

Ana Carolina Tourinho Tomas<sup>1</sup>  
Marcele Regine de Carvalho<sup>2</sup>

## Treino Assertivo para a Depressão: Uma Revisão Bibliográfica

### *Assertive Training for Depression: A Literature Review*

#### RESUMO

A depressão apresenta alta prevalência e provoca um impacto negativo significativo na qualidade de vida das pessoas. Dentre os aspectos comprometidos, estão as habilidades sociais e, mais especificamente, a assertividade, que vem sendo apontada como deficitária nesses pacientes, sendo o treinamento assertivo bastante recomendado nesses casos. O entendimento dos padrões inadequados de comportamento social é fundamental para que se possa atuar na prevenção e no tratamento desses sintomas em pacientes deprimidos. Neste artigo, é realizada uma revisão narrativa da literatura sobre assertividade, treinamento assertivo e depressão. São apresentadas as estratégias utilizadas para o treinamento da assertividade e descritos estudos que se propuseram a avaliar a eficácia do treinamento assertivo em pacientes deprimidos. Verificou-se que programas de treinamento em assertividade têm se mostrado eficazes em pacientes deprimidos e podem facilitar e potencializar as interações sociais, o que representa um importante ganho para esses pacientes. Estudos orientados para essa temática são importantes tanto para o contexto das relações interpessoais como dos transtornos psicológicos e seu tratamento.

**Palavras-chave:** depressão, habilidades sociais, treino assertivo.

#### ABSTRACT

Depression is highly prevalent and causes a significant negative impact on quality of life. Among the committed aspects are social skills and more specifically assertiveness, which has been identified as deficient in these patients. Therefore, assertive training is highly recommended in these cases. Understanding the inadequate standards of social behavior is essential so that we can act in the prevention and treatment of these symptoms in depressed patients. This paper presents a narrative review of the literature on assertiveness, assertive training and depression. The strategies used for the training of assertiveness are presented and studies that assessed the effectiveness of assertiveness training in depressed patients are described. It was found that assertiveness training programs have proven effective in depressed patients and can facilitate and enhance social interactions, which is an important gain for these patients. Studies in this theme are important for not only for the context of interpersonal relationships, but also for psychological disorders and their treatment.

**Keywords:** depression, social skills, assertive training.

<sup>1</sup> Graduada pelo Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro - (Psicóloga) - Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

<sup>2</sup> Doutora pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro - (Professora Adjunta do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro).

#### Correspondência:

Ana Carolina Tourinho Tomas.  
Instituição: Universidade Federal do Rio de Janeiro.  
Rua Magalhães Couto, 434, Méier.  
Rio de Janeiro - RJ, Brasil.  
CEP: 20735-000.  
E-mail: anatomas90@gmail.com

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBTC em 28 de Julho de 2014. cod. 285.

Artigo aceito em 18 de Fevereiro de 2016.

## INTRODUÇÃO

A depressão, ou transtorno depressivo maior (TDM), é considerada um grave problema de saúde pública, por sua alta prevalência na população e pelo impacto negativo na qualidade de vida das pessoas, gerando intenso sofrimento emocional e podendo levar ao suicídio (Powell, Abreu, Oliveira, & Sudak, 2008). Estimativas da American Psychiatric Association (APA, 2014) mostram que a prevalência do TDM é de aproximadamente 7% nos Estados Unidos.

O TDM é caracterizado, como consta no Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5), da APA (2014), pela presença dos seguintes sintomas, quase todos os dias, por pelo menos duas semanas: humor deprimido na maior parte do dia; diminuição acentuada do interesse e prazer nas atividades, na maior parte do dia; perda ou ganho significativo de peso, ou diminuição ou aumento do apetite; insônia ou hipersonia; agitação ou retardo psicomotor; fadiga ou perda de energia; sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada; diminuição da capacidade de pensar ou concentrar-se, ou indecisão; pensamentos de morte recorrentes, ideação suicida recorrente ou tentativa de suicídio. Esses sintomas devem representar uma alteração a partir do funcionamento prévio do indivíduo e causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida (APA, 2014).

As pesquisas apontam uma relação entre déficits de habilidades sociais (HS) e depressão (Caballo, 2003; Campos, 2010; Carneiro, Falcone, Clark, Z. Del Prette, & Del Prette, 2007; Oliveira, 2010). As HS estão relacionadas a um repertório de comportamentos que permite interações interpessoais bem-sucedidas. Essas interações são comprometidas em pacientes deprimidos, e, de modo especial, a assertividade é apontada na literatura como deficitária nesses pacientes (Fernandes, Falcone, & Sardinha, 2012). O comportamento assertivo envolve a afirmação dos próprios direitos e a expressão de pensamentos, sentimentos e crenças de maneira direta, honesta e apropriada; que não viole o direito de outras pessoas (Lange & Jakubowski, 1976). A assertividade está relacionada à produção de uma imagem positiva de si mesmo e sentimentos de respeito, enquanto a inassertividade relaciona-se a uma imagem negativa de si e sentimentos de pena, irritação e desprezo (Del Prette, 1999).

O conceito de HS é bastante amplo e seu campo ainda pouco explorado, de modo que estudos orientados para essa temática se mostram relevantes no contexto das relações interpessoais e também dos transtornos psicológicos (Z. A. P. Del Prette & Del Prette, 2006). O entendimento dos padrões inadequados de comportamento social é fundamental para que se possa atuar na prevenção e no tratamento desses sintomas em pacientes deprimidos ou acometidos por outro transtorno, bem como na população em geral (Fernandes et

al., 2012). Este estudo tem como objetivo realizar uma revisão narrativa da literatura existente no campo das HS, com ênfase no comportamento assertivo e sua relação com o TDM. Foram utilizados nesta revisão livros de referência sobre as temáticas citadas e artigos nacionais e internacionais (em língua inglesa) encontrados por meio de buscas nas bases de dados Scielo e PubMed a partir dos descritores “treinamento assertivo”; “assertividade”; “depressão”; “assertive training”; “assertiveness” e “depression”. Pretende-se apontar as estratégias que visam o treinamento dessas habilidades e apresentar os três estudos experimentais encontrados que buscaram avaliar a eficácia do treinamento assertivo em pacientes deprimidos.

## O CONCEITO DE ASSERTIVIDADE

As HS, para Z. A. P. Del Prette e Del Prette (1996), se referem a classes de comportamentos que contribuem para o sucesso das interações sociais. Esses comportamentos não são considerados traços de personalidade e podem ser aprendidos. Cabe ressaltar, no entanto, que os comportamentos necessários para uma relação interpessoal bem-sucedida irão variar conforme parâmetros típicos de cada contexto e cultura (Bolsoni-Silva et al., 2006; Murta, 2005).

Caballo (2003) considera a assertividade sinônimo de habilidade social, a qual compreende as seguintes formas de comportamento: iniciar, manter e finalizar conversas; pedir ajuda; fazer e responder a perguntas; fazer e recusar pedidos; defender os próprios direitos; expressar sentimentos de agrado e desagrado; expressar opiniões pessoais; pedir mudança no comportamento do outro; fazer e aceitar críticas e elogios; desculpar-se e admitir falhas.

Autores como Z. A. P. Del Prette e Del Prette (1996), Falcone (2000), Carneiro e Falcone (2004), Murta (2005) e Fernandes e colaboradores (2012), ponderam que a assertividade não esgota o conceito de HS, podendo haver outras classes de habilidades a serem consideradas. Carneiro e Falcone (2004) destacam, além das habilidades assertivas, as habilidades empáticas e aquelas relacionadas à resolução de problemas. A. Del Prette e Del Prette (2005) apresentam outro tipo de classificação, apontando habilidades de comunicação, de civilidade, assertivas de enfrentamento ou defesa de direitos, habilidades empáticas e de expressão de sentimento positivo, HS profissionais e sociais educativas.

O comportamento assertivo, segundo Alberti e Emmons (1978, p. 18), é aquele “. . . que torna a pessoa capaz de agir em seus próprios interesses, se afirmar sem ansiedade indevida, expressar sentimentos sinceros sem constrangimento, ou exercitar seus próprios direitos sem negar os alheios”. Refere-se a uma expressão cuidadosa e apropriada, em relações sociais, que visa a adaptação social. O comportamento assertivo é interpessoal e compreende uma série de procedimentos ou habilidades do indivíduo para exprimir socialmente seus pensamentos e sentimentos sem, contudo, menosprezar os sentimentos e o bem-estar do outro (Simões, 1986).

Para Lange e Jakubowski (1976), a assertividade pode ser definida como a capacidade de defender os próprios direitos e de expressar pensamentos, sentimentos e crenças de forma honesta, direta e apropriada, sem violar os direitos da outra pessoa. Ainda que haja várias definições de assertividade e comportamento assertivo, o que se percebe de comum é que todas partem da premissa de que os indivíduos têm direitos de afirmação básicos. Esses direitos devem ser exercitados nas interações sociais, para garantir que seus interesses sejam respeitados e não haja prejuízo para nenhuma das partes envolvidas (Hargie & Dickson, 2004 apud Grilo, 2010).

## ESTILOS DE COMPORTAMENTO

Existem três tipos de respostas ou estilos comportamentais referentes à expressão de pensamentos, sentimentos e defesa dos próprios direitos: o comportamento passivo (ou não assertivo), o comportamento assertivo e o comportamento agressivo. É possível considerar esses estilos de comportamento como parte de um continuum, que varia entre os extremos da passividade à agressividade, sendo a assertividade, que se localizaria no ponto intermediário desse continuum, a resposta mais funcional para o indivíduo e a mais adequada socialmente (Grilo, 2010).

O comportamento não assertivo ou passivo é caracterizado pela falha ou inadequação da expressão dos próprios desejos, expectativas e sentimentos. O emissor nega a si mesmo e inibe a expressão de seus sentimentos. Como resultado desse comportamento inadequado, o sujeito prejudica-se por sua autodesvalorização e raramente atinge os objetivos desejados. É comum que tenha baixa autoestima, se sinta ferido e ansioso e realize atividades que não gostaria de realizar, a fim de não prejudicar suas relações interpessoais. Desse modo, respeita os direitos dos outros e facilita a obtenção dos seus desejos, mas não defende seus próprios direitos e desconsidera seus próprios desejos. Algumas consequências desse tipo de comportamento podem ser: autoimagem negativa, dano a si mesmo, conflitos interpessoais, perda de oportunidades, tensão, solidão, desamparo e depressão (Alberti & Emmons, 1978; Caballo, 1996; Del Prette, 1999; Falcone, 2000).

No comportamento agressivo, os desejos do outro são desconsiderados pelo sujeito, de forma a tentar alcançar os próprios desejos. O indivíduo que se comporta de forma agressiva em geral atinge seus objetivos à custa dos outros, o que prejudica as relações. Pode haver ou não uma expressão honesta e direta dos desejos, expectativas e sentimentos, mas esse comportamento costuma ser socialmente inapropriado, pois prejudica o receptor. Nesse caso, o emissor se valoriza, pois defende os próprios direitos, mas desrespeita os direitos alheios, desvalorizando os demais, que podem se sentir magoados, humilhados ou frustrados. É comum que esse tipo de comportamento seja considerado adequado por quem o emite, uma vez que seus objetivos são atingidos e ocorre uma

expressão dos seus sentimentos. Entretanto, essa expressão é inadequada, porque fere o direito do outro e pode gerar conflitos interpessoais, perda de oportunidades, dano ao próximo, autoimagem negativa, culpa, rejeição dos demais e solidão (Alberti & Emmons, 1978; Caballo, 1996; Del Prette, 1999; Falcone, 2000).

No caso do comportamento assertivo, tanto os desejos da outra pessoa quanto os próprios desejos são considerados, de modo que ambas as partes sejam, na medida do possível, beneficiadas. Ocorre a expressão de expectativas, desejos, pensamentos e sentimentos de forma direta, honesta e adequada socialmente. A pessoa que se comporta de forma assertiva pode defender os próprios direitos, atingir os objetivos e valorizar-se, sem ferir o outro, o que leva a um sentimento positivo a respeito de si mesmo. Respostas assertivas facilitam a solução de problemas interpessoais, aumentam o senso de autoeficácia e autoestima, melhoram a qualidade dos relacionamentos e permitem que o emissor se sinta mais tranquilo (Alberti & Emmons, 1978; Caballo, 1996; Del Prette, 1999; Falcone, 2000).

## TREINAMENTO ASSERTIVO: AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO

O treinamento assertivo e o treinamento de habilidades sociais (THS) desenvolveram-se inicialmente nos Estados Unidos e na Inglaterra, respectivamente, na década de 1970. O primeiro foi impulsionado por estudos de Wolpe e Lazarus, enquanto o segundo teve início com os estudos de Argyle (Murta, 2005). Com o advento das terapias cognitivas, foram introduzidos aspectos cognitivos nesses modelos de treinamento que, a princípio, foram desenvolvidos com base na terapia comportamental. A inserção de aspectos cognitivos ocorreu porque os fundadores do treino assertivo constataram que apenas acreditar nos direitos pessoais ou aprender uma resposta assertiva específica poderia não ser suficiente para a emissão de comportamentos adequados (Grilo, 2010).

O treino na área da comunicação assertiva foi introduzido e considerado útil no contexto da psicoterapia individual antes mesmo do conceito de assertividade estar definido com alguma precisão e rigor. Apenas no final dos anos de 1970, alicerçados nos direitos de afirmação pessoal, autores como J. P. Galassi e Galassi (1974) e Lange e Jakubowsky (1976) conceitualizaram o treino assertivo de forma estruturada (Grilo, 2010).

Para Murta (2005), existem duas etapas que compõem um THS, que não necessariamente são conduzidas de forma separada: a etapa de avaliação e a etapa de intervenção. A avaliação consiste na identificação de déficits e excessos comportamentais, seus antecedentes e consequentes, respostas emocionais concomitantes e crenças distorcidas que estejam contribuindo para a não emissão de comportamentos socialmente habilidosos (Del Prette, 1999; Falcone, 2000). É importante, nessa etapa, identificar quais áreas da vida do indivíduo estão sendo prejudicadas. Algumas das técnicas e instrumentos utilizados para a realização dessa avaliação

são: entrevistas, inventários, autorregistros e observação direta do comportamento em situação natural ou de desempenho de papéis. Existe uma série de instrumentos validados para avaliação do nível de assertividade. Os mais utilizados consistem em medidas verbais de autorrelato. Entre eles, é possível citar: a “Escala de Assertividade de Rathus - RAS”, de 1973, que tem a adaptação brasileira de Pasquali e Gouveia (1990); o “Inventário de Assertividade”, de Alberti e Emmons (1978) e a “Escala Brasileira de Assertividade”, de Ayres e Ferreira (1995).

Na etapa de intervenção são empregadas, em geral, uma série de técnicas cognitivo-comportamentais, como psicoeducação (ou fornecimento de instruções); ensaio comportamental; feedback corretivo; dramatização, ou role-play; reestruturação cognitiva; relaxamento; e vivências (em casos de intervenções grupais). O objetivo dessas técnicas é modificar componentes comportamentais, cognitivos e fisiológicos típicos dos déficits em HS (Murta, 2005).

A psicoeducação é uma estratégia educativa, que visa informar o paciente sobre a temática a ser abordada. No caso do treinamento assertivo, é possível discutir, por exemplo, a importância da conduta assertiva em diversos contextos, os estilos de comportamento e as consequências de cada um. No ensaio comportamental, são representadas maneiras apropriadas de enfrentar situações da vida real. Como o foco é a mudança de comportamento, as técnicas de modelação, modelagem e reforço são bastante úteis. O feedback corretivo, que pode ser oferecido verbalmente ou em vídeo, permite que o paciente tenha informação sobre seu desempenho, de modo que possa desenvolver e melhorar suas habilidades. Na dramatização, o paciente e o terapeuta encenam comportamentos em situações sociais, para que o indivíduo possa treinar como agir adequadamente. A reestruturação cognitiva pode ser importante porque ajuda na identificação e modificação de pensamentos disfuncionais que podem estar associados a comportamentos inadequados. Algumas técnicas de relaxamento também têm sido utilizadas no treino assertivo para manejo da ansiedade, resposta comum em pacientes que apresentam dificuldades para se expressar de maneira assertiva (Tavares, 2005).

## RELAÇÃO ENTRE ASSERTIVIDADE E DEPRESSÃO

A relação entre déficits em HS e depressão já foi alvo de muitos estudos, como o de Lewinsohn (1975), que propôs que esses déficits seriam antecedentes do quadro depressivo, e o de Coyne (1976), para quem os déficits seriam consequentes do desenvolvimento do transtorno. Nesses casos, fala-se de uma relação causal, enquanto estudos mais recentes, como o de Segrin e Flora (2000), propõem uma relação de vulnerabilidade entre os problemas relativos às HS e a depressão. Isso significa que os déficits em HS parecem contribuir para o início ou a manutenção de quadros depressivos (Fernandes et al., 2012).

O estudo de Fernandes e colaboradores (2012) avaliou HS em pacientes deprimidos e em sujeitos com baixa probabilidade de desenvolver um quadro psiquiátrico (grupo de comparação), por meio do Inventário de Habilidades Sociais - IHS (Z. A. P. Del Prette, Del Prette, & Barreto, 1998). Os resultados confirmaram dados de pesquisas anteriores, segundo os quais haveria uma relação entre déficits de HS e depressão, o que sugere que esses déficits podem, de fato, constituir fatores de vulnerabilidade para o transtorno (Fernandes et al., 2012).

Os sujeitos deprimidos apresentaram níveis de HS significativamente inferiores ao grupo de comparação nos domínios de expressão do afeto positivo e autoestima; autoexposição a desconhecidos e situações novas; e autocontrole da agressividade diante de frustrações interpessoais, como lidar com críticas ou provocações. Esses domínios estão relacionados com as HS consideradas assertivas, o que mostra concordância com a relação entre os déficits assertivos e a depressão (Fernandes et al., 2012).

Com base nos resultados encontrados, as autoras propõem a inclusão de programas de treinamento em HS como um dos recursos no tratamento da depressão (Fernandes et al., 2012). Autores como Beck, Rush, Shaw e Emery (1997), Caballo (2003), Carneiro e colaboradores (2007), Campos (2010) e Oliveira (2010) também recomendam o treinamento assertivo para pacientes com depressão.

Para Del Prette (1999), a assertividade está relacionada à produção de uma imagem positiva de si mesmo e sentimentos de respeito, enquanto a não assertividade relaciona-se a uma imagem negativa de si e sentimentos de pena, irritação e desprezo, que estão presentes no modelo cognitivo da depressão. A terapia cognitivo-comportamental (TCC), além de considerar o papel das cognições na depressão, também parte do pressuposto de que os sintomas depressivos surgem e são mantidos quando a capacidade do paciente em conseguir reforços positivos no ambiente está prejudicada, ou seja, o comportamento depressivo seria consequência de reforço insuficiente (Brasil, 2010; Lazarus, 1968 apud Hayman & Cope, 1980). Caballo (2003) também afirma que a depressão é resultado de um programa inadequado de reforço positivo contingente ao comportamento não deprimido do indivíduo.

Desse modo, o objetivo das abordagens comportamentais no tratamento da depressão seria aumentar a quantidade de reforço positivo que a pessoa deprimida recebe do seu ambiente, e uma forma de fazê-lo é oferecendo-lhe oportunidades de desenvolver HS por meio de treinamento. Assim, o paciente deprimido pode se tornar capaz de obter reforço positivo por meio de interações sociais. Para isso, foram desenvolvidos programas de THS baseando-se na premissa de que o comportamento depressivo está relacionado com o funcionamento pessoal inadequado. Qualquer conjunto de técnicas que ajude o paciente deprimido a aumentar a qualidade

de seu comportamento interpessoal serviria aos propósitos de incrementar o reforço positivo que o paciente recebe, diminuir o seu afeto depressivo e aumentar os comportamentos não depressivos (Caballo, 2003; Hayman & Cope, 1980).

Segundo Hayman e Cope (1980), os comportamentos assertivos podem ajudar as pessoas deprimidas a obter maior frequência de reforço positivo do seu ambiente; já que são formas mais diretas e adaptativas de obter resultados positivos em interações sociais, aumentam a percepção de controle sobre as interações sociais e diminuem a emissão de comportamentos agressivos (que são vistos negativamente).

Beck e colaboradores (1997) afirmam que o treinamento assertivo pode ser efetivamente empregado no tratamento de pacientes deprimidos, mas fazem a ressalva de que alguns desses pacientes se comportam não assertivamente devido a crenças negativas, e não como decorrência de uma deficiência de habilidade comportamental. Segundo os autores, as cognições negativas de um indivíduo certamente podem interferir no comportamento assertivo. Assim, sugerem que, mesmo por meio de técnicas de foco comportamental, é possível questionar cognições autoderrotistas ou interferentes, proporcionando mudança cognitiva (Beck et al., 1997).

O treino assertivo pode ser utilizado para demonstrar um ponto de vista alternativo para o paciente, para elucidar os fatores que interferem na expressão emocional apropriada e, ainda, para extrair uma resposta de “autossimpatia” do paciente, o que favorece a reestruturação cognitiva. É comum que os pacientes deprimidos sejam mais exigentes e críticos de si mesmos do que de outros na mesma situação, por isso é importante que o trabalho busque uma reestruturação cognitiva, a mudança do esquema cognitivo do paciente de autocrítico para compreensivo. A avaliação das cognições é importante, pois interfere no desempenho comportamental (Beck et al., 1997).

## EFICÁCIA DO TREINAMENTO ASSERTIVO NA DEPRESSÃO

Segundo Hayman e Cope (1980), muitos profissionais têm usado o treinamento assertivo para tratar a depressão e aliviar os sintomas somáticos associados com frequência a esse transtorno. No entanto, poucos pesquisadores investigaram experimentalmente os efeitos do treinamento assertivo na depressão. Hayman e Cope (1980) afirmam, portanto, que, apesar de ser recomendado e utilizado com frequência como técnica para tratar a depressão, a eficácia do treinamento assertivo não era apoiada por evidências de pesquisa.

A seguir, serão descritos os estudos experimentais encontrados que buscaram avaliar a eficácia do treinamento assertivo na depressão. São eles os estudos de Sanchez, Lewinsohn e Larson (1980), Hayman e Cope (1980) e Simões (1986).

O estudo de Sanchez e colaboradores (1980) buscou determinar a eficácia do treinamento assertivo quando aplicado em pacientes deprimidos e pouco assertivos. Para isso, um

grupo de 32 pacientes ambulatoriais deprimidos e pouco assertivos (11 homens e 21 mulheres) foi dividido em dois grupos de treinamento assertivo e dois grupos de psicoterapia tradicional.

Para depressão, os participantes preencheram critério baseado em uma entrevista clínica, a “MMPI D Scale”, e no “Feelings and Concerns Interview Schedule” (Grinker, Miller, Sabshin, Nunn, & Nunally, 1961). Para assertividade, o critério foi baseado no “Assertion Inventory” (Gambrill & Richey, 1975). Os participantes foram designados aleatoriamente para um dos dois grupos de treinamento assertivo ou um dos dois grupos de psicoterapia tradicional. Cada grupo tinha a duração de uma hora e meia, duas vezes na semana, por um período de cinco semanas. O treinamento assertivo foi baseado em um manual criado a partir de materiais originalmente desenvolvidos no Assertion Training Institute, em Los Angeles, que descrevia em detalhes as informações e materiais a serem utilizados em cada sessão, para garantir que o mesmo procedimento padrão fosse realizado nos dois grupos de treinamento assertivo (Sanchez et al., 1980).

O treinamento assertivo consistia em psicoeducação, modelação, coaching, ensaio comportamental, reforço social e relaxamento; enquanto na psicoterapia tradicional trabalhava-se por meio da obtenção de insight sobre os problemas, sem oferecer nenhum tipo de aconselhamento ou treinamento aos pacientes (Sanchez et al., 1980).

Durante a condução do estudo, o uso de medicação estava disponível como tratamento complementar para todos os pacientes. No entanto, os dois terapeutas nos grupos de treinamento assertivo demonstraram ser contrários ao uso da medicação, a não ser como segunda opção. Os dois terapeutas de orientação mais tradicional não fizeram nenhuma objeção ao uso de medicamentos. Como consequência, o uso de medicação foi mais prevalente nos grupos de psicoterapia tradicional. Dos 16 sujeitos desses grupos, 10 receberam medicação (ansiolíticos ou antidepressivos), enquanto nenhum dos sujeitos dos grupos de treinamento assertivo recebeu medicação (Sanchez, Lewinsohn, & Larson, 1980). Os dados foram coletados antes e ao final do tratamento, com follow-up de um mês. As medidas para Depressão foram: “MMPI D Scale”, “Inventário de Depressão de Beck - BDI” (Beck, 1967), e variações do “Index of General Affect” (Campbell, Converse, & Rogers, 1976) e do “Domains of Satisfaction Scale” (Andrews & Withey, 1976). A assertividade foi medida pelo “Assertion Inventory” (Gambrill & Richey, 1975), no qual a pessoa indica a probabilidade de realizar o comportamento e o grau de desconforto sentido em cada situação (Sanchez et al., 1980).

Os resultados mostraram que, em um curto período de tempo, o treinamento assertivo foi mais eficaz do que a psicoterapia tradicional em aumentar a assertividade (pela autoavaliação dos pacientes) e aliviar a depressão. Como previsto, os pacientes que participaram dos grupos de treinamento assertivo relataram estar menos deprimidos, mais

confortáveis em ser assertivos e com maior probabilidade de se comportar de forma assertiva do que aqueles que participaram dos grupos-controle de psicoterapia tradicional. Esses resultados parecem apoiar a efetividade do treinamento assertivo em pacientes deprimidos e pouco assertivos (Sanchez et al., 1980). Uma limitação do estudo foi o fato de diferentes terapeutas conduzirem cada um dos quatro grupos. Mesmo tendo sido tomadas providências para minimizar as diferenças em suas habilidades, os resultados podem ter sido influenciados pela diferença na abordagem dos terapeutas. Outra variável que não foi possível controlar foi o uso de medicação por mais da metade do grupo de psicoterapia tradicional. No entanto, o grupo que não usou medicação (o que recebeu treinamento assertivo) pareceu ter tido maior redução dos sintomas depressivos em relação ao grupo-controle (Sanchez et al., 1980).

O estudo de Hayman e Cope (1980) buscou verificar os efeitos do treinamento assertivo na depressão. Para isso, 26 mulheres moderadamente deprimidas, que não tomavam medicação para a depressão e que estavam abaixo da média em assertividade, foram divididas aleatoriamente em dois grupos experimentais, que receberam o treinamento assertivo, e um grupo-controle, que permaneceu em uma lista de espera para receber o treinamento após o término do tratamento com os grupos experimentais. As variáveis dependentes foram depressão e assertividade. A depressão foi medida pelo "Inventário Beck de Depressão - BDI" (Beck, 1967) e pelo "Pleasant Events Schedule" (MacPhillamy & Lewinsohn, 1974). A assertividade foi medida pelo "College Self-Expression Scale" (Galassi, Delo, Galassi, & Bastien, 1974), que avalia a assertividade em estudantes universitários (Hayman & Cope, 1980). O treinamento assertivo foi a variável independente e consistiu em oito sessões de duas horas de treinamento assertivo semiestruturado em grupo. As sessões aconteciam duas vezes por semana, em um total de quatro semanas. O programa de treinamento incluía modelação, reestruturação cognitiva, ensaio comportamental, coaching e estabelecimento de metas. Cada grupo de treinamento assertivo foi conduzido por duas facilitadoras, que eram estudantes de graduação em Psicologia. Todas as facilitadoras tinham experiência em conduzir grupos e receberam treinamento no uso do manual de treinamento assertivo (Hayman & Cope, 1980). Foi realizado um follow-up de oito semanas com os sujeitos do grupo experimental, no qual foi administrado o BDI (Beck, 1967), para determinar a estabilidade dos efeitos do tratamento (Hayman & Cope, 1980).

O estudo encontrou alguns resultados que apoiam a eficácia do treinamento assertivo como um tratamento para a depressão. Em primeiro lugar, sujeitos que receberam o treinamento assertivo se engajaram significativamente em mais atividades durante o período do estudo do que aqueles do grupo-controle. Como a falta de engajamento em atividades é citada como um sintoma da depressão (Becker, 1977; Maddi, 1967 apud Hayman & Cope, 1980), os sujeitos do

grupo experimental pareciam apresentar menos indicativos de depressão, como avaliado pelo "Pleasant Events Schedule" (MacPhillamy & Lewinsohn, 1974), em relação aos do grupo-controle. Em estudos anteriores, os efeitos do treino assertivo no nível de atividade de pessoas deprimidas não haviam sido avaliados (Hayman & Cope, 1980).

Outro resultado que parece apoiar a eficácia do treinamento foi o de que, ao final do tratamento, os sujeitos menos deprimidos eram aqueles que haviam recebido o treinamento assertivo. Um terceiro dado é o fato de que os sujeitos do grupo experimental relataram estar significativamente menos deprimidos na testagem realizada no follow-up do que ao final do tratamento. Uma possibilidade que explicaria esse dado é que a depressão tenha diminuído como resultado da prática contínua e do reforço positivo recebido ao longo do tempo com a implementação de habilidades assertivas. Não houve, no entanto, um grupo-controle que pudesse ter seus resultados contrastados nesse aspecto. Por fim, foram encontradas correlações significativas entre as medidas de assertividade e depressão ao final do treinamento, indicando que, conforme indivíduos deprimidos se tornam mais assertivos, também parecem se tornar menos deprimidos (Hayman & Cope, 1980).

Algumas evidências de que o treinamento assertivo é eficaz na redução da depressão foram encontradas, mas não foram obtidas evidências consistentes que confirmem a eficácia em todas as medidas realizadas. Não foi observada diferença significativa entre os grupos nos escores do BDI administrado no follow-up - os pacientes que receberam treinamento assertivo não relataram estar menos deprimidos do que aqueles do grupo-controle. Os autores acreditam que o tratamento da depressão pode avançar com futuras investigações mais detalhadas sobre os efeitos clínicos do treinamento assertivo e sobre as características dos pacientes deprimidos que são modificadas com esse tipo de treinamento (Hayman & Cope, 1980).

O objetivo do estudo de Simões (1986) foi investigar a eficácia do treinamento assertivo em pacientes deprimidos, por meio de dois estudos de caso único. Para isso, foram desenvolvidas quatro hipóteses a serem testadas: 1) Pessoas deprimidas possuem um baixo escore de assertividade (correlação negativa); 2) O treinamento assertivo aumenta a assertividade; 3) O treinamento assertivo diminui a depressão; 4) Os efeitos do treinamento assertivo continuam durante o período de acompanhamento (follow-up). Foram realizados estudos de caso em dois sujeitos deprimidos (depressão severa) do sexo feminino: um com 37 anos, outro com 31 anos. Os instrumentos utilizados foram o BDI (Beck, 1967) e o Teste Lanna de Assertividade (Simões, 1986).

O estudo contou com delineamento experimental do tipo A-B-A-B, em quatro fases, sendo a primeira uma entrevista inicial e medidas de linha de base; a segunda, uma etapa de intervenção clínica; a terceira, um período controle, sem intervenção; e, por fim, uma nova etapa de intervenção

clínica (Simões, 1986). As etapas de intervenção clínica, que correspondiam ao treinamento assertivo, constavam, cada uma, de seis sessões de 50 minutos, em um período de duas semanas. Foram empregadas no treinamento assertivo técnicas de coaching, ensaio encoberto (modelação encoberta) e ensaio de papéis (ensaio manifesto). Cabe ressaltar que, nesse estudo, o treinamento assertivo é considerado uma intervenção puramente comportamental, baseada em princípios do condicionamento oriundos da psicologia experimental, que tem a finalidade de desenvolver habilidades constituintes do comportamento assertivo (Simões, 1986). O período de controle correspondeu a duas semanas sem nenhum tipo de tratamento ou intervenções. Um mês após o final da intervenção clínica, foi realizado o follow-up para acompanhamento dos pacientes (Simões, 1986).

Como principais resultados, foram encontrados: perfeita correlação negativa entre os valores de assertividade e depressão, o que indica que, quanto mais deprimidos os indivíduos, menores os níveis de assertividade; redução nos índices de respostas de depressão nos indivíduos nas fases de aplicação do treinamento assertivo; mudança cognitiva, acessada por meio de autorrelato, obtida apenas com treinamento comportamental; e, por fim, pôde-se concluir que o treinamento assertivo parece ser eficaz para o alívio dos sintomas depressivos (Simões, 1986). Uma limitação do estudo, no entanto, é o número pequeno de sujeitos, o que impede a generalização dos resultados.

## DISCUSSÃO

Sobre os principais dados encontrados na literatura acerca da relação existente entre assertividade e depressão, pode-se dizer que: 1) Apontam a existência de déficits assertivos na depressão; 2) Recomendam o treinamento assertivo para o tratamento de pacientes deprimidos; e 3) Indicam a eficácia do treinamento assertivo no tratamento da depressão (Beck et al., 1997; Caballo, 2003; Fernandes et al., 2012; Hayman & Cope, 1980; Sanchez et al., 1980; Simões, 1986).

O que se percebe, no entanto, é uma quantidade reduzida de estudos recentes que abordem o tema da assertividade e treinamento assertivo no contexto da depressão e seu tratamento. Isso pode estar relacionado às dificuldades de conceitualização da área da assertividade e HS ou a uma maior difusão do THS em relação ao treinamento assertivo.

Os movimentos do treinamento assertivo e do THS são contemporâneos, o primeiro tendo origem nos Estados Unidos, enquanto o segundo iniciou-se na Inglaterra. As primeiras propostas de organizar teoricamente as classes de reações assertivas acabaram ampliando a noção de assertividade, o que, segundo A. Del Prette e Del Prette (2003), gerou alguma sobreposição com o conceito de HS, que já começava a ser divulgado nos Estados Unidos. Tal sobreposição levou a tentativas subseqüentes de delimitar a relação entre ambos,

que até hoje não encontra consenso entre os pesquisadores da área (A. Del Prette & Del Prette, 2003).

A partir do final da década de 1980, o número de publicações sobre o tema da assertividade sofreu um decréscimo nos Estados Unidos, possivelmente devido a dois fatores: o aparecimento de outros enfoques de pesquisa na área das relações interpessoais e o fato de que as questões empíricas suscitadas pelo modelo conceitual predominante talvez já tivessem sido amplamente exploradas na literatura. As publicações que se seguiram a esse período enfatizavam a análise teórica do treinamento assertivo. Nesses estudos, as principais questões levantadas abordavam o reconhecimento histórico da distinção do treinamento assertivo em relação ao THS e a delimitação conceitual desses construtos; a abrangência do treinamento assertivo em relação ao THS; e a inclusão do modelo de déficit de assertividade como componente de outras abordagens terapêuticas (A. Del Prette & Del Prette, 2003).

As contribuições desses estudos teóricos foram importantes para a área, principalmente porque explicitaram a relativização da assertividade em função das diferenças culturais e a necessidade de uma teoria geral que englobe a assertividade e outras HS e sistematize os conhecimentos já produzidos nesse campo (A. Del Prette & Del Prette, 2003).

Outra questão que merece relevância diz respeito às possibilidades de tratamento que podem ser englobadas no âmbito do treinamento assertivo, incluindo intervenções cognitivas e/ou comportamentais. Segundo Beck e colaboradores (1997), os procedimentos que formam a base do treinamento de assertividade foram bem documentados e, em geral, focalizam habilidades específicas, incluindo técnicas como a modelagem e o ensaio comportamental. Os autores defendem a eficácia do treinamento e a contribuição de seus componentes, afirmando que o treinamento assertivo pode ser efetivamente empregado no tratamento de pacientes deprimidos. No entanto, esses autores consideram o treinamento assertivo como uma intervenção comportamental (apesar de afirmarem que, em muitos casos, um trabalho complementar de modificação das cognições pode ser necessário), enquanto autores como Grilo (2010) falam da introdução de aspectos cognitivos no treinamento.

Nos estudos apresentados, nota-se essa diferenciação quanto às estratégias que compõem o treinamento. Enquanto Sanchez e colaboradores (1980) e Simões (1986) utilizam apenas estratégias comportamentais, Hayman e Cope (1980) fazem uso da reestruturação cognitiva como parte do treinamento assertivo. Isso parece mostrar que há variações consideráveis na elaboração de protocolos de treinamento assertivo entre diferentes pesquisadores.

Apesar das relações apontadas na literatura entre os déficits em assertividade e a depressão, o caráter amplo e não unificado dos conceitos de assertividade e HS parece prejudicar a avaliação sistemática dessas relações. O que ocorre em

consequência disso é a existência de diversas metodologias de estudo quanto ao tipo de habilidade investigada, o que traz sérias limitações para as pesquisas (Fernandes et al., 2012). Dentre as limitações encontradas nos estudos estão os diferentes desenhos experimentais e a utilização de diferentes instrumentos de avaliação, o que dificulta a comparação entre os achados.

As intervenções realizadas nos estudos apresentados também se diferenciam por serem realizadas individualmente ou em grupo. Z. A. P. Del Prette e Del Prette (2006) defendem que o processo de aprendizagem das HS em geral acontece ao longo do ciclo vital. Porém, quando as condições não favorecem essa aquisição, pode ser recuperado por meio de treinamento sistemático, em contextos estruturados e por meio de estratégias grupais bem conduzidas. Os autores afirmam que, na promoção de HS, o contexto grupal facilita o uso de procedimentos vivenciais, que permitem a avaliação dos comportamentos observados e utilizam as contingências pertinentes para fortalecer e/ou ampliar o repertório de HS dos participantes. Mas, apesar de haver mais relatos de intervenções grupais (Hayman & Cope, 1980; Sanchez et al., 1980), também são citadas, no estudo de Simões (1986), intervenções individuais.

Ainda que não haja consenso sobre a inclusão ou não da assertividade como uma subárea das HS, como é proposto por alguns autores (A. Del Prette & Del Prette, 2003), parece que os conceitos e técnicas do treinamento assertivo têm contribuído para o desenvolvimento da TCC e do campo das HS, sendo provável que mantenham sua utilidade. Já que indivíduos com bom relacionamento interpessoal são mais saudáveis, menos propensos a doenças e mais produtivos no trabalho (Z. A. P. Del Prette & Del Prette, 2006), o THS sustenta sua importância.

Além disso, o entendimento dos padrões inadequados de comportamento social é fundamental para que se possa atuar na prevenção e no tratamento desses sintomas em pacientes deprimidos (Fernandes et al., 2012). Programas de THS podem ser aplicados em um contexto preventivo ou como intervenção psicoterápica, podendo facilitar e potencializar as relações interpessoais, em geral bastante prejudicadas nos casos de depressão. Isso representaria um importante ganho para esses pacientes, possibilitando que os relacionamentos interpessoais não sejam uma fonte de estímulos que possam retroalimentar sintomas depressivos.

## CONCLUSÃO

A partir da revisão realizada neste trabalho, conclui-se que ainda há muito por fazer no âmbito da pesquisa sobre as relações interpessoais e HS, dada a sua amplitude. Destaca-se que a atenção para a avaliação e promoção de HS junto a pacientes que apresentem o TDM e estudos experimentais sobre a efetividade dos programas realizados, com descrição minuciosa dos procedimentos, constituem ainda uma necessidade.

Algumas evidências têm apontado para a eficácia do treinamento assertivo com pacientes deprimidos, mas, apesar de promissores, esses resultados não são conclusivos. Para resultados mais consistentes, sugere-se a realização de estudos que comparem intervenções individuais e grupais. Também é de extrema importância a realização de estudos que comparem intervenções baseadas em uma abordagem puramente comportamental e aquelas cognitivo-comportamentais, que adotam o modelo cognitivo, cujos resultados podem ajudar a esclarecer algumas questões que ainda se apresentam, principalmente relacionadas à eficácia dessas intervenções. Sugere-se, ainda, a padronização das escalas utilizadas para avaliação, o aumento do número de participantes nos estudos e a preparação dos psicólogos responsáveis pela aplicação do treinamento.

As principais contribuições que o estudo da assertividade e HS parece trazer estão relacionadas ao aprimoramento e adequação de muitas técnicas utilizadas na TCC e ao entendimento dos padrões de interação social relativos a diferentes transtornos psicológicos, como é o caso da depressão, o que representa um passo importante no que diz respeito à prevenção e ao tratamento desses transtornos.

## REFERÊNCIAS

- Alberti, R. E., & Emmons, M. L. (1978). *Comportamento assertivo: Um guia da auto-expressão*. Belo Horizonte: Interlivros.
- Andrews, F. M., & Withey, S. B. (1976). *Social indicators of well-being*. New York: Plenum.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5 (5. ed.)*. Porto Alegre: Artmed.
- Ayres, L. S., & Ferreira, M. C. (1995). Para medir assertividade: Construção de uma escala. *Boletim CEPA*, 2, 9-19.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper and Row.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1997). *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bolsoni-Silva, A. T., Del Prette, Z. A. P., Del Prette, G., Montanher, A. R. P., Bandeira, M., & Del Prette, A. (2006). A área das habilidades sociais no Brasil: Uma análise dos estudos publicados em periódicos. In M. Bandeira, Z. A. P., Del Prette, & A. Del Prette (Orgs.), *Estudos sobre habilidades sociais e relacionamento interpessoal* (pp. 1-45). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Brasil, L. A. R. (2010). A utilização do treinamento assertivo em pacientes deprimidos. *Revista Eficaz*. Maringá. Recuperado de <http://www.faculdadeeficaz.com.br>.
- Caballo, V. E. (1996). *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento*. São Paulo: Livraria Santos.
- Caballo, V. E. (2003). *Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais*. São Paulo: Livraria Santos.
- Campbell, A., Converse, P., & Rogers, W. (1976). *The quality of american life*. New York: Russell Sage Foundation.



- Campos, J. R. (2010). Habilidades sociais de adolescentes com indicadores de depressão: Considerando fatores de gênero e socioeconômicos. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil. Recuperado de <http://www.ppgpsi.ufscar.br/defesas/diss-jrc>
- Carneiro, R. S., & Falcone, E. M. de O. (2004). Um estudo das capacidades e deficiências em habilidades sociais na terceira idade. *Psicologia em Estudo*, 9(1), 119-126. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/pe/v9n1/v9n1a15> DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722004000100015>
- Carneiro, R. S., Falcone, E., Clark, C., Del Prette, Z., & Del Prette, A. (2007). Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: Relação com habilidades sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(2), 229-237. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/prc/v20n2/a08v20n2.pdf>
- Coyne, J. C. (1976). Toward an interactional description of depression. *Psychiatry*, 39 (1), 28-40.
- Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (2003). Treinamento assertivo ontem e hoje. In C. E. Costa, J. C. Luzia, H. H. N. Sant'anna (Orgs.), *Primeiros passos em análise do comportamento e cognição* (pp.149-159). Santo André: ESETec.
- Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (2005). Habilidades sociais: Conceitos e campo teórico-prático. Recuperado de <http://www.rihs.ufscar.br/wp-content/uploads/2015/03/habilidades-sociais-conceitos-e-campo-teorico-pratico.pdf>
- Del Prette, Z. A. P. (1999). *Psicologia das habilidades sociais: Terapia e educação*. Petrópolis: Vozes.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (1996). Habilidades sociais: Uma área em desenvolvimento. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 9(2), 233-255.
- Del Prette, Z. A. P., Del Prette, A., & Barreto, M. C. M. (1998). Análise de um inventário de habilidades sociais (IHS) em uma amostra de universitários. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 14(3), 219-228. Recuperado de <https://revistapt.unb.br/index.php/ptp/article/view/1507>
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2006). Relações interpessoais e habilidades sociais: Articulando pesquisa, ensino e extensão. In A. Garcia (Org.), *Relacionamento interpessoal: Estudos e pesquisas*. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo.
- Falcone, E. (2000). Habilidades sociais: Para além da assertividade. In R. C. Wielenska (Org.), *Sobre comportamento e cognição: Questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas e em outros contextos* (Vol. 6, pp. 211-221). São Paulo: SET.
- Fernandes, C. S., Falcone, E. M. de O., & Sardinha, A. (2012). Deficiências em habilidades sociais na depressão: Um estudo comparativo. *Psicologia: Teoria e Prática*, 14(1), 183-196. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v14n1/v14n1a14.pdf>
- Galassi, J. P., Delo, J. S., Galassi, M. D., & Bastien, S. (1974). The college self-expression scale: A measure of assertiveness. *Behavior Therapy*, 5(2), 165-171. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894\(74\)80131-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894(74)80131-0)
- Galassi, J. P., & Galassi, M. D. (1974). Validity of a measure of assertiveness. *Journal of Counseling Psychology*, 21, 248-250. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/h0036313>
- Gambrill, E., & Richey, C. (1975). An assertion inventory for use in assessment and research. *Behavior Therapy*, 6, 550-561. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894\(75\)80013-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894(75)80013-X)
- Grilo, A. I. R. M. (2010). Processos comunicacionais em estudantes de fisioterapia e fisioterapeutas: Categorização e proposta de um treino individual de competências. Dissertação de
- Doutorado, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal. Recuperado de <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/2249>
- Grinker, R., Miller, J., Sabshin, M., Nunn, J., & Nunally, J. (1961). *The phenomena of depressions*. New York: Harper & Row.
- Hayman, P.M., & Cope, C. S. (1980). Effects of assertion training on depression. *Journal of Clinical Psychology*, 36, (2), 534-543. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.6120360226>
- Lange, A. J., & Jakubowski, P. (1976). *Responsible assertive behavior*. Illinois: Research Press.
- Lewinsohn, P. M. (1975). A behavioral approach to depression. In R. J. Friedman, & M. N. Katz (Eds.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research*. Oxford: Wiley & Sons.
- MacPhillamy, D. J., & Lewinsohn, P. M. (1974). Depression as a function of levels of desired and obtained pleasure. *Journal of Abnormal Psychology*, 83, 651-657. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4155711>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/h0037467>
- Murta, S. G. (2005). Aplicações do treinamento em habilidades sociais: Análise da produção nacional. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(2), 283-291. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/prc/v18n2/27480.pdf>
- Oliveira, P. A. de. (2010). Habilidades sociais, depressão, ansiedade e alcoolismo em bombeiros: Um estudo correlacional. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil. Recuperado de [http://www.bdt.ufscar.br/htdocs/tedeSimplificado/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=3861](http://www.bdt.ufscar.br/htdocs/tedeSimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=3861)
- Pasquali, L., & Gouveia, V.V. (1990). Escala de assertividade de Rathus – RAS: Adaptação brasileira. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 6(3), 233-249. Recuperado de [http://www.vvgouveia.net/sp/images/Gouveia\\_1990\\_Escala\\_de\\_assertividade.pdf](http://www.vvgouveia.net/sp/images/Gouveia_1990_Escala_de_assertividade.pdf)
- Powell, V. B., Abreu, N., Oliveira, I. R., & Sudak, D. (2008). Terapia cognitivo-comportamental da depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(Supl II), 73-80. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462008000600004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462008000600004). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462008000600004>
- Sanchez, V. C., Lewinsohn, P. M., & Larson, D. W. (1980). Assertion training: Effectiveness in the treatment of depression. *Journal of Clinical Psychology*, 36(2), 526-529. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.6120360224>
- Segrin, C., & Flora, J. (2000). Poor social skills are a vulnerability factor in the development of psychosocial problems. *Human Communication Research*, 26(3), 489-514. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-2958.2000.tb00766.x>
- Simões, W. V., Jr. (1986). Eficácia do treinamento assertivo na depressão. Dissertação de Mestrado, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Recuperado de <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/9717>
- Tavares, L. (2005). Abordagem cognitivo-comportamental no atendimento de pacientes com história de depressão e déficit em habilidades sociais. Relatório de estágio, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, SC, Brasil. Recuperado de <http://newpsi.bvs-psi.org.br/tcc/83.pdf>