



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 Não-Verbais do Comportamento Assertivo, em Situações de Fazer e Receber Críticas

Marina Bandeira<sup>1,2</sup>  
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 clínico. Não se encontrou uma correlação significativa entre componentes verbais e não-verbais. Os dois grupos foram mais assertivos nas situações de fazer críticas do que nas de receber crítica. Ambos os grupos apresentaram maior assertividade diante do interlocutor feminino 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; desempenho.

### Social Integration of Psychotics: Verbal and Non-verbal Components of Assertive Behavior in Situations of Making and Receiving Criticism

### 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. The type of situation 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 were more assertive in the situations they were required to criticize their partners compared to situations where they have been criticized. Both groups were more assertive when interacting with male partner, for most of the components. These results indicate the need of assertive training in social integration programs for Brazilian psychiatric patients, replicating data from others researchers and indicates that Brazilian psychiatric patients need to receive assertive training in 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 treinamentos são necessários na reinserção social dos pacientes com déficit destas habilidades em situações sociais (Morrison, Mueser, Wade & Greenwald, 1992; Di

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; Gambрил, 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.

verbais e não-verbais indicativos de a servirão para operacionalizar este co possuir pertinência clínica, uma vez específicos são necessários e mais pertin de um treinamento de assertividade. U identificar estes componentes especifi observação sistemática do comportam em interações sociais, através de desem o que tem sido amplamente utilizado ne (Bellack e cols., 1990; Eisler e cols., 197 1990). Este tipo de avaliação requer u que se baseie em procedimentos rigoros dados, que são necessários para se obter e fidedignas, a partir dos dados d observadores (Bellack, 1983). Além comportamento assertivo e as habilidades possuem uma especificidade situacional desempenho e não de traço (Caballo, 19 Del Prette, 1999; Gambрил, 1978), sua a feita em diferentes tipos de situações variando-se o tipo de demanda da situ de interlocutor. No presente trabalho metodologia de observação sistemática demanda da situação e de gênero do in

Tendo em vista a importância do assertivo para o funcionamento social da reinserção social dos pacientes psiquiá considerando a dificuldade particular de situações sociais negativas, o presente tr objetivo fazer uma análise observacional de pacientes psiquiátricos em situaç negativa, referentes a fazer e receber verificar as dificuldades de assertividade estes pacientes, comparativamente referência de sua comunidade. Pesq demonstraram as dificuldades apresenta psiquiátricos com relação a diversos c habilidades sociais (Bandeira e cols., 1 Trabalho 1998). O trabalho de Bell

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 cotar 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 do interlocutor, defendendo seu ponto de vista e expressando a 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 escalas de observação, duração, assim como medidas de frequência dos componentes verbais e não-verbais. Nos principais estudos de assertividade, os principais estudos de assertividade social de pacientes psiquiátricos (Bandeira & cols., 1990; Eisler e cols., 1975; Mueser e cols., 1990), os quais utilizaram o trabalho de Wolpe (1969), Laing (1969). No caso da dimensão verbal, foram utilizadas hierarquias de comportamentos de menor grau de assertividade e de maior grau de assertividade, a partir dos resultados de pesquisas de Bandeira & Machado, (1999). As medidas verbais e não-verbais foram utilizadas na pesquisa.

### Medidas de Assertividade Verbal

A assertividade verbal dos participantes foi avaliada em cada situação, através de três escalas de observação verbais: 1. Uma medida do grau de expressão de necessidade ou insatisfação apresentado na situação social. O comportamento verbal de quem se satisfizesse a ambas as partes da interação. O comportamento do interlocutor foi avaliado pelo Conteúdo Verbal Global, que avalia os dois primeiros componentes da interação: expressar verbalmente uma insatisfação e expressar verbalmente uma necessidade. Era computado mesmo quando o sujeito não mencionava os fatos referentes ao compo-

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 não expressava sua necessidade ou insatisfação e não propunha uma solução para a situação. Ponto 7: referia-se ao sujeito que expressava sua necessidade ou insatisfação, mas não propunha uma solução para a situação. Ponto 8: referia-se ao sujeito que expressava sua necessidade ou insatisfação e propunha uma solução para a situação, mas não considerava a necessidade do outro. Ponto 9: referia-se ao sujeito que expressava sua necessidade ou insatisfação e propunha uma solução para a situação, considerando a necessidade do outro, mas não se submetia ao interlocutor. Ponto 10: referia-se ao sujeito que expressava sua necessidade ou insatisfação e propunha uma solução para a situação, considerando a necessidade do outro, mas não se submetia ao interlocutor e não se impunha ao interlocutor. Ponto 11: referia-se ao sujeito que expressava sua necessidade ou insatisfação e propunha uma solução para a situação, considerando a necessidade do outro, mas não se submetia ao interlocutor e não se impunha ao interlocutor e não se impunha ao interlocutor. Ponto 12: referia-se ao sujeito que expressava sua necessidade ou insatisfação e propunha uma solução para a situação, considerando a necessidade do outro, mas não se submetia ao interlocutor e não se impunha ao interlocutor e não se impunha ao interlocutor. Ponto 13: era o nível mais alto da hierarquia e referia-se ao sujeito que expressava claramente sua necessidade ou insatisfação, propondo uma solução assertiva para a situação, considerando suas necessidades, sem desrespeitar as 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 decrescente de submissão. O observador avaliava a submissão do sujeito frente ao interlocutor, atribuindo-lhe uma pontuação de 1 a 4 pontos, descritos a seguir: Ponto 1: nível mais baixo da hierarquia indicava o sujeito que se submetia ao interlocutor sem reagir, sem expressar sua necessidade ou insatisfação, nem defender seus direitos. Ponto 2: o sujeito se submetia ao interlocutor, mas se defendia, sem expressar sua necessidade ou insatisfação, nem defender seus direitos. Ponto 3: o sujeito se submetia ao interlocutor, mas se defendia, expressando sua necessidade ou insatisfação, mas não se impunha ao interlocutor. 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, expressando e argumentando sobre sua necessidade ou insatisfação, sem desconsiderar a necessidade do outro.

*Medidas de Assertividade Não-Verbal*

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, ebn, 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. *Frequência 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.

Baixo: parcialmente inaudível; 3. Médio: a fala era audível mas precisando melhorar para ser ouvida; 4. Alto: tom de voz audível, podendo ser ouvido pelo sujeito, satisfatório; 5. Muito Alto: tom de voz completamente audível, suficiente para ser ouvido pelo sujeito. *Apropriedade da voz*: o sujeito deveria ver a situação com o interlocutor e esta emoção deveria ser congruente com a situação. Este componente foi avaliado na seguinte escala: 1. Muito inapropriado: a voz era muito incongruente com a situação, por exemplo, risos; 2. Inapropriado: a voz era pouco congruente com a situação, inaceitável; 3. Médio: a voz era pouco congruente com a situação, mas chegava a ser congruente com a situação; 4. Apropriado: a voz era congruente com a situação, sendo satisfatório; 5. Muito apropriado: o sentimento veiculado estava totalmente adequado à situação, ideal, o desempenho era excelente. *Entonação da voz*: modulação da voz em relação ao conteúdo da fala, avaliado na seguinte escala: 1. Muito inexpressiva: sem nenhuma entonação; 2. Inexpressiva: em geral sem entonação, mas sem perder ênfase, mas precisava melhorar; 3. Expressiva: o tom de voz tinha alguma entonação; 4. Muito expressiva: com ênfase, destacando dos demais.

## Procedimento

Os dois observadores foram treinados durante dois meses, até atingirem 85% de concordância. Após o treinamento, procederam a observações propriamente ditas, que duraram também dois meses. Para isto, fossem feitas observações dos comportamentos verbais e não-verbais dos sujeitos da pesquisa nas quatro situações de 280 cenas de interação social.

*Observação e Cotação dos Comportamentos*

Os juizes estavam “cegos”

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

Em cada dia de observação, os juizes 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 cotado 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 juizes 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-juizes.

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 frequência 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 juizes, 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

### Fidedignidade das Medidas

A fidedignidade das medidas utilizamos através de dois tipos de procedimento: o inter-observadores e o cálculo do acordo

Acordo inter-observadores: O acordo foi avaliado através de dois métodos. Em primeiro lugar, para se fazer este cálculo, foram utilizadas as avaliações que haviam sido obtidos separadamente por cada observador. O primeiro método do estabelecimento das medidas consistiu no cálculo da porcentagem de acordo obtido entre os observadores para cada uma das medidas de todas as medidas nas quatro situações. Os resultados mostraram que houve uma média de 80% de acordo entre os dois observadores em suas cotas. O segundo método de cálculo do acordo inter-observadores consistiu na análise de correlação de Spearman entre as cotas dos juizes para cada componente. Para se fazer esta análise, foi sorteada aleatoriamente 30% dos sujeitos da pesquisa, ou seja, 21 sujeitos. Para estes foram calculados os coeficientes de correlação de Spearman entre os escores dados separadamente por cada observador. Nesta amostra de 21 sujeitos.

Os resultados mostraram um alto grau de correlação entre os juízes para os componentes não-verbais: afeto ( $r = 1,00; p = 0,00$ ), alteração de afeto ( $r = 1,00; p = 0,00$ ), volume da voz ( $r = 1,00; p = 0,00$ ), frequência e duração dos silêncios ( $r = 1,00; p = 0,00$ ), entonação da voz ( $r = 0,99; p = 0,00$ ), duração da fala ( $r = 0,99; p = 0,00$ ), duração da pausa ( $r = 0,99; p = 0,00$ ) e latência da fala ( $r = 0,96; p = 0,00$ ). O grau de acordo foi também elevado para os componentes verbais: de propor uma solução ( $r = 0,98; p = 0,00$ ), de propor uma necessidade ou insatisfação ( $r = 0,96; p = 0,00$ ) e verbal total ( $r = 0,95; p = 0,00$ ).

Estes resultados mostraram que os dados observados e medidos de forma mútua concordam, o que indica portanto, uma boa fidedignidade das observacionais obtidas no presente trabalho.

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, frequência de silêncio e duração do silêncio.

O acordo intra-juizes foi calculado através da correlação de Spearman para um subgrupo de 30% dos sujeitos da pesquisa. Os resultados mostraram que o 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 ( $r = 0,93$ ;  $p = 0,00$ ), frequência 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 ( $r = 0,96$ ;  $p = 0,00$ ), frequência 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-juizes 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 de comportamento foi realizada uma análise discriminante. Assim, foram determinadas as categorias de comportamento que mais diferenciou os grupos, a que mais diferenciou os grupos na análise da fala do sujeito ( $c.c. = 0,80$ ), os componentes não-verbais com os grupos, na seguinte ordem: adequação da voz ( $c.c. = 0,46$ ), adequação da proporção da duração da fala e dos silêncios ( $c.c. = -0,33$ ), duração do silêncio. Os demais componentes não-verbais tiveram correlações abaixo de 0,30 com os grupos, portanto, tiveram uma menor importância nos dois grupos.

Apresentaremos abaixo os resultados da avaliação da assertividade 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 em 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 1 a 4 apresentam os resultados dos grupos clínico e não-clínico em termos de assertividade que se refere à estes dois tipos de comportamento foram analisados em termos de assertividade entre os grupos e em termos de assertividade de reagir de cada grupo frente às situações estudadas. Abaixo apresentaremos os resultados de uma destas categorias de resultados.

Uma primeira análise discriminante das medidas repetidas mostrou que os resultados de assertividade verbal foram



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

comportamento do interlocutor ou  $p = 17,17$ ;  $p = 0,00$ ) do que seu grupo de

*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 o teste de

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

Tabela 1. Médias e Desvios-Padrão do “Conteúdo Verbal Global de Assertividade” Apresentado pelo Grupo 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 frequência 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 frequência significativamente menor do comportamento de pedir mudança do

do tipo de situação, para cada grupo de sujeitos. Podemos 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 inferiores ao fazerem crítica do que ao receberem crítica. Essa diferença se observa também ao se analisar os componentes específicos da assertividade: os dados de pacientes ( $t = -6,94$ ;  $p = 0,00$ ) e seu grupo de referência ( $t = -6,35$ ;  $p = 0,00$ ) apresentaram uma diferença significativa do comportamento de expressar necessidade ao interlocutor ao fazerem crítica do que ao receberem crítica. Do mesmo modo, os grupos clínico ( $t = -8,35$ ;  $p = 0,00$ ) e não-clínico ( $t = -8,35$ ;  $p = 0,00$ ) propunham uma mudança ao interlocutor ao fazerem crítica do que ao receberem crítica.

*Diferenças de reação frente ao gênero do interlocutor:* As tabelas 4 e 5 apresentam os dados referentes às diferenças observadas nos grupos em relação ao gênero do interlocutor. A Tabela 4 mostra as diferenças observadas nas reações dos sujeitos em função desta variável, no que se refere

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 Verbal Assertivo		Expressar Necessidade/Insatisfação		Propor Solução/Pedir Mudança
	Receber	Criticar	Receber	Criticar	
Clínico	0,79(0,77)	2,65(1,20)***	1,06(0,49)	1,71(0,58)***	0,79(0,77)
Não-Clínico	1,69(0,99)	3,60(0,55)***	1,46(0,50)	2,00(0,00)***	0,79(0,77)

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

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. Por outro lado, os sujeitos do grupo não-clínico variaram ao expressar insatisfação.

Por outro lado, os resultados para o segundo componente da assertividade verbal, propor mudança de comportamento para o outro. No caso deste componente, os sujeitos do grupo não-clínico não apresentou nenhuma variação ( $t = 0,00$ ;  $p = 0,600$ ), enquanto que o grupo clínico apresentou uma reação diferenciada em função do gênero ( $t = -4,346$ ;  $p = 0,00$ ). De fato, os sujeitos do grupo clínico ( $t = 5$ ) pediu mais mudança de comportamento ( $t = 0,003$ ) e também propôs mais mudança de comportamento discutido ( $t = -3,26$ ;  $p = 0,002$ ) ao interlocutor *masculino*, do que com o interlocutor *feminino*.

Podemos constatar portanto que os sujeitos do grupo não-clínico segundo componente verbal apresentou uma menor variabilidade de comportamento assertivo em função do gênero.

*Correlação entre as Medidas de Assertividade Verbal*  
Para verificar o grau de concordância entre as medidas de Conteúdo Verbal Global e de Assertividade Verbal dos sujeitos, foi calculada a correlacional de Spearman entre os escores das medidas de h

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 Situações Apresentadas pelos Grupos Clínico e Não-Clínico

Grupo	Expressar necessidade		Expressar Insatisfação		Propor Solução		Pedir Mudança de Comportamento
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 apresentados nas Tabelas 6 à 8, envolvem sete componentes. A apresentação destes está igualmente dividida em duas partes: primeiro às diferenças encontradas entre os grupos em seguida, às diferenças observadas na maneira como cada grupo reagia a diferentes tipos de situações.

#### *Diferença entre os Grupos:*

A Tabela 6 mostra os resultados da assertividade não-verbal apresentada pelos dois grupos. Para a componente não-verbal específico, não houve diferenças significativas entre as situações.

Podemos constatar que o grupo clínico apresentou um déficit significativo de assertividade não-verbal em relação ao grupo não-clínico, na maioria dos componentes. Com relação à proporção de fala, os pacientes falaram significativamente menos durante as interações sociais do que os indivíduos não-clínico ( $F = 6,64$ ;  $p = 0,012$ ). Além disso, também, um volume de voz significativo foi observado ( $F = 6,45$ ;  $p = 0,013$ ) do que o seu grupo não-clínico. Em 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 frequência 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 menor latência da fala ( $t = 2,68$ ;  $p = 0,01$ ) e uma duração da fala ( $t = 0,04$ ) significativamente menor. A *fazer crítica*, o que indica portanto uma maior assertividade verbal neste tipo de situação, os componentes não-verbais, que a proporção de alterações da fala. O grupo clínico não apresentou uma diferença na função dos diferentes tipos de situação em relação ao tipo de situação, as variações observadas no grupo clínico mudanças efetuadas no tipo de situação.

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

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      Tipo de Situação      Gênero do Interlocutor

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

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

Estes resultados mostraram que a interação entre o gênero do interlocutor e o tipo de situação variaram menos sua assertividade não-verbal em função do gênero do interlocutor do que em função da situação.

#### *Relação entre Assertividade Verbal e Não Verbal*

Para verificar as relações existentes entre a assertividade verbal dos sujeitos e os componentes não-verbais, foi realizada uma análise de Correlação de Spearman entre os dados destes dois dados. Foi observada uma correlação significativa entre os componentes verbais e não-verbais da assertividade. Os resultados indicam que a maior a assertividade verbal apresentada pelo grupo não-clínico era modulada pela entonação da sua voz ( $r = -0,49$ ;  $p = 0,00$ ), menor era o tempo em que ele permanecia em silêncio ( $r = -0,49$ ;  $p = 0,00$ ), 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 perante o interlocutor ( $r = 0,45$ ;  $p = 0,00$ ), maior era a duração da interação social ( $r = 0,45$ ;  $p = 0,00$ ), a latência da fala do sujeito ( $r = 0,44$ ;  $p = 0,00$ ).

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

### **Discussão**

Os resultados obtidos nesta pesquisa constatarem 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

freqüência do comportamento do seu interlocutor em asserção negativa. Estes resultados são semelhantes com os obtidos em estudos realizados com grupos clínicos, nos quais as pessoas apresentaram uma maior freqüência da resposta verbal assertiva em situações de comportamento do interlocutor negativo (Tremblay & Anderson, 1996).

Tendo em vista que os resultados desta pesquisa, no contexto brasileiro, confirmam os resultados obtidos por pesquisadores em diferentes contextos, podemos concluir que a dificuldade de se expressar verbalmente a dificuldade de expressão verbal é uma característica deste tipo de clientela em relação ao grupo de referência independentemente do contexto (Tremblay, 1991). Esta observação pode ser utilizada como parâmetro para a elaboração de programas de treinamento das habilidades sociais, em particular para a elaboração dos programas de reabilitação social, visando melhorar o funcionamento social e a reinserção na comunidade. Os resultados desta pesquisa também sugerem que a assertividade dos pacientes com déficit de assertividade verbal, a capacidade de enfrentamento de situações interpessoais, o que resultaria em uma maior assertividade aumentando consequentemente a qualidade de vida das pessoas.

No que se refere ao tipo de situação, os resultados de pacientes quanto ao grupo de referência apresentaram mais dificuldades em serem assertivos quando tinham que receber uma crítica do interlocutor e reagir a esta crítica, do que em situações em que necessitavam fazer uma crítica ao interlocutor. Estes resultados são semelhantes aos obtidos por Tremblay (1992), nos quais o grupo clínico também apresentou dificuldades em comportar-se de forma competente quando recebia uma crítica do interlocutor. Os resultados também sugerem que as situações de rejeição interpessoal são as que mais dificultam a assertividade.

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

enfrentarem diferentes tipos de situação. A maior variabilidade do comportamento dos sujeitos do grupo clínico em função do gênero do interlocutor, talvez se explique pelo fato de 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 reagido de maneira mais diferenciada diante das variações de situação que eram mais contrastantes. Provavelmente, a maior dificuldade de criticar e de receber críticas configura-se como uma das consequências negativas de interação social que requer uma maior adaptação dos sujeitos ao ambiente, o que foi observado adequadamente do que mudanças no gênero do interlocutor.

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

Os resultados obtidos aqui confirmam os resultados de Eisler e colaboradores (1975), segundo os quais os sujeitos inassertivos falavam com um volume de voz mais baixo, com menos expressividade na voz e com

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 frequência 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; Gambrell, 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, comparado a fazer críticas. Os resultados mostraram ainda que as dificuldades dos pacientes psiquiátricos independem das situações sociais em que estão inseridos, uma vez que a amostra confirmam os obtidos.

A habilidade de ser assertivo em diferentes níveis do funcionamento social em situações sociais cotidianas, tais como em casa, requerem um conjunto de habilidades e pessoas, em circunstâncias similares. O paciente psiquiátrico, mesmo após os programas de treinamento de habilidades sociais, apresenta uma dificuldade de assertividade. O treinamento de habilidades sociais tem sido amplamente utilizados como uma ferramenta de readaptação social de pacientes psiquiátricos. O programa desenvolvido por Caballo (1993), considerado uma das melhores em seus diversos módulos, aborda o treinamento de comportamentos sociais cotidianos pertinentes para os pacientes, tais como eles exercitam a capacidade de interações interpessoais, tais como recusar, expressar necessidades, pedir ajuda, solicitar ajuda. Os resultados obtidos mostraram a necessidade de se trabalhar a assertividade nos programas de treinamento dos pacientes psiquiátricos impulsionando a capacitação destes pacientes em situações sociais conflitantes, que visa a melhoria de sua qualidade de vida.

O presente trabalho colocou em evidência a necessidade de se utilizar, nas intervenções, sobre habilidades sociais e comportamentais, a metodologia de avaliação do comportamento assertivo.



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, B. (1978). Determinants of assertive behaviors. *Journal of 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, S. J., Ulrich, R. F. & Carter, M. (1991). Family psychosocial skills training, and maintenance chemotherapy for the treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 48(1), 10-18.
- Lange, J. L. & Jakubowski, P. (1976). *Responsible Assessment*. Research Press Co.
- Lazarus, A. A. (1971). *Behavior Therapy and Beyond*. New York: Holt.
- Liberman, R. P., Wallace, C. J., Blackwell, C. A., Eckman, T. G. & Kuehnle, T. G. (1993). Innovations in skills training for the mentally ill: The UCLA social and independent living program. *Innovations and Research*, 2, 43-60.
- Lipp, M. N., Haythornthwaite, J. & Anderson, D. E. (1998). A avaliação da assertividade em adultos. *Estudos de Psicologia*, 3(1), 1-10.
- Millbrook, J. M. & Farrell, A. D. (1986). Behavioral assessment of social skills: A look at subject and confederate behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(2), 203-220.
- Morrison, R. L. & Bellack, A. S. (1987). Social functioning in psychiatric patients: Clinical and research issues. *Schizophrenia Bulletin*, 13(4), 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), 327-339.
- Mueser, K. T., Bellack, A. S., Douglas, G. S. & Marder, D. R. (1990). Prevalence and stability of social skills deficits in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 5, 167-176.
- Mueser, K. T., Wallace, C. J. & Liberman, R. P. (1995). Social skills training. *Behavior Change*, 12(1), 3-10.
- Rathus, E. (1975). Principles and practices of assertive behavior therapy: An overview. *The Counseling Psychologist*, 5(4), 9-19.
- Tremblay, L. (1992). *Évaluation de la compétence sociale chez les personnes souffrant de troubles mentaux graves: Études de validation sociale*. (RS-1725-089) Montréal, Canada: Conseil Québécois de la Santé Mentale (RS-1725-089).
- Trower, P. (1980). Situational analysis of the components of behavior of socially skilled and unskilled individuals. *Consulting and Clinical Psychology*, 48, 327-339.
- Wolpe, J. (1969). *The practice of behavior therapy*. New York: Holt.
- Zubin, J. & Spring, B. (1977). Vulnerability: A new conceptualization. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.