

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE EDUCAÇÃO CONTINUADA
ESCOLA DE SAÚDE
RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL**

JANES ALICE JAUER

**AVALIAÇÃO E TREINAMENTO DE ASSERTIVIDADE EM PACIENTES DE
UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL- CAPS**

São Leopoldo

2016

Janes Alice Jauer

AVALIAÇÃO E TREINAMENTO DE ASSERTIVIDADE EM PACIENTES DE UM
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL- CAPS

Artigo apresentado como requisito
parcial para obtenção do título de
Especialista em Saúde Mental, pela
Residência Integrada
Multiprofissional em Saúde Mental
da Universidade do Vale do Rio dos
Sinos - UNISINOS

Orientadora: Profa. Dra. Ilana Andretta

São Leopoldo

2016

AVALIAÇÃO E TREINAMENTO DE ASSERTIVIDADE EM PACIENTES DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL- CAPS

Janes Alice Jauer*

Ilana Andretta**

Resumo: Os déficits nas habilidades sociais de pacientes com transtornos mentais são fatores que dificultam a reinserção social dos mesmos. Desta forma, programas de treinamento em habilidades sociais, dentre elas o comportamento assertivo, vem sendo considerados fatores de proteção que facilitam o funcionamento desses sujeitos na comunidade. Esta pesquisa teve como objetivo desenvolver, descrever e avaliar um grupo de Treinamento em Assertividade com pessoas com transtornos mentais em um Centro de Atenção Psicossocial- CAPS II da cidade de Porto Alegre. Buscou ainda, paralelamente, identificar os déficits de assertividade dos participantes e suas mudanças no decorrer do grupo quanto às habilidades na comunicação assertiva. É um estudo exploratório de delineamento qualitativo, conduzido pelo método de pesquisa-ação. A coleta de dados foi por meio de entrevistas individuais e observação participante, utilizando como principal instrumento desta metodologia o diário de campo. Os resultados obtidos na pesquisa identificam quais os déficits nas habilidades sociais dos sujeitos com transtornos mentais, bem como a existência de vários atravessamentos sociais que interferem e dificultam o aparecimento de comportamentos de enfrentamento do tipo assertivo. Apresentam também os efeitos positivos da intervenção grupal no desenvolvimento da assertividade. Esses resultados demonstram a importância do treinamento em assertividade nos espaços de CAPS e sugerem a necessidade da dimensão sociocultural ser considerada no desenvolvimento desses programas.

Palavras-chave: Assertividade. Habilidades Sociais. Reinserção social. CAPS.

1 INTRODUÇÃO

Decorrente do processo de desinstitucionalização psiquiátrica e de transformação dos serviços de saúde mental, novos serviços comunitários passaram a ser construídos, dentre eles estão os Centros de Atenção Psicossocial- CAPS. Esses serviços são atualmente regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integram a rede do Sistema

* * Psicóloga graduada pela Universidade Federal do Rio Grande (FURG) e residente no programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Contato: janeshauer@hotmail.com.

** ** Psicóloga, especialista em Psicoterapia Cognitivo-comportamental, mestre em Psicologia Clínica e doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Contato: ilana.andretta@gmail.com.

Único de Saúde, o SUS. Os CAPS são responsáveis pelo cuidado às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e apoiando-os na reinserção social e busca da autonomia, a fim de evitar internações e favorecer o exercício da cidadania (BRASIL, 2004).

Neste serviço o foco sai da doença para a pessoa doente e de como ela pode ser atendida em seu território. Por território compreende-se não apenas a área geográfica onde a pessoa reside, mas também um conjunto de referências socioculturais e econômicas que fazem parte da vida de cada sujeito (SANTOS, 2008). Dessa forma os CAPS atuam numa proposta de Reabilitação Psicossocial voltada à aquisição de habilidades funcionais que permitam que o indivíduo viva de forma mais independente (SANTOS, 2008).

A literatura tem identificado como um importante fator que dificulta a reinserção social dos pacientes com transtornos mentais o déficit marcante das habilidades sociais básicas para exercer atividades cotidianas, para estabelecer e manter relações interpessoais, envolvendo aspectos verbais e não-verbais do comportamento e aspectos cognitivos de solução de problemas nas interações sociais (BANDEIRA, 2002; BANDEIRA; IRENO, 2002; BANDEIRA; MACHADO; PEREIRA, 2002; BANDEIRA et al., 2003; CABALLO, 2014). Pacientes psiquiátricos, diante de situações de conflitos, apresentam vulnerabilidades ao estresse que exacerbam os seus sintomas e dificultam ainda mais seus relacionamentos interpessoais e sua autonomia. Além disso, a frustração por não conseguir desempenhar habilidades básicas do cotidiano contribui para a ocorrência das re-hospitalizações desses pacientes (BANDEIRA; IRENO, 2002). Neste sentido, o Treinamento de Habilidades Sociais- THS, como intervenção terapêutica, vem sendo considerado como um fator de proteção que deve ser acionado a fim de facilitar o funcionamento do sujeito na comunidade (BANDEIRA; IRENO, 2002; BANDEIRA, 2007; FERNANDES; FALCONE; SARDINHA, 2012).

1.1 Assertividade

Dentro das Habilidades Sociais destaca-se uma classe particular, o Comportamento Assertivo. O comportamento assertivo refere-se à capacidade

do indivíduo de se afirmar em interações sociais, defender seus direitos, expressar suas opiniões, sentimentos, necessidades e insatisfações e solicitar mudanças de comportamento das outras pessoas, sem desrespeitar os direitos dos outros (BANDEIRA, 2002; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2003; MARCHEZINI-CUNHA; TOURINHO, 2010; CABALLO, 2014). O comportamento assertivo é necessário em diversas interações sociais que ocorrem nas situações cotidianas e contribui para o desenvolvimento das relações interpessoais, para a capacidade de enfrentamento e resolução de problemas interpessoais, melhorando o funcionamento social e a qualidade de vida das pessoas (CABALLO, 2014).

Ainda há certa dificuldade para definir o que seriam comportamentos socialmente habilidosos, visto que eles devem ser compreendidos de acordo com os contextos culturais em que são apresentados e com variações nos padrões de uma mesma cultura como: situações específicas, sexo, idade, classe social e educação, além da finalidade (ZANELATTO, 2013; CABALLO, 2014). Nesse sentido, Zanelatto (2013) aponta que há uma maior consistência entre diversos autores quando as definições de comportamentos hábeis sugerem como parâmetro a eficácia no alcance dos objetivos e suas conseqüências, esperando-se também que gere sempre mais reforços positivos do que negativos. Ou seja, eficácia nos objetivos, eficácia nas relações e eficácia no respeito próprio (CABALLO, 2014).

Dentre as inúmeras classes de habilidades sociais, as assertivas são as que mais se relacionam às noções sobre o mundo social, a justiça, o direito de acesso aos bens da cultura e a relações equilibradas, rejeitando qualquer estratificação social injusta que prejudique aqueles que encontram-se em desvantagem (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2003). Comportar-se de maneira assertiva não serve simplesmente para permitir que o indivíduo consiga o que deseja, o objetivo da asserção é a comunicação e implica na habilidade de expressar os próprios sentimentos e defender os direitos legítimos e/ou opiniões, e ainda manter preservados os direitos e necessidades de outra pessoa (CABALLO, 2014; MARCHEZINI-CUNHA; TOURINHO, 2010).

O comportamento assertivo em uma situação também não quer dizer ausência total de conflitos, porém tem como resultados a maximização das conseqüências favoráveis e a minimização das conseqüências desfavoráveis

para os indivíduos em longo prazo. Além disso, a pessoa que age assertivamente pode ou não atingir seus objetivos, mas normalmente sente-se melhor por ter sido capaz de expressar suas opiniões, está satisfeito com sua vida social e tem confiança em si mesmo para mudar quando for necessário (CABALLO, 2014).

1.2 Treinamento de assertividade em pacientes psiquiátricos

Diante das dificuldades cognitivas e comportamentais dos pacientes psiquiátricos em lidar com interações sociais, a aprendizagem de habilidades sociais básicas e principalmente dos comportamentos assertivos tem sido considerada como fator de proteção para os pacientes, pois diminuem o impacto dos eventos estressores (BANDEIRA, 2007; BANDEIRA; IRENO, 2002). O treinamento de habilidades sociais tem demonstrado resultados positivos na reinserção social, aumentando as habilidades e o nível de funcionamento social e diminuindo a taxa de re-hospitalizações (BANDEIRA, 2002; BANDEIRA; IRENO, 2002).

Caballo (2014) aponta que o treinamento de habilidades foi concebido principalmente para ser aplicado ao contra-condicionamento de hábitos não-adaptativos de respostas de ansiedade que se apresentam como resposta diante das pessoas com quem o paciente interage. Portanto, pessoas com transtornos de ansiedade ou fobia social, por apresentarem déficit nas habilidades sociais, se beneficiariam desse tratamento. O tratamento para essas pessoas implica a exposição a situações temidas e o objetivo é que na medida em que a ansiedade diminui a atuação social melhore (CABALLO, 2014).

Os estudos brasileiros a cerca do comportamento assertivo de pacientes psiquiátricos têm sido realizados principalmente a partir da observação sistemática dos comportamentos, verbais e não-verbais, dos sujeitos em interações sociais, através de desempenho de papéis, em situações de asserção positiva e negativa e situações de fazer e receber críticas (BANDEIRA, 2002; BANDEIRA;IRENO, 2002; BANDEIRA, MACHADO; PEREIRA, 2002; BANDEIRA et al., 2003; CABALLO, 2014). Bandeira e Ireno (2002) ainda apontam que as situações de asserção negativa são

particularmente pertinentes para o estudo da assertividade de pacientes psiquiátricos, tendo em vista suas dificuldades em lidar com o enfrentamento de situações de conflito interpessoal e as consequências desta dificuldade para a reinserção social destes pacientes. Os autores destacam ainda, em particular, as situações de fazer e receber crítica, pois discriminaram significativamente o grupo dos pacientes do grupo não-clínico, em seu estudo.

Outra pesquisa realizada em nosso meio (BANDEIRA; MACHADO; PEREIRA, 2002) analisou os aspectos moleculares do comportamento assertivo de pacientes psicóticos. Observou-se que os pacientes apresentavam déficits em elementos específicos da assertividade: falavam por menos tempo durante as interações sociais estudadas, o volume de voz era mais baixo, a entonação da voz menos expressiva, além de apresentarem maior frequência e duração de silêncios em resposta às falas do interlocutor. De acordo com Caballo (2014, p. 332), o objetivo de um treinamento em pacientes esquizofrênicos “é treinar o indivíduo a entender e interpretar os sinais interpessoais que revelam os sentimentos e os motivos das outras pessoas e as variáveis ambientais que determinam a adequação de diferentes respostas”.

No caso de indivíduos com depressão, o programa de treinamento de habilidades sociais tem se centrado em três repertórios comportamentais: a asserção negativa, a asserção positiva e as habilidades sociais (CABALLO, 2014). Concluindo-se uma maior eficácia desses treinamentos do que a medicação psicotrópica e a psicoterapia de orientação introspectiva para aumentar as habilidades sociais (CABALLO, 2014).

O déficit nas habilidades sociais pode ser considerado um fator que predispõe ao desenvolvimento de transtornos psicológicos, bem como, pode ser considerada uma consequência ou sintoma de psicopatologia (CABALLO, 2014). O fato é que os estudos têm demonstrado a inter-relação entre problemas psicológicos e uma deterioração mais ou menos importante nas relações sociais. Portanto, se a deficiência das habilidades sociais predispõe, mantém ou aumenta os transtornos psicológicos torna-se, por óbvio, um objeto básico de tratamento (CABALLO, 2014). Neste sentido, o THS, por tratar-se de “uma técnica comprovada, flexível, que se adapta a inúmeras necessidades interpessoais e que, utilizada com prudência e destreza, pode melhorar a competência social de mais pessoas” (CABALLO, 2014, p. 340), tem sido

apontado, pelos estudos, como uma estratégia de escolha ou um procedimento de grande importância e auxílio nas intervenções em inúmeros problemas ou transtornos psicológicos.

1.3 Grupo Terapêutico Comportamental no CAPS

Através da literatura pode-se identificar que pacientes com diferentes transtornos psiquiátricos apresentam algumas similaridades quanto aos déficits nas habilidades sociais, dentre elas o comportamento assertivo. Dessa forma, este trabalho propõe-se a desenvolver um Treinamento em Assertividade à um grupo misto de indivíduos com transtornos mentais em acompanhamento em um CAPS II.

A escolha do treinamento em grupo foi feita por se tratar de uma prática já comum no CAPS e também em virtude das diversas vantagens apontadas pela literatura (WESSLER, 1996):

1. Os grupos têm uma melhor relação custo/eficácia; o terapeuta pode trabalhar com vários pacientes ao mesmo tempo.
2. Os membros do grupo podem aprender que não são os únicos que têm um determinado problema.
3. O grupo pode funcionar de maneira preventiva: um membro do grupo pode ouvir os outros discutirem problemas com os quais ele ainda não se deparou.
4. Os membros podem aprender a ajudar-se mutuamente; um princípio educativo bem estabelecido é que um bom modo de se aprender uma habilidade é ensinando-a a outra pessoa.
5. Algumas experiências, atividades e exercícios só podem ser feitos em grupo.
6. Alguns exercícios de grupo são eficazes para produzir certas experiências emocionais, que logo podem ser tratadas in vivo no grupo.
7. Certos problemas, por exemplo, déficits interpessoais ou carências de habilidades sociais podem ser tratados de forma mais eficaz em um formato grupal; o paciente pode praticar novos comportamentos sociais e novas maneiras de relacionar-se com as pessoas.

8. Um grupo permite aos pacientes receber uma grande quantidade de feedback sobre seu comportamento, que pode ser mais persuasivo do que um pesquisador individual, para produzir a mudança.

9. Quando o objetivo da terapia é a solução de problemas práticos, o grupo pode oferecer mais informações sobre o problema e mais sugestões para sua solução do que o terapeuta sozinho pode imaginar.

A criação de um grupo para Treinamento de Assertividade (TA) se justifica pela hipótese de potencialização de reinserção social e busca de autonomia dos usuários. Desta forma, o objetivo desta pesquisa é desenvolver, descrever e avaliar um grupo de Treinamento em Assertividade, buscando identificar, paralelamente, os déficits de assertividade dos participantes e suas mudanças no decorrer do grupo quanto às habilidades na comunicação assertiva.

2 MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório de delineamento qualitativo, conduzido pelo método de pesquisa-ação. Neste estudo, a prática de desenvolvimento de um grupo em um CAPS II foi associada a pesquisa, através de observação participante e entrevistas individuais, assumindo como campo teórico o treinamento em assertividade.

Optou-se pelo referencial da pesquisa-ação por permitir a participação planejada do pesquisador na situação problema a ser investigada, pressupondo a associação entre pesquisa e prática e sendo benéfica aos participantes (ENGEL, 2000). A pesquisa-ação tem como característica uma proximidade maior entre pesquisador e pesquisado, favorecendo a participação ativa e colaborativa entre ambos. Neste sentido, o rumo da pesquisa e as dinâmicas utilizadas emergem do próprio grupo (THIOLLENT, 1986 apud HOGA; REBERTE, 2007).

2.1 Participantes

Participaram desta pesquisa nove usuários em tratamento ativo em um CAPS II de Porto Alegre, indicados pela equipe técnica do local por

apresentarem dificuldades sociais. Foram incluídos os usuários maiores de 18 anos, de ambos os sexos e excluídos do estudo os sujeitos que estavam psicóticos no momento da intervenção ou com déficit cognitivo severo que dificultasse a participação na pesquisa. Os nomes dos mesmos foram substituídos por nomes fictícios para resguardo de suas identidades.

2.2 Procedimentos éticos, de coleta e análise dos dados

Este estudo foi aprovado pela coordenação do CAPS, pela Coordenadoria da Rede de Atenção Primária em Saúde e Especializados Ambulatoriais e Substitutivos de Porto Alegre (Anexo A) e pela Comissão de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade de origem da autora (Processo nº 1.526.485, aprovado em 03 de maio de 2016) (Anexo B). Aos participantes foi assegurado o sigilo das informações, assim como foram informados dos possíveis riscos ou desconfortos associados a pesquisa. Para participação na pesquisa foi solicitado que os participantes assinassem um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

A coleta de dados foi composta por duas entrevistas individuais, uma antes do início e outra após o encerramento do grupo, e por observação participante durante a realização das sessões semanais. A observação participante, por aproximar o pesquisador do grupo estudado, cria condições privilegiadas para compreensão aprofundada da realidade do grupo, que de outra forma não seria possível (MARTINS, 1996). O diário de campo foi o principal instrumento utilizado para observação participante.

As entrevistas tinham como temática as habilidades sociais em áreas específicas como iniciativa de interação social, capacidade de expressar sentimentos negativos e positivos aos demais, fazer e receber elogios, conhecimento dos próprios direitos, expressão de opiniões e lidar com críticas. Na primeira entrevista também foram coletados dados sociodemográficos e na segunda, os participantes expressaram sua percepção em relação ao grupo e ao seu desenvolvimento pessoal no tema da assertividade.

O grupo foi composto por seis sessões terapêuticas semanais, com uma hora e trinta minutos de duração. Cada participante recebeu uma cartilha, desenvolvida pela pesquisadora, explicando e ilustrando didaticamente os

temas focalizados em cada sessão separadamente. No primeiro encontro, a proposta de conteúdo das sessões foi explicitada e discutida com os participantes, que se mostraram favoráveis à metodologia. As abordagens utilizadas em cada sessão emergiam da necessidade dos usuários, sendo aplicadas técnicas de terapia e modificação de comportamento (CABALLO, 2014), tais como: modelação, instrução e ensino, retroalimentação e reforço positivo de comportamentos desejáveis, técnicas de autocontrole dos problemas pessoais e extinção de comportamentos indesejáveis e tarefas de casa. Para cada sessão foram trabalhados temas específicos, conforme o Quadro 1.

A análise dos dados se deu pelo conceito de análise de conteúdo temática, em que as informações obtidas foram categorizadas de acordo com os principais temas. Para Minayo (2014), “a análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação” (p. 316), enquanto “a noção de tema está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto” (p. 315), comportando um feixe de relações que podem ser representadas por meio de palavra, frase ou resumo.

Quadro 1: Temas trabalhados em cada sessão

Sessões	Temas
Sessão 1	Comunicação: Iniciar e manter conversações.
Sessão 2	Expressar sentimentos positivos, elogiar, dar e receber feedback positivo, agradecer.
Sessão 3	Conhecer direitos humanos básicos.
Sessão 4	Expressar e ouvir opiniões (de concordância e discordância).
Sessão 5	Expressar sentimentos negativos, dar e receber feedback negativo.
Sessão 6	Lidar com críticas (fazer e receber críticas), admitir próprios erros, pedir desculpas.

Fonte: elaborado pela autora.

3 RESULTADOS

Fizeram parte da pesquisa nove usuários do CAPS II, com idades que variaram de 34 a 59 anos. Seis participantes eram solteiros, dois eram casados e um divorciado. A escolaridades deles variou entre ensino fundamental incompleto (3), ensino fundamental completo (3), ensino médio completo (2),

ensino superior mais técnico (1) e ensino superior incompleto (1). No que se refere a ocupação, eram aposentados (3), recebiam Benefício de Prestação Continuada (BPC) (3), recebiam Auxílio Doença (2) e era dona de casa (1). Em relação a moradia, residiam com os filhos (6), residiam com a mãe(5), residiam com cônjuge (3) e residia sozinho (1). Quanto as categorias diagnósticas, tinham Esquizofrenia (3), Esquizofrenia tipo Depressivo (1), Transtorno de Personalidade Borderline (1), Transtorno Afetivo Bipolar (1), Transtorno Depressivo (1), comorbidades entre Transtorno Obsessivo Compulsivo mais Transtorno Depressivo Recorrente (1), e comorbidades entre Transtorno Depressivo Recorrente mais Transtorno Afetivo Bipolar (1), segundo classificação do CID-10 (OMS, 1998).

A análise do conteúdo, conforme descrito na metodologia, permitiu a identificação das seguintes categorias temáticas: (a) *as percepções sobre a assertividade, agressividade e passividade*, (b) *os conteúdos abordados e suas implicações na assertividade*, (c) *o sentimento de grupalidade*, (d) *o contexto familiar e seu potencial de (des)cuidado* e (e) *as barreiras do contexto social*.

3.1 As percepções sobre a assertividade, agressividade e passividade:

Ao trabalhar os conceitos de comportamentos assertivos, passivos e agressivos, a maioria dos participantes se considerou passivo, apenas um, Antônio, se identificou como agressivo e nenhum como assertivo. Aqueles que se identificaram como passivos trouxeram relatos de “explosões” agressivas, explicando que muitas vezes vão aceitando as coisas que não os agradam e acumulando o descontentamento e a irritação, até chegar um momento que isso não é mais possível e acabam tendo um rompante agressivo. Além disso, os participantes também identificaram e relataram comportamentos agressivos de outras pessoas, principalmente os cometidos por algum familiar por não entenderem sua doença. Como exemplo de comportamentos passivos, os participantes relataram grande dificuldade de iniciar ou manter conversações com pessoas desconhecidas, preferindo, inclusive, ficar isoladas em casa e sair apenas quando necessário.

Outra dificuldade na comunicação assertiva é a expressão de sentimentos positivos e negativos. Quanto aos sentimentos positivos, Pedro

relatou que não costuma dizer a sua mãe e a seu filho que os ama porque acredita que eles já saibam disso. Antônio referiu que nunca elogia ninguém, no entanto, nas atividades realizadas no grupo, ele várias vezes ofereceu seus elogios e incentivos aos demais. Já na expressão de sentimentos negativos, os participantes relataram que não conseguem expressar sentimentos negativos para outra pessoa de forma tranqüila e assertiva. Ângela relatou que não costuma falar quando um comportamento de alguém a incomodou, porém, vai acumulando esses sentimentos negativos até o momento que não suporta mais e acaba se expressando de maneira agressiva. Rita contou que nunca expressa sentimentos negativos, pois acredita que as pessoas possam se chatear e julgá-la mal. Como exemplo disso, Rita relatou que seu namorado pagou um ano inteiro de aulas de hidroginástica, ela não vai já alguns meses porque não se sente bem nas aulas, porém não consegue dizer isso ao seu namorado com medo de magoá-lo.

Na entrevista individual realizada após o término das sessões, os participantes relataram que já identificaram algumas mudanças em seus comportamentos no sentido de uma maior assertividade. Apontaram, por exemplo, mudanças no contexto familiar, onde antes preferiam ficar mais isolados e agora conseguem conversar mais com seus familiares. Relataram que aprenderam a dizer “não” quando necessário, a expressar suas opiniões de maneira que as outras pessoas possam compreender, a respeitar as outras pessoas e a identificar aspectos positivos e negativos em determinadas situações. Assinalaram também que a cartilha utilizada em todas as sessões foi um instrumento muito positivo no grupo por dispor de dicas e orientações para começar a mudar alguns comportamentos.

Os participantes ainda relataram maior dificuldade em conversar com pessoas desconhecidas e de expressar opiniões às pessoas mais autoritárias ou agressivas, inclusive no contexto familiar. Com isso, os participantes expressaram desejo de dar continuidade ao grupo por identificarem a importância de que cada participante possa relatar suas dificuldades e que todos possam conversar sobre e pensar juntos dicas e estratégias para lidar com tais dificuldades.

3.2 Os conteúdos abordados e suas implicações na assertividade

Todos os temas abordados no decorrer do grupo, mesmo que em níveis diferentes, foram importantes no processo de desenvolvimento da comunicação e do comportamento assertivo. Conhecer as características das comunicações assertivas, passivas e agressivas (sessão 1), auxiliou não apenas para identificar seu próprio modo de comunicação e modificá-lo, mas também para saber como lidar com outras pessoas que demonstrem tais características. Os participantes identificaram pessoas próximas que normalmente possuem comportamentos agressivos, algum familiar por exemplo, e isso os auxiliou a identificar as situações onde poderiam expor suas opiniões, e outras que deveriam evitar confrontos e conflitos.

Ao discutir sobre expressar sentimentos positivos (sessão 2) e negativos (sessão 5) e expressar opiniões de acordo ou desacordo (sessão 4), os participantes perceberam que não são apenas direitos que eles possuem, mas são também ações importantes em qualquer relacionamento interpessoal. Era muito comum entre os participantes a crença de que as outras pessoas possuem o conhecimento dos seus pensamentos, sentimentos e opiniões mesmo sem os terem explicitados, também era comum entre eles a antecipação, em pensamento, das reações e julgamentos das outras pessoas, levando novamente a um comportamento passivo.

O tema *Lidar com críticas* (sessão 6) despertou várias lembranças dos participantes por já terem recebido diversas críticas agressivas de outras pessoas referentes ao seu diagnóstico de transtorno mental. A discussão desse tema foi importante porque os participantes perceberam que não possuem controle sobre os comportamentos das outras pessoas e que estas talvez nunca deixem de julgá-los pelo seu diagnóstico, no entanto é possível desenvolver estratégias assertivas para lidar com tais julgamentos. Além disso, os participantes também conseguiram identificar que as críticas agressivas feitas pelos familiares se davam pela falta de informação sobre as doenças e seus sintomas e que uma das estratégias para lidar com isso seria aproximar os familiares do CAPS para obterem maior conhecimento sobre o assunto.

Ao abordar os direitos humanos básicos (sessão 3), a maioria dos participantes demonstrou desconhecimento sobre o tema e citaram outros

direitos como educação, saúde e “direito de ir e vir”. Ao ler a lista dos direitos humanos básicos muitos se mostraram surpresos. Jorge e Antônio gostaram de saber que possuem o direito de *Estar só quando desejar*. Maria mencionou o direito de *Ser ouvido e levado a sério*, pois muitas vezes os filhos não a respeitam por ser “doente”, também falou do direito de *Ficar só* e o direito de *Recusar pedidos/de dizer Não*. Pedro também ficou surpreso com o direito de *Recusar pedidos/de dizer Não*, pois refere uma grande dificuldade em “dar limites” para o filho adolescente. Este tema mostrou-se muito importante para a comunicação assertiva e por esse motivo foi trabalhado em todas as sessões juntamente com os demais temas.

3.3 O sentimento de grupalidade

O vínculo criado entre os participantes e a pesquisadora no decorrer das sessões mostrou-se muito importante nesse processo. Os participantes relataram um sentimento de identificação com o grupo, onde todos os participantes possuem problemas e dificuldades semelhantes. Consideraram este espaço como um espaço livre de julgamentos que proporcionou uma maior segurança para conversar e desabafar, diferentemente de outros locais (na rua ou em casa) onde as pessoas muitas vezes não compreendem suas dificuldades. Além disso, os participantes também avaliaram que o fato de ser um grupo com poucos integrantes facilitou as discussões, pois todos podiam falar, ouvir e aprender uns com os outros através das experiências de cada um.

As dificuldades do Pedro em dialogar assertivamente com seu filho, por exemplo, levou o restante do grupo a também dividir suas dificuldades e suas experiências exitosas com seus filhos na intenção de auxiliar Pedro, oferecendo dicas e estratégias. Outro exemplo foi quando Marcos relatou sofrer ameaças dos familiares e que estes tentavam impedir sua saída ao CAPS, os demais participantes demonstraram todo o apoio ao Marcos, ajudaram a pensar em estratégias de diálogo com os familiares para poder sair mais tranquilamente de casa e ressaltavam a importância de Marcos continuar com seu acompanhamento no CAPS e sua participação no grupo.

3.4 O contexto familiar e seu potencial de (des)cuidado

No decorrer das sessões foi possível identificar que, embora os participantes demonstrassem dificuldades em iniciar e manter conversações com pessoas desconhecidas, as dificuldades de interações no contexto familiar os preocupavam muito mais e demonstravam maior importância na vida desses sujeitos. Dessa forma, buscou-se alinhar as discussões e dinâmicas realizadas durante as sessões de acordo com essas demandas trazidas pelos participantes.

Ao se trabalhar sobre os Direitos Humanos Básicos, muitos apontaram direitos negligenciados pela família, mas que gostariam de reivindicar. Maria, por exemplo, mencionou o direito de *Ser ouvido e levado a sério*, pois muitas vezes os filhos não a respeitam por ser “doente”, também falou do direito de *Ficar só* e o direito de *Recusar pedidos/de dizer Não*. Pedro demonstrou-se surpreso com o direito de *Recusar pedidos/de dizer Não*, pois refere uma grande dificuldade em “dar limites” para o filho adolescente.

O fato de não possuir tais direitos básicos no ambiente familiar também os leva a ter comportamentos mais passivos. Na quarta sessão, sobre expressar e ouvir opiniões, a maioria dos participantes relataram que não costumam expressar opiniões de acordo ou desacordo. Paulo, por exemplo, relata que normalmente não consegue expressar sua opinião em casa, principalmente com o pai que é “mais severo” e que em momentos de brigas e discussões prefere não falar para não piorar a situação, então acaba apenas ouvindo. Paulo relata também que tem vontade de trabalhar, mas o pai não permite. Neste momento Luis contou um pouco de sua história, disse que já foi usuário de drogas, já morou na rua e já ficou um tempo no Instituto Psiquiátrico Forense- IPF, conta que já fez “muita coisa errada” (sic), e que mesmo depois de tudo isso seus pais ainda o receberam em casa, por isso sente que deve obediência a eles. Maria diz que tenta expressar suas opiniões, mas que nem sempre é levada a sério por causa da sua doença e isso, conseqüentemente, faz com que ela se cale por muitas vezes. Antônio reclama que os outros não querem ouvir suas opiniões, porém relata que as vezes também não gosta de ouvir as opiniões dos outros, isso acaba gerando discussões, então ele prefere se isolar.

Na sexta sessão, onde o tema foi *Lidar com críticas*, todos os participantes presentes relataram que já receberam ou ainda recebem críticas e que geralmente são vindas de pessoas próximas, como familiares, e geralmente associadas a sua doença e às limitações que ela causa. Antônio fala sobre sua doença, o Transtorno Obsessivo Compulsivo, que o deixa muito nervoso, ansioso e irritado pela tortura dos pensamentos obsessivos, e se queixa que sua esposa e filha não entendem e criticam seus comportamentos, questionando “porque tu faz isso?”, “porque tu é assim grosso?”. Quando o grupo é questionado sobre quem consegue fazer críticas apenas Antônio e Maria responderam que as vezes conseguem. Maria diz que consegue dizer aos seus filhos quando fizeram algo errado. Antônio, no entanto, relata que é mais agressivo ao fazer as críticas e que se irrita mais ainda quando sua crítica não é aceita, portanto prefere novamente se isolar a falar.

Os participantes identificaram e relataram várias situações de comportamentos agressivos cometidos por algum familiar, principalmente por não entenderem sua doença. Em uma sessão, Marcos relatou uma situação de estar sofrendo muitas agressões verbais e ameaças por parte dos familiares, diz que estes também tentam impedir sua saída ao CAPS e que ele muitas vezes precisa fugir de casa para poder participar deste grupo e das demais atividades no CAPS.

3.5 As barreiras do contexto social

Como visto anteriormente, os participantes demonstraram dificuldades em estabelecer relações com pessoas desconhecidas. No entanto, além da passividade dos participantes, uma justificativa apontada por eles foi o medo de sair de casa e andar de ônibus pela grande violência presente no território.

Na primeira sessão os participantes saíram com a tarefa de casa de tentar iniciar uma conversa com alguém desconhecido. Na sessão seguinte Paulo e Ângela relataram sua tentativa. Paulo solicitou uma informação a um homem na parada de ônibus e Ângela conversou com uma mulher dentro do ônibus. Ambos relataram que se sentiram satisfeitos pela iniciativa, porém também falaram sobre o medo. Ângela diz que prefere conversar com mulheres ao invés de homens por medo de sofrer algum tipo de violência.

Paulo relata que percebe um receio das pessoas no momento que ele se aproxima, o que faz com que ele opte por não tentar nenhuma interação.

Na entrevista individual no final das sessões, os participantes que não conseguiram estar presentes em todas as sessões relataram que gostariam de ter participado mais ativamente, porém apontaram algumas situações que dificultaram essa participação. Uma das dificuldades relatadas tratava-se justamente desse medo de sair na rua por residirem em um território violento.

Outra dificuldade apresentada dizia respeito a questões financeiras, já que muitos dependem de benefícios como o auxílio doença e o Benefício de Prestação Continuada e de sua renovação através de perícia médica. Exemplo disso foi o caso de Ana que teve a renovação do seu benefício negada o que dificultou a sua participação no grupo e nas demais atividades do CAPS. E outra dificuldade dizia respeito aos próprios diagnósticos de transtornos mentais e seus sintomas, como vontade de não sair de casa, isolamento, ansiedade e crises de pânico.

4 DISCUSSÃO

No conteúdo referente ao desenvolvimento do grupo terapêutico, pode ser encontrada uma breve descrição referente aos assuntos tratados e à interação grupal. Como relatado no eixo temático *O sentimento de grupalidade*, foi possível notar, no decorrer dos encontros e principalmente na entrevista individual final, o quanto as vantagens do modelo grupal se fizeram presentes. Como por exemplo, as atitudes de acolhimento da pesquisadora e dos participantes, uns em relação às queixas e problemas dos outros, corroborando com a afirmação de Wessler (1996) de que os membros de um grupo podem ajudar-se mutuamente e aprender vicariamente sobre seus problemas observando como as outras pessoas lutam com os seus. Além disso, um grupo com poucos integrantes que puderam perceber que não são os únicos com determinados problemas e um ambiente livre de julgamentos possibilitou o estabelecimento de um vínculo entre os participantes no decorrer das intervenções, aumentou também as possibilidades de interações sociais de cada um, bem como a possibilidade de trocas reforçadoras.

O tema Direitos Humanos Básicos trabalhado em uma das sessões e relatado no eixo temático *Os conteúdos abordados e suas implicações na assertividade* mostrou-se muito importante nesse processo. De acordo com Caballo (2014) os direitos humanos provêm da idéia de que todos são iguais em sentido moral e que nas relações sociais nenhuma pessoa tem privilégios exclusivos, pois as necessidades e objetivos de cada um devem ser valorizados igualmente. Os direitos humanos básicos, no contexto das Habilidades Sociais, é algo que todo mundo tem direito de ser (ex. ser independente), ter (ex. ter sentimentos e opiniões) ou fazer (ex. pedir o que se deseja). No entanto, o fato da maioria dos participantes no início da pesquisa ter demonstrado desconhecimento a cerca dos seus direitos básicos e se surpreenderem com um simples direito de dizer “Não”, por exemplo, demonstra qual o lugar que esses sujeitos ainda ocupam na sociedade.

No final da pesquisa os participantes demonstravam ter conhecimento sobre seus direitos humanos básicos, porém ainda não haviam desenvolvido um comportamento de fazer valer seus direitos. Isso pode demonstrar ainda uma insegurança em mudar seus comportamentos passivos de aceitação ou submissão das opiniões de outras pessoas. Ou seja, eles já possuem o conhecimento dos seus direitos e alguns participantes já conseguiram minimamente colocá-los em prática, porém é necessário que se fale mais sobre isso no CAPS para que possam desenvolver uma maior apropriação e independência dos seus direitos.

Desde a primeira sessão foi possível identificar que a baixa autoestima e uma série de pensamentos negativos formava a base dos processos cognitivos dos participantes. Como descrito no eixo temático *Os conteúdos abordados e suas implicações na assertividade*, o receio de julgamento e de não aceitação das outras pessoas levava os participantes a desenvolverem comportamentos passivos como: não expor suas opiniões; fazer atividades que não sejam de seu interesse pela dificuldade em dizer ‘Não’; e até o isolamento. Pereira(2015) em sua pesquisa, considerando a autoestima e a autoeficácia como fatores de proteção na vida dos sujeitos, apontou que as médias desses fatores apresentaram diferenças estatisticamente significativas referente aos pensamentos negativos e concluiu que este resultado demonstra o quanto os pensamentos negativos podem impactar na forma como a pessoa se percebe.

Uma baixa autoestima leva a pensamentos de inadequação e de não pertencimento ao meio em que vive, esses pensamentos podem surgir durante as interações sociais e atrapalhar o seu desempenho, diminuindo assim a autoeficácia social, que diminuirá mais ainda a autoestima, reiniciando novamente o ciclo (PEREIRA, 2015).

Para que um comportamento possa ser considerado socialmente competente deve se levar em conta o contexto em que o indivíduo está inserido e a sua relação com as pessoas envolvidas (CABALLO, 2014). No decorrer das sessões, e como relatado no eixo temático *O contexto familiar e seu potencial de (des)cuidado*, é possível identificar que, embora os participantes apresentem dificuldades de iniciar ou manter interações com pessoas desconhecidas, as dificuldades de interações no contexto familiar os preocupam muito mais e demonstram maior importância na vida desses sujeitos. Os dados de com quem os participantes residem também alerta para isso quando demonstra que dos nove participantes apenas um residia sozinho, os demais residiam com algum familiar, sendo a maioria com filhos e/ou com a mãe.

As relações sociais e o meio onde os indivíduos vivem devem ser consideradas também para traçar um plano de cuidados (OLIVEIRA; LOYOLA, 2004), dessa forma foi priorizado nas sessões trabalhar estratégias assertivas que pudessem desenvolver um melhor relacionamento com os familiares. Se um ambiente é acolhedor e possibilita que as pessoas expressem seus sentimentos e vivenciem outras experiências, ele terá um efeito positivo (OLIVEIRA; LOYOLA, 2004) capaz de desenvolver a assertividade dos envolvidos (CABALLO, 2014). Caso contrário, o ambiente pode reforçar o comportamento doente (OLIVEIRA; LOYOLA, 2004).

Durante as sessões os participantes queixavam-se sobre a dificuldade dos seus familiares em entender sua doença, em ouvir e considerar suas opiniões e desejos, desenvolvendo, portanto, comportamentos mais passivos. Resultados parecidos surgiram na pesquisa de Lino(2006) que identificou um nível de contratualidade tendendo a zero entre pessoas com transtornos mentais e seus familiares, ou seja, um grande empobrecimento de trocas afetivas e materiais entre as pessoas do grupo familiar e uma capacidade de produção social muito baixa e limitada. Além disso, o estudo também mostra a

restrição passiva dos sujeitos, onde as perspectivas de vida atribuídas pelos familiares demonstravam resignação e aceitação da doença, enclausurando-os em seus diagnósticos, reproduzindo modelos asilares e limitando sua inserção na comunidade.

A família, segundo Pereira (2015) é considerada um fator de proteção capaz de amenizar os efeitos dos eventos negativos que podem surgir na vida de cada sujeito, em contraponto, famílias desestruturadas podem ser vistas como fatores de risco que tendem a aumentar a vulnerabilidade do indivíduo a situações adversas na vida. Oliveira e Loyola (2004) apontam que a sociedade sempre idealiza a família, esperando que ela seja capaz de propiciar cuidado, proteção e vínculos relacionais capazes de promover uma melhor qualidade de vida. No entanto famílias que convivem com a realidade da doença mental atravessam dificuldades como a falta de acesso a informação, o preconceito e o estigma a respeito da doença (OLIVEIRA; LOYOLA, 2004; LINO, 2006). Isso demonstra que ambos, paciente e familiar, necessitam de apoio, acompanhamento e um trabalho compartilhado, pois os principais passos para a promoção da saúde mental e seu tratamento devem ser planejados dentro do contexto familiar (LINO, 2006).

Outra dificuldade trazida pelos participantes durante as sessões, e relatada no eixo temático *As barreiras do contexto social*, que interferia diretamente em seus relacionamentos interpessoais refere-se à violência no território onde residem, associada também a questões de gênero e ao preconceito da sociedade. O território onde está localizado o CAPS abrange um dos bairros mais violentos da cidade de Porto Alegre. Todos os participantes relatavam muito medo de circular pelo bairro, de andar de ônibus e de iniciar conversações com pessoas desconhecidas, além de perceberem também o preconceito das outras pessoas acerca dos transtornos mentais. Esses relatos demonstram o quanto ainda existe de uma relação desigual entre os sujeitos com transtornos mentais e o seu próprio meio (LINO, 2006).

Outro dado que revela essa relação desigual existente refere-se a ocupação dos participantes. Nenhum participante relatou qualquer vínculo empregatício, muitos recebiam algum benefício previdenciário como o auxílio doença, Benefício de Prestação Continuada (BPC) ou aposentadoria. É nítido que as pessoas com transtornos mentais não possuem as mesmas

oportunidades no seu dia a dia devido ao preconceito, discriminação e estigma (LINO, 2006), pois além de serem consideradas inaptas para o trabalho formal, o que pode potencializar ainda mais seu lugar marginalizado na sociedade, também carecem desse ambiente que poderia proporcionar mais interações sociais. Ou seja, seus espaços ainda encontram-se restritos aos serviços de saúde e a seu ambiente familiar, o que conseqüentemente limita suas possibilidades de atuação e construção da sua própria história de vida (LINO, 2006) e afeta de maneira bastante adversa a qualidade de vida dessas pessoas (THORNICROFT; TANSELLA, 2008).

Além disso, a violência no território, as dificuldades de relacionamento com familiares, bem como as dificuldades financeiras, além de serem fatores que dificultam as relações interpessoais também foram apontadas como fatores que dificultaram a assiduidade no grupo. Dessa forma, é possível concluir que é em meio a esse contexto estigmatizante e segregador que os comportamentos passivos ou até de isolamento social, relatados pelos participantes, são reforçados. De acordo com Marchezini-Cunha e Tourinho (2010) a produção de aprovação/desaprovação social por comportamentos assertivos, passivos e agressivos, como descritos no primeiro eixo temático, dependem dos parâmetros culturais, suas normas e valores.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos na presente pesquisa demonstram a existência de vários atravessamentos sociais que interferem nas habilidades sociais dos sujeitos com transtornos mentais que, segundo Del Prette e Del Prette (2003), dificultam o aparecimento de comportamentos de enfrentamento do tipo assertivo. Portanto, é necessário que a dimensão sociocultural seja considerada no desenvolvimento de programas de Treinamento de Assertividade no contexto de CAPS.

Programas de treinamento de habilidades sociais fazem parte dos objetivos da Reabilitação Psicossocial desenvolvida nos CAPS. Portanto, é preciso ter o cuidado para que não seja uma simples adaptação aos modos de funcionamento do mundo fora dos manicômios, mas sim visar sempre pela restituição da cidadania e da luta pelos direitos humanos (OLIVEIRA; LOYOLA,

2004, SANTOS, 2008). Como afirmam Del Prette e Del Prette (2003, p. 131), “agir assertivamente significa, portanto, defender-se em situação de injustiça”.

Com este estudo foi possível identificar os déficits nas habilidades sociais dos participantes, bem como uma grande carência nas relações interpessoais, o que mostra que os indivíduos com transtornos mentais, não só historicamente, mas atualmente ainda encontram-se isolados e limitados em seus papéis sociais (LINO, 2006). Dentro dessas limitadas relações, o estudo identificou que a família ainda é, como denominou Oliveira e Loyola (2004), “o dispositivo primário de cuidado” e esta interfere diretamente no processo de saúde-doença dos membros. Ou seja, deve no mínimo ser compreendida como grande aliada para a reabilitação. Sendo assim, sugere-se que treinamentos em assertividade também sejam ofertados pelos CAPS aos familiares ou, ainda, que possam ser feitas intervenções conjuntas com familiares e usuários. Treinamentos deste tipo, segundo Oliveira e Loyola (2004), auxiliariam a família a melhorar a gestão dos sintomas, aliviando as pressões sobre o paciente, principalmente os que têm a ver com a comunicação crítica ou emotiva.

Considerando a opção metodológica, este estudo teve como limitações o baixo número de sessões e a baixa participação dos usuários na escolha do conteúdo. Isto se justifica pelo tempo disponível para condução da pesquisa e pela decisão de seguir a proposta de conteúdo definida por Caballo (2014). Ressalta-se que as abordagens utilizadas e a condução do grupo tenham emergido ativamente dos participantes, sustentando o método de pesquisa-ação.

Ainda assim, a breve intervenção grupal apresentou resultados positivos no desenvolvimento da assertividade dos participantes. Sugere-se, então, que o treinamento em assertividade faça parte das atividades de reabilitação psicossocial dos CAPS, acreditando num potencial de reinserção e defesa de sua autonomia e dos direitos humanos básicos.

Assertiveness training and evaluation in patients of a psychosocial care center

Abstract: The social skills deficits in mental disorder patients are factors that difficult their social reinsertion. Therefore, training programs in social skills, as the assertive behavior, have been considered protection factors that facilitate these subject's function in the community. The goal of this study was develop, describe and evaluate a group of Assertiveness Training with mental disorders patients in a Psychosocial Care Center (CAPS II) in the city of Porto Alegre, Brazil. It was also sought, simultaneously, to identify the assertiveness deficits of the participants and its modifications in the group progress in terms of assertive communication skills. This is a qualitative exploratory study, based on the action research methodology. The data gathering was done by individual interviews and participant observation, using the field diary as the main instrument. The result was the identification of the social skills deficits in the mental disorders subjects, as well as the presence of several social circumstances that interfere and difficult the development of an assertive coping behavior. It is also shown the positive effects of the group intervention in the development of assertiveness. These results show the importance of the assertiveness training in CAPS and suggest the need to consider the sociocultural dimension in the development of this group programs.

Keywords: Assertiveness. Social Skills. Social Reinsertion. Psychosocial Care Center.

REFERÊNCIAS

BANDEIRA, M. Avaliando a competência social de pacientes psiquiátricos: questões conceituais e metodológicas. In: DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. (Org.). **Habilidades Sociais, Desenvolvimento e Aprendizagem**. Campinas: Alínea, 2007. p. 207-234.

BANDEIRA, M. Escala de avaliação da competência social de pacientes psiquiátricos através de desempenho de papéis: EACS. **Avaliação Psicológica**, Itatiba, v.1, n.2, p. 159-171, 2002.

BANDEIRA, M. et al. Competência social de psicóticos: o comportamento de olhar nas fases de escuta e de elocução de interações sociais. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 8, n. 3, p. 479-489, 2003.

BANDEIRA, M.; IRENO, E. M. Reinserção social de psicóticos: avaliação global de assertividade, em situações de fazer e receber crítica. **Psicologia: Reflexão e crítica**, Porto Alegre, v. 15, n. 3, p. 665-675, 2002.

BANDEIRA, M.; MACHADO, E. L.; PEREIRA, E. A. Reinserção Social de Psicóticos: componentes verbais e não-verbais do comportamento assertivo,

em situações de fazer e receber críticas. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 89-104, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CABALLO, V. E. **Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais**. 1. ed. São Paulo: Editora Santos, 2014.

DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. Assertividade, sistema de crenças e identidade social. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 9, n. 13, p. 125-136, jun. 2003.

ENGEL, G. I. Pesquisa Ação. **Educar**, Curitiba, n. 16, p. 181-191, 2000.

FERNANDES, C. S.; FALCONE, E. M. O.; SARDINHA, F. A. Deficiências em habilidades sociais na depressão: estudo comparativo. **Psicologia: teoria e prática**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 183-196, 2012.

HOGA, L. A. K.; REBERTE, L. M. Pesquisa-ação como estratégia para desenvolver grupo de gestantes: a percepção dos participantes. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 41, n. 4, p. 559-66, 2007.

LINO, M. A. **A convivência de pessoas com transtornos mentais e seus familiares no contexto do domicílio**. 2006. 87 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

MARQUEZINI-CUNHA, V.; TOURINHO, E. Z. Assertividade e Autocontrole: interpretação analítico-comportamental. **Psicologia: teoria e pesquisa**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 295-304, 2010.

MARTINS, J. B. Observação participante: uma abordagem metodológica para a psicologia escolar. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 17, n.3, 266-273, 1996.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

OLIVEIRA, R. M. P.; LOYOLA, C. M. Família do paciente psiquiátrico: o retrato de uma ilustre desconhecida. **Acta Scientiarum: Health Sciences**, Maringá, v. 26, n. 1, p. 213-222, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: diretrizes diagnósticas e de tratamento para transtornos mentais em cuidados primários**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

PEREIRA, A. S. **Avaliação das Habilidades Sociais e de suas relações com fatores de risco e proteção em jovens adultos brasileiros**. 2015. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

SANTOS, G L G. **Sobre Discursos e Práticas:** a reabilitação psicossocial pelo “olhar” dos técnicos de referência de um CAPS da Região Metropolitana de Recife. 2008. 148 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2008.

THORNICROFT, G.; TANSELLA, M. Quais são os argumentos a favor da atenção comunitária à saúde mental? **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João Del-Rei, v. 3, n. 1, p. 9-25, ago. 2008.

WESSLER, R. L. Terapia de grupo cognitivo-comportamental. In: CABALLO, V. E. **Manual de técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento**. São Paulo: Santos Livraria Editora, 1996. p.721-740.

ZANELATTO, N. A. Terapia cognitivo comportamental das habilidades sociais e de enfrentamento de situações de risco. In: ZANELATTO, Neide A. ; LARANJEIRA, Ronaldo (Org.). **O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais:** um guia para terapeutas. Porto Alegre: Artmed, 2013. cap. 11, p. 172-178.

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- TCLE

Prezado(a) Sr(a):

Eu, James Alice Jauer, psicóloga residente do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental, na Universidade do Vale do Rio dos Sinos-UNISINOS, estou realizando esta pesquisa com o objetivo de desenvolver um programa de Treinamento de Assertividade.

A pesquisa é intitulada: "AVALIAÇÃO E TREINAMENTO DE ASSERTIVIDADE EM PACIENTES DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL". Convido você a participar dessa pesquisa. É importante lembrar que sua identidade será preservada, assim como todas as informações coletadas através das entrevistas e das sessões de treinamento com a pesquisadora serão mantidas em sigilo. Todo material será arquivado de forma segura e descartado após cinco anos da pesquisa. Lembrando ainda que sua participação é voluntária e que você poderá desistir da pesquisa a qualquer momento sem qualquer tipo de prejuízo.

Os benefícios que você poderá ter participando dessa pesquisa é desenvolver habilidades mais assertivas que irão contribuir para o desenvolvimento das relações interpessoais, para a capacidade de enfrentamento e resolução de problemas e também, consequentemente, uma qualidade de vida mais satisfatória. Os riscos que a pesquisa pode apresentar são mínimos e dizem respeito a um possível desconforto a certa das situações que surgirão e serão abordadas durante as sessões. Caso haja alguma situação de constrangimento ou desconforto, você será escutado e acolhido pela pesquisadora. Além disso, se você tiver alguma preocupação relativa à forma pela qual essa pesquisa está sendo conduzida ou pela qual você foi testado(a), você pode nos contar a qualquer momento.

Os resultados obtidos com este estudo serão utilizados única e exclusivamente para fins desta pesquisa e poderão ser divulgados em publicações e eventos científicos, sendo preservada sua identidade e dos demais envolvidos. Sinta-se à vontade para solicitar orientações sobre os procedimentos envolvidos e esclarecer suas dúvidas. Você também poderá solicitar os resultados da pesquisa após a conclusão do estudo. Se o fizer, a pesquisadora lhe entregará pessoalmente os resultados e as considerações finais derivadas da pesquisa. Os resultados dessa pesquisa permanecerão pelo prazo de cinco anos em posse da pesquisadora, após esse período, serão descartados de forma ecologicamente correta.

No caso de dúvidas você poderá entrar em contato com a pesquisadora James Alice Jauer pelo fone (54) 96862015, ou pelo e-mail jamesjauer@hotmail.com ou ainda com sua orientadora Profa. Dra. Ilana Andretta pelo fone (51) 99136213, ou pelo e-mail ilana.andretta@gmail.com.

Este termo será assinado em duas vias, sendo que uma das vias ficará com você e a outra retornará para a pesquisadora. Sua assinatura garante o consentimento para a participação desta pesquisa. Desde já agradeço a sua colaboração e coloco-me a disposição para quaisquer informações necessárias.

Data: ___ de _____ de 2016.

Nome do participante

Assinatura do participante

James Alice Jauer

ANEXO A
Termo de Ciência e Autorização da SMS/POA



Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa

**TERMO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO DA COORDENAÇÃO
ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA**

Eu Christiane Nunes de Freitas, matrícula 118192

Coordenador do/a Coordenadoria da Rede de Atenção Primária em Saúde e Especializados Ambulatoriais e Substitutivos (CGAPSES)

Coordenadoria da Rede de Urgências e Emergências

Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS)

Coordenadoria de Regulação de Serviços em Saúde (GRSS)

Comissão Multiprofissional de Ensino-Serviço e Pesquisa (COMESP) do Hospital de Pronto Socorro

Assessoria de Planejamento (ASSEPLA)

Outra área/secretaria: _____

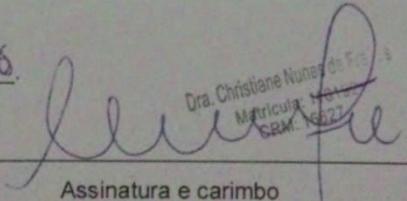
conheço o Protocolo de Pesquisa intitulado

Avaliação e Treinamento de Assertividade em pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial

tendo como Pesquisador Responsável Janes Alice Jauer

Declaro estar ciente do projeto e autorizo, após o parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, a realização desta pesquisa.

Porto Alegre, 28 / 3 / 16.


Assinatura e carimbo

Obs.: Este documento não autoriza o início da pesquisa, sendo apenas um requisito exigido pelo Comitê de Ética da SMSPA para análise do projeto de pesquisa. Sua finalidade é atestar que a Coordenação da área tem ciência e autoriza a realização do projeto de pesquisa, quando forem cumpridas as instâncias de avaliação ética.

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre – CEP SMSPA
Rua Capitão Mortanha, 27 - 7º andar – CEP 90.010-040

TERMO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO – CEP SMSPA

ANEXO B
Parecer do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa - UNISINOS



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
Unidade de Pesquisa e Pós-Graduação (UAPPG)
Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

Revista agosto/2013

UNIDADE DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
RESOLUÇÃO 033/2016

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS analisou o projeto:

Projeto: Nº CEP 16/029 **Versão do Projeto:** 03/05/2016 **Versão do TCLE:** 03/05/2016

Coordenadora:

Acadêmica James Alice Jauer (Especialização em Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental)

Título: Avaliação e treinamento de assertividade em pacientes de um centro de atenção psicossocial.

Parecer: O projeto foi **APROVADO**, por estar adequado ética e metodologicamente, conforme os preceitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

A pesquisadora deverá encaminhar relatório anual sobre o andamento do projeto, conforme o previsto na Resolução CNS 466/12, item XL2, letra d. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do CEP/UNISINOS.

São Leopoldo, 03 de maio de 2016.


Prof. Dr. José Roque Jünger
Coordenador do CEP/UNISINOS