



Psicologia: Reflexão e Crítica

ISSN: 0102-7972

prcrev@ufrgs.br

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Brasil

Bandeira, Marina; Machado, Elaine Leandro; Pereira Aparecida, Edinéia
Reinserção Social de Psicóticos: Componentes Verbais e Não-Verbais do Comportamento Assertivo,
em Situações de Fazer e Receber Críticas
Psicologia: Reflexão e Crítica, vol. 15, núm. 1, 2002
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18815111>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Reinserção Social de Psicóticos: Componentes Verbais e Non-Verbais no Comportamento Assertivo, em Situações de Fazer e Recorrer

Marina Bandeira^{1,2}

Elaine Leandro Machado

Edinéia Aparecida Pereira

Universidade Federal de São João Del Rei

Resumo

Foram investigados os componentes verbais e não-verbais da assertividade para lidar com críticas de desinstitucionalizados, comparativamente a 35 sujeitos não-clínicos. Dois observadores treinados interagindo com interlocutores em quatro situações sociais de asserção negativa, de fazer e receber críticas, papéis gravados em vídeo. Variou-se o tipo de situação e o gênero do interlocutor. Os resultados mostraram que a duração dos componentes verbais e não-verbais da assertividade foram significativamente inferiores no grupo de desinstitucionalizados. Foi encontrada uma correlação significativa entre componentes verbais e não-verbais. Os dois grupos foram mais assertivos ao fazer críticas do que nas de receber crítica. Ambos os grupos apresentaram maior assertividade diante de críticas de desinstitucionalizados, em comparação com os não-clínicos. Os resultados sugerem que os desinstitucionalizados apresentaram menor assertividade em comparação com os não-clínicos, para a maioria dos componentes. Estes resultados replicam dados de outros pesquisadores, indicando a necessidade de assertividade em programas de reinserção social, em nosso contexto.

Palavras-chave: Comportamento assertivo; psicóticos; reinserção social; desinstitucionalização; desemprego.

Abstract
This research investigated the verbal and non-verbal components of assertive behavior in situations of 35 psychotics compared to 35 non-clinical subjects. Two trained judges observed them interacting in four negative assertion role-play situations, regarding giving and receiving criticism, which were videotaped. Age and gender of partners were varied. Results showed a significant deficit of verbal and non-verbal components of assertive behavior in the clinical group. Verbal and non-verbal components correlated significantly. Both groups showed a significant increase in assertive behavior in situations where they were required to criticize their partners compared to situations where they have been criticized. Women were more assertive when interacting with male partner, for most of the components. These results indicate that assertive behavior is a skill that can be learned and improved, and that it is important for psychiatric patients to receive assertive training to improve their social integration.

Keywords: Assertive behavior; psychotics; social integration; desinstitutionalization; role play.

A reinserção social dos pacientes psiquiátricos requer um conjunto de intervenções coordenadas em diversas dimensões da vida dos pacientes, paralelamente ao tratamento medicamentoso, tais como programas de

& Tremblay, 1998). Estes são necessários na reinserção social, e o déficit destas habilidades é comum (Morrison, Mueser, Wade & Goranson, 1992). Diversos

desrespeitar os direitos dos outros. O comportamento assertivo envolve igualmente aspectos não-verbais, tais como falar num tom de voz claro e audível, olhar o interlocutor durante a conversa sem desviar demais o olhar, falar o tempo necessário para expor completamente sua opinião, responder prontamente ao interlocutor etc. (Caballo, 1996; Del Prette & Del Prette, 1999; Gambril, 1978; Lange & Jakubowski, 1976). O comportamento assertivo inclui habilidades de lidar com situações sociais negativas, como por exemplo, recusar um pedido abusivo, e positivas, tais como agradecer ou fazer um elogio (Eisler, Hersen, Miller & Blanchard, 1975; Mueser, Bellack, Morrison & Wade, 1990; Rathus, 1975).

O comportamento assertivo é necessário em uma grande diversidade de situações sociais, sendo porém, particularmente importante naquelas situações cotidianas que envolvem conflitos interpessoais e que podem resultar em estresse para os pacientes psiquiátricos, uma vez que eles geralmente não dispõem de habilidades de enfrentamento para atuar satisfatoriamente nestas situações, o que constitui um fator de risco para recidivas destes pacientes (Cyr, Hodgins, Gaston & Viens, 1990; Zubin & Spring, 1977). Tendo em vista a vulnerabilidade particular dos pacientes psicóticos a situações estressantes (Zubin & Spring, 1977) e seu déficit de habilidades sociais e de comportamento assertivo (Bellack, Morrison, Mueser, Wade & Sayer, 1990), torna-se mais difícil o enfrentamento destas situações interpessoais problemáticas que ocorrem no dia-a-dia. Segundo Bellack, Morrison e Mueser (1989), a dificuldade de lidar de maneira eficaz com o ambiente social é considerada como uma fonte importante de estresse que contribui para a recidiva dos pacientes. O treinamento do comportamento assertivo serve para desenvolver a capacidade de enfrentamento e resolução de problemas interpessoais atuando, portanto, como um fator de proteção para os pacientes e visando promover uma melhora no funcionamento social e na qualidade de vida destas pessoas.

Devido à vulnerabilidade dos pacientes psiquiátricos

verbais e não-verbais indicativos de a servirão para operacionalizar este co possuir pertinência clínica, uma vez que os específicos são necessários e mais pertinente de um treinamento de assertividade. Um identificar estes componentes específicos da observação sistemática do comportamento em interações sociais, através de desempenho, o que tem sido amplamente utilizado neste campo (Bellack e cols., 1990; Eisler e cols., 1978; 1990). Este tipo de avaliação requer uma avaliação que se baseie em procedimentos rigorosamente controlados, que são necessários para se obter resultados fidedignos, a partir dos dados obtidos pelos observadores (Bellack, 1983). Além disso, o comportamento assertivo e as habilidades sociais possuem uma especificidade situacional, ou seja, seu desempenho e não de traço (Caballo, 1996; Del Prette, 1999; Gambril, 1978), sua aplicabilidade varia de acordo com a situação, variando-se o tipo de demanda da situação e o tipo de interlocutor. No presente trabalho, a metodologia de observação sistemática considera a demanda da situação e de gênero do interlocutor.

Tendo em vista a importância do comportamento assertivo para o funcionamento social e para a reinserção social dos pacientes psiquiátricos, considerando a dificuldade particular de lidar com situações sociais negativas, o presente trabalho objetiva fazer uma análise observacional da situação social de pacientes psiquiátricos em situações sociais negativas, referentes a fazer e receber assertivas, e verificar as dificuldades de assertividade destes pacientes, comparativamente ao nível de referência de sua comunidade. Pesquisas anteriores demonstraram as dificuldades apresentadas pelos pacientes psiquiátricos com relação a diversos tipos de situações sociais (Bandeira e cols., 1990; Bellack, 1983; Eisler e cols., 1978).

uma mesma região geográfica, composta por dois grupos, clínico e não-clínico. O grupo clínico consistia de 35 pacientes psiquiátricos desinstitucionalizados, diagnosticados como psicóticos (CID 295 e 298), com idade média de 39,4 anos. O grupo de referência era composto por 35 indivíduos com idade média de 37,4 anos, que não apresentavam história psiquiátrica. Foi utilizada a mesma amostra de participantes de uma pesquisa anterior (Bandeira & Tremblay, 1998), tendo em vista que seus desempenhos sociais haviam sido gravados anteriormente, permitindo assim a realização de novos estudos.

A equivalência dos dois grupos com relação às variáveis sócio-demográficas foi investigada, constatando-se que eles eram equivalentes quanto à idade, estado civil, renda familiar e *per capita*, tipo de residência e número de repetições escolares (Bandeira & Tremblay, 1998). Esta equivalência dos grupos possibilita uma maior validade interna da pesquisa e uma maior confiabilidade dos resultados.

Instrumento de Medida

O comportamento assertivo foi avaliado através da observação dos participantes em desempenho de papéis efetuado em quatro situações de interação social com interlocutores previamente treinados para este fim. Esta observação foi realizada por dois observadores treinados para observar e catar exclusivamente os componentes verbais e não-verbais da assertividade, a partir da visualização de interações gravadas em vídeo. Estes dois observadores trabalharam independentemente um do outro.

Os interlocutores haviam sido previamente treinados para interagir com os sujeitos, através de réplicas múltiplas padronizadas, porém flexíveis o suficiente para se adaptarem às falas do sujeito (Bellack, 1983), permitindo assim um diálogo mais natural e pertinente (Bandeira & cols., 1998; Bandeira & Tremblay, 1998). As situações sociais utilizadas neste trabalho foram retiradas de uma escala canadense adaptada para o Brasil e representam exemplos cotidianos de situações de asserção negativa, referentes a fazer e receber crítica, que requerem um comportamento assertivo dos sujeitos frente a interlocutores do sexo

comportamento do interlocutor. No segundo, o sujeito deveria reagir a uma crítica feita pelo interlocutor, defendendo seu ponto de vista e sua necessidade específica na busca de uma solução para o problema que se apresentava, sem desrespeitar a do outro.

Medidas de Assertividade

Para avaliar a assertividade em diferentes situações, foram utilizadas medidas que consideram a duração, assim como medidas que consideram os componentes verbais e não-verbais. Dentre os principais estudos de assertividade em situações sociais de pacientes psiquiátricos, (Bandeira & cols., 1990; Eisler & cols., 1975; Mueser & cols., 1990), os quais utilizaram medidas de assertividade baseadas no trabalho de Wolpe (1969), Laing (1975). No caso da dimensão verbal, foram utilizadas medidas que consideram hierarquias de comportamentos assertivos, com menor grau de assertividade e maior grau de assertividade. A partir dos resultados de pesquisa de Bandeira & Machado (1999), foram criadas medidas verbais e não-verbais para a realização da pesquisa.

Medidas de Assertividade Verbal

A assertividade verbal dos participantes foi avaliada em cada situação, através de três medidas de assertividade verbais: 1. Uma medida do grau de assertividade verbal, que consiste em expressar necessidade ou insatisfação, que é apresentado na situação social e que é respondido com comportamento verbal de assertividade que satisfizesse a ambas as partes envolvidas. 2. Uma medida do conteúdo verbal global, que é a soma das medidas de assertividade verbal de cada interlocutor. 3. Uma medida de assertividade verbal que é a soma das medidas de assertividade verbal de cada interlocutor, dividida pelo número de interlocutores. A assertividade verbal é computado mesmo quando o sujeito responde a uma pergunta que não é referente ao tema da conversa.

emitido pelo sujeito, ou valia zero, caso não fosse emitido. Como havia dois componentes verbais para cada situação, obtínhamos um máximo de dois pontos para cada situação e um total de 8 pontos no máximo para as quatro situações. Esta medida de Conteúdo Verbal variava, portanto, de zero a dois em cada situação e de zero a oito no total das quatro situações.

Foram utilizadas também duas medidas adicionais para avaliar o desempenho global de assertividade e de submissão dos sujeitos, que envolviam uma combinação de todos os comportamentos verbais possíveis na situação, ordenados em itens graduais, sob forma de uma hierarquia. As duas hierarquias utilizadas estão definidas abaixo.

Hierarquia de assertividade: Esta hierarquia foi elaborada a partir do repertório de comportamentos apresentados pelos sujeitos no estudo de Bandeira e colaboradores (1999), no qual foram utilizadas as mesmas situações do presente trabalho. Para construir esta hierarquia, foram estabelecidas todas as combinações possíveis de presença e ausência dos comportamentos verbais assertivos nas situações, em ordem crescente, num total de 13 combinações. Atribuía-se aos sujeitos uma pontuação que podia variar de um a 13 pontos, descritos a seguir: Ponto 1: era o nível mais baixo desta hierarquia e representava o comportamento de não falar nada durante toda a situação, mantendo-se calado em resposta às falas do interlocutor. Ponto 2: era atribuído ao sujeito que respondia às falas do interlocutor apenas com monossílabos. Ponto 3: equivalia ao comportamento de responder verbalmente às falas do interlocutor, porém sem expressar sua necessidade ou insatisfação, nem propor uma solução para a situação. Ponto 4: era atribuído ao sujeito que respondia ao interlocutor, mas não expressava sua necessidade ou insatisfação, e propunha uma solução que considerava apenas a necessidade do outro. Ponto 5: referia-se ao sujeito que não expressava sua necessidade ou insatisfação e propunha uma solução que considerava apenas a sua própria necessidade. Ponto 6: referia-se ao sujeito que respondia verbalmente às falas do interlocutor, expressava sua necessidade ou insatisfação, e propunha uma solução que considerava a necessidade do outro. Ponto 7: referia-se ao sujeito que respondia verbalmente às falas do interlocutor, expressava sua necessidade ou insatisfação, e propunha uma solução que considerava a necessidade do outro e a necessidade do interlocutor. Ponto 8: referia-se ao sujeito que respondia verbalmente às falas do interlocutor, expressava sua necessidade ou insatisfação, e propunha uma solução que considerava a necessidade do outro, a necessidade do interlocutor, e a necessidade de ambos. Ponto 9: referia-se ao sujeito que respondia verbalmente às falas do interlocutor, expressava sua necessidade ou insatisfação, e propunha uma solução que considerava a necessidade do outro, a necessidade do interlocutor, e a necessidade de ambos, e que também considerava a necessidade de terceiros. Ponto 10: referia-se ao sujeito que respondia verbalmente às falas do interlocutor, expressava sua necessidade ou insatisfação, e propunha uma solução que considerava a necessidade do outro, a necessidade do interlocutor, e a necessidade de ambos, e que também considerava a necessidade de terceiros, e que também considerava a necessidade de terceiros. Ponto 11: referia-se ao sujeito que recebia esta pontuação quando expressava necessidade ou insatisfação, e propunha uma solução que só satisfazia a sua própria necessidade, sem levar em conta as necessidades do interlocutor. Ponto 12: referia-se ao sujeito que recebia esta pontuação quando expressava necessidade ou insatisfação, e propunha uma solução que só satisfazia suas próprias necessidades, sem levar em conta as necessidades do interlocutor. Ponto 13: era o nível mais alto da hierarquia, quando o sujeito que expressava claramente sua necessidade ou insatisfação, propondo uma solução assertiva que satisfazia suas necessidades, sem desrespeitar as necessidades do interlocutor.

Hierarquia de submissão: Esta hierarquia foi construída a partir do repertório de comportamentos apresentados pelos sujeitos no estudo de Bandeira e colaboradores (1999). Para construir esta hierarquia, foram selecionadas quatro possíveis combinações de presença e ausência de comportamentos submissivos, em ordem crescente de submissão. O observador atribuía-se ao sujeito uma pontuação de 1 a 4 pontos, descritas a seguir: Ponto 1: nível mais baixo da hierarquia indicava que o sujeito se submetia ao interlocutor sem reagir, sem expressar necessidade ou insatisfação, nem defender seus direitos. Ponto 2: o sujeito se submetia ao interlocutor, mas se defendia seus direitos, mas se submetia ao interlocutor. Ponto 3: o sujeito se submetia ao interlocutor, mas se defendia seus direitos, e o valor atribuído ao sujeito que falava de seu direito era menor que o valor atribuído ao sujeito que se submetia no final. Ponto 4: correspondia ao nível mais alto da hierarquia e indicava menor grau de submissão, quando o sujeito não se submetia e nem se impunha ao interlocutor, mas se defendia seus direitos, expressando e argumentando sobre sua necessidade e desconsiderar a necessidade do outro.

interlocutor, a partir do momento em que o problema da situação era introduzido pelo interlocutor até o momento em que o interlocutor encerrava a situação, excluindo-se o tempo dispendido com cumprimentos e despedidas. 3. *Proporção de duração da fala:* medida derivada que consistia no tempo de duração da fala do sujeito dividido pelo tempo total de duração da situação. 4. *Duração do contato visual:* soma total dos intervalos de tempo em que o sujeito olhou em direção ao rosto do interlocutor. Cada contato visual foi medido a partir do momento em que o sujeito virava a cabeça em direção aos olhos do interlocutor até o momento em que ele desviava o olhar. 5. *Proporção do contato visual:* medida derivada que consistia no tempo de duração do contato visual do sujeito dividido pelo tempo de duração da situação. 6. *Duração das latências:* soma total dos intervalos de tempo decorridos entre o término de cada fala do interlocutor e o início da fala do sujeito. Não foi considerada a latência do sujeito após a última fala do interlocutor que encerra cada situação. 7. *Duração dos silêncios:* soma total dos intervalos de tempo em que o sujeito permanecia calado em resposta às falas do interlocutor. Cada intervalo de silêncio do sujeito era contado a partir do final de uma fala do interlocutor até a sua fala seguinte. 8. *Alterações da fala:* número de distúrbios da fala apresentados pelo sujeito, tais como gagueira, pausas de mais de três segundos, repetições de frases ou de palavras e expressões não-funcionais entre as frases, tais como *Ab, ehn, ubn* etc. 9. *Proporção das alterações da fala:* medida derivada que consistia no número de alterações da fala do sujeito dividido pelo tempo total em que este falou durante a situação. 10. *Freqüência dos silêncios:* número de vezes em que o sujeito permanecia calado após as falas do interlocutor, portanto não respondendo às suas intervenções.

As medidas referentes à duração dos componentes não-verbais eram calculadas após cada observador tomar três medidas repetidas de cada comportamento específico. Os dados obtidos eram somados e divididos pelo

Baixo: parcialmente inaudível, 3. Médio: a fala era audível mas precisando melhorar para ser entendida; 4. Alto: tom de voz audível, podendo ser ouvido pelo sujeito, satisfatório; 5. Muito alto: tom de voz completamente audível, suficiente para ser ouvido por todos. 6. *Apropriadamente:* o sujeito deveria verbalizar de forma apropriada o que havia em sua mente, com o interlocutor e esta empatia deve ser visível com a situação. Este componente é avaliado de acordo com a seguinte escala: 1. Muito inapropriado: o sujeito verbalizava de forma muito incongruente com a situação, podendo, por exemplo, rir, chorar, gritar, etc.; 2. Inapropriado: o sujeito verbalizava de forma incongruente com a situação, inaceitável; 3. Médio: o sujeito verbalizava de forma que chegava a ser congruente com a situação, podendo precisar de melhorar; 4. Apropriado: a fala do sujeito era congruente com a situação, sendo satisfatório; 5. Muito apropriado: o sentimento veiculado estava totalmente de acordo com a situação, ideal, o desempenho era perfeito. 7. *Entonação da voz:* modulação da voz, variação da intensidade, variação do conteúdo da fala, avaliado de acordo com a seguinte escala: 1. Muito inexpressiva: sem nenhum sinal de expressão; 2. Inexpressiva: em geral sem variação de intensidade, com pouca variação de tom, com pouca variação de entonação, mas precisava de melhoria; 3. Média: Expressiva: o tom de voz tinha variação de intensidade, variação de tom, variação de entonação; 4. Expressiva: com ênfase, mas precisava de melhoria; 5. Muito expressiva: com ênfase, variação de intensidade, variação de tom, variação de entonação, destacando dos demais.

Procedimento

Os dois observadores foram treinados juntos por 10 meses, até atingirem 85% de concordância entre os resultados. Após o treinamento, procedeu-se ao treinamento propriamente dita, que durou mais 10 meses. Para isto, fossem feitas 100 observações dos comportamentos verbais e não-verbais dos sujeitos da pesquisa nas quatro situações, totalizando 280 cenas de interação social.

Observação e Cotação dos Comportamentos

Os juízes estavam “cegos” para a identidade dos sujeitos

evitar que o cansaço interferisse na qualidade das observações. Os juízes observavam e contavam independentemente um do outro.

Em cada dia de observação, os juízes observavam as quatro situações de um dado sujeito, começando pela primeira situação até a quarta, nesta ordem. Para cada situação, cotava-se primeiro todos os comportamentos não-verbais, e em seguida, os comportamentos verbais do sujeito observado naquele dia. Cada componente do comportamento não-verbal era observado e contado separadamente, seguindo-se a ordem em que estes componentes estavam listados na Folha de Registro de Comportamentos. Portanto, a fita era rebobinada diversas vezes para que os juízes observassem apenas um componente de cada vez, podendo assim concentrar melhor sua atenção em um dado componente. Em seguida, passava-se à observação dos componentes verbais do mesmo sujeito, na mesma situação, utilizando-se o mesmo procedimento descrito acima. Os dados obtidos por cada juiz eram anotados separadamente em uma folha de registro de comportamentos. Estes eram os dados utilizados posteriormente para o cálculo de acordos inter-juízes.

Terminadas as observações dos dois juízes, iniciava-se a reunião de consenso. Neste momento, era computado o número de medidas coincidentes dos dois observadores e o número de desacordos. No caso das medidas de freqüência e das medidas de classificação em escala tipo Likert, era considerado como acordo duas medidas idênticas. No caso das medidas de duração de comportamentos, como estas durações eram quase sempre de segundos e centésimos de segundos, estabeleceu-se uma margem de acordo. Assim, foram consideradas como duas medidas concordantes entre os dois observadores, aquelas cuja diferença era menor do que dez por cento. Os dados obtidos separadamente por cada um dos juízes, antes do estabelecimento do consenso, eram utilizados para se calcular a porcentagem de acordos obtida entre eles, naquele dia. Estes eram os dados usados igualmente para calcular a porcentagem de acordos obtida entre os dois juízes.

Fidedignidade das Medidas

A fidedignidade das medidas utilizadas foi avaliada através de dois tipos de procedimento: o inter-observadores e o cálculo do acordo.

Acordo inter-observadores: O acordo inter-observadores foi avaliado através de dois métodos. Em primeiro lugar, para se fazer este cálculo, foram utilizados os dados obtidos separadamente por cada juiz. Para o estabelecimento das medidas consensuais, o segundo método consistiu no cálculo da porcentagem de acordo obtido entre os observadores. Os resultados de todas as medidas nas quatro situações de observação mostraram que houve uma média de 90,2% de acordo entre os dois observadores em suas classificações. O segundo método de cálculo do acordo inter-observadores consistiu na análise de correlação de Spearman entre as cotações dos juízes para cada componente. Para se fazer esta análise, foi sorteada uma amostra de 30% dos sujeitos da pesquisa, ou seja, 21 sujeitos. Foram calculados os coeficientes de correlação de Spearman entre os escores dados separadamente por cada juiz para esta amostra de 21 sujeitos.

Os resultados mostraram um alto grau de concordância entre os juízes para os componentes não-verbais: intensidade do afeto ($r = 1,00; p = 0,00$), alterações de intensidade ($r = 1,00; p = 0,00$), volume da voz ($r = 0,99; p = 0,00$), intensidade da freqüência e duração dos silêncios ($r = 0,99; p = 0,00$), intensidade da entonação da voz ($r = 0,99; p = 0,00$), duração da fala ($r = 0,99; p = 0,00$), intensidade da expressão visual ($r = 0,99; p = 0,00$), duração da fala ($r = 0,96; p = 0,00$) e latência da fala ($r = 0,96; p = 0,00$). O coeficiente de acordo foi também elevado para os componentes verbais, que foram propostos para propor uma solução ($r = 0,98; p = 0,00$), necessidade ou insatisfação ($r = 0,96; p = 0,00$) e intensidade verbal total ($r = 0,95; p = 0,00$).

Estes resultados mostraram que os dados obtidos separadamente por cada um dos juízes, antes do estabelecimento do consenso, eram utilizados para se calcular a porcentagem de acordos obtida entre eles, naquele dia. Estes eram os dados usados igualmente para calcular a porcentagem de acordos obtida entre os dois juízes.

entre os juízes foi o fato de se calcular todos os dias a porcentagem de acordo obtido entre eles, de forma que eles recebessem um *feedback* diário do seu desempenho.

Acordo intra-observador: Foi avaliado igualmente, no final da pesquisa, o grau de acordo intra-observador obtido por cada um dos dois observadores. Para isto, cada observador repetiu a observação de algumas categorias de comportamentos dos mesmos sujeitos após um intervalo de três semanas. O acordo intra-observador foi avaliado através do cálculo das correlações entre os escores obtidos para os comportamentos dos mesmos sujeitos nestes dois momentos. As categorias submetidas ao acordo intra-observador foram: hierarquia de assertividade, hierarquia de submissão, freqüência de silêncio e duração do silêncio.

O acordo intra-juízes foi calculado através da correlação de Spearman para um subgrupo de 30% dos sujeitos da pesquisa. Os resultados mostraram que os coeficientes de correlação foram altamente significativos para todos os componentes de comportamento observados, tanto para o juiz 1 quanto para o juiz 2. Os coeficientes de correlação obtidos para o juiz 1 foram os seguintes: hierarquia de assertividade ($r = 0,96; p = 0,00$), hierarquia de submissão ($r = 0,93; p = 0,00$), freqüência de silêncio ($r = 0,99; p = 0,00$) e duração do silêncio ($r = 0,99; p = 0,00$). Para o juiz 2, os coeficientes de correlação obtidos foram: hierarquia de assertividade ($r = 0,99; p = 0,00$), hierarquia de submissão ($r = 0,96; p = 0,00$), freqüência de silêncio ($r = 1,00; p = 0,00$) e duração do silêncio ($r = 1,00; p = 0,00$).

Os resultados apresentados acima mostram que o acordo obtido intra e inter-juízes foi elevado, o que indica uma alta fidedignidade das medidas utilizadas na presente pesquisa. Os altos escores de fidedignidade obtidos aqui podem ser atribuídos às características do procedimento de coleta de dados de observação adotado na presente pesquisa, que já foram descritos acima.

Resultados

cada um dos componentes da análise discriminante. Assim, as categorias de comportamento a que mais diferenciou os grupos da fala do sujeito ($c.c. = 0,86$) e os componentes não-verbais entre os grupos, na seguinte ordem: voz ($c.c. = 0,46$), adequação da proporção da duração da fala e silêncios ($c.c. = -0,33$), duração. Os demais componentes não apresentaram correlações abaixo de 0,30 entre os portanto, tiveram uma menor influência nos grupos.

Apresentaremos abaixo os resultados da avaliação da assertividade verbal e não-verbal e, em seguida, as relações entre as dimensões verbais e não-verbais destas categorias, serão apresentados os resultados que se referem às diferenças encontradas entre os dois grupos e as diferenças observadas na maneira como os diferentes tipos de situações.

Assertividade Verbal

Os dados referentes à assertividade verbal foram analisados em termos do Comportamento Assertivo, em termos de seus dois componentes. Os resultados das tabelas 1 a 4 apresentam os resultados para os componentes dos grupos clínico e não-clínico. A assertividade verbal que se refere à estes dois tipos de sujeitos foi analisada em termos de suas diferenças entre os grupos e em termos de como cada grupo reagiu a cada situação estudada. Abaixo apresentamos os resultados para uma destas categorias de respostas.

Uma primeira análise das medidas de assertividade verbal repetidas mostrou que

Na Tabela 1 temos os dados relativos ao Conteúdo Verbal Global, ou seja, a medida derivada que consistia na soma das duas habilidades verbais observadas (expressar necessidade e propor uma solução para o problema discutido).

Podemos observar que os participantes do grupo clínico apresentaram um Conteúdo Verbal Global assertivo significativamente inferior ao do seu grupo de

Tabela 1. Médias e Desvios-Padrão do “Conteúdo Verbal Global de Assertividade” Apresentado Clínico e Não-Clínico nas Quatro Situações e Média Global

Grupo/ Situação	1	2	3	4	Média
Clínico	0,17 (0,39)	1,29 (0,63)	0,62 (0,70)	1,35 (0,81)	3,34
Não-Clínico	0,54 (0,61) **	1,94 (0,23) ***	1,14 (0,60) ***	1,66 (0,48) *	5,29

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

referência, no conjunto das quatro situações ($F= 29,74$; $p= 0,00$). Ao analisar os dados de cada situação separadamente, constatamos igualmente que estes resultados se confirmam, pois os pacientes apresentaram um Conteúdo Verbal Global significativamente inferior ao do seu grupo de referência, em cada situação particular: situação 1 ($F= 9,30$; $p= 0,003$), situação 2 ($F= 32,54$; $p= 0,000$), situação 3 ($F= 12,22$; $p= 0,001$) e situação 4 ($F= 4,45$; $p= 0,039$).

Resultados semelhantes foram observados ao se analisar cada componente verbal separadamente. A Tabela 2 apresenta os dados relativos aos dois componentes verbais de assertividade: 1. expressar necessidade ou insatisfação e 2. propor solução ou pedir mudança de comportamento.

Os resultados mostram que os pacientes apresentaram uma freqüência significativamente menor do comportamento de expressar sua insatisfação ou necessidade do que o seu grupo de referência ($F= 19,08$; $p= 0,00$). Eles apresentaram também uma freqüência significativamente menor do comportamento de pedir mudança do

comportamento do interlocutor ou pedir solução ($F= 17,17$; $p= 0,00$) do que seu grupo de referência.

Diferenças de reação aos tipos de situação: Para os sujeitos reagiram às duas diferentes situações (ao receber crítica, foram analisadas as reações de sujeitos separadamente, utilizando-se da Tabela 3).

A Tabela 3 mostra os resultados referentes ao Conteúdo Verbal Global e aos seus componentes específicos.

do tipo de situação, para cada grupo de sujeitos. Observar que, no que se refere ao Conteúdo Verbal Global, tanto o grupo clínico ($t= -10,03$; $p= 0,00$) quanto o grupo não-clínico ($t= -9,87$; $p= 0,00$) foram significativamente inferiores ao fazerem crítica do que ao receberem críticas. No entanto, a diferença se observa também ao se analisar os componentes específicos da assertividade. Os pacientes (que eram clínicos) e seu grupo de referência (que era não-clínico) apresentaram uma menor freqüência de comportamento de expressar necessidade ou insatisfação ao fazerem crítica do que ao receberem críticas. Do mesmo modo, os grupos clínico ($t= -10,03$; $p= 0,00$) e não-clínico ($t= -8,35$; $p= 0,00$) propuseram uma menor freqüência de solução ao interlocutor ao fazerem crítica do que ao receberem críticas.

Diferenças de reação frente ao gênero do interlocutor: As Tabelas 4 e 5 apresentam os dados referentes às diferenças de reação entre os dois grupos em relação ao gênero do interlocutor. A Tabela 4 mostra as diferenças observadas nas reações de pacientes e de referência, em função desta variável, no que se refere ao Conteúdo Verbal Global.

Tabela 3. Médias e Desvios-Padrão do “Conteúdo Verbal Assertivo” e dos Dois Componentes da Assertividade Verbal (Expressar Necessidade/Insatisfação e Propor Solução/Pedir Mudança) Apresentados pelos Grupos Clínico e Não-Clínico, *em Função do Tipo de Situação*

Componentes	Conteúdo		Expressar		P
	Verbal Assertivo	Receber	Criticar	Necessidade/Insatisfação	
Tipos de situação	Receber	Criticar	Receber	Criticar	Mudança
Clínico	0,79(0,77)	2,65(1,20)***	1,06(0,49)	1,71(0,58)***	0,000
Não-Clínico	1,69(0,99)	3,60(0,55)***	1,46(0,50)	2,00(0,00)***	0,000

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Verbal Global assertivo e aos seus dois componentes específicos.

Podemos observar na Tabela 4 que os sujeitos do grupo clínico ($t = -2,08; p = 0,05$) e também os do grupo não-clínico ($t = -5,62; p = 0,00$) foram mais assertivos verbalmente ao interagirem com um *interlocutor masculino* do que com um interlocutor feminino, no que se refere à medida do Conteúdo Verbal Global.

Esta mesma diferença se observa também para o primeiro componente da assertividade verbal, que é o de expressar necessidade ou insatisfação. Quando se combina estes dois comportamentos, podemos observar (Tabela 4) que os sujeitos do grupo clínico ($t = -3,45; p = 0,002$), assim como os do grupo não-clínico ($t = -3,51; p = 0,001$), foram mais assertivos face ao interlocutor do *gênero masculino*.

Entretanto, ao separar estes dois comportamentos, observamos (Tabela 5) que os grupos só foram mais assertivos face ao interlocutor masculino no que se refere ao comportamento de expressar uma necessidade e não no que se refere ao comportamento de expressar insatisfação.

A Tabela 5 mostra que o grupo clínico ($t = -2,95; p = 0,006$) e o grupo não-clínico ($t = -3,51; p = 0,001$) expressaram sua necessidade mais freqüentemente ao

interlocutor masculino. Porém, os grupos variaram ao expressar insatisfação.

Por outro lado, os resultados mostram que o segundo componente da assertividade verbal, que é o de pedir mudança de comportamento, só foi usado para o outro. No caso deste componente, o grupo clínico não apresentou nenhuma variação ($t = -0,05; p = 0,600$), enquanto que o grupo não-clínico apresentou uma reação diferenciada em função do gênero do interlocutor ($t = -4,346; p = 0,00$). De fato, o grupo não-clínico ($t = -5,62; p = 0,00$) pediu mais mudança de comportamento que o grupo clínico ($t = -0,03; p = 0,963$) e também propôs mais mudanças de comportamento para o interlocutor feminino ($t = -3,26; p = 0,001$) do que para o interlocutor masculino, do que o grupo clínico.

Podemos constatar portanto que o grupo clínico usou o segundo componente verbal de expressar necessidade de forma mais assertiva em função do gênero do interlocutor.

Correlação entre as Medidas assertivas – Para verificar o grau de concordância entre as medidas do Conteúdo Verbal Global e os componentes da assertividade verbal dos sujeitos, realizou-se uma análise de correlação de Spearman entre os escores das medidas de assertividade verbal.

Tabela 5. Médias e Desvios-Padrão dos Componentes “Expressar Necessidade” (Sit. 1 e 3) “Expressar Insatisfação” (Sit. 2 e 4) e “Propor Solução” (Sit. 1 e 3), “Pedir Mudança de Comportamento” (Sit. 2 e 4) em Apresentados pelos Grupos Clínico e Não-Clínico

Grupo	Expressar necessidade		Expressar Insatisfação		Propor Solução		Pedir Com
Situação	1	3	2	4	1	3	2
Gênero	Feminino	Masculino	Masculino	Feminino	Feminino	Masculino	Masculino
Clínico	0,14(0,35)	0,46(0,60)**	0,91(0,29)	0,79(0,41)	0,03(0,17)	0,14(0,35)	0,38(0,41)
Não-Clínico	0,46(0,50)	0,77(0,43)***	1,00(0,00)	1,00(0,00)	0,09(0,28)	0,37(0,49)**	0,94(0,28)

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p \leq 0,001$

verbal e de hierarquia de submissão. Como estas duas últimas medidas envolveram uma avaliação mais refinada e mais graduada, que incluía uma série de pontos em ordem crescente de assertividade, representando diversas combinações de comportamentos, a obtenção de uma convergência destes escores com os de Conteúdo Verbal Global serviria para consolidar nossa confiança nas medidas utilizadas aqui para avaliar a assertividade.

Os resultados mostraram uma correlação significativa entre os escores da hierarquia de assertividade e os escores do Conteúdo Verbal Global ($r = 0,89; p = 0,00$) indicando uma concordância entre estes dois tipos de medida de assertividade. Os resultados mostraram igualmente uma correlação significativa ($r = 0,84; p = 0,00$) entre os escores do Conteúdo Verbal Global e os escores da hierarquia de submissão. Como os dados referentes ao grau de submissão foram invertidos, a correlação aparece com valores positivos, porém a relação observada foi negativa, tal como esperado, ou seja, quanto maior o Conteúdo Verbal Global assertivo apresentado pelos sujeitos menor era o grau de sua submissão face ao interlocutor.

Estes resultados demonstraram que estes dois tipos de medida de assertividade são convergentes, o que aumenta nossa confiança na validade das medidas.

Assertividade Não-Verbal

Os resultados referentes à assertividade não-verbal apresentados nas Tabelas 6 à 8, envolvendo sete componentes. A apresentação destes componentes está igualmente dividida em duas partes: o primeiro às diferenças encontradas entre os grupos, em seguida, às diferenças observadas na maneira como cada grupo reagia a diferentes tipos de situação.

Diferença entre os Grupos:

A Tabela 6 mostra os resultados da assertividade não-verbal apresentada pelos dois grupos. O componente não-verbal específico, no entanto, não mostrou diferenças entre os grupos.

Podemos constatar que o grupo clínico apresentou um déficit significativo de assertividade não-verbal em comparação ao grupo não-clínico, na maioria das componentes. Com relação à proporcionalidade da fala, os pacientes falaram significativamente mais durante as interações sociais do que os não-clínico ($F = 6,64; p = 0,012$). Eles falaram também, um volume de voz significativamente maior ($F = 6,45; p = 0,013$) do que o seu grupo não-clínico. Com relação à entonação da voz, os pacientes

tom de voz significativamente menos modulado e menos expressivo ($F = 12,94; p = 0,001$). Além disso, os pacientes apresentaram um déficit significativo com relação à adequação do afeto veiculado na interação social, comparativamente ao seu grupo de referência ($F = 11,77; p = 0,001$). Finalmente, podemos observar que os pacientes emitiram maior freqüência de silêncios em resposta às falas do interlocutor do que seu grupo de referência ($F = 4,13; p = 0,05$) e a duração dos períodos de silêncio apresentados por eles foi maior ($F = 4,32; p = 0,04$) do que a do seu grupo de referência.

Com relação aos demais componentes da assertividade não-verbal, o grupo clínico não apresentou uma diferença significativa em relação ao seu grupo de referência, no que se refere às seguintes variáveis: proporção de alterações da fala ($F = 2,93; p = 0,091$), contato visual ($F = 2,94; p = 0,091$) e latência da resposta ($F = 0,81; p = 0,37$).

Diferenças de reação aos tipos de situação: As Tabelas 7 e 8 mostram os resultados referentes à assertividade não-verbal dos sujeitos em função do tipo de situação social. Com relação ao tipo de situação, a Tabela 7 apresenta os dados apenas do *grupo clínico*.

Podemos observar que os sujeitos deste grupo apresentaram maior assertividade não-verbal nas situações de *fazer crítica* do que nas situações de receber crítica, para alguns componentes. Assim, eles apresentaram uma menor latência da fala ($t = 3,79; p = 0,001$), uma maior proporção da duração da fala ($t = -6,11; p = 0,00$) e uma entonação de voz mais apropriada ($t = -2,31; p = 0,027$) nas situações de *fazer crítica*. Quanto ao contato visual, observamos que os pacientes olharam menos tempo o interlocutor nestas situações ($t = 4,27; p = 0,00$). Este resultado é teoricamente esperado e se explica pelo fato do sujeito estar falando mais e ouvindo menos neste tipo de situação e, neste

caso, o contato visual é prolongado, ao contrário da escuta, onde o contato visual

Coerentemente com os resultados, o grupo clínico apresentou uma duração menor (2,68; $p = 0,01$) e uma duração menor (0,04) significativamente menor que a crítica, o que indica portanto uma menor verbal neste tipo de situação. Os componentes não-verbais, que representam a proporção de alterações da fala, no grupo clínico não apresentou diferenças na função dos diferentes tipos de alterações em função da relação ao tipo de situação, nem variações observadas no grupo controlador, nem mudanças efetuadas no tipo de alterações.

Podemos constatar os mesmos resultados acima, que foram apresentados para o grupo clínico, indicativos de maior verbalização verbal ao fazer crítica do que nas situações de *fazer crítica*, o que o grupo clínico apresentou uma menor latência, uma maior proporção da fala (40%) e uma entonação de voz mais assertiva (40%) e à proporção da duração do enunciado referência também olhou menos para o lado ($p = 0,01$) ao fazer crítica, o que indica que ele fala mais tempo, pois estas duas variáveis são inversamente relacionadas. O grupo clínico não apresentou resultados diferentes do grupo não clínico no que se refere à fala, silêncios. Para este comportamento, o grupo clínico tenha apresentado menor verbalização nas situações de fazer crítica do que o grupo não clínico.

Tabela 7. Médias e Desvios-Padrão dos Componentes da Assertividade Não-Verbal Apresentados em Função dos Diferentes *Tipos de Situação e Gênero do Interlocutor*

Componentes Não-Verbais

Tabela 8. Médias e Desvios-Padrão dos Componentes da Assertividade Não-Verbal Apresentados *Clinico* em Função dos Diferentes *Tipos de Situações e Gênero do Interlocutor*

Componentes não-verbais	Tipo de situação		Gênero do Interlocutor	
	Receber crítica	Fazer crítica	Feminino	Masculino
Proporção da fala	30,23(14,24)	43,79(17,73)***	33,63(15,37)	40,11(16,21)
Entonação da voz	3,33(0,62)	3,44(0,63)*	3,36(0,67)	3,36(0,67)
Latência da fala	3,00(1,38)	2,28(1,43)**	1,53(0,82)	1,53(0,82)
Proporção de alterações da fala	0,10(0,09)	0,12(0,19)	0,11(0,11)	0,11(0,11)
Volume da voz	3,93(0,63)	3,84(0,68)	3,94(0,67)	3,94(0,67)
Afeto	3,38(0,63)	3,56(0,54)	3,47(0,48)	3,47(0,48)
Freqüência dos silêncios	0,17(0,75)	0,17(0,62)	0,20(0,90)	0,20(0,90)
Duração dos silêncios	0,98(4,07)	0,85(3,28)	1,14(4,69)	1,14(4,69)
Proporção do contato visual	0,73(0,30)	0,57(0,23)***	0,65(0,28)	0,65(0,28)

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

não observamos, entretanto, uma diferença estatisticamente significativa entre estas duas situações. A freqüência dos silêncios não variou para o grupo não-clínico.

Quanto aos componentes volume da voz, proporção de alterações da fala e afeto apropriado, não observamos no grupo não-clínico variações significativas em função dos diferentes tipos de situação, tal como havia sido observado para o grupo clínico.

Diferenças de reação ao gênero do interlocutor: Quanto ao gênero do interlocutor, a Tabela 7 apresenta os dados referentes ao *grupo clínico*. Podemos observar que os pacientes apresentaram uma maior freqüência de silêncios ($t = 2,26$; $p = 0,03$), uma duração maior do contato visual ($t = 3,03$; $p = 0,005$) e um afeto mais apropriado ($t = 2,34$; $p = 0,026$) frente ao interlocutor feminino. Não há diferença significativa quanto aos outros componentes não-verbais: proporção da duração da fala, volume e entonação da voz, latência e proporção de alterações da fala e duração dos silêncios. Os resultados acima, embora não sejam conclusivos devido ao número reduzido de componentes com diferenças significativas, sugerem, entretanto uma tendência de maior assertividade face ao

afeto, volume e entonação da voz, latência, alterações da fala, freqüência e duração da

Estes resultados mostraram que as variaram menos sua assertividade não-
do gênero do interlocutor do que em f
situação.

Relação entre Assertividade Verbal e Não Verbal

Para verificar as relações existentes entre a assertividade verbal e não verbal dos sujeitos e os componentes não verbais, realizou-se uma análise de Correlação de Spearman entre os componentes destes dois dados. Foi observada uma correlação significativa entre os componentes verbais da assertividade. Os resultados indicaram que menor era a assertividade verbal apresentada e maior era a entonação da sua voz ($r = -0,49$; $p = 0,00$), menor era o tempo em que ele permanecia em silêncios ($r = -0,49$; $p = 0,00$), menor era a frequência de silêncios em resposta à fala do interlocutor ($r = -0,49$; $p = 0,00$), maior era a duração da sua fala proporcional à duração da interação social ($r = 0,45$; $p = 0,02$), maior era a latência da fala do sujeito ($r = 0,44$; $p = 0,02$).

significativa, embora na direção esperada, ou seja, inversamente proporcional ao conteúdo verbal.

Discussão

Os resultados obtidos nesta pesquisa constataram que o grupo clínico apresentou um déficit nos componentes verbais e não-verbais indicadores da assertividade em relação ao seu grupo de referência na comunidade, em situações de asserção negativa de fazer e receber crítica, com interlocutores masculinos e femininos. Considerando o conceito de assertividade, previamente definido neste trabalho, podemos concluir que os pacientes apresentaram dificuldades na afirmação dos próprios direitos e na expressão honesta de suas opiniões, idéias e necessidades ao interlocutor, nestas situações de asserção negativa.

Os resultados mostraram ainda que o aspecto verbal da assertividade foi o mais deficitário no grupo clínico em relação ao seu grupo de referência, ou seja, este foi o aspecto do déficit de assertividade que mais diferenciou os dois grupos. Constatamos que os pacientes possuíam um déficit verbal não apenas com relação à medida global de assertividade verbal, mas também no que se refere especificamente aos dois componentes verbais estudados. Portanto, observamos uma dificuldade específica em expressar insatisfação ou necessidade ao interlocutor e também uma dificuldade em pedir mudança no comportamento do interlocutor ou propor uma solução para o problema da situação. Além disso, o déficit de assertividade verbal do grupo clínico em relação ao grupo de referência ocorreu independentemente do tipo de situação ou do gênero do interlocutor.

Trower (1980) encontrou resultados semelhantes aos obtidos na presente pesquisa, pois também em seu estudo a dimensão verbal foi a que mais diferenciou o seu grupo de pacientes competentes de um outro socialmente incompetente. Esses resultados confirmaram também os dados obtidos por Tremblay (1992), nos quais a maior dificuldade dos pacientes em relação ao grupo de

freqüência do comportamento assertivo ocorreu na asserção negativa. Estes resultados concordam com os obtidos em estudos realizados em clínicos, nos quais as pessoas apresentaram menor freqüência da resposta verbal em situações de asserção negativa (Gibson & Anderson, 1996).

Tendo em vista que os resultados obtidos no contexto brasileiro, confirmaram os resultados obtidos por pesquisadores em diferentes contextos, podemos concluir que a dificuldade de expressão verbal é uma característica comum a este tipo de clientela em relação ao seu grupo de referência, independentemente do contexto (Gibson & Anderson, 1991). Esta observação pode ser considerada um parâmetro para a elaboração de programas de treinamento das habilidades sociais, em particular dos programas de reabilitação psicossocial, que visam melhorar o funcionamento social e a reinserção na comunidade. A assertividade é uma habilidade assertivo dos pacientes comunitários que envolve a capacidade de enfrentamento social e interpessoal, o que resultaria em situações de asserção negativa, aumentando consequentemente a autoestima das pessoas.

No que se refere ao tipo de reação dos pacientes quanto o grupo de referência, os resultados mostraram que os pacientes apresentaram mais dificuldades em serem assertivos quando tinham que receber uma crítica negativa, reagir a esta crítica, do que em situações de asserção positiva, que necessitavam fazer uma crítica assertiva ao interlocutor. Estes resultados concordam com os obtidos por Tremblay (1992), que constatou que o grupo clínico também apresentou maior dificuldade em comportar de forma competente quando se sentia criticado, ou seja, quando recebia uma crítica do interlocutor. Os resultados sugerem que as situações de asserção negativa são mais desafiadoras para os pacientes do que as situações de asserção positiva.

com interlocutor do sexo masculino. Esta diferença se manteve no que se refere ao componente verbal de expressar necessidade. Por outro lado, ao analisarmos cada grupo separadamente, foi possível constatar que os dois grupos diferiram com relação à sua reação frente aos interlocutores do sexo masculino e feminino, para o segundo componente verbal. Assim, o grupo não-clínico pedia mais mudança de comportamento e propunha mais solução ao interagir com um interlocutor masculino, sendo que os pacientes não apresentaram variações significativas deste componente verbal em função do gênero do interlocutor. Deste modo, constatamos que o grupo clínico apresenta uma menor variabilidade de comportamento em função do gênero do interlocutor.

Estes últimos resultados diferem dos encontrados na literatura da área. Em geral, os resultados a respeito do tipo de interlocutor (gênero e familiaridade) não tem sido homogêneos nos diversos estudos. Por exemplo, Eisler e colaboradores (1975) não observaram diferenças na assertividade verbal de seus sujeitos frente a interlocutores familiares e não familiares. Por outro lado, no que se refere ao gênero dos interlocutores, estes mesmos autores não apresentaram resultados sobre as diferenças de assertividade verbal dos sujeitos inassertivos e não assertivos separadamente, nas situações específicas de interação negativa, mas somente em relação à soma das situações de asserção negativa e positiva. Porém, ao apresentarem os resultados globais do grupo total (assertivos e não-assertivos), seus dados mostram que os sujeitos foram mais assertivos frente ao interlocutor do sexo feminino, contrariamente aos nossos resultados. As divergências observadas entre nossos resultados e os dados obtidos por Eisler e colaboradores (1975) podem resultar talvez das diferenças encontradas entre os dois estudos quanto a forma de analisar os dados, pois no estudo de Eisler e colaboradores (1975) foram analisados os dados do grupo total, no conjunto de situações positivas e negativas. Uma outra hipótese se refere a diferenças entre os estudos quanto ao tipo de interlocutor.

enfrentarem diferentes tipos de situações, variabilidade do comportamento dos sujeitos, gênero do interlocutor, talvez se explique que as mudanças referentes ao gênero foram menos contrastantes do que as mudanças referentes aos tipos de situação (*criticar versus receber críticas*). É possível, portanto, que os sujeitos tenham uma maneira mais diferenciada diante das variações que eram mais contrastantes. Provavelmente, a capacidade de criticar e de receber críticas configura-se como uma negatividade de interação social que requer maior de adaptação dos sujeitos, de forma adequadamente do que mudanças no gênero.

Não só a assertividade verbal foi menor no grupo dos pacientes, mas também a assertividade não-verbal. Dentre os componentes não-verbais, os que mais se destacaram como deficitários no grupo clínico foram a entonação da voz, seja em termos de proporção da fala e volume da voz. Os pacientes falavam menos tempo, de forma mais monótona, com menor expressividade emocional, e seu volume de voz era mais baixo do que o das pessoas do grupo de referência. Além disso, dois outros componentes não-verbais diferenciaram significativamente o grupo clínico e não-clínico, que foram a freqüência e duração dos silêncios em resposta ao interlocutor. Os silêncios mostraram mais acentuados entre os pacientes do que entre os sujeitos de seu grupo de referência. Estes são resultados que se relacionam com a hipótese de falta de assertividade observada por Tremblay (1992), na qual os pacientes psiquiátricos estudados apresentaram maior freqüência e duração de silêncios em resposta às falas do que o seu grupo de referência.

Os resultados obtidos aqui confirmam que os componentes não-verbais confirmaram as diferenças entre os grupos encontradas por Eisler e colaboradores (1975), segundo as quais os sujeitos inassertivos falavam com um volume de voz mais baixo, com menos expressividade na fala, e com maior freqüência e duração de silêncios em resposta ao interlocutor.

situações sociais, o que constituirá objeto de pesquisas futuras. Uma tal análise apresentou resultados importantes nas pesquisas de Trower (1980). Foi obtida, por exemplo, uma diferença significativa entre os grupos de sujeitos assertivos e inassertivos, em termos da inversão que se observa geralmente entre a duração da fala e a duração do olhar. Devido à dificuldade deste tipo de observação, ela constituirá objeto de uma pesquisa específica para isto.

Os resultados obtidos aqui nos permitiram também observar que a assertividade não-verbal variou em função do tipo de situação e do gênero do interlocutor. Os resultados mostraram que tanto os pacientes quanto o seu grupo de referência apresentavam maior assertividade não-verbal nas situações de fazer crítica do que nas situações de receber crítica, para os componentes de duração da fala, latência, entonação da voz. Ou seja, eles falavam mais tempo, respondiam mais prontamente e apresentam uma entonação de voz mais assertiva ao fazer uma crítica, o que sugere que este tipo de situação seria mais fácil para ambos os grupos. Além disso, no caso particular dos pacientes, a freqüência e duração dos silêncios também foi menor nas situações de fazer crítica, indicando maior assertividade. Quanto ao gênero do interlocutor, os resultados mostraram que o grupo de referência apresentou maior assertividade não-verbal frente ao interlocutor masculino. Os resultados dos pacientes foram menos consistentes, embora sugestivos de uma conclusão nesta mesma direção.

Alguns componentes não-verbais, tais como volume da voz, alterações da fala e expressão de afeto, não apresentaram diferenças significativas em relação aos tipos de situação ou ao gênero do interlocutor no presente trabalho, contrariamente ao que seria esperado em função do caráter situacional das habilidades sociais (Caballo, 1996; Del Prette & Del Prette, 1999; Gambrill, 1978). Ao contrário, Eisler e colaboradores (1975) observaram diferenças significativas com relação a alguns destes componentes, por exemplo, a expressão do afeto e a

Além disso, estas dificuldades tratava de situações em que o do seu interlocutor, comparando fazer críticas. Os resultados mostraram ainda que as dificuldades dos pacientes psiquiátricos independentemente em que estão inseridos, uma vez que amostra confirmam os obtidos.

A habilidade de ser assertivo, níveis do funcionamento social, situações sociais cotidianas, tais como casa, requerem um compromisso de pessoas, em circunstâncias similares. Aqui, o paciente psiquiátrico, e de programas de treinamento, vista sua dificuldade de assertividade, treinamento de habilidades sociais, que tem sido amplamente utilizado na readaptação social de pacientes psiquiátricos. O programa desenvolvido por (cols., 1993), considerado uma das mais eficazes, em seus diversos módulos, de treinamento de comportamentos sociais cotidianas pertinentes para os quais eles exercitam a capacidade interpessoais, tais como recusar-se a expressar necessidades, pedir mudanças ou solicitar ajuda. Os resultados obtidos mostraram a necessidade de se trabalhar a assertividade nos programas de reabilitação dos pacientes psiquiátricos impulsionando a melhoria de sua qualidade de vida.

O presente trabalho coloca a necessidade de se utilizar, nas pesquisas, sobre habilidades sociais e competências, uma metodologia de avaliação do cidadão.

observadores, envolvendo a discussão diária sobre os desacordos obtidos, a explicitação de critérios comuns de avaliação e o *feedback* contínuo através do cálculo diário da porcentagem de acordo inter-juizes. Além disso, na própria coleta de dados após o treinamento, é importante dar continuidade ao uso do *feedback* diário para manter o nível elevado do desempenho dos observadores. Pesquisas futuras utilizando esta metodologia poderão identificar outros componentes relevantes no estudo do comportamento assertivo de pacientes psiquiátricos.

Referências

- Bandeira, M., Cardoso, C. S., Fernandes, M. L., Resende, R. A. & Santos, S. C. A. S. (1998). Competência social de psicóticos: Validação social de habilidades específicas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 47(5), 217-226.
- Bandeira, M. & Tremblay, L. (1998). Competência social de psicóticos: Um estudo de validação social. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 47(4), 185-192.
- Bandeira, M., Pereira, E. A. & Machado, E. L. (1999). Comportamento assertivo de psicóticos: Validação social de dificuldades específicas [Resumo]. Em Sociedade Brasileira de Psicologia (Org.), *Resumos de comunicações científicas, XXIX Reunião Anual de Psicologia* (p. 63). Campinas: SBP.
- Bellack, A. S. (1983). Recurrent problems in the behavioral assessment of social skill. *Behavior Research and Therapy*, 21(1), 29-41.
- Bellack, A. S., Morrison, R. L., Mueser, K. T., Wade, J. H. & Sayer, S. L. (1990). Role play for assessing the social competence of psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2(3), 248-255.
- Bellack, A. S., Morrison, R. L. & Mueser, K. T. (1989). Social problem solving in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 15(1), 101-116.
- Bellack, A. S., Turner, S. M., Hersen, M. & Kazdin, A. S. (Orgs.) (1986). An examination of the efficacy of social skills training for chronic schizophrenic patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 35, 1023-1028.
- Brown, G. T. & Carmichael, K. (1992). Assertiveness training for clients with a psychiatric illness: A pilot study. *British Journal of Occupational Therapy*, 55(4), 137-141.
- Caballo, V. E. (1996). *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento*. São Paulo: Santos Livraria.
- Cyr, M., Hodgins, S., Gaston, L. E. & Viens, L. (1990). La vie au sein d'appartements surveillés pour patients psychiatriques chroniques. *Revue Canadienne de Santé Mentale Communautaire*, 9(1), 23-37.
- Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (1999). *Psicologia das habilidades sociais: Terapia e educação*. Petrópolis: Vozes.
- Eisler, R. M., Hersen, M., Miller, P. M. & Blanchard, J. J. (1980). Social determinants of assertive behaviors. *Journal of Clinical Psychology*, 43(3), 330-340.
- Gambrill, E. D. (1978). *Behavior Modification: Handbook and evaluation*. Washington: Jossey-Bass.
- Hogarty, G. E., Anderson, C. M., Reiss, D. J., Kornblith, P., Ulrich, R. F. & Carter, M. (1991). Family problem skills training, and maintenance chemotherapy treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 48, 203-220.
- Lange, J. L. & Jakubowski, P. (1976). *Responsible Assertion*. Research Press Co.
- Lazarus, A. A. (1971). *Behavior Therapy and Beyond*. New York: Harper & Row.
- Liberman, R. P., Wallace, C. J., Blackwell, C. A., Eckman, J. & Kuehnel, T. G. (1993). Innovations in skills training for psychiatrically ill: The UCLA social and independent living skills program. *Innovations and Research*, 2, 43-60.
- Lipp, M. N., Haythornthwaite, J. & Anderson, D. E. (1990). Social skills and assertiveness in adults. *Estudos de Psicologia*, 5(1), 11-20.
- Millbrook, J. M. & Farrell, A. D. (1986). Behavioral skills: A look at subject and confederate behaviors. *Journal of Social Psychology*, 8, 203-220.
- Morrison, R. L. & Bellack, A. S. (1987). Social functioning of psychiatric patients: Clinical and research issues. *Schizophrenia Bulletin*, 13(1), 725.
- Mueser, K. T., Bellack, A. S., Morrison, R. L. & Wade, J. H. (1990). Social competence and symptomatology in schizophrenia: A longitudinal analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 99(4), 471-478.
- Mueser, K. T., Bellack, A. S., Douglas, G. S. & Morrison, R. L. (1992). Prevalence and stability of social skills deficits in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 5, 167-176.
- Mueser, K. T., Wallace, C. J. & Liberman, R. P. (1993). Social skills training for psychiatric patients. *Behavior Change*, 12(1), 3-12.
- Rathus, E. (1975). Principles and practices of assertiveness training: An overview. *The Counseling Psychologist*, 5(4), 9-19.
- Tremblay, L. (1992). *Évaluation de la compétence sociale et des troubles mentaux graves: Études de validation sociale*. (RS-1725-089) Montréal, Canada: Conseil Québécois de la Recherche en Santé et en Santé Sociale.
- Trower, P. (1980). Situational analysis of the communication behavior of socially skilled and unskilled psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 327-339.
- Wolpe, J. (1969). *The practice of behavior therapy*. New York: Pergamon.
- Zubin, J. & Spring, B. (1977). Vulnerability: A new concept. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.