



Instituto Politécnico
de Castelo Branco
Escola Superior
de Educação

Representações Sociais do Idoso Institucionalizado e Influência na Comunicação dos Profissionais Ajudantes de Ação Direta

Mestrado em Gerontologia Social

Raquel Susana da Silva Almeida

Orientadores

Prof. Doutora Maria João Guardado Moreira

junho 2014



Instituto Politécnico
de Castelo Branco
Escola Superior
de Educação

Representações Sociais do Idoso Institucionalizado e Influência na Comunicação dos Profissionais Ajudantes de Ação Direta

Raquel Susana da Silva Almeida

Orientadores

Prof. Doutora Maria João Guardado Moreira

Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia Social, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Maria João Guardado Moreira, do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

junho 2014

Dedicatória

Pelo que me ensinaram e transmitiram

Pelas palavras ternurentas

Pelo que sou

Ao meu namorado

À minha família

e

Aos meus amigos

Agradecimentos

À minha família, em especial ao meu Pai, pelo carinho e dedicação incondicionais, por tornar possível a concretização deste percurso académico e à minha Avó que partiu cedo da minha vida, mas foi sem dúvida o meu grande pilar, por acreditar nos meus sonhos e ter sido uma lutadora!

Ao meu Namorado, pela ternura e compreensão que suportou esta caminhada; pela ajuda nos momentos difíceis e por me fazer acreditar que era capaz e pela paciência e compreensão nas horas de ausência.

À Professora Doutora Maria João Guardado Moreira pela oportunidade da sua orientação, pelo rigor e preciosos ensinamentos que muito contribuíram para a realização da dissertação.

À Doutora Laura Viegas, que me autorizou a utilizar a versão portuguesa da Escala AKPI e pela disponibilidade e apoio concedido na compreensão da mesma.

À Professora Doutora Cristina Palmeirão e Professora Doutora Teresa Gonçalves pela ajuda preciosa na validação da escala de estilos comunicacionais.

Ao Professor Doutor António Pais, pela sua disponibilidade em reconstruir o meu instrumento de recolha de dados e pela sua reflexão crítica e sugestões constantes.

Ao Professor Doutor Paulo Silveira, pela sua disponibilidade, atenção e atuação pedagógica exemplar na área que, para além de ter enriquecido os meus conhecimentos sobre os procedimentos estatísticos utilizados, me mostrou como é possível ensinar num ambiente informal de amizade.

À Mestre Inês Vigário, pelo apoio que se estendeu ao longo destes anos, patenteando sempre discretamente, que estava ali, muito para além de qualquer formalismo.

À direção das instituições que colaboraram no estudo e por me terem acolhido tão calorosamente e aos Profissionais Ajudantes de Ação Direta das instituições, sem eles este trabalho não teria sido possível.

Aos meus Amigos pelo apoio nesta jornada. Eles sabem quem são.

A todos,

O meu verdadeiro e Profundo agradecimento.

Vivemos numa época que privilegia o 'novo' e a 'mudança' acima de tudo. O avanço tecnológico, o culto da beleza, da energia e da vitalidade da juventude está muito presente. Tudo o que nos lembra a velhice é assim posto de lado.

(Marques, 2011: 46)

Resumo

O acentuado envelhecimento da população e a institucionalização dos idosos é um fenómeno que traz novos desafios aos profissionais ajudantes de ação direta, nomeadamente na desmistificação da imagem negativa acerca do idoso. Muitas vezes, esta imagem leva a que a atenção seja desviada dos aspetos essenciais à sua qualidade de vida, dos quais a comunicação é parte integrante que, por sua vez, influenciam o comportamento de cuidar.

Além da pertinência teórica, o estudo da temática em questão revela-se importante na medida em que se verifica que a investigação em Portugal não tem investido nesta área. A presente investigação tem como principal objetivo identificar as representações e os estilos comunicacionais destes cuidadores formais face aos idosos.

Participaram no estudo 214 profissionais pertencentes às estruturas residenciais para idosos no concelho de Castelo Branco, integrados em 14 instituições. Este estudo é de carácter quantitativo, exploratório e transversal.

O instrumento de recolha de dados incluiu questões sociodemográficas e profissionais, a Escala de Atitudes Face aos Idosos (Escala AKPI) e a Escala Estilos Comunicacionais. De uma forma geral, analisando descritivamente os resultados deste estudo, revelam que na globalidade os profissionais ajudantes de ação direta têm atitudes neutras com os idosos, isto é, nem favoráveis nem desfavoráveis e que a maioria da amostra em estudo utiliza na comunicação com os idosos o estilo assertivo.

Identificou-se a necessidade de desmistificar alguns conceitos dos cuidadores formais sobre os idosos e fomentar a melhoria das atitudes destes profissionais face aos idosos. Neste âmbito, sugere-se o aumento da formação e a implementação de plano de formação vinculado a um manual de boas práticas gerontológicas.

Palavras chave

Idoso; Profissionais Ajudantes de Ação Direta; Representação Social; Estilos de Comunicação.

Abstract

The aging of the population and the institutionalization of the elderly is a phenomenon that brings new challenges to professional direct action helpers, particularly in demystifying the negative image about the elderly. Often, this means that attention is diverted from the essential aspects of their quality of life, of which communication is an integral part of that, in turn, influence the behavior of caring.

Besides the theoretical relevance, of the question in this study question proves to be important and it appears that the investigation in Portugal has not invested in this area. This research aims to identify the representations and communication styles of these formal caregivers face the elderly.

Was collected a sample of 214 professionals within the residential facilities for the elderly in Castelo Branco, integrated in 14 institutions. This study is quantitative, exploratory and transversal.

The instrument for data collection included sociodemographic and professional issues, Attitude Scale for the Elderly (AKPI Scale) and the Communicative Styles Scale. In general, descriptively analyzing the results of this study show that the overall professional direct action helpers have neutral attitudes toward the elderly, that is, neither favorable nor unfavorable and the majority of the study sample used to communicate with the elderly assertive style.

Identified the need to clarify some concepts of formal caregivers about seniors and foster improvement in the attitudes of these professionals facing the elderly. In this context, it is suggested that the increase in the formation and implementation of the training plan linked to a manual of good gerontological practices.

Keywords

Elder; Professional Direct Action Helpers; Social Representation; Communication Styles.

Índice geral

Dedicatória	III
Agradecimentos	V
Resumo	IX
Abstract	XI
Índice geral	XIII
Lista de tabelas	XV
Lista de abreviaturas	XVII
Introdução	1
Capítulo I - Revisão de literatura	3
1.1. Representações Sociais: à procura de uma definição	3
1.2. Representações Sociais da Velhice	6
1.2.1. Atitudes face à velhice/idoso	8
1.2.2. Estereótipos e Mitos relativos ao Idoso	11
1.3. Perceção interpessoal e Comunicação	12
1.3.1. Comunicação Interpessoal	13
1.3.2. Elementos do Processo de Comunicação	15
1.3.3. Barreiras à Comunicação	16
1.3.4. Estilos de comunicação	17
1.3.5. A assertividade como alternativa eficaz na comunicação	19
1.4. Institucionalização e o Cuidado	22
1.4.1. Respostas Sociais de Apoio ao Idoso	23
1.4.2. O papel do Profissional Ajudante de Ação Direta	24
1.4.3. Comunicação Gerontológica	27
Capítulo II - Metodologia Empírica da Investigação	29
2.1. Problema e Objetivos do estudo	29
2.2. Tipo de Estudo	30
2.3. População e Amostra	30
2.4. Instrumento de Recolha de Dados	32
2.4.1. Escala de Atitudes Face aos Idosos (AKPI)	32
2.4.2. Escala Estilos Comunicacionais	35
2.5. Procedimentos e Tratamento de Dados	35

Capítulo III – Apresentação dos Resultados	39
3.1. Análise Descritiva	39
3.1.1. Caracterização Sociodemográfica.....	39
3.1.2. Escala AKPI.....	41
3.1.3. Escala Estilos Comunicacionais.....	44
3.2. Análise Inferencial	45
3.2.1. Escala AKPI.....	45
3.2.2. Escala Estilos Comunicacionais.....	48
3.3. Correlações entre a Escala AKPI e Escala EC	51
3.3.1. Correlação Escala AKPI (escala positiva e negativa) e Escala EC.....	51
3.3.2. Correlação Escala AKPI (áreas) e Escala EC.....	51
Capítulo IV – Discussão dos resultados	53
Capítulo V – Plano de intervenção	59
Capítulo VI – Conclusões e recomendações	63
Referências bibliográficas	65
ANEXOS	71

Lista de tabelas

Tabela 1 - Ajudantes de Ação Direta por Instituição	31
Tabela 2 - Características sociodemográficas da amostra (N=214).....	40
Tabela 3 - Total Escala Positiva e Negativa	41
Tabela 4 - Estatística Descritiva para os Itens da Escala	42
Tabela 5 - Áreas da Escala AKPI	43
Tabela 6 - Estilo Comunicacional Predominante	44
Tabela 7 - Correlações entre as Variáveis e as Escalas Positiva e Negativa	46
Tabela 8 - Correlações entre as Variáveis e as Áreas	47
Tabela 9 - Associação entre as Variáveis e os Estilos Comunicacionais.	49
Tabela 10 - Tabela de Contingência.	50
Tabela 11 - Correlação Escala AKPI (escala positiva e negativa) e Escala EC.....	51
Tabela 12 - Correlação Escala AKPI (áreas) e Escala EC	52
Tabela 13 - Retificações de alguns Itens da Escala Estilos Comunicacionais	85

Lista de abreviaturas

AKPI - Atitudes de Kogan para com as Pessoas Idosas

EC - Estilos Comunicacionais

IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social

ISS - Instituto Segurança Social

WHO - World Health Organization

Introdução

O crescente envelhecimento da sociedade tem aberto novos debates relacionados com as representações sociais do idoso e dos profissionais que lidam com esta faixa etária. Embora o processo de envelhecer seja por todos conhecido, explicar o porquê do envelhecimento nos organismos vivos é ainda bastante complexo. Esta complexidade das problemáticas associadas ao processo de envelhecimento, conduziu à escolha do tema do presente estudo de carácter quantitativo, exploratório e transversal.

É importante refletir sobre os desafios que se colocam à intervenção gerontológica, nomeadamente a qualificação dos profissionais ajudantes de ação direta, alterando atitudes, comportamentos e modelos de atuação desatualizados, sendo a população idosa mais exigente nas suas necessidades e caracterizada pela sua heterogeneidade. Nesta linha de análise, é requerido aos profissionais ajudantes de ação direta, o desenvolvimento de competências nas relações interpessoais, sendo uma competência fundamental, e não caindo em plena infantilização no cuidado ao idoso institucionalizado.

O envelhecimento é um processo normal que não é bem compreendido, o que tem contribuído para o aparecimento de mitos e estereótipos relativamente aos idosos. O conhecimento oriundo apenas da prática não é suficiente para garantir uma intervenção profissional adequada e de qualidade, os cuidadores formais precisam de desenvolver princípios teóricos que sustentam a sua prática quotidiana.

Portanto, torna-se essencial capacitar os profissionais pela via da formação gerontológica e tecnicamente preparados para abordar o idoso, tendo em conta a sua heterogeneidade, a sua história de vida, e como tal, com formas diferenciadas de ser e de estar nesta fase de vida, ajudando a fomentar a suas capacidades de comunicação e de relação interpessoais.

Segundo Simões (2007:216), “as representações sociais dizem respeito ao modo como nós, sujeitos sociais, vemos e apreendemos a realidade que nos rodeia, e que nos remete para todo um conjunto de fenómenos e explicações criadas no quotidiano e, decorrentes da comunicação inter-individual”. São constituídas por processos sociocognitivos derivadas das interações sociais, que se traduzem em implicações na vida quotidiana. Regulam e orientam a nossa forma de comunicar. Logo, em consequência, possuem impacto nas relações que estabelecemos com os outros.

A sociedade, no que diz respeito ao envelhecimento, adequa os seus comportamentos e a sua comunicação de acordo com as representações sociais que possui do mesmo e do significado que este adquire nas suas vidas (Cabecinhas, 2004). Deste modo, é relevante considerar a par das representações sociais, os padrões comunicacionais associados que, no seu conjunto, se refletem em atitudes e formas de tratamento que diversos profissionais a exercer no âmbito da gerontologia prestam aos idosos.

Independentemente da idade, para que a comunicação se torne efetiva, é necessário assertividade, sensibilidade, atenção, paciência, interesse e amor, principalmente quando nos referimos a uma pessoa idosa. Como refere Moura (2014), comunicar aumenta a qualidade de vida e mantém a pessoa ligada aos acontecimentos do dia-a-dia.

Este trabalho pretende investigar as representações sociais e o estilo comunicacional predominante dos profissionais ajudantes de ação direta e de que forma se relacionam entre si. A escolha destes profissionais prende-se pelo facto de que são os que lidam diariamente

com os idosos. Neste sentido, foi desenvolvido um estudo quantitativo, exploratório e transversal e a questão-guia que norteou a nossa investigação foi *“Qual a relação entre a representação social do idoso institucionalizado e o estilo de comunicação do profissional Ajudante de Ação Direta que com ele interage?”*.

O presente estudo de investigação é constituído por cinco capítulos, no Capítulo I efetuamos a revisão de literatura acerca do estudo das representações sociais, nomeadamente sobre o idoso, o processo de comunicação e o papel dos ajudantes de ação direta, evidenciando a importância da comunicação gerontológica.

No Capítulo II, são delineados os objetivos gerais e específicos da investigação, englobando os pontos essenciais de um estudo deste tipo.

Depois no Capítulo III são apresentados e analisados os resultados e, no Capítulo IV, discutimos os resultados que resultaram da aplicação dos instrumentos de recolha de dados, seguido da confrontação com a presente revisão bibliográfica efetuada.

O Capítulo V respeita ao projeto de intervenção que tem como objetivo a desmistificação do processo de envelhecimento junto dos profissionais ajudantes de ação direta e a promoção de linhas orientadoras do que são boas práticas gerontológicas, nomeadamente na boa comunicação com o idoso.

Por último, no Capítulo VI, finaliza-se este trabalho com as respetivas conclusões, assinalando as limitações e apontando propostas futuras.

Capítulo I - Revisão de literatura

1.1. Representações Sociais: à procura de uma definição

“Os indivíduos não se limitam a receber e a processar informação, são também construtores de significados e teorizam a realidade social”.

(Vala, 2002: 457)

Em determinado contexto social, somos e agimos de acordo com uma base de comportamentos aos quais estão subjacentes o modo como percebemos os outros, como nos vimos a nós próprios e a forma como interagimos. A cognição social, essa base de comportamentos, é uma forma de conhecimento e de relação com o mundo social.

Produto da interação e da comunicação, as representações sociais são apresentadas por Moscovici (2003:26) como uma "modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos".

Para processarmos toda a informação relativa à nossa vivência social complexa, temos a necessidade de recorrer a esquemas que representam o conhecimento sobre nós, sobre os outros e sobre os nossos papéis. São esses esquemas, sistemas de significados e saberes, que nos servem de ponto de partida para processarmos e interpretarmos informação sobre o mundo social, para nos comportarmos dentro de uma coerência socialmente estabelecida e para formarmos opiniões sobre nós, sobre os outros e sobre os variados fenómenos do nosso contexto (Vala & Monteiro, 2010).

Serge Moscovici, considerado como um dos “pais fundadores da psicologia social europeia” (Jesuino, 1993:54), publicou em 1961 a obra *La Psychanalyse, son Image et son Publique*, inaugurando um novo campo na psicologia social: o estudo das representações sociais. Esta obra lançou uma problemática específica - como é que o conhecimento científico é consumido, transformado e utilizado pelo ‘homem comum’ (leigo) - e uma problemática mais geral - como constrói o homem a realidade.

Moscovici (2003) salienta que a representação social engloba fenómenos presentes no quotidiano dos grupos sociais, tem as suas raízes nos conceitos elaborados pelo senso comum, nas interações contínuas e na objetivação realizada por cada grupo e que se concretiza num campo específico de conhecimento.

Da mesma forma Vala (2002) sustenta que as representações sociais dizem respeito ao pensamento do senso comum, que por sua vez permeiam as relações humanas nas diferentes instâncias sociais, acreditando ser a compreensão do senso comum uma condição muito importante senão essencial para a compreensão da

realidade social, quando se considera que os sujeitos dessas relações são agentes ativos no processo de criação e recriação da mesma.

Mannoni (1998) defende que as representações sociais estão enraizadas no interior do dispositivo social e desempenham um papel determinante na vida mental do homem, englobando conceitos autênticos acerca de objetos físicos, sociais, de pessoas. Segundo o autor, é a elas que recorreremos espontaneamente para percebermos as características do ambiente físico e humano que nos rodeia.

O conceito de representação social é híbrido e entrecruza “noções de origem sociológica, tais como a ideologia, cultura, norma, valor e noções de origem psicológica como imagem, sentimento, pensamento, opinião, atitude” (Negreiros, 1995:20). A representação social, não é apenas a (re)formulação mais ou menos coerente de um saber, é também a sua interpretação e questão de sentido (Herzlich, 2005).

O estudo das representações sociais caracteriza-se por uma grande pluralidade metodológica, temática e conceptual. Vala (2002) agrupou as principais questões analisadas pela literatura nesta área nas categorias seguintes: a inscrição social e a natureza social das representações sociais; os conteúdos e a organização interna das representações sociais; a função social e a eficácia social das representações sociais; e o estatuto epistemológico das representações sociais.

É importante, deste modo, compreender a relação entre representações sociais e relações sociais, uma vez que não é possível compreender a evolução e organização de uma representação se esta não for integrada na dinâmica social. Para além disso, torna-se necessário levar em linha de conta que a estrutura social remete para diferenciações que se irão refletir na construção de distintas representações sociais de um mesmo objeto (Moliner, Rateau & Cohen-Scali, 2002).

Na opinião de Jodelet (1989), as representações sociais são fenómenos complexos, permanentemente ativados na vida social, constituindo-se de elementos informativos, cognitivos, ideológicos e normativos. Na mesma linha de ideias, Vala (2002) refere que a ideia de representação social remete para um fenómeno psicossocial complexo, cuja riqueza torna difícil a produção de um conceito que o delimite e simultaneamente não esbata a sua multidimensionalidade.

As representações sociais constroem-se a partir de vários materiais com origens diversificadas, sendo uma parte significativa o resultado de uma base cultural acumulada na sociedade, no decorrer do seu processo histórico (Moliner, Rateau e Cohen-Scali, 2002). Uma base cultural comum que circula e transpõe a sociedade, através da partilha de crenças, valores éticos, referências históricas e culturais que constituem a memória coletiva e a identidade da própria sociedade. É na génese desta base cultural que se “modela a mentalidade de uma época, que se constroem as categorias básicas que estruturam as representações sociais” (Negreiros, 1995:22).

Moscovici (2003) aponta para a existência de três eixos, a partir dos quais se estruturam as componentes de uma representação social: a atitude, a informação e o campo de representação. A atitude foca-se na orientação global do comportamento face ao objeto da representação, a informação refere-se aos conhecimentos que se tem sobre o objeto representado e varia consoante os grupos sociais, os meios de acesso à informação e os diversos objetos. O campo de representação, por último, diz respeito à organização e hierarquização dos elementos que constituem a própria representação social. Refere-se à forma como esses elementos se estruturam.

Mannoni (1998) defende que a emergência das representações se dá no seio de três contextos: o primeiro, constituído pelo imaginário individual onde surgem as representações individuais; o segundo, constituído pelo imaginário coletivo onde surgem as representações sociais; e o terceiro, composto pela realidade social onde se manifestam as ações socialmente representadas. Naturalmente, os três contextos mantêm uma relação muito estreita.

É importante colocar, então, a questão de como se formam as representações sociais. Moscovici (2003) apresenta-as em duas faces indissociáveis como uma folha de papel, que possui frente e verso. Uma face figurativa e outra simbólica num processo de objetivação e ancoragem.

A objetivação é o processo por meio do qual uma noção abstrata ganha forma, se transforma em algo quase concreto, partindo de imagens ou ideias para algo que exista no mundo físico. Em síntese, “a objetivação permite compreender como, no senso comum, as palavras e os conceitos são transformados em coisas, em realidades exteriores aos indivíduos” (Vala, 2002:502).

Por sua vez, a ancoragem é o processo de classificar informações sobre um objeto social em relação a estruturas de conhecimento anteriormente existentes, ligando as representações sociais a uma memória coletiva. Assim, a ancoragem completa a construção da representação social, uma vez que realiza o processo de denominação das ideias, e é a uma integração cognitiva do objeto representado num sistema de pensamento social preexistente.

Uma representação social ao ancorar num grupo social que a está a construir, vai tomar uma forma ou orientação específica, servindo os interesses desse mesmo grupo. Isto é, “a ancoragem refere a transformação do não familiar em familiar, um processo que remete para a sociogénese das representações sociais e para a sua funcionalidade. Esta dimensão funcional e prática das representações sociais manifesta-se na organização dos comportamentos, das atividades comunicativas, na argumentação e explicação quotidianas, e na diferenciação dos grupos sociais” (Vala, 2002:502).

Neste sentido, uma representação social é perspectivada a partir das experiências individuais dos sujeitos, das informações, saberes e modelos de pensamento, que são recebidos e transmitidos pela tradição, educação e comunicação social, e que constitui o conhecimento do senso comum.

Porto (2006) sustenta que as representações sociais são o fruto da articulação das subjetividades pessoais e coletivas, num processo de atividade mental, mediante o qual as estruturas cognitivas, emocionais e afetivas se encontram em intercâmbio e em constante reconstrução da realidade pela atribuição de significados.

A dinâmica sociocultural em que se constituem as representações sociais influi fortemente no processo. Assim, considerando as sociedades contemporâneas, nas quais cada indivíduo pertence a variadas e simultâneas redes sociais e tem contacto com outros diversos meios culturais, o estudo das representações sociais torna-se extremamente complexo (Cabecinhas, 2009).

Podemos dizer, então, que as representações sociais apresentam uma dupla faceta, reproduzem e constroem a realidade. No primeiro caso as representações sociais reproduzem a realidade exterior, adotando o esquema clássico segundo o qual o sujeito reage a estímulos exteriores, emitindo uma resposta correspondente. Assim sendo, as representações sociais funcionam como mediadores entre o estímulo e a resposta. Enquanto construtores da própria realidade, as representações pressupõem que não há separação entre o universo exterior e o universo interior do sujeito. Ou seja, “sujeito e objeto não são essencialmente distintos” (Moscovici, 2003:9).

1.2. Representações Sociais da Velhice

A temática do envelhecimento e do seu processo tem chamado cada vez mais a atenção dos profissionais de diferentes áreas de investigação científica, bem como da própria sociedade. Ao longo das últimas décadas, assiste-se ao aumento significativo do número de idosos decorrente do aumento de esperança média de vida e da descida de fecundidade.

A velhice não se inicia com determinada idade cronológica, nem ocorre de forma igual em todas as pessoas. O envelhecimento é um processo pessoal, que tem reflexos na forma como nos comportamos, nos nossos hábitos e costumes.

As representações sociais sobre envelhecimento (Camargo, Schulze & Veloz, 1999) foram sofrendo alterações ao longo dos tempos de acordo com as épocas, culturas e sociedades. São construídas com base em imagens físicas e sociais provenientes de um conhecimento estruturado nos valores das sociedades. Quando se categorizam os indivíduos, por exemplo, pela sua idade, significa que os enquadrámos num determinado grupo de pertença, sendo neste caso ativado o estereótipo do grupo da idade.

A velhice tem sido referenciada em muitos estudos com características negativas e numa apreciação estereotipada dos indivíduos com mais de 65 anos de idade. Na linha de pensamento de Marques (2011), o idadismo é entendido como preconceito e discriminação contra ou a favor de um determinado grupo etário. Apesar deste conceito ser aplicado a pessoas de todas as idades, ele é vulgarmente associado à velhice e a conotações negativas.

Castro (2007), complementa esta ideia ao afirmar que a modernização da sociedade transformou o modo e o meio em que vivemos, conferindo à maioria dos idosos a impossibilidade de partilha e progresso.

Marques (2011:36) salienta três aspetos essenciais que conduzem ao idadismo, sendo eles “o processo de categorização por idades, a inatividade das pessoas idosas e a perceção de ameaça dos gastos com o envelhecimento e o predomínio da cultura da juventude”.

Apesar das definições e representações sociais em relação ao idoso dependerem bastante de variáveis de natureza biológica, social, intelectual, económica e funcional, a definição cronológica continua a ser útil para delimitar aqueles que podem ser considerados idosos. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), a população da terceira idade é classificada de acordo com o desenvolvimento, o limite fixado é de 65 anos (Sampaio, Rodrigues, Pereira, Rodrigues & Dias, 2011).

O mundo social e humano raramente nos é apresentado objetivamente, sem apresentar adjetivações, ou seja, estereótipos, que são perceções (representações sociais) extremamente simplificadas e geralmente com ausência de matrizes (Martins & Rodrigues, 2004). Na medida em que o conhecimento humano não é capaz de ser sempre complexo, flexível e crítico podemos dizer que tendemos a cair no estereótipo (Castro, Diaz & Vega, 1999).

Atualmente tem-se assistido a transformações na construção da representação social do envelhecimento, talvez porque a sociedade está a construir novos significados acerca da potencialidade que a longevidade tem trazido, com o controlo do processo de envelhecimento físico, com os avanços da medicina. A melhoria da qualidade de vida, levando-os à participação social, ao desenvolvimento de atividades nunca antes pensadas para esta população, dissipando-se gradualmente a imagem de decrepidez, inatividade e incapacidade, que durante longos anos descreveram a velhice (Castro, 2007).

Vieira (2004:43) acrescenta que “ (...) do ponto de vista das representações sociais, a velhice não é um problema demográfico, e sim determinado por questões relativas ao reconhecimento da necessidade de uma nova visão social”, que permita o resgate de significados positivos em torno dos idosos, devolvendo-lhe o seu espaço e a sua dignidade na sociedade.

Simões (1985:207) faz referência aos estereótipos relacionados com os idosos, definindo o conceito, sob o ponto de vista psicossocial como “uma matriz de opiniões, sentimentos atitudes e reações dos membros de um grupo com as características da rigidez e da homogeneidade”.

De acordo com Marques (2011:38), “é importante compreender, que de facto, quando classificamos as pessoas em determinadas categorias, não o fazemos de um modo isolado, mas somos influenciados pelo modo como as sociedades em que

vivemos concebem estas diferentes categorias e pelas representações que lhes estão normalmente associadas”.

O envelhecimento é, na perspetiva dos gerontólogos, um fenómeno marcado pela complexidade e heterogeneidade. Simões (1985:110), considera que se pode ser “velho fisicamente, psicologicamente de meia-idade e jovem, socialmente”. Ainda segundo o autor é possível combinar de forma diferente qualquer uma destas três situações.

1.2.1. Atitudes face à velhice/idoso

O envelhecimento é um processo determinado também pela cultura e contexto social, pelo que é entendido como uma alteração de atitudes e mentalidades que resulta das interações que se vão estabelecendo entre os diversos grupos etários e as suas condições de vida.

Todos os profissionais são membros de uma sociedade e, por isso, partilham os seus valores, expectativas e atitudes (Jacob, 2002). Os médicos, enfermeiros, ajudantes de ação direta, técnicos de serviço social, animação social, são grupos de profissionais que mais prestam cuidados e apoio a pessoas idosas, em diversos contextos. Apesar da vasta literatura sobre imagens da velhice e do envelhecimento, ainda há poucas referências específicas às atitudes que estes profissionais têm.

De acordo com Palmeirão e Menezes (2012) as pessoas não formam ou mantêm as suas atitudes em isolamento. Fazem-no inseridas num determinado contexto sócio histórico e cultural, num encadeamento de influências e de aprendizagens que modulam crenças, valores e sentimentos.

As representações sociais são importantes, pois a forma como vemos o outro pode influenciar frequentemente o modo como nos comportamos com o mesmo. Os profissionais que trabalham com idosos não estão alheios a estas situações, havendo vários fatores que poderão influenciar as atitudes sociais relativamente às pessoas idosas e ao envelhecimento, e que de alguma forma comprometem as relações que se estabelecem (Marques, 2011).

A representação que o profissional possa ter do idoso, por exemplo como sendo uma pessoa doente e frágil, influencia a sua avaliação e intervenção conduzindo, para este exemplo concreto, a uma perspetiva reducionista e não a uma perspetiva biopsicossocial. É importante que o entendimento dos profissionais que contactam com este grupo etário reconheça a sua heterogeneidade e necessidades individualizadas. Uma avaliação apropriada deverá permitir a identificação de problemas, a determinação de objetivos e a implementação dos cuidados adequados a prestar (Moura, 2014).

Durante muitos anos as atitudes foram definidas como envolvendo sentimentos, crenças e modos de agir. Recentemente as teorias desenvolvem uma conceção das

atitudes como avaliações que se relacionam de modo complexo com crenças, sentimentos e ações (Lima, 2002).

Efetivamente, o estudo das atitudes reveste-se de grande importância dado serem elementos fundamentais da vida que guiam o modo como as pessoas pensam, agem e sentem (Neto, 1998).

Nos pressupostos teóricos defendidos por Berger e Mailloux-Poirier (1995), e Dinis (2002), assim como Castro, Diaz e Vega (1999), a atitude é um conjunto de juízos que se desenvolvem a partir das nossas experiências e da informação que possuímos das pessoas ou grupos. Pode ser favorável ou desfavorável e embora não seja uma intenção pode influenciar comportamentos.

Mas o envelhecimento não é só isto. O envelhecimento é um conjunto de processos que afetam os indivíduos, tanto a nível biológico, social ou psicológico, e estes próprios processos são afetados pela sociedade envolvente. Também o papel do idoso tem um valor conseqüente à forma em como é visto pela sociedade, isto é, incluído ou excluído. Os valores e as práticas de cada sociedade atribuem maior ou menor importância ao papel do idoso: numa sociedade mais conservadora, o idoso é enaltecido pelos seus conhecimentos e experiência, quando que noutras a velhice é sinonimo de incapacidade e rejeição (Pimentel, 2005). Assim, quando as pessoas idosas são mencionadas como inteligentes ou competentes, o reforço positivo associado torna-as mais capazes de se movimentarem de modo mais estável e rápido; da mesma forma, acreditar em estereótipos negativos sobre o envelhecimento, tais como senil, dependente ou frágil pode limitar as suas capacidades funcionais (Sousa, 2006 citado por Ribeiro, 2007).

Estas atitudes face aos idosos são muitas vezes negativas e, em parte, são responsáveis pela imagem que eles têm de si próprios, bem como das condições e das circunstâncias que envolvem todo o envelhecimento (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

De acordo com os mesmos autores, os profissionais que trabalham com idosos também são influenciados pelos seus elementos sociais, não assumindo todos o mesmo tipo de atitudes. Geralmente identificam-se sete atitudes ligadas ao envelhecimento nos profissionais: visão realista do envelhecimento; uma visão que nega os efeitos do envelhecimento; ansiedade relativamente à velhice; distância social em relação aos idosos; aumento do sentido das responsabilidades perante os idosos; menor responsabilização individual do que social e, por último, a presença de estereótipos ou de preconceitos desfavoráveis (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

As atitudes que adotamos perante o idoso e a forma como nos relacionamos com ele, condicionam vincadamente a forma como encaramos a velhice e todo o processo de envelhecimento. Desta forma, se tivermos atitudes positivas e estimulantes poderemos promover a sua integração na sociedade, ao passo que atitudes negativas podem contribuir para um sentimento de mal-estar e de peso para os outros. Das positivas destacamos o respeito, a confiança e a luta contra as atitudes negativas

como a gerontofobia, o idadismo (“ageism”), o automorfismo social e a infantilização ou “bebeísmo” (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

De acordo com os mesmos autores, a gerontofobia é o medo irracional de tudo quanto se relaciona com o envelhecimento e com a velhice, sendo portanto uma atitude muito negativa. Comportamentos desfavoráveis e negativos como a recusa, apatia e indiferença estão patentes neste tipo de atitude. Ao nível dos profissionais, a gerontofobia está presente na infantilização dos utentes idosos e no excesso de autoridade, sendo a opinião dos idosos normalmente ignorada, não os considerando confiáveis e no desenvolvimento de comportamentos de sobreproteção. (Martins & Rodrigues, 2004).

O idadismo vem do termo inglês “ageism” e reporta-se a todas as atitudes negativas e formas de discriminação com base na idade e que estão largamente incutidas na sociedade, das quais destacamos o preconceito de que ser velho é ser doente. Um dos exemplos mais flagrantes do idadismo na nossa sociedade torna-se evidente na atitude que muitos médicos revelam quando dizem a um idoso que a dor que sente num determinado membro está necessariamente relacionada com o envelhecimento (Martins & Rodrigues, 2004). Esta atitude existe, tanto de forma consciente como inconsciente, e é necessário que o Estado e a sociedade civil promovam uma imagem mais ajustada à realidade sobre os mais velhos e sobre uma sociedade crescentemente envelhecida (Moura, 2014).

O automorfismo social define-se como o não reconhecimento da unicidade do idoso, o facto de não podermos considerar os idosos como uma categoria homogénea, pois “cada individuo tem uma história, uma personalidade e é condicionado por um conjunto de fatores que tornam a sua existência única, ainda que partilhando experiências sociais com outros” (Pimentel, 2005: 50).

Outra forma comum é a infantilização, sendo a utilização de um discurso muito simples e lento, com entoação e explicações exageradas (discurso infantil e paternalista). Além de inúteis, este tipo de discursos, sobretudo se usados em público, constitui uma ameaça para a sua autoestima e dignidade (Berger & Mailloux-Poirier, 1995). Uma das formas mais evidentes de infantilização por parte dos profissionais é o tratamento por “tu”, uso de diminutivos e o planeamento de atividades sociais e/ou recreativas, inadequadas para as necessidades do idoso (Ribeiro, 2007).

Existem alguns elementos sociais capazes de influenciar as atitudes perante a velhice e os idosos, de entre os quais destacamos: alteração da aparência física, proximidade da morte, aumento da dependência, comportamento lento, imagens positivas ou negativas difundidas pela imprensa (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

Saldanha (2009:32) afirma que o ideal era que toda a “sociedade visse os Velhos como pessoas úteis ou que já trabalharam, que possuem conhecimentos feitos de experiências que nenhum livro poderá conter na totalidade, e enquadrá-los na sociedade de acordo com a história e a cultura dos países em que viveram a maior parte da sua existência”.

É urgente contrariar comportamentos discriminatórios de que o envelhecimento é sinónimo de doença, visto que, em qualquer fase da vida, o ser humano é vulnerável aos mais diversos tipos de patologias. Deste modo, é necessário ouvir e aprender com os idosos os reais significados da velhice e como ela interfere na sua vida, no intuito de desmistificar atributos que ainda são a eles associados, mas que, muitas vezes, não são incorporados e considerados como verdades absolutas (Moura, 2014).

1.2.2. Estereótipos e Mitos relativos ao Idoso

Socialmente, e no caso dos idosos, a valorização dos estereótipos projeta sobre a velhice uma representação social gerontofóbica e contribui para a imagem que estes têm de si próprios, bem como das condições e circunstâncias que envolvem velhice, pela perturbação que causam uma vez que negam o processo de desenvolvimento (Martins & Rodrigues, 2004).

Associados à velhice surgem estereótipos e preconceitos, que afetaram tanto a forma de lidar com os idosos, como a forma de estes se perceberem. Segundo Marques, Lima e Novo (2006) os estereótipos predominantes dizem respeito à proximidade com a finitude humana e perdas relacionadas com o processo de envelhecimento. Por seu lado, Marques (2011) refere que os estereótipos sobre os idosos abrangem os domínios físico, cognitivo, emocional e social.

Como estereótipo entende-se a imagem mental simplificada de alguma categoria de pessoas, instituições e acontecimentos, sendo um conjunto de crenças sobre as características dos membros de determinado grupo social que levam a que tenhamos determinadas atitudes e comportamentos para com eles em grupo, podendo essa imagem mental não possuir fundo de verdade. Tanto atitudes como estereótipos funcionam como esquemas mentais, influenciando de forma efetiva as nossas condutas perante o outro (Ferreira, 2007). Dito de outra forma é um “chavão”, uma opinião feita, uma fórmula banal desprovida de qualquer originalidade. Ou seja, é uma “generalização” e simplificação de crenças acerca de um grupo de pessoas ou de objetos, podendo ser de natureza positiva ou negativa (Castro, Diaz & Vega, 1999).

O estereótipo positivo, é aquele em que se atribuem características positivas a todos os objetos ou pessoas de uma categoria particular. Por exemplo, que todos os idosos são prudentes. Contrariamente, um estereótipo negativo, atribui características negativas a todos os objetos ou pessoas de uma determinada categoria. Por exemplo, que todos os idosos são senis. (Martins e & Rodrigues, 2004)

Berger e Mailloux-Poirier (1995) consideram que os mitos e estereótipos causam uma enorme perturbação nos idosos, uma vez que negam o seu processo de crescimento e os impedem de reconhecer as suas potencialidades.

Um estudo realizado na Universidade de Montreal, por Champagne e Frennet (citados por Berger & Mailloux-Poirier, 1995:67-68), permitiu identificar os estereótipos mais frequentes relativos aos idosos e que passamos a descrever: “os

idosos não são sociáveis e não gostam de se reunir; divertem-se e gostam de rir; temem o futuro; gostam de jogar às cartas e outros jogos semelhantes; gostam de conversar e contar as suas recordações; gostam do apoio dos filhos; são pessoas doentes que tomam muita medicação; fazem raciocínios senis; não se preocupam com a sua aparência; são muito religiosos e rezam muito; são muito sensíveis e inseguros; não se interessam pela sexualidade; são frágeis para fazer exercício físico; são na grande maioria, pobres.”

A maioria destes estereótipos está ligada não a características específicas do envelhecimento, mas sim a traços da personalidade e a fatores socioeconómicos. Por vezes, a formação de estereótipos simplifica de tal modo a realidade, que as diferenças e características dos indivíduos de um dado grupo, são ignoradas. No caso dos idosos, estes estereótipos surgem devido ao desconhecimento relativamente ao envelhecimento.

Ao identificar estes mitos, entende-se que a sociedade vê a velhice como uma doença incurável, como um declínio inevitável. No entanto, o envelhecimento é um processo normal que faz parte da vida de qualquer ser humano. Os mitos e estereótipos que a sociedade tem do processo de envelhecimento, causam ao idoso grande perturbação, uma vez que negam o seu processo de crescimento e os impedem de reconhecer as suas potencialidades (Berger & Mailloux-Poirier,1995).

O uso de estereótipos ou preconceitos implícitos, que existem e operam sem conhecimento ou o controlo consciente da pessoa, podem levar a atitudes, comportamentos e formas de tratamento discriminativas e preconceituosas. Torna-se assim pertinente o conhecimento destes estereótipos e preconceitos implícitos de forma a melhor compreender os comportamentos e atitudes face ao idoso. Com isso será possível elaborar modelos de intervenção mais adequados, pois a ação profissional exige a problematização das dificuldades e carências das populações para construir os problemas profissionais e encontrar as respostas para delinear estratégias, tomar decisões, planejar, agir nos contextos de ação (Cachioni, 2002).

1.3. Perceção interpessoal e Comunicação

No nosso dia-a-dia estamos constantemente a formular opiniões sobre os outros. Segundo Tagiuri (citado por Freixo, 2006:169) a “perceção da pessoa refere-se ao processo pelo qual o homem passa a conhecer e a pensar sobre outras pessoas, as suas características, qualidades e estados interiores”.

Freixo (2006) refere que grande parte do nosso tempo é gasto a interagir. Nessa interação estamos frequentemente a efetuar juízos sobre os outros acerca do que são ou parecem ser, sobre o porquê de determinado comportamento, juízos estes que apresentam consequências sobre a vida de cada um de nós.

Segundo este autor os fatores que mais contribuem para a formação das primeiras impressões estão condicionadas por fatores físicos; fatores verbais e fatores

comportamentais (comportamentos observados na pessoa, que servem para formar impressão).

Nesta formulação das impressões, o decisivo é a interpretação de quem percebe. É este fator que, segundo Freixo (2006:171), “por vezes gera dificuldades ao nível das relações interpessoais”.

Os estereótipos tornam-se inevitavelmente elementos impeditivos na procura de soluções precisas e de medidas adequadas, tornando-se urgente o combate a estas representações sociais gerontofóbicas e de carácter discriminatório, levando, em consequência, os cidadãos a adotar medidas e comportamentos adequados face aos idosos (Marques, 2011).

É importante que a sociedade reflita de forma a primeiro contestar somente a ideologia que considera a idade como único e determinante fator do percurso de vida das pessoas e, segundo, aprender a considerar muitas outras variáveis, como os padrões comunicacionais com o idoso e a importância destes ao nível da promoção social sendo importantes e determinantes no processo de envelhecimento.

Frequentemente ouvem-se profissionais que trabalham com pessoas idosas proferirem “desabafos” e alguma frustração porque não conseguem implementar os seus projetos. Denominam os idosos como seres que já não fazem nada e esta percepção é condicionada por uma mentalidade que a sociedade impõe aos idosos de que são inúteis, que para nada servem. Este sentimento para ser alterado, exige também uma alteração de posturas e formas de estar na vida dos mais velhos, sendo fundamental que estes queiram transmitir uma imagem diferente daquela que vigora no momento.

A promoção de atitudes positivas do envelhecimento constitui uma forma importante da promoção da visão da pessoa idosa numa sociedade velhista. Permite que as normais necessidades associadas ao envelhecimento fisiológico não signifiquem apenas o aumento da incapacidade física ou mental, e possibilitam a elaboração de normas de comportamento adequado a idade em torno de um estilo de vida ligado ao lazer (Marques, 2011).

1.3.1. Comunicação Interpessoal

O relacionamento interpessoal é um facto importante para sucesso na nossa vida.

Muitas vezes relacionamo-nos facilmente com algumas pessoas e temos dificuldades em lidar com outras. Este tipo de conflito ocorre quando predominam as diferenças no relacionamento interpessoal. Quanto maior for as diferenças (imagens, estereótipos, enfim, percepções diferentes) mais rapidamente as relações interpessoais se dissipam.

Um aspeto importante para um bom relacionamento interpessoal depende de uma boa comunicação entre emissores e recetores. Dias (2001) refere que a comunicação

constitui a primeira área a ser focalizada quando se estudam as interações humanas e os métodos para a mudança ou influência do comportamento humano nas organizações.

Um dos mais fortes e constantes impulsos humanos é a necessidade de estabelecer relações com os outros indivíduos, sendo uma característica fundamental, pois o Homem é um ser social. Esta presença constante de fenómenos comunicacionais à sua volta, tanto ocorre com o ser humano enquanto emissor, como no seu papel de recetor. A comunicação é, pois, um processo contínuo e permanente.

Segundo Vagos (2006) podemos definir comunicação como a transmissão e compreensão do quê mediante a utilização de símbolos comuns, quer sejam verbais ou não verbais. Só há comunicação quando aquilo que é transmitido tem significado comum para o emissor e recetor.

O Homem desde sempre sentiu uma grande necessidade de transmitir os seus sentimentos, as opiniões as suas angústias. Comunicar não significa apenas falar às pessoas, mas também, ouvi-las. Na verdade, se não ouvirmos eficazmente as pessoas, não lhes poderemos também falar de modo eficaz. Ser simpático, atencioso, saber ouvir, saber dar conselhos prudentes, saber fazer uma crítica construtiva e motivadora entre outras, são atitudes promotoras de comunicações positivas e eficazes, que vários autores e investigadores referem como essenciais.

Do mesmo modo, Estanqueiro (2009) refere a escuta ativa e outras atitudes positivas como o autodomínio e o diálogo, quando afirma que o autodomínio é uma forma de inteligência emocional que favorece o bem-estar pessoal e a relação com os outros. O autor realça também o diálogo, como promotor de entendimentos e confiança mútua, humanizando os desacordos, considerando-o como a atitude ideal a adotar na resolução de conflitos entre as pessoas.

Estanqueiro (2009) considera ainda uma das exigências de um diálogo autêntico promotor de uma boa comunicação interpessoal, a valorização do que une os seres humanos uns aos outros ou o que têm em comum e o respeito pelos outros, a abertura de espírito que lhes permite interpretar opiniões e pontos de vista diferentes dos seus, sob o primado de que ninguém é dono da sabedoria, não existindo na comunicação interpessoal, como em tudo na vida, certezas absolutas. Segundo o autor, o diálogo conduz à sabedoria, fazendo emergir a conciliação e a paz nas relações humanas.

De acordo com Fachada (1991) o saber escutar é, verdadeiramente, o grande segredo da comunicação interpessoal, pelo que os grandes comunicadores são ouvintes atentos e muitíssimo interessados, dando a devida importância aos outros e, deste modo, induzindo os outros a respeitá-los e a aprender a escutar.

Desta forma, todas as comunicações possuem em si mesmas valores, princípios e atitudes, enraizadas em experiências anteriores, bem como em experiências atuais, sendo a partir destas correlações que emergem os comportamentos do homem,

refletindo a adaptação que os seres humanos fazem às situações com que se deparam, ao longo das suas vidas. Assim, o processo comunicativo assenta nas características e necessidades individuais de cada ser humano, bem como está relacionado com a sua experiência pessoal, de comunicação.

Sendo o Homem, por natureza, um ser social preparado para viver em sociedade, esta partilha de opiniões, comportamentos e todo um conjunto de experiências, tem como objetivo o convencer e persuadir os seus semelhantes, a adotar determinada ação ou comportamento específico levando-os a estabelecer com os outros, uma complexidade de interações, num conjunto relacional extremamente complexo (Freixo, 2006).

1.3.2. Elementos do Processo de Comunicação

Todos os seres humanos comunicam entre si, através do processo comunicativo, no qual organizam e edificam sistemas sociais. São esses mesmos sistemas sociais que organizam e sistematizam a maneira como cada um se comunica, com o seu semelhante.

Estanqueiro (2009) refere que nos processos comunicativos é de extrema importância o significado que os seres humanos conferem às “coisas”, à postura, aos gestos, às palavras, entre outros, bem como identificar a relevância dada aos significados, que os outros com quem se comunicam atribuem a esses mesmos estímulos. Uma mesma mensagem, transmitida de forma diferente, é rececionada igualmente de forma diferente no processo comunicativo. Existem quatro elementos cuja existência permitem que este processo ocorra: o emissor, o recetor, a mensagem e o canal de comunicação.

De acordo com Fachada (1991) o homem sente necessidade de comunicar. Para que isso seja possível, é necessário que haja um emissor, um canal de transmissão e recetor. É um processo complexo, em que o emissor sente necessidade de comunicar, de elaborar a mensagem, codificá-la e emitir informação. Para que a comunicação exista e se processe com eficácia é necessário que o emissor emita uma mensagem que seja perceptível e compreensível pelo recetor. Este, por sua vez, ao recebê-la, tem de descodificá-la.

A comunicação é um processo que consiste em transmitir ou fazer circular informações, ou seja, é um conjunto de dados total ou parcialmente desconhecidos do recetor, antes do ato comunicativo. Para que isso seja possível é necessário de acordo com os mesmos autores que o emissor e o recetor partilhem de um mesmo código para processamento da descodificação; a relação entre emissor e o recetor seja bilateral; a mensagem seja recebida como portadora de um significado e, portanto, conduzir a um ato cognitivo. A mensagem é codificada pelo emissor e descodificada pelo recetor, pelo que conhecer e utilizar um código comum aos dois é de extrema relevância. Quando esse conhecimento comum não existe entre estes dois elementos,

estamos em presença de uma das múltiplas barreiras à comunicação, a qual impede que ela se processe. Deve haver flexibilidade na adaptação à situação, não esquecendo que o diálogo é fundamental; por outro lado o esquema de comunicação não pode ser desligado do ambiente em que se realiza. Aquilo que está em redor não pode ser desligado do ambiente, os participantes, o tipo de atividade e a linguagem vão influenciar o processo de comunicação. (Bitti & Zani, 1997)

Na comunicação humana é preciso combinar os dois códigos no processo de codificação e de decodificação. Deve escolher-se uma linguística adaptada a quem ouve (Watzlawick, 2002). O processo de comunicação é interdependente, pois os comunicadores afetam-se mútua e simultaneamente, sendo um processo adaptativo envolvendo feedback, pois através da comunicação ajustamo-nos ao mundo das pessoas e coisas que nos rodeiam (Estanqueiro, 2009).

No processo comunicativo, o Homem seleciona apenas alguns estímulos e sinais, organiza-os e atribui-lhes um determinado significado, relativamente à forma como se relaciona com eles e o modo como estes emergem, das suas experiências comunicativas passadas e atuais (Fachada 1991).

1.3.3. Barreiras à Comunicação

O Ser Humano serve-se da linguagem para comunicar. A linguagem e o pensamento estão intimamente unidos, de modo que os pensamentos (ideias) se transformam em palavras para que os outros possam entender o melhor possível o que se quer transmitir.

O impacto da mensagem depende primeiramente da linguagem visual (movimentos do corpo, expressões faciais); depois do volume, tom, timbre, ritmo da voz; e só a seguir, da comunicação verbal (Watzlawick, 2002).

Na criação, transmissão e interpretação das mensagens verbais podem surgir elementos que dificultam, limitam, obstruem, de modo que a comunicação não seja eficiente. As barreiras mais frequentes de acordo com Dias (2007), Marques e Pinto (2009) podem ser barreiras semânticas, devidas ao uso incorreto das palavras pelo emissor ou devido ao desconhecimento do significado por parte do recetor. Além disso, nem sempre há concordância entre o que se pensa e o que se diz. A interpretação, às vezes, faz-se pela hermenêutica do suposto entredito. As barreiras psicológicas referentes aos sujeitos que pela sua timidez não podem comunicar como desejavam, outras por temor à autoridade do que exerce o poder, pois cada pessoa tem as suas próprias crenças, atitudes e medos. Há também tendência de avaliar os outros e situá-los no extremo do campo de apreciação. Assim, a deturpação da informação dá-se o nome de efeito de polarização. No que respeita às barreiras fisiológicas, estas são derivadas, por exemplo, de o sujeito ouvir mal, ou expressar-se com dificuldade, enquanto as barreiras físicas podem ter várias origens como o ruído ou as interferências, a distância física, a humidade, o espaço entre outros fatores. Existem ainda as barreiras socioculturais que são devidas às diferenças entre o

emissor e o recetor, tais como: as diferenças étnicas, religiosas, quanto ao nível económico, ao estatuto social, aos costumes, nas quais podem originar mal entendidos entre o recetor e o emissor. Por fim, as barreiras técnicas relacionadas com o canal de comunicação, com o fator tempo, com o excesso de informação.

A eficácia da comunicação interpessoal relaciona-se com os estatutos e atribuições dos interlocutores e com a ideia que o emissor faz do recetor. O tempo, espaço, o meio físico envolvente, o clima relacional, o corpo, os fatores históricos da vida pessoal e social de cada indivíduo em presença, as expectativas e os sistemas de conhecimento que moldam a estrutura cognitiva de cada ator condicionam e determinam o jogo relacional dos seres humanos (Dias, 2001). Quem possuir habilidades sociais melhora as relações interpessoais, diminui a ansiedade e o stress, sobretudo nas situações de conflito, e melhora a autoestima (Dias, 2007).

A comunicação deve ser clara, coerente, adequada, oportuna e adaptável. Deve haver precaução em relação aos ruídos que surgem no processo de comunicação e que afetam a sua qualidade. Os ruídos podem surgir em simultâneo ou de forma individualizada em todos os momentos do processo de comunicação, na fonte, no emissor, no feedback da comunicação, no conhecimento por parte do emissor que o recetor recebeu a informação.

1.3.4. Estilos de comunicação

Muitos autores convergem nas suas ideias relativas aos estilos de comunicação predominantes, a saber: o agressivo, o passivo, o manipulador e o assertivo (Casares & Moreno, 1998; Jardim & Pereira, 2006).

Os estilos de comunicação correspondem a disposições ou formas que os sujeitos têm de se expressar perante os outros (Fachada 1991). Um indivíduo pode expressar-se através de um estilo predominante (que vai sendo consolidado ao longo do processo de socialização) ou conjugar vários estilos conforme as situações o exigirem (Casares & Moreno, 1998; Moreira, 2004).

Fachada (1991) alerta-nos para a questão dos estilos pessoais na comunicação interpessoal. Mesmo que uma pessoa consiga comunicar de diferentes modos e saiba fazê-lo, ela escolhe sempre o modo como ela gosta de comunicar com os outros, ou seja, o seu estilo pessoal.

O estilo de comunicação passivo é caracterizado por ser conformista, inibido, submisso. É também caracterizado por estados emocionais ligados à ansiedade, pois o indivíduo pode escolher ser passivo porque tem medo de ser rejeitado ou confrontado pelo outro, ou ainda por sentir necessidade de atenção e afeto. Daí existir uma procura de aprovação e justificação excessivas (Casares & Moreno, 1998; Jardim & Pereira, 2006; Moreira, 2004).

Este estilo de comunicação passivo apresenta-se como insignificante, falando em tom baixo, sem contacto ocular, com uma postura encolhida e sempre pronto a pedir

desculpa (Jardim & Pereira, 2006). O seu papel é agradar e satisfazer, descurando o ser agradado ou satisfeito, o que se torna desgastante, frustrante e não gratificante (Vagos, 2006). Sente-se, de facto, cada vez mais insignificante, perdendo a sua autoestima, auto-respeito e autoconfiança, à medida que não se sente realizado e não sente que qualquer outro se preocupe em agradar-lhe (Martins, 2005).

De acordo com Vagos (2006), o indivíduo passivo não expressa os seus direitos ou opiniões, não luta por fazê-los valer, sendo facilmente dissuadido e fazendo na maioria das vezes não o que julga como correto e apropriado mas o que outrem lhe afirma como tal. Temendo acima de tudo ser julgado, abandonado, criticado pelo outro, o indivíduo passivo tem como sua primeira prioridade satisfazer as necessidades e desejos do outro, muitas vezes nem sequer tomando consciência de quais são os seus e se diferem ou não dos do outro.

O indivíduo que se enquadre neste estilo passivo tem uma atitude de evitamento perante as pessoas e os acontecimentos. Em vez de se afirmar tranquilamente, o passivo afasta-se ou submete-se. O passivo não age porque tem medo das deceções, é tímido e silencioso, nada faz (Fachada, 1991). Os sujeitos cujo estilo passivo seja predominante não expressam sentimentos, pensamentos e opiniões, reprimindo-os devido à falta de confiança e medo (Casares & Moreno, 1998; Jardim & Pereira, 2006).

No que concerne ao estilo agressivo, este abrange os comportamentos autoritários, dominantes, competitivos e prepotentes. Deste estilo, é ainda característica a ansiedade que é experienciada pelo indivíduo quando pretende vencer a todo o custo, fazendo com que não tenha em conta os direitos do outro, defendendo exagerada e unicamente as suas opiniões (Casares & Moreno, 1998; Jardim & Pereira, 2006; Moreira, 2004).

O indivíduo agressivo mostra total desinteresse pelos outros, suas opiniões e necessidades, que considera inferiores às próprias e, portanto, não dignas de ser ouvidas ou consideradas, mas sim alvo de menosprezo, humilhação e desvalorização (Vagos, 2006).

De acordo com Fachada (1991), no estilo agressivo, o indivíduo tem comportamentos de ataque contra outros ou contra acontecimentos, considera-se sempre vencedor através do seu método, mas não entende que se o fosse, não necessitaria de ser agressivo. Neste estilo, as emoções, pensamentos e opiniões são expressos pelo indivíduo por cima das opiniões do outro, o que revela falta de controlo emocional para determinadas emoções, como é o caso da raiva (Casares & Moreno, 1998; Jardim & Pereira, 2006).

Fachada (1991) refere que o sujeito agressivo prefere submeter os outros a fazê-los curvar, fala alto, interrompe e faz barulho com os seus afazeres enquanto os outros se exprimem. Caracteriza-se por uma postura de superioridade, de necessidade imperiosa de fazer valer as próprias opiniões, desejos, projetos (Jardim & Pereira, 2006). Para tal, o indivíduo usa uma postura ativa, um tom de voz elevado, um olhar demasiado fixo, violência verbal e mesmo física, gestos ameaçadores,

expressão facial zangada e controladora, que exige ao outro que se vergue e diminua (Castanyer, 2005). Também a agressividade é aprendida por modelagem, pois um indivíduo agressivo conviveu provavelmente com modelos agressivos e viu esses comportamentos serem reforçados e/ou permitirem a obtenção de benefícios, para si mesmo ou para o modelo. Assim cria a crença de que ser agressivo é a forma mais útil de concretizar os próprios objetivos e de que tem o direito a ver todos os seus objetivos concretizados. Age, portanto, de acordo com aquilo em que acredita (Vagos, 2006).

Quanto ao estilo manipulador é mais difícil de identificar, pois não se envolve diretamente com as pessoas, nem nos acontecimentos. O manipulador ao intervir realiza manobras de distração ou manipulação dos sentimentos dos outros. É uma pessoa muito “teatral”, que não fala dos seus objetivos (Fachada, 1991).

Um indivíduo com o estilo de comunicação predominantemente manipulador, trata-se de um sujeito que aprendeu ao longo do seu desenvolvimento que não poderá valer por si próprio, não será considerado se se apresentar tal qual é. A única forma de obter algum poder é usando e maximizando as falhas de outros mais frágeis ou sensíveis em seu benefício pessoal, o que acabará por levar, na maioria dos casos, à cessação dessas relações (Vagos, 2006).

O último estilo, considerado mais adaptativo, corresponde ao assertivo. Um indivíduo assertivo é caracterizado pela sua autoafirmação, autoexpressão, empatia, justiça, autocontrolo e expressão emocional ajustadas. Neste estilo, a ansiedade sentida é relativa ao facto de tentar defender o seu ponto de vista e os seus direitos, mas com atenção e aceitação dos direitos do outro (Casares & Moreno, 1998; Jardim & Pereira, 2006; Moreira, 2004).

Para Fachada (1991) a pessoa autoafirmativa é capaz de defender os seus direitos, os seus interesses e de exprimir os seus sentimentos, pensamentos e necessidades de forma aberta, direta e honesta. Tem respeito por si próprio e pelos outros, está aberto ao compromisso e à negociação, aceitando que os outros pensem de forma diferente de si, respeita as diferenças e não as rejeita.

1.3.5. A assertividade como alternativa eficaz na comunicação

A assertividade é definida como uma atitude de consideração, respeito e defesa de si mesmo e do outro, que assim se relacionam de forma construtiva e significativa. Este estilo de comunicação possui um carácter positivo na interação com os outros, designadamente, na asserção da autonomia, no bem-estar e na transformação das relações interpessoais em relações sociais adaptativas, produtivas, equilibradas e contínuas (Jardim & Pereira, 2006; Vagos 2006). Define-se como a capacidade de ter comportamentos de partilha, cooperação, respeito pelas regras do jogo, ajuda mútua, entre outros (Fachada, 1991).

Na clarificação do conceito de assertividade, Jardim e Pereira (2006), Casares e Moreno (1998) e Moreira (2004) concordam com o facto de a assertividade não ser uma capacidade inerente, mas sim passível de aprendizagem e modificação. Pode ser medida, é observável e é uma conduta de domínio interpessoal, uma vez que resulta das interações sociais, que quando são eficazes e satisfatórias traduzem o bem-estar das partes envolvida. Logo, a assertividade é integrada nas competências sociais (Jardim & Pereira, 2006; Moreira, 2004; Vagos, 2006).

Carochinho (2002) centraliza a assertividade em três aspetos essenciais: a capacidade de controlar e gerir as próprias emoções na expressão pessoal, de modo que não influam negativamente no desempenho social; a capacidade de realizar uma análise adequada das exigências da situação, para responder-lhe da forma mais apropriada; o pôr ou não em prática determinados comportamentos que se definem como assertivos.

Moreira (2004) assevera que as competências sociais podem, ser definidas por competências de comunicação interpessoal, na medida em que abrangem pensamentos, comportamentos e sentimentos que, quando incrementados eficazmente, possibilitam lidar de forma mais adaptativa com as dificuldades e necessidades encontradas ao longo do ciclo vital.

A assertividade comumente é comparada com a capacidade de “dizer não”, que envolve a tomada de consciência das próprias atitudes e condutas, de modo a agir de acordo com aquilo que se sente e aquilo que se acha mais correto, tanto para o outro como para o próprio (Jardim & Pereira, 2006; Moreira, 2004).

Nesta sequência, Martins (2005) define a assertividade como função da existência de um “eu-afirmativo” e um “eu-recetivo”. O primeiro diz respeito à capacidade de tomar consciência dos próprios pensamentos, sentimentos e comportamentos e expressá-los de forma clara e autêntica, aceitando-os como parte representativa de si mesmo e da forma como vê se o mundo. O segundo refere-se à procura de partilha e respeito pelo ponto de vista do outro, valorizando-o enquanto pessoa com iguais direitos que o próprio. Por seu turno, Castanyer (2005) define o ser assertivo como a capacidade de se autoafirmar e expressar e defender os próprios direitos, sem se deixar manipular e sem manipular o outro, tentando chegar a um acordo mutuamente vantajoso.

Ao definir assertividade é forçoso definir os comportamentos e postura que se lhe associam, ou seja, não apenas o que se faz mas também como se faz. O comportamento assertivo caracteriza-se por ser ativo e não apenas reativo; ser honesto e direto, não recorrendo a artimanhas ou manipulações mas exprimindo-se sem rodeios ou justificações excessivas (Martins, 2005); ser capaz de comunicação alternada com o outro, atendendo tanto ao próprio discurso como ao do outro e à forma como ele reage ao discurso do próprio. A postura assertiva caracteriza-se pelo olhar direto e seguro, a expressão facial concordante com o conteúdo verbal, o tom de

voz médio, uniforme, bem modulado, a posição direita, próxima, segura e relaxada mas não invasiva (Castanyer, 2005).

De acordo com Smith (1992) citado por Costa (2009), refere que não existe uma pessoa totalmente agressiva, passiva ou assertiva, mas sim uma tendência para um tipo de comportamento comunicacional, pensamos ser uma mais-valia para os profissionais que lidam diariamente com os idosos e não só, a adoção de comportamentos assertivos, quer pelo contributo pessoal e profissional no serviço onde exerce, como para a organização como um todo, pois existem estudos nesta área que fazem referência que os profissionais tendencialmente assertivos, diminuem os conflitos melhorando as relações interpessoais entre si, conseqüentemente promovem o bem-estar e a sua satisfação profissional, aumentando o desempenho profissional e a produtividade.

Constatadas as vantagens do ser e agir assertivamente, ganha especial relevo conhecer a melhor forma para intervir, promovendo e incentivando a atitude e comportamento assertivo (Vagos, 2006). Sendo a assertividade uma competência útil ao bem-estar do indivíduo desde a sua infância, altura em que começa a desenvolver-se e consolidar-se, torna-se cada vez mais importante a formação inicial e contínua na área junto aos agentes educativos, particularmente nos envolvidos ao nível da infância e adolescência, fases de vida em que as relações sociais ganham suprema importância (Fachada, 1991).

Assim, o ensino da assertividade pressupõe uma prática metódica, onde o indivíduo aprende ou reaprende certas competências através do treino regular, sistemático e gradativo (Jardim & Pereira, 2006). A assertividade está, portanto, presente em toda a vivência humana, em todos os momentos em que o indivíduo se relaciona, consigo mesmo e com o outro (Castanyer, 2005).

Ser assertivo é encontrar o equilíbrio, gerir da melhor forma estes três vetores, sendo individual e autêntico, e sendo social, respeitando e adequando-se às regras do grupo social em que se insere. Ser assertivo é conhecer, respeitar e fazer valer a própria individualidade, na relação com um grupo social a que se deseja pertencer (Vagos, 2006).

Agir assertivamente é condição para o bem-estar pessoal, pela consciência, aceitação e valorização de si mesmo; para que se contribua para o bem-estar do outro, fazendo-o sentir-se atendido, respeitado e valorizado; e para que se construam relações fomentadoras de realização e construção pessoal e social (Castanyer, 2005).

1.4. Institucionalização e o Cuidado

O bem-estar na instituição depende da comunicação e do relacionamento interpessoal. A comunicação é essencial para a vida das pessoas que trabalham numa instituição, para a imagem e qualidade de vida da organização e, em especial, para que os utentes da instituição mantenham as suas relações sociais e possam minimizar a carência afetiva e emocional.

O atendimento de idosos em instituições de apoio à terceira idade, passa a ser preocupação social, visto que as ações de cuidado são frequentemente realizadas por trabalhadores não qualificados, sem nenhuma formação profissional ou capacitação para o cuidado ao idoso (Miguel, Pinto & Marcon, 2007).

Numa sociedade marcada pelo envelhecimento, as instituições para os idosos passam a ter uma nova missão, a de cuidar de idosos a diferentes níveis devido a perdas funcionais que tornam problemática a vida a sós ou com a família. Embora a família seja a responsável pela maioria dos cuidados aos idosos, é importante salientar que a estrutura familiar tem sofrido mudanças significativas. Hoje em dia, predominam as famílias pequenas em lugar das tradicionais e extensas, favorecendo novos tipos de arranjos familiares (Pavarini, Mendiondo, Barham, Varoto & Filizola, 2005).

Atendendo ao facto de que as necessidades de cuidado muitas vezes extrapolam as capacidades das famílias, a procura por instituições de longa permanência, como os lares, tende a aumentar dando maior relevância à necessidade de cuidados formais. Estes aspetos contribuem para que novas formas de atenção e cuidado devam ser proporcionadas aos idosos (Pavarini, Mendiondo, Barham, Varoto & Filizola, 2005).

Deste modo, o estudo da figura do cuidador é de extrema importância pelo aumento da população idosa e o conseqüente crescimento da demanda por instituições de terceira idade. Urge a necessidade de atuação sobre este grupo profissional para a qualificação dos cuidados, de modo a melhorar o bem-estar no exercício das suas funções e, por conseguinte, a qualidade do serviço prestado.

Segundo Sousa (2011) cuidar constitui uma tarefa difícil, pois implica lidar com crenças e valores do outro. Consiste na relação com o outro, dar resposta às suas necessidades, transmitindo segurança e atenção, através da partilha e articulação das dificuldades durante a prestação do cuidado.

Cuidar das pessoas mais velhas como seres humanos com recursos e capacidades para gerir a sua própria vida, evita o risco de cuidados estereotipados e castradores da autonomia individual. A promoção da autonomia dos idosos institucionalizados contribui para um aumento da atividade social na instituição e satisfação face à institucionalização (Jacob, 2002). A prestação de cuidados nas instituições orientada para a promoção da autonomia depende da qualificação e profissionalização dos funcionários que trabalham com os idosos, bem como da remuneração adequada ao tipo de trabalho (Netto, 2002).

Neste sentido, o cuidador é a pessoa que dá resposta às necessidades de vida do idoso, assumindo a responsabilidade do mesmo, através da proximidade parental, física e afetiva. O cuidado ao idoso não deve ser algo estático, todo ele envolve uma dinâmica em prole das necessidades e expectativas da pessoa dependente no domicílio. Envolve ainda sentimentos, desejos, atitudes e comportamentos (Jacob, 2002).

Moscovici (2003) afirma que não existe interação social sem comunicação. Da mesma forma que não existe comunicação sem representação, que não é uma cópia da realidade, mas sim a forma como o grupo compreende a realidade e atua nela. Neste sentido salienta-se a importância da comunicação com o idoso institucionalizado, pois é no contacto com o ambiente social que se formam ideias e tende-se a melhorar o ambiente e convívio interpessoal.

Quintela (2001) apresenta três desafios que as Instituições para a Terceira Idade necessitam de enfrentar, tendo presente a heterogeneidade do grupo etário dos idosos: (a) conciliar a coletivização com a individualidade; (b) satisfazer a população, apesar de, em princípio, a sua permanência neste local, ser imposta; e (c) satisfazer, tanto quanto possível, a insuficiência de recursos.

Compete à instituição oferecer ao idoso um ambiente que o motive, favoreça a comunicação e facilite a interação, visando contribuir com o seu bem-estar pessoal, social e emocional, havendo necessidade de consciencializar os cuidadores da importância da comunicação e das relações interpessoais com os idosos, promovendo uma melhor qualidade de vida.

1.4.1. Respostas Sociais de Apoio ao Idoso

Face ao aumento da população idosa e de situações de dependência, a necessidade de estruturas e serviços de apoio a idosos irá aumentar uma vez que estes têm assumido um papel preponderante nos cuidados para esta população (Sequeira, 2010).

Neste sentido uma instituição de cuidados gerontológicos, seja um estabelecimento oficial, pertencente a uma Instituição Particular de Solidariedade Social, ou privado, deve apostar na prestação de cuidados aos idosos com qualidade e de forma a promover a autonomia e a qualidade de vida dos seus clientes (Paulos, 2010).

Existem sete tipos de respostas sociais de apoio a pessoas idosas (Instituto da Segurança Social, 2013): Serviço de Apoio domiciliário (SAD); Centro de convívio; Centro de dia; Centro de Noite; Acolhimento Familiar; Centro de férias e lazer; e, por fim, as Estruturas Residenciais (que substituiu a designação de Lar de Idosos).

A resposta social onde desenvolvemos este estudo são as estruturas residenciais para idosos pertencentes ao concelho de Castelo Branco. Segundo a legislação portuguesa, (Despacho Normativo 12/98 de 25 de fevereiro) um lar de idosos é um

estabelecimento onde são desenvolvidas atividades de apoio social a pessoas idosas, através de alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, higiene e conforto, incentivo de diversos convívios e proporcionando a animação social e a ocupação dos tempos livres dos utentes.

Em 2012, através do Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, foi publicada nova legislação sobre os lares de idosos (Portaria 67/2012 de 21 de março) alterando a denominação para Estruturas Residenciais. Considera-se Estrutura Residencial para pessoas idosas, o estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados apoios de enfermagem.

Segundo a mesma legislação, consideram-se objetivos da estrutura residencial: proporcionar serviços adequados e permanentes à problemática biopsicossocial das pessoas idosas; contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo; criar condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar e potenciar a integração social.

As estruturas residenciais regem-se pelos seguintes princípios de atuação (Portaria 67/2012 de 21 de março): qualidade, eficiência, humanização e respeito pela individualidade; interdisciplinaridade; avaliação integral das necessidades do residente; promoção e manutenção das funcionalidades e da autonomia e participação e corresponsabilização do residente ou representante legal ou familiares, na elaboração do plano individual de cuidados.

1.4.2. O papel do Profissional Ajudante de Ação Direta

A sociedade ao longo dos tempos associou à mulher o papel de cuidadora. O termo “cuidado” pode ser definido como o processo de assegurar a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis para a vida, sendo uma das funções humanas de maior importância (Casado-Mejía, Ruiz-Arias & Solano-Parés, 2009).

Cuidar do idoso pressupõe atenção à individualidade e suas necessidades (Moura, 2014). O contexto da prestação de cuidados pode assumir duas formas distintas: cuidador informal e cuidado formal. Assim, o cuidado informal é um tipo de apoio desenvolvido por pessoas da rede social do recetor de cuidados (amigos, vizinhos, familiares) e é provido de forma voluntária. Quanto ao cuidado formal, é definido como as ações que um profissional executa de forma especializada (Sequeira, 2010).

Os cuidadores formais são profissionais contratados, com carácter remuneratório, para a prestação de cuidados no domicílio ou em instituições (Sousa, 2011). Definem-se como trabalhadores auxiliares de apoio a idosos que, na sua maioria, não possuem qualificações profissionais no campo específico em que trabalham e que são supervisionados por um técnico, encarregado ou trabalhador profissional devidamente qualificado (WHO, 2004).

É possível perceber grande divergência de designações para estes profissionais, de instituição para instituição, não existindo consenso em relação à designação, apesar de não apresentarem qualquer diferença nas suas funções, existindo desta forma uma pluralidade de designações para o exercício da mesma função.

De acordo com a legislação portuguesa (Decreto-Lei 414-99 de 15 de Outubro), o descritivo funcional da carreira de ajudante de ação direta determina que estes devem trabalhar diretamente com idosos, quer individualmente, quer em grupo, tendo em vista o bem-estar dos utentes.

Rogero-García (2009) reforça ainda que a formação dos profissionais de ação direta é apontada como um ponto fulcral para a satisfação laboral, o que por conseguinte melhorará também a qualidade do atendimento. É vital que os líderes organizacionais apoiem a existência de formação, uma vez que sem este apoio será difícil os programas serem eficazes na mudança de comportamento e transformá-la em conhecimento para a prática.

Os ajudantes de ação direta que cuidam de pessoas mais velhas requerem uma gama de conhecimentos e competências com base em princípios centrados no indivíduo e na sua família, de promoção da autonomia, dignidade e respeito, através da utilização de competências comunicacionais eficazes e uma atitude positiva e competente para com os idosos (Sousa, 2011).

Segundo Moura (2014), estes profissionais na maioria dos casos, encontram-se mal preparados para o atendimento aos idosos, que se encontram numa fase da vida em que enfrentam grandes desafios. A formação destes profissionais não acompanhou o ritmo das mudanças nas necessidades de cuidados a residentes em unidades de longa duração. De acordo com Jacob (2002) e Sousa (2011) referem que os ajudantes que prestam cuidados a idosos residentes em lares, apresentaram conhecimentos insuficientes acerca do que constitui um envelhecimento considerado “normal”, reforçando que esse conhecimento é fundamental para a distinção entre o “normal” e patológico nos idosos, uma vez que tem implicações para a sua capacidade em prestar um acompanhamento e cuidados eficazes aos residentes.

É evidente que a falta de conhecimento específico, assim como os preconceitos relacionados com a dependência na velhice, associada às deficientes condições de trabalho, entre outros fatores, podem interferir na qualidade do atendimento. O cuidador deve apresentar competência técnica ou clínica, conhecimento das alterações físicas e psicossociais do envelhecimento, com vista ao cuidado holístico, assim como a capacidade de comunicação para o trabalho em equipa (Miguel, Pinto e Marcon, 2007).

A formação tem sido entendida como o processo pelo qual a pessoa é preparada para desempenhar de forma exemplar as tarefas específicas da função que ocupa na instituição (Paulos, 2010). De acordo com o mesmo autor esta formação deve incidir sobre duas componentes. Isto é na formação técnica: processo de envelhecimento, conceitos de saúde/doença, nutrição, higiene, locomoção, medicação/sobre

medicação, cuidados a ter com o idoso dependente, recursos sociais e comunitários disponíveis; e na formação comportamental: gestão de conflitos, gestão de *stress*, estratégias de *coping*, técnicas facilitadoras de comunicação, princípios do trabalho em equipa, lidar com a morte, luto.

As profissões sociais, como é o caso dos profissionais ajudantes de ação direta necessitam de uma formação inicial e contínua que lhes dê competências e saberes para melhor servir os seus utentes. Como é uma profissão de forte cariz relacional, os saberes-ser e os saberes-estar são determinantes para um bom desempenho fundamental (Jacob, 2002).

Estes cuidadores formais são representados maciçamente pelo género feminino, devido às raízes históricas e culturais do ato de cuidar, nas quais existe uma forte e histórica relação entre as fêmeas e prole como origem do cuidado e afetividade da espécie humana (Ferreira, Magalhães, Moreira & Ribeiro, 2008).

Para Sousa (2011) um profissional que lide diariamente com pessoas idosas, tem de ser uma pessoa profundamente humana, que mantém o equilíbrio entre o seu eu interior - e vive em níveis profundos de auto aceitação - e o eu exterior - na medida em que se sintoniza com os outros em alto grau de empatia.

Neste sentido o profissional Ajudante de Ação Direta, também designado por Ajudante de Lar e Centro de Dia, é o profissional a quem é atribuído um conjunto de tarefas ligadas ao trabalho com pessoas idosas, que recorrem a estas instituições. Por definição legal (Decreto-Lei n.º 414/99 de 15 de Outubro), um ajudante de Ação direta deve proceder ao acompanhamento diurno e noturno dos utentes, dentro e fora dos serviços estabelecidos, guiando-os, auxiliando-os e estimulando-os através da conversação, detetando os seus interesses e motivações e participando na ocupação dos seus tempos livres.

Uma das qualidades essenciais deste profissional centra-se na sua capacidade de comunicação e predisposição para a “entrega” no relacionamento interpessoal tendo algumas noções da confidencialidade e respeito pela identidade e individualidade; a linguagem deve ser adequada, simples, clara e adulta (nunca infantilizante); ser específica e sensível aos sentimentos do idoso (Ferreira, 2012). No entanto, de acordo com Jacob (2002) são trabalhadoras com baixo nível académico e de formação e esta é uma área que tende a ser cada vez mais específica e exigente a nível de conhecimentos. Daí a relevância para o estudo ao nível dos padrões comunicacionais.

De acordo com Mendes e Junqueira (1999: 34) “comunicar significa tornar comum, trocar informações, partilhar ideias, sentimentos, experiências, crenças e valores, por meio de gestos, atos, palavras, figuras, imagens, símbolos etc. Comunicar tem o sentido de participar e estabelecer contacto com alguém num intercâmbio dinâmico e interativo”.

Na rede de cuidados formais, as capacidades de comunicação e cooperação dos cuidadores são aspetos importantes a ter em conta. A boa interajuda assim como um

bom ambiente laboral poderão influenciar a qualidade de vida do cuidador e a qualidade dos trabalhos prestados aos idosos, de forma positiva (Ferreira, 2012).

1.4.3. Comunicação Gerontológica

A atenção e cuidado ao idoso nas instituições de terceira idade é uma modalidade de proteção que preenche a lacuna aberta pela impossibilidade da família atender as necessidades dos seus idosos, seja pela falta de condições socioeconômicas, que não permitam manter o seu familiar no lar junto com as famílias, quer por exigências do cuidado e incompatibilidades das sociedades atuais no que se refere à organização laboral e da família, quer pela falta de políticas públicas, que visam apoiar os idosos e seus familiares no cumprimento do seu papel (Fragoso, 2008).

O envelhecimento produz alterações na comunicação do idoso, pois quando ao envelhecimento normal se junta um processo patológico de deterioração essas dificuldades aumentam. Neste sentido, o profissional que lhe presta apoio deve ser preparado para saber escutá-lo, esclarecê-lo com paciência. Olhar o idoso e deixá-lo falar sem o interromper (Ferreira, 2012).

Este relacionamento com o idoso independentemente do grau de dependência, deve ser confidencial e respeitar a individualidade do mesmo. Sendo esta interação estabelecida de forma calma, amável, humana, segura e competente. Deve ser utilizada uma linguagem simples, clara e adulta (nunca infantilizante), específica e sensível aos sentimentos do cliente/utente. O idoso é o centro, independentemente do canal de comunicação utilizado (palavras, gestos, sons ou o olhar), sustentada numa conversação sobre assuntos do interesse ou necessidade do cliente/utente; estimula o desenvolvimento das capacidades funcionais e cognitivas; as mensagens são realizadas na 1ª pessoa; existe um equilíbrio entre o ouvir e falar; valoriza o contacto visual, sendo que a comunicação não-verbal é consistente com a comunicação verbal (Instituto da Segurança Social, 2005).

Além disso, é preciso dizer que cada idoso é diferente e deve ser tratado de sua maneira, sendo preciso sobretudo estabelecer uma sólida relação com os idosos adequando a linguagem verbal, o ritmo, o momento, o ambiente, os gestos, o olhar, pois tudo isso comporta um ato comunicativo (Fernandes, 2007).

Comunicar é uma arte que não consiste apenas na troca de palavras, mas num partilhar de emoções, de sentimentos e de ideias, exigindo capacidade de falar e escutar. Até o silêncio tem importância, pois transmite a vontade de ouvir e de estar atento mesmo às expressões faciais. Tanto quanto possível, o cuidador deve tornar a mensagem clara e concisa para que seja eficaz (Freitas, 2011).

A empatia é a habilidade para experienciar o mundo privado e os sentimentos da outra pessoa, mas também a habilidade de comunicar-lhe o grau de compreensão que ela atingiu (Fachada, 1991). Os olhos são meios importantes na comunicação. O olhar

é para o idoso deve fazer-lhe sentir que prestamos atenção e interesse (Davies, 1995 citado por Freitas, 2011).

O envelhecimento, as dificuldades, a deterioração da comunicação e da linguagem têm consequências sobre a qualidade de vida do idoso. Também nesta situação o cuidador, baseado na comunicação verbal e não-verbal, deve provocar no utente uma mudança em direção à autonomia (Moura, 2014).

A relação com o idoso e principalmente com o idoso doente é, por vezes difícil de estabelecer. Barreto (2006) citado por Freitas (2011) refere alguns princípios de atuação na comunicação com os idosos tais como: adaptar-se às suas deficiências, falando lentamente e em alta voz, com clareza e redundância. Focar um tema de cada vez, com simplicidade e sendo breve. Comunicar abertamente, permitindo uma entrevista privada, sem a presença de outros familiares, para o idoso poder expressar dúvidas, receios e queixas. O respeito pelas suas defesas, aceitando certas incongruências sem contrariar; compreender pequenas contradições ou negações e o respeito pela sua personalidade, tratando o idoso pelo seu nome; falar sobre o seu passado, sua família e profissão anterior. Outro princípio é a valorização do que o idoso ainda pode fazer: na instituição deixá-lo executar as coisas à sua maneira, se não for inconveniente. E por fim, a reeducação na medida do possível, fazendo aprender o que se pode ser compreendido.

O cuidador de idosos deve estabelecer uma boa comunicação com eles sendo que as dificuldades de comunicação aumentam consoante a diversidade cultural, social, religiosa e afetiva de cada um (Reis & Rodrigues, 2002).

O idoso deve ser visto, portanto, como uma pessoa numa perspetiva holística e humanista, tal como a descreveu Sousa (2011). Sendo que holismo significa que o organismo humano é percebido como um sistema vivo, cujos componentes estão interligados e interdependentes e em interação continua com o seu meio social e físico, sendo constantemente influenciado por este meio ambiente podendo agir sobre ele e modificá-lo.

Cuidar é mais que um ato, é um momento de atenção, que representa uma atitude de ocupação, de preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro (Moura, 2014).

Capítulo II - Metodologia Empírica da Investigação

2.1. Problema e Objetivos do estudo

A retrospectiva histórica dos estudos sobre o envelhecimento mostra que se tende a classificar o envelhecimento apenas sob a vertente biológica. Mas não é somente a Biologia a determinar este momento, até porque, cada vez mais, o Homem consegue manipular e adulterar o que a genética programou e o ambiente condicionou.

O envelhecimento da população portuguesa está a fazer emergir problemas sociais novos como a discriminação social, veiculada através de comportamentos, atitudes e preconceitos presentes nas interações diárias com pessoas idosas e/ou difundidos através dos meios de comunicação.

Envelhecer é muito mais do que fazer anos, por vezes a idade cronológica surge como o elemento mais preciso para esta categorização, mesmo que bastante longe de oferecer uma definição completa. Contudo, foi apenas devido à pressão do envelhecimento demográfico que a dimensão social começou a ter maior importância na compreensão da velhice como problema social.

Segundo Gil (1999:50), “no processo de investigação social, a primeira tarefa é escolher o problema a ser pesquisado”. Neste domínio, a formulação de questões de investigação, assume um papel fulcral, pois revela-se um mecanismo essencial na clarificação e identificação dos resultados que se pretendam inferir com a investigação (Quivy e Campenhout, 2003). Formula-se então a seguinte questão: *“Qual a relação entre a representação social do idoso institucionalizado e o estilo de comunicação do profissional Ajudante de Ação Direta que com ele interage?”*.

Na procura de respostas para a questão supracitada, o objetivo geral consiste em compreender e perceber se existe uma relação entre os estilos comunicacionais dos profissionais Ajudantes de Ação Direta que trabalham em instituições de Terceira Idade e a representação social que têm do idoso.

Segundo Guerra (2002), os objetivos definem as intenções à investigação e quais as linhas de ação. Nesse sentido foram ainda formulados os seguintes objetivos específicos:

- Identificar qual a representação social do idoso institucionalizado pelos profissionais Ajudantes de Ação Direta;
- Identificar o estilo comunicacional desses mesmos profissionais;
- Perceber a relação existente entre a representação social do idoso institucionalizado e o estilo de comunicação dos profissionais.
- Perceber a relação existente entre algumas características pessoais (idade, género, escolaridade, possuir idosos no agregado familiar, área de residência) e profissionais (formação em gerontologia e o tempo de experiência

no trabalho com idosos institucionalizados) e o estilo comunicacional dos profissionais.

Os profissionais que lidam de forma direta com o idoso têm uma percepção sobre o envelhecimento que pode não só influenciar o seu próprio envelhecimento como também as suas atitudes e comportamentos em relação aos idosos. Sabendo que a formação da percepção sobre o envelhecimento é o produto de experiências de vida, idade, educação, valores, localização geográfica, cultura, entre outros que são também alicerces do autoconceito, é apresentada a descrição dos métodos utilizados para obter a resposta à questão de investigação.

2.2. Tipo de Estudo

Do ponto de vista metodológico existem dois tipos de estudos, os qualitativos e os quantitativos. Nos primeiros procura-se analisar a informação de um ponto de vista indutivo, no qual o investigador, deliberadamente, não considera os conhecimentos que possui no domínio estudado e abstém-se de recorrer a uma teoria existente para tentar explicar o que observa (Fortin, 2009).

Nos estudos quantitativos, e segundo o mesmo autor, parte-se de uma teoria e procura-se verificar com esta se aplica numa dada situação, comparando-se os resultados com os obtidos noutros estudos.

No presente trabalho de investigação será feita uma abordagem metodológica do tipo quantitativo, e enquadra-se numa perspetiva descritiva exploratória e transversal, pois pretende-se estudar, compreender e explicar a situação atual do objeto de investigação (Carmo & Ferreira, 2008).

2.3. População e Amostra

Entende-se por população alvo o conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente e que permitem fazer generalizações. Contudo como o estudo da população alvo na sua totalidade é dificilmente exequível, analisa-se a população acessível, sendo esta, a parte da população alvo a que se tem acesso (Fortin, 2009).

Tabela 1 - Ajudantes de Ação Direta por Instituição

Resposta Social Estrutura Residencial para Idosos	Número total de Ajudantes de Ação Direta
Instituição A	3
Instituição B	5
Instituição C	8
Instituição D	8
Instituição E	10
Instituição F	3
Instituição G	11
Instituição H	12
Instituição I	17
Instituição J	13
Instituição K	14
Instituição L	28
Instituição M	72
Instituição N	36
	Total: 240

A população alvo deste estudo teve por base os seguintes critérios: os indivíduos escolhidos são todos os profissionais Ajudantes de Ação Diretas das estruturas residenciais para idosos no concelho de Castelo Branco (tabela1).

Numa primeira fase analisou-se a carta social do concelho de Castelo Branco, tendo-se identificado 16 instituições e dessas, 14 aceitaram colaborar no presente estudo. Nesse universo de 240 profissionais, 214 sujeitos aceitaram participar no estudo formando, portanto, uma amostra bastante considerável. Desta forma, o tipo de amostra selecionado é a amostra intencional e por conveniência.

Apesar de os resultados não poderem ser generalizados à população à qual pertence o grupo de conveniência, poderá levar à obtenção de informações importantes para um estudo como este (Carmo & Ferreira, 2008).

2.4. Instrumento de Recolha de Dados

Dada a natureza quantitativa do estudo, o instrumento de recolha de dados escolhido foi o inquérito por questionário (anexo A), que segundo Fortin (2009) não é mais do que um conjunto de enunciados ou de questões que permitem recolher informação junto dos sujeitos.

O questionário adotado é composto por três partes, uma de caracterização ao nível sociodemográfico e profissional, outra constituída pela versão portuguesa da Escala AKPI e, por fim, adaptou-se a escala de estilos comunicacionais de Fachada (1991).

2.4.1. Escala de Atitudes Face aos Idosos (AKPI)

A Escala AKPI foi elaborada e validada por Kogan, em 1961, nos Estados Unidos da América, tendo sido traduzida e validada para a população portuguesa em 2002, pela Professora Doutora Laura Viegas, que gentilmente nos concedeu autorização para a utilizarmos a 15 de Novembro de 2013 (anexo B). Esta escala tem como objetivo avaliar as atitudes dos profissionais face aos idosos. No parecer de Stremmel, Travis e Kelly Harrison (1996) citados por Palmeirão e Menezes (2012), a escala de Kogan é um instrumento moderno e amplamente utilizado para medir atitudes em relação às pessoas idosas.

Neste sentido, pretendemos analisar as representações sociais dos cuidadores formais face aos idosos através da referida escala, tal como outros autores o fizeram, nomeadamente, a Professora Doutora Cristina Palmeirão no seu artigo "*No mundo de hoje: atitudes perante as pessoas idosas*" (Palmeirão & Menezes, 2012).

Partilhamos a opinião de Astle (1999), citado por Viegas (2006), segundo a qual a referida escala é fácil de aplicar e cotar, de consistência interna com valores aceitáveis, permitindo considerá-la um instrumento adequado para medir atitudes.

A escala é constituída por 34 itens: 17 negativos e 17 positivos, agrupados em pares emparelhados, ou seja, a atitude é formulada na negativa (item negativo) e na positiva (item positivo). Obtêm-se assim 17 pares de respostas, a saber: par 1 (itens 1 e 34), par 2 (itens 2 e 18), par 3 (itens 3 e 19), par 4 (itens 4 e 20), par 5 (itens 5 e 21), par 6 (itens 6 e 22), par 7 (itens 7 e 23), par 8 (itens 8 e 24), par 9 (itens 9 e 25), par 10 (itens 10 e 26), par 11 (itens 11 e 28), par 12 (itens 12 e 27), par 13 (itens 13 e 29), par 14 (itens 14 e 30), par 15 (itens 15 e 31), par 16 (itens 16 e 32) e par 17 (itens 17 e 33).

Para cada item existem seis possibilidades de resposta numa escala tipo Likert, sendo pedido ao sujeito que registe o seu grau de concordância para cada um desses itens, onde 1: discordo completamente, 2: discordo em grande parte, 3: discordo parcialmente, 4: concordo parcialmente, 5: concordo em grande parte e 6: concordo plenamente. A ausência de resposta é cotada com o valor 4. Os itens negativos e

positivos estão distribuídos de forma aleatória, apresentando o instrumento duas escalas: a negativa (com os itens negativos) e a positiva (com os itens positivos).

À semelhança de Viegas (2002) e de forma a comparar os resultados obtidos em cada uma das escalas, as pontuações atribuídas aos itens da escala positiva (itens 1, 2, 5, 6, 10, 11, 13, 14, 16, 19, 20, 23, 24, 25, 27, 31 e o 33) foram revertidas.

Deste modo, quer para a escala negativa quer para a positiva, pontuações baixas indicam atitudes mais favoráveis para com os idosos. O autor da escala estabeleceu como ponto teoricamente neutro o valor 3,5.

A Escala AKPI avalia ainda a percepção dos sujeitos em sete áreas relativas aos idosos:

Área 1 - Segregação através do espaço habitacional (onde e como os idosos devem viver);

Área 2 - Sentimentos provocados pela convivência com idosos;

Área 3 - Relações interpessoais entre gerações;

Área 4 - Homogeneidade dos idosos enquanto grupo;

Área 5 - Dependência;

Área 6 - Capacidades cognitivas;

Área 7 - Aparência pessoal e personalidade.

Estas áreas são avaliadas através das respostas dos sujeitos a pares de itens, específicos para cada área.

Assim para avaliar a *área 1 (Segregação através do espaço habitacional)* temos:

- Par 1 (Para manter uma zona residencial agradável é preferível que ela não seja habitada por muitas pessoas idosas);

- Par 5 (Provavelmente seria melhor se a maioria das pessoas idosas vivesse nos mesmos prédios que outras pessoas da sua idade);

- Par 16 (A maioria das pessoas idosas tende a deixar as suas casas tornarem-se desleixadas e pouco atrativas);

Para avaliar a *área 2 (Sentimentos provocados pela convivência com idosos)* temos:

- Par 8 (A maioria das pessoas idosas provoca mal-estar nos outros);

- Par 11 (Existe uma característica particular nas pessoas idosas: é difícil perceber o que as incentiva);

Para avaliar a *área 3 (Relações interpessoais entre gerações)* temos:

- Par 9 (A maioria das pessoas idosas aborrece os outros quando insiste em falar sobre os bons velhos tempos);

- Par 12 (A maioria das pessoas idosas queixam-se constantemente do comportamento das gerações mais novas);

- Par 15 (A maioria das pessoas idosas gasta bastante tempo a intrometer-se nos assuntos dos outros, dando conselhos sem serem solicitadas);

Para avaliar a *área 4 (Homogeneidade dos idosos enquanto grupo)* temos:

- Par 3 (Se as pessoas idosas querem que gostem delas, o primeiro passo a darem é tentarem libertar-se dos seus defeitos irritantes);

- Par 7 (A maioria das pessoas idosas são bastante parecidas umas com as outras com exceção de alguns casos);

Para avaliar a *área 5 (Dependência)* temos:

- Par 2 (A maioria das pessoas idosas prefere deixar de trabalhar logo que o montante da reforma seja suficiente para aguentar as despesas que têm);

- Par 14 (A maioria das pessoas idosas exigem excessivamente que sejam amadas e encorajadas);

Para avaliar a *área 6 (capacidades cognitivas)* temos:

- Par 13 (A maioria das pessoas idosas instala-se nos seus hábitos e são incapazes de mudar);

- Par 4 (É disparatado pensar que a sabedoria vem com a idade);

Para avaliar a *área 7 (Aparência pessoal e personalidade)* temos:

- Par 6 (A maioria das pessoas idosas deveria preocupar-se mais com a sua aparência pessoal. Habitualmente têm um aspeto desleixado);

- Par 10 (A maioria das pessoas idosas são irritantes, inconvenientes e desagradáveis).

Viegas (2006) procedeu à avaliação da consistência interna da escala, tendo obtido um Alfa de Cronbach de 0,82, pelo que esta escala apresenta uma consistência boa. Quanto às sub-escalas, positiva e negativa, obteve 0,76 e 0,70, respetivamente, apresentando portanto consistências razoáveis. Comparando com o alfa obtido por Kogan obteve-se a mesma ordem de grandeza não existindo grande discrepância do estudo original.

A aplicação da mesma escala à amostra que participa no presente estudo revela que os valores do coeficiente de Alfa de Cronbach do questionário completo são de 0,80, o que revela uma boa consistência. No que respeita à escala positiva é de 0,65 e negativa é de 0,66, o que apresenta consistência razoável.

2.4.2. Escala Estilos Comunicacionais

A escala Estilos Comunicacionais adaptada por Fachada (1991) de Chalvin, D (1989), passou por uma fase de discussão e crítica com pessoas peritas, a Doutora Cristina Palmeirão (Professora na Universidade Católica Portuguesa, que tem diversos trabalhos na área de idosos e pela Professora Doutora Teresa Gonçalves (Professora de Língua Portuguesa na Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco) que analisaram do ponto de vista do conteúdo e detetaram erros técnicos e gramaticais.

Esta escala de Estilos Comunicacionais tem como objetivo identificar o estilo comunicacional dos profissionais que trabalham em instituições de idosos.

Na validação desta mesma escala por sugestão das professoras, houve necessidade de se reestruturar alguns itens dirigindo-os aos profissionais e substituindo algumas palavras que poderiam dificultar a sua compreensão, que podem ser consultados no anexo C. Outra alteração efetuada foi o encurtamento de sessenta itens para quarenta itens, distribuídos de forma igual e aleatória pelos diferentes estilos comunicacionais. Esta alteração foi sugerida pela Professora Doutora Cristina Palmeirão, já que tendo em conta as características dos respondentes um questionário demasiado longo poderia retirar motivação para o seu preenchimento. A escala original encontra-se no anexo D e a escala adaptada e validada pode ser consultada anexo E.

Cada frase numerada corresponde a uma atitude característica de um dos estilos comunicacionais: agressivo, passivo, assertivo ou manipulador. As frases foram classificadas em quatro colunas correspondentes aos quatro estilos.

Deverá ser atribuído um ponto a cada frase que se responde “SIM”. O total dos pontos indica o grau da tendência a utilizar cada estilo comunicacional.

2.5. Procedimentos e Tratamento de Dados

O procedimento consistiu numa primeira fase num pré-teste com a aplicação do questionário junto de um grupo de profissionais ajudantes de ação direta, que não fazem parte da amostra. Foram ministrados com o ambiente e os recursos iguais ao que estão previstos para a colheita de dados do estudo em si.

Neste pré-teste foi solicitado às pessoas que fizessem as suas críticas e sugestões, não tendo havido críticas que conduzissem a alterações. O tempo de preenchimento oscilou entre os 15 a 20 minutos.

Desta forma o pré-teste procurou testar as questões que Fortin (2009) considera pertinentes, a saber: a clareza e precisão dos termos utilizados; verificar se existem dúvidas ou dificuldades por parte dos inquiridos no seu preenchimento e verificar se existe a necessidade de introduzir e/ou suprimir perguntas. Para análise das questões foram apresentados os parâmetros: apresentação, compreensão, objetividade,

neutralidade, aplicabilidade. Importa ter presente que os oito ajudantes de ação direta a quem foi aplicado este pré-teste não fazem parte da amostra.

A aplicação do pré-teste revelou, na generalidade, que os inquiridos não apresentaram dificuldades no seu preenchimento, consideraram a sua estrutura adequada e os termos utilizados estavam claros, ou seja, as questões eram facilmente compreendidas e não levavam a erros de interpretação, tendo sido considerada esta a versão final.

A segunda fase da presente investigação consistiu no contacto com as Instituições Particulares de Solidariedade Social e a formalização do pedido de autorização, para recolha de informação a partir da administração de questionários em contexto institucional, com a presença da investigadora. Solicitou-se a colaboração dos participantes e apelou-se à sua sinceridade nas respostas. Esclareceu-se que a recolha de informação era confidencial e que a sua divulgação era anónima.

O trabalho de campo foi desenvolvido entre fevereiro e a primeira semana de maio de 2014. Foram apresentados os questionários e explicado oralmente o objetivo do estudo e a forma de preenchimento.

A sua administração foi feita em lares como resposta social Estrutura Residencial para Idosos, em espaço de sala de reuniões, tendo os participantes sido convocados para este fim. Constituíram-se pequenos grupos de 5 a 6 elementos e estes levaram cerca de 15 a 20 minutos a responder aos questionários.

Relativamente à aplicação do instrumento, verificou-se pela observação e pela solicitação dos participantes que não existiram dificuldades de maior, em responderem às afirmações. Depois de completarem os questionários foi agradecida a sua colaboração.

Após a recolha dos dados efetuou-se o seu armazenamento em computador no programa SPSS versão 20.0, de forma a organizar todos os registos dos dados. O mesmo software estatístico foi o utilizado para a elaboração dos relatórios estatísticos.

O tratamento utilizado começou pela verificação dos valores dos Alfas de Cronbach de cada escala (estimam a uniformidade dos itens), contribuindo assim para a soma não ponderada do instrumento, variando numa escala de 0 a 1: “Esta propriedade é conhecida por consistência interna da escala, e assim, o alfa pode ser interpretado como coeficiente médio de todas as estimativas de consistência interna que se obteriam se todas as divisões possíveis da escala fossem feitas” (Cronbach: 1951; citado por Maroco & Marques, 2006:73).

Após a seriação dos dados, será feita uma apresentação de âmbito quantitativo com base numa análise percentual permitindo responder às questões levantadas. Hill & Hill (2005) referem que uma estatística descritiva descreve de forma sumária, alguma característica de uma ou mais variáveis fornecidas por uma amostra de dados. Posteriormente apresentamos os dados tendo em conta as medidas de

tendência (valor médio, o desvio-padrão, a mediana, a moda e os percentis 25 e 75) nos vários itens das escalas.

Para testar a normalidade das variáveis dependentes nos vários grupos em estudo foram usados os testes de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk. O primeiro tem como função “comparar uma distribuição observada numa amostra, com uma distribuição determinada através de um modelo matemático” assim e especificando compara “uma distribuição observada com a distribuição conhecida de uma população finita de que se supõe extraída a amostra”. (D’Hainaut, 1990:251)

Em suma o teste Kolmogorov-Smirnov aplica-se nos casos em que os dados são métricos ou ordinais, isto é, onde existam ordens ou categorias hierarquizadas. Relativamente ao teste Shapiro-Wilk, este trata de amostras com dimensões mais pequenas sendo que, permite aceitar hipóteses da normalidade da população de níveis de significância habituais (D’Hainaut, 1990).

Os testes não paramétricos usados foram o Mann-Whitney (duas amostras) e o Kruskal-Wallis (mais de duas amostras). O teste de Mann-Whitney é um teste não paramétrico para comparar as médias de duas amostras independentes. O único pressuposto exigido para a aplicação deste teste é que as duas amostras sejam independentes e aleatórias, e que as variáveis em análise sejam numéricas ou ordinais. O teste de Kruskal-Wallis é um teste não paramétrico para comparar as médias de mais de duas amostras independentes. (Maroco & Marques, 2006).

Para estudar a correlação entre variáveis quantitativas, nomeadamente a idade, as atitudes face aos idosos e os estilos de comunicação foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson. Este coeficiente também chamado de “r” de Pearson mede o grau de correlação e a direção de correlação (se positiva ou negativa) entre duas variáveis de escala métrica (intervalar ou de razão). (Andrade, Calapez, Melo & Reis, 1997)

Para estudar a possível associação entre os estilos de comunicação e as variáveis sociodemográficas foram utilizadas tabelas de contingência com o teste do qui-quadrado. Este teste é o adequado para estudar a associação/independência entre variáveis qualitativas. (Andrade, Calapez, Melo & Reis, 1997)

Para todos os procedimentos estatísticos o nível mínimo de significância admitido foi de 5% ($p \leq 0,05$).

Capítulo III - Apresentação dos Resultados

Neste capítulo serão apresentados os dados sociodemográficos, os resultados da análise da escala AKPI e os scores obtidos do autodiagnóstico de estilos comunicacionais para a mesma amostra. A apresentação dos resultados será feita através de tabelas, onde serão evidenciados os dados mais relevantes do estudo.

3.1. Análise Descritiva

3.1.1. Caracterização Sociodemográfica

Neste estudo participaram 214 profissionais que trabalham diretamente com idosos em ambiente institucional, mais precisamente em lares de idosos.

Na tabela 2 apresentam-se as características da amostra do presente estudo. No que toca à variável idade, a média dos sujeitos é de 45,9 anos, sendo que a idade mínima é de 23 anos e a idade máxima de 64 anos.

Relativamente à variável Sexo, a amostra é maioritariamente constituída por indivíduos do sexo feminino (99,5%).

Quanto às habilitações literárias, 54,7% dos ajudantes de ação direta têm escolaridade abaixo do 9ºano, 42,5% enquadram-se entre o 9ºano e o 12ºano, 2,3% são licenciados e apenas 0,5%, que corresponde a um sujeito, possui mestrado.

No que concerne a terem idosos no agregado familiar, 73 profissionais (34,1%) dizem que sim e 141 (65,4%) respondem que não.

Constatou-se que a maioria da amostra vive em zonas urbanas 66,8%, enquanto para 33,2% a sua área de residência é rural.

Em relação à formação na área de gerontologia, 116 ajudantes de ação direta (54,2%) revelaram que não possuem e 98 (45,8%) responderam que sim. Dos sujeitos que responderam de forma positiva à questão anterior, 72 (33,6%) tem formações na área de geriatria, seguido de 11 (5,1%) na do socorrismo, 9 (4,2) têm conhecimento no que respeita à ética profissional e apenas 6 profissionais (2,8%) referiram a área da animação.

Quanto ao tempo de serviço na área da terceira idade, 22 profissionais (10,3%) trabalham há menos de um ano, 60 (28%) entre 1 a 5 anos, 42 (19,6%) entre 5 a 10 anos, 53 (24,8%) entre 10 a 15 anos, 10 (4,7%) de 15 a 20 anos e há mais de 20 anos, 27 profissionais (12,6%).

Tabela 2 - Características sociodemográficas da amostra (N=214).

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Idade	45,96	9,954	23	64
			Frequência	Porcentagem
Sexo	Masculino		1	0,5
	Feminino		213	99,5
Habilitações literárias	<9ºano		117	54,7
	9º - 12ºano		91	42,5
	Licenciatura		5	2,3
	Mestrado		1	0,5
Idosos no Agregado Familiar	Sim		73	34,1
	Não		141	65,4
Área Residência	Rural		71	33,2
	Urbana		143	66,8
Formação na área de Gerontologia	Sim		98	45,8
	Não		116	54,2
Se sim, qual:	Animação		6	2,8
	Geriatria		72	33,6
	Socorrismo		11	5,1
	Ética Profissional		9	4,2
Tempo de Serviço	<1ano		22	10,3
	>1 <5anos		60	28
	>5 <10anos		42	19,6
	>10 <15anos		53	24,8
	>15 <20anos		10	4,7
	>20anos		27	12,6

3.1.2. Escala AKPI

Na Tabela 3, apresentam-se as estatísticas descritivas para as escalas negativas e positiva, bem como a média relativa obtida dividindo a pontuação total obtida por dezassete itens da escala AKPI.

Tabela 3 - Total Escala Positiva e Negativa

	N	Média	Desvio Padrão	Mediana	Percentil 25	Percentil 75	Média Relativa
Escala Positiva	214	59,7	9,22	59,5	54	65	3,51
Escala Negativa	214	59,04	9,36	59	54	65	3,47

As médias absolutas obtidas e, conseqüentemente, as médias relativas são semelhantes em cada um das escalas, estabelecendo-se como valor neutro 3,5 como sugerido pelo autor da escala.

Tendo em conta este valor neutro obtido pode afirmar-se que na globalidade os profissionais ajudantes de ação direta têm atitudes neutras com os idosos, isto é, nem favoráveis nem desfavoráveis.

Na tabela 4 apresentamos a estatística descritiva para os itens da escala. Assim observa-se que 3 dos 34 itens tem valores médios muito superiores ao valor teórico (3,5) e como tal atitudes menos favoráveis para com os idosos, destacando-se os itens 6 (uma das qualidade mais interessantes nos idosos é a forma como expressam as suas experiências passadas), 20 (perceção das diferenças entre os idosos) e 23 (preferência dos idosos continuarem a trabalhar em vez de ficarem dependentes de outra pessoa) com médias superiores a 5.

As médias mais baixas foram 2,12; 2,15 e 2,36 obtidas respetivamente nos itens 4 (a maioria dos idosos preferia deixar de trabalhar, desde que o rendimento dos filhos o permita), 11 (os idosos não necessitam de mais amor e segurança do que qualquer outra pessoa), e 13 (é preferível ter uma vizinhança agradável com poucos idosos), revelando uma atitude mais favorável para com os idosos.

Tabela 4 - Estatística Descritiva para os Itens da Escala

Par	Item	N.º	Média	Desvio Padrão	Moda	Mediana	Percentil 25	Percentil 75
1	N	34	3,35	1,43	4	5	2	4
	P	1	4,11	1,40	4	4	3,75	5
2	N	18	3,52	1,51	3	3	2	5
	P	2	3,41	1,50	4	3	2,00	4,25
3	N	3	3,86	1,45	5	4	3	5
	P	19	3,39	1,35	4	3,50	2	4
4	N	4	2,12	1,28	1	2	1	3
	P	20	5,35	1,10	6	6	5	6
5	N	21	3,75	1,27	4	4	3	5
	P	5	2,99	1,44	3	3	2	4
6	N	22	3,98	1,14	4	4	3	5
	P	6	5,22	1,02	6	6	5	6
7	N	7	4,25	1,36	5	4	4	5
	P	23	5,28	1,04	6	6	5	6
8	N	8	3,28	1,50	3	3	2	4
	P	24	2,65	1,45	1	2	1	4
9	N	9	2,50	1,46	1	2	1	3,25
	P	25	2,52	1,49	1	2	1	4
10	N	26	3,21	1,45	4	3	2	4
	P	10	3,05	1,39	3	3	2	4
11	N	28	3,82	1,43	4	4	3	5
	P	11	2,15	1,57	1	1	1	3
12	N	12	4,14	1,35	4	4	3	5
	P	27	3,18	1,54	4	3	2	4
13	N	29	3,07	1,34	4	3	2	4
	P	13	2,36	1,55	1	2	1	3
14	N	30	2,99	1,45	3	3	2	4
	P	14	2,71	1,49	1	3	1	4
15	N	15	4,28	1,31	4	4	4	5
	P	31	4,33	1,22	5	4	4	5
16	N	32	3,42	1,47	3	3	2	5
	P	16	3,08	1,69	1	3	1	4
17	N	17	3,51	1,39	4	4	2,75	4
	P	33	3,93	1,16	4	4	3	5

Tabela 5 - Áreas da Escala AKPI

	N	Média	Desvio Padrão	Mediana	Percentil 25	Percentil 75	Média Relativa
Área 1 (1,5,16)	214	20,7	3,96	21	18	23	3,45
Área 2 (8,11)	214	11,8	3,45	11	9	14	2,95
Área 3 (9,12,15)	214	20,9	4,47	21	18	24	3,48
Área 4 (3,7)	214	16,7	3,23	15	15	19	4,17
Área 5 (2,14)	214	12,6	3,56	13	10	15	3,15
Área 6 (4,13)	214	12,9	2,94	12	11	15	3,22
Área 7 (6,10)	214	15,4	2,90	15	14	17	3,85

Tendo por base os resultados apresentados na tabela 5, para os pares de itens agrupados em cada uma das sete áreas que a escala AKPI contempla, verificam-se:

Atitudes globalmente neutras para com a segregação habitacional (área 1), apesar de no par 1 (para manter uma zona residencial agradável e preferível que ela não seja habitada por muitas pessoas idosas), em particular no item 1 (provavelmente será melhor que os idosos vivam em lares com pessoas da sua idade) e no par 5 (provavelmente seria melhor se a maioria das pessoas idosas vivesse nos mesmos prédios que as outras pessoas da sua idade), no que respeita ao item 21 (a maioria dos idosos preocupa-se muito com o seu aspeto pessoal), os ajudantes de ação direta revelam atitudes globalmente desfavoráveis.

Quanto aos sentimentos provocados pela convivência com os idosos (área 2), os profissionais revelam atitudes bastante favoráveis.

No que concerne a relações interpessoais entre gerações (área 3), os ajudantes de ação direta manifestam uma atitude globalmente neutra, devido essencialmente ao par 9 (a maioria das pessoas idosas aborrece os outros quando insiste em falar sobre os bons velhos tempos), já que no par 12 (a maioria das pessoas idosas queixam-se constantemente do comportamento das gerações mais novas) no item 12 (provavelmente será melhor que os idosos vivam em lares que também tenham pessoas mais novas) e no par 15 (a maioria das pessoas idosas gasta bastante tempo a intrometer-se nos assuntos dos outros, dando conselhos sem serem solicitados) nos

itens 15 (a maioria dos idosos faz-nos sentir que é repousante estar com eles) e 31 (podemos contar com uma vizinhança agradável, se existir uma quantidade razoável de idosos a viverem lá), observam-se atitudes desfavoráveis.

Relativamente à homogeneidade dos idosos enquanto grupo (área 4), a atitude global manifestada é bastante desfavorável, devendo-se em grande parte ao par 7 (a maioria das pessoas idosas são bastante parecidas umas com as outras com exceção de alguns casos).

No que toca à dependência dos idosos (área 5), os ajudantes de ação direta têm uma atitude globalmente favorável, devido essencialmente ao par 14 (a maioria das pessoas idosas exigem excessivamente que sejam amadas e encorajadas).

Quanto às capacidades cognitivas (área 6), os profissionais manifestam atitudes globalmente favoráveis. No entanto analisando o par 4 (é disparatado pensar que a sabedoria vem com a idade) no item 20 (é evidente que os idosos são diferentes uns dos outros), revelam uma atitude bastante desfavorável para com os idosos.

Por fim, no que respeita à aparência pessoal e personalidade (área7) as atitudes reveladas são globalmente desfavoráveis, devido essencialmente ao par 6 (a maioria das pessoas idosas deveria preocupar-se mais com a sua aparência pessoal; habitualmente têm um aspeto desleixado) no item 6 (uma das qualidades mais interessantes nos idosos é a forma como expressam as suas experiências passadas.).

3.1.3. Escala Estilos Comunicacionais

Na tabela 6 apresentam-se as estatísticas descritivas para o estilo comunicacional predominante. Salienta-se que na maioria da amostra em estudo predomina o estilo assertivo, correspondendo a 188 profissionais ajudantes de ação direta (87,9%), seguido do estilo manipulador com 7,9%. Constatou-se que 7 (3,3%) revelam pertencer ao estilo passivo e, por fim, apenas 2 sujeitos (0,9%) pertencem ao estilo agressivo.

Tabela 6 - Estilo Comunicacional Predominante

	Frequência	Percentagem
Estilo Passivo	7	3,3
Estilo Agressivo	2	0,9
Estilo Manipulador	17	7,9
Estilo Assertivo	188	87,9

3.2. Análise Inferencial

Terminada análise descritiva dos dados, passamos à análise inferencial dos mesmos.

Como foi dito anteriormente, para testar a normalidade das variáveis dependentes nos vários grupos em estudo foram utilizados os testes de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk. A utilização destes testes permitiu concluir que, em pelo menos um dos grupos em análise, determinados pela idade, habilitações literárias, idosos no agregado familiar, área de residência, formação em gerontologia, tempo de trabalho com idosos, as pontuações, quer da escala AKPI quer da Escala que avalia os estilos comunicacionais, não têm distribuição normal. Tendo em conta este facto, consideramos necessário a utilização significativa dos testes não paramétricos de Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis para avaliar as atitudes face aos idosos.

Para estudar a correlação entre variáveis quantitativas, nomeadamente a idade, as atitudes face aos idosos e os estilos de comunicação foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson.

Para estudar a possível associação entre os estilos de comunicação e as variáveis sociodemográficas foram utilizadas tabelas de contingência com o teste do qui-quadrado.

3.2.1. Escala AKPI

Vejam agora possíveis correlações entre as variáveis sociodemográficas e as atitudes dos profissionais face aos idosos. Começemos por fazer esse estudo relativamente à escala positiva e negativa da AKPI.

Tabela 7 - Correlações entre as Variáveis e as Escalas Positiva e Negativa

	Escala Positiva (quantitativa)	Escala Negativa (quantitativa)
Idade	r = 0,053 vp = 0,443	r = 0,031 vp = 0,652
Habilitações literárias	kw = 11,907 vp = 0,008*	kw = 3,037 vp = 0,386
Idosos no agregado familiar	u = 4543,5 vp = 0,160	u = 4730 vp = 0,332
Área Residência	u = 4192 vp = 0,038*	u = 4742 vp = 0,432
Formação gerontologia	u = 5130 vp = 0,219	u = 4654,5 vp = 0,022*
Tempo de trabalho com idosos	kw = 1,751 vp = 0,582	kw = 5,579 vp = 0,349

Nota: r - Coeficiente de Correlação de Pearson; u - Mann-Whitney; k - Kruskal-Wallis; vp - valor p; * - valor-p estatisticamente significativo ao nível 0,05.

A tabela 7 apresenta as correlações entre as variáveis e as escalas positiva e negativa respeitante à Escala AKPI. Neste sentido, no que respeita à variável idade, esta não está correlacionada com nenhuma das escalas porque o p-valor é maior que 0,05. Para comparar as médias das escalas nos grupos de habilitações literárias, como não se verificam os pressupostos de normalidade, temos de usar o teste de Kruskal-Wallis. Averiguou-se pelos valores obtidos que existem diferenças significativas na escala positiva, sendo que o p-valor é de 0,008, menor que 0,05. Olhando para a média de cada um dos grupos, o que tem maior média são os indivíduos que têm habilitação menor que o 9º ano. As médias vão diminuindo com o aumento das habilitações (61;58;6;50,8;49). Assim, quanto menos habilitações literárias, maiores são as atitudes desfavoráveis face aos idosos.

Quanto à variável idosos no agregado familiar, esta não revela diferenças significativas entre os ajudantes de ação direta com e sem idosos a cargo.

Relativamente à área de residência, revelam-se diferenças estatisticamente significativas nas médias da escala positiva, na área rural e urbana. Os indivíduos que vivem em meio rural apresentam valor médio 61,2 e os da área urbana 58,9. Ou seja, os profissionais ajudantes de ação direta que residem em zonas rurais demonstram ter uma atitude mais desfavorável para com os idosos.

No que concerne à formação em gerontologia, apenas na escala negativa existem diferenças significativas, porque o p-valor é menor que 0,05. Assim, os profissionais

que não têm formação nesta área apresentam uma média superior (60,4) relativamente aos que têm formação, 57,4. Conclui-se que nesta escala quem tem formação em gerontologia apresenta atitudes mais favoráveis. Quanto ao tempo de trabalho com idosos, não existem diferenças significativas, quer na escala positiva, quer na escala negativa.

Procedemos de igual forma para estudar as relações entre as variáveis sociodemográficas e as várias áreas da Escala AKPI (tabela 8).

Tabela 8 - Correlações entre as Variáveis e as Áreas

	Área 1	Área 2	Área 3	Área 4	Área 5	Área 6	Área 7
Idade	r = 0,004 vp = =0,957	r = 0,021 vp = =0,758	r = 0,046 vp = 0,507	r = 0,070 vp = 0,306	r = 0,011 vp = 0,868	r = 0,072 vp = 0,293	r = 0,047 vp = 0,498
Habilitações literárias	kw = 5,084 vp = 0,166	Kw = 3,522 vp = 0,318	kw = 9,620 vp = 0,022*	kw = 6,01 vp = 0,111	kw = 10,02 vp = 0,018*	kw = 5,98 vp = 0,113	kw = 0,78 vp = 0,855
Idosos no agregado familiar	u = 4806,5 vp = 0,427	u = 4658 vp = 0,254	u = 4842 vp = 0,477	u = 3704,5 vp = 0,001*	u = 4876,5 vp = 0,528	u = 5000 vp = 0,731	u = 4930,5 vp = 0,612
Área Residência	u = 4918 vp = 0,709	u = 4202 vp = 0,040*	u = 3459,5 vp = 0,000*	u = 4369,5 vp = 0,096	u = 4571,5 vp = 0,235	u = 4361,3 vp = 0,0592	u = 4812,5 vp = 0,533
Formação gerontologia	u = 4723,5 vp = 0,033*	u = 5168,5 vp = 0,252	u = 5264 vp = 0,351	u = 5108 vp = 0,199	u = 5098 vp = 0,192	u = 5424 vp = 0,562	u = 5390 vp = 0,512
Tempo de trabalho com idosos	kw = 5,343 vp = 0,375	kw = 3,664 vp = 0,599	kw = 3,743 vp = 0,587	kw = 0,980 vp = 0,964	kw = 2,450 vp = 0,784	kw = 4,336 vp = 0,502	kw = 10,095 vp = 0,073

Nota: r - Coeficiente de Correlação de Pearson; u - Mann-Whitney; k - Kruskal-Wallis; vp - valor p; * - valor-p estatisticamente significativo ao nível 0,05.

Na tabela 8 pode-se analisar as correlações entre as variáveis e as diversas áreas pertencente à Escala AKPI. Na variável idade não existe correlação com as áreas, pois os valores do p-valor são maiores que 0,05.

Relativamente às habilitações literárias verificam-se diferenças estatisticamente significativas na área 3 (relações interpessoais entre gerações) com o p-valor de 0,022 e também na área 5 (dependência) sendo o valor do p-valor de 0,018. Assim com o aumento das habilitações literárias diminuem as atitudes desfavoráveis face aos idosos, sendo que na área das relações interpessoais entre gerações, as habilitações inferiores ao 9º ano tem uma média de 21,3, do 9º ano ao 12º ano apresenta uma média de 20,3 e licenciatura com 16,4. Na área da dependência, as habilitações inferiores ao 9º anos revela uma média de 13,2, do 9º ao 12º ano registam 12, 2 de média e na licenciatura 8,6.

Quanto à variável idosos no agregado familiar, apenas existem diferenças significativas na área 4 (homogeneidade dos idosos enquanto grupo), com o p-valor de 0,001. A média dos profissionais que têm idosos a cargo é de 15,78 e dos que não possuem é de 17,25, o que revela atitude mais desfavorável dos que não convivem com idosos.

No que concerne à variável área de residência, existem diferenças significativas na área 2 (sentimentos provocados pela convivência com idosos) e na área 3 (relações interpessoais entre gerações), devido aos p-valores serem menores que 0,05. Isto é, na área 2 os profissionais ajudantes de ação direta residentes na área rural tem uma média superior (12,5 contra 12,6) e na área 3 (22,7 contra 20,1), o que indica que em meio rural têm atitudes mais desfavoráveis para com os idosos.

Quanto à formação em gerontologia apenas existem diferenças significativas na área 1 (segregação através do espaço habitacional-onde e como os idosos devem viver) com o p-valor de 0,033. Os profissionais que não têm formação em gerontologia apresentam uma média superior na área 1 com média de 21,3, relativamente aos indivíduos que têm alguma formação, cuja média é de 20, o que significa que os profissionais com formação têm atitudes mais favoráveis face aos idosos neste domínio.

Por fim, no que respeita à variável tempo de trabalho com idosos, não existem diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das áreas.

3.2.2. Escala Estilos Comunicacionais

Na tabela 9 pretende-se averiguar se existe associação entre os estilos comunicacionais e as variáveis sociodemográficas.

Tabela 9 - Associação entre as Variáveis e os Estilos Comunicacionais.

		Associação
Idade	Q.Q = 90,733 vp = 0,966	Não
Habilitações Literárias	Q.Q = 3,029 vp = 0,963	Não
Idosos no Agregado Familiar	Q.Q = 1,509 vp = 0,68	Não
Área Residencial	Q.Q = 9,463 vp = 0,024*	Sim
Formação Gerontologia	Q.Q = 2,903 vp = 0,407	Não
Tempo de Trabalho com idosos	Q.Q = 15,486 vp = 0,417	Não

Nota: Q.Q - Valor da Estatística Qui-Quadrado; vp - valor p; * - valor-p estatisticamente significativo ao nível 0,05.

Neste sentido o teste do qui-quadrado indica-nos se existe ou não correlação entre os estilos comunicacionais e cada uma das variáveis. Essa associação foi identificada apenas entre a área de residência e os estilos comunicacionais sendo o p-valor de 0,024. Neste sentido houve necessidade de se fazer uma tabela de contingência.

Tabela 10 - Tabela de Contingência.

		Área Residência		Total
		Rural	Urbana	
Estilo Passivo	Frequência	6	1	7
	Percentagem	2,8%	0,5%	3,3%
	Resíduos ajustados	3,0	-3,0	
Estilo Agressivo	Frequência	1	1	2
	Percentagem	0,5%	0,5%	0,9%
	Resíduos ajustados	,5	-,5	
Estilo Manipulador	Frequência	6	11	17
	Percentagem	2,8%	5,1%	7,9%
	Resíduos ajustados	,2	-,2	
Estilo Assertivo	Frequência	58	130	188
	Percentagem	27,1%	60,7%	87,9%
	Resíduos ajustados	-1,9	1,9	
Total	Frequência	71	143	214
	Percentagem	33,2%	66,8%	100,0%

Tendo por base os resultados da tabela de contingência (tabela10), onde através da análise dos resíduos ajustados determinamos quais os estilos associados a uma das áreas de residência, verificamos que o estilo passivo está mais relacionado com a zona rural e o estilo assertivo está relacionado com a zona urbana.

3.3. Correlações entre a Escala AKPI e Escala EC

3.3.1. Correlação Escala AKPI (escala positiva e negativa) e Escala EC

Os valores apresentados na tabela 11 mostram-nos uma possível correlação entre as atitudes dos profissionais ajudantes de ação direta em relação aos idosos, no que diz respeito às escalas positiva e negativa da Escala AKPI e, os estilos comunicacionais.

Tabela 11 - Correlação Escala AKPI (escala positiva e negativa) e Escala EC.

	Estilo Passivo	Estilo Agressivo	Estilo Manipulador	Estilo Assertivo
Escala Positiva	r = 0,015	r = 0,169	r = 0,062	r = -0,186
	vp = 0,823	vp = 0,014*	vp = 0,368	vp = 0,006*
Escala Negativa	r = 0,088	r = 0,091	r = 0,116	r = -0,070
	vp = 0,202	vp = 0,184	vp = 0,091	vp = 0,309

Nota: r - Coeficiente de Correlação de Pearson; vp - valor p; * - valor-p estatisticamente significativo ao nível 0,05

Neste sentido a escala positiva correlaciona-se de forma negativa com o estilo assertivo sendo o p-valor 0,006, e de forma positiva com o estilo agressivo tendo como valores de p-valor de 0,014. Isto significa que quem tem maiores pontuações na escala positiva parece ter uma maior tendência para ter um estilo agressivo e, em contrapartida, quem tem menores pontuações tem maior tendência a ter um estilo assertivo.

Relativamente à escala negativa, esta não se correlaciona com nenhum dos estilos apresentados.

3.3.2. Correlação Escala AKPI (áreas) e Escala EC

Tendo por base a tabela 12 pretende-se verificar uma possível correlação entre as atitudes dos profissionais ajudantes de ação direta face aos idosos, relativa às áreas da Escala AKPI e aos estilos comunicacionais.

Tabela 12 - Correlação Escala AKPI (áreas) e Escala EC

	Área 1	Área 2	Área 3	Área 4	Área 5	Área 6	Área 7
Estilo Passivo	r = 0,133	r = - 0,011	r = 0,009	r = 0,149	r = 0,120	r = -0,011	r = -0,168
	vp = 0,052	vp = 0,874	vp = 0,899	vp = 0,030*	vp = 0,080	vp = 0,872	vp = 0,014*
Estilo Agressivo	r = -0,047	r = -0,032	r = -0,131	r = -0,108	r = 0,164	r = -0,004	r = -0,058
	vp = 0,490	vp = 0,641	vp = 0,056	vp = 0,114	vp = 0,017*	vp = 0,958	vp = 0,399
Estilo Manipulador	r = -0,029	r = 0,009	r = 0,064	r = 0,147	r = -0,013	r = -0,011	r = -0,059
	vp = 0,670	vp = 0,892	vp = 0,349	vp = 0,032*	vp = 0,853	vp = 0,878	vp = 0,391
Estilo Assertivo	r = 0,043	r = 0,021	r = 0,033	r = 0,056	r = 0,096	r = 0,045	r = 0,128
	vp = 0,528	vp = 0,758	vp = 0,633	vp = 0,419	vp = 0,163	vp = 0,508	vp = 0,062

Nota: r - Coeficiente de Correlação de Pearson; vp - valor p; * - valor-p estatisticamente significativo ao nível 0,05.

O Estilo Passivo com a área 4, referente à homogeneidade dos idosos enquanto grupo, está correlacionado de forma positiva, uma vez que o p-valor é de 0,030 menor que 0,05 e com a área 7, relativa à aparência pessoal e personalidade dos idosos, correlaciona-se de forma negativa, pois o p-valor é 0,014. Ou seja, quem tem um estilo comunicacional predominantemente passivo tem maiores pontuações na área 4 e menores pontuações na área 7.

O Estilo Agressivo está muito correlacionado com a área 5 (dependência dos idosos) de forma positiva, pois o p-valor é 0,017 menor que 0,05. Isto é, quem tem um estilo comunicacional predominantemente agressivo tem maiores pontuações relativamente à dependência dos idosos, ou seja, apresenta atitudes mais desfavoráveis neste aspeto.

Relativamente ao Estilo Manipulador está correlacionado com a área 4 (homogeneidade dos idosos enquanto grupo) de forma positiva, sendo o p-valor de 0,032. Isto é, quem tem um estilo comunicacional predominantemente manipulador tem maior pontuação relativamente à homogeneidade dos idosos, ou seja, revela atitudes mais desfavoráveis neste domínio.

Por fim, no que toca ao Estilo Assertivo não existe correlação com nenhuma das áreas pertencentes à escala AKPI.

Capítulo IV - Discussão dos resultados

A discussão dos resultados é uma etapa essencial num processo de investigação, uma vez que permite evidenciar os dados mais relevantes e confrontá-los com o conhecimento atual que suporta ao estudo.

Apresentados e analisados os resultados obtidos, procede-se agora a uma reflexão crítica dos principais pontos de discussão deste trabalho de investigação, tendo contribuído para o mesmo a revisão bibliográfica efetuada.

Participaram no estudo 214 profissionais pertencentes às estruturas residenciais para idosos no concelho de Castelo Branco, integrados em 14 instituições. Este estudo de carácter exploratório considera-se inovador pelo facto de não termos encontrado investigações que tentem relacionar a representação social do idoso com os estilos comunicacionais. Deste ponto de vista, torna-se difícil corroborar ou contrariar os resultados obtidos com outros estudos.

Para as variáveis sociodemográficas, nomeadamente a idade dos profissionais ajudantes de ação direta, a média é de 45, 96 sendo a idade mínima de 23 anos e a idade máxima de 64 anos.

Continua a prevalecer a figura feminina (99,5%) com o papel de cuidadora, o que se pode comprovar por este grupo específico de cuidadores, razão pela qual não foram tratados os dados em função do sexo. Estes valores são suportados pela literatura, pois sabemos que nas profissões ligadas ao cuidar e ao apoio social o número de mulheres continua a ser superior ao dos homens, existindo a ideia de ser uma profissão essencialmente feminina. Estas características vão ao encontro da descrição dos cuidadores destes profissionais encontradas no estudo de Sousa (2011) que evidencia a forte feminização desta profissão.

Quanto às habilitações literárias, 54,7% dos ajudantes de ação direta têm escolaridade abaixo do 9ºano, 42,5% enquadram-se do 9ºano ao 12ºano, 2,3% são licenciados e apenas 0,5%, o que corresponde a um sujeito, possui mestrado. Estes dados evidenciam que este grupo profissional é pouco escolarizado, o que vai ao encontro de Jacob (2002) e de Sousa (2011) que referem que estes cuidadores formais são pouco qualificados.

No que diz respeito à presença de idosos no agregado familiar, a percentagem de respostas afirmativas obtida é de 34,1%, o que revela que a maioria dos ajudantes de ação direta não tem idosos a cargo. Outro ponto a salientar da amostra em causa é que estes profissionais residem maioritariamente em zonas urbanas.

Quando questionados sobre a formação feita na área de gerontologia, grande parte da amostra (54,2%), responde não ter tido qualquer formação nesta área. De acordo com Jacob (2002) e Sousa (2011), relativamente à formação deste coletivo profissional, referem que este inicia a maioria das vezes a sua atividade profissional sem nenhuma ação de preparação; assim, desempenha funções sem nenhuma ou

pouca formação específica. Dos sujeitos que responderam de forma positiva à questão anterior, 72 possuem formações na área de geriatria, seguido de 11 relativa à formação em socorrismo, 9 sujeitos têm conhecimento no que respeita à ética profissional e apenas 6 profissionais referiram a área da animação.

Quanto ao tempo de serviço na área da terceira idade, destaca-se que 60 profissionais ajudantes de ação direta trabalham entre 1 a 5 anos, 42 sujeitos de 5 a 10 anos, e por fim 53 profissionais de 10 a 15 anos.

Os resultados deste estudo relativamente à Escala AKPI, respeitante à análise descritiva, revelam que na globalidade os profissionais ajudantes de ação direta têm atitudes neutras com os idosos, isto é, nem favoráveis nem desfavoráveis. As médias obtidas na escala positiva são de 3,51 e na escala negativa 3,47, tendo-se considerado como valor neutro 3,5 como sugerido pelo autor da escala Viegas (2006). Quer isto dizer, que quem tem médias superiores a 3,5 consideram-se que os indivíduos revelam atitudes desfavoráveis, ao passo que médias inferiores a 3,5 significam que os inquiridos revelam atitudes favoráveis. Esta distribuição reforça a teoria do estudo de Ribeiro (2007), quando defende uma organização dos estereótipos segundo o conceito de imagens, verificando-se o predomínio de imagens negativas, vinculadas ao declínio, como também apresenta imagens positivas sobre o envelhecimento tais como a serenidade, a sabedoria e experiência de vida. De acordo com a investigação de Neves (2012) as representações sociais atribuídas aos idosos influenciam significativamente o modo como a sociedade interage face à velhice e as crenças e as atitudes que adota influenciam de igual modo o autoconceito do idoso, no decurso do seu processo de envelhecimento.

Nesta linha orientadora no que respeita à estatística descritiva para os itens da escala AKPI observa-se que 3 dos 34 itens têm valores médios muito superiores ao valor teórico (3,5) e como tal atitudes menos favoráveis para com os idosos, destacando-se os itens 6 (“uma das qualidades mais interessantes nos idosos é a forma como expressam as suas experiências passadas”), 20 (“é evidente que os idosos são diferentes uns dos outros”) 23 (“a maioria dos idosos preocupa-se muito com o seu aspeto pessoal”) com médias superiores a 5.

As médias mais baixas foram 2,12; 2,15 e 2,36 obtidas respetivamente nos itens 4 (“a maioria dos idosos preferiam deixar de trabalhar, assim que os filhos tivessem rendimentos para os sustentar”), 11 (“a maioria dos idosos não necessita de mais amor e segurança do que qualquer outra pessoa”), e 13 (“de forma a manter uma vizinhança agradável, será melhor se não houver muitos idosos a viverem lá”), os valores apontam para uma atitude favorável, ou seja, as médias são inferiores a 3,5, contudo analisando os respetivos itens revelando uma atitude desfavorável para com os idosos, incongruência para o qual não encontramos explicação.

Os resultados obtidos nos pares de itens agrupados em cada uma das sete áreas que a Escala AKPI contempla revelam que os ajudantes de ação direta manifestam, para as respetivas áreas:

Área 1 - Atitudes globalmente neutras para com a segregação habitacional, quanto ao facto de os idosos se manterem nas suas casas, serem capazes de realizar as suas atividades de vida, viverem juntamente nos mesmos prédios com pessoas de outras idades.

Área 2 - Atitudes bastantes favoráveis perante a presença de pessoas idosas estabelecendo com ela uma boa relação interpessoal.

Área 3 - Atitude globalmente favorável, relativamente ao facto de o idoso dar a sua opinião de forma espontânea e de se queixarem do comportamento dos mais novos; têm também uma atitude favorável face á escuta das histórias do passado do idoso.

Área 4 - Atitudes bastante desfavoráveis, considerando que os idosos são uma população relativamente homogénea.

Área 5 - Atitude globalmente favorável ao considerarem os idosos dependentes a nível emocional e afetivo.

Área 6 - Atitude globalmente favorável ao considerarem a existência de capacidades cognitivas e adaptativas do idoso.

Área 7 - Atitudes globalmente desfavoráveis quanto ao aspeto pessoal e a personalidade do idoso.

Relativamente à Escala de Estilos Comunicacionais, respeitante à análise descritiva, os resultados deste estudo salientam que na maioria da amostra em estudo predomina o estilo assertivo, correspondente a 188 (87,9%) profissionais ajudantes de ação direta, seguido do estilo manipulador com 7,9%. Constatou-se que 7 (3,3%) revelam pertencer ao estilo passivo e por fim, apenas uma pequena percentagem, correspondente a dois profissionais ajudantes de ação direta (0,9%), pertencem ao estilo agressivo.

O facto de não encontrarmos estudos semelhantes realizados em Portugal que cruzem a representação social dos cuidadores formais com os estilos comunicacionais em relação aos idosos, limita a realização de comparação de resultados. A pesquisa bibliográfica efetuada permite-nos inferir que os profissionais que adotam comportamentos assertivos com frequência promovem a autoestima, a resolução de problemas interpessoais, melhorando o relacionamento e permitem uma maior satisfação na comunicação das nossas emoções. Esta linha de pensamento vai ao encontro de Smith (1992) citado por Costa (2009) ao defender que os profissionais tendencialmente assertivos, diminuem os conflitos melhorando as relações interpessoais entre si, consequentemente promovem o bem-estar e a sua satisfação profissional, aumentando o desempenho profissional e a produtividade.

No que diz respeito à análise inferencial dos dados, onde se pretendia verificar se existia associação entre algumas variáveis independentes e as atitudes e estilos de

comunicação dos profissionais, verificou-se que quanto à influência da variável idade não existe correlação estatisticamente significativa com nenhuma das escalas.

Nos grupos de habilitações literárias dos cuidadores formais revela-se que quanto menor é o grau de escolaridade, maiores são as atitudes desfavoráveis face aos idosos. Estes resultados são consistentes com o estudo de Viegas (2006), ou seja, a escolaridade assume particular relevância nas representações sociais sobre o processo de envelhecimento, na medida em que os sujeitos com baixo nível de escolaridade revelam atitudes desfavoráveis, enquanto quem possui escolaridade superior evidencia atitudes favoráveis.

Quanto à variável idosos no agregado familiar, esta não revela diferenças significativas entre os ajudantes de ação direta com e sem idosos a cargo. Relativamente à área de residência os cuidadores formais que residem em zonas rurais transmitem uma atitude mais desfavorável perante os idosos. Estes resultados que não estão em concordância com o que diz a literatura, pois na opinião de Herdmam citado por Neves (2012) o predomínio de idosos em zonas rurais e de famílias alargadas, bem como de maior solidariedade comunitária ajudam a que nessas áreas o idoso seja mais valorizado, visto como membro integrante ativo e do agregado familiar.

No que concerne à formação em gerontologia, os profissionais que possuem formação gerontológica manifestam atitudes favoráveis. Estes dados estão em oposição a Polizzi e Steitz (1998) citados por Neves (2012:82) que concluem que “quanto maior o grau de conhecimentos gerontológicos, maior é a tendência para uma visão mais negativa e realista acerca da velhice”.

Quanto ao tempo de trabalho com idosos, não existem diferenças significativas quer na escala positiva e na escala negativa.

No que respeita às correlações entre as variáveis e as diversas áreas pertencentes à Escala AKPI, verifica-se que a idade não está correlacionada com nenhuma das áreas.

Relativamente às habilitações literárias verifica-se que com o aumento das habilitações literárias diminuem as atitudes desfavoráveis face aos idosos tanto nas relações interpessoais entre gerações como na dependência.

Quanto à variável idosos no agregado familiar, apenas existem diferenças significativas referente à homogeneidade dos idosos enquanto grupo, revelando-se atitudes mais desfavoráveis face às pessoas idosas.

No que concerne à variável área de residência, os resultados indicam-nos que em meio rural os profissionais ajudantes de ação direta têm atitudes mais desfavoráveis tanto nos sentimentos provocados pela convivência com idosos como nas relações interpessoais entre gerações.

Quanto à formação em gerontologia apenas existem diferenças significativas na área de segregação através do espaço habitacional. Assim, os profissionais com

formação têm atitudes mais favoráveis face aos idosos neste domínio. Por fim, no que respeita à variável tempo de trabalho com idosos, não existem diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das áreas.

Ao analisarmos se existia uma associação entre estilos de comunicação e as variáveis sociodemográficas, verificou-se apenas essa influência na variável de residência e os estilos comunicacionais. Averiguou-se que o estilo passivo está mais relacionado com a zona urbana e o estilo assertivo está relacionado com a zona urbana.

Pretendeu-se analisar neste estudo se existia uma possível correlação entre a Escala AKPI (escala positiva e negativa) e os estilos comunicacionais. Através desta mesma correlação verificou-se que a escala positiva correlaciona-se de forma negativa com o estilo assertivo e de forma positiva com o estilo agressivo, ou seja, quem tem maiores pontuações na escala positiva parece ter uma maior tendência para ter um estilo agressivo e os sujeitos que têm menores pontuações na escala positiva tem uma maior tendência a ter um estilo assertivo.

No entanto ao analisarmos se existia uma possível correlação entre a Escala AKPI (áreas) e os estilos comunicacionais, os resultados obtidos revelaram o Estilo Passivo com a área 4 referente à homogeneidade dos idosos enquanto grupo está correlacionado de forma positiva, e com a área 7 relativa à aparência pessoal e personalidade dos idosos, correlaciona-se de forma negativa. Ou seja, quem tem um estilo comunicacional predominantemente passivo tem maiores pontuações na área 4 e menores pontuações na área 7.

O Estilo Agressivo está muito correlacionado com a área 5 (dependência dos idosos) de forma positiva. Isto é, quem tem um estilo comunicacional predominantemente agressivo tem maiores pontuações relativamente à dependência dos idosos, ou seja, apresenta atitudes mais desfavoráveis neste aspeto.

Relativamente ao Estilo Manipulador está correlacionado com a área 4 (homogeneidade dos idosos enquanto grupo) de forma positiva está correlacionado. Isto é, quem tem um estilo comunicacional predominantemente manipulador tem maior pontuação relativamente à homogeneidade dos idosos, ou seja, revela atitudes mais desfavoráveis neste aspeto.

Por fim, no que toca ao Estilo Assertivo não existe correlação com nenhuma das áreas pertencentes à escala AKPI.

De acordo com os resultados obtidos, tendo em conta a questão de investigação “Qual a relação entre a representação social do idoso institucionalizado e o estilo de comunicação do profissional Ajudante de Ação Direta que com ele interage?”, pode-se concluir que a representação social do idoso institucionalizado e o estilo comunicacional do profissional ajudante de ação direta que com ele interage se relacionam-se de forma direta.

Por outro lado, fatores como as habilitações literárias, a área de residência e a formação em gerontologia influenciam a forma como estes profissionais interagem com os idosos. Contudo, não existem diferenças significativas entre as representações sociais e estilos de comunicação, o que vai ao encontro de termos verificado na amostra em estudo, a predominância do estilo assertivo. Isto é, umas das características de ser assertivo é ter atitudes comunicativas adequadas, valorizando o outro e reconhecendo-o com iguais direitos que o próprio. Na relação entre o idoso e cuidador formal, estão presentes laços vinculativos e competências, nomeadamente, como saber ouvir e saber estar, muito para além dos cuidados básicos.

Capítulo V - Plano de intervenção

Sequeira (2010) salienta que face ao levantamento das necessidades e/ou dificuldades dos cuidadores se deve traçar um plano de intervenção para cada diagnóstico da situação, de forma a criar estratégias interventivas integradas e articuladas através de uma equipa multidisciplinar.

Face ao diagnóstico da situação, ou seja, a amostra aponta alguma carência de formação gerontológica, decorrente do baixo nível de escolaridade, o que veio ao encontro na linha de pensamento de Jacob (2002) e Sousa (2011), que este grupo profissional é pouco qualificado. Assim as principais dificuldades pelos cuidadores formais em estudo centraram-se na falta de conhecimento e preparação para lidar com as novas necessidades da população idosa.

O ambiente de uma instituição de acolhimento pode ser um local estranho e de provocar mudanças no comportamento dos idosos levando-os por vezes ao silêncio, tristeza e desinteresse. Para tal são necessários da parte do cuidador formal tempo e disponibilidade. É certo que atrasa algumas tarefas não menos importantes, mas que podem ser executadas numa outra altura, e poder ouvir um idoso que necessita, evita situações geradoras de sentimentos de ansiedade, ou aborrecimento, pois para muitos idosos uma palavra, um carinho ou somente chegar ao pé deles e ouvi-los com um sorriso enche-os de felicidade.

Como tal, sugere-se na sequência deste estudo a possibilidade de se construir um plano de intervenção no âmbito desta temática, com objetivo de fomentar mudanças de atitudes e comunicação dos profissionais ajudantes de ação direta para com os idosos de forma equilibrada. Moura (2014) afirma que o envelhecimento é um processo complexo, que pode envolver perdas significativas e declínio de certas funções biológicas, mudanças psicológicas e sociais. Estas barreiras colocam à comunicação e ao estabelecimentos de relações sociais, podendo repercutir-se negativamente no bem-estar psicossocial da pessoa idosa. Nesta lógica, Sousa (2011) incentiva que a melhoria dos processos comunicativos assume-se como um elemento-chave a apostar.

A proposta de intervenção que pretendemos evidenciar face aos resultados obtidos no presente estudo, passa pela criação de um manual de boas práticas aliado a um plano de formação na área da comunicação, nas diversas instituições de terceira idade. Acreditamos que estas duas estratégias se traduziam num resultado de otimização do desempenho dos profissionais ajudantes de ação direta junto dos idosos, e que posteriormente facilitem mudanças de comportamentos na habilidade de comunicar, para que sejam bons ouvintes e não criem à partida estereótipos.

Assim, o manual como o plano de formação nas IPSS`s tinha como objetivo a aquisição de conhecimentos, capacidades práticas, atitudes e comportamentos que são exigidos a um cuidador para além do exercício das suas funções e que de alguma forma se adaptasse à realidade profissional. Convém salientar que esta proposta não

tem a pretensão de desrespeitar valores e princípios dos cuidados incutidos nas diferentes culturas, apenas teria inúmeras vantagens, nomeadamente na melhoria ao nível do desempenho, melhoria da motivação e participação, facilitação da comunicação interna, contribuição para a resolução imediata de problemas do quotidiano no ato de cuidar o idoso.

Sendo uma mais-valia a leitura deste manual e a respetiva formação inerente junto dos profissionais ajudantes de ação direta teria como linhas orientadoras a clarificação e desmistificação de estereótipos face ao envelhecimento e em particular ao idoso; compreensão de valores e princípios de uma comunicação eficaz; aquisição de competências no equilíbrio dos cuidados básicos às necessidades e características próprias de cada idoso, ou seja, o cuidador formal tem de estar preparado para prestar a assistência necessária com maturidade, dignidade e respeito pela privacidade e individualidade das pessoas que vivem no lar, tendo em conta os princípios de ética e deontologia inerentes às suas tarefas.

O plano de formação tem como objetivo capacitar os profissionais ajudantes de ação direta, por meio de conhecimentos teóricos e práticos, para que possam atuar junto da população idosa nos diversos níveis de dependência, na rede de serviços, na família e na comunidade, promovendo a qualidade de vida e incentivando a maior autonomia possível do idoso. Ao passo que o manual de boas práticas tinha como objetivo a aquisição de conhecimentos de uma forma mais reflexiva, de forma a que o cuidador repensasse a sua intervenção nas diversas respostas sociais aos idosos, proporcionando conhecimentos técnicos a respeito dos princípios éticos relativos ao processo de envelhecimento.

Na verdade conversar com um idoso, exige da parte do cuidador formal capacidade de observação, além de sensibilidade e interesse em comunicar. Mas vale a pena esse esforço na medida em que, para o idoso a comunicação é de extrema importância, sentirem-se acompanhados não apenas nas rotinas diárias, mas também no acompanhamento de um ombro amigo e confidente do profissional ajudante de ação direta. Tal como Jacob (2002) afirma que atualmente as funções das Ajudantes de Lar englobam cada vez mais, não só a ajuda física aos residentes, mas também a responsabilidade de estar disponível para ouvir os seus problemas individuais e poder atuar em sua defesa, bem como ajudá-los a tornarem-se capazes de adquirir um maior controlo sobre as suas vidas e encorajá-los a realizar as suas aspirações.

Todos os comportamentos transmitem mensagens, mas ao mesmo tempo podem constituir barreiras à comunicação: os gestos, as palavras, as expressões faciais, o toque são elementos que podem ajudar os cuidadores formais no desempenho da tarefa de comunicar.

Devido à grande proximidade entre o idoso e ajudante de lar, criam-se elos entre eles que favorecem a confiança; o saber estar; o saber ouvir e o saber sentir, mostram-se instrumentos essenciais no cuidar do utente. Saberes que se propunham evidenciar ao longo deste manual de boas práticas gerontológicas.

E importante continuar a refletir sobre os cuidados que são prestados aos idosos, de maneira a que se sintam cuidados de forma única e verdadeira. Isto só é possível se estivermos dispostos a ouvir e partilhar, estabelecendo as diferenças no sentido de lhes serem prestados cuidados individualizados e humanizantes. Assim, consideramos importante a formação dos cuidadores formais, nomeadamente na área da comunicação.

Capítulo VI - Conclusões e recomendações

Uma vez chegados ao fim deste percurso, e dado o âmbito da nossa preocupação conhecer as representações sociais dos profissionais ajudantes de ação direta e os estilos de comunicação no ato de cuidar o idoso, tema vasto e de grande complexidade, sentimos e acreditamos que este percurso foi apenas o início de uma longa “viagem” que é o mundo das representações sociais dos indivíduos no contexto do cuidar.

Conscientes que as conclusões a que chegámos, apenas dizem respeito aos participantes deste estudo, no entanto, aspira-se que estes constituam um contributo para a reflexão e discussão dos profissionais sobre as suas representações e estilos de comunicação face ao idoso e de como estas podem influenciar as suas práticas diárias, desmistificando preconceitos e sensibilizando para a mudança de mentalidades e comportamentos.

Insistir na formação gerontológica é o caminho a seguir para erradicar representações sociais negativas sobre a velhice e o envelhecimento, induzindo os cuidadores formais a repensar o modo como olham a pessoa idosa e a adequar a sua intervenção.

O falar em pessoas idosas, normalmente, traz consigo uma carga de preconceito e discriminação, há uma associação quase automática de que são pessoas doentes, inertes, e inúteis para a sociedade. Como tal, o problema desta representação está exatamente na forma como a sociedade divulga, expõe e considera os idosos, sendo necessário perceber que o respeito pelas pessoas, independentemente da sua idade, é um princípio básico universal.

O idoso é uma pessoa com sabedoria e com capacidade para ajudar e orientar outros membros da sociedade, não devendo ser avaliado apenas pela sua idade cronológica. Torna-se neste âmbito fundamental modificar as atitudes acerca do idoso, sendo que uma reeducação da sociedade nesse sentido torna-se fulcral.

O importante é encontrar o equilíbrio, ajudar o idoso quando preciso, mas respeitar a independência da pessoa. Deve-se ter em atenção que o idadismo existe, que afeta o comportamento de cada um de nós de uma forma quase automática, sem termos perceção do efeito negativo que este provoca.

Constatadas as vantagens do ser e agir assertivamente, ganha especial relevo conhecer a melhor forma para intervir, promovendo e incentivando a atitude e comportamento assertivo.

A assertividade está, portanto, presente em toda a vivência humana, em todos os momentos em que o indivíduo se relaciona, consigo mesmo e com o outro. Apesar do conceito receber diferentes enfoques em função da área de estudo em causa, nunca deixa de ser uma competência social, que por isso concerne a si próprio, ao outro e à relação que se estabelece entre ambos.

Ser assertivo é encontrar o equilíbrio, gerir da melhor forma estes três vetores, sendo individual e autêntico, e sendo social, respeitando e adaptando-se à realidade de cada idoso. Estas características vêm ao encontro de Fachada (1991) ser assertivo é conhecer, respeitar e fazer valer a própria individualidade, na relação com um grupo social a que se deseja pertencer.

Agir assertivamente é condição para o bem-estar pessoal, pela consciência, aceitação e valorização de si mesmo; para que se contribua para o bem-estar do outro, fazendo-o sentir-se atendido, respeitado e valorizado; e para que se construam relações fomentadoras de realização e construção pessoal e social.

As instituições de longa permanência são compostas por pessoas, idosos, familiares, e o restante pessoal técnico. O fator humano é absolutamente necessário nestas instituições. É devido à presença humana que a relação e geração de significados se constroem ou desconstroem no encontro ou desencontro das relações inter-humanas.

A reconsideração das práticas de cuidado e a consequente humanização da prestação de cuidados ao idoso institucionalizado, envolve a dimensão do cuidado na relação inter-humana, pondera sobre o papel dos próprios cuidadores formais no ato de cuidar de si e do outro.

Considera-se imperioso para a qualidade da intervenção gerontológica, que os ajudantes ação direta possuam e avaliem os seus conhecimentos e comportamentos sobre o envelhecimento, passando a visualizar o idoso como um todo, numa perspetiva holística e mais humanizada. Este estudo foi desenvolvido com este intento, aspirando contribuir para a identificação de necessidades, que permitam erradicar estereótipos enraizados pela sociedade nestes grupos profissionais e consequentemente melhorar a sua prestação profissional, bem como, incutir-lhes a necessidade de se tornarem agentes de mudança social.

Referências bibliográficas

- Andrade, P., Calapez, T., Melo, P. & Reis, E. (1997). Estatística Aplicada Vol.1 e Vol.2. Edições Sílabo.
- Berger, L. & Mailloux- Poirier, D. (1995). *Pessoas: uma abordagem global: processo global de enfermagem por necessidades*. Lisboa: Lusodidacta.
- Bitti, P & Zani, B. (1997). *A Comunicação como Processo Social*. Lisboa: Editorial Estampa.
- Cabecinhas, R. (2009) Investigar representações sociais: metodologias e níveis de análise. (51-66). In Baptista, M. (ed.), *Cultura: Metodologias e Investigação*. Lisboa.
- Cachioni, M. (2002) Quem Educa os Idosos? Um estudo sobre Professores de Universidades da Terceira Idade. *Campinas, Átomo e Alínea*, 155-175.
- Camargo, B., Nascimento-Schulze, C. & Veloz, M., (1999). Representações sociais do envelhecimento. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 12 (2), 479-501.
- Carmo, H. & Ferreira, M. (2008). *Metodologia da Investigação – Guia para auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Carochinho, J. (2002). Assertividade e compromisso organizacional: evidências de um estudo empírico. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 1, 37-52.
- Casado-Mejía, R., Ruiz-Arias, E., & Solano-Parés, A. (2009). Características de la proporción científica sobre cuidados familiares prestados por mujeres inmigrantes. *Gac Sanit*, 23 (4), p.335-341. Consultado em 28 de abril de 2014 através de: <http://www.scielosp.org/pdf/gs/v23n4/revision2.pdf>
- Casares, M., & Moreno, B. (1998). *Las habilidades sociales en el currículo*. Consultado em 12 de janeiro de 2014, através de <http://213.0.8.18/portal/Educantabria/RECURSOS/Materiales/Biblinte/HABILIDADES.pdf>
- Castanyer, O. (2005). *Assertividade e auto-estima*. Coimbra: Edições Tenacitas.
- Castro, C. (2007). *Representações Sociais dos Enfermeiros face ao Idoso Em contexto de prestação de cuidados*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Universidade Aberta: Lisboa. Consultado em 2 de fevereiro de 2014 através de: <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/705/1/LC390.pdf>
- Castro, F., Diaz, A. & Vega, J. (1999). *Construcción psicológica da la identidad regional: tópicos y estereótipos en el proceso de socialización el referente a Extremadura*. Badajoz: Gráfica Disputación Provincial de Badajoz.
- Costa, A. (2009). *Inteligência emocional e assertividade nos enfermeiros*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde. Universidade do Algarve. Faculdade de Ciência Sociais e Humanas. Consultado em 20 de abril de 2014, através de: <https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/240/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Intelig%C3%Aancia%20Emocional%20e%20Assertividade%20nos%20Enfer.pdf>
- D'Hainaut, L. (1990). *Conceitos e Métodos da Estatística- Uma variável a uma dimensão*. Fundação Calouste Gulbenkian Vol. 1. Lisboa.
- Dias, F. (2001). *Sistemas de Comunicação, de Cultura e de Conhecimento - Um Olhar Sociológico*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Dias, F. (2007). *O Medo Social*. Lisboa: Instituto Piaget.

- Diniz, J. (2002). Viver até ao fim. In Viegas, V. (Coord.) *Cadernos da Direção Geral de Saúde: Vinte Anos de Diagnóstico Precoce*. Lisboa: Publicação Seriada, 1, 11-15.
- Dominique, C. (1989). *L'affirmation de Soi* (5ª ed.). Paris: Les Editions E.S.F.
- Estanqueiro, A. (2009). *Saber lidar com as pessoas* (16ª ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Fachada, M. (1991). *Psicologia das Relações Interpessoais*. Lisboa, Rumo.
- Fernandes, I. (2007). *Fatores Influenciadores da Perceção dos Comportamentos do Cuidar dos Enfermeiros*. Coimbra: Formação e Saúde Limitada.
- Ferreira, A. (2007). *Idadismo e bem-estar subjetivo nos cuidadores*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Ferreira, M. (2012). *Ser cuidador: um estudo sobre a satisfação do cuidador formal de idosos*. Dissertação de Mestrado da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Bragança. Consultado em 5 de maio de 2014 através de: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/7936/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Ser%20cuidador....pdf>
- Fortin, M. (2009). *O processo de investigação: a conceção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fragoso, V. (2008). Humanização dos cuidados a prestar ao idoso institucionalizado. *Revista IGT na Rede*, 5 (8), 51-61.
- Freitas, J. (2011). *Centro Sociais e Paroquias, Redes de Comunicação e de Cooperação para a "Terceira Idade": Contexto Institucional e Social*. Dissertação de Doutoramento em Ciências Sociais. Universidade Fernando Pessoa do Porto. Consultado em 28 de maio de 2014 através de: http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2269/2/TD_19217.pdf
- Freixo, M. (2006). *Teorias e modelos de comunicação*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Gil, A. (1999). *Métodos e Técnicas de pesquisa Social*. São Paulo: Editora Atlas S.A.
- Guerra, I. (2002). *Fundamentos e Processos de uma Sociologia de Ação. O Planeamento em Ciências Sociais*. (2ª Edição). Cascais: Príncipeia.
- Herzlich, C. (2005). A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15 (suplemento) 57-70. Consultado em 13 de janeiro de 2014 através de: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a04.pdf>
- Hill, M. & Hill, A. (2005). *Investigação por Questionário*. Edições Silabo, Lisboa.
- Instituto da Segurança Social, IP. (2005) *Manual de Boas Práticas*. ISS. Lisboa.
- Instituto da Segurança Social, IP. (2013). *Guia Prático – Apoio Sociais a Idosos*. ISS. Lisboa.
- Jacob, L. (2002). *Ajudante Sénior: Uma Hipótese de perfil profissional para as IPSS*. Dissertação de Mestrado em Políticas de Desenvolvimento de Recursos Humanos. ISCTE, Portugal. Consultado em 17 de maio de 2014 através de: http://www.socialgest.pt/_dllds/tesedemestradoluis.pdf
- Jardim, J., & Pereira, A. (2006). *Competências Pessoais e Sociais. Guia Prático para a Mudança Positiva*. Porto: ASA.
- Jesuino, J. (1993). A psicologia social europeia. In: Vala, J. e Monteiro, M.B. (Orgs.) *Psicologia Social*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- Jodelet, D. (1989). *Les Représentations sociales: un domaine en expansion*. Paris, PUF.

- Lima, N. (2002). *Autoestima e Atividade Física: Contributo de um programa de atividade física na Autoestima em adultos idosos do concelho de Coimbra*. Dissertação de Mestrado em Ciências do Desporto e Educação Física. Universidade do Porto. Consultado em 20 de dezembro de 2013 através de: http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/10658/3/4758_TM_01_P.pdf
- Mannoni, P. (1998). *Les représentations sociales*. Paris: PUF.
- Maroco, J. & Marques, T. (2006). "Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?" *Laboratório de Psicologia – I.S.P.A.4* (1): 65-90.
- Marques, A. & Pinto, C. (2009). *Fundamentos de Gestão*. Lisboa: Editorial Presença.
- Marques, S. (2011). *Discriminação na Terceira Idade*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Marques, S., Lima, M., & Novo, R. (2006). Traços estereotípicos associados às pessoas jovens e idosas na cultura portuguesa. *Laboratório de Psicologia*, 4, 91-108.
- Martins, R. & Rodrigues, M. (2004). Estereótipos sobre idosos: uma representação social gerontofóbica. *Millenium. Revista do ISPV*, 29, 249-254.
- Martins, V. (2005). *Seja assertivo – como ser direto, objetivo e fazer o que tem de ser feito: como construir relacionamentos saudáveis usando a assertividade*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Mendes, E., Junqueira, L. (1999). *Comunicação sem medo*. São Paulo: Livraria Nobel.
- Miguel, M, Pinto, M. & Marcon, S. (2007). A dependência na velhice sob a ótica de cuidadores formais de idosos institucionalizados. *Revista Eletrónica de Enfermagem*, 3 (9), 784-795. Consultado em 19 de janeiro de 2014 através de: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a17.htm>
- Moliner, P., Rateau, P. & Cohen-Scali, V. (2002). *Les représentations sociales pratique des études de terrain*. Rennes: Presses Universitaires de Rennes.
- Moreira, P. (2004). *Ser Professor. Competências Básicas III*. Porto: Porto Editora.
- Moscovici, S. (2003) *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Petrópolis, RJ:Vozes.
- Moura, C. (2014). *Idadismo - Prioridade na Construção Social da Idade*. Editora: Euedito.
- Negreiros, M. (1995). *As Representações Sociais da Profissão de Serviço Social*. Lisboa: ISSSL - C.R.L.
- Neto, F. (1998). *Psicologia social. Volume I*. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Netto, M. (2002). *Gerontologia – A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada*. São Paulo: Atheneu.
- Neves, C. (2012). Estereótipos sobre Idosos: *Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia. Universidade da Beira Interior Ciências da Saúde. Consultado em 4 de fevereiro de 2014 através de: <https://ubithesis.ubi.pt/bitstream/10400.6/1207/3/Disserta%C3%A7%C3%A3oCFONEves.pdf>
- Palmeirão, C. & Menezes, I. (2012). No mundo de hoje: atitudes perante as pessoas idosas. *Cadernos de Pedagogia Social* (4). 119-152.
- Paulos, C. (2010). *Gestão de instituições para idosos – qualidade, humanidade e eficiência em cuidados geriátricos*. Lisboa: Verlag Dashofer Edições Profissionais.
- Pavarini, S., Mendiondo, M., Barham, E., Varoto, V. & Filizola, C. (2005). A arte de cuidar do idoso: Gerontologia como profissão? *Revista Enfermagem*, 14 (3), 398-402. Consultado em 4 de janeiro de 2014 através de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000300011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

- Pimentel, L. (2005). *O Lugar do idoso na família*. Coimbra: Quarteto.
- Porto, M. (2006). Crenças, valores e representações sociais da violência. *Sociologias*, 16, 250-273.
- Quintela, M. (2001). O papel dos lares de terceira idade. *Geriatrics*, 14 (136), 37-45.
- Quivy, R. & Campenhout, L. (2003). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. (3ª Edição). Lisboa: Edições Gradiva.
- Reis, F. & Rodrigues, V. (2002). *A axiologia dos valores e a sua comunicação no ensino de enfermagem*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ribeiro, A. (2007). *Imagens da velhice em profissionais que trabalham com idosos*. Dissertação de Mestrado em Geriatria. Universidade de Aveiro Secção Autónoma de Ciências da Saúde. Consultado em 23 de maio de 2014 através de: <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/3267/1/2007001187.pdf>
- Ribeiro, M., Ferreira, R., Ferreira, E., Magalhães, C. & Moreira, A. (2008). Perfil os cuidadores de idosos nas instituições de longa permanência de Belo Horizonte. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13 (4), 1285-1292.
- Rogero-García, J. (2009). Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependência. *Revista Esp Salud Publica*, 83, 393-405. Consultado em 4 de janeiro de 2014 através de: <http://www.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST456ZI93255&id=93255>
- Saldanha, H. (2009). *Bem Viver para Bem Envelhecer, um desafio à Gerontologia e à Geriatria*. Lisboa: Lidel.
- Sampaio, A., Rodrigues, F., Pereira, V., Rodrigues, S., & Dias, C. (2011). Cuidadores de idosos: percepção sobre o envelhecimento e sua influência sobre o ato de cuidar. *Estudo e Pesquisas em Psicologia*, 2 (11), 590-613.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lousã: Lidel.
- Simões, A. (1985). Estereótipos relacionados com os idosos. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XIX, 207-234.
- Simões, E. (2007). Representações sociais da escola rural de meados do século XX em Portugal. *Análise Psicológica* 2 (XXV), 211-228.
- Sousa, M. (2011). *Formação para a prestação de cuidados a pessoas idosas*. Cascais: Príncipia.
- Vagos, P. (2006). *Assertividade e Comportamento Assertivo: a Gestão do Eu, Tu, Nós*. Departamentos de Ciências de Educação da Universidade de Aveiro. Consultado em 27 de fevereiro 2014, através de <http://pt.scribd.com/doc/58294833/assertividade-Paula-Vagos>.
- Vala, J. & Monteiro M. (2010). *Psicologia social*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Vala, J. (2002). *Representações Sociais e psicologia social do conhecimento quotidiano*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Viegas, L. (2002). *Atitudes dos enfermeiros para com os idosos*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Viegas, L. (2006). Atitudes dos enfermeiros para com as pessoas idosas. *Revista Pensar Enfermagem*, edição UI e DE, 10 (2), 47-57.
- Vieira, E. (2004). *Manual de gerontologia: Um manual teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares* (2. ed.). Rio de Janeiro, RJ: Revinter.

Watzlawick, P. (2002). *Pragmática da Comunicação Humana*. Lisboa: Editorial Presença.

World Health Organization. (WHO, 2004). *A glossary of terms for community health care and services for older persons*. Japan: World Health Organization.

Legislação consultada:

Decreto-Lei nº414/99 de 15 de outubro. *Diário da República N.º214 – I Série A*. Ministério do Trabalho e de Solidariedade. Lisboa.

Despacho Normativo 12/98 de 25 de fevereiro. *Diário da República N.º124 – I Série A*. Ministério do Trabalho e de Solidariedade. Lisboa.

Portaria 67/2012 de 21 de março. *Diário da República N.º58 – I Série*. Ministério do Trabalho e da Segurança Social. Lisboa.

ANEXOS

ANEXO A. Instrumento de Recolha de dados



Instituto Politécnico de Castelo Branco
- Escola Superior de Educação, 301

Inquérito por Questionário

Representações Sociais Do Idoso institucionalizado e Influência na Comunicação dos Profissionais Ajudantes de Ação Direta

Área científica – Gerontologia Social

O presente instrumento enquadra-se no Trabalho Projeto que está a ser desenvolvido no âmbito do mestrado em Gerontologia Social da ESE/IPCB sobre as Representações Sociais do Idoso institucionalizado e Influência na comunicação dos Profissionais Ajudantes de Ação Direta, orientado pela Prof.^a Doutora Maria João Guardado Moreira para obtenção do grau de mestre.

O inquérito é anónimo, as suas respostas confidenciais e os dados recolhidos serão tratados estatisticamente e depois divulgados em publicações científicas.

Não existem respostas certas ou erradas. A sua colaboração é fundamental. Por favor responda com toda a sinceridade, sempre de acordo com o que faz, sente ou pensa, não deixando respostas em branco.

Obrigado pela sua colaboração!

Parte I - Caracterização Sócio-Demográfica

- 1- Sexo: Masculino Feminino
- 2- Idade: _____anos;
- 3- Habilitações literárias: ≤ 9ºano 9º - 12ºano Licenciatura Mestrado
- 4- Possui idosos no agregado familiar?
Sim Não
- 5- Área Residência: Rural Urbana
- 6- Tem alguma formação na área da gerontologia?
Sim Não
- Se sim, qual: _____
- 7- Há quanto tempo trabalha na área da terceira idade? _____.

Parte II – ESCALA OP DEKOGAN- Atitudes face aos idosos (1961)
(trad. Laura Viegas, 2002)

Perante as afirmações apresentadas assinale apenas uma cruz (X) a opção que melhor traduz a sua posição

- 1- Discordo completamente;
- 2- Discordo em grande parte;
- 3- Discordo parcialmente;
- 4- Concordo parcialmente;
- 5- Concordo em grande parte;
- 6- Concordo completamente

1. Provavelmente será melhor que os idosos vivam em lares com pessoas da sua idade.	1	2	3	4	5	6
2. A maioria dos idosos não é diferente das outras pessoas: são tão fáceis de compreender como os jovens.	1	2	3	4	5	6
3. A maioria dos idosos é incapaz de mudar e só faz aquilo que quer.	1	2	3	4	5	6
4. A maioria dos idosos preferiam deixar de trabalhar, assim que os filhos tivessem rendimentos para os sustentar.	1	2	3	4	5	6
5. A maioria dos idosos tende a deixar as suas casas desarrumadas e desleixadas.	1	2	3	4	5	6
6. Uma das qualidades mais interessantes nos idosos é a forma como expressam as suas experiências passadas.	1	2	3	4	5	6
7. Quando nós pensamos sobre isso, os idosos têm os mesmos defeitos que os outros.	1	2	3	4	5	6
8. A maioria dos idosos deveria preocupar-se mais com o seu aspeto pessoal, são muito desleixados.	1	2	3	4	5	6
9. Os idosos são, na sua maioria, irritáveis, refilões e desagradáveis.	1	2	3	4	5	6
10. A maioria dos idosos raramente se queixa do comportamento dos mais novos.	1	2	3	4	5	6
11. A maioria dos idosos não necessita de mais amor e segurança do que qualquer outra pessoa.	1	2	3	4	5	6
12. Provavelmente será melhor que os idosos vivam em lares que também tenham pessoas mais novas.	1	2	3	4	5	6
13. De forma a manter uma vizinhança agradável, será melhor se não houver muitos idosos a viverem lá.	1	2	3	4	5	6
14. É difícil encontrar um pensamento que anime os idosos.	1	2	3	4	5	6
15. A maioria dos idosos faz-nos sentir que é repouante estar com eles.	1	2	3	4	5	6
16. É loucura pensar que a sabedoria vem com a idade.	1	2	3	4	5	6
17. A maioria dos idosos é capaz de se adaptar às mudanças sempre que a situação o exija.	1	2	3	4	5	6
18. A maioria dos idosos passa o tempo a meter-se nos assuntos dos outros e a dar conselhos que ninguém pediu.	1	2	3	4	5	6
19. A maioria dos idosos está constantemente a queixar-se do comportamento dos mais jovens.	1	2	3	4	5	6
20. É evidente que os idosos são diferentes uns dos outros.	1	2	3	4	5	6

21. A maioria dos idosos preocupa-se muito com o seu aspeto pessoal.	1	2	3	4	5	6
22. Os idosos são, na sua maioria, alegres, bem-humorados e agradáveis.	1	2	3	4	5	6
23. A maioria dos idosos preferia continuar a trabalhar até que lhes fosse possível, em vez de estar dependente de qualquer pessoa.	1	2	3	4	5	6
24. Os idosos têm muito poder nos negócios e na política.	1	2	3	4	5	6
25. A maioria dos idosos faz-nos sentir pouco à vontade.	1	2	3	4	5	6
26. Os idosos, na sua maioria, têm tendência para serem discretos e não darem conselhos sem lhes pedirem.	1	2	3	4	5	6
27. Se os idosos esperam que gostem deles, o seu primeiro passo é livrarem-se dos seus defeitos irritantes.	1	2	3	4	5	6
28. Apesar de algumas exceções, os idosos, em geral, são muito parecidos uns com os outros.	1	2	3	4	5	6
29. Os idosos deveriam ter mais poder nos negócios e na política.	1	2	3	4	5	6
30. A maioria dos idosos aborrece os outros pela sua insistência em falar "dos bons velhos tempos."	1	2	3	4	5	6
31. Podemos contar com uma vizinhança agradável, se existir uma quantidade razoável de idosos a viverem lá.	1	2	3	4	5	6
32. A maioria dos idosos faz exigências excessivas de amor e segurança.	1	2	3	4	5	6
33. Pode considerar-se que a maioria dos idosos tem as suas casas limpas e agradáveis.	1	2	3	4	5	6
34. As pessoas tornam-se mais inteligentes à medida que envelhecem.	1	2	3	4	5	6

Parte III – Questionário EC's (Adapt. Fachada, 1991)

Encontrará abaixo sessenta afirmações, às quais pode responder de forma positiva ou negativa. Usando a escala de resposta a seguir indicada, coloque uma cruz (x) no lugar adequado à sua resposta, que será SIM ou NÃO. Por favor, seja o mais sincero possível nas suas respostas.

	SIM	NÃO
1. Digo muitas vezes sim aos utentes, quando no fundo quero dizer não.		
2. Defendo os meus direitos sem atentar contra os direitos dos utentes.		
3. Quando não conheço bem um utente prefiro disfarçar aquilo que penso ou sinto.		
4. Sou, a maior parte das vezes, uma pessoa autoritário/a e decidido/a com os utentes.		
5. Não receio criticar os utentes e dizer-lhes aquilo que penso.		
6. Não sou capaz de recusar certas tarefas que não fazem parte das minhas funções.		
7. Várias vezes sou julgado/a por ter sempre uma opinião contrária.		
8. Tenho dificuldade em escutar os utentes.		

9. Faço tudo o que posso para ficar no “segredo dos deuses” e tenho-me dado bem com isso.		
10. Consideram-me, geralmente, bastante “manhoso/a” e hábil nas relações com os utentes.		
11. Prefiro nunca pedir ajuda a um utente, ele poderá pensar que não sei fazer o meu trabalho.		
12. Sou tímido/a e tenho grandes bloqueios quando tenho que realizar uma ação pouco habitual.		
13. Deixo muitas vezes um trabalho a meio, sem o acabar.		
14. Sinto-me bastante à vontade nas relações face a face.		
15. Faço “fitas” muitas vezes; é a melhor maneira de conseguir o que quero.		
16. Sou um/uma “fala-barato/a” e corto a palavra aos utentes sem me dar conta disso.		
17. Sou ambicioso/a e estou pronto/a a fazer o que for necessário para atingir os meus objetivos.		
18. Em geral, sei o que é preciso fazer, isso é importante para ser bem-sucedido/a.		
19. Tenho tendência para deixar para mais tarde as coisas que tenho para fazer.		
20. Em geral, mostro aquilo que sou sem disfarçar os meus sentimentos.		
21. É preciso muita coisa para me intimidar.		
22. Sou capaz de ser eu próprio/a, continuando a ser aceite socialmente.		
23. Quando não estou de acordo sei dizê-lo com clareza.		
24. Tenho preocupações de não incomodar os utentes.		
25. Não tenho receio de falar em público.		
26. Não tenho receio de enfrentar os desafios perigosos e arriscados.		
27. Criar conflitos pode ser mais eficaz do que reduzir as pressões.		
28. A franqueza é a melhor maneira de ganharmos confiança nas nossas relações com os utentes.		
29. Sei escutar e não corto a palavra aos utentes.		
30. Levo até ao fim aquilo que eu decidi fazer.		
31. Não tenho medo de exprimir os meus sentimentos, tal e qual como os sinto.		
32. Tenho jeito “para levar as pessoas” e fazer impôr as minhas ideias.		
33. O elogio ainda é um bom meio de se obter o que se pretende.		
34. Tenho dificuldade em controlar o tempo em que estou no uso da palavra.		
35. Sou obediente e tenho uma vida simples; às vezes até me deixo explorar um pouco.		
36. Gosto mais de observar do que de participar.		
37. Choco muitas vezes as pessoas com as minhas atitudes.		
38. A manipulação dos outros é muitas vezes a única maneira prática para obtermos o que queremos.		
39. Sei, em geral, reclamar com eficácia, sem agressividade excessiva.		
40. Não gosto de ser mal visto/a.		

Agradecemos a sua colaboração!

**ANEXO B. Autorização da Dra. Laura Viegas para Utilizar a Escala
AKPI**

23/5/2014

Mensagem de Impressão do Outlook.com

[Imprimir](#)

[Fechar](#)

RE: Versão portuguesa da Escala AKPI

De: LAURA MARIA MONTEIRO Viegas (lviegas@esel.pt)

Enviada: sexta-feira, 15 de novembro de 2013 14:02:27

Para: Raquel Almeida (raquel_ss_almeida@hotmail.com)

2 anexos

ESCALA_DE_KOGAN.pdf (1100,5 KB) , Tese Mestrado- adaptação Escala Kogan.doc (268,4 KB)

Cara Dr^a Raquel

É com muito gosto que recebo a sua comunicação sobre o interesse no estudo que realizei no âmbito do Mestrado de Psicologia Clínica.

Anexo parte da tese referente ao que solicita. Para mais informação disponha.

Com os meus melhores cumprimentos,

Laura Viegas (lv_legas@esel.pt)

Professora Adjunta

Departamento Fundamentos de Enfermagem

ESEL

De: Raquel Almeida [raquel_ss_almeida@hotmail.com]

Enviado: quinta-feira, 14 de Novembro de 2013 22:58

Para: LAURA MARIA MONTEIRO Viegas

Assunto: Versão portuguesa da Escala AKPI

Ex.ma Dra. Laura Viegas,

Chamo-me Raquel Almeida, sou licenciada em serviço social e neste momento sou aluna do mestrado de Gerontologia Social, na Escola Superior de Castelo Branco.

Encontro-me em fase de pesquisa no sentido de iniciar a minha Tese de Mestrado.

Ao longo da minha pesquisa deparei-me com um artigo seu na biblioteca da Escola de Bragança a revista "Pensar Enfermagem", vol.10, nº2, 2006. Trata-se do artigo escrito por si, "Atitudes dos Enfermeiros para as pessoas idosas", no qual faz referência à versão portuguesa da Escala AKPI.

Gostaria de perguntar se eventualmente poderia disponibilizar informação sobre este questionário: versão original, estudo psicométrico da versão original, informações da versão adaptada para o português de Portugal, estudo psicométrico.

Com os melhores cumprimentos, aguardo atentamente

Raquel Almeida

(969634501)

ANEXO C. Retificações de alguns Itens da Escala Estilos Comunicacionais

Tabela 13 - Retificações de alguns Itens da Escala Estilos Comunicacionais

Itens Escala Original EC	Itens Escala Validada e Adaptada EC
Digo muitas vezes sim, quando no fundo quero dizer não.	Digo muitas vezes sim aos utentes, quando no fundo quero dizer não.
Defendo os meus direitos sem atentar contra os direitos dos outros.	Defendo os meus direitos sem atentar contra os direitos dos utentes.
Quando não conheço bem uma pessoa prefiro dissimular aquilo que penso ou sinto.	Quando não conheço bem um utente prefiro disfarçar aquilo que penso ou sinto.
Sou, a maior parte das vezes, autoritário e decidido.	Sou, a maior parte das vezes, autoritário/a e decidido/a com os utentes.
Não receio criticar os outros e dizer-lhes aquilo que penso.	Não receio criticar os utentes e dizer-lhes aquilo que penso.
Não ousa recusar tarefas que não fazem parte das minhas atribuições.	Não sou capaz de recusar certas tarefas que não fazem parte das minhas funções.
Várias vezes sou censurado por ter espírito de contradição.	Várias vezes sou julgado/a por ter opinião contrária.
Tenho dificuldade em escutar os outros.	Tenho dificuldade em escutar os utentes.
Consideram-me, em geral, bastante “manhoso”, e hábil nas relações com os outros.	Consideram-me, em geral, bastante “manhoso/a”, e hábil nas relações com os utentes.
Prefiro nunca pedir ajuda a um colega, ele poderá pensar que não sou competente.	Prefiro nunca pedir ajuda a um utente, ele poderá pensar que não sei fazer o meu trabalho.
Sou um “fala-barato” e corto a palavra aos outros sem me dar conta disso.	Sou um/a “fala-barato/a” e corto a palavra aos utentes sem me dar conta disso.
Sou ambicioso e estou pronto a fazer o que for necessário para realizar os meus objetivos.	Sou ambicioso/a e estou pronto/a a fazer o que for necessário para realizar os meus objetivos.
Em geral, mostro aquilo que sou, sem dissimular os meus sentimentos.	Em geral, mostro aquilo que sou, sem disfarçar os meus sentimentos.
Quando não estou de acordo sei dizê-lo desapaixonadamente e com clareza.	Quando não estou de acordo sei dizê-lo com clareza.
Tenho preocupações de não incomodar os outros.	Tenho preocupações em não incomodar os utentes.
Criar conflitos pode ser mais eficaz do que reduzir as tensões.	Criar conflitos pode ser mais eficaz do que reduzir as pressões.
A franqueza é a melhor maneira de ganharmos confiança nas nossas relações com os outros.	A franqueza é a melhor maneira de ganharmos confiança nas nossas relações com os utentes.
Sei escutar e não corto a palavra aos outros.	Sei escutar e não corto a palavra aos utentes.
Sou servil e tenho uma vida simples, às vezes até me deixo explorar um pouco.	Sou obediente e tenho uma vida simples, às vezes até me deixo explorar um pouco.
Sei, em geral, reclamar com eficácia, sem agressividade excessiva.	Sei, em geral, protestar com eficácia, sem agressividade excessiva.

ANEXO D. Escala Estilos Comunicacionais Original

Escala Estilos Comunicacionais Original (Fachada, 1991)

Encontrará abaixo sessenta afirmações com as quais pode responder de forma positiva ou negativa. Usando a escala de resposta a seguir indicada, coloque uma cruz (x) no lugar adequado à sua resposta, que será SIM ou NÃO. Por favor, seja o mais sincero possível nas suas respostas.

	SIM	NÃO
1. Digo muitas vezes sim, quando no fundo quero dizer não.		
2. Defendo os meus direitos atentar contra os direitos dos outros.		
3. Quando não conheço bem uma pessoa prefiro disfarçar aquilo que penso ou sinto.		
4. Sou, a maior parte das vezes, uma pessoa autoritário/a e decidido/a.		
5. Geralmente, é mais fácil e mais engenhoso atuar por interposta pessoa do que diretamente.		
6. Não receio criticar os outros e dizer-lhes aquilo que penso.		
7. Não sou ousado recusar certas tarefas que não fazem parte das minhas funções.		
8. Não tenho medo de dar a minha opinião, mesmo face a interlocutores hostis.		
9. Quando há debate, prefiro retrair-me e "ver o que é que a coisa dá".		
10. Várias vezes sou censurado/a por ter espírito de contradição.		
11. Tenho dificuldade em escutar os utentes.		
12. Faço tudo o que posso para ficar no "segredo dos deuses" e tenho-me dado bem com isso.		
13. Consideram-me, geralmente, bastante "manhoso/a" e hábil nas relações com os outros.		
14. Mantenho mais com os outros relações mais fundadas sobre a confiança do que sobre a dominação ou o calculismo.		
15. Prefiro nunca pedir ajuda a um colega, ele poderá pensar que eu não sou competente.		
16. Sou tímido/a e tenho grandes bloqueios quando tenho que realizar uma ação pouco habitual.		
17. Chamam-me "sopinhas de leite", fico enervado e isso faz rir os outros.		
18. Sinto-me bastante à vontade nas relações face a face.		
19. Faço "fitas" muitas vezes; é a melhor maneira de conseguir o que quero.		
20. Sou um/uma "fala-barato" e corto a palavra aos outros sem me dar conta disso.		
21. Sou ambicioso e estou pronto/a a fazer o que for necessário para realizar os meus objetivos.		
22. Em geral, sei o que é preciso fazer; isso é importante para ser bem-sucedido/a.		
23. Em caso de desacordo, procuro compromissos realistas, assentes na base dos interesses mútuos.		
24. Prefiro "pôr as cartas na mesa".		
25. Tenho tendência para deixar para mais tarde as coisas que tenho para fazer.		
26. Deixo, muitas vezes um trabalho a meio sem o acabar.		
27. Em geral, mostro aquilo que sou, sem dissimular os meus sentimentos.		
28. É preciso muita coisa para me intimidar.		
29. Meter medo aos outros pode ser um bom meio para garantir o poder.		
30. Quando "me levam à certa" uma vez, vingo-me na próxima.		
31. Quando se critica alguém, é muito eficaz criticar o facto de não seguir os seus próprios princípios. Forçamo-lo, assim, a estar de acordo.		
32. Sei tirar partido do "sistema"; sou "desenrascado/a".		
33. Sou capaz de ser eu próprio/a, continuando a ser aceite socialmente.		
34. Quando não estou de acordo sei dizê-lo desapaixonadamente e com clareza.		

35. Tenho preocupações de não incomodar os outros.		
36. Tenho sérias dificuldades em fazer opções.		
37. Não gosto de ser a única pessoa dentro de um grupo a pensar de determinada maneira. Nesse caso, prefiro retirar-me.		
38. Não tenho receio de falar em público.		
39. A vida “é uma selva”.		
40. Não tenho receio de enfrentar os desafios perigosos e arriscados.		
41. Criar conflitos pode ser mais eficaz do que reduzir as tensões.		
42. A franqueza é a melhor maneira de ganharmos confiança nas nossas relações com os outros.		
43. Sei escutar e não corto a palavra aos outros.		
44. Levo até ao fim aquilo que eu decidi fazer.		
45. Não tenho medo de exprimir os meus sentimentos, tal e qual como os sinto.		
46. Tenho jeito “para levar as pessoas” e fazer impôr as minhas ideias.		
47. O elogio ainda é um bom meio de se obter o que se pretende.		
48. Tenho dificuldade em controlar o tempo em que estou no uso da palavra.		
49. Sei utilizar bem a ironia mordaz.		
50. Sou servil e tenho uma vida simples; às vezes até me deixo explorar um pouco.		
51. Gosto mais de observar do que de participar.		
52. Gosto mais de estar na “geral” do que na primeira fila.		
53. Não penso que a manipulação seja uma solução eficaz.		
54. Não é necessário anunciar depressa demais as nossas intenções; isso pode causar-nos dissabores.		
55. Choco muitas vezes as pessoas com as minhas atitudes.		
56. Prefiro ser lobo a ser cordeiro.		
57. A manipulação dos outros é muitas vezes a única maneira prática para obtermos o que queremos.		
58. Sei, em geral, protestar com eficácia, sem agressividade excessiva.		
59. Penso que os problemas não podem ser realmente resolvidos sem procurarmos as suas causas.		
60. Não gosto de ser mal visto/a.		

Matriz de correção:

Distribuição dos itens	ESTILO PASSIVO		ESTILO AGRESSIVO		ESTILO MANIPULADOR		ESTILO ASSERTIVO	
	1		4		3		2	
7		6		5		8		
15		10		9		14		
16		11		12		18		
17		20		13		23		
25		21		19		24		
26		28		22		27		
35		29		31		33		
36		30		32		34		
37		39		41		38		
50		40		42		43		
51		48		46		44		
52		49		47		45		
59		55		54		53		
60		56		57		58		
TOTAL		TOTAL		TOTAL		TOTAL		

ANEXO E. Escala Estilos Comunicacionais adaptada e validada

Escala Estilos Comunicacionais Adaptada (Fachada, 1991) e Validada

Encontrará abaixo sessenta afirmações com as quais pode responder de forma positiva ou negativa. Usando a escala de resposta a seguir indicada, coloque uma cruz (x) no lugar adequado à sua resposta, que será SIM ou NÃO. Por favor, seja o mais sincero possível nas suas respostas.

	SIM	NÃO
1. Digo muitas vezes sim aos utentes, quando no fundo quero dizer não.		
2. Defendo os meus direitos sem atentar contra os direitos dos utentes.		
3. Quando não conheço bem um utente prefiro disfarçar aquilo que penso ou sinto.		
4. Sou, a maior parte das vezes, uma pessoa autoritário/a e decidido/a com os utentes.		
5. Não receio criticar os utentes e dizer-lhes aquilo que penso.		
6. Não sou capaz de recusar certas tarefas que não fazem parte das minhas funções.		
7. Várias vezes sou julgado/a por ter sempre uma opinião contrária.		
8. Tenho dificuldade em escutar os utentes.		
9. Faço tudo o que posso para ficar no "segredo dos deuses" e tenho-me dado bem com isso.		
10. Consideram-me, geralmente, bastante "manhoso/a" e hábil nas relações com os utentes.		
11. Prefiro nunca pedir ajuda a um utente, ele poderá pensar que não sei fazer o meu trabalho.		
12. Sou tímido/a e tenho grandes bloqueios quando tenho que realizar uma ação pouco habitual.		
13. Deixo muitas vezes um trabalho a meio, sem acabar.		
14. Sinto-me bastante à vontade nas relações face a face.		
15. Faço "fitas" muitas vezes; é a melhor maneira de conseguir o que quero.		
16. Sou um/uma "fala-barato/a" e corto a palavra aos utentes sem me dar conta disso.		
17. Sou ambicioso/a e estou pronto/a a fazer o que for necessário para atingir os meus objetivos.		
18. Em geral, sei o que é preciso fazer; isso é importante para ser bem-sucedido/a.		
19. Tenho tendência para deixar para mais tarde as coisas que tenho para fazer.		
20. Em geral, mostro aquilo que sou sem disfarçar os meus sentimentos.		
21. É preciso muita coisa para me intimidar.		
22. Sou capaz de ser eu próprio/a, continuando a ser aceite socialmente.		
23. Quando não estou de acordo sei dizê-lo com clareza.		
24. Tenho preocupações de não incomodar os utentes.		
25. Não tenho receio de falar em público.		
26. Não tenho receio de enfrentar os desafios perigosos e arriscados.		
27. Criar conflitos pode ser mais eficaz do que reduzir as pressões.		
28. A franqueza é a melhor maneira de ganharmos confiança nas nossas relações com os utentes.		
29. Sei escutar e não corto a palavra aos utentes.		
30. Levo até ao fim aquilo que eu decidi fazer.		
31. Não tenho medo de exprimir os meus sentimentos, tal e qual como os sinto.		

32. Tenho jeito "para levar as pessoas" e fazer impor as minhas ideias.		
33. O elogio ainda é um bom meio de se obter o que se pretende.		
34. Tenho dificuldade em controlar o tempo em que estou no uso da palavra.		
35. Sou obediente e tenho uma vida simples; às vezes até me deixo explorar um pouco.		
36. Gosto mais de observar do que de participar.		
37. Choco muitas vezes as pessoas com as minhas atitudes.		
38. A manipulação dos outros é muitas vezes a única maneira prática para obtermos o que queremos.		
39. Sei, em geral, reclamar com eficácia, sem agressividade excessiva.		
40. Não gosto de ser mal visto/a.		

Matriz de correção:

Distribuição dos itens	Estilo Passivo		Estilo Agressivo		Estilo Manipulador		Estilo Assertivo	
	1		4		3		2	
6		5		9		14		
11		7		10		20		
12		8		15		22		
13		16		18		23		
19		17		27		25		
24		21		28		29		
35		26		32		30		
36		34		33		31		
40		37		38		39		
Total		Total		Total		Total		