificando os níveis de desempenho, de capacidade, limitações de atividade e restrições na participação, tendo em consideração os fatores contextuais e a condição da pessoa, com especial incidência ao nível do trabalho/emprego.

O nível de autonomia e independência pessoal e social, de mobilidade, de utilização dos serviços da comunidade e da capacidade de tomar decisões, devem ser refletidos nesta síntese avaliativa.

## ANEXO 3

### Organização das sessões do 1º Grupo de Treino de Competências Sociais

O esquema geral das sessões, seguia a seguinte ordem:

- 1 – Apresentação do tema;
- 2 – Introdução e desenvolvimento do tema;
- 3 – Identificação das vantagens e desvantagens de possuir a competência social;
- 4 – Modelamento: entre formando e treinador; entre formandos, incluindo feedback do treinador; reforço; feedback do grupo e finalmente discussão do grupo.
- 5 – Treino comportamental: role-play e feedback do treinador;
- 6 – Discussão e conclusão da sessão – feedback do treinador sobre a produtividade da sessão sumário e revisão dos aspetos mais pertinentes da sessão.
- 7 – Trabalho de casa – sugestão de tarefa para concretizar em casa ou em contexto formativo;

As 20 sessões dinamizadas seguiram a ordem que seguidamente se apresenta:

Sessão 1 – Apresentação do programa de treino de aptidões sociais e dos membros do grupo; modo de funcionamento do mesmo e administração dos Inventários de Comportamento – Youth Self Report – de Achenbach.

Sessão 2 – Introdução às aptidões sociais;

Sessão 3 – Os elogios;

Sessão 4 – Avaliação das preferências sociais dentro do grupo – sociograma; Teste Sociométrico, bem como aplicação de uma Escala de Locus de Controlo de Nowick & Strickland

Sessão 5 – As queixas;

Sessão 6 – Recusar ou dizer não;

Sessão 7 – Pedir favores;

Sessão 8 – Perguntar porquê;

Sessão 9 – Pedir uma alteração de comportamento dos outros;

Sessão 10 – Lutar pelos nossos direitos;

Sessão 11 – Conversas;

Sessão 12 – Empatia;

Sessão 13 – Aptidões sociais não verbais;

Sessão 14 – Revisões dos conteúdos abordados até ao momento;

O treino de competências sociais  
como estratégia de intervenção transdiagnóstica

Sessão 15 – Visualização do filme “Mentes Perigosas”;

Sessão 16 – Continuação da visualização do filme “Mentes Perigosas”;

Sessão 17 – Interações de grupo; Interações entre pessoas com diferentes estatutos sociais e entre pessoas de sexos opostos;

Sessão 18 – Tomada de decisão;

Sessão 19 – Lidar com o conflito – treino na resolução de conflitos;

Sessão 20 - Autoavaliação e avaliação do treino; sugestões de alteração; nova aplicação do Inventário de comportamento de Achenbach – Youth Sel-Report.

## ANEXO 4

### O Programa de Promoção de Competências Sociais

Era constituído pelas seguintes áreas temáticas:

Comunicação Não Verbal – Postura; Espaço interpessoal; Gesticulação; Expressão facial; Contacto visual; Aparência Física; Sorriso; Voz;

Treino Assertivo – Cumprimentar; Pedidos difíceis; Dar e receber elogios; Exprimir desacordo; Defender uma opinião; Convencer alguém – “penso que devias...”; Defender um direito – “eu tenho direito de...”; Lidar com a injustiça – “Eu acho que isto é injusto, porque...”; Lidar com a recusa “Se a resposta é não, então...”

Resolução de Problemas – Compreender e pensar; procurar alternativas; Antecipar consequências; Escolher alternativas; Aplicação da alternativa escolhida; Avaliação das consequências; Aplicação global da metodologia de resolução de problemas;

Organização das sessões dos restantes 4 grupos de treinos de competências sociais:

Sessão 1 – apresentação do programa; dos elementos do grupo; atividades de quebra gelo; clarificações sobre o funcionamento das sessões; avaliação da sessão;

Sessão 2 – Visionamento de um Filme “Mentes Perigosas” – identificação dos comportamentos adequados e incorretos;

Sessão 3 – Comunicação Não verbal – Postura – Apresentação do tema; concretização de atividades; Trabalhos para Casa (TPC); (por impossibilidade de finalização de visionamento do filme da sessão anterior)

Sessão 4 – Comunicação Não Verbal – Postura - revisão dos conteúdos da sessão anterior; apresentação do tema e concretização de atividades; TPC; concretização de jogos;

Sessão 5 – Comunicação Não verbal – Espaço Interpessoal – revisões dos conteúdos da sessão anterior e dos TPC’s; apresentação do tema; concretização de atividades sobre o mesmo; TPC;

Sessão 6 – Comunicação Não verbal – Os gestos - revisões dos conteúdos da sessão anterior e dos TPC’s; apresentação do tema; concretização de atividades sobre o mesmo; TPC;

Sessão 7 - Comunicação Não verbal – Expressão Facial - revisões dos conteúdos da sessão anterior e dos TPC’s; apresentação do tema; concretização de atividades sobre o mesmo; TPC;

Sessão 8 - Comunicação Não verbal – Contacto Visual - revisões dos conteúdos da sessão anterior e dos TPC’s; apresentação do tema; concretização de atividades sobre o mesmo; TPC;

Sessão 9 - Comunicação Não verbal – Aparência Física - revisões dos conteúdos da sessão anterior e dos TPC’s; apresentação do tema; concretização de atividades sobre o mesmo; TPC;

Sessão 10 - Comunicação Não verbal – Sorriso - revisões dos conteúdos da sessão anterior e dos TPC’s; apresentação do tema; concretização de atividades sobre o mesmo; TPC; Jogo;

Sessão 11 - Comunicação Não verbal – A Voz - revisões dos conteúdos da sessão anterior e dos TPC's; apresentação do tema; concretização de atividades sobre o mesmo; TPC;

Sessão 12 – Treino Assertivo – Cumprimentar - revisões dos conteúdos da sessão anterior e dos TPC's; apresentação do tema; concretização de atividades sobre o mesmo; TPC;

Sessão 13 – Treino Assertivo – Pedidos difíceis - revisões dos conteúdos da sessão anterior e dos TPC's; apresentação do tema; concretização de atividades sobre o mesmo; TPC;

Sessão 14 – Treino Assertivo – Dar e receber elogios - revisões dos conteúdos da sessão anterior e dos TPC's; apresentação do tema; concretização de atividades sobre o mesmo; TPC;

Sessão 15 – Treino Assertivo – Expressar desacordo - revisões dos conteúdos da sessão anterior e dos TPC's; apresentação do tema; concretização de atividades sobre o mesmo; TPC;

Sessão 16 – Treino Assertivo – Defender uma opinião - revisões dos conteúdos da sessão anterior e dos TPC's; apresentação do tema; concretização de atividades sobre o mesmo; TPC;

Sessão 17 – Treino Assertivo – Convencer alguém “Penso que devias...”- revisões dos conteúdos da sessão anterior e dos TPC's; apresentação do tema; concretização de atividades sobre o mesmo; TPC;

Sessão 18 – Treino Assertivo – Defender um direito “Eu tenho o direito de...”- revisões dos conteúdos da sessão anterior e dos TPC's; apresentação do tema; concretização de atividades sobre o mesmo; TPC;

Sessão 19 – Treino Assertivo – Lidar com a injustiça “Eu acho que isto é injusto porque...”- revisões dos conteúdos da sessão anterior e dos TPC's; apresentação do tema; concretização de atividades sobre o mesmo; TPC;

Sessão 20 – Treino Assertivo – Lidar com a recusa “Se a resposta é não, então...”- revisões dos conteúdos da sessão anterior e dos TPC's; apresentação do tema; concretização de atividades sobre o mesmo; TPC;

Sessão 21 – Resolução de problemas – Compreender e pensar - revisões dos conteúdos da sessão anterior; apresentação do tema; concretização de atividades sobre o mesmo;

Sessão 22 – Resolução de problemas – Procurar alternativas - revisões dos conteúdos da sessão anterior; apresentação do tema; concretização de atividades sobre o mesmo;

Sessão 23 – Resolução de problemas – Antecipar Consequências - revisões dos conteúdos da sessão anterior; apresentação do tema; concretização de atividades sobre o mesmo;

Sessão 24 – Resolução de problemas – Escolher alternativas - revisões dos conteúdos da sessão anterior; apresentação do tema; concretização de atividades sobre o mesmo;

Sessão 25 – Resolução de problemas – Aplicação da alternativa escolhida - revisões dos conteúdos da sessão anterior; apresentação do tema; concretização de atividades sobre o mesmo;

Sessão 26 – Resolução de problemas – Avaliação das consequências - revisões dos conteúdos da sessão anterior; apresentação do tema; concretização de atividades sobre o mesmo;

Sessão 27 – Resolução de problemas – Aplicação global da metodologia de resolução de problemas - revisões dos conteúdos da sessão anterior; apresentação do tema; concretização de atividades sobre o mesmo;