



IBAC

Instituto Brasiliense de Análise do Comportamento

**A Promoção de Habilidades Sociais como Fator de
Proteção Contra a Depressão na Clínica Analítico-
Comportamental**

Camila Oliveira Vieira

Brasília
Julho de 2018



Instituto Brasileiro de Análise do Comportamento

**A Promoção de Habilidades Sociais como Fator de
Proteção Contra a Depressão na Clínica Analítico-
Comportamental**

Camila Oliveira Vieira

Monografia apresentada ao Instituto Brasileiro de Análise do Comportamento, como critério para conclusão do curso de Formação em Análise Comportamental Clínica.
Orientadora: Marina Rocha Soares

Brasília
Julho de 2018



Instituto Brasileiro de Análise do Comportamento

Folha de Avaliação

Autora: Camila Oliveira Vieira

Título: A Promoção de Habilidades Sociais como Fator de Proteção Contra a Depressão na Clínica Analítico Comportamental

Data da Avaliação: 17 de agosto de 2018

Banca Examinadora:

Orientadora: Prof.^a Ma. Marina Rocha Soares

Membro: Prof.^a Ma. Flávia Nunes Fonseca

Membro: Prof.^a Ma. Lorena Bezerra Nery

Brasília
Julho de 2018

À minha mãe, que é base e parte de todas as
minhas conquistas.

Agradecimentos

Agradeço à minha orientadora, Marina, que sempre se mostrou disponível, receptiva e com aquela luz no fim do túnel a cada revisão concluída!

À minha mãe, Maria do Socorro, a quem devo a maior parcela de agradecimento ao suporte de minha permanência em Brasília, longe da família e dos amigos.

Ao meu namorado, Renato, que acompanhou do mais perto que pode, apoiou e encorajou este processo final, não deixando que me abalasse pelas dificuldades de outros caminhos concorrentes.

A todos que compreenderam minhas ausências e distanciamentos.

Ao IBAC e sua equipe de professores e funcionários, por contribuírem para meu acesso e estudos da Análise do Comportamento neste curso. Obrigada!

Sumário

Folha de Avaliação -----	I
Dedicatória -----	Ii
Agradecimentos -----	Iii
Sumário -----	Iv
Resumo -----	V
Introdução -----	1
1. Depressão: Definições, Características e a Perspectiva Analítico- Comportamental -----	5
2. Habilidades sociais: definições, treinamento em habilidades sociais e prática clínica -----	15
3. Habilidades Sociais e Prevenção da Depressão -----	24
4. Considerações Finais -----	32
Referências Bibliográficas-----	36

Resumo

Este trabalho teve como objetivo investigar a contribuição da promoção de habilidades sociais para a prevenção da depressão, em uma perspectiva analítico-comportamental. Sob esta visão, a depressão é um fenômeno compreendido a partir de relações funcionais entre variáveis ambientais, que podem explicar a aquisição e a manutenção de comportamentos identificados como depressão. As habilidades sociais são apontadas como fator de proteção ao desenvolvimento humano e um bom repertório social foi relacionado à proteção contra uma gama de problemas e transtornos psicológicos, dentre eles a depressão. O Treinamento de Habilidades Sociais (THS) é um campo teórico-prático que favorece a aprendizagem de habilidades sociais que, por sua vez, podem auxiliar o indivíduo no enfrentamento de experiências sociais negativas. Portanto, a promoção de habilidades sociais pode ser um recurso terapêutico utilizado para a prevenção ao surgimento e manutenção do transtorno depressivo quando se identificam déficits em habilidades sociais do cliente neste contexto.

Palavras-chave: habilidades sociais; depressão; prevenção; fator de proteção; clínica analítico-comportamental.

Segundo estimativas da *World Health Organization* (WHO, 2017a), em 2015, 4,4% da população global tinha depressão, o que representa um total de 322 milhões de pessoas vivendo com depressão no mundo. Esse número aumentou 18,4% entre 2005 e 2015.

De acordo com a *American Psychological Association*, dentre os transtornos depressivos descritos no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-V*, o Transtorno Depressivo Maior representa a condição clássica da depressão e reúne cinco critérios diagnósticos, dentre eles a presença de sintomas como humor deprimido, redução de interesse ou prazer em geral, perda ou ganho de peso e sentimento de culpa, por pelo menos duas semanas (APA, 2013). Entretanto, esta definição se atém em descrever topografias do comportamento em questão e, nesta ótica, não satisfaz em sua totalidade às interpretações analítico-comportamentais, que consideram a história de interações do sujeito e as funções contextuais do comportamento (Cavalcante & Tourinho, 1998).

Na condução clínica desse tipo de demanda, avalia-se que o tratamento medicamentoso necessita do acompanhamento psicoterapêutico, para que seus efeitos sejam mantidos (Dougher & Hackbert, 2003), e sua combinação representa maiores chances de diminuição e prevenção de novos episódios depressivos (Cardoso, 2011). Em uma perspectiva analítico-comportamental, a depressão tem relação com princípios comportamentais como funções consequenciais, estímulo discriminativo, funções respondentes, funções estabeledoras, processos verbais e influências culturais (Dougher & Hackbert, 2003).

A depressão se compõe como um fenômeno comportamental com níveis de complexidade, relacionado a componentes de seleção filogenética, ontogenética e cultural e, nesse sentido, as intervenções dependem das relações envolvidas (Ferreira, Tadaiesky, Coêlho, Neno & Tourinho, 2010), que convergem para uma análise funcional do comportamento de cada indivíduo (Dougher & Hackbert, 2003).

A baixa taxa de comportamentos é uma característica da depressão e pode ocorrer devido à escassez de reforçadores, e um consequente importante para o desenvolvimento da depressão é o reforço social (Dougher & Hackbert, 2003). A falta ou a ineficácia de um repertório social pode levar à baixa densidade de reforço social (Dougher & Hackbert, 2003; Segrin, 2000). Pelo menos parte das pessoas com depressão tem apresentado um déficit em habilidades sociais, o que pode explicar o escasso acesso a reforçadores sociais (Segrin, 2000).

A terapia comportamental tem trazido ganhos de ampliação no repertório social relacionados à quantidade e qualidade das atividades e interações sociais, além da diminuição dos sintomas depressivos (Cardoso, 2011). O Treinamento em Habilidades Sociais (THS) tem sido uma alternativa terapêutica para a aprendizagem de um repertório de habilidades sociais efetivo para a obtenção de reforçadores (Del Prette & Del Prette, 2010).

De acordo com Bolsoni-Silva (2002), o domínio de comportamentos socialmente habilidosos pode beneficiar a prevenção ou minimização de problemas psicológicos, pois, ao se estabelecerem relacionamentos interpessoais adequados, aumenta-se a chance do acesso a reforçadores. Programas específicos em habilidades sociais têm sido alvos de pesquisa enquanto caracterização e intervenção particulares a populações e necessidades específicas, como crianças, universitários e interação entre pais e filhos (Bolsoni-Silva & Carrara, 2010).

Questiona-se: é possível que o treino de habilidades sociais possa reduzir a probabilidade do desenvolvimento de um transtorno depressivo no contexto psicoterapêutico? Este trabalho pretende se construir enquanto um estudo de revisão narrativa (Rother, 2007) acerca da depressão e das habilidades sociais, sob a perspectiva teórica da análise do comportamento. Diante disto, seu objetivo geral é investigar a contribuição da promoção de habilidades sociais para a prevenção da depressão. Enquanto objetivos específicos, delimitaram-se os seguintes:

Dentro de uma visão analítico-comportamental:

- Definir o que é depressão;
- Discutir sobre as possíveis causas da depressão;
- Identificar fatores de proteção contra a depressão;
- Definir campo teórico-prático das habilidades sociais;
- Descrever treinamentos de habilidades sociais e analisar suas contribuições;
- Relacionar comportamentos socialmente habilidosos e prevenção da depressão.

A depressão é a doença mais incapacitante em todo o mundo (WHO, 2017a). Diante disso, é o momento de se pensar em estratégias dirigidas à prevenção da depressão e à promoção de saúde mental. A clínica psicológica precisa fortalecer uma prática com viés de promoção de saúde, e dar ferramentas psicológicas ao sujeito que afastem potenciais fontes de sofrimento do seu contexto. Na clínica analítico-comportamental, os objetivos terapêuticos são definidos em torno do conhecimento da queixa e dos sentimentos do cliente, de condições aversivas, de padrões comportamentais e contextos históricos em que esses padrões se desenvolveram, dos efeitos dos comportamentos do cliente para sua própria vida e da

motivação para a mudança (Marçal, 2005). Nesta análise, podem-se identificar padrões comportamentais não referentes diretamente à queixa, devendo-se avaliar a relevância destes comportamentos para o processo psicoterapêutico (Marçal, 2005).

A depressão possui correlação com outros transtornos, sendo eles transtornos relacionados ao uso de substâncias, transtorno do pânico, transtorno obsessivo-compulsivo, anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno de personalidade borderline (APA, 2013). A identificação de um desses transtornos é exemplo de um indicativo para avaliar a possibilidade de prevenção da depressão com o indivíduo que esteja sob tais situações de risco ou outros contextos vulneráveis, a serem investigados. As habilidades sociais têm sido reconhecidas como fator de proteção, apresentando relações positivas com autoestima, autoeficácia e qualidade nos relacionamentos (Pereira, Dutra-Thomé & Koller, 2016), portanto podem ser um meio de proteger o indivíduo de uma doença com graves consequências como a depressão.

1. Depressão: definições, características e a perspectiva analítico-comportamental

Os transtornos depressivos incluem a desregulação do humor disruptiva, o transtorno depressivo maior (incluindo episódio depressivo maior), transtorno depressivo persistente (distímia), transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância/medicação e transtorno depressivo não especificado (APA, 2013). Estas condições estão definidas no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-V* e compartilham entre suas características a presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de mudanças somáticas e cognitivas que afetam significativamente o funcionamento do indivíduo, diferindo em duração, tempo ou etiologia (APA, 2013).

O Transtorno Depressivo Maior caracteriza a condição clássica nesse grupo de transtornos (APA, 2013) – e, portanto, será considerado como o correspondente ao que será tratado como depressão neste trabalho. Um diagnóstico baseado em um único episódio é possível, embora o transtorno seja recorrente na maioria dos casos. O parágrafo seguinte descreve os critérios diagnósticos, segundo o DSM-V (APA, 2013):

Presença de cinco ou mais sintomas a seguir por, no mínimo, duas semanas, quase todos os dias (exceto pela alteração no peso e ideação suicida) e que represente uma mudança em relação ao seu funcionamento prévio. Um dos sintomas deve ser o humor deprimido, na maior parte do dia, ou a acentuada redução de interesse ou prazer em todas ou na maioria das atividades, tais sintomas observados pela própria pessoa ou por outros. Dentre os outros sintomas, estão: perda ou ganho de peso significativo, sem estar em dieta, ou mudança no apetite; insônia ou hipersônia;

agitação ou retardo psicomotor, observado por outros; fadiga ou perda de energia; sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (ou até delirante); diminuição na capacidade de pensar ou de se concentrar, ou indecisão; e pensamentos de morte recorrentes (além do medo de morrer), ideação suicida sem plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio. Além disso, deve-se observar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou outros segmentos relevantes da vida do sujeito. Os sintomas não devem ser atribuídos a efeitos fisiológicos de uso de substância ou de outra condição médica e nem são melhor explicados por transtornos do espectro da esquizofrenia e transtorno psicótico especificado ou não especificado, além da ausência de episódio maníaco ou hipomaníaco (APA, 2013).

Em uma visão analítico-comportamental, a definição fornecida pelo DSM-V descreve uma série de topografias de respostas, isto é, a forma ou estrutura de um comportamento, o que não informa as causas e as funções do comportamento. Respostas com topografias iguais podem apresentar funções diferentes, e também respostas com topografias distintas podem ter funções semelhantes (Moreira & Medeiros, 2007). A depressão de cada indivíduo deve ser explicada particularmente, pois as características funcionais dessa condição dependem das contingências atuais e da história de vida de cada um e demanda uma análise funcional dos comportamentos que podem caracterizar o transtorno (Dougher & Hackbert, 2003).

O comportamento, em geral, é explicado segundo variáveis ambientais, atuais e históricas, que fornecem subsídios para a análise funcional (Skinner, 1953/2007). Uma análise funcional busca relações entre causa, as variáveis externas, e efeito, o comportamento de um organismo, e se diz que o comportamento é função de tais variáveis ambientais (Moreira & Medeiros, 2007; Skinner, 1953/2007). De forma

geral, o comportamento é produto de seleção pelas consequências, conforme modelo proposto por Skinner (2007).

Skinner (2007, 2010) definiu três níveis de seleção e variação do comportamento: filogenético, ontogenético e cultural. O primeiro nível, filogenético, refere-se à seleção natural das espécies por meio de contingências de sobrevivência. O segundo nível, ontogenético, se dá pela seleção e variação do comportamento individual de acordo com as consequências produzidas anteriormente pelo comportamento, chamado de condicionamento operante. O terceiro nível é o nível cultural e se refere à sobrevivência das práticas culturais, que contribuem para o sucesso de um grupo e não de um membro em si e, portanto, da evolução das culturas.

O terapeuta busca saber em que condições um comportamento ocorre, qual sua relação com o ambiente quanto a antecedentes e consequentes e os efeitos sobre ele, que determinará a função deste comportamento (Marçal, 2010) e, por meio da análise funcional, é capaz de identificar as relações entre variáveis ambientais que possam explicar a aquisição e manutenção de um comportamento (Neno, 2003).

Não há um consenso para um modelo explicativo da depressão na análise do comportamento (Ferreira & Tourinho, 2011). De uma forma geral, na terapia analítico-comportamental, a depressão é vista como um conjunto de diminuição da frequência de atividades reforçadoras e aumento de comportamentos de fuga e esquiva, controlados por reforçamento negativo, resultando em prejuízos no acesso a reforçadores (Abreu & Abreu, 2017; Cardoso, 2011). O padrão comportamental caracterizado como depressão pode ser produto de diversas contingências (Ferreira & Tourinho, 2013).

Dougher e Hackbert (2003) apontaram diversos princípios comportamentais que explicam os sintomas depressivos, sendo eles: funções consequenciais, funções respondentes, estímulo discriminativo, funções estabeledoras e processos verbais, além de ressaltarem influências culturais sobre a depressão.

Dentre as funções consequenciais, os autores discutem sobre reforçadores, punidores e extinção. Há contingências que provocam redução na taxa comportamental, inclusive de respostas que produzem reforçadores (Bueno & Britto, 2014; Hunziker, 2001a citado por Ferreira & Tourinho, 2013). A diminuição da frequência de comportamentos pode advir tanto da baixa densidade de reforçadores no ambiente (Dougher & Hackbert, 2003; Hunziker, 2001a citado por Ferreira & Tourinho, 2013) quanto da falta do reforço contingente à resposta, nesse caso havendo reforçamento maior para a não responsividade (Dougher & Hackbert, 2003).

Há também uma importância do reforço social para a depressão, visto que se observa que pessoas depressivas frequentemente têm um pobre repertório em habilidades sociais, resultando em escassez também de reforço social (Dougher & Hackbert, 2003). O déficit em habilidades sociais ou excesso em comportamentos como agressividade podem prejudicar a produção de reforçadores positivos (Abreu & Abreu, 2017).

A extinção generalizada, após uma história de reforço, pode resultar na redução da frequência de comportamentos antes reforçados (Abreu & Abreu, 2017; Dougher & Hackbert, 2003). Geralmente, a perda de uma grande fonte de reforçadores, como a morte de alguém querido, a perda de um emprego ou a saída de casa de um filho, gera demanda clínica quando faltam repertórios de variabilidade comportamental para buscar novas fontes ou quando essas fontes são escassas

(Dougher & Hackbert, 2003). Nessas situações de perda e consequente extinção, pessoas que possuem poucas ou não possuem outras fontes de reforçadores ou não possuem repertório suficiente para emitir comportamentos alternativos que produzam reforçadores costumam desenvolver o que se caracteriza como depressão (Abreu & Abreu, 2017; Bueno & Britto, 2014).

Um ambiente social pouco responsivo na história passada do sujeito é uma contingência histórica de extinção relacionada à depressão. Isto significa uma história com pobreza em reforçadores sociais e, como consequência, o indivíduo apresenta dificuldades de habilidades sociais, que pode prejudicar a produção de reforçadores sociais no futuro (Dougher & Hackbert, 2003).

A presença de estímulos aversivos pode ocasionar diminuição de respostas que produzem reforçadores, característica da depressão (Bueno & Britto, 2014). Em contextos de punição prolongada sem a possibilidade de fuga, inclusive com punição de comportamentos defensivos ou de revidação à punição anterior, pode-se produzir uma redução na taxa comportamental e afetar o efeito de reforçadores (Dougher & Hackbert, 2003). Isto é explicado pelo modelo do desamparo aprendido, um modelo de explicação analítico-comportamental para a depressão. O desamparo aprendido se refere à dificuldade de aprendizagem de comportamentos operantes após exposição a estímulos aversivos incontroláveis (Maier & Seligman, 1976 citado por Hunziker, 2005). Nos estudos sobre desamparo aprendido, as definições de incontrolabilidade consideram uma independência entre ocorrência da resposta e a probabilidade de consequência a esta resposta (Ferreira & Tourinho, 2013). O sujeito aprende que nenhuma resposta que ele emite produz a consequência de suspender a estimulação aversiva presente, o que resulta em posterior dificuldade de aprendizagem de

comportamentos efetivos em produção de reforçadores ou na eliminação de estimulação aversiva (Ferreira & Tourinho, 2013).

A incontrolabilidade se caracteriza pela falta de oportunidade de respostas efetivas, de repertório de fuga ou esquiva ou de disponibilidade de reforçadores. Após passar por situação de incontrolabilidade, sem se comportar, a pessoa não produz reforçadores ou se insensibiliza aos reforçadores disponíveis naquele ambiente e isso resulta, portanto, em redução comportamental generalizada (Abreu & Abreu, 2017).

Reforçadores primários podem perder sua efetividade, quando se diminui o contato com eventos relacionados a eles. O sujeito com depressão se afasta de atividades, como o trabalho, eventos sociais, etc, que dificulta o acesso a reforçadores primários, como o alimento ou a relação sexual, que continuam sendo reforçadores, mas competem com a aversividade de estímulos ambientais ligados a eles (Bueno & Britto, 2014). Acordar de manhã pode se tornar aversivo porque significa que a pessoa levantará e enfrentará situações aversivas, como interações sociais e o cumprimento de tarefas do dia-a-dia (Abreu & Abreu, 2017). A esquiva de contextos aversivos, com sinalização de estímulos pré-aversivos condicionados, priva este sujeito de acesso a reforçadores positivos (Abreu & Abreu, 2017).

A punição em interações sociais, como no trabalho e na relação conjugal, dificulta o afastamento do indivíduo desse tipo de contingência por essas relações sociais serem também, muitas vezes, detentoras de reforçadores positivos importantes à pessoa. Entretanto, ao se esquivar de relações punitivas, o indivíduo também passa a se esquivar de contextos associados, que podem se tornar aversivos (Abreu & Abreu, 2017).

O repertório comportamental do indivíduo depressivo pode incluir fuga e/ou esquiva de atividades, além de choro, reclamação e irritabilidade na presença de eventos aversivos (Bueno & Britto, 2014). Os comportamentos de angústia na depressão, como os citados, também podem estar sendo reforçados positivamente, por atenção e apoio social, ou negativamente, por evitar punição de outras pessoas. Por vezes, há extinção destes comportamentos pela fuga ou esquiva de outros, formando um sólido círculo vicioso entre reforço e extinção (Dougher & Hackbert, 2003).

O controle de estímulos está presente quando o sujeito se comporta sob controle de discriminativos que estão associados a extinção ou punição, emitindo comportamentos de fuga ou esquiva (Dougher & Hackbert, 2003). O reforçamento negativo envolvido nestes comportamentos fortalece o controle de estímulos discriminativos, que dificulta a mudança comportamental mesmo com alterações nas contingências, perdendo potenciais fontes de reforçadores e mantendo uma baixa densidade de reforço (Dougher & Hackbert, 2003).

Outro aspecto destacado por Dougher e Hackbert (2003) são os subprodutos emocionais, como frustração, raiva, tristeza ou desespero, resultantes de contingências envolvidas na instalação e manutenção de comportamentos depressivos – extinção, punição, escassez de reforçadores. Estímulos discriminativos relacionados a estas contingências podem ser eliciadores de respostas emocionais respondentes condicionadas (Dougher & Hackbert, 2003). Além disso, esses respondentes podem explicar sintomas da depressão como irritabilidade, dificuldade de concentração, dor de cabeça, estresse e alterações do sono (Dougher & Hackbert, 2003).

Operações estabelecidas podem estar relacionadas à perda de interesse em atividades que antes eram prazerosas e em buscar outras atividades reforçadoras, uma queixa comum de pessoas depressivas (Dougher & Hackbert, 2003). Contingências que favorecem a depressão, como a estimulação aversiva e a privação de reforçadores podem funcionar como operações estabelecidas, que fortalecem ou enfraquecem algumas contingências (Dougher & Hackbert, 2003). Por exemplo, algumas pessoas depressivas comem muito quando estão sozinhas, devido à potencialização do efeito reforçador da comida quando há privação de reforçadores (Dougher & Hackbert, 2003).

Os autores destacam o efeito das operações estabelecidas sobre estímulos discriminativos (Dougher & Hackbert, 2003). Indivíduos com depressão tendem a notar com maior frequência memórias e eventos negativos. Esta tendência está sob controle de contingências aversivas, que funcionam como operação estabelecida e afetam as propriedades evocativas de estímulos discriminativos relevantes para comportamentos de retirada da consequência. Assim, a pessoa se torna mais sensível aos estímulos discriminativos relativos a essas contingências aversivas e apresentam mais fuga ou esquiva e redução nas respostas que produzem reforçadores.

Outro efeito de operações estabelecidas é a inclinação que pessoas depressivas têm a evitar circunstâncias sociais que demandam repertório social ativo ou bem estabelecido e, com isso, perdem acesso a outros reforçadores presentes nestes contextos (Dougher & Hackbert, 2003). A perda da efetividade do reforço pode ser observada na diminuição da motivação da pessoa com depressão em se engajar em certas atividades, com reduzido interesse, sejam elas rotineiras, saídas com amigos ou família (Abreu & Abreu, 2017) pela relação destas atividades com alguma estimulação aversiva.

Alguns mandos evocados por estímulos aversivos são frequentes em pessoas depressivas, sendo eles autocríticas, reclamações, autodemandas, insultos a si mesmo (Dougher & Hackbert, 2003). Este tipo de mando provoca dor a si mesmo e, assim, aumenta a estimulação aversiva e acentua a depressão (Dougher & Hackbert, 2003). A emissão de tatos distorcidos é também comum, em que se atribui a causa da depressão a fatores pessoais, como incompetência ou inadequação, inferioridade e a própria doença, o que pode fortalecer contingências depressivas e de desesperança (Dougher & Hackbert, 2003). Esta explicação é comumente compartilhada também por influências sociais e culturais. Eventos privados são comumente considerados como causas do comportamento, logo a causa de problemas como a depressão é também explicada dessa maneira (Dougher & Hackbert, 2003).

Dentre os parâmetros de uma boa qualidade de vida definidos culturalmente, estão boa condição financeira, relações de qualidade e inexistência de pensamentos e sentimentos considerados impróprios pelo grupo cultural (Dougher & Hackbert, 2003). Assim, a presença de pensamentos e sentimentos depressivos logo indicam problemas psicológicos dentro da visão do grupo, e a progressão deles levam o sujeito à terapia por não se sentirem parte do ideal propagado na cultura em que ele se encontra inserido, na tentativa de eliminar este problema (Dougher & Hackbert, 2003).

Por equivalência de estímulos e transferência de função entre classes de estímulos equivalentes, estímulos verbais podem adquirir funções relacionadas a outros eventos (Dougher & Hackbert, 2003). Dessa forma, declarações como “eu estou doente”, “eu sou um fracasso”, “eu estou deprimido”, “as coisas nunca irão melhorar” ou “eu não estou bom” podem evocar uma série de comportamentos depressivos e eliciar respondentes de tristeza (Dougher & Hackbert, 2003, p. 176).

O comportamento possui níveis de complexidade, a depender das relações envolvidas, e este aspecto ajuda a determinar o seu manejo. No caso da depressão, podem estar implicados comportamentos operantes verbais e não verbais, daí a necessidade de priorizar a análise de contingências verbais ou não verbais, respectivamente. O tipo de intervenção mais adequado depende dessas análises (Ferreira, Tadaiesky, Coêlho, Neno & Tourinho, 2010).

Manter uma gama de fontes de reforçadores tem uma importância para proteção contra a depressão (Dougher & Hackbert, 2003). A existência de diversas e estáveis fontes de reforçadores pode prevenir a depressão (Abreu & Abreu, 2017). O Ministério da Saúde (2013) apresentou fatores protetores à saúde mental de crianças e adolescentes, dentre eles: no domínio social, ligações familiares fortes e o envolvimento positivo na família, envolvimento na vida escolar e forte vínculo com a comunidade; e no domínio psicológico, habilidades sociais.

Conhecer fatores de risco e de proteção possibilita o desenvolvimento de ações de prevenção e tratamento de transtornos mentais. Fatores de risco são eventos que podem produzir estresse e aumentar as chances do desenvolvimento de problemas físicos, sociais ou emocionais, e depende da coexistência de outros fatores que podem contribuir para a ocorrência desses problemas ou não, como fatores de proteção. Os fatores de proteção, por sua vez, são aqueles eventos que protegem o indivíduo contra as consequências negativas dos fatores de risco (Taboada, Legal & Machado, 2006).

Todo ano, a Organização Mundial de Saúde (OMS) organiza o *World Health Day* e em 2017, o tema foi depressão. A campanha, “*Depression: Let’s Talk*”, divulgou informações, em diversas línguas, acerca do que é depressão e da importância de se falar sobre essa doença para que estigmas fossem quebrados e mais

pessoas buscassem ajuda, porque existe um tratamento para a depressão (WHO, 2017b). Foram produzidos folhetos para a campanha com informações iniciais sobre a depressão, e dois deles destacam a prevenção da depressão, no adolescente e no adulto jovem e durante o envelhecimento.

Nestes dois folhetos em especial, a OMS recomenda que, se alguém se sente para baixo ou pensa estar depressivo, procure falar sobre com alguém de confiança ou busque ajuda profissional (WHO, 2017b), dentre outras. Destacam-se a recomendação para se manter em contato com amigos e familiares e dar continuidade àquilo que sempre gostou de fazer, mesmo que não sentisse vontade, ou encontrar alternativas caso não seja possível fazer as mesmas atividades (WHO, 2017b).

2. Habilidades sociais: definições, treinamento em habilidades sociais e prática clínica

A interface entre análise do comportamento e habilidades sociais constitui um campo teórico e de aplicação acerca do comportamento social que cruza a filosofia, ciência e aplicação da primeira com os diferentes modelos teóricos que embasam o segundo e daí derivam diferentes procedimentos e técnicas (Del Prette & Del Prette, 2010).

Dentro deste campo teórico, habilidades sociais e competência social são termos utilizados por vezes como sinônimos, entretanto possuem definições diversas e diferenças teóricas e não se pode falar de um conceito sem considerar o outro (Del Prette & Del Prette, 2010, 2012). De maneira geral, as habilidades sociais são tratadas com base nos princípios comportamentais da análise do comportamento, referindo-se à interação entre duas ou mais pessoas como uma relação funcional, em

que as respostas de uma são antecedentes ou conseqüentes para as respostas de outra, alternadamente (Del Prette & Del Prette, 2010).

O conceito de habilidades sociais possui um sentido descritivo, do conjunto de desempenhos em uma situação interpessoal, podendo ser caracterizado por componentes comportamentais abertos, cognitivo-afetivos mediadores e fisiológicos (Del Prette & Del Prette, 2012). As habilidades sociais são uma classe de respostas específicas necessárias para atingir os objetivos de uma tarefa social em um contexto também específico, sendo julgadas como respostas socialmente competentes ou não no cumprimento de tal tarefa (Gresham, 2013).

Habilidades sociais se definem por um conjunto de comportamentos com alta probabilidade de produzir reforçadores para si e para o grupo social (Del Prette & Del Prette, 2010) e de acordo com as dimensões instrumental e ético-moral – a serem descritas posteriormente – que se caracterizam como comportamentos socialmente competentes. O comportamento social depende de três dimensões do desempenho social, que estão sempre presentes nas interações interpessoais e se articulam entre si: pessoal, situacional e cultural. A dimensão pessoal é composta pelo repertório individual em seus componentes comportamental, cognitivo-afetivo e fisiológico, além de características sociodemográficas que servem como parâmetro para expectativas e normas culturalmente referenciadas a estas características, como idade, sexo, formação acadêmica e etc (Del Prette & Del Prette, 2012).

A dimensão situacional reflete o aspecto situacional das habilidades sociais, já que cada situação produz uma demanda social diferente e, conseqüentemente, exige um desempenho social mais adequado diferente. Assim, o desempenho social é afetado tanto por fatores situacionais quanto pelas características dos interlocutores. (Del Prette & Del Prette, 2012). A dimensão cultural se refere à diferença e à

semelhança que se pode encontrar entre culturas e momentos históricos, e também valores culturais. Assim, identificam-se desempenhos sociais mais localizados e outros transculturais, comuns a diversas culturas (Del Prette & Del Prette, 2012). Neste quesito, vale destacar que a topografia do comportamento é relevante e pode ser própria de uma cultura e não de outras, ou de um subgrupo em uma mesma cultura e se referir a uma mesma classe de respostas, como a forma de cumprimentar que difere entre adultos e adolescentes (Del Prette & Del Prette, 2010).

O comportamento social pode ser classificado por sua topografia ou por sua função, assim as habilidades sociais foram categorizadas em dez classes funcionais encontradas na literatura por Del Prette e Del Prette (2017), sendo elas: comunicação, civilidade, fazer e manter amizade, empatia, assertivas, expressar solidariedade, manejar conflitos e resolver problemas interpessoais, expressar afeto e intimidade, coordenar grupo, e falar em público. Dentro de uma classe, pode haver comportamentos com topografias diferentes (inclui componentes não verbais e paralinguísticos), porém com a mesma função, dependendo da subcultura a que pertencem os indivíduos de uma interação social, assim como pode haver subclasses que pertencem a diferentes classes de habilidades sociais e que se diferenciam pela topografia correspondente a cada classe (Del Prette & Del Prette, 2017).

Algumas tarefas interpessoais estão relacionadas aos papéis sociais assumidos ao longo da vida e, portanto, demandam habilidades sociais relevantes específicas, previstas culturalmente (Del Prette & Del Prette, 2017). Elas vêm sendo caracterizadas em diversos estudos, presentes em interações entre pais e filhos, habilidades universitárias e habilidades infantis (Bolsoni-Silva & Carrara, 2010), e habilidades sociais conjugais, educativas (pais e professores), acadêmicas, profissionais e de cuidadores (Del Prette & Del Prette, 2017).

A aprendizagem de habilidades sociais na infância ocorre, em grande parte, pela observação e imitação de comportamentos sociais dos pais, que, por sua vez, reforçam diferencialmente estes comportamentos, reagindo a eles e dando instruções. As condições ambientais de aprendizagem definem parte do repertório comportamental social do sujeito. A competência social da criança tem relação importante com práticas e valores parentais e também com o contexto cultural e socioeconômico da família (Del Prette & Del Prette, 2012).

O conceito de competência social tem caráter avaliativo e critérios de funcionalidade, no sentido de que um desempenho atendeu adequadamente aos objetivos individuais e às demandas sociais em uma tarefa e contexto específicos (situacionais e culturais), e houve a maximização de trocas positivas e a perda mínima de reforçadores entre os indivíduos componentes da relação social (Del Prette & Del Prette, 2010, 2012, 2017; Gresham, 2013).

Os critérios para avaliação da competência social incluem o alcance dos objetivos de uma situação interpessoal, com o equilíbrio entre poder e troca nas relações, garantindo a melhoria ou a manutenção da qualidade da relação, da autoestima e dos direitos humanos reconhecidos socialmente (Del Prette & Del Prette, 2012, 2017). Del Prette (1982, p.9 citado por Del Prette & Del Prette, 2012, p. 46) define a competência social como “comportamento que produz o melhor efeito no sentido de equilibrar reforçadores e assegurar direitos humanos básicos”. Duas dimensões da competência social são consideradas aqui por Del Prette e Del Prette (2017): instrumental, que se refere ao interesse particular dos interlocutores e às consequências reforçadoras imediatas para eles, e ética, que é indicada por atender aos interesses do grupo social, considerando consequências também a médio e longo prazo para o indivíduo e para o grupo.

Nesse sentido, o conceito de competência social é colocado no centro em relação ao campo teórico-prático das habilidades sociais. Os componentes das habilidades sociais são classes e subclasses de comportamentos socialmente desejáveis, que contribuem para o alcance da competência social, mas não são suficientes para tal (Del Prette & Del Prette, 2017). Dessa forma, enquanto que as habilidades sociais descrevem um desempenho, o conceito de competência social, além de considerar a qualidade deste repertório, também aborda seus resultados efetivos, ou seja, as consequências em curto, médio e longo prazo, tanto para o indivíduo quanto para o interlocutor e o grupo social a que pertencem ambos (Del Prette & Del Prette, 2017).

O comportamento assertivo se encontra dentro de um contínuo que pode ir de passividade a agressividade e este contínuo também se aplica aos comportamentos sociais de uma maneira geral, entre passivo e ativo (Del Prette & Del Prette, 2017). O comportamento ativo produz consequências imediatas que beneficiam o emissor, porém podem prejudicar o interlocutor e o grupo social. O comportamento passivo, por sua vez, produz poucos benefícios ao indivíduo, ao interlocutor e ao grupo, evitando consequências imediatas negativas para o indivíduo. Esses comportamentos não são desejáveis, visto que não atingem todos os critérios para a competência social, podendo ser relacionados a problemas e transtornos psicológicos (Del Prette & Del Prette, 2017).

O Treinamento Assertivo (TA) foi determinado, nos anos 70, por Wolpe como um método de tratamento da ansiedade e de desenvolvimento da expressão de sentimentos. Lazarus substituiu o termo assertividade por expressividade emocional, com o objetivo de dar ênfase tanto a sentimentos positivos quanto negativos. Os teóricos do Treinamento Assertivo definiram comportamento assertivo, passivo e

agressivo para caracterização do desempenho social competente. A partir da década de 80, ocorreu um simultâneo decaimento da produção de conhecimentos em TA e ascensão de publicações sob a designação de Treinamento de Habilidades Sociais. O Treinamento de Habilidades Sociais (THS) abrange campo teórico mais complexo que o TA, e compreende uma intervenção acerca de qualquer tipo de dificuldade interpessoal, não somente aquelas relativas à assertividade, que abrange comportamentos de enfrentamento diante de circunstâncias em que possa haver desequilíbrio nas trocas interpessoais (Del Prette & Del Prette, 2012).

Com uma diversidade de definições de habilidades sociais, produto da diversidade de aportes teóricos, o campo teórico do THS pode ser compreendido como recortes de análise à luz da análise do comportamento da seguinte maneira (Bolsoni-Silva, 2002): o modelo cognitivo e o de percepção social enfocam os eventos privados que, para a análise do comportamento, podem ter função de estímulo discriminativo ou consequência; a teoria dos papéis discorre sobre a aquisição de variabilidade do repertório social na história ontogenética do indivíduo; os modelos de assertividade, operante e respondente, falam sobre respondentes incondicionados e condicionados, relacionados aos comportamentos operantes; e a aprendizagem social é considerada como aprendizagem de discriminações dos componentes da interação social.

A área de THS é embasada em diferentes modelos teóricos e explicações para as dificuldades interpessoais, o que resulta em uma variedade de programas, procedimentos e técnicas de intervenção em THS, porém alguns conceitos foram definidos para delimitar a abrangência dessa área (Del Prette & Del Prette, 2012). Os programas de THS são atividades planejadas de aprendizagem, aplicados por

terapeuta ou facilitador, individualmente ou em grupo, a diferentes faixas etárias e em caráter preventivo, profissional ou terapêutico (Del Prette & Del Prette, 2017).

O THS tem como objetivo “a prevenção de futuras dificuldades comportamentais por meio do ensino e da facilitação de padrões de comportamentos prossociais que podem reduzir efetivamente a ocorrência de problemas de comportamento” (Gresham, 2013, p. 17). Os problemas de comportamento afetam a aprendizagem e o desempenho de habilidades sociais específicas, podendo ser substituídos por comportamentos socialmente adequados com a mesma função (Gresham, 2013).

O THS deve ensinar não somente classes padronizadas de habilidades sociais, mas também promover variabilidade comportamental com base na análise, na discriminação e na sensibilização do indivíduo às contingências ambientais e culturais (Del Prette & Del Prette, 2017).

Habilidades sociais são aprendidas, por meio de variabilidade e seleção ontogenética, e podem ser alvo de intervenções terapêuticas (Del Prette & Del Prette, 2010, 2012). A seleção dessas habilidades sociais pode se dar por contingências naturais ou estruturadas, em contextos clínicos ou educacionais (Del Prette & Del Prette, 2010).

Considerando o desempenho social incompetente como resultado de ausência ou déficit de comportamentos verbais e não verbais, os programas de habilidades sociais objetivam, de maneira geral, identificar as classes de comportamento relacionadas ao desempenho social competente e, por conseguinte, promover e aprimorar a topografia e a função destas classes, a fim de superar estes déficits e propiciar relações interpessoais de maior qualidade (Bolsoni-Silva, 2002; Del Prette & Del Prette, 2010, 2012).

Gresham (2013) classifica os déficits em habilidades sociais em dois tipos: de aquisição e de desempenho. Déficits de aquisição decorrem da falta de conhecimento ou da incapacidade de como executar uma habilidade social adequada para um contexto específico ou da dificuldade em identificar tal habilidade social, como uma criança que não consegue apresentar uma habilidade social mesmo em um contexto adequado porque não aprendeu a desempenhá-la. Déficits de desempenho são falhas no desempenho de certa habilidade social, em que mesmo que o indivíduo consiga executá-la, ele não o quer fazer.

Problemas na aprendizagem do comportamento social podem ocorrer devido a: falta de contato social com grupos culturais diferentes, relações familiares com modelos inadequados (de agressividade ou pouca empatia), inteligência rebaixada, reforçamento de dependência e obediência da criança e punição de iniciar contato social nas práticas parentais (Del Prette & Del Prette, 2012).

A avaliação das habilidades sociais é feita através de análise funcional do comportamento social, em que se identifica sua função por meio da relação entre resposta e eventos antecedentes e consequentes a esta resposta (Gresham, 2013). Devem-se avaliar os déficits comportamentais, comportamentos concorrentes e os recursos do cliente que têm relação com a queixa principal (Del Prette & Del Prette, 2017). As formas de avaliação do desempenho social podem ser por meio de autorrelatos, observação natural e artificial do comportamento, testes de desempenhos de papéis e avaliação por outros significantes (Del Prette & Del Prette, 2012). Dentre as técnicas utilizadas para o treinamento de habilidades sociais, estão as seguintes técnicas comportamentais: ensaio comportamental, reforçamento, modelagem, modelação, *feedback*, relaxamento, tarefas de casa e dessensibilização sistemática (Del Prette & Del Prette, 2012).

Os programas de THS devem ser avaliados ainda pelo alcance dos objetivos propostos, a possibilidade de generalização e manutenção de seus resultados, o uso de técnicas efetivas, a validade social e a melhoria da qualidade de vida do cliente (Del Prette & Del Prette, 2012).

As aplicações do THS abrangem contextos clínicos, de educação, de saúde e de organizações (Del Prette & Del Prette, 2010, 2012). No campo psicoterapêutico, pode ser aplicado como um aliado do processo terapêutico ou como a própria terapia (Bolsoni-Silva, 2002; Del Prette & Del Prette, 2010, 2017). Comportamentos socialmente habilidosos facilitam a produção de reforçadores e assim contribuem para a prevenção ou minimização de problemas psicológicos (Bolsoni-Silva, 2002).

A terapia comportamental, em busca do bem-estar pessoal do cliente, auxilia na promoção de repertórios que produzam reforçadores e estes repertórios podem incluir o aprimoramento do repertório social do cliente (Bolsoni-Silva, 2002). O terapeuta deve se constituir enquanto uma audiência não-punitiva ao cliente, que evita punir os seus comportamentos ao não tecer críticas, apontar erros de linguagem, fazer objeções, agindo, portanto, de modo contraditório frente a comportamentos frequentemente punidos (Skinner, 1953/2007).

No contexto clínico, o THS tem sido utilizado para tratar dificuldades interpessoais e prevenir problemas relacionados, além de promover melhorias na qualidade de vida e no desenvolvimento pessoal e profissional do cliente (Del Prette & Del Prette, 2012). Quando déficits ou dificuldades em habilidades sociais fazem parte da demanda clínica de transtornos psicológicos, primária ou secundariamente, o THS é recomendado para a superação de tais dificuldades e a maximização do repertório social (Del Prette & Del Prette, 2012). As principais demandas encontradas na clínica para aplicação do THS são: transtornos do humor e de

ansiedade, esquizofrenia, timidez e isolamento social, problemas conjugais e familiares, e como coadjuvantes no tratamento de sociopatia, agressividade, delinquência, abuso e dependência de drogas, etc (Del Prette & Del Prette, 2012).

3. Habilidades sociais e prevenção da depressão

Devido à grande diversidade e incidência de transtornos psicológicos, como a depressão, principalmente na infância e na adolescência, visa-se a necessidade de implementação de programas e intervenções clínicas de prevenção desses transtornos (Murta, 2007). Há uma correlação entre déficits em habilidades sociais e problemas psicológicos diversos, dentre eles a depressão (Del Prette & Del Prette, 2012). Uma das hipóteses para esta correlação indica que um pobre repertório em habilidades sociais é antecedente de diversos problemas psicossociais, como depressão, alcoolismo, ansiedade social e esquizofrenia (Segrin & Flora, 2000).

A teoria comportamental da depressão definida por Lewinsohn aponta que déficits em habilidades sociais possuem um papel de causa na depressão, pois prejudica o acesso a reforçadores sociais positivos (Segrin, 2000; Segrin & Flora, 2000). Em contrapartida, Segrin apresentou outro modelo voltado para o déficit de habilidades sociais, que aborda este déficit como um fator de vulnerabilidade ao desenvolvimento de problemas psicossociais, apresentando um papel contributivo à depressão e que a desencadeiam somente quando combinado com experiências negativas de vida do indivíduo (Segrin, 2000; Segrin & Flora, 2000). Estas hipóteses retratam as diferentes formas de relação entre habilidades sociais e depressão, ou seja, dificuldades em habilidade sociais enquanto causa da depressão ou enquanto fator de vulnerabilidade a este problema (Segrin, 2000).

A pobreza no repertório de habilidades sociais é, de fato, um dos fatores de riscos já identificados ao desenvolvimento de depressão (Murta, 2007). A ausência de fatores de proteção e a presença de fatores de risco diminuem os recursos de enfrentamento da pessoa a situações estressoras da vida, o que aumenta sua vulnerabilidade para o desenvolvimento de problemas sociais e psicológicos devido a maior chance de resultados negativos dessas situações. Com fatores de proteção, os riscos podem ser minimizados, pois o indivíduo possui mais recursos para enfrentar situações negativas e alcançar resultados mais positivos (Pereira, 2015).

A aquisição de habilidades sociais depende de aprendizagem, que pode ocorrer durante a vida toda do indivíduo, por meio de observação, instrução direta de outras pessoas ou tentativa e erro (Del Prette & Del Prette, 2012, 2017; Pereira, 2015). Toda a vida de um indivíduo é permeada por interações sociais, mas cada fase do ciclo vital possui demandas sociais diferentes (Pereira, 2015). A cada etapa do ciclo vital e seus respectivos contextos sociais, a relevância e as demandas sociais se alteram, portanto, mudam as exigências por determinados comportamentos sociais. A cultura e os papéis sociais delineiam as necessidades e as expectativas ao desempenho social, cada vez mais amplas e mais complexas (Del Prette & Del Prette, 2012).

Na infância, os pais são modelos de comportamentos sociais ao interagir com a criança e com outras pessoas na presença dela, e modelam o seu repertório, ao punir ou reforçar comportamentos e definir regras, sendo o primeiro contato da criança com comportamentos de habilidades sociais. Os irmãos podem compor diferentes papéis ao indivíduo, que experiencia na relação com eles contextos diferentes, de amigo, conselheiro, cúmplice, opositor e outros (Del Prette & Del Prette, 2012; Pereira, 2015). Fora da família, essa diversidade de contextos e

experiências de desenvolvimento social é maior. Na escola, surgem outras figuras importantes, como professores e funcionários, e com elas a criança testa os comportamentos que aprendeu e aprende outros que vão compor seu repertório (Pereira, 2015). Daí a necessidade de um amplo repertório social para se adaptar a diferentes contextos, diante de diferentes papéis sociais, regras e demandas (Del Prette & Del Prette, 2012).

Na adolescência, é esperado que o repertório social seja amplo e mais elaborado que na infância, como desenvolver conversação do início ao fim, abordagem e negociação, recusar pedidos, mostrar-se interessante e interessado, carinhoso, compreensivo, dentre outros (Del Prette & Del Prette, 2012). Para fazer amizades, as habilidades relacionadas à comunicação são essenciais, principalmente as de apoio, de escuta, de abertura e de autorrevelação. Elas contribuem para a continuidade e qualidade da amizade e no estreitamento da intimidade na relação. Elas devem ser recíprocas e também representar respeito ao outro (Pereira, 2015). Em um contexto educacional e universitário, as habilidades sociais auxiliam a pessoa a enfrentar um novo contexto, diferente do familiar ou da escola infantil, com novas demandas sociais e exigências de preparação do indivíduo para o campo profissional (Pereira, 2015).

Na vida adulta, as habilidades neste momento exigidas envolvem tarefas em grupo, liderança, comportamentos sexuais, independência da família, contato com outros grupos culturais no trabalho ou no lazer (Del Prette & Del Prette, 2012). O contexto profissional representa uma nova mudança de contexto, com novas demandas, técnicas e interpessoais. Desde o momento da seleção para um emprego, no ambiente de trabalho existem regras e demandas específicas que exigem certas habilidades sociais, para uma boa relação com os colegas de trabalho e seus chefes

(Pereira, 2015). Cada profissão, em seu exercício, também demanda habilidades específicas com objetivos específicos da atuação. Habilidades de comunicação são importantes em vendas, para conversação e argumentação com clientes e os convencerem a adquirir o produto; para profissionais de saúde, essas habilidades ajudam a colher dados relevantes e comunicar diagnósticos e orientações para tratamento; professores devem passar conteúdo com clareza e compreensão, a depender do perfil dos alunos, etc (Pereira, 2015).

Para iniciar uma relação íntima ou conjugal, precisa-se de habilidades de comunicação, escuta, humor e apoio. Ao conviver com maior frequência ou viver junto, aumenta a necessidade de habilidades flexíveis e de empatia, além de comunicação assertiva e resolução de problemas, principalmente para resolução de conflitos (Pereira, 2015). Como os pais servem de modelo e regras aos filhos, é importante que tenham habilidades parentais educativas, e também de expressão de sentimentos (Pereira, 2015). Já na terceira idade, o contato social e o enfrentamento ao preconceito contra o idoso se tornam habilidades importantes (Del Prette & Del Prette, 2012).

Ressalta-se, portanto, que cada contexto demanda habilidades sociais diferentes. Um bom repertório de habilidades sociais pode ser visto como fator de proteção ao desenvolvimento humano porque contribui para a construção e manutenção de uma rede de apoio social e facilita o convívio nesses contextos (Pereira, 2015). Pessoas com habilidades sociais possuem mais fontes de reforçadores, em contextos diversos (afetivo, familiar, profissional), e melhores habilidades de enfrentamento a eventos negativos (Segrin & Flora, 2000). Pessoas com dificuldades em habilidade sociais não obtêm apoio social efetivo e são menos capazes de lidar com problemas e eventos estressores, enquanto pessoas com boas

habilidades sociais tem uma boa rede de apoio social (Segrin, 2000; Segrin & Flora, 2000).

Resultados de estudo realizado por Segrin e Flora (2000) demonstram que, quanto maior o déficit em habilidades sociais, identificado por meio de autorrelato, maior foram os problemas psicossociais posteriores vivenciados pelos participantes, quando associados a ocorrência de eventos negativos. A hipótese dos autores para este resultado foi que pessoas com maiores habilidades sociais estão em maior contato com suas redes de apoio e possuem maior rede de apoio disponível, a quem podem acionar para auxiliar em momentos estressores da vida, e também são mais capazes de identificar e aplicar soluções diante de situações de estresse. Boas habilidades sociais são protetivas e dificuldades são fator de vulnerabilidade ao desenvolvimento de problemas psicossociais (Segrin & Flora, 2000).

Em estudo realizado por Pereira (2015), encontrou-se uma correlação positiva entre níveis mais altos de habilidades sociais e maior qualidade nas relações com familiares e amigos, e também entre habilidades sociais e autoestima e autoeficácia. Sentimentos de autoestima e de autoconfiança são estados corporais produzidos por estímulos ambientais sociais ou físicos. A autoestima se desenvolve principalmente a partir de contingências de reforçamento positivo de origem social, pelo reconhecimento ou a gratificação do indivíduo a partir de determinados comportamentos, enfatizando a pessoa e não um comportamento específico. Autoeficácia ou autoconfiança advém de contingências de reforçamento positivo ou negativo e se desenvolve em contextos em que é possível se comportar e produzir estes tipos de reforçadores. O ambiente social tem papel no desenvolvimento da autoconfiança ao propiciar condições para que o indivíduo emita comportamentos a serem consequenciados. Sentir-se confiante ou seguro quer dizer que o indivíduo

sabe como se comportar para ter maiores chances de obter reforçamento positivo ou eliminar eventos aversivos (Guilhardi, 2002). Pereira (2015) pontua que as relações positivas com o outro aumentam o seu senso de autoestima, pela sensação de pertencimento, e indicam autoeficácia pelo auxílio na habilidade de resolver problemas relacionados a interações sociais. Déficits em habilidades sociais podem dificultar as interações sociais, o que influi negativamente em sua autoeficácia e pode trazer impactos a sua autoestima (Pereira, 2015).

A probabilidade de acesso a reforçadores aumenta com comportamentos socialmente habilidosos e, conseqüente, aumenta o repertório comportamental do indivíduo, inclusive o repertório para enfrentar problemas que implicam estímulos aversivos (Bolsoni-Silva & Carrara, 2010). Dentro de uma cultura, existem diversos subgrupos, cada qual com um padrão específico desejável, que possuem maior probabilidade de gerar reforçadores, e padrões irrelevantes e reprováveis, que não geram conseqüentes ou geram conseqüências aversivas, respectivamente (Del Prette & Del Prette, 2010). Nesse sentido, é importante ter variabilidade comportamental social (Del Prette & Del Prette, 2010).

Os estudos em habilidades sociais têm evidenciado o papel de proteção das habilidades enquanto previnem problemas psicológicos e de desenvolvimento, e um bom repertório está relacionado aos seguintes indicadores de bem-estar: sucesso e realização profissional; autoconfiança, otimismo e resiliência; bom relacionamento afetivo e conjugal; rede de apoio e amigos; resolução de problemas interpessoais; relacionamentos saudáveis na família; menor vulnerabilidade a transtornos; e qualidade de vida (Del Prette & Del Prette, 2017). A depressão está dentre um dos transtornos psicológicos que está relacionado ao déficit em habilidades sociais, um

fator de risco ao desenvolvimento de esse e outros transtornos (Del Prette & Del Prette, 2017).

As habilidades sociais favorecem a resolução de problemas cotidianos e a adaptação do indivíduo a mudanças características do desenvolvimento humano, e contribui para a construção do suporte social, que é um fator de proteção à depressão porque auxilia no enfrentamento de manifestações típicas desse transtorno, aumenta a autoestima e evita o isolamento social (Feitosa, 2014). Os resultados encontrados por Fernandes, Falcone e Sardinha (2012) sugerem que pessoas com critérios que atendem o diagnóstico de depressão apresentam maior déficit em habilidades sociais do que aqueles com poucas chances de desenvolver transtornos psiquiátricos, devido à dificuldade em lidar com problemas interpessoais. Nesse sentido, o déficit se configura como um fator de vulnerabilidade ao desenvolvimento da depressão e as habilidades sociais constituem fator de proteção ao desenvolvimento saudável (Feitosa, 2014; Fernandes, Falcone & Sardinha, 2012). Em pesquisa realizada com adolescentes que possuíam e não possuíam indicadores de depressão, as habilidades de empatia e de autocontrole foram relatadas como fator de proteção, e dificuldades em habilidades de civilidade, como fator de risco (Campos, Del Prette & Del Prette, 2014).

Quando o ambiente natural não colabora com a aquisição ou o aperfeiçoamento das habilidades sociais, intervenções educativas ou terapêuticas são necessárias (Del Prette & Del Prette, 2017). Os programas de THS podem favorecer o desenvolvimento socioemocional, comportamentos e sentimentos pró-sociais e a qualidade de vida de um grupo social (Del Prette & Del Prette, 2010). Como dito anteriormente, habilidades sociais apresentaram correlações positivas com fatores de proteção, e negativas com fatores de risco em relação à depressão (Pereira, 2015). As

habilidades sociais podem ajudar na resolução de problemas e também na construção de redes de apoio, que são fatores de proteção (Pereira, 2015).

Programas de THS podem ser indicados como intervenção principal para demandas de depressão, principalmente quando o cliente possui maiores dificuldades em relações interpessoais, devido a déficits em habilidades sociais e comportamentos concorrentes (Del Prette & Del Prette, 2017). Algumas habilidades sociais básicas já devem ser desenvolvidas inicialmente nos programas de THS, como observar e descrever comportamentos e interações, fazer e responder perguntas, elogiar, e, para a efetividade do programa em si, fornecer *feedback*, analisar contingências e expressar afeto positivo (Del Prette & Del Prette, 2017). Ao se avaliar o desempenho social, além dos déficits comportamentais, o terapeuta deve estar atento ao repertório que o cliente já possui e partir dele para iniciar o treinamento (Del Prette & Del Prette, 2012).

Os programas de prevenção em saúde mental são aplicados em três níveis, primário, secundário e terciário, e podem ser universais, seletivos ou indicados, de acordo com o público-alvo destas medidas (Murta, 2007). A intervenção primária em habilidades sociais é feita com pessoas ou grupos sob risco, mas que ainda não desenvolveram nenhum problema interpessoal, então o objetivo é aprimorar suas habilidades sociais, como fator de proteção a problemas interpessoais futuros. A intervenção secundária abrange pessoas ou grupos afetados por fatores de risco para problemas interpessoais, e a terciária é indicada para pessoas com problemas interpessoais relacionados a condições que não envolvem cura (como autismo, esquizofrenia), com objetivo de minizar os efeitos dos déficits em habilidades sociais (Murta, 2005).

Murta (2005) aponta que estudos com THS publicados no Brasil mostram que em nível de prevenção primária, o público-alvo tem se resumido a crianças, pais, adolescentes, em contexto educacional, professores e universitários. Em prevenção secundária, atingem-se clínicas-escola, escolas de ensino fundamental, crianças, adolescentes, pais e adultos com problemas de relacionamento interpessoal. E em prevenção terciária, os focos são pessoas com gagueira, pais de crianças com deficiência intelectual ou autismo, crianças com deficiência mental leve, asperger e esquizofrenia. A autora ainda sugere que intervenções primárias devam ser expandidas para creches, programas de atendimento a comunidade e cursos de formação de profissionais da saúde; e intervenções secundária e terciária para hospitais, ambulatórios e outros contextos de saúde.

Certos déficits estão fortemente relacionados à depressão, podendo indicar seu nível de gravidade, dentre eles, aspectos sutis como gestos reduzidos, pouco contato visual, fala lentificada, e aspectos mais evidentes, como falta de iniciativa em novos relacionamentos ou interações interpessoais, dificuldade em se expressar com clareza ao outro e autorrevelações inadequadas, excessivas e geralmente negativas (Segrin, 2000). Autorrevelações negativas e excessivas, em especial, podem passar despercebidas no contexto clínico, já que faz parte do objetivo de se estar neste *setting* (Segrin, 2000).

4. Considerações finais

O presente trabalho teve como objetivo investigar a contribuição da promoção de habilidades sociais para a prevenção da depressão, em uma perspectiva analítico-comportamental. A depressão atingia, em 2015, mais de 300 milhões de

peças no mundo todo (WHO, 2017a). Ela é definida pela APA (2013) a partir de uma série de sintomas que são compreendidos pela análise do comportamento como topografias comportamentais, enquanto deveria ser investigada e explicada a partir da história de interação do indivíduo, atual e passada, e as funções dos comportamentos característicos deste transtorno (Cavalcante & Tourinho, 1998; Dougher & Hackbert).

Para a análise do comportamento, a depressão é produto de variação e seleção e, para compreender a aquisição e manutenção de padrões comportamentais identificados como depressão, necessita-se investigar quais são as variáveis ambientais antecedentes e consequentes e a relação de funcionalidade entre elas (Bueno & Britto, 2014). Sob esta perspectiva, a depressão é caracterizada pela redução na frequência de respostas que geralmente produzem reforçadores positivos e pelo aumento de comportamentos reforçados negativamente (Cardoso, 2011). Esta condição pode ser resultante de contingências e processos comportamentais como reforço insuficiente, extinção generalizada, insensibilidade a reforçadores, reforçamento de comportamentos depressivos e operações estabelecidas (Dougher & Hackbert, 2003).

Dentre as explicações analítico-comportamentais, um aspecto relevante no surgimento e na manutenção da depressão é a ausência de reforçadores sociais, que, por sua vez, está fortemente relacionada a problemas no repertório social do indivíduo (Dougher & Hackbert, 2003). Outro ponto seria uma história de ambiente não-responsivo socialmente, que pode gerar um repertório social pobre e, assim, reduzida taxa de reforço social (Dougher & Hackbert, 2003). A obtenção de reforçadores positivos pode ser prejudicada pelo déficit em habilidades sociais ou pelo excesso em comportamentos como agressividade (Abreu & Abreu, 2017).

O Ministério da Saúde (2013) indicou as habilidades sociais como fator protetivo à saúde mental em crianças e adolescentes, e a Organização Mundial de Saúde (2017b) destacou que o contato com a rede familiar e de amigos é uma maneira de prevenção à depressão, o que corrobora com as ideias apresentadas neste trabalho de que fontes diversas e estáveis de reforçadores protegem os indivíduos dessa doença. Em diversos estudos, as habilidades sociais têm sido identificadas enquanto fator de proteção ao desenvolvimento de problemas psicológicos, incluindo a depressão, indicando-se uma correlação negativa entre um bom repertório de habilidades sociais e problemas psicológicos.

O conceito de habilidades sociais descreve classes e subclasses comportamentais requeridas para se atingir a competência social, que depende também de consequências a curto, médio e longo prazo de um desempenho, para o indivíduo e para o grupo social que faz parte (Del Prette & Del Prette, 2017). Existem dois tipos de contingências que possibilitam a aprendizagem de habilidades sociais: natural, que são contingências em que o sujeito já se encontra naturalmente, e estruturada, por meio de intervenções programadas educacionais ou terapêuticas (Del Prette & Del Prette, 2010). O Treinamento de Habilidades Sociais pode ser um aliado à intervenção terapêutica ou ser a própria intervenção em substituição à psicoterapia (Bolsoni, 2002; Del Prette & Del Prette, 2010). Na prática clínica, o THS tem sido aplicado diante uma gama de transtornos e problemas psicológicos com o objetivo de superar problemas interpessoais e promover repertório social de maior qualidade (Del Prette & Del Prette, 2012).

A prevenção e a redução de problemas psicológicos podem ser alcançadas através da obtenção de reforçadores produzidos por um bom repertório de habilidades sociais (Bolsoni-Silva, 2002). Uma das hipóteses sobre a relação entre

habilidades sociais e depressão coloca a primeira como causa da depressão, entretanto, a proposta de que as habilidades sociais podem ser um fator de vulnerabilidade a diversos problemas psicossociais, quando associados a eventos negativos de vida, tem sido pesquisada (Segrin, 2000; Segrin & Flora, 2000). Os estudos apresentados neste trabalho fortalecem o modelo de vulnerabilidade à depressão pelo déficit em habilidades sociais, que defende que a pobreza no repertório de habilidades sociais diminui os recursos de enfrentamento do indivíduo a experiências estressoras e negativas, enquanto que um bom repertório tem caráter protetivo ao favorecer a formação de uma rede de apoio social que pode ser acionada diante de dificuldades e promover habilidades de manejar conflitos e resolver problemas (Pereira, 2015; Segrin, 2000; Segrin & Flora, 2000).

A aplicação do THS a problemas e transtornos psicológicos no contexto clínico levanta a relevância deste campo teórico-prático para a formação do psicólogo, que pode se munir das bases conceituais, recursos, técnicas e avaliações em habilidades sociais para trabalhar com habilidades sociais no *setting* terapêutico (Del Prette & Del Prette, 2017). Os conteúdos apresentados até então demonstram que, ao identificar déficits em habilidades sociais, incluindo a qualidade de suas relações sociais e a composição da rede de apoio social do cliente, o terapeuta poderia avaliar se há contextos propícios para o desenvolvimento de problemas psicológicos, no caso a vulnerabilidade à depressão, e planejar suas intervenções com base nisso.

A prevenção de transtornos mentais deve ter enfoque, dentre outros aspectos, na intervenção precoce através de identificação, prevenção e tratamento de problemas comportamentais (WHO, 2013). Como já mencionado, alguns déficits no repertório social estão associados à depressão e sua identificação preliminar pode

abrir campo para uma avaliação preventiva da depressão, mesmo quando não relacionados diretamente à queixa do cliente.

Quando estas habilidades não são adquiridas no ambiente natural, torna-se imprescindível o THS, em que o indivíduo pode aprender através de instruções, modelação e modelagem. Déficits em habilidades sociais podem favorecer o surgimento ou a manutenção da depressão. As habilidades sociais se configuram enquanto fator de proteção na medida em que possibilitam a resolução de problemas e a formação de redes de apoio social (Pereira, 2015). Os programas de THS podem ser uma ferramenta para o desenvolvimento socioemocional e habilidades pró-sociais desejadas em vista da melhoria na qualidade de vida da sociedade como um todo (Del Prette & Del Prette, 2010) e a terapia comportamental auxilia na busca de repertórios que produzam reforçadores positivos ao cliente, incluindo repertórios sociais (Bolsoni-Silva, 2002). Combinados, as chances de prevenir o surgimento de uma condição depressiva ou de minimizar as consequências negativas de um quadro já existente podem ser bastante promissoras.

Referências Bibliográficas

- Abreu, P. R., & Abreu, J. H. dos S. S. (2017). Ativação comportamental: Apresentando um protocolo integrador no tratamento da depressão. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, XIX(3), 238-259.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Bolsoni-Silva, A. T. (2002). Habilidades sociais: breve análise da teoria e da prática à luz da análise do comportamento. *Interação em Psicologia*, 6(2), 233-242.

- Bolsoni-Silva, A. T., & Carrara, K. (2010). Habilidades sociais e análise do comportamento: compatibilidades e dissensões conceitual-metodológicas. *Psicologia em Revista, 16*(2), 330-350.
- Bueno, L. N., & Britto, I. A. de S. (2014). Depressão sob o enfoque comportamental. In N. B. Borges, L. F. G. Aureliano, & J. L. Leonardi (Orgs.), *Comportamento em foco 4* (pp. 39-46). São Paulo: Associação Brasileira de Psicologia e Medicina Comportamental.
- Campos, J. R., Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (2014). Depressão na adolescência: habilidades sociais e variáveis sociodemográficas como fatores de risco/proteção. *Estudos e Pesquisas em Psicologia, 14*(2), 408-428.
- Cardoso, L. R. D. (2011). Psicoterapias comportamentais no tratamento da depressão. *Psicologia Argumento, 29*(67), 479-489.
- Cavalcante, S. N., & Tourinho, E. Z. (1998). Classificação e Diagnóstico na Clínica: Possibilidades de um Modelo Analítico-Comportamental. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 14*(2), 139-147.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2010). Habilidades sociais e análise do comportamento: Proximidade histórica e atualidades. *Perspectivas em análise do comportamento, 1*(2), 104-115.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2012). *Psicologia das habilidades sociais: Terapia e educação*. (9ª ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2017). *Competência Social e Habilidades Sociais: manual teórico-prático*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Dougher, M. J., & Hackbert, L. (2003). Uma explicação analítico-comportamental da depressão e o relato de um caso utilizando procedimentos baseados na aceitação. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 5*(2), 167-184.

- Feitosa, F. B. (2014). A depressão pela perspectiva biopsicossocial e a função protetora das habilidades sociais. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 34(2), 488-499. <https://dx.doi.org/10.1590/1982-3703000992013>
- Fernandes, C. S., Falcone, E. M. de O., & Sardinha, A. (2012). Deficiências em habilidades sociais na depressão: estudo comparativo. *Psicologia: teoria e prática*, 14(1), 183-196.
- Ferreira, D. C., Tadaiesky, L. T., Coêlho, N. L., Neno, S., & Tourinho, E. Z. (2010). A interpretação de cognições e emoções com o conceito de eventos privados e a abordagem analítico-comportamental da ansiedade e da depressão. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 1, 70-85.
- Ferreira, D. C., & Tourinho, E. Z. (2011). Relações entre depressão e contingências culturais nas sociedades modernas: interpretação analítico-comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 13(1), 20-36.
- Ferreira, D. C., & Tourinho, E. Z. (2013). Desamparo aprendido e incontrolabilidade: relevância para uma abordagem analítico-comportamental da depressão. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 29(2), 211-219. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722013000200010>
- Gresham, F. M. (2013). Análise do comportamento aplicada às habilidades sociais. In A. Del Prette & Z. A. P. Del Prette (Orgs.), *Psicologia das habilidades sociais: diversidade teórica e suas implicações* (pp. 17-66). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Guilhardi, H. J. (2002). *Auto-estima, autoconfiança e responsabilidade*. Disponível em http://www.itrcampinas.com.br/pdf/helio/Autoestima_conf_respons.pdf

- Hunzinker, M. H. L. (2005). O desamparo aprendido revisitado: estudos com animais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 21(2), 131-139. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722005000200002>
- Marçal, J. V. de S. (2005). Estabelecendo objetivos na prática clínica: quais caminhos seguir?. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 7(2), 231-246.
- Marçal, J. V. de S. (2010). Behaviorismo Radical e Prática Clínica. In A. K. C. R. de-Farias (Org.), *Análise comportamental clínica: aspectos teóricos e estudos de caso* (pp. 30-48). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Ministério da Saúde. (2013). *Saúde Mental*. Brasília: Author. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf
- Moreira, M. B., & Medeiros, A. de M. (2007). *Princípios básicos de análise do comportamento*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Murta, S. G. (2005). Aplicações do treinamento em habilidades sociais: análise da produção nacional. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(2), 283-291. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722005000200017>
- Murta, S. G. (2007). Programas de prevenção a problemas emocionais e comportamentais em crianças e adolescentes: lições de três décadas de pesquisa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(1), 01-08. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722007000100002>
- Neno, S. (2003). Análise funcional: definição e aplicação na terapia analítico-comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 5(2), 151-165.
- Pereira, A. S. (2015). *Avaliação das habilidades sociais e de suas relações com fatores de risco e proteção em jovens adultos brasileiros* (Dissertação de

- Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil).
Disponível em <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/130477>
- Pereira, A. S., Dutra-Thomé, L., & Koller, S. H. (2016). Habilidades sociais e fatores de risco e proteção na adultez emergente. *Psico*, 47(4), 268-278.
<https://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2016.4.23398>
- Rother, E. T. (2007). Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(2), v-vi. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>
- Segrin, C. (2000). Social skills deficits associated with depression. *Clinical Psychology Review*, 20(3), 379-403.
- Segrin, C., & Flora, J. (2000). Poor Social Skills Are a Vulnerability Factor in the Development of Psychosocial Problems. *Human Communication Research*, 26(3), 489-514. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2958.2000.tb00766.x>
- Skinner, B. F. (1953/2007). *Ciência e comportamento humano*. (J. C. Todorov & R. Azzi, trads.). São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Skinner, B. F. (2007). Seleção por conseqüências. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 9(1), 129-137.
- Skinner, B. F. (2010). A psicologia pode ser uma ciência da mente? *Revista Brasileira de Análise do Comportamento*, 6(1), 111-119.
<http://dx.doi.org/10.18542/rebac.v6i1.997>
- Taboada, N. G., Legal, E. J., & Machado, N. (2006). Resiliência: em busca de um conceito. *Journal of Human Growth and Development*, 16(3), 104-113.
- World Health Organization. (2013). *Mental health action plan 2013-2020*. Geneva: Author. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf?sequence=1

World Health Organization. (2017a). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva: Author. Disponível em <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?ua=1>

World Health Organization. (2017b). *Depression: let's talk*. Geneva: Author. Disponível em <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/toolkit.pdf?ua=1>

