

## RELEVÂNCIA DA ASSERTIVIDADE NA COMUNICAÇÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE-PACIENTE

Ana Monteiro Grilo

Escola Superior de Tecnologia da Saúde, Instituto Politécnico de Lisboa

---

**RESUMO:** Actualmente existem evidências suficientes sobre os problemas de comunicação entre profissionais de saúde e pacientes e os benefícios de uma comunicação eficaz. Alguns autores chegam mesmo a considerar a comunicação como a ferramenta mais importante nos cuidados de saúde. Desde o início dos anos 90, as escolas médicas têm aumentado o interesse no ensino de competências comunicacionais; contudo, e não obstante este interesse crescente, a comunicação assertiva parece ser votada ao esquecimento. Na verdade, enquanto a assertividade tem recebido atenção crescente na literatura da Psicologia, os profissionais de saúde têm-se mostrado relutantes em aderir a esta área do saber, sendo os treinos assertivos para cuidadores ainda muito escassos. O objectivo deste trabalho é apresentar uma visão geral da assertividade e dos contributos desta para a comunicação eficaz dos profissionais de saúde com os pacientes e apontar seis temáticas específicas (por exemplo, lidar com reacções emocionais excessivas; elaborar pedidos) que devem integrar os treinos de comunicação para estudantes da área da saúde e profissionais de saúde.

*Palavras-chave-* assertividade, temáticas, comunicação profissional de saúde-paciente

---

## RELEVANCE OF ASSERTIVENESS IN HEALTH CARE PROFESSIONAL-PATIENT COMMUNICATION

**ABSTRACT:** A substantial body of evidence has been accumulated about the problems of communication between health care professionals and patients and the benefits of good communication. Some authors even considered communication the most import tool in health care. Since the early nineties, medical schools has increased the interest in communication skills teaching, but, despite this growing interest, limited attention is played on the assertive communication skills. Yet, while assertion training received increasing attention in the psychological literature, health professionals has been reluctant to support this learning and assertiveness training for caregivers is scarce. The aim of this paper is to present the contributions of assertive communication to more effective health care professionals' communication and point out six specific themes (e.g., handling excessive feeling; making request) that should integrated communication skills training for students and health care professionals.

*Key-word-* assertiveness, themes, health care professional-patient communication

---

Recebido em 16 de Maio 2011/ Aceite em 10 de Novembro de 2012

### Origens do treino assertivo

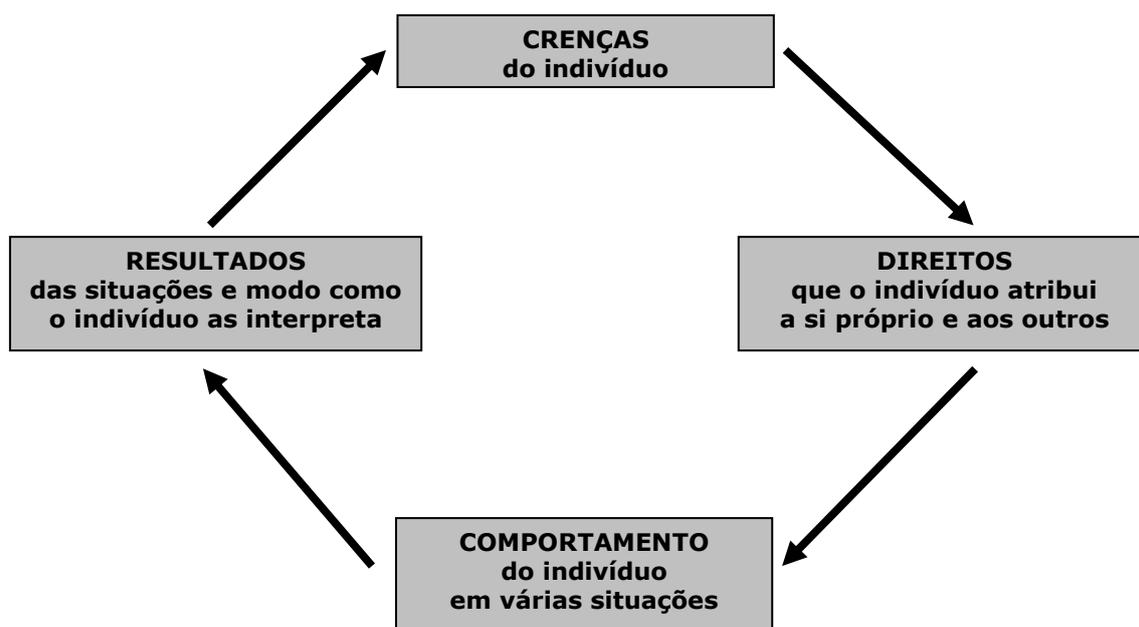
Em 1971, Lazarus definiu *assertividade* como a capacidade para recusar e elaborar pedidos, pedir favores, expressar sentimentos negativos e positivos e iniciar, continuar e terminar uma conversa comum. Cinco anos mais tarde, Lange e Jakubwski (1976) consideraram a assertividade como a defesa de direitos pessoais e a expressão de pensamentos, sentimentos e crenças de forma directa, honesta e apropriada, de modo a respeitar os direitos das outras pessoas. Ao longo do tempo foram surgindo outras definições de assertividade (p.e., Alberti & Emmons, 2008; Galassi & Galassi, 1977). Contudo, todas elas partem da premissa que os indivíduos têm direitos de afirmação básicos que devem

exercitar (Hargie & Dickson, 2004). Aliás, foi precisamente o reconhecimento, por parte dos terapeutas do comportamento Salter (1949) e Wolpe (1958), de que alguns indivíduos tinham problemas específicos em fazer valer os seus direitos e que esta incapacidade conduzia a inadaptação por parte do indivíduo, que deu origem à comunicação assertiva (Flowers & Guerra, 1974).

A assertividade foi, desde logo, considerada uma competência que pode ser aprendida (Galassi & Galassi, 1977) e não um traço de personalidade (McCartan & Hargie, 2004a). Um grande número de factores, entre os quais a punição, o reforço, a modelagem, a falta de oportunidade, os padrões culturais e as crenças pessoais, assim como a incerteza quanto aos direitos do próprio, contribuem para o défice de assertividade (Galassi & Galassi, 1977). O treino assertivo pressupõe o desenvolvimento de duas competências fundamentais: coordenação de perspectivas entre a pessoa e o interlocutor e flexibilidade. Esta última visa modificar as próprias crenças depois de considerar as do outro, ou mesmo integrar as do interlocutor nas suas (Joyce-Moniz & Barros, 2005).

No final dos anos 70, alicerçados nos direitos de afirmação pessoal, Galassi e Galassi (1977), por um lado, e Jakubowski e Lange (1978), por outro, conceptualizaram o treino assertivo de forma estruturada e como entidade separada.

Os fundadores do treino assertivo constataam que pode não ser suficiente acreditar nos direitos pessoais ou aprender uma resposta assertiva específica. Neste sentido e influenciados pelo advento das terapias cognitivas, em particular da terapia racional emotiva de Albert Ellis (1962), introduziram os aspectos cognitivos no mesmo (figura 1).



**Figura 1.** Modo como as crenças influenciam o comportamento assertivo (Back & Back, 2004).

Ellis preconizou que os indivíduos conceptualizam a realidade por intermédio das crenças que estes possuem acerca dos acontecimentos. As consequências emocionais e comportamentais advêm assim da natureza e do conteúdo das crenças, e não do acontecimento em si. Em oposição às crenças racionais, as crenças irracionais pelo seu carácter absolutista (e.g., “Tenho que...”, “Devo...”)

responsabilidades, quer às possíveis consequências do comportamento, passaram a fazer parte integrante dos programas de treino assertivo (Alberti & Emmons, 2008; Back & Back, 2005; Galassi & Galassi, 1977; Jakubowski & Lange, 1978; Slater, 1990).

No essencial, o treino assertivo tem início com a identificação das áreas em que existe défice assertivo (e.g., relações com chefias), analisa os factores que impedem o indivíduo de se expressar de forma adequada (e.g., desconhecimento dos direitos de afirmação, crenças irracionais) e opera sobre esses factores (e.g., modificação de crenças irracionais). O ensaio das respostas assertivas nas áreas identificadas como problemáticas, e posterior análise das suas consequências, decorre inicialmente em meio protegido (e.g., com o terapeuta). Só posteriormente o indivíduo tenta aplicar a aprendizagem realizada em situações reais (Galassi & Galassi, 1977; Jakubowski & Lange, 1978).

Para Alberti e Emmons (2008) o treino assertivo tem como principal objectivo mudar a forma como o indivíduo se vê a si próprio, aumentar a sua capacidade de afirmação, permitir que este expresse de forma adequada os seus sentimentos e pensamentos e, posteriormente, estabelecer a auto-confiança. Mais detalhados, Hargie e Dickson (2004) elencaram várias funções do treino, entre as quais destacamos: (1) ajudar o indivíduo a assegurar que os seus direitos não serão violados, (2) reconhecer os direitos dos outros, (3) comunicar a sua opinião de forma confiante, (4) recusar pedidos irrazoáveis, (5) fazer pedidos razoáveis, (6) lidar eficazmente com recusas irrazoáveis, (7) evitar conflitos agressivos desnecessários e (8) desenvolver e manter um sentido pessoal de eficácia.

O sucesso do treino assertivo, nas mais distintas áreas do saber, pode justificar-se pelo facto da essência da comunicação assertiva (i.e., afirmação de direitos pessoais respeitando os direitos do outro) ser culturalmente desejável ou *politicamente correcta* e, portanto, facilitadora da convivência civilizada em sociedades democráticas (Joyce-Moniz & Barros, 2005). A participação em treinos encerra ainda outras vantagens de âmbito mais pessoal, nomeadamente, aumento de sentimentos de autoconfiança, reacções positivas dos outros, e diminuição quer da ansiedade nas situações sociais, quer das queixas somáticas do indivíduo (Galassi & Galassi, 1977).

### **Estilos de resposta**

Para a compreensão do conceito de assertividade, é necessário distinguir este estilo de resposta de outros estilos, nomeadamente as respostas passivas e as respostas agressivas.

Estes três estilos de respostas têm sido conceptualizados como pontos de um contínuo, diferindo, portanto, mais em termos de intensidade do que de tipo (Hargie & Dickson, 2004). A resposta assertiva forma o ponto médio desse contínuo e é, habitualmente, a resposta mais apropriada. A grande diferença entre assertividade e os outros dois estilos de comunicação, passividade e agressividade, diz respeito ao uso e/ou abuso dos direitos de afirmação pessoal (Slater, 1990).

O estilo de resposta passivo caracteriza-se pela expressão de pensamentos, sentimentos e preferências de forma indirecta ou implícita, ou mesmo pela ausência da expressão dos mesmos (Galassi & Galassi, 1977). Ao não conseguir expressar de forma directa e honesta as suas necessidades, a pessoa falha na defesa dos seus direitos, permitindo que estes sejam facilmente ignorados pelo seu interlocutor (Back & Back, 2005).

As respostas passivas podem incluir: hesitações, evitamento de determinados assuntos e demonstração de ansiedade (Hargie & Dickson, 2004), frases longas e desconexas, justificações repetidas, muitos pedidos de desculpa, expressões de auto-depreciação (e.g., “*Eu nunca devia ter...*”) e expressões que anulam as suas necessidades (e.g., “*Eu podia ter feito...*”).

O objectivo destas respostas parece ser agradar aos outros e evitar conflitos a qualquer custo (Hargie & Dickson, 2004). Na origem das respostas passivas encontram-se diversos

factores, tais como: medo das consequências negativas da expressão directa da sua opinião, percepção de ameaça da situação ou do outro, dificuldade em aceitar os seus direitos, dificuldade em pensar de forma racional sobre si próprio, confusão entre assertividade e agressividade ou associação entre as respostas passivas e a boa educação e prestabilidade (Back & Back, 2005). As crenças irracionais relacionadas com desvalorização pessoal (e.g., “*A minha opinião não conta.*”) e o poder dos outros (e.g., “*Em situações de conflito é mais seguro não me manifestar.*”) podem igualmente contribuir para este tipo de resposta.

A resposta agressiva caracteriza-se pela centração nos objectivos do próprio numa dada situação e, conseqüentemente, pela ignorância ou desvalorização dos interesses ou direitos do outro (Anderson & Martin, 1995; Back & Back, 2005; Galassi & Galassi, 1977). O indivíduo expressa as suas necessidades, opiniões e desejos de forma reivindicativa, ameaçadora, insultuosa e hostil (Galassi & Galassi, 1977). Estas respostas incluem: falar alto, interrupções e perguntas antes que o outro acabe de responder, excessiva utilização do *eu* (e.g., “*O meu ponto de vista é...*”), expressões de vanglória (e.g., “*Nunca tive problemas com...*”), expressão de opiniões como se fossem factos (e.g., “*Isto funciona do seguinte modo ....*”), pedidos em forma de instrução, sarcasmos (Back & Back, 2005), acusações e culpabilização do outro (Back & Back, 2005; Hargie & Dickson, 2004).

Fundamental é, assim, dominar e ganhar em relação à outra pessoa (Fachada, 2000; Hargie & Dickson, 2004). Para a elaboração de respostas agressivas, contribuem crenças de superioridade (e.g., “*Eu sou melhor, eu sei como fazer...*”), mas também de insegurança e medo (e.g., “*Não se pode confiar em ninguém...*”).

A comunicação assertiva caracteriza-se pela coordenação das perspectivas do próprio e do interlocutor (Joyce-Moniz & Barros, 2005), pelo que os direitos envolvidos são sempre respeitados.

Em contraste com o comportamento não assertivo, passivo ou agressivo, a resposta assertiva envolve a defesa das opiniões do próprio, sem deixar de ter consideração pelo outro (Galassi & Galassi, 1977; Hargie & Dickson, 2004) (quadro 1). O indivíduo expressa, assim, as suas necessidades, desejos, opiniões, sentimentos e crenças de forma directa e apropriada (Back & Back, 2005; Galassi & Galassi, 1977). Recentemente, Alberti e Emmons definiram assertividade como “*a acção directa, firme, positiva – e, quando necessário, persistente – que promove a equidade nas relações pessoais. A assertividade permite agir tendo em vista os melhores interesses do próprio, defender-se sem ansiedade excessiva, exercer os direitos pessoais sem negar os direitos dos outros, e expressar honesta e confortavelmente os próprios sentimentos.*” (Alberti & Emmons, 2008, p.8).

Quadro 1. Comparação entre os três estilos de comunicação (adaptado de Alberti & Emmons, 2008 e Jakubowski & Lange, 1978).

	<b>PASSIVO</b>	<b>AGRESSIVO</b>	<b>ASSERTIVO</b>
<b>Características do comportamento</b>	Não expressa desejos, ideias e sentimentos ou expressa-os de forma auto-depreciativa. <b>Objectivo:</b> agradar	Expressa desejos, ideias e sentimentos à custa dos outros. <b>Objectivo:</b> dominar ou humilhar	Expressa desejos, ideias e sentimentos de forma directa e apropriada. <b>Objectivo:</b> comunicar

<b>Sentimentos do próprio</b>	Ansioso, desapontado consigo próprio. Frequentemente revoltado e amargurado depois do comportamento ocorrer.	Convencido da sua superioridade. Por vezes, envergonhado depois do comportamento ocorrer.	Confiante, sentimentos positivos acerca de si próprio quer no momento, quer depois do comportamento ocorrer.
<b>Sentimentos do interlocutor</b>	Irritação, pena, desagrado.	Revolta, desejo de vingança.	Habitualmente, respeito.
<b>Efeito</b>	Não alcança objectivos desejados. Aumento de revolta.	Alcança os objectivos desejados magoando os outros. Os outros encontram justificação para se "vingar".	Frequentemente alcança os objectivos desejados.
<b>Resultado final</b>	Evitamento de situações desagradáveis, evitamento de conflitos, tensão e confronto.	Descarga da revolta, sentimentos de superioridade.	Sentimentos positivos, respeito dos outros. Aumento de auto-confiança. Promoção dos relacionamentos.

As respostas assertivas incluem: expressão directa de pensamentos e sentimentos, escuta do outro (Hargie & Dickson, 2004), elaboração de questões abertas que visam conhecer as opiniões e desejos do outro (e.g., *"O que pensas sobre..."*) (Back & Back, 2005; Hargie & Dickson, 2004), frases curtas e directas, expressões iniciadas por *eu*, distinção entre factos e opiniões (e.g., *"A minha opinião ..."*) e sugestões e críticas construtivas que se centram na acção do outro e não na culpa excessiva (Back & Back, 2005).

Este estilo de resposta envolve não apenas o conhecimento dos direitos e responsabilidades do próprio e do outro; exige também que a pessoa esteja consciente das consequências resultantes da expressão da sua opinião naquela situação (Galassi & Galassi, 1977). É neste sentido que Slater (1990) considera a assertividade, simultaneamente, uma qualidade e um comportamento que exige competências interpessoais específicas, i.e., a capacidade para expressar direitos, pensamentos e sentimentos sem interferir com os direitos dos outros.

Existe uma correlação positiva entre o estilo assertivo e a auto-estima. Dito de outra forma, as pessoas que utilizam mais respostas assertivas possuem uma auto-estima mais elevada (Watson, Morris & Miller, 1998). Algumas crenças centradas no controlo e na responsabilização (e.g., *"Posso escolher como me comportar."*, *"Posso aprender com os meus erros."*) (Back & Back, 2005) são determinantes para a formulação de resposta assertivas e, conseqüentemente, para a construção de uma auto-estima satisfatória.

A par da auto-estima, os indivíduos que, habitualmente, utilizam o estilo assertivo tendem a sentir mais controlo sobre as suas vidas, possuem maior satisfação com os seus relacionamentos e conseguem alcançar os seus objectivos com mais frequência. Ao ser assertivo, o indivíduo assume mais responsabilidade sobre o seu próprio comportamento (Back & Back, 2005; Galassi & Galassi, 1977) e consegue ser mais respeitado pelos outros (Hargie & Dickson, 2004).

Importa realçar que o comportamento assertivo é um comportamento aprendido e situacionalmente específico (Galassi & Galassi, 1977). Daqui decorre que a pessoa aprende diferentes tipos de comportamento para diferentes situações. Poucos indivíduos são assertivos em todas as situações. A maioria considera mais fácil ser assertivo numas situações (e.g., com amigos) do que noutras (e.g., figuras de autoridade) (Hargie & Dickson, 2004).

### **Assertividade nos profissionais de saúde**

#### **Treino assertivo**

Os principais objectivos do treino assertivo para profissionais de saúde prendem-se com a aquisição de competências comunicacionais que lhes permitam, por um lado, expressar de forma clara as suas ideias e opiniões e, por outro, encorajar os utentes a darem a conhecer as suas necessidades.

Quadro 2. Direitos de afirmação pessoal para profissionais de saúde (Cabe & Timmins, 2003).

<b>DIREITOS DE AFIRMAÇÃO PESSOAL PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Tenho o direito de expressar os meus sentimentos e opiniões.</li><li>2. Tenho direito de determinar as minhas necessidades e estabelecer as minhas prioridades como pessoa, independentemente dos papéis que possa assumir na vida.</li><li>3. Tenho o direito de ser tratado com respeito, como um ser humano inteligente, capaz e igualitário.</li><li>4. Tenho direito de dizer "não" e "sim" por mim próprio.</li><li>5. Tenho o direito de cometer erros e ser responsável por esses erros.</li><li>6. Tenho o direito de mudar de ideias.</li><li>7. Tenho o direito de dizer "<i>Eu não compreendo</i>" e pedir mais informação.</li><li>8. Tenho o direito de pedir o que desejo.</li><li>9. Tenho o direito de declinar responsabilidade pelos problemas das outras pessoas.</li><li>10. Tenho o direito de lidar com outras pessoas sem estar dependente da aprovação destas.</li></ol>

Assim, o treino assertivo permite que o profissional de saúde comunique de forma mais adequada, possibilitando que o paciente compreenda melhor a informação que lhe é transmitida, adquira mais confiança no tratamento e diminua os seus níveis de ansiedade (Ley, 1988). A adesão ao tratamento é também facilitada com a utilização da comunicação assertiva entre profissional de saúde e paciente. Efectivamente, a descentração operada por cada um dos interlocutores potencia a tomada de decisões conjuntas (Joyce-Moniz & Barros, 2005), essenciais para o sucesso do tratamento. Não menos importante, a comunicação assertiva tem vindo a ser consistentemente associada à diminuição da ansiedade e, conseqüentemente, como um importante instrumento na gestão do stress dos profissionais de saúde (Gerry, 1989; Herman, 1978; Yamagishi, Kobayashi, Kobayshi, Nagami, Shimazu & Kageyama, 2007).

Apesar das reconhecidas vantagens deste tipo de treino, alguns trabalhos apontam para o défice de competências de comunicação assertiva, quer nos enfermeiros (Gerry, 1989; McIntyre, Jeffrey & McIntyre, 1984), quer nos médicos (Sánchez, 2001). A falta da

assertividade constituiu mesmo um dos temas recorrentes num grupo de estudantes de enfermagem que, durante dezoito meses, integrou um programa de trabalho na área da saúde mental (Minghella & Benson, 1995).

No domínio da enfermagem, são vários os autores (Begley & Glacken, 2004; Cabe & Timmins, 2003; Donner & Goering, 1982; Freeman & Freeman, 1999; Gerry, 1989; Herman, 1978; Kilkus, 1993; McCartan & Hargie, 1990; Slater, 1990; Thomas, 1982) que apontam as competências de comunicação assertiva como uma mais-valia para estes cuidadores, e que apelam para a necessidade de aquisição destas competências durante a formação pré-graduada (Begley & Glacken, 2004; Bergman, 1985; Cabe & Timmins, 2003; Donner & Goering, 1982; Palmer & Deck, 1981; Thomas, 1982). Cabe e Timmins (2003) defendem mesmo que os comportamentos passivos ou agressivos resultam em níveis inadequados de comunicação e são potencialmente devastadores para pacientes mais vulneráveis, podendo mesmo colocar em dúvida a sua capacidade para cumprir o tratamento (Blackwell & Gutmann, 1986).

A educação/treino durante a formação pré-graduada surge, assim, como uma forma de dotar os profissionais de saúde de conhecimentos e competências necessários para interagirem com os pacientes. Cabe e Timmins (2003) realizaram um programa de treino assertivo, destinado a estudantes de enfermagem, que incluía: aprendizagem de aspectos mais teóricos (e.g., definição, direitos, linguagem corporal), *role-playing* dos vários estilos comunicacionais em várias situações (e.g., fazer pedidos) e análise e discussão das dramatizações. Apesar do *feedback* positivo dos estudantes, este programa não foi objecto de qualquer avaliação estandardizada.

Kilkus (1993) avaliou a assertividade de 500 enfermeiros e verificou que aqueles que, previamente, tinham realizado algum tipo de treino nesta área apresentavam *scores* mais elevados de assertividade. Estranhamente, e atendendo à proliferação de literatura no que à comunicação profissional de saúde-paciente diz respeito, estes dados não se têm traduzido na realização de estudos que implementem e avaliem o resultado de programas de treino de comunicação assertiva nos cuidadores (Begley & Glacken, 2004). Os treinos mais recentes a que tivemos acesso (Lin et al., 2004; Yamagishi et al., 2007) e, ao contrário do que tem vindo a ser recomendado por vários autores (Cabe & Timmins, 2003; Freeman & Freeman, 1999; Palmer & Deck, 1981), não incluíam qualquer componente prática. Recorrendo à internet, Yamagishi e colaboradores (2007) realizaram um treino assertivo para enfermeiros japoneses. Por seu lado, Lin et al. (2004) elaboraram um programa de treino com estudantes de enfermagem e de medicina com défice assertivo, previamente identificado. Em ambos os estudos, a ênfase foi colocada nos aspectos mais conceptuais da assertividade, sendo a componente de treino das respostas assertivas negligenciada.

Assim, é necessário recuar aos anos 80 para encontrar um programa de treino assertivo que incluía efectivamente a dimensão de treino. O programa destinado a enfermeiros realizado por McIntyre, Jeffrey e McIntyre, em 1984, consistiu em sessões grupais de duas horas durante cinco semanas. As sessões partiam do modelo cognitivo-comportamental de Lange e Jakubowski e integravam quer os aspectos teóricos, quer os práticos da assertividade com recurso à realização de *role-playing*. Os resultados apontaram para o incremento nas respostas assertivas por parte deste grupo de cuidadores.

### **Temáticas da assertividade em contexto de saúde**

Gerry (1989) verificou que, apesar dos enfermeiros valorizarem a comunicação assertiva, existem ainda várias temáticas da assertividade acerca das quais estes evidenciaram total desconhecimento, entre as quais se destacam a capacidade para lidar com críticas, para elaborar críticas construtivas e para fazer elogios.

Neste sentido, Joyce-Moniz e Barros (2005) apontam seis temáticas determinantes para melhorar a comunicação do profissional de saúde. São elas: *moderação da expressão*

*emocional em excesso, facilitação da expressão emocional em défice, elaboração de perguntas e pedidos, resposta a perguntas e pedidos, elaboração de críticas justas e finalmente, resposta a críticas justa ou injustas.*

As temáticas elencadas são úteis, quer para o profissional de saúde, quer para o paciente (Blackwell & Gutmann, 1986; Post, Cegala & Miser, 2002). Contudo, o presente artigo remete apenas para a sua aplicação aos cuidadores.

### **Moderação da expressão emocional em excesso**

Ajustar uma consulta ou tratamento de acordo com a realidade do paciente depende, em larga escala, da capacidade do profissional de saúde ouvir o paciente e proporcionar um ambiente facilitador da relação (Caris-Verhallen, Timmermans & Dulmem, 2004; Joyce-Moniz & Barros, 2005; Kruijver, Kerkstra, Bensing & Wiel, 2000; Kruijver, Kerkstra, Francke, Bensing, Harry & Wiel, 2000; McGilton et al., 2006; Reynolds, 2005; Schofield, 2004; Williams, Weinman & Dale, 1998). É, pois, fundamental que o profissional de saúde compreenda não apenas a perspectiva do paciente sobre a sua doença, mas também os sentimentos desencadeados por esta (Fossum, Arborelius & Theorell, 2002; Fragstein et al., 2008; McWhinney, 1989; Roter & Hall, 2006). O estabelecimento de uma relação em que o cuidador explora as emoções do paciente (Kruijver, Kerkstra, Bensing & Wiel, 2001; Street, Makoul, Arora & Epstein, 2009) e demonstra empatia face ao que foi expresso (Caris-Verhallen, Timmermans & Dulmem, 2004; Corney, 2000; Gard, Gyllensten, Salford & Ekdahl, 2000; Kruijver et al., 2001; Norfolk, Birdi & Walsh, 2007; Reynolds, 2005; Schofield, 2004) constitui a melhor forma de gerir as situações complexas (e.g., dar más notícias) que, indubitavelmente, surgem no decurso desta relação interpessoal.

Infelizmente, esta está longe de ser a realidade que caracteriza as relações profissional de saúde-paciente (Davis & Fallowfield, 1994; Reynolds, 2005). Sem surpresa, o aumento das reacções emocionais excessivas (Allen, Petrisek & Laliberte, 2001; Davis & Fallowfield, 1991; La Mónica, 1978; Lange, Myhren, Ekeberg & Stokland, 2006; Macdonald, 2004; Thomas & Cohn, 2006; Thorne, Bultz & Baile, 2005) decorre, muitas vezes, de falhas da comunicação do cuidador para com o paciente.

Desta forma, existem situações em que o paciente exhibe uma expressão emocional excessiva, evidenciando sinais de revolta, medo ou mesmo demonstrando agressividade (Giesen, Mokkink, Hensing, Bosch, & Grol, 2008). A expressão destas reacções emocionais desencadeiam um grande desconforto nos cuidadores (Fallowfield, Lipkin & Hall, 1998; Fallowfield, Saul & Gilligan, 2001; Jacobsen, Baerheim, Lepp & Schei, 2006; Sage, Sowden, Chorlton & Edeleanu, 2008). Nestas circunstâncias, a tendência mais evidente consiste em evitar o paciente ou minimizar/apaziguar a sua hostilidade o mais depressa possível (Hulsman et al., 1999; Rosenfield & Jones, 2004). Daqui resulta que, na sua maioria, os pacientes têm poucas oportunidades de expressar reacções emocionais intensas e se sentirem compreendidos pelo profissional de saúde (Fallowfield, Saul & Gilligan, 2001; Sage et al., 2008). Não obstante as dificuldades que este procedimento possa representar para o cuidador, permitir que o paciente verbalize os sentimentos negativos e as razões que o conduziram àquele estado emocional tem-se revelado uma metodologia eficaz, proporcionando alívio do sofrimento do paciente (Giesen et al., 2008; Gard, 2004; Sage et al., 2008).

Para além dos factores relacionados com a forma como o paciente confronta a doença ou o tratamento, frequentemente, o sentimento de insatisfação face à relação estabelecida com o profissional de saúde leva a que o paciente se mostre mais relutante em manifestar as suas preocupações e demonstrar a sua vulnerabilidade (Schofield, 2004).

### **Facilitação da expressão emocional em défice**

Neste contexto, o profissional de saúde pode deparar-se com situações em que o paciente apresenta défice de expressão emocional, i.e., contido, com manifesta dificuldade em expressar os pensamentos e sentimentos associados à vivência da doença ou tratamento. Apesar da dificuldade que as situações, em que o paciente mostra tendência para se isolar e fechar encerram (Fallowfield, Saul & Gilligan, 2001; Jacobsen et al., 2006), é importante que o profissional de saúde demonstre interesse pela condição do paciente e o encoraje a verbalizar as suas preocupações e sentimentos.

Quer na moderação da expressão emocional em excesso, quer na facilitação da expressão emocional em défice, as técnicas fenomenológicas propostas por Carl Rogers (1970), nomeadamente as clarificações e perguntas abertas, assim como a reflexão de sentimentos e a expressão empática, constituem excelentes recursos para facilitar a expressão do paciente (Joyce-Moniz & Barros, 2005).

### **Elaboração de perguntas e pedidos**

A formulação de perguntas, por parte dos profissionais de saúde, está habitualmente relacionada com a necessidade destes esclarecerem aspectos da vida do doente que possam estar relacionados com a sua situação clínica (e.g., hábitos alimentares, gestão de sintomas). Mesmo perguntas, aparentemente simples, exigem que o profissional, por um lado, seja claro e objectivo na sua formulação e, por outro lado, permita que o paciente responda como pretende, sem interrupções e limitações exageradas de tempo.

Os pedidos são a forma mais difícil de elaborar perguntas para os profissionais de saúde (Joyce-Moniz & Barros, 2005). Apesar destes constituírem um direito de afirmação pessoal, a antecipação da sua recusa dificulta a formulação dos mesmos por parte do cuidador.

O cumprimento de horários ou das regras do internamento, a execução de exercícios em casa, assim como a toma de medicação são exemplos de pedidos que o profissional de saúde pode necessitar de formular (Bond, 1988b). É importante que o cuidador indique, de forma clara, o que pretende que o paciente faça. Se necessário, pode ainda justificar o motivo do pedido (Bond, 1988a; Herman, 1978).

Mais complicados são os pedidos de mudança, necessários quando há incumprimento, da parte do paciente, do que foi previamente acordado entre ambos. A forma mais simples de formular o pedido de mudança consiste em: (1) descrever objectivamente o que o paciente se comprometeu a fazer, (2) indicar sem crítica o que efectivamente fez, (3) enumerar as consequências para si e para o profissional de saúde desse comportamento, (4) descrever o que se espera que o paciente faça no futuro (Jakubowski & Lange, 1978).

### **Resposta a perguntas e pedidos**

Da lista dos direitos de afirmação pessoal, o direito a dizer *não* é, seguramente, aquele que mais espaço ocupa nos diversos manuais que se dedicam ao treino assertivo. Como consequência, a recusa de pedidos surge como a temática da assertividade mais analisada e comentada.

Quando o cuidador decide dizer *não*, é importante que o faça de forma apropriada, demonstrando que ouviu e considerou a opinião do paciente (Bond, 1988a). No contexto das profissões de saúde, o direito a recusar pedidos afigura-se evidente num grande número de situações. Particularmente quando as pretensões do utente acarretam risco para o próprio (e.g., doente que insiste num tratamento totalmente inadequado para a sua situação) (Herman, 1978; Joyce-Moniz & Barros, 2005). A legitimidade para exercer este direito não implica que o cuidador o faça sem custos, i.e., sem sentimentos de culpa ou embaraço associados (Joyce-Moniz & Barros, 2005).

Sem pôr em causa o direito do profissional de saúde em recusar as solicitações do paciente, a verdade é que alguns pedidos encerram questões éticas delicadas, em que o direito de recusa do cuidador colide directamente com o direito do paciente (e.g., realização de cesariana a pedido da grávida).

Refira-se ainda que a dificuldade na recusa de um pedido aumenta quando o profissional de saúde se sente pressionado, perante a insistência do paciente. A técnica do *disco riscado*<sup>1</sup> é seguramente uma forma adequada de lidar com estas situações de pressão.

A resposta a perguntas e inquietações do paciente constitui uma das tarefas centrais do profissional de saúde (e.g., “*Quanto tempo demora o exame?*”, “*Posso comer doces?*”, “*Quanto tempo irei ficar internado?*”). Na sua maioria, exigem respostas curtas e concisas, baseadas nos conhecimentos técnicos do especialista.

Quando as perguntas formuladas pelo paciente exigem o fornecimento de más notícias (e.g., patologia com diagnóstico reservado) ou acarretam incerteza (e.g., ter que esperar para saber se o familiar vai acordar do coma) as exigências aumentam (Fallowfield, Lipkin & Hall, 1998; Finset, Ekeberg, Eide & Aspegren, 2003). O receio das reacções emocionais do paciente pode induzir o profissional a ser pouco claro, ou mesmo ambíguo, na sua resposta. Contudo, a literatura (Ley, 1988; Melo, 2005; Schofield, 2004) tem vindo a demonstrar que os pacientes preferem que lhes seja fornecida informação precisa acerca da sua situação. O recurso à *asserção empática*, seguida da explicação, de forma clara, do quadro do paciente, não reduzem o impacto da notícia, mas permitem manter um ambiente caloroso entre profissional de saúde e paciente, facilitando a verbalização das emoções experienciadas por este último.

### **Elaboração de críticas**

O direito de fazer críticas é facilmente admitido pelos profissionais de saúde (Bond, 1988c; Herman, 1978; Joyce-Moniz & Barros, 2005). Porém, pode ser dos mais difíceis de implementar (Bond, 1988c; Joyce-Moniz & Barros, 2005), sobretudo pelos cuidadores que se mostram preocupados com a possibilidade da crítica desencadear reacções emocionais negativas no paciente (Bond, 1988c). A acrescentar a esta dificuldade, a própria situação que despoleta a necessidade de formular a crítica pode desencadear reacções emocionais que dificultam a centração do profissional de saúde na descrição dos factos, sem recurso aos sentimentos, como é objectivo da comunicação assertiva.

Algumas das situações associadas à necessidade do cuidador formular críticas são semelhantes às que despoletam a elaboração de pedidos (Joyce-Moniz & Barros, 2005): incumprimento de horários, incumprimento do tratamento, agressividade, imposição de exigências e desrespeito pelos outros pacientes. Para além disto, a elaboração de críticas pode ainda surgir na sequência do incumprimento, por parte do paciente, de um acordo previamente estabelecido com o profissional de saúde. Nestas situações, o cuidador pode sentir-se inibido ou embaraçado face à necessidade de criticar o comportamento do paciente. Bond (1988c) defende que, nestas circunstâncias, a crítica funciona como exemplo de cuidado e preocupação do profissional de saúde para com o paciente, pois permite que este último tome conhecimento do efeito que o seu comportamento tem no cuidador, nos outros, ou mesmo na sua saúde.

A forma mais eficaz de formular uma crítica consiste em descrever objectivamente o que o paciente fez, e a forma como esse comportamento prejudica o próprio ou os outros (e.g., profissional de saúde, outros utentes). Assim, o que se comenta é o modo como determinadas acções específicas foram realizadas, mais do que comportamentos gerais ou aspectos da personalidade (Bond, 1988c). Pode ainda ser útil acrescentar o que o profissional de saúde

---

<sup>1</sup> Repetir, com tranquilidade e sempre da mesma forma, o ponto de vista pessoal, ignorando as interrupções ou provocações que possam surgir da parte do interlocutor.

espera que o paciente faça, sendo que, nestes casos, a formulação da crítica é em tudo semelhante ao pedido de mudança.

### **Resposta a críticas**

Durante anos, a relação profissional de saúde-paciente foi dominada pelo modelo biomédico, caracterizado por um desequilíbrio em termos epistemológicos e sociais. Ao paciente, estava reservado um papel de grande passividade, sendo pouco expectável a formulação de críticas por parte deste.

Actualmente, a facilidade com que o paciente acede à informação (Bensing & Verhaak, 2004; Corney, 2000; Stewart et al., 2006), assim como a maior consciencialização que este tem dos seus direitos, permitem uma maior participação no seu processo terapêutico. Simultaneamente, esta mudança coloca o profissional de saúde como alvo mais fácil das críticas do paciente.

A forma como o utente vivencia a doença pode igualmente potenciar a formulação de críticas perante o profissional de saúde. Por exemplo, o doente que possui expectativas elevadas face ao resultado de um determinado tratamento, ao constatar a manutenção de alguns sintomas, pode atribuir a responsabilidade dos resultados ao profissional de saúde, criticando-o por isso.

As críticas de que o profissional de saúde é alvo podem ser justas, vagas e injustas ou falsas. Compreensivelmente, é mais fácil responder a uma crítica injusta ou falsa do que a uma crítica justa, uma vez que o impacto emocional desta última é mais elevado. Nas críticas vagas, como o próprio nome indica, o paciente não concretiza o motivo do seu desagrado. O aumento de ansiedade do cuidador é assim potenciado (Joyce-Moniz & Barros, 2005). Nestas últimas, o recurso ao *pedido de clarificação*, como forma de *obrigar* o paciente a especificar a razão do seu desagrado, revela-se bastante útil (Bond, 1988d)

As críticas injustas são, habitualmente, resultado de falta de informação (e.g., paciente que desconhece efeitos secundários do tratamento) ou da ansiedade do paciente decorrente do seu processo de doença ou tratamento.

O fornecimento de informação de forma clara e directa é suficiente para responder à grande maioria das críticas injustas. Todavia, nos casos em que o paciente insiste no seu ponto de vista, o profissional de saúde poderá recorrer ao uso da técnica de *disco riscado*.

Quando a crítica injusta remete para uma área particularmente sensível para o profissional de saúde e/ou é acompanhada de hostilidade da parte do paciente, a tarefa do cuidador é dificultada. Compreensivelmente, nestas situações, o profissional de saúde poderá ter dificuldade em centrar-se apenas nos factos. Porém, é importante que o cuidador não deixe que a sua resposta seja influenciada, em demasia, pelos sentimentos envolvidos, uma vez que estes conduziram a uma escalada nas emoções negativas.

As críticas justas contemplam questões logísticas (e.g., atrasos do profissional de saúde, dificuldade em marcar consultas), aspectos relacionados com o tratamento (e.g., constatação da ausência de benefícios, prevalência de efeitos secundários que não tinham sido mencionados), assim como questões de natureza interpessoal (e.g., falta de disponibilidade do profissional de saúde). A forma mais simples e directa de lidar com críticas justas consiste em admitir o erro de forma clara (Bond, 1988d; Herman, 1978) e indicar a intenção de mudar. Em alternativa o profissional de saúde pode justificar o motivo pelo qual não existe possibilidade de alterar aquela situação ou comportamento (e.g., dificuldades na marcação de consultas que o profissional de saúde não controla).

### **Considerações finais**

As seis temáticas da assertividade aqui descritas (i.e., *moderação da expressão emocional em excesso, facilitação da expressão emocional em défice, elaboração de pedido, resposta a*

*pergunta/pedido, elaboração de crítica e resposta a crítica*) podem constituir uma mais-valia na elaboração de treinos de competências comunicacionais (Grilo, 2010).

Como defendem vários autores (Cegala & Broz, 2002; Hulsman et al., 1999; Salmon & Young, 2005), a utilização das temáticas de assertividade permite que se considerem as competências comunicacionais mais adequadas em cada situação e não o treino geral, desarticulado de um contexto específico. Efectivamente, como postulam Cegala e Broz (2002), mais do que a frequência com que determinadas competências são utilizadas na comunicação entre profissional de saúde e paciente, importa considerar a adequação das várias competências em cada situação e momento e, desta forma, facilitar a aplicação das mesmas na prática clínica (Rollnick, Kinnersley & Butler, 2002).

## REFERÊNCIAS

- Alberti, R., & Emmons, M. (2008). *Your perfect right (9<sup>a</sup> ed)*. California: Impact Publishers.
- Allen, S., Petrisek, A., & Laliberte, L. (2001). Problems in doctor-patient communication: the case of younger women with breast cancer. *Critical Public Health, 11*, 39-58. doi: 10.1080/09581590010028246.
- Back, K., & Back, K. (2005). *Assertiveness at work. A practical guide to handling awkward situations*. London: McGraw-Hill Publishing Company.
- Begley, C., & Glacken, M. (2004). Irish nursing students' changing levels of assertiveness during their pre-registration programme. *Nurse Education Today, 24*, 501-510. doi:10.1016/j.nedt.2004.06.002.
- Bensing, J., & Verhaak, P. (2004). Communication in medical encounters. In A. Kaptein and J. Weinman (Eds). *Health Psychology*. Malden: Blackwell Publishing, Ltd.
- Bergman, P. (1985). The use of assertiveness training in the clinical environment. *Journal of Nursing Education, 24*, 33-35.
- Blackwell, B., & Gutmann, M. (1986). The management of chronic illness behavior. In S. McHugh & M. Vallis (eds). *Illness behavior: A multidisciplinary model*. New York: Plenum.
- Bond, M. (1988a). Assertiveness training: Making requests assertively. Part 5. *Nursing Times, 84*, 77-80.
- Bond, M. (1988b). Assertiveness training: Saying no assertively. Part 6. *Nursing Times, 84*, 63-66.
- Bond, M. (1988c). Assertiveness training: Giving compliments and criticism. Part 7. *Nursing Times, 84*, 75-78.
- Bond, M. (1988d). Assertiveness training: Responding to feedback. Part 8. *Nursing Times, 84*, 75-78.
- Cabe, C., & Timmins, F. (2003). Teaching assertiveness to undergraduate nursing students. *Nurse Education in Practice, 3*, 30-42.
- Caris-Verhallen, W., Timmermans, L., & Dulcem, S. (2004). Observation of nurse-patient interaction in oncology: Review of assessment instruments. *Patient Education and Counseling, 54*, 307-320. doi:10.1016/j.pec.2003.12.009.
- Cegala, D., & Broz, S. (2002). Physician communication skills training: a review of theoretical backgrounds, objectives and skills. *Medical Education, 36*, 1004-1016. doi: 10.1046/j.1365-2923.2002.01331.x.
- Corney, R. (2000). *O desenvolvimento de perícias da comunicação e aconselhamento em medicina*. Lisboa: Climepsi.
- Davis, H., & Fallowfield, L. (1994). *Counselling and communication in health care*. London: John Wiley & Sons.

- Donner, G., & Goering, P. (1982). Helping nurses learn assertiveness. *Journal of Nursing Education, 21*, 14-19.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart-Citadel.
- Fallowfield, L., Lipkin, M., & Hall, A. (1998). Teaching senior oncologists communication skills: results from phase I of a comprehensive longitudinal program in the United Kingdom. *Journal of Clinical Oncology, 16*, 1961-1968. doi: 10.1016/S0959-8049(98)80254-2.
- Fallowfield, L., Saul, J., & Gilligan, B. (2001). Teaching Senior Nurses how to teach communication skills in oncology. *Cancer Nursing, 24*, 185-191. doi: 10.1097/00002820-20010600000004.
- Finset, A., Ekeberg, O., Eide, H., & Aspegren, K. (2003). Long term benefits of communication skills training for cancer doctors. *Psycho-Oncology, 12*, 686-693. doi: 10.1002/pon.691.
- Flowers, J., & Guerra, J. (1974). The use of client coaching in assertion training with large groups. *Community Mental Health Journal, 10*, 414-417. doi: 10.1007/BF01419976.
- Freeman, L., & Freeman, P. (1999). Comparative effectiveness of two training programmes on assertive behaviour. *Nursing Standard, 13*, 32-35.
- Galassi, M., & Galassi, J. (1977). *Assert yourself! How to be your own person*. New York: Human Sciences Press.
- Gard, G. (2004). Are emotions important for good interaction in treatment situations? *Physiotherapy Theory and Practice, 20*, 107-119. doi:10.1080/09593980490452995.
- Gard, G., Gyllensten, A., Salford, E., & Ekdahl, C. (2000). Physical Therapists`emotional expressions in interviews about factors important for interaction with patients. *Physiotherapy, 86*, 229-240. [http://dx.doi.org/10.1016/S0031-9406\(05\)60908-x](http://dx.doi.org/10.1016/S0031-9406(05)60908-x).
- Gerry, E. (1989). An investigation into the assertive behavior of trained nurses in general hospital settings. *Journal of Advanced Nursing, 14*, 1002-1008. doi: 10.1111/j.1365-2648.1989.tb01510.x.
- Giesen, P., Mokkink, H., Hensing, M., Bosch, W., & Grol, R. (2008). Rude or aggressive patient behaviour during out-of-hours GP care: Challenges in communication with patients. *Patient Education and Counseling, 73*, 205-208. doi:10.1016/j.pec.2008.04.009.
- Hargie, O., & Dickson, D. (2004). *Skilled interpersonal communication. Research, theory and practice*. London: Routledge.
- Herman, S. (1978). *Becoming assertive. A guide for nurses*. NY: D. Van Nostrand Company.
- Hulsman, R., Ros, W., Winnusbst, J., & Bensing, J. (1999). Teaching clinically experienced physicians communication skills. A review of evaluation studies. *Medical Education, 33*, 655-668. doi: 10.1046/j.1365-2923.1999.00519.x.
- Jacobsen, T., Baerheim, A., Lepp, M., & Schei, E. (2006). Analysis of role-play in medical communication training using a theatrical device the fourth wall. *BMC Medical Education, 6*. doi:10.1186/1472-6920-6-51.
- Jakubowski, P., & Lange, A. (1978). *The assertive option. Your rights and responsibilities*. Illinois: Research Press Company.
- Joyce-Moniz, L., & Barros, L. (2005). *Psicologia da doença para cuidados de saúde: desenvolvimento e intervenção*. Lisboa: Edições Asa.
- Kilkus, S. (1993). Assertiveness among professional nurses. *Journal of Advanced Nursing, 18*, 1324-1330. doi: 10.1046/j.1365-2648.1993.18081324.x.
- Kruijver, I., Kerkstra, A., Bensing, J., & Wiel, H. (2000). Nurse-patient communication in cancer care. A review of literature. *Cancer Nursing, 23*, 20-31. doi:10.1097/00002820-20002000-0004.

- Kruijver, I., Kerkstra, A., Bensing, J., & Wiel, H. (2001). Communication skills of nurses during interactions with simulated cancer patients. *Journal of Advanced Nursing*, 34, 772-779. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01807.x.
- Kruijver, I., Kerkstra, A., Francke, A., Bensing, J., Harry, B., & Wiel, H. (2000). Evaluation of communication training programs in nursing care: a review of the literature. *Patient Education and Counseling*, 39, 129-145. doi:10.1016/S0738-3991(99)00096-8.
- La Monica (1978). Empathy: educating nurses in professional practice. *Journal of Nursing Education*, 17, 3-11.
- Lange, A., & Jakubowski, P. (1976). *Responsible assertive behavior*. Champaign, IL: Research Press.
- Lange, I., Myhren, H., Ekeberg, O., & Stokland, O. (2006). Patient's satisfaction and distress compared with expectations of the medical staff. *Patient Education and Counseling*, 63, 118-125.
- Lazarus, A. (1971). *Behavior therapy and beyond*. New York: McGraw-Hill.
- Ley, P. (1988). *Communication with patients: Improving communication, satisfaction and compliance*. London: Chapman Hall.
- Lin, Y., Shiah, I., Chang, Y., Lai, T., Wang, K., & Chou, K. (2004). Evaluation of an assertiveness training program on nursing and medical students' assertiveness, self-esteem, and interpersonal communication satisfaction. *Nurse Education Today*, 24, 656-665. doi:10.1016/j.nedt.2004.09.004.
- Macdonald, E. (2004). *Difficult conversation in medicine*. UK: Oxford University Press.
- McCartan, P., & Hargie, O. (1990). Assessing assertive behavior in student nurses: a comparison of assertion measures. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 1370-1376. doi: 10.1111/j.1365-2648.1990.tb01778.x.
- McIntyre, T., Jeffrey, D., & McIntyre, S. (1984). Assertion training: the effectiveness of a comprehensive cognitive-behavioral treatment package with professional nurses. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 311-318. doi: 10.1016/0005-7967(84)90011-1.
- Melo, M. (2005). *Comunicação com o doente. Certezas e incógnitas*. Loures: Lusociência.
- Minghella, E., & Benson, A. (1995). Developing reflective practice in mental health nursing through critical incident analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 205-213. doi: 10.1111/j.1365-2648.1995.tb02516.x.
- Norfolk, T., Birdi, K., & Walsh, D. (2007). The role of empathy in establishing rapport in the consultation: A new model. *Medical Education*, 41, 690-697. doi: 10.1111/j.1365-2923.2007.02789.x.
- Palmer, M., & Deck, E. (1981). Teaching assertiveness to seniors. *Nursing Outlook*, 29, 305-310.
- Post, D., Cegala, D., & Miser, W. (2002). The other half of the whole: Teaching patients to communicate with physicians. *Family Medicine*, 34, 344-352.
- Reynolds, F. (2005). *Communication and clinical effectiveness in rehabilitation*. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Roberts, C., Wass, V., Jones, R., Sarangi, S., & Gillett, A. (2003). A discourse analysis study of "good" and "poor" communication in an OSCE: a proposed new framework for teaching students. *Medical Education*, 37, 192-201. doi: 10.1046/j.1365-2923.2003.01443.x.
- Rogers, C. (1970). *Tornar-se pessoa*. Lisboa: Moraes Editora.
- Rollnick, S., Kinnersley, P., & Butler, C. (2002). Context-bound communication skills training: development of a new method. *Medical Education*, 36, 377-383. doi: 10.1046/j.1365-2923.2002.01174.x.

- Rosenfield, P., & Jones, L. (2004). Striking a balance: Training medical students to provide empathetic care. *Medical Education*, 38, 927-933. doi: 10.1111/j.1365-2929.2004.01931.x.
- Rousseau, P., & Blackburn, G. (2008). The touch of empathy. *Journal of Palliative Care Medicine*, 11, 1299-300. doi:10.1089/jpm.2008.0174.
- Sage, N., Sowden, M., Chorlton, E., & Edeleanu, A. (2008). *CBT for chronic illness and palliative care*. West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd.
- Salmon, P., & Young, B. (2005). Core assumptions and research opportunities in clinical communication. *Patient Education and Counseling*, 58, 225-234. doi:10.1016/j.pec.2005.05.018.
- Salter, A. (1949). *Conditioned reflex therapy*. New York: Capricorn Books.
- Sánchez, M. (2001). Effects of assertive communication between doctors and patients in public health outpatient surgeries in the city of Seville (Spain). *Social Behavior and Personality*, 29, 63-70. doi:10.2224/sbp.2001.29.1.63.
- Schofield, T. (2004). Introduction. E., Macdonald, *Difficult conversation in medicine*. UK: Oxford University Press.
- Slater, J. (1990). Effecting personal effectiveness: assertiveness training for nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 337-356. doi: 10.1111/j.1365-2648.1990.tb01822.x.
- Stewart, M., Brown, J., Weston, W., McWhinney, I., McWilliam, C., & Freeman, T., (2006). *Patient-Centered Medicine. Transforming the Clinical Method*. London: Radcliffe Medical Press.
- Thomas, D. (1982). How to conduct an assertion training course for nursing students: a step-by-step plan for instruction. *Journal of Nursing Education*, 21, 33-37.
- Thomas, V., & Cohn, T. (2006). Communication skills and cultural awareness courses for healthcare professionals who care for patients with sickle cell disease. *Journal of Advanced Nursing*, 53, 480-488. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03741.x.
- Thorne, S., Bultz, B., & Baile, W. (2005). In there a cost to poor communication in cancer care?: A critical review of the literature. *Psycho-Oncology*, 14, 875-884. doi: 10.1002/pon.947.
- Watson, P., Morris, R., & Miller, L. (1998). Narcissism and the self as continuum: correlations with assertiveness and hipercompetitiveness. *Imaginations, Cognition and Personality*, 17, 249-259.
- Williams, S., Weinman, J., & Dale, J. (1998). Doctor-patient communication and patient satisfaction: a review. *Family Practice*, 15, 480-492. doi: 10.1093/fampra/15.5.480.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Yamagishi, M., Kobayashi, T., Kobayshi, T., Nagami, M., Shimazu, A., & Kageyama, T. (2007). Effect of Web-based assertion training for stress management of Japanese nurses. *Journal of Nursing Management*, 15, 603-607. doi: 10.1111/j.1365-2834.2007.00739.x.