

## AVALIAÇÃO DAS HABILIDADES SOCIAIS DE RESIDENTES DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Lívia de Ângeli Silva Penha<sup>1</sup>✉, Elisa Tavares Sanabio Heck, Sebastião Benício da Costa Neto & Fernanda Gonçalves Silva

Hospital das Clínicas, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Brasil

---

**RESUMO:** Estudos sobre habilidades sociais em profissionais de saúde possibilitam o desenvolvimento de relações interpessoais efetivas e satisfatórias entre os membros das equipes de saúde e, entre estes e os pacientes. O presente trabalho avaliou e identificou o repertório de habilidades sociais de 35 residentes (28 mulheres e sete homens) de um hospital universitário, com idades variando entre 22 e 50 ( $M=27,43$  anos), inseridos em serviços de Urgência e Emergência. A coleta de dados incluiu um Questionário Sócio Demográfico, o Questionário de Aspectos Emocionais / Comportamentais e o Inventário de Habilidades Sociais - Del Prette (IHS - Del Prette). Os resultados indicam que, de modo geral, os residentes apresentaram bom repertório de habilidades sociais. No entanto, houve indicação do treinamento para parte dos homens em relação ao F1 – Enfrentamento e auto afirmação com risco e parte das mulheres em relação aos Fatores 2, 3 e 4 (Auto afirmação na expressão de sentimento positivo, Conversação e desenvoltura social e Auto exposição a desconhecidos e situações novas, respectivamente) do IHS - Del Prette. A pesquisa possibilitou ampliar os estudos sobre habilidades sociais em contextos de saúde, contribuindo para avaliações de trabalhadores de saúde e para possíveis delineamentos de programas de treinamento de habilidades sociais nesta área. O estudo não esgota outras possibilidades de análises. Estudos futuros seriam relevantes ao abordar desempenho e competência social de habilidades sociais em contextos de saúde, o que poderia incrementar pesquisas de intervenção na área.

*Palavras-chave:* habilidades sociais; profissionais de saúde; comunicação; assertividade; análise do comportamento.

---

## SOCIAL SKILLS EVALUATION IN UNIVERSITY HOSPITAL RESIDENTS

**ABSTRACT:** Studies on social skills in health professionals allow the development of effective and satisfying interpersonal relationships among members of health teams, and between these and patients. This study evaluated and identified the social skills of 35 residents (28 women and 7 men) of a university hospital, aged between 22 and 50 ( $M=27.43$  years), inserted in the Urgency and Emergency services. Data collection included a Questionnaire Socio Demographic, the Questionnaire Emotional / Behavioral

---

✉ Rua Sete, s/n, Qdra. 27, Lt. 26, Cj. Rio Claro 3; Tel.: (62) 8209-5850; E-mail: [liviadeangeli@gmail.com](mailto:liviadeangeli@gmail.com)

Aspects and the Social Skills Inventory - Del Prette (IHS - Del Prette). The results indicate that, in general, residents had good social skills. However, there was indication of the training of men in relation to F1 - Coping and self assertion at the risk and of women in relation to factors 2 , 3 and 4 (Self assertion in the expression of positive sentiment; Talk and social resourcefulness and Self exposure to strangers and new situations, respectively) of IHS - Del Prette. This research allowed us to expand the studies on social skills in health contexts, contributing to reviews of health workers and possible designs of social skills training programs in this area. The study does not exhaust other possibilities for analysis. Future studies would be relevant when addressing performance and social competence of social skills in contexts of health, which could increase intervention research in the area.

*Keywords:* social skills; health professionals; communication; assertiveness; behavior analysis.

---

Recebido em 08 de Abril de 2014/ Aceite em 05 de Abril de 2016

O interesse pelo comportamento social, sob a ótica da Análise do Comportamento, surgiu após a publicação dos trabalhos de Darwin (1859), que propunha a compreensão de que o homem é uma das espécies animais que evoluem ao longo de acontecimentos naturais. Neste sentido, iniciaram-se pesquisas sobre o desenvolvimento humano que enfocavam o estudo sistemático das interações sociais. A partir do século 19, por meio do surgimento da Psicologia Industrial e Psicologia Evolutiva, começaram a surgir estudos experimentais, observacionais e de levantamento para avaliar o desempenho social (Del Prette & Del Prette, 2000).

Nas décadas de 1950 e 1960, por meio dos conhecimentos das pesquisas experimentais, começaram a surgir trabalhos da Psicologia Comportamental (mais especificamente relacionados à Terapia Comportamental) que versavam sobre problemas de relacionamento social. Segundo alguns autores (Del Prette & Del Prette, 1996; Del Prette & Del Prette, 2000; Fumo, Manolio, Bello & Hayashi, 2009), os conhecimentos em habilidades sociais originaram do desenvolvimento de dois movimentos contemporâneos ocorridos a partir de 1960. Estes movimentos eram o Treinamento Assertivo (TA) nos Estados Unidos, que ganhou destaque com Robert E. Albert e Michael L. Emmons, e o Treinamento de Habilidades Sociais (THS) na Inglaterra, que ganhou notoriedade com os trabalhos de Argyle sobre ergonomia.

Alguns autores consideram que os conhecimentos em habilidades sociais, assim como os movimentos do TA e THS, desde a sua origem, relacionam-se às abordagens da Psicologia Comportamental e Psicologia Comportamental Cognitiva. Assim, a divulgação do THS para outros países aconteceu com o crescente interesse da psicologia por estas duas abordagens. No Brasil, nas décadas de 1970 e 1980, o interesse inicial centrou-se mais na prática que na pesquisa. Em 1978, surgiu a primeira publicação sobre o TA no Brasil (Del Prette, 1978), mas foi a partir da década de 1980 que surgiram outras publicações enfocando diferentes problemas e temáticas (Del Prette & Del Prette, 2000; Fumo et al., 2009).

Diante deste panorama, o conceito de habilidades sociais foi sendo desenvolvido. Uma das principais definições afirma que as habilidades sociais são um conjunto de capacidades comportamentais aprendidas que envolvem interações sociais (Bolsoni - Silva, 2002). Outras definições ainda esclarecem que as habilidades sociais incluem a assertividade, entendida como a expressão apropriada de sentimentos negativos e defesa dos próprios direitos, e também habilidades

de comunicação, de resolução de problemas interpessoais, de cooperação e de desempenhos interpessoais nas atividades profissionais (Bolsoni - Silva, 2002; Caballo, 1996).

Dessa forma, de acordo com Del Prette e Del Prette (1996), a categoria habilidades sociais pode ser caracterizada como incluindo todo desempenho emitido em interações. Este é descrito em termos das dimensões comportamental, pessoal e situacional, ocorrendo uma relação temporal e funcional entre essas dimensões, compreendidas a partir de condicionantes culturais e históricos. Neste sentido, a frequência, duração e magnitude dos padrões topográficos de habilidades sociais que ocorrem em dado grupo cultural são determinados pelas normas deste grupo e podem se afastar ou se aproximar das normas apresentadas como universais.

Ao caracterizar as habilidades sociais como relacionadas à existência de variadas classes de comportamentos sociais no repertório do indivíduo para lidar com demandas de contextos interpessoais, faz-se importante diferenciá-las dos termos desempenho social e competência social. O primeiro termo diz respeito à emissão de um comportamento em uma determinada situação. O segundo tem sentido avaliativo, remetendo aos efeitos das habilidades sociais nas situações vivenciadas pelo indivíduo, visando qualificar a proficiência com que estes comportamentos são ou deveriam ser emitidos. Deste modo, os conceitos de habilidades sociais e competência social caracterizam um tipo especial de desempenho social, sendo que o bom repertório de habilidades sociais não garante o desempenho socialmente competente (Bolsoni - Silva, 2002; Del Prette & Del Prette, 2000).

A partir dessa caracterização de habilidades sociais, alguns autores (Bolsoni - Silva, 2002; Del Prette & Del Prette, 2000) destacam cinco modelos explicativos que propiciaram a estruturação do campo teórico-prático do Treinamento de Habilidades Sociais: o modelo cognitivo, o da teoria de papéis, o da assertividade, o da aprendizagem social e o da percepção social. Estes modelos não são considerados excludentes, havendo a predominância das tendências behaviorista e sociocognitivista, de modo que os ensinamentos de cada um dos modelos são incorporados ao THS (Bolsoni - Silva, 2002; Del Prette & Del Prette, 1996).

Assim, independente do modelo a ser utilizado, o THS tem o intuito de promover interações sociais mais satisfatórias e superar *déficits* no desempenho social, por meio de procedimentos educativos e clínicos, podendo atender também a uma clientela não clínica ao buscar padrões satisfatórios de vida comunitária (Bolsoni - Silva, 2002; Del Prette & Del Prette, 1996). Por exemplo, o estudo realizado por Furtado, Falcone e Clark (2003), com 178 estudantes de medicina de uma universidade pública do Rio de Janeiro demonstrou que as deficiências em habilidades sociais nessa amostra de estudantes foram mais um fator na produção de estresse que vem somar - se às outras fontes estressoras presentes na vida acadêmica. O que evidenciou a necessidade, além do treino de controle do estresse, do treinamento em habilidades sociais (assertividade, empatia e solução de problemas) para lidar com os estressores, já que estes poderiam prejudicar o funcionamento psicossocial do aluno, bem como de seu futuro desempenho profissional.

Outros estudos demonstram a importância do treinamento de habilidades sociais em contextos de saúde também em populações clínicas, como exemplifica o estudo realizado por Correia, Del Prette e Del Prette (2004), com 29 mulheres obesas mórbidas, pacientes do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, que estavam se submetendo a um tratamento médico. Este estudo evidenciou *déficits* específicos em habilidades assertivas em situações relacionadas à alimentação (e.g., recusa de alimentos) nesta população, sugerindo que o treinamento de habilidades sociais em geral, e de habilidades assertivas em particular, poderiam constituir instrumentos de grande ajuda por desenvolverem habilidades alternativas para esta população lidar com estas situações, em sua maioria sociais.

Por outro lado, o estudo de Rondina, Martins, Manzato e Terra (2013), com 97 acadêmicos fumantes de uma universidade pública evidenciou resultados contrários ao estudo supracitado em

relação ao comportamento assertivo. Neste estudo, fumantes classificados como dependentes obtiveram, em média, melhores resultados em comparação aos não dependentes em fator relacionado à assertividade. Especificamente, nos estudantes provenientes da área da saúde a dependência nicotínica poderia estar relacionada a um melhor desempenho neste fator. Este estudo contribuiu para a compreensão de que a associação entre assertividade e tabagismo possa ser variável ao se analisar as dimensões específicas do comportamento assertivo e sugere que o aperfeiçoamento das habilidades sociais contribui com programas de natureza preventiva ou terapêutica para consumo de tabaco e/ou dependência nicotínica, entre outras drogas.

O estudo de Ferro et al., (2008), por exemplo, avaliou o repertório de habilidades sociais, em diferentes contextos (trabalho, escola, família) de 12 portadores da Síndrome Velocardiofacial que eram pacientes do Hospital de Anomalias Craniofaciais da USP-Bauru. O estudo apontou que esta população apresentava dificuldades, principalmente, relacionadas à comunicação, afirmação e defesa dos próprios direitos. Propondo o treinamento de habilidades sociais como parte do processo reabilitador destes indivíduos para instrumentalizá-los nos relacionamentos pessoais e desenvolvimento de seus recursos e potenciais.

O Treinamento de Habilidades Sociais, portanto, pode ser utilizado como parte de um processo terapêutico, de forma coadjuvante em algum tratamento em que há demanda de dificuldades interpessoais correlatas ou como o próprio processo em si, configurando-se como método terapêutico principal para demandas envolvendo problemas de relacionamento social. Assim, pode assumir diversos formatos dependendo das demandas apresentadas (Bolsoni - Silva, 2002), tendo também, afiliações teóricas diversas, tais como as teorias humanista, sistêmica, comportamentalista e cognitivista (Murta, 2005).

A técnica do Treinamento de Habilidades Sociais compreende as etapas de avaliação e de intervenção. Na fase de avaliação, dependendo do referencial teórico adotado, podem ser identificados *déficits* ou excessos comportamentais, os antecedentes e consequentes dos mesmos, respostas emocionais e crenças distorcidas que impedem a emissão dos comportamentos socialmente habilidosos. Nesta fase, as técnicas utilizadas são: inventários, entrevistas, auto registros, técnicas da sociometria e observações do comportamento. Na fase de intervenção, há duas formas de aplicação das intervenções: (a) multicomponentes - quando possuem múltiplos objetivos e diversos temas para discussão, incluindo as habilidades de comunicação, e (b) unicomponentes - quando se focam em habilidades sociais ou algum outro tema (Murta, 2005).

Uma pesquisa realizada por Sardinha (2010), utilizando dois estudos complementares, por exemplo, indicou ser possível desenvolver repertório de habilidades sociais em intervenções individuais, utilizando a técnica de automonitoramento como auxiliar as análises funcionais, considerada algo inovador em relação ao treinamento de habilidades sociais. No primeiro estudo desta pesquisa, utilizando delineamento transversal, foram identificados *déficits* de habilidades sociais em nove adultos portadores de Anomalia de Diferenciação Sexual (ADS) com mais de seis meses em tratamento, atendidos em ambulatório de um hospital público de Belém. Assim, foram apontadas dificuldades enfrentadas por eles no convívio social, as quais poderiam estar vinculadas às alterações fenotípicas que estas anomalias ocasionam.

No segundo estudo da pesquisa citada acima, foi utilizado o treino de automonitoramento na instalação de comportamentos correspondentes a habilidades sociais em uma participante do primeiro estudo, o que permitiu a descrição das contingências às quais os comportamentos alvo (*déficits* em habilidades sociais) estavam relacionados, possibilitando as análises funcionais necessárias para o processo terapêutico, levando a mudanças clínicas significativas. O treinamento de habilidades sociais foi, portanto, considerado um tratamento complementar ao medicamentoso ou cirúrgico aos quais os portadores desta síndrome são regularmente submetidos (Sardinha, 2010).

Assim, as habilidades sociais como fator de proteção no curso do desenvolvimento humano, tem gerado intervenções que podem ser agrupadas em prevenção primária, secundária e terciária. De modo que, as intervenções em prevenção primária são dirigidas a grupos ou pessoas expostas a fatores de risco (e.g., contextos não favoráveis ao desenvolvimento de habilidades sociais satisfatórias), mas não acometidas de problemas interpessoais (Murta, 2005).

As intervenções em prevenção secundária são dirigidas às pessoas ou grupos já sob efeito de fatores de risco (e.g., crianças agressivas criadas por pais com problemas em práticas educativas) para problemas interpessoais e as intervenções em prevenção terciária almejam minimizar consequências de *déficits* acentuados em habilidades sociais já instalados (e.g., pessoas portadoras de autismo ou esquizofrenia), sem pretensão de cura (Murta, 2005). Assim, programas de desenvolvimento de habilidades sociais são considerados uma ferramenta valiosa em todos os níveis de atuação em saúde (Jeffery, 1989; Murta, 2005).

É possível afirmar que há uma interface histórica de produção e aplicação de conhecimento sobre o comportamento social ao se relacionar habilidades sociais e Análise do Comportamento, já que existe o campo teórico-prático das habilidades sociais, focado nos comportamentos sociais, constituído por diferentes abordagens teóricas. Por outro lado, tem se a Análise do Comportamento como uma abordagem que tem um braço teórico, filosófico e histórico, um braço empírico e um braço aplicado, constituindo, assim, uma abordagem que ultrapassa a área das habilidades sociais (Del Prette & Del Prette, 2010; Tourinho, 1999).

Neste sentido, em um ponto de vista analítico comportamental, os conceitos de habilidades sociais são examinados em uma perspectiva funcional e contextualista, levando-se em consideração as contingências controladoras do comportamento social dos indivíduos em interação. Assim, a evolução e aprendizagem das habilidades sociais são compreendidas por meio dos mecanismos de variação e seleção filogenética, ontogenética e cultural, sendo os programas de Treinamento de Habilidades Sociais, educacionais ou terapêuticos, contribuidores para o estabelecimento de novas práticas individuais e culturais nos mais variados contextos. Práticas estas baseadas no respeito aos direitos e na convivência humana mais harmoniosa (Del Prette & Del Prette, 2010).

Considerando a importância do desenvolvimento de habilidades sociais em contextos de saúde, a escassez de estudos abordando habilidades sociais de profissionais de saúde no Brasil e que estas são essenciais para propiciar relações interpessoais saudáveis e efetivas entre equipe de saúde e pacientes, o presente trabalho, utilizando como referencial teórico a análise do comportamento aplicada, objetiva avaliar e identificar as habilidades sociais de residentes de um hospital universitário.

## MÉTODO

### *Participantes*

Participaram deste estudo 35 residentes dos programas de residência médica e residência multiprofissional em saúde de um hospital universitário, sendo 28 mulheres e sete homens, com idades variando entre 22 e 50 ( $M=27,43$  anos).

Em relação à especialidade, 20 (57,14%) eram residentes multiprofissionais em saúde, eixo de concentração em Urgência e Emergência e eram profissionais das áreas: Nutrição (4 residentes), Biomedicina (3), Fonoaudiologia (3), Psicologia (3), Serviço Social (3), Enfermagem (2) e Fisioterapia (2). Enquanto 15 (42,86%) participantes eram residentes médicos das seguintes áreas: Clínica Médica (6), Pediatria (3), Cirurgia Geral (2), Dermatologia (2), Neurologia (1) e Pneumologia (1).

### *Material*

A pesquisa se orientou por um desenho quantitativo, qualitativo, descritivo e exploratório. Para obtenção dos dados, foram utilizados os seguintes instrumentos:

1. Questionário Sócio Demográfico: construído a partir da adaptação da Pesquisa Nacional de Saúde – Brasil / Questionário Individual / Características Sócio – Demográficas e Apoio Social (Pesquisa Nacional de Saúde, 2010); foi utilizado para caracterizar a amostra em termos de sexo, idade, escolaridade, ocupação, entre outras características.

2. Questionário de Aspectos Emocionais / Comportamentais: é um instrumento de auto relato elaborado pelos pesquisadores de acordo com a definição de habilidades sociais na literatura e considerando a experiência do participante como residente do hospital universitário; foi estruturado em nove questões abertas que abordam os aspectos emocionais / comportamentais do participante e sua relação com a experiência da residência.

3. Inventário de Habilidades Sociais Del - Prette (IHS – Del Prette): instrumento de auto relato para avaliação de habilidades sociais, analisado e aprovado pelo Conselho Federal de Psicologia; composto de 38 itens, cada um descrevendo uma situação de relação interpessoal e uma demanda de habilidade para reagir àquela situação. O respondente deve estimar a frequência com que reage da forma sugerida em cada item, considerando o total de vezes que se encontrou na situação descrita e estimar a frequência de sua resposta em escala tipo Likert, variando de zero (nunca ou raramente) a 4 (sempre ou quase sempre). O IHS - Del Prette produz um escore geral, referenciado à norma em termos de percentis, e escores em cinco subescalas de habilidades sociais, quais sejam: F1 – Enfrentamento e auto afirmação com risco, F2 – Auto afirmação na expressão de sentimento positivo, F3 – Conversação e desenvoltura pessoal, F4 – Auto exposição a desconhecidos e situações novas e F5 – Autocontrole da agressividade (Del Prette & Del Prette, 2009).

### *Procedimento*

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, número 426.934 de 10 de outubro de 2013. O participante foi informado sobre a pesquisa e convidado a participar desta. Ao aceitar, foi verificada a sua disponibilidade e agendado um dia para explicação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE e desenvolvimento da pesquisa. Em data agendada previamente com o participante e sala apropriada, foi explicado o TCLE e recolhidas as assinaturas do mesmo em duas vias, uma ficando com o participante e a outra com o pesquisador.

Após a assinatura do TCLE, o participante foi orientado a preencher o Questionário Sócio Demográfico e, posteriormente o Questionário de Aspectos Emocionais / Comportamentais. Em outro momento combinado com o participante, foi aplicado o Inventário de Habilidades Sociais (IHS – Del Prette). A aplicação dos instrumentos supracitados foi feita individualmente ou em grupo. Neste último caso, os participantes foram orientados a preenchê los individualmente.

### Tratamento dos Dados

O instrumento Inventário de Habilidades Sociais (IHS – Del Prette) foi corrigido conforme o manual específico e, posteriormente, os dados foram analisados pelo programa Microsoft Office Excel 2007. Os instrumentos Questionário Sócio – Demográfico e Questionário de Aspectos Emocionais / Comportamentais tiveram os dados categorizados. As categorias foram criadas de acordo com os relatos obtidos dos participantes após preenchimento dos questionários, considerando a maior frequência das falas.

De acordo com Skinner (2003), uma análise funcional considera relações de causa e efeito entre o comportamento e variáveis externas. Neste sentido, o comportamento (i. e. variável dependente) corresponde ao efeito para o qual se procuram as causas em variáveis externas (i. e. variáveis independentes) das quais o comportamento é função. Assim, para realizar uma análise funcional faz-se necessário considerar as contingências passadas e atuais a que o indivíduo está exposto, considerando os determinantes ontogenéticos (i. e. sua história de vida pessoal), filogenéticos (i. e. sua história evolutiva ou genética) e culturais (i. e. o meio cultural em que está inserido). Neste sentido, os dados desta pesquisa foram analisados por meio da Análise Aplicada do Comportamento, onde foram realizadas análises funcionais considerando se as contingências em operação na vida do indivíduo.

## RESULTADOS

Os dados sócio demográficos indicam que 94,28% dos participantes não tinham filhos, 51,43% tinham entre 16 a 20 anos completos de estudo, 80% tinham curso superior completo como maior grau de instrução, 60% estavam no primeiro ano da residência e 97,14% tinham carga horária na residência de 60 horas semanais. Quanto à realização de atividade profissional concomitante a residência, 65,71% não exercia atividade profissional e 34,28% exercia alguma atividade profissional concomitante. Dentre estes últimos, 50% exerciam carga horária nessa atividade de 16 a 20 horas semanais.

Em relação ao trabalho em plantões noturnos e/ou de 24 horas, 54,28% não trabalhavam nenhuma vez por semana e 28,57% trabalhavam nos plantões uma vez por semana. Quanto à participação em atividades esportivas ou artísticas em grupo nos últimos três meses, 48,57% não participavam de atividades desta natureza nenhuma vez por semana e 20% participavam mais de uma vez por semana.

Quanto aos dados do Questionário de Aspectos Emocionais / Comportamentais, o Quadro 1 exemplifica a frequência de ocorrência das características relatadas pelos participantes que facilitam ou dificultam a relação com o paciente e as habilidades que consideraram importantes desenvolver na relação com o mesmo.

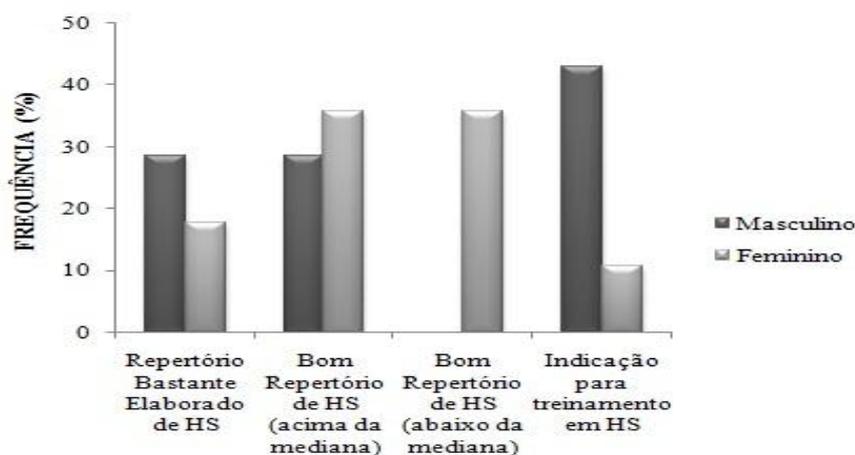
De acordo com o Quadro 1, as características mais relatadas pelos participantes que facilitam a relação com o paciente foram a comunicação (31,43%) e a empatia (31,43%), seguidas da escuta (17,14%) e da paciência (17,14%), bem como do bom humor (11,43%). Com relação às características que dificultam a relação com o paciente, o Quadro 1 mostra a ansiedade (14,28%) e a falta de tempo (14,28%) como as mais relatadas. Quanto às habilidades que os participantes consideraram importantes desenvolver na relação com o paciente, a paciência (28,57%), o estudo (8,57%) e a segurança ao ser questionado (8,57%) foram as mais relatadas.

**Quadro 1.** Frequência de relatos dos participantes sobre as características que facilitam ou dificultam a relação com o paciente e as habilidades que consideram importantes desenvolver na relação com o mesmo.

<i>N</i>	%	Caract. facilitadoras	<i>N</i>	%	Caract. dificultadoras	<i>N</i>	%	Habilidades importantes
11	31,43%	Comunicação	5	14,28%	Ansiedade	10	28,57%	Paciência
11	31,43%	Empatia	5	14,28%	Falta de tempo	3	8,57%	Estudo
6	17,14%	Escuta	2	5,71%	Cansaço	3	8,57%	Não tem dificuldades
6	17,14%	Paciência	2	5,71%	Envolvimento com o paciente	3	8,57%	Segurança ao ser questionado
4	11,43%	Bom Humor			Não deixar o paciente não expressar	2	5,71%	Compreender o paciente
3	8,57%	Ajuda	2	5,71%	Nenhuma característica	2	5,71%	Comunicação
3	8,57%	Respeito			Sensibilidade	2	5,71%	Maior poder de convencimento
2	5,71%	Atenção	2	5,71%	Timidez	2	5,71%	Menor objetividade
2	5,71%	Carinho				2	5,71%	Não identificou habilidades
2	5,71%	Disposição						
2	5,71%	Educação						
2	5,71%	Receptividade						
2	5,71%	Ser aberta						

Com relação aos dados analisados do Inventário de Habilidades Sociais – IHS-Del Prette, as seis figuras a seguir apresentam os resultados encontrados para as cinco subescalas (F 1 – Enfrentamento e auto afirmação com risco, F 2 – Auto afirmação na expressão de sentimento positivo, F 3 – Conversação e desenvoltura social, F 4 – Auto exposição a desconhecidos e situações novas e F 5 – Autocontrole da agressividade) e subescala Total de habilidades sociais, para o grupo de 28 participantes do sexo feminino e para o grupo de sete participantes do sexo masculino.

A Figura 1 apresenta a comparação do repertório de habilidades sociais (HS) dos participantes do sexo masculino e sexo feminino para a subescala 1- Enfrentamento e auto afirmação com risco do IHS – Del Prette.



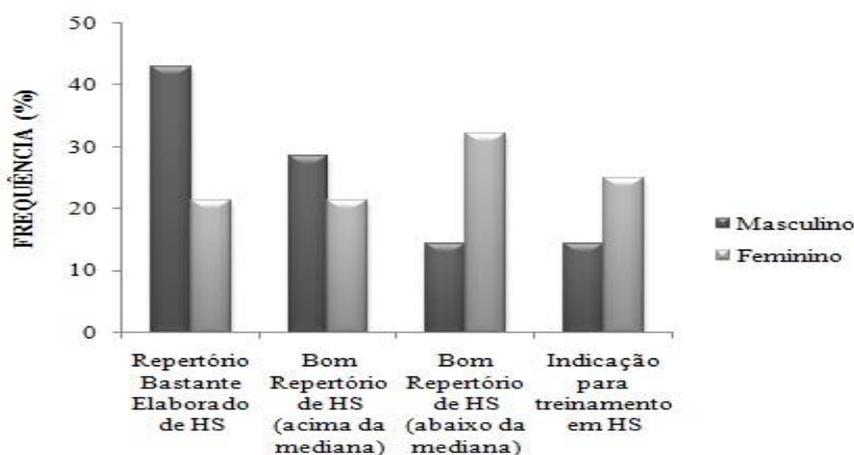
**Figura 1.** Comparação do repertório de habilidades

De acordo com a comparação do repertório de habilidades sociais (HS) dos participantes do sexo masculino e sexo feminino para a subescala 1 – Enfrentamento e auto afirmação com risco do IHS - Del Prette, os resultados mostram que 28% das participantes do sexo feminino e 20% dos participantes do sexo masculino apresentaram um repertório bastante elaborado de habilidades sociais.

## AValiação das Habilidades Sociais de Residentes

sociais. Aproximadamente (30% dos participantes do sexo masculino e 35% das participantes do sexo feminino) apresentaram bom repertório de habilidades sociais (acima da mediana). Aproximadamente 35% das participantes do sexo feminino apresentaram bom repertório de habilidades sociais (abaixo da mediana). Aproximadamente (45% dos participantes homens e 10% das participantes mulheres) tiveram indicação para treinamento de habilidades sociais. Assim, diferente do que foi observado para as participantes mulheres, parcela significativa dos participantes homens apresentaram indicação para treinamento à subescala 1.

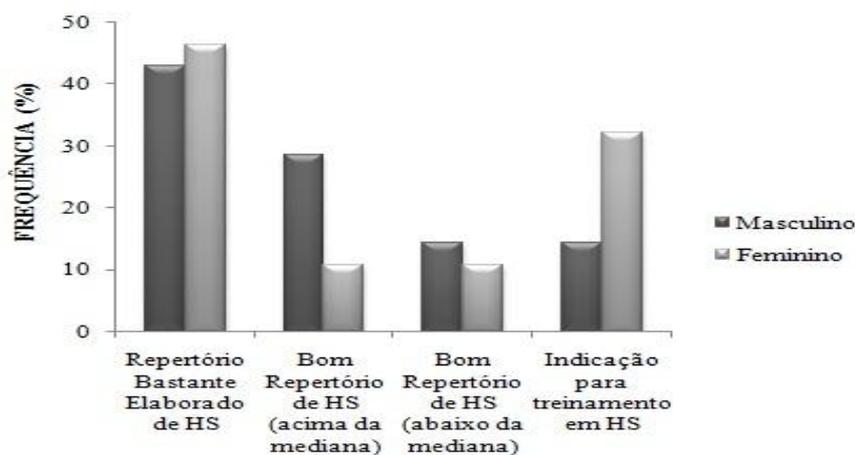
A Figura 2 apresenta a comparação do repertório de habilidades sociais (HS) dos participantes do sexo masculino e sexo feminino para a subescala 2 – Auto afirmação na expressão de sentimento positivo do IHS - Del Prette.



**Figura 2.** Comparação do repertório de habilidades sociais (HS) dos participantes do sexo masculino e sexo feminino para a subescala 2 – Auto afirmação na expressão de sentimento positivo do IHS - Del Prette.

A Figura 2 mostra que para a subescala 2, acima de 40% dos participantes do sexo masculino e aproximadamente 20% das participantes do sexo feminino apresentaram repertório bastante elaborado de habilidades sociais, aproximadamente (30% dos participantes dos sexo masculino e 20% das participantes do sexo feminino) tiveram bom repertório de habilidades sociais (acima da mediana), aproximadamente 15% dos participantes do sexo masculino e acima de 30% das participantes do sexo feminino tiveram bom repertório de habilidades sociais (abaixo da mediana), aproximadamente (15% dos participantes dos sexo masculino e 25% das participantes do sexo feminino) apresentaram indicação para treinamento de habilidades sociais. De modo geral, a Figura 2 demonstra que o treinamento de habilidades sociais foi mais indicado para parte da população feminina.

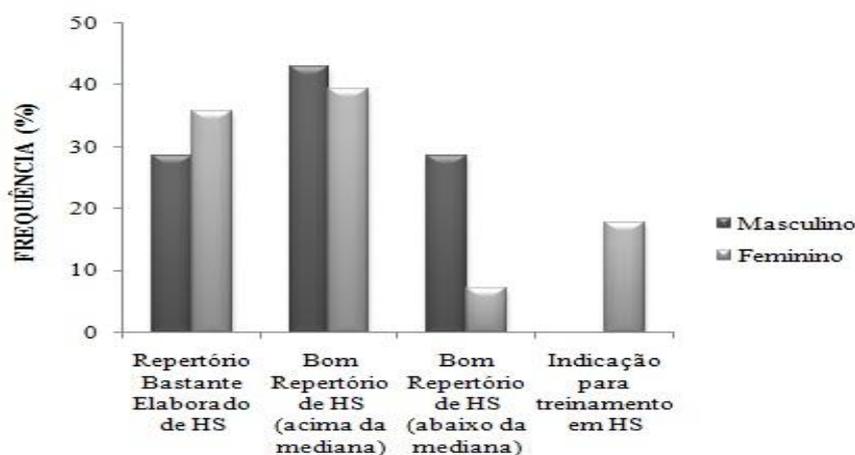
A Figura 3 apresenta a comparação do repertório de habilidades sociais (HS) dos participantes do sexo masculino e sexo feminino para a subescala 3 - Conversação e desenvoltura social do IHS - Del Prette.



**Figura 3.** Comparação do repertório de habilidades sociais (HS) dos participantes do sexo masculino e sexo feminino para a subescala 3 – Conversação e desenvoltura social do IHS - Del Prette.

De acordo com a Figura 3 é possível observar que, para a subescala 3, acima de 40% dos participantes do sexo masculino e aproximadamente 45% das participantes do sexo feminino tiveram repertório bastante elaborado de habilidades sociais. Aproximadamente (30% dos participantes do sexo masculino e 10% das participantes do sexo feminino) tiveram bom repertório de habilidades sociais (acima da mediana), aproximadamente (15% dos participantes do sexo masculino e 10% das participantes do sexo feminino) apresentaram bom repertório de habilidades sociais (abaixo da mediana). Aproximadamente 15% dos homens e acima de 30% das mulheres tiveram indicação para treinamento de habilidades sociais. Em resumo, a Figura 3 demonstra que para a subescala 3, parcela significativa das participantes do sexo feminino apresentou indicação para treinamento em habilidades sociais.

A Figura 4 apresenta a comparação do repertório de habilidades sociais (HS) dos participantes do sexo masculino e sexo feminino para a subescala 4 – Auto exposição a desconhecidos e situações novas do IHS - Del Prette.

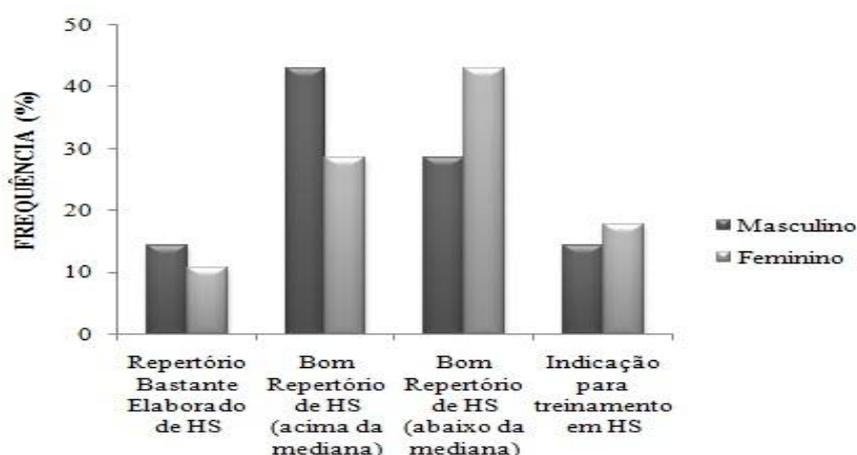


**Figura 4.** Comparação do repertório de habilidades sociais (HS) dos participantes do sexo masculino e sexo feminino para a subescala 4 – Auto exposição a desconhecidos e situações novas do IHS - Del Prette.

## AVALIAÇÃO DAS HABILIDADES SOCIAIS DE RESIDENTES

Segundo a Figura 4, para a subescala 4, aproximadamente (30% dos participantes do sexo masculino e 35% das participantes do sexo feminino) tiveram repertório bastante elaborado de habilidades sociais. Aproximadamente (45% dos participantes do sexo masculino e 40% das participantes do sexo feminino) tiveram bom repertório de habilidades sociais (acima da mediana). Aproximadamente (30% dos participantes homens e 5% das participantes mulheres) apresentaram bom repertório em habilidades sociais (abaixo da mediana) e aproximadamente 20% das participantes mulheres tiveram indicação para treinamento de habilidades sociais. Em resumo, a Figura 4 demonstra que parte das participantes mulheres apresentou indicação para treinamento em habilidades sociais para este fator.

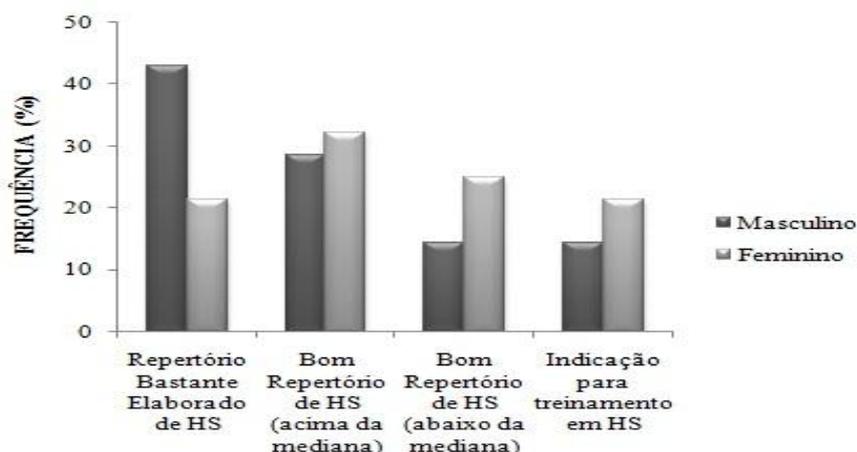
A Figura 5 apresenta a comparação do repertório de habilidades sociais (HS) dos participantes do sexo masculino e sexo feminino para a subescala 5 - Autocontrole da agressividade do IHS - Del Prette.



**Figura 5.** Comparação do repertório de habilidades sociais (HS) dos participantes do sexo masculino e sexo feminino para a subescala 5 – Autocontrole da agressividade do IHS - Del Prette.

De acordo com os resultados da Figura 5, aproximadamente (15% dos participantes do sexo masculino e 10% das participantes do sexo feminino) apresentaram repertório bastante elaborado de habilidades sociais. Acima de 40% dos participantes homens e aproximadamente 30% das participantes mulheres apresentaram bom repertório de habilidades sociais (acima da mediana). Aproximadamente 30% dos participantes homens e acima de 40% das participantes mulheres apresentaram bom repertório de habilidades sociais (abaixo da mediana). Aproximadamente (15% dos participantes homens e 20% das participantes mulheres) tiveram indicação para treinamento em habilidades sociais. Assim, para este fator a indicação do treinamento de habilidades sociais foi praticamente semelhante para os dois grupos.

A Figura 6 apresenta a comparação do repertório de habilidades sociais (HS) dos participantes do sexo masculino e sexo feminino para a subescala Total do IHS - Del Prette.



**Figura 6.** Comparação do repertório de habilidades sociais (HS) dos participantes do sexo masculino e sexo feminino para a subescala Total do IHS - Del

De acordo com a Figura 6, acima de 40% dos participantes homens e aproximadamente 20% das participantes mulheres tiveram repertório bastante elaborado de habilidades sociais. Aproximadamente 30% dos participantes homens e acima de 30% das participantes mulheres tiveram bom repertório de habilidades sociais (acima da mediana). Aproximadamente (15% dos participantes homens e 25% das participantes mulheres) tiveram bom repertório de habilidades sociais (abaixo da mediana). Aproximadamente 15% dos participantes homens e acima de 20% das participantes mulheres tiveram indicação para treinamento de habilidades sociais. Em resumo, a Figura 6 mostra que para a subescala Total do IHS - Del Prette, a indicação do treinamento de habilidades sociais foi praticamente semelhante para os dois grupos.

## DISCUSSÃO

Os resultados indicam que o objetivo inicial do estudo foi alcançado, o qual seja avaliar e identificar as habilidades sociais de residentes de um hospital universitário. As análises efetuadas demonstram que para a subescala 1 – Enfrentamento e auto afirmação com risco do IHS - Del Prette, houve diferenças entre as populações masculina e feminina, pois, a maior parte da amostra dos residentes do sexo feminino apresentou bom repertório de habilidades sociais (acima ou abaixo da mediana), enquanto parte dos representantes do sexo masculino apresentou bom repertório de habilidades sociais (acima da mediana).

Os dados supracitados também indicam que parte da população masculina apresentou repertório bastante elaborado de habilidades sociais que foi superior à população feminina. No entanto, quase metade dos participantes do sexo masculino em comparação a pequena parcela dos representantes do sexo feminino apresentou indicação para treinamento em habilidades sociais para este fator. Assim, de modo geral, estas diferenças demonstram que para a subescala 1, a população feminina apresentou melhor repertório de habilidades sociais que a população masculina.

Em relação à subescala 2 – Auto afirmação na expressão de sentimento positivo do IHS - Del Prette, os resultados foram parcialmente semelhantes para os grupos de participantes dos sexos masculino e feminino, já que aproximadamente a metade dos participantes de ambos os grupos apresentou bom repertório de habilidades sociais (acima ou abaixo da mediana). Contudo, algumas

diferenças podem ser observadas: parcela significativa dos participantes do sexo masculino em comparação a pequena parcela dos participantes do sexo feminino apresentou repertório bastante elaborado de habilidades sociais. Além disso, uma parte maior dos participantes do sexo feminino e pequena parcela dos participantes do sexo masculino tiveram indicação para treinamento em habilidades sociais. Devido a estas diferenças, para a subescala 2, a população masculina apresentou melhor repertório de habilidades sociais que a população feminina.

Para a subescala 3 – Conversação e desenvoltura social do IHS - Del Prette, há dados parcialmente semelhantes para os dois grupos de participantes dos sexos masculino e feminino, uma vez que grande parte dos participantes de ambos os grupos apresentaram repertório bastante elaborado de habilidades sociais. As diferenças ocorrem quando grande parte dos participantes do sexo masculino e pequena parcela dos participantes do sexo feminino apresentaram bom repertório de habilidades sociais (acima ou abaixo da mediana), enquanto pequena parcela dos participantes do sexo masculino e parcela significativa dos participantes do sexo feminino tiveram indicação para treinamento de habilidades sociais. Considerando estas diferenças, a população masculina apresentou melhor repertório de habilidades sociais que a população feminina para este fator.

Os dados da subescala 4 – Auto exposição a desconhecidos e situações novas do IHS - Del Prette indicam resultados parcialmente semelhantes, já que uma parte dos participantes dos dois grupos apresentou repertório bastante elaborado de habilidades sociais. As diferenças ocorreram quando parcela significativa dos participantes do sexo masculino em comparação com aproximadamente a metade das participantes do sexo feminino apresentou bom repertório de habilidades sociais (acima ou abaixo da mediana) e pequena parcela das participantes do sexo feminino apresentou indicação para treinamento de habilidades sociais. Estas diferenças indicam que para a subescala 4, a população masculina apresentou melhor repertório de habilidades sociais que a população feminina.

Para a subescala 5 – Autocontrole da agressividade do IHS - Del Prette, os dados foram praticamente semelhantes para os dois grupos de participantes, já que uma pequena parte dos participantes dos dois grupos apresentou repertório bastante elaborado de habilidades sociais, parcela significativa dos participantes dos dois grupos apresentou bom repertório de habilidades sociais (acima ou abaixo da mediana) e pequena parcela dos dois grupos teve indicação para treinamento em habilidades sociais. Nesse sentido, os dados indicam que para este fator, as populações masculina e feminina apresentaram repertório de habilidades sociais praticamente semelhante.

Os resultados para a subescala Total do IHS - Del Prette indicam que os dois grupos de participantes apresentaram dados parcialmente semelhantes, já que aproximadamente a metade dos participantes de ambos os sexos apresentou bom repertório de habilidades sociais (acima ou abaixo da mediana) e pequena parcela dos dois grupos apresentou indicação para treinamento de habilidades sociais. A maior diferença entre os dois grupos ocorreu quando uma parte maior dos participantes do sexo masculino em comparação aos participantes do sexo feminino apresentou repertório bastante elaborado de habilidades sociais. Considerando esta diferença, o grupo de residentes do sexo masculino apresentou melhor repertório de habilidades sociais que o grupo de residentes do sexo feminino.

Estes dados indicam que, de modo geral, para as cinco subescalas do IHS - Del Prette, a maior parte da amostra de residentes de ambos os sexos apresentou bom repertório de habilidades sociais (acima ou abaixo da mediana). Os resultados indicam que, dos cinco fatores, apenas para a subescala 1 - Enfrentamento e auto afirmação com risco, a população feminina teve particularidades que indicam melhor repertório de habilidades sociais que a população masculina. Em relação às subescalas 2, 3 e 4 (Auto afirmação na expressão de sentimento positivo, Conversação e desenvoltura social e Auto exposição a desconhecidos e situações novas, respectivamente), a população masculina apresentou características de melhor repertório de habilidades sociais que a

população feminina. Já para a subescala 5 - Autocontrole da agressividade houve repertório semelhante em habilidades sociais para os dois grupos de participantes.

Os resultados supracitados indicam que há diferentes necessidades de treinamento de habilidades sociais entre os grupos de participantes dos sexos masculino e feminino. Nesse sentido, poder-se-ia considerar questões sociais e/ou culturais na história de aprendizagem e possíveis contingências atuais a que estariam expostos os participantes homens e mulheres no ambiente hospitalar que poderiam justificar em parte as diferenças apresentadas.

Ao relatar sobre a sua experiência enquanto membros dos programas de residências médica e multiprofissional em saúde, os participantes elencaram como situações mais desafiadoras da sua prática: a alta carga horária na residência (11,43%); a falta de tempo para estudar (11,43%); lidar com pacientes graves (8,57%); realizar atividades complexas sem supervisão de *staffs* (8,57%); falta de reconhecimento na profissão (8,57%); ausência de preceptores (5,71%); diferença de opiniões entre chefes e residentes nos casos (5,71%); falta de prática em casos novos (5,71%); patologias de diversas naturezas (5,71%) e a morte dos pacientes (5,71%).

Pôde se observar que grande parte das falas dos participantes relaciona se aos contextos dos serviços de Urgência e Emergência em que estão inseridos, onde há demanda de pacientes graves ou em cuidados paliativos, sendo recorrente a morte dos pacientes. Nestes contextos, há também riqueza de patologias de diversas naturezas, sendo constantes as discussões de caso entre as equipes das diferentes especialidades ou entre os membros de uma mesma equipe, o que pode proporcionar opiniões contraditórias sobre um mesmo caso.

Outra característica presente na fala dos participantes e nos serviços de Urgência e Emergência é a falta de tempo, já que as situações emergenciais demandam atenção imediata e disponibilização de tempo pela equipe, o que poderia ser intensificado pela alta carga horária da residência. A falta de tempo (cf. Quadro 1) também foi uma das características mais relatadas pelos participantes que dificultam a relação com o paciente. Ademais, a maior parte dos participantes estava no primeiro ano da residência quando participou do estudo, o que poderia justificar a falta de prática em casos novos e a dificuldade em realizar atividades complexas sem supervisão de *staffs*. Assim, a falta de tempo de lidar com o paciente poderia se relacionar a falta de prática no trabalho realizado, sugerindo deficiências na eficiência e/ou eficácia do desempenho deste. Neste sentido, o treinamento de habilidades sociais em geral, e de habilidades específicas, em particular, poderia ser benéfico para sanar estes possíveis *déficits*.

A maior parte dos relatos acima citados remete aos contextos de urgência e emergência em que os participantes estavam inseridos. Assim, de acordo com uma visão analítico comportamental, ao considerar que as habilidades sociais são capacidades comportamentais aprendidas em interações sociais, poder-se-ia supor estes contextos como contingências controladoras dos comportamentos dos participantes.

Os participantes também relataram que costumam expressar sentimentos positivos no ambiente hospitalar, com maior frequência através de sorrisos (28,57%); de conversas com colegas da residência (14,28%) e com pacientes (8,57%); por meio de abraços (5,71%); de falas (5,71%) e brincadeiras positivas (5,71%); de elogios (5,71%) e de palavras ao paciente que incentivem a adesão ao tratamento (5,71%). Através dos relatos supracitados foi possível observar que os participantes prezam a comunicação verbal e não verbal como a melhor forma de expressão de sentimentos positivos. A comunicação e a empatia (cf. Quadro 1) também apareceram como as características mais relatadas pelos participantes que facilitam a relação com o paciente.

Quanto aos sentimentos diante de situações e pessoas novas no ambiente hospitalar, os participantes relataram, com maior frequência que: gostam de situações novas (17,14%); se sentem tranquilos (14,28%); fazem amizades (11,43%); sentem se como se fossem novos desafios

(11,43%), aprendem nas situações novas (8,57%); se sentem inseguros (8,57%); observam (8,57%); se sentem indiferentes (8,57%); se sentem bem (5,71%); são adaptáveis a mudanças (5,71%); sentem se confortáveis (5,71%); tentam ajudar (5,71%); veem de forma positiva (5,71%) e sentem se ansiosos (5,71%). Com exceção de três falas (se sentem inseguros, indiferentes e ansiosos), a maior parte destes relatos indica que os residentes não sentem dificuldades com relação a situações e pessoas novas no ambiente hospitalar.

Os participantes relataram também que diante de situações em que sentem raiva, reagem com maior frequência: compartilhando com amigos e familiares (31,43%); ficando calados (17,14%); tentando conversar (14,28%); não demonstrando sentimento de raiva (14,28%); mantendo a calma (11,43%); mantendo o autocontrole (11,43%); saindo de perto (8,57%); tentando resolver o problema (8,57%); expressando a opinião com respeito (5,71%); às vezes revidando com grosseria (5,71%) e se expressando de maneira exagerada (5,71%). Estes relatos indicam que os participantes expressam sentimentos de raiva, geralmente, através da comunicação verbal e não verbal. Nesse sentido, é importante destacar que os participantes consideraram a paciência (cf. Quadro 1) como a habilidade mais importante que precisariam desenvolver na relação com o paciente.

De modo geral, os relatos citados também indicam que os participantes consideraram a comunicação verbal e não verbal e a empatia como as características mais facilitadoras da relação com o paciente. Sendo a comunicação verbal e não verbal também considerada como a melhor forma de expressão de sentimentos positivos e sentimentos de raiva no ambiente hospitalar. Ademais, grande parte dos participantes, de ambos os sexos, apresentaram repertório bastante elaborado de habilidades sociais para a subescala 3 – Conversação e desenvoltura social, este fato poderia ser explicado por estarem inseridos em contextos em que constantemente necessitam desenvolver a comunicação e o manejo com o paciente, familiares deste ou equipe de trabalho.

Estes relatos demonstram a importância que os participantes deram a comunicação verbal e não verbal na relação com o paciente ou na relação com a equipe. O que vai ao encontro do que prescreve a literatura sobre a qualidade da comunicação entre paciente e profissional de saúde, já que esta pode se refletir sobre a adesão e o sucesso ao tratamento e melhora da qualidade de vida do paciente. Além disso, tal comunicação pode permitir ao paciente participar mais ativamente nas decisões do seu tratamento, proporcionando a diminuição de sua ansiedade, desconforto ou insegurança relacionados ao tratamento. Ademais, os benefícios são maiores aos pacientes bem informados, já que proporciona maior aceitação da enfermidade e da morte, sendo gerados também benefícios para o profissional que, ao utilizar-se de comunicação adequada, consegue identificar as necessidades do paciente e discutir formas de promover saúde com o mesmo (Müller, 2009).

Além disso, a comunicação empática é considerada uma das habilidades que proporciona campo de negociação, tomada de decisão e procura por alternativas aos pacientes com dificuldades financeiras, o que pode ser traduzido em resultados positivos para o sistema de saúde, já que há a redução de gastos devido à redução do número de internações e exames realizados pelos pacientes (Müller, 2009).

Foi possível observar por meio dos relatos que, de modo geral, os residentes apresentaram bom repertório de habilidades sociais, o que vai ao encontro dos resultados do IHS - Del Prette, eles também souberam discriminar o que precisariam melhorar no desempenho destas habilidades nos contextos em que estavam inseridos.

É importante destacar que esta pesquisa teve relevância para ampliar os estudos sobre habilidades sociais em contextos de saúde, contribuindo para a avaliação de trabalhadores de saúde, especialmente, do perfil de residentes em formação, já que há escassez de estudos para esta população específica. Assim, possibilitando o delineamento de programas de treinamento de habilidades sociais em saúde.

De modo geral, foi possível observar bom repertório de habilidades sociais nos participantes; no entanto, a indicação do treinamento em habilidades sociais seria conveniente para a melhoria das particularidades da população pesquisada onde foram encontrados *déficits*. Já que houve indicação para treinamento de habilidades sociais para parte significativa da população masculina em relação à subescala 1 e para grande parte da população feminina em relação às subescalas 2, 3 e 4.

Este estudo comparou as habilidades sociais entre residentes do sexo masculino e sexo feminino. No entanto, não esgota possibilidades de novas análises que poderiam incluir, por exemplo, avaliações de habilidades sociais entre residentes de uma mesma área ou entre residentes de formações distintas (e.g., residentes médicos e residentes multiprofissionais). Entre outras possibilidades de análises, novos estudos seriam relevantes ao avaliar as habilidades sociais entre residentes de uma mesma área e outros profissionais do hospital ou entre residentes de áreas distintas e outros profissionais. Nesse sentido, estudos futuros seriam importantes também para abordar desempenho e competência social de habilidades sociais em contextos de saúde, o que poderia incrementar pesquisas de intervenção na área.

## REFERÊNCIAS

- Bolsoni-Silva, A. T. (2002). Habilidades sociais: Breve análise da teoria e da prática à luz da análise do comportamento. *Interação em Psicologia*, 6, 33-242. doi:org/10.5380/psi.v6i2.3311.
- Caballo, V. E. (1996). O treinamento em habilidades sociais. Em V. E. Caballo (Org.), *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento* (pp. 361-398). São Paulo: Santos.
- Correia, S. H. B., Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2004). Habilidades sociais em mulheres obesas: Um estudo exploratório. *Psico-USF*, 9, 201-210. doi: 10.1590/S1413-82712004000200011.
- Darwin, C. (n.d.). *A origem das espécies*. (E. Fonseca, Trad.). São Paulo: Hemus. (Obra original publicada em 1859).
- Del Prette, A. (1978). O treino assertivo na formação do psicólogo. *Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada*, 30, 53-55.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (1996). Habilidades sociais: Uma área em desenvolvimento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 9, 233-255.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2000). Treinamento em habilidades sociais: Panorama geral da área. Em V. G. Haase; R. R. Neves; C. Kapler; M. L. M. Teodoro & G. M. O. Wood (Orgs.). *Psicologia do Desenvolvimento: Contribuições Interdisciplinares* (pp. 249-264). Belo Horizonte: Health.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2009). Avaliação de habilidades sociais: bases conceituais, instrumentos e procedimentos. In A. Del Prette & Z.A.P. Del Prette (Orgs.), *Psicologia das habilidades sociais: Diversidade teórica e suas implicações* (pp. 187-229). Petrópolis: Vozes.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2010). Habilidades sociais e análise do comportamento: Proximidade histórica e atualidades. *Revista Perspectivas*, 1, 104-115.
- Ferro, M. R., Abramides, D. V. M., Veronez, F. S., Tavano, L. D., Souza, S. R. B., De-Vitto, L. P. M., & Costa, A. R. (2008). Habilidades sociais em pacientes com síndrome velocardiocfacial. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 15, 157-162.

- Fumo, V. M. S., Manolio, C. L., Bello, S., & Hayashi, M. C. P. I. (2009). Produção científica em habilidades sociais: Estudo bibliométrico. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, *11*, 246-266.
- Furtado, E. S., Falcone, E. M. O., & Clark, C. (2003). Avaliação do estresse e das habilidades sociais na experiência acadêmica de estudantes de medicina de uma universidade do Rio de Janeiro. *Interação em Psicologia*, *7*, 43-51. doi: 10.5380/psi.v7i2.3222.
- Jeffery, R. W. (1989). Risk behaviors and health contrasting individual and population perspectives. *American Psychologist*, *44*, 1194-1202.
- Müller, M. R. (2009). Aspectos relevantes na comunicação em saúde. *Psicologia IESB*, *1*, 72-79.
- Murta, S. G. (2005). Aplicações do treinamento em habilidades sociais: Análise da produção nacional. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *18*, 283-291. doi: 10.1590/s0102-79722005000200017.
- Pesquisa Nacional de Saúde*. (2010). Recuperado em 20 de julho de 2013, de <http://www.pns.icict.fiocruz.br/index.php?pag=preenchimento>.
- Rondina, R. C., Martins, R., Manzato, A. J., & Terra, A. P. (2013). Habilidades sociais e dependência nicotínica em universitários fumantes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *14*, 232-244. doi: 00862013000100015.
- Sardinha, A. P. A. (2010). *Habilidades sociais em portadores de anomalia de diferenciação sexual*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil.
- Skinner, B. F. (2003). *Ciência e comportamento humano*. (J. C. Todorov & Azzi, Trads.) São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1953).
- Tourinho, E. Z. (1999). Estudos conceituais na análise do comportamento. *Temas em Psicologia da SBP*, *7*, 213-222. doi: 1413-389X1999000300003.