**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

ADRIANA GUIMARÃES RODRIGUES

**Habilidades comunicativas e a rede social de
apoio de idosos institucionalizados**

**São Paulo
2010**

ADRIANA GUIMARÃES RODRIGUES

Habilidades comunicativas e a rede social de apoio de idosos institucionalizados

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo, como parte dos
requisitos para a obtenção do grau de Doutor em
Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Experimental

Sob a orientação: Prof. Dr. Ailton Amélio da
Silva

**São Paulo
2010**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Rodrigues, Adriana Guimarães.

Habilidades comunicativas e a rede social de apoio de idosos institucionalizados / Adriana Guimarães Rodrigues; orientador Ailton Amélio da Silva. -- São Paulo, 2010.

252 f.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Experimental) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Institucionalização 2. Idosos 3. Velhice 4. Habilidades na comunicação 5. Redes Sociais 6. Grupos de apoio I. Título.

HV1454

Nome: Rodrigues, A. G.

Título: Habilidades comunicativas e a rede social de apoio de idosos institucionalizados

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Doutor em Psicologia

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

A Deus, fonte inesgotável de
inspiração e sabedoria.

Aos idosos participantes da
pesquisa pela acolhida,
disponibilidade e contribuição.

À minha família pelo exemplo de
força e perseverança.

Ao meu esposo pelo carinho e
apoio sem os quais a realização
deste trabalho seria muito difícil.

Às minhas queridas “meninas”
pelo amor incondicional que
alegra minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me amparado e concedido força, luz, perseverança e coragem para passar por todas as etapas necessárias no processo de Doutorado.

Agradeço, de modo especial, ao meu prezado Professor orientador Dr. Ailton Amélio da Silva pela competência técnica e humana com que orientou este e outros trabalhos ao longo do processo de Mestrado e Doutorado. Poucas pessoas são tão especiais e gentis na arte de ensinar e orientar.

Aos Professores Dr. Klaus Bruno Tiedemann e Dra Mariângela Gentil Savoia pela leitura cuidadosa e sugestões apresentadas por ocasião do exame de qualificação.

Aos idosos participantes da pesquisa e às instituições que os abrigam pelo zelo, acolhida, respeito e carinho com que me receberam. Sem vocês, a concretização deste estudo não seria possível.

À Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais pelo incentivo e apoio durante a realização deste estudo.

Ao Professor Geraldo Adriano da Silva pela ajuda competente e dedicada na correção do material.

À minha mãe e, em especial, ao meu esposo pela força, apoio e dignidade com que souberam compreender minhas ausências prolongadas.

Alguém já disse que, se você quiser saber como se sente um velho, embace os óculos, tape os ouvidos com algodão, calce sapatos pesados e folgados para seus pés, ponha luvas, e tente – mesmo assim – levar seu dia de modo normal.

Skinner & Vaughan (1985)

RESUMO

Rodrigues, A. G. (2010). *Habilidades comunicativas e a rede social de apoio de idosos institucionalizados*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Este é um estudo descritivo e correlacional que teve, como objetivo, identificar e descrever classes de comportamentos da conversa de idosos institucionalizados, medir suas frequências de ocorrência e verificar suas relações com a estrutura da rede social e com o tipo de apoio que eles recebiam. Inicialmente, foi feita uma revisão da literatura científica para identificar os comportamentos envolvidos na conversa. Com base nesses comportamentos, foi elaborado um primeiro roteiro de observação sistemática, constituído por 19 comportamentos, e o teste de interação real planejada para coletar uma amostra da conversa com os idosos. Participaram da pesquisa 30 idosos institucionalizados que tinham, em média, 74 anos. Esses idosos forneceram seus consentimentos livre e esclarecido para a coleta de dados. Durante dois encontros com cada idoso foram aplicados quatro instrumentos: entrevista, diagrama de escolta, teste de interação real planejada e escala de apoio social. A aplicação dos instrumentos foi gravada em vídeo. Utilizou-se o primeiro roteiro de observação para observar os comportamentos da conversa dos idosos, gravados nos vídeos do teste de interação real planejada. Este roteiro foi modificado com inserção de novos comportamentos. O segundo roteiro passou a conter 26 comportamentos (18 verbais e oito não-verbais). Este foi utilizado para verificar a frequência dos comportamentos identificados. Foram observados 343 minutos de conversa. Os comportamentos foram redefinidos e apresentados a seis juízes para avaliar a fidedignidade das definições e observações. Os juízes avaliaram, também, três tipos globais de habilidades comunicativas dos idosos. Os índices de concordância oscilaram entre 83% e 100%. As habilidades comunicativas foram avaliadas como boas, com algumas variações. A frequência dos comportamentos verbais e não-verbais variou entre os idosos e interferiram na duração da conversa com a pesquisadora. Por isso, eles foram classificados como idosos que dominaram o turno da fala, idosos que fizeram comentários amplos e idosos que fizeram pequenos comentários. Foram calculadas as correlações entre os tempos de duração das conversas e as habilidades comunicativas dos idosos. Os idosos que fizeram pequenos comentários foram menos expressivos não-verbalmente e apresentaram menos informações gratuitas. De maneira geral, a maioria dos idosos fez poucas perguntas e demonstrou excessivo interesse em falar de si e desinteresse pelas autorrevelações da pesquisadora, sugerindo dificuldades comunicativas. Os idosos possuíam, em média, 6,2 pessoas na rede, quantidade pequena quando comparada com as redes sociais relatadas em estudos da literatura científica. Ocorreram variações na quantidade de pessoas da rede social, no número de pessoas que os idosos trocavam apoio e no tipo e quantidade de apoio recebido. Os idosos que fizeram pequenos comentários, além de serem mal avaliados pelos juízes, tinham, em média, menos pessoas nas suas redes e recebiam menos apoio de interação positiva. Os coeficientes de correlação sustentam esta afirmação. As análises comparativas entre os grupos e as tendências desses coeficientes indicam que boas habilidades comunicativas estão relacionadas com uma maior quantidade de pessoas na rede social e mais apoio afetivo e de interação positiva. Portanto, estes resultados indicam a necessidade de programas de desenvolvimento

de habilidades comunicativas para auxiliarem os idosos institucionalizados a conquistarem e a manterem uma boa rede social de apoio.

Palavras-chave: Institucionalização. Idosos. Velhice. Habilidades de comunicação. Redes sociais. Grupos de apoio.

ABSTRACT

Rodrigues, A.G. (2010). *Communicative abilities and social care network of the institutionalized elderly*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

This is a descriptive and correlational study that aimed to identify and describe the categories of behavioral speech patterns of the elderly who have been institutionalized, with its focus on measuring said behavioral speech and its frequency in relation to the social care networks and the type of care the institutionalized receive. A review of the scientific literature was initially carried out to identify the behavioral patterns involved in the conversational abilities of the institutionalized. With this information, a systematic report of observations was made, including 19 behavioral patterns, and a planned interactive test to collect a sample conversation of the subjects. Thirty people participated in the research with a median age of 74. All thirty gave their full consent to take part in the research and release any information that might have been needed for the researchers. Two meetings were conducted with each person, where four types of analytical instruments were applied: interviews, the convoy of social support, interactive tests and also the social support scale (SSS). These tests were video recorded. The first reported video observations were used to identify the speech behavior of the institutionalized. This report has been modified by inserting newly observed behavioral patterns of the institutionalized. The second report contained twenty-six types of behavioral patterns – eighteen verbal and eight nonverbal – and was utilized to verify the frequency of these identified behavioral patterns. A total of three hundred and forty-three minutes of observed conversations were conducted. The behavioral patterns were defined and then presented to six analysts to evaluate the accuracy of the reported observations. The analysts also verified three general types of communicative abilities of the institutionalized. The rates of agreement concerning their communicative abilities varied between eighty-three percent and a hundred percent. The frequency of their communicative abilities was evaluated as good, with few variations. The frequency of verbal behavior patterns and nonverbal patterns varied between the institutionalized and interfered in the conversation between the researcher and the subject. Because of this they were classified into the following three groups: the subjects who dominated the conversation, the subjects who made considerable comments, and those who hardly participated. The length of the conversation and the communicative abilities of the subjects were calculated in a correlational form. The subjects who made fewer comments were nonverbally less expressive and showed less information willingly. Generally speaking, the majority of the subjects asked few questions and showed extreme interest in talking about themselves and was uninterested in listening to the researcher, making communication difficult. In median, the subjects had 6,2 people in their social network, which is considered relatively small when compared to the scientific literature. There were variations in the quantity of people in the social networks, and the number of people that the subjects exchanged support with, as well as the quality and type of support received between the three subject groups. Besides being poorly assessed by the analysts, the subjects who made the fewest comments had in median, less people in their social network and received less positive interaction support. The correlation coefficients supported this fact. The comparative analysis

between the groups and the correlation coefficient made evident that good communicative abilities are related to the number of people in the social networks and the amount of positive care and interaction exchanged. Therefore, these results indicate there is a need for developing programs which focus on improving communicative abilities to aid the institutionalized to achieve and maintain proper social support networks.

Keywords: Institutionalization. Elderly. Old age. Communicative abilities. Social network. Social care.

LISTA DE FIGURAS

Quadro 1 -	Comportamentos verbais envolvidos na conversa apontados pela literatura.....	88
Quadro 2 -	Estrutura básica do teste de interação real planejada.....	118
Quadro 3 -	Roteiro de observação sistemática com os comportamentos verbais e não-verbais envolvidos na conversa citados na literatura pesquisada.....	120
Quadro 4 -	Segundo roteiro de observação sistemática com os comportamentos verbais e não-verbais envolvidos na conversa observados nos vídeos com o teste de interação real planejada de 30 idosos.....	126
Quadro 5 -	Catálogo de comportamentos envolvidos na conversa com definições.....	127
Quadro 6 -	Índice de concordância interjuízes para cada comportamento da conversa identificado.....	130
Quadro 7 -	Categorias mais amplas com os comportamentos verbais envolvidos na conversa.....	142
Figura 1 -	Comportamentos não-verbais de fixar a face do interlocutor, projetar e inclinar o tórax em direção ao interlocutor e marcar a própria fala com gestos dos idosos 1 a 15 durante o teste de interação real planejada.....	132
Figura 2 -	Comportamentos não-verbais de fixar a face do interlocutor, projetar e inclinar o tórax em direção ao interlocutor e marcar a própria fala com gestos dos idosos 16 a 30 durante o teste de interação real planejada.....	133
Figura 3 -	Comportamentos não-verbais de assentir com a cabeça, vocalizar e sorrir dos idosos 1 a 15 durante o teste de interação real planejada.....	136
Figura 4 -	Comportamentos não-verbais de assentir com a cabeça, vocalizar e sorrir dos idosos 16 a 30 durante o teste de interação real planejada.....	137
Figura 5 -	Porcentagem de idosos que dominaram o turno da fala, que fizeram comentários amplos e que fizeram pequenos comentários.....	143
Figura 6 -	Quantidade de perguntas apresentadas pelos 30 idosos.....	148
Figura 7 -	Quantidade de informações gratuitas fornecidas pelos 30 idosos.....	155

Figura 8 -	Média de idade das pessoas que compõem a rede social dos 30 idosos.....	183
Figura 9 -	Quantidade média de apoio social recebido pelos 30 idosos.....	190
Figura 10 -	Quantidade média dos diferentes tipos de apoio social recebidos pelos 30 idosos separados em subgrupos.....	191
Figura 11 -	Quantidade média dos diferentes tipos de apoio social recebidos pelos 30 idosos separados em subgrupos.....	191
Figura 12 -	Quantidade média dos diferentes tipos de apoio social recebidos pelos 30 idosos separados em subgrupos.....	191

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Duração do teste de interação real planejada, em minutos, de cada um dos 30 idosos.....	119
Tabela 2 -	Porcentagens médias de alguns comportamentos não-verbais apresentados pelos idosos.....	140
Tabela 3 -	Assuntos abordados pelos idosos 1 a 15.....	151
Tabela 4 -	Assuntos abordados pelos idosos 16 a 30.....	151
Tabela 5 -	Comportamentos apresentados pelos idosos 1 a 15 após autorrevelação da pesquisadora.....	157
Tabela 6 -	Comportamentos apresentados pelos idosos 16 a 30 após autorrevelação da pesquisadora.....	158
Tabela 7 -	Escore médios e respectivos desvios padrões fornecidos pelos juízes para os idosos 1 a 15.....	165
Tabela 8 -	Escore médios e respectivos desvios padrões fornecidos pelos juízes para os idosos 16 a 30.....	165
Tabela 9 -	Escore médios da avaliação dos juízes entre grupos de idosos.....	166
Tabela 10 -	Correlação de <i>Pearson</i> entre as habilidades comunicativas e os comportamentos verbais e não-verbais apresentados pelos 30 idosos.....	169
Tabela 11 -	Tipos de dificuldades e deficiências dos 30 idosos participantes da pesquisa.....	173
Tabela 12 -	Quantidade de pessoas que compõe a rede social dos idosos 1 a 15.....	176
Tabela 13 -	Quantidade de pessoas que compõe a rede social dos idosos 16 a 30.....	177
Tabela 14 -	Correlação de <i>Pearson</i> entre os comportamentos verbais e não-verbais apresentados pelos 30 idosos e a quantidade de pessoas na rede social.....	180
Tabela 15 -	Média de pessoas da rede social e de pessoas que forneciam e recebiam apoio dos 30 idosos.....	185
Tabela 16 -	Quantidade total de pessoas de diferentes grupos que forneciam e recebiam apoio dos 30 idosos.....	187

Tabela 17 -	Subgrupos de pessoas da rede social e percentual de pessoas que forneciam e recebiam apoio dos 30 idosos.....	187
Tabela 18 -	Correlações de <i>Pearson</i> entre as avaliações dos juízes sobre as habilidades comunicativas dos idosos e o tipo e a quantidade de apoio social obtidos pelos idosos.....	192
Tabela 19 -	Correlação de <i>Pearson</i> entre os comportamentos verbais e não-verbais apresentados pelos 30 idosos e o tipo e a quantidade de apoio social recebido.....	194

LISTAS DE SIGLAS

APA – American Psychological Association

AIVDs – Atividades instrumentais de vida diária

AVD – Atividades de vida diária

CAOPPD – Centro de Apoio Operacional das Promotorias e Justiça de Defesa dos Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência e Idosos

ILPS – Instituições de longa permanência para idosos

MOS – Medical Outcomes Study

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

ANOVA – Analise of variance

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
1.1 Justificativa	20
2 REVISÃO DA LITERATURA	23
2.1 O envelhecimento populacional	23
2.2 O processo do envelhecimento	33
2.3 As instituições de longa permanência para idosos e a situação de institucionalização	49
2.4 A rede social de apoio no envelhecimento	62
2.5 As habilidades comunicativas e as relações sociais dos idosos	74
2.6 Objetivos do trabalho	93
3 METODOLOGIA	95
3.1 Participantes	97
3.2 Instrumentos	99
3.3 Procedimentos	107
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	116
4.1 Comportamentos envolvidos na conversa, citados na literatura científica consultada e observados empiricamente	120
4.2 Índices de concordância interjuízes dos comportamentos da conversa	129
4.3 Ocorrências dos comportamentos não-verbais envolvidos na conversa dos 30 idosos durante o teste de interação real planejada	131
4.4 Demonstração da ocorrência dos comportamentos verbais envolvidos na conversa de 30 idosos durante o teste de interação real planejada	142
4.5 As habilidades comunicativas dos idosos e sua adequação para o estabelecimento de relações interpessoais segundo avaliação de juízes	164
4.6 As relações interpessoais dos 30 idosos institucionalizados	172
4.7 Tipos de apoio social que os idosos recebiam	189

5 CONCLUSÃO	200
REFERÊNCIAS	207
APÊNDICES	224
ANEXOS	240

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho apresenta dados de uma pesquisa descritiva e correlacional que objetivou identificar e descrever algumas classes de comportamentos verbais e não-verbais envolvidas na conversa de idosos institucionalizados e correlacioná-las ao tamanho da rede social destes idosos e ao tipo de apoio social recebido. Também foram descritas as funções e as adequações desses comportamentos para o estabelecimento de relações interpessoais de acordo com os dados fornecidos pela literatura científica sobre o assunto e a avaliação de juízes.

A relevância deste trabalho deve-se à crescente necessidade de estudos que abordem a situação dos idosos institucionalizados, visando, principalmente, fundamentar a criação de programas que melhorem sua qualidade de vida (Carneiro & Falcone, 2004; Moser, 2005; Battini, Maciel & Finato 2006; Bolsoni-Silva, et al., 2006; Carneiro, 2006; Souza & Garcia, 2008).

O aumento da longevidade da população mundial, incluindo a brasileira, é um fenômeno recente, que está acontecendo de forma tão rápida que, até mesmo, os países mais desenvolvidos, estão tendo dificuldades de se adaptar. A situação é bem pior nos países em desenvolvimento, como o Brasil, os quais ainda não conseguem garantir nem o atendimento das necessidades básicas de sua população e, muito menos, a demanda de serviços mais complexos e especializados para uma população mais envelhecida (Kalache, Veras & Ramos, 1987).

Estudos têm demonstrado que a população de idosos, com mais de 60 anos, é a que mais cresce no Brasil. No ano de 2000, havia cerca de 14,1 milhões de idosos no país, e estima-se que deverá ultrapassar a marca de 33,4 milhões, no ano de 2025 (Freitas, 2004). Estes dados e outros permitem afirmar que a população brasileira está envelhecendo

O rápido envelhecimento populacional traz sérias consequências sociais, pois chegar aos limites biológicos da vida humana, sem qualidade de vida transforma a velhice em uma etapa de sofrimento e requer investimento maciço de recursos (Ramos, 2002). Isso é um dos maiores desafios dos gerontólogos, os estudiosos do envelhecimento, pois, de acordo com Lehr (1999), não basta acrescentar mais anos à vida, deve-se acrescentar vida aos anos e vida com qualidade.

As dificuldades de atender as necessidades desta parcela da população refletem-se na crescente demanda pela institucionalização de idosos e das precárias condições de assistência de algumas instituições de longa permanência para idosos (ILPS), mais conhecidas como asilos de idosos (Chaimowicz & Greco, 1999; Oliveira, Souza, Freitas, & Ribeiro, 2006; Reis & Ceolin, 2007; Pollo & Assis, 2008).

Não restam dúvidas de que o envelhecimento é um processo complexo que envolve uma gradativa diminuição da capacidade física, psicológica e social do indivíduo. Várias teorias procuram explicar como ocorre esse processo, mas nenhuma delas, isoladamente, conseguiu descrever toda a complexidade desta última etapa da vida. Uma das teorias mais abrangente sobre a velhice é a teoria do *lifespan*, desenvolvida por Paul B. Baltes. Essa proposta teórica incorporou contribuições de várias disciplinas e preconiza que o desenvolvimento ocorre durante toda a vida, inclusive na velhice, sendo um processo contínuo, multidirecional e multidimensional que envolve mudanças previsíveis e não previsíveis influenciadas tanto por fatores biológicos quanto pelos culturais (Baltes, 1987; Baltes & Smith, 2004).

Portanto, a velhice é uma etapa da vida, carregada de perdas e limitações, seja, pelas dificuldades de funcionamento dos órgãos e sistemas, seja pela morte de parentes e amigos que, gradativamente, vai diminuindo a rede social dos idosos, tornando-os mais vulneráveis ao desamparo (Neri, 2001b; Pereira, 2005).

O desenvolvimento e a manutenção constantes de uma boa rede social de apoio, com a inserção de novos amigos na rede, é uma das formas de amenizar o impacto das perdas e limitações naturais da velhice. As boas relações interpessoais, estabelecidas na rede social, fazem com que o idoso sinta-se estimado, valorizado e amparado, além de funcionar como uma fonte de apoio social na forma de informação, ajuda física e financeira, trocas afetivas e de interação social o que contribui para o sentido de controle pessoal do idoso, melhorando sua qualidade de vida e deixando-o menos vulnerável às situações de abandono (Antonucci, 2001; Neri, 2001a; Ramos, 2002; Martins, 2005; Paúl, 2005).

O desenvolvimento e a manutenção de uma boa rede social de apoio dependem de inúmeros fatores, dentre eles, de um repertório comportamental socialmente habilidoso, capaz de conquistar e manter amigos, bem como de estabelecer vínculos afetivos fortes com os amigos e com os familiares. O termo habilidades sociais é utilizado para designar um conjunto de comportamentos verbais e não-verbais apresentados pelo indivíduo em demandas de situações interpessoais, favorecendo a interação positiva com seu meio social (Del Prette & Del Prette, 2002). Na velhice, essas habilidades são fundamentais, pois um indivíduo,

socialmente habilidoso, terá uma rede social com relações mais íntimas e intensas. Assim, poderá obter mais apoio de sua rede (Freire, 2000).

As habilidades, envolvidas em uma conversa, fazem parte do conjunto de habilidades sociais mais globais e funcionam como um instrumento poderoso da comunicação (Silva, 2009a). As habilidades de iniciar, manter e encerrar conversações são importantes, não só para o desenvolvimento e aprofundamento das relações interpessoais mas, também, para o desenvolvimento satisfatório das demais habilidades sociais visto que grande parte de uma interação social depende da conversa (Caballo, 2003).

Conforme a literatura científica sobre o assunto, as habilidades de conversação envolvem alguns comportamentos, como: estabelecer conversa contato, fornecer informações gratuitas, fazer autorrevelações apropriadas, fazer perguntas que estimulem a conversa e outras que favoreçam a relação entre as pessoas (Falcone, 2001; Del Prette & Del Prette, 2002; Caballo, 2003; Silva, 2009a). Acredita-se que a conversa é uma habilidade importante para a conquista e a manutenção de uma boa rede social de apoio, sendo sua comprovação um dos objetivos da presente pesquisa.

1.1 Justificativa

Embora os estudos sobre o envelhecimento sejam frequentes na atualidade, a criação de programas sociais e de políticas públicas, que garantam um envelhecimento saudável, está longe do nível desejável. Muito se fala sobre o velho, mas pouco se faz por ele, principalmente pelo idoso institucionalizado, destinado a morar em uma instituição de longa permanência com suas regras e rotinas próprias, convivendo com pessoas, até então, desconhecidas.

Observa-se, na realidade brasileira, que grande parte dos programas sociais e assistenciais existentes para a velhice abrange o idoso saudável, autônomo, com suficiente condição financeira para permitir sua participação em grupos de terceira idade com todos os seus eventos, ou ainda, de participar dos programas das Universidades Abertas para a Terceira Idade. Aliás, não se pode esquecer que a população idosa virou um nicho de mercado para empresas de lazer e entretenimento.

No âmbito da psicologia, o pouco investimento em estudos e em programas que favoreçam uma melhor qualidade de vida na velhice, principalmente de idosos

institucionalizados, é ainda mais evidente. Como se verá, ao longo do presente trabalho, a literatura científica da área descreve poucos estudos com este objetivo. Situação que desencadeia muitos questionamentos.

O ideal é que as institucionalizações ocorressem em situações bem específicas nas quais os idosos, realmente, não pudessem viver a velhice no aconchego de uma família que os protegesse, amparasse e oferecesse condições para uma boa qualidade de vida. Porém, esta é uma realidade muito distante, ou quase impossível para muitos idosos que não têm familiares vivos ou que precisam de cuidados especializados, mas, principalmente, para aqueles idosos que, por vários motivos, não conseguiram conquistar e manter uma boa rede social de apoio que os amparasse na etapa final de suas vidas.

A preocupação com os prejuízos da institucionalização dos idosos pode ser percebida nas políticas públicas que procuram estimular a permanência do idoso no ambiente doméstico, conforme a Política Nacional do Idoso (Lei n. 8.842, de 04/01/1994) e o Estatuto do Idoso (Lei n. 10.741, de 10/10/2003). Essa mesma política é morosa na criação de programas que melhorem a qualidade de vida dos idosos institucionalizados e de programas que ofereçam suporte para as famílias que cuidam de seus idosos, mas, principalmente, na criação de programas que melhorassem o relacionamento entre as pessoas por meio da compreensão empática, do desenvolvimento de comportamentos socialmente habilidosos e de outros para que as pessoas desta faixa etária conseguissem conquistar e manter uma boa rede social de apoio. Assim, talvez, evitariam a institucionalização.

Ignorar a existência das ILPS e/ou impedir a institucionalização dos idosos, quando esta se faz necessária, não é a melhor opção. Muito deve ser feito sobre isso, mas é urgente a necessidade de se criarem programas de amparo à velhice, principalmente, aqueles que visam melhorar a realidade do idoso institucionalizado. Conforme Creutzberg, Gonçalves e Sabottka (2008), até o ano de 2.000, havia cerca de quase 107 mil idosos residindo em asilos. Hoje, 10 anos após, o número de idosos institucionalizados deve ser bem maior e com tendência a aumentar ainda mais.

Conforme as recomendações da Organização Mundial da Saúde (2005), o bom envelhecimento não é apenas uma questão individual, mas um processo complexo que deve ser facilitado pelas políticas públicas e pela intensificação das iniciativas sociais e de saúde ao longo do desenvolvimento humano.

Portanto, a ideia para o desenvolvimento da presente pesquisa surgiu a partir destas reflexões e da experiência prática e acadêmica da pesquisadora que inclui a orientação de pesquisas e supervisão de estágios curriculares do curso de psicologia em ILPS. Através do

exercício destas funções, foi possível observar as inúmeras dificuldades de relacionamento interpessoal que os idosos institucionalizados apresentavam.

A partir destas observações, a pesquisadora conduziu uma pesquisa anterior com o objetivo de desenvolver intervenções breves, focais e fundamentadas nos princípios da empatia e na habilidade de ouvir ativamente, as quais favorecessem a criação de um vínculo afetivo entre idosos institucionalizados sem comprometimento cognitivo e doença mental evidente e famílias da comunidade dispostas a adotá-los afetivamente (Fernandes et al., 2007; Fernandes, Borges, Rodrigues & Silva, 2008).

Com o desenvolvimento desta pesquisa, tornaram-se ainda mais evidentes as dificuldades da maioria dos idosos participantes de se comportar de forma socialmente habilidosa, o que dificultou a adoção afetiva destes pelas famílias. Muitos idosos eram pedantes ou agressivos em suas colocações, não conseguiam manter uma conversação com as famílias, ou ficavam quietos sem interagir, respondendo somente ao que era perguntado (Fernandes et al., 2008).

Essas conclusões, aliadas aos resultados da pesquisa de Carneiro (2006), os quais demonstraram que os idosos moradores de asilos apresentavam pior qualidade de vida, menor repertório de habilidades sociais, quando comparados com idosos não institucionalizados, e a baixa produção científica sobre esse assunto, reforçaram ainda mais a decisão de desenvolver esta pesquisa.

Espera-se que os resultados deste estudo ao apontar os comportamentos verbais e não-verbais apresentados pelos idosos institucionalizados participantes da pesquisa em uma conversação, e como estes estavam relacionados com uma boa habilidade comunicativa, com a composição da rede social e com o tipo de apoio recebido, possam contribuir para o desenvolvimento de novas pesquisas sobre como as habilidades comunicativas podem melhorar a relação entre idosos institucionalizados e favorecer o desenvolvimento de uma boa rede social de apoio.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 O envelhecimento populacional

Os objetivos da presente pesquisa são observar e descrever as classes de comportamentos da conversa de idosos institucionalizados e sua relação com a estrutura da rede social. Por isso, é relevante examinar a bibliografia sobre o assunto que trata do envelhecimento populacional e suas consequências sociais, inclusive, aquela que aborda como o rápido processo do envelhecimento populacional afeta a qualidade de vida dos idosos pela carência de políticas públicas e de programas que atendam às necessidades dessa parcela da população, tornando-a mais vulnerável à situação de institucionalização, principalmente quando não conseguiu conquistar e manter uma boa rede social de apoio.

Explicações sobre os fatores que favorecem o aumento da expectativa da vida humana são descritas em diversos estudos, dentre eles, os de Chaimowicz (1997) e Veras (2002b) que apontam que o aumento da longevidade da população mundial e, em especial, na realidade brasileira, reflete uma considerável melhora das condições socioeconômicas capazes de proporcionar um padrão de vida mais saudável, sustentado pelos progressos médicos e tecnológicos que permitem uma vida com mais higiene e conforto, bem como a cura ou estabilização de várias doenças que, num passado não tão distante, matavam milhares de pessoas em diferentes estágios do ciclo vital, principalmente nos estágios iniciais da vida. Estas melhorias favoreceram a redução gradativa das taxas de mortalidade da população, proporcionando uma vida mais longa para mais pessoas.

Para Moser (2005), o aumento da longevidade da população não se deve somente ao impacto positivo da tecnologia e da medicina moderna nas condições de vida das pessoas, mas, também, à adoção de um estilo de vida mais saudável, com a alimentação mais equilibrada, hábitos mais higiênicos e mais acesso às informações que favorecem atitudes facilitadoras de promoção à saúde, dentre outros.

Papaléo Netto e Ponte (1996) argumentam que o aumento da expectativa de vida é decorrência natural das melhorias das condições de vida e de saúde do homem e acrescentam que a melhora do nível educacional e da escolaridade também contribuiu para aumentar a

média dos anos vividos. De acordo com as afirmações destes autores, o homem, com um nível de conhecimento mais desenvolvido, é mais consciente de sua condição e dos fatores que favorecem sua sobrevivência. É capaz de buscar ou desenvolver recursos que mantenham a saúde. Isso é um dos fatores mais relevantes para o aumento da expectativa de vida humana.

Outro fator relevante para o rápido envelhecimento populacional foi a redução nas taxas de fecundidade que está promovendo uma gradativa inversão na pirâmide etária populacional. Com a diminuição do número de nascimentos, reduz-se também o contingente mais jovem da população e, com o aumento da expectativa de vida, alarga-se o contingente mais envelhecido da população, conforme será descrito mais abaixo, neste capítulo.

De acordo com Ramos (1993), as transformações histórico-culturais que marcaram a segunda metade do século XX, caracterizadas, principalmente, pelo deslocamento das famílias do meio rural para os grandes centros urbanos, pela facilidade de acesso aos meios de comunicação, pelo advento dos métodos contraceptivos, marcado pelo uso disseminado da pílula anticoncepcional, e pela inserção crescente da mulher no mercado de trabalho, refletiram nas taxas de fecundidade e, conseqüentemente, no tamanho das famílias que foram gradativamente sendo reduzidas, seja para atender ao modo de vida urbano marcado por sucessivas crises econômicas, seja pela própria necessidade e desejo da mulher de diminuir o número de filhos para dar conta da dupla jornada: no lar e no mercado de trabalho.

A família brasileira foi-se modificando para atender à modernização da sociedade. Mesmo assim, de acordo com a análise de Bach (1983), a família brasileira atual, que se encontra mais reduzida, está pouco preparada para enfrentar as mudanças socioculturais de sua época e assumir as responsabilidades e os papéis sociais solicitados por essas modificações, dentre elas, a função de cuidar de seus idosos.

Para Chaimowicz (1997), o declínio das taxas de mortalidade e fecundidade nos países industrializados deve-se, também, à ampliação dos sistemas de proteção social, às melhorias das condições de habitação, alimentação, trabalho, saneamento básico e outros. No Brasil, essa redução deve-se, principalmente, às políticas públicas de saúde desenvolvidas nas ações médico-sanitaristas do Estado, como a vacinação, a higiene pública, o desenvolvimento tecnológico, a atenção médica na rede pública e outras campanhas sanitárias.

Os fatores acima mencionados parecem ser os responsáveis pelo forte declínio nas taxas de mortalidade e fecundidade e o conseqüente aumento da população mais idosa em detrimento a uma diminuição da população das outras faixas etárias.

De acordo com Ramos, Veras e Kalache (1987) e Ramos (1993), em decorrência da queda nas taxas de mortalidade, houve um incremento natural da taxa de crescimento da

população brasileira que atingiu seu ápice por volta de 1960, quando começou diminuir. O elevado número de nascimentos, no início do século passado, associado a um significativo decréscimo nas taxas de mortalidade, principalmente a infantil, e de fecundidade, gerou uma expectativa de vida média da população mais elevada e um considerável aumento no número de pessoas que estão atingindo idades mais avançadas.

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2004), demonstram que a expectativa de vida aumentou rapidamente no Brasil. No ano de 1980, a expectativa de vida era de 62,6 anos, passados 23 anos (em 2003), saltou para 71,3 e deverá atingir o patamar de 80 anos por volta de 2040, até que uma nova estabilização aconteça na taxa de crescimento da expectativa de vida, considerando que o limite biológico da espécie humana situa-se em torno dos 85 anos. Por mais que a expectativa de vida ao nascer aumente com o passar dos anos, o limite biológico da vida humana permanece o mesmo. O que modificou foi o número de pessoas que chegam a essa idade e até ultrapassam-na (Papalia & Olds, 2000).

Outro aspecto importante a ser considerado são as diferenças individuais na expectativa da vida humana. Estudos demonstram que homens e mulheres, ricos e pobres apresentam expectativas de vida diferentes. Segundo Kalache, Veras e Ramos (1987), a expectativa de vida de brasileiros ricos, até o ano de 1987 era, em média, 15 anos superior a de brasileiros pobres. Assim como, de acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2004), no ano de 2003, as mulheres brasileiras viviam em média 7,6 anos a mais do que os homens brasileiros.

A diferença da expectativa de vida entre pobres e ricos deve-se ao padrão de vida e aos recursos utilizados na promoção à saúde de brasileiros ricos. A diferença entre homens e mulheres pode ser explicada pela influência de fatores que beneficiam mais as mulheres, tais como: a proteção conferida pelos hormônios femininos no sistema circulatório; a menor exposição aos fatores de risco, como: acidentes, homicídios, suicídios, dentre outros; menor consumo de álcool, fumo e outros tipos de drogas e a presença de atitudes mais favoráveis de atenção à saúde. Normalmente as mulheres fazem uso mais frequente dos serviços de saúde disponíveis (Kalache et al., 1987; Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2004).

2.1.1 A feminização da velhice

De acordo com Neri (2001b), a população idosa é marcadamente mais feminina do que masculina. Esta autora, citando Camarano, Beltrão, Pascom, Medeiros e Goldani (1999), afirma que a esperança de vida das mulheres brasileiras aos 60 anos é quase quatro anos a mais do que a dos homens na mesma idade, e esta diferença, favorecendo as mulheres, aumenta ainda mais com o avançar da idade. Embora as mulheres idosas contabilizem a maior parte da população de idosos, esta parcela é a que apresenta maiores riscos porque as mulheres são, em média, mais frágeis física e socialmente do que os homens e as diferenças de oportunidades entre homens e mulheres deixam as idosas mais sujeitas às situações de pobreza e isolamento.

De acordo com Chaimowicz (1997), a discrepância entre a população idosa feminina e a masculina é evidente. No ano de 1995, havia, no Brasil, cerca de 81 idosos com 60 anos ou mais para cada 100 idosas com a mesma idade. O autor ainda salienta que a proporção de idosas, que moram sozinhas, vem aumentando gradativamente, e a maioria delas, em condições de pobreza, visto que 60% das idosas, com mais de 70 anos que moram sozinhas, recebem um salário mínimo ou menos.

Em um estudo sobre o bem-estar subjetivo de mulheres idosas, Pereira (2005) aponta que a condição das mulheres idosas brasileiras é sombria, pois elas são mais doentes, mais pobres, menos alfabetizadas e mais sozinhas. Para esta autora, esse fenômeno reflete a herança de um sistema patriarcal hierárquico que relegou as mulheres “apenas papéis de atrizes coadjuvantes” (p. 15).

Apesar da evidente condição desfavorável de algumas mulheres idosas, segundo Oliveira, Gomes e Oliveira (2006), são elas que fornecem mais apoio social à família, seja na condição de mãe idosa que ajuda nos cuidados de filhos e netos ou na condição da filha idosa que cuida de pais mais idosos. Isso demonstra não só uma maior afetividade das mulheres, mas, também, os valores tradicionais que designam às mulheres o papel de cuidadora.

O número mais elevado de mulheres idosas fragilizadas, em condições de pobreza e isolamento, parece justificar o número mais elevado de idosas institucionalizadas. Em uma pesquisa sobre a dinâmica da institucionalização de idosos na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais, Chaimowicz e Greco (1999) identificaram que as mulheres representavam a maioria dos idosos institucionalizados, cerca de 81,1%. Estes dados refletem o fato de as mulheres viverem mais tempo e apresentarem mais dificuldades para casarem e/ou recasarem

após a separação ou viuvez, bem como os menores níveis de renda, instrução e ocupação. Estes fatores, aliados a outros, podem transformar a institucionalização de idosas em uma necessidade para sobrevivência.

O crescimento da proporção de mulheres idosas no total da população de idosos levou os estudiosos do assunto a denominarem essa alteração do perfil demográfico de “feminização da velhice”. Para Lopes (2003), qualquer levantamento das necessidades da população de idosos ou implantação de políticas para essa parcela da população deve considerar a feminização da velhice, pois esse processo evidencia importantes implicações na estrutura e organização das famílias.

2.1.2 O acelerado processo de envelhecimento populacional

Para Kalache et al. (1987), o envelhecimento da população mundial é um fenômeno recente e acelerado. O privilégio de “estar velho”, antes restrito a poucas pessoas, passou a ser um acontecimento comum que envolve um vasto contingente de pessoas em todo o mundo, não somente nos países ricos. Se o envelhecimento populacional é um fenômeno a que os países ricos estão tentando se adaptar por meio de políticas mais adequadas para essa parcela da população, a situação é bem pior nos países em desenvolvimento ou pouco desenvolvidos.

De acordo com Pereira, Curioni e Veras (2003), em 1950, havia um pouco mais de 204 milhões de idosos no mundo. Em 1998, 48 anos após, esta população cresceu para 579 milhões de pessoas com idade superior a 60 anos, e estima-se que, em 2050, haverá um crescimento de mais de 200%, com a população de idosos chegando a 1,9 bilhões de pessoas.

As estatísticas brasileiras não são muito diferentes, nas décadas iniciais do século passado, quando a expectativa de vida era pouco superior a 30 anos, a população de idosos não ultrapassava de 3,3% da população total. Atualmente essa população representa um pouco mais de 8,6%, ou seja, em menos de um século, a população de idosos quase triplicou, e, em 2025, deverá chegar em 14% da população total. Os dados demonstram que de 1950 até 2025, enquanto a população brasileira crescerá cinco vezes, o segmento populacional de idosos terá crescido 16 vezes, permitindo afirmar que existe uma população envelhecida com tendência a se tornar ainda mais envelhecida (Ramos, 1993, 1995; Veras 2002a).

De acordo com Ramos (1993; 1995; 2002), desde 1940, a população a partir dos 60 anos é a que mais cresce no Brasil. De acordo com dados do recenseamento de 2000, essa

população contava com cerca de 14,1 milhões de idosos e, até o ano de 2025, será a sexta população de idosos no mundo, com aproximadamente 33,4 milhões de pessoas acima de 60 anos (Freitas, 2004).

Os dados do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa dos Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência e Idosos (CAOPPDI) e do Censo de 2000 (Ministério Público do Estado de Minas Gerais, 2005) demonstram que, no estado de Minas Gerais, em 2000, os idosos representavam 9,1% da população mineira, cerca de 1,62 milhões de idosos. Desses, 1% vivia em instituições para idosos.

Em decorrência destas alterações, o perfil da pirâmide demográfica brasileira está mudando, sua base (parte da pirâmide em que se encontra a população jovem) está estreitando e o corpo e o cume (em que se encontram os adultos e os idosos) está alargando (Ramos, 1993). Embora os dados acima descritos sejam considerados como um dos maiores avanços da sociedade moderna, ou seja, demonstram, com pouca margem de erro, que o brasileiro está vivendo por mais tempo, ainda não há evidências suficientes para sustentar que a longevidade da vida está acompanhada de qualidade de vida.

Chegar aos limites biológicos da vida humana sem uma boa capacidade funcional e sem ter boas condições de saúde e autonomia, é um dos maiores desafios enfrentados, pois uma velhice acompanhada por períodos frequentes de doenças e de perda da autonomia, transforma a velhice em uma etapa de sofrimento e requer investimento maciço de recursos, sendo este aspecto objeto de interesse atual de estudiosos do envelhecimento (gerontólogos) de diversas áreas de formação, dentre esses: médicos, psicólogos, fisioterapeutas, enfermeiros, cientistas sociais, e de parte da sociedade como um todo, o que pode ser observado pelas frequentes matérias jornalísticas sobre o envelhecimento divulgadas em meios de comunicação de massa.

2.1.3 As consequências do envelhecimento populacional

As dificuldades de viver a velhice como mais uma etapa do ciclo vital não se restringem aos fatores de ordem econômica, pois estão relacionadas também com as limitações decorrentes de um corpo desgastado, com as ideias preconceituosas e distorcidas que associam a velhice com doença, declínio e morte e com as variáveis situacionais que são

consequências de se viver por muitos anos, como a morte de parentes próximos e cônjuges, os filhos que se afastam da casa dos pais para constituírem novas famílias e outros aspectos.

De acordo com os estudos de Chelala (1992), é fato comum, no contexto brasileiro, que parte da população de idosos com 60 anos ou mais vive sozinha, seja por seu estado civil de solteiros ou viúvos, ou ainda por uma tendência ao isolamento social. Com isso, essa parcela da população está mais sujeita às condições de desamparo.

Para Pollo e Assis (2008), longevidade não é sinônimo de envelhecimento saudável. O aumento da expectativa de vida também aumenta a proporção de anos de vida com desvantagens socioeconômicas, com dificuldades e solidão pela diminuição da rede de apoio social, pelo aparecimento de doenças crônico-degenerativas e incapacidades que dificultam a autonomia nas decisões e condução da própria vida. Sendo assim, não basta apenas investir em estudos, planejamentos e práticas que aumentam a expectativa de vida se não o fizer na busca de uma vida mais longa com qualidade.

No Brasil, o intenso processo do envelhecimento populacional caminha junto com sérios problemas de desigualdades sociais, trazendo implicações sociais complexas que impactam sobremaneira a sociedade brasileira e deflagra a urgente necessidade de uma atuação profissional mais especializada para atender às necessidades dos idosos e à implantação de políticas públicas adequadas às demandas desse segmento populacional (Pereira, 2005).

Pior ainda é a condição dos idosos que vivem em instituições de longa permanência para idosos. Esses idosos, ao serem institucionalizados, perdem gradativamente a autonomia para tomar decisões sobre aspectos importantes de suas vidas, como, por exemplo: sobre o modo de organizar sua rotina diária, seus pertences, o controle sobre seu dinheiro e outros. Os idosos institucionalizados ficam à mercê da rotina e do regulamento da instituição que, usualmente, estrutura seus serviços e procura atender ao bom andamento da própria instituição e não ao interesse de cada idoso, comprometendo, consideravelmente, a qualidade de vida deles (Canôas, 1983).

Para Papaléo-Netto e Ponte (1996), ao atingir níveis mais avançados do envelhecimento, aumenta-se o aparecimento de doenças crônico-degenerativas. Se, num passado próximo, muitas pessoas morriam, vítimas de doenças infectocontagiosas, com o aumento da expectativa de vida e de tudo que envolveu esse processo, as pessoas passaram a sobreviver aos problemas infecciosos e parasitários, mas ficaram mais vulneráveis ao aparecimento de doenças típicas do corpo mais envelhecido, como as doenças cardiovasculares, o câncer e outras, o que sobrecarrega o sistema de saúde, pelo elevado custo

do tratamento dessas doenças. De acordo com Camarano et al. (1999), as doenças, com maiores índices de mortalidade de homens e mulheres com mais de 60 anos, são: doenças do aparelho circulatório, neoplasias malignas, doenças mal definidas, doenças endócrinas e do metabolismo e doenças respiratórias.

Segundo Chaimowicz (1997), no ano de 1990, as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias foram as responsáveis por mais da metade dos óbitos de idosos. Nesse mesmo ano, na região metropolitana de Belo Horizonte, 45,4% dos óbitos de idosos ocorreram por doenças do aparelho circulatório e 16,5% por neoplasias.

Esses e outros fatores denunciam que o crescimento da população idosa requer um aumento dos gastos estatais para a manutenção dessa parcela da população, considerada economicamente improdutiva. De acordo com os estudos de Gray (1985), nos Estados Unidos da América, mais da metade dos leitos hospitalares é ocupada por idosos. Para os pacientes com idade superior a 75 anos, o custo do tratamento é sete vezes maior do que o despendido com outras faixas etárias. No Brasil, os dados não são muito diferentes, pois grande parte da população idosa é portadora de problemas médicos coexistentes. Em uma pesquisa realizada em 1989, com 1602 idosos com 60 anos ou mais no município de São Paulo, foram encontrados dados que demonstram que somente 14% dos entrevistados consideravam-se sem doenças crônicas como a hipertensão, a diabetes, a asma, o “reumatismo”, o “derrame” e a “insônia” (Chaimowicz, 1997).

De acordo com os estudos de Martin, Cordini Júnior e Bastos (2005), o envelhecimento populacional favorece o aparecimento das transições demográficas e epidemiológicas. Se essa transição ocorrer num período curto de tempo, as repercussões sociais serão muito acentuadas, principalmente se o país estiver em desenvolvimento, como é o caso da realidade brasileira. O Brasil está enfrentando as demandas sociais e de saúde oriundas dos processos de envelhecimento sem resolver totalmente as graves discrepâncias sociais nas diferentes regiões do país e os problemas relacionados à infância.

2.1.4 A carência de programas sociais brasileiros voltados para a melhoria da qualidade de vida da população idosa

Segundo Kalache et al. (1987), o Brasil ainda não está preparado para identificar e atender às necessidades dos idosos, pois, além de ser um país que enfrenta sérias

desigualdades sociais, suas prioridades estão relacionadas a outros grupos etários. “Quanto maior o número de pessoas que envelhece, maior a necessidade de recursos para atender a suas necessidades específicas” (p. 10). O Brasil convive com os dois lados da mesma moeda. De um lado, existe uma grande população de jovens; de outro, uma elevada e crescente população de idosos, colocando o desafio de alocar os recursos para atender às necessidades dessas duas parcelas da população que demandam cuidados significativos.

Pollo e Assis (2008) sustentam essa mesma afirmação sobre as dificuldades das políticas públicas brasileiras para atender às necessidades da população envelhecida. Apesar de os esforços de algumas políticas públicas incluírem a atenção especial ao idoso, como a elaboração do estatuto do idoso (Lei n. 10.741, de 10/10/2003), que especifica os direitos fundamentais dos idosos, as medidas de proteção, a política de atendimento, o acesso do idoso à justiça e as responsabilidades dos cuidadores, seja no âmbito doméstico ou em instituições asilares, atualmente denominadas de instituições de longa permanência para idosos, o Brasil ainda não dispõe de recursos suficientes para oferecer o suporte adequado para a população envelhecida.

Pode-se observar que o aumento da população idosa acarreta inúmeros problemas sociais, políticos e econômicos, pois a sociedade não está preparada para lidar com a superpopulação idosa mundial que, longe de ser composta por pessoas improdutivas, são pessoas com necessidades específicas que, se bem trabalhadas, podem contribuir como agentes participantes de todo o processo dinâmico da vida em sociedade (Ramos, 1995). Cabe às ciências, que estudam o envelhecimento, buscar conhecer melhor essas necessidades e as formas mais adequadas de atendê-las para, assim, promover uma melhor qualidade de vida e bem-estar do idoso, principalmente as advindas dos institucionalizados, uma vez que esta parcela da população tem a qualidade de vida mais comprometida.

Assim a pergunta que se impõe é: como atender às necessidades da população idosa crescente em nosso meio e oferecer subsídios para que esta etapa da vida tenha qualidade? Esse é um problema que médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, políticos, legisladores, enfim, grande número de profissionais está envolvido, direta ou indiretamente.

Segundo Laranjeira (2007), os avanços científicos conseguiram aumentar a duração média da vida, o que eles ainda não conseguiram é demonstrar como se vive essa etapa da vida com qualidade, pois, nem sempre possuir mais tempo para viver, significa ter o melhor tempo para viver.

A expectativa de vida está aumentando em todo o mundo. Com isto, um número cada vez maior de indivíduos passa a sobreviver até 70, 80, 90 anos. Qual a qualidade dessa sobrevivência? Como aumentar o vigor físico, intelectual, emocional e social dessa população até os momentos que precedem à morte? A maioria dos indivíduos deseja viver cada vez mais, porém a experiência do envelhecimento (a própria e a dos outros) está trazendo angústias e decepções, pelo menos em nosso país. Como favorecer uma sobrevida cada vez maior, com uma qualidade de vida cada vez melhor? (Paschoal, 2000, p. 17).

Para Assis, Hartz e Valla (2004), os programas de promoção à saúde do idoso e de políticas sociais tornam-se cada vez mais necessários para garantir as condições de vida e atender às necessidades dos idosos. Portanto, não basta apenas garantir transporte público municipal gratuito ou reduzir o tempo de espera em filas de estabelecimentos comerciais e governamentais, devem, também, ser criados programas que favoreçam o envelhecimento ativo com a preservação das capacidades e do potencial de desenvolvimento do idoso.

Em uma revisão da literatura científica sobre os programas de prevenção da saúde dos idosos no período de 1990 a 2002, Assis et al. (2004) identificaram que, no Brasil, existem poucos estudos sistematizados sobre os programas de promoção à saúde do idoso, bem como sobre a eficácia desses programas. De acordo com os resultados encontrados, a maior parte desses estudos é relato de experiência com aspectos avaliativos de base qualitativa, diferentemente dos estudos americanos que utilizam métodos quantitativos, ampla amostra e delineamento quase-experimental de pesquisa.

Esses autores chamam a atenção para a baixa produção científica brasileira sobre estudos em promoção da saúde do idoso e das limitações dos estudos existentes. Para esses autores, são necessários estudos mais sistematizados, com metodologia adequada que permita avaliar os programas de promoção à saúde do idoso, pois o favorecimento da longevidade, com qualidade, depende de programas de prevenção à saúde para garantir condições mais adequadas de vida.

Para Moser (2005), os estudos científicos e sistematizados sobre o envelhecimento são relativamente recentes, pois o foco de interesse dos estudiosos do desenvolvimento humano concentrava-se principalmente na infância e na adolescência. No âmbito da psicologia, fato semelhante ocorreu. Durante muito tempo, os estudos concentraram-se no conhecimento das especificidades da infância e, em alguns casos, da adolescência, por acreditar que os primeiros anos da vida eram determinantes para a constituição da personalidade do indivíduo, sendo as demais etapas, reflexos daquilo que foi adquirido na infância. A teoria do desenvolvimento psicosssexual, proposta por Freud, ilustra bem esse fenômeno (Rodrigues, 2002; Rodrigues & Silva, 2003).

Para ilustrar essa situação de pouco conhecimento sobre as etapas finais da vida e o recente interesse sobre o envelhecimento, Carstensen (1995) afirma: “sabemos menos sobre os últimos 30 anos da vida do que sobre os cinco primeiros. Todavia, o atual crescimento da população idosa está criando um interesse sem precedentes pelo processo do envelhecimento” (p. 113).

2.2 O processo do envelhecimento

O conhecimento de como ocorre o processo do envelhecimento em seus aspectos físicos, psicológicos e sociais favorece o entendimento das perdas e limitações comuns dessa etapa da vida e como elas interferem na qualidade de vida dos idosos. A esse respeito, neste tópico, serão abordados o processo do envelhecimento e suas especificidades.

Apesar do recente interesse da comunidade científica pelo estudo dos processos de envelhecimento e do entendimento desta etapa do ciclo vital como uma etapa natural e não como uma doença, como era considerada no passado, existem várias teorias, principalmente, as biológicas, que procuram explicar como ocorre o envelhecimento do indivíduo (Moser, 2005).

De maneira geral, as teorias biológicas sustentam que o envelhecimento parece estar relacionado com as alterações das proteínas que compõem o organismo, fazendo com que as células, tecidos e órgãos apresentem comprometimentos em sua anatomia e funcionamento. Com o envelhecimento, as reservas biológicas do organismo ficam diminuídas, reduzindo, conseqüentemente, a capacidade do idoso de restabelecer-se dos danos orgânicos e ambientais (Carvalho Filho, 1996).

Para Papalia e Olds (2000), as teorias biológicas do envelhecimento poderiam ser agrupadas em duas grandes categorias, sendo elas: as teorias que contemplam a programação genética e as teorias de taxas variáveis.

As teorias que se enquadram na categoria de programação genética sustentam que existe um plano normal de desenvolvimento embutido nos genes. As pessoas envelhecem em função desse plano normal de desenvolvimento. De acordo com essas teorias, há um relógio biológico que funciona, mais ou menos, como um período de vida máximo que é geneticamente determinado, sendo o envelhecimento parte desse processo natural previsto nos genes, tanto nos comuns à espécie quanto nos próprios do indivíduo (Barreto, 2005). O

relógio biológico é que determina o desenvolvimento e a duração dos fenômenos vitais e, por consequência, a duração da própria vida. De acordo com essa teoria, as células envelhecem de forma controlada, mas não sincronizada, e a *apoptose* (morte pré-estabelecida das células) é um fenômeno comum e natural, visto que as células não se dividem infinitamente (Papalia & Olds, 2000).

As teorias das taxas variáveis, também conhecidas como teorias do erro, sustentam que o envelhecimento é consequência da acumulação de danos nos tecidos e nas células decorrentes de agressões do ambiente externo e de modificações internas do organismo. É um processo singular que varia de pessoa para pessoa. O que vai determinar o ritmo do envelhecimento são as doenças que a pessoa desenvolveu e os acidentes pelos quais passou. Com relação às modificações do ambiente interno do organismo que favorecem o envelhecimento e a morte, podem-se citar: acúmulo de radicais livres, alterações nas taxas de metabolismo, produção desregulada de hormônios, deficiências no sistema imunológico, mutações genéticas e outras (Papalia & Olds, 2000; Barreto, 2005).

Os fatores externos que afetam o processo de envelhecimento estão relacionados às precárias condições sanitárias; exposição à radiação e à poluição física e química; abuso de certas substâncias como o álcool, o tabaco e outras drogas e falta de atividades físicas e de lazer. “Na maioria das teorias de taxas variáveis, o envelhecimento envolve danos devido a erros causais nos sistemas biológicos das pessoas ou ataques ambientais a eles” (Papalia & Olds, 2000, p. 501).

De acordo com Barreto (2005), nenhuma teoria do envelhecimento biológico foi suficientemente comprovada por dados empíricos, embora sejam úteis para a compreensão do processo do envelhecimento. Sobre as duas categorias teóricas descritas acima, parece que nenhuma delas conseguiu explicar totalmente o processo de envelhecimento, mas seus pressupostos complementam-se na explicação desse processo.

O que é possível afirmar é que realmente existe um limite para a vida, também conhecido como limite biológico que, nos seres humanos, gira em torno de 85 anos, comprovando parte dos argumentos das teorias da programação genética quando enfatizam que o envelhecimento é determinado pelos genes. Por outro lado, também, é possível verificar que o processo do envelhecimento não é homogêneo para todas as pessoas e parece sofrer fortes influências dos fatores ambientais e do estilo de vida adotado pela pessoa, afetando o quanto ela se aproxima ou ultrapassa o limite biológico da vida humana, corroborando também os argumentos das teorias das taxas variáveis (Papalia & Olds, 2000).

Estas autoras também afirmam que nenhuma teoria sozinha é capaz de explicar todo o processo de desenvolvimento ao longo do ciclo vital, pois os processos evolutivos não acontecem somente na infância e na adolescência, mas em todas as etapas da vida, inclusive na vida adulta e na velhice, etapas que, anteriormente, eram vistas como de declínio e involução, principalmente intelectual. Esta perspectiva do desenvolvimento, em todo o processo vitalício, é conhecida como “desenvolvimento do ciclo da vida” (Papalia & Olds, 2000, p. 31). Dentro dessa abordagem, cada etapa do ciclo vital tem suas especificidades, valores, necessidades e possibilidades, não havendo nenhuma etapa mais importante que a outra. Cada etapa é afetada pelo que ocorreu antes e provavelmente irá influenciar nas posteriores.

2.2.1 A perspectiva *lifespan* e o envelhecimento

De acordo com Neri (2006), a consideração da perspectiva do desenvolvimento ao longo de toda a vida, também conhecida como *lifespan* favoreceu o desenvolvimento de novas metodologias que permitiram uma visão mais realista e científica do envelhecimento. Para essa autora, o paradigma *lifespan* é a corrente mais adotada na psicologia do envelhecimento e favorece a compreensão do envelhecimento de uma maneira mais integrada, por meio de uma abordagem que incorpora várias dimensões da vida.

Segundo Papalia e Olds (2000) e Neri (2006), o psicólogo alemão Paul B. Baltes (1939-2006) foi o estudioso mais influente na construção da perspectiva do *lifespan*. Para Baltes (1987), a psicologia do desenvolvimento *lifespan* tem contribuições de várias disciplinas além da psicologia, pois inclui as contribuições da antropologia, da biologia e principalmente da sociologia. Essa perspectiva envolve o estudo das modificações e estabilidades comportamentais ao longo da vida, do nascimento até a morte. O modelo teórico descrito por Baltes (1987) aborda os vários níveis, temporalidades e dimensões do desenvolvimento ao longo do ciclo vital. De acordo com esse modelo, o envelhecimento é uma experiência heterogênea e multifacetada que acontece de forma distinta, conforme os contextos históricos e sociais em que os indivíduos vivem.

Para Baltes (1987), qualquer processo de desenvolvimento, ao longo do ciclo vital, ocorre na dinâmica entre ganhos e perdas. Na medida em que uma pessoa ganha em uma área, ela pode perder em outra e em taxas que variam. De acordo com esse modelo, o

desenvolvimento ontogenético é um processo que ocorre ao longo de toda a vida e sofre influências das condições sócio-históricas do indivíduo. Dependendo das condições de vida e experiências do indivíduo, o curso de seu desenvolvimento pode ocorrer de diferentes maneiras, pois as pessoas influenciam e são influenciadas por seu ambiente.

Na perspectiva do *lifespan*, o desenvolvimento ocorre como um processo contínuo, multidirecional e multidimensional de modificações normativas (previsíveis) e não normativas (não previsíveis) influenciadas tanto por fatores genético-biológicos como por fatores socioculturais. Tais modificações ocorrem por meio de ganhos e perdas a partir da interação do indivíduo com o seu meio (Baltes, 1987).

De acordo com essa perspectiva, ao longo dos anos da vida, ocorre uma sequência de modificações genético-biológicas previsíveis, denominadas de influências normativas graduadas por idade ou ontogenéticas. Para Neri (2006), essas modificações são propensas a acontecer numa mesma época para a maioria dos indivíduos de faixas etárias semelhantes como, por exemplo: a diminuição da resiliência biológica (capacidade de enfrentar ou recuperar-se das doenças, acidentes e incapacidades) no envelhecimento.

Também ocorre uma série de modificações psicossociais previsíveis (normativas) influenciadas pelos processos de socialização que as pessoas de uma determinada faixa etária estão mais propensas a passar. Essas modificações são denominadas de influências graduadas por história. Embora as influências normativas graduadas por história refiram-se aos eventos de natureza social que grande parte das pessoas experimenta numa determinada faixa etária como, por exemplo: a aposentadoria por idade ou por tempo de serviço que coincide com a velhice no contexto brasileiro atual, esses eventos variam de acordo com a cultura, a classe social, o gênero e a etnia das pessoas (Baltes & Smith, 2004; Neri, 2006).

Segundo Baltes e Smith (2004), as influências não normativas se caracterizam por uma série de modificações não previsíveis relacionadas tanto aos fatores genético-biológicos quanto aos fatores socioculturais, porém não são dependentes desses fatores como nas influências normativas. Essas influências variam de indivíduo para indivíduo sem estarem localizadas num determinado período etário específico, podendo ocorrer em qualquer faixa etária. As influências não normativas interferem no curso normal da vida ocasionando situações de desafio e sobrecarga ao indivíduo e ao meio social que o circunda como, por exemplo: o aparecimento de uma doença crônico-degenerativa na infância ou uma situação de desemprego no auge da vida adulta produtiva. As consequências, a longo prazo, desses eventos podem variar de acordo com o significado que o indivíduo atribui ao evento, bem como aos mecanismos de enfrentamento desenvolvidos e os efeitos desses eventos sobre o

desempenho dos papéis sociais, *status* funcional e senso de identidade do indivíduo (Neri, 2006).

Para Baltes e Smith (2004), biologia e cultura atuam de forma concorrente no desenvolvimento do indivíduo, não sendo possível separar a influência de cada um desses fatores isoladamente. Esses dois fatores, agindo em conjunto, ora de forma previsível ora de forma não previsível, influenciam na forma como o indivíduo se desenvolve ao longo de seu ciclo vital.

Para Baltes, Staudinger e Lindenberger (1999), a interação entre biologia e cultura não é uniforme ao longo do desenvolvimento vital. O peso da contribuição de cada uma delas, ou seja, ora da biologia ora da cultura, varia de acordo com o período etário em que a pessoa se encontra. De acordo com esses autores, o crescimento (predomínio da parte biológica) é privilegiado nas etapas pré-reprodutivas e reprodutivas, porém, com o avanço da idade, a plasticidade biológica e fidelidade genética declinam, e os benefícios da seleção natural diminuem. Na medida em que a idade avança, ocorre uma maior necessidade dos recursos culturais (predomínio da cultura) para a manutenção e adequação da sobrevivência ao meio, muito embora a eficácia desses recursos diminua com a idade.

Com o envelhecimento, o indivíduo necessita mais da cultura para compensar as perdas decorrentes dessa etapa da vida. Nesse sentido, a educação, entendida como os anos formais de escolarização, parece ter uma função importante, pois fornece recursos capazes de otimizar, compensar e estimular o desenvolvimento de novas habilidades e fazer frente às perdas (Baltes, 1997).

Sustentando argumentos semelhantes, Neri (2006) afirma que a extensão do tempo de vida até períodos próximos ao limite biológico se tornou possível graças aos avanços dos recursos culturais, porém a eficácia da cultura para favorecer a reabilitação das perdas e o declínio associado à velhice é limitada, pois a plasticidade comportamental (possibilidade de modificar-se para adaptar ao meio) e resiliência biológica diminuem com a idade.

De acordo com Neri (2006), o modelo teórico do *lifespan* proposto por Baltes foi sendo aperfeiçoado e refinado na medida em que esse autor avançava em suas pesquisas e estudos sobre o desenvolvimento humano. Dentre esses refinamentos sobre a atuação concorrente dos fatores genético-biológicos e socioculturais nos processos de desenvolvimento, Baltes e Baltes (1990) desenvolveram a teoria da otimização seletiva com compensação. De acordo com essa teoria, os recursos individuais (biológicos e psicológicos) interligados aos recursos do ambiente (sociais e culturais) vão determinar o ritmo do desenvolvimento do indivíduo. Ao longo do ciclo vital, os recursos individuais e ambientais

são alocados de forma diferente, passando de uma ênfase no crescimento durante a infância para a manutenção e regulação das perdas na velhice. Nesse processo, também ocorre uma atuação sistêmica dos mecanismos de seleção, otimização e compensação dos recursos ao longo do ciclo vital, como será exemplificado abaixo.

Os mecanismos de seleção, otimização e compensação atuam para manter um bom nível de funcionamento do organismo. No processo de seleção, ocorre uma restrição da amplitude de alternativas disponíveis e focalização em metas atingíveis. A seleção de recursos se torna extremamente relevante quando o tempo, a energia ou a capacidade são limitadas, como na velhice. Ao selecionar os recursos, os idosos procuram realizar tarefas para as quais julgam possuir um bom desempenho, excluindo e evitando aquelas que apresentam dificuldades em sua realização (Baltes & Baltes, 1990; Rabelo & Neri, 2005).

De acordo com Baltes e Baltes (1990) e Neri (2006), os processos de otimização envolvem a manutenção de habilidades que se encontram preservadas. Pode ocorrer também a aquisição, refinamento, coordenação e aplicação de recursos internos e externos para alcançar níveis de funcionamento mais elevados. A otimização de recursos pode ser conseguida por meio do treino, da educação e do suporte social recebido.

Nos processos de compensação, ocorre o planejamento e adoção de alternativas que visam manter o funcionamento estável e a utilização de comportamentos para compensar as habilidades comprometidas. São exemplos de compensação: uso de aparelho auditivo na perda da audição, uso de estratégias *mnemônicas* ou de pistas visuais para pessoas demenciadas (Baltes & Baltes, 1990; Neri, 2006).

A partir da teoria da otimização seletiva com compensação, posteriormente Baltes e Baltes (1990) desenvolveram o modelo de velhice bem-sucedida. De acordo como esse modelo, os processos de seleção, otimização e compensação dos recursos são utilizados para compensar as perdas e dificuldades dessa etapa da vida, favorecendo ao idoso a manutenção de desempenhos em níveis mais elevados.

De acordo com Baltes e Baltes (1990), o envelhecimento bem-sucedido acontece quando os idosos selecionam os domínios mais importantes de suas vidas, assim como compensam suas limitações com as capacidades de reserva existentes e otimizam seus desempenhos, aumentando os esforços nos domínios importantes selecionados.

Muitos idosos apresentam os recursos e as reservas necessárias e suficientes para otimizar as funções, porém não o fazem em função da inibição e da falta de estimulação de ambientes muito restritivos ou superprotetores (Baltes & Cartensen, 2000).

2.2.2 O envelhecimento físico

De um ponto de vista mais biológico, o envelhecimento é definido como um conjunto de modificações graduais, naturais e universais que acontecem com o avanço da idade para além da fase da maturidade ou, como afirma Hayflick (1996), o envelhecimento deve ser entendido como a ocorrência de eventos biológicos ao longo de um período de tempo e não de acordo com uma idade específica.

Boa parte dos estudos sobre o envelhecimento enfatiza que não existe consenso sobre o que se chama de velhice, assim como existem diferentes definições e teorias explicativas para esse período da vida. Atualmente, o critério mais utilizado para se definir quando começa a velhice é o critério cronológico, embora esse critério seja considerado o mais impreciso, por sua arbitrariedade e por não considerar as diferenças individuais no processo de envelhecimento (Paschoal, 1996).

Para Faleiros e Justo (2007), a descrição das etapas da vida humana por meio de períodos delineados por idade é uma prática remota utilizada desde o século VI a.C. pelos filósofos jônicos, sendo, em seguida, amplamente adotada nos escritos bizantinos da época medieval e, posteriormente, nos primeiros livros científicos, datados do século XVI, e continua nos dias atuais.

Moser (2005), fundamentada em pesquisas de diversos estudiosos do envelhecimento, afirma que, apesar de grande parte dos estudos classificarem o desenvolvimento humano em fases ou períodos relacionados às idades específicas, essa é uma questão delicada, pois:

Não existe um ponto fixo, determinado, único, no qual se possa dizer que uma pessoa é velha. Além do mais, a idade cronológica sempre é uma medida arbitrária e não muito exata, de modo que o uso de um número único para o limiar dessa fase lhe daria um *status* enganadoramente objetivo (Moser, 2005, p. 18).

A divisão do ciclo vital em períodos delineados por idade, também é adotada pela Organização das Nações Unidas (ONU) que, em 1985, realizou um corte etário para caracterizar a velhice e considerou que, nos países desenvolvidos, o ponto de corte para a velhice é de 65 anos, enquanto, nos países pouco desenvolvidos ou em desenvolvimento, como o Brasil, esse ponto é de 60 anos, ou seja, essa é a idade a partir da qual as pessoas são consideradas idosas (Paschoal, 1996). Esse corte é adotado na legislação brasileira.

Papalia e Olds (2000) sugerem que a classificação por idade funcional é mais significativa do que a classificação por idade cronológica, pois, na classificação por idade funcional, considera-se a capacidade de funcionamento da pessoa nos ambientes físicos e sociais. Assim, uma pessoa de 65 anos que não tem boa saúde pode ser menos funcional que um senhor de 80 anos saudável.

San Martin e Pastor (1990) também consideram inadequado utilizar o critério cronológico como marco decisivo para a velhice. De acordo com estes autores, as divisões cronológicas do ciclo da vida não são absolutas e nem sempre correspondem às etapas do processo de envelhecimento natural, pois pode haver desvios em ambos os sentidos. Para esses autores, a velhice não pode ser definida pela simples cronologia, mas pelas capacidades físicas, mentais, funcionais e de saúde dos indivíduos. Sendo assim, é possível observar diferentes idades biológicas e subjetivas em pessoas com a mesma idade cronológica, já que o processo de envelhecimento é pessoal.

No processo do envelhecimento, ocorre um declínio gradual das funções dos vários órgãos e sistemas do organismo que começa a apresentar seus sinais no final da segunda década da vida, mantendo-se por um longo período de tempo quase imperceptível, até que, no final da terceira década, começam a surgir as primeiras alterações estruturais e funcionais típicas do envelhecimento. Para Papaléo Netto e Borgonovi (1996), a aceleração ou retardamento dessas alterações depende de inúmeros fatores, tais como: composição corpórea, causas psicossociais, tipos de dieta, meio ambiente e outros.

Em seus estudos sobre o envelhecimento, Barreto (1988) enfatiza que, quando o desenvolvimento atinge o seu ponto máximo, entre os 20 e 30 anos de idade, começa a acontecer uma lenta e gradativa diminuição das capacidades e aptidões físicas e mentais do indivíduo. Esse processo acelera-se e torna-se mais evidente a partir dos 65 anos, período da senescência, marcado pelos declínios evidentes no funcionamento corporal. Este autor também afirma que as variações individuais terão um forte peso no ritmo desse processo.

De acordo com Barreto (2005), a deterioração das capacidades e habilidades físicas e mentais típicas do envelhecimento pode ser acelerada pela ocorrência de fatores externos como traumatismos e doenças degenerativas específicas. Esse autor distingue o envelhecimento primário do envelhecimento secundário em função do aparecimento ou não dos fatores externos. O envelhecimento primário é caracterizado por um processo normal de envelhecimento que ocorre de forma relativamente semelhante na maioria dos indivíduos de uma mesma espécie. Este processo é gradual, previsível e dependente de fatores genéticos.

O envelhecimento secundário é decorrente de causas diversas que aceleram o processo natural de envelhecimento, embora suas manifestações variem de indivíduo para indivíduo. Esse tipo de processo de envelhecimento é mais abrupto e imprevisível. Como é o caso de um indivíduo que tem suas funções físicas e cognitivas rapidamente comprometidas pela Demência de *Alzheimer* (Barreto, 2005).

Jóia, Ruiz e Donalísio (2007) sustentam os mesmos argumentos e afirmam que os efeitos da idade são fortemente influenciados por variações individuais, pois a intensidade e a rapidez com que as pessoas irão apresentar o declínio em seus estados de saúde e nas competências cognitivas vão variar de pessoa para pessoa.

Em função dessas variações individuais no processo de envelhecimento, Papaléo Netto e Ponte (1996) classificam o envelhecimento em três categorias distintas, sendo elas: processo de envelhecimento comum ou normal, processo de envelhecimento bem-sucedido e processo de envelhecimento patológico. No processo de envelhecimento normal, também chamado de período de senescência, os fatores intrínsecos do envelhecimento, ou seja, os comprometimentos morfológicos e funcionais vão acontecendo gradualmente e com todos os idosos, com algumas variações entre eles. No processo de envelhecimento bem-sucedido, os fatores extrínsecos ao envelhecimento, tais como: alimentação mais equilibrada ao longo da vida, realização de exercícios físicos, apoio social, meio ambiente favorável atuam sobre os fatores intrínsecos do envelhecimento e retardam ou amenizam os seus impactos.

No envelhecimento patológico, a ocorrência de processos mórbidos induz modificações que intensificam os processos intrínsecos do envelhecimento, deixando de ser um período de senescência e caracterizando-se como uma senilidade, ou seja, os aspectos do envelhecimento ficam mais acentuados pela ocorrência de doenças mais graves.

Para Moser (2005), o envelhecimento é um fenômeno plural e diferenciado, devendo ser entendido como um processo dinâmico que envolve alterações físicas, aspectos psicológicos e modificações sociais importantes. Os sinais físicos do envelhecimento envolvem a perda da elasticidade e hidratação da pele, modificações na estrutura capilar com o consequente embranquecimento dos cabelos, queda ou adelgaçamento dos cabelos; alongamento do nariz e lóbulos da orelha; desgaste ou perda dos dentes; comprometimento da visão, audição e outros. Essas modificações interferem na autopercepção do indivíduo e servem de referência para outras pessoas rotularem o indivíduo de velho. Essa autora ainda aborda os aspectos psicológicos e sociais do envelhecimento.

2.2.3 O envelhecimento psicológico

Para Moser (2005), a definição dos signos psicológicos típicos do envelhecimento depende de inúmeros fatores, como as relações interpessoais estabelecidas, o nível educacional, a herança genética e cultural e outros. Assim fica difícil precisar se os aspectos psicológicos decorrem do envelhecimento ou da influência desses fatores. Em sua pesquisa sobre a melhoria da qualidade de vida de idosos residentes em asilos, a autora listou um grupo de estudiosos que identificaram as mudanças psicológicas decorrentes do envelhecimento, tais como: uma diminuição global da capacidade intelectual e da concentração, comprometimento da memória, apego ao conservadorismo, irritabilidade, desconfiança, indocilidade e outras.

Com relação ao funcionamento cognitivo no envelhecimento, as pesquisas têm apontado que poucos idosos apresentam um declínio cognitivo considerável em todas as áreas relacionadas ao processamento da informação. O que se observa é que a mecânica da inteligência declina, mas o pensamento prático, as habilidades especializadas e a sabedoria – aspectos relacionados à pragmática da inteligência, prevalecem e podem, até mesmo, continuar se aperfeiçoando (Baltes, 1983).

Herédia, Cortelletti e Casara (2004a) também consideram as alterações psicológicas decorrentes do envelhecimento. De acordo com seus estudos, as funções psíquicas dos idosos declinam em função do envelhecimento biológico, das perdas sofridas e das reestruturações dos ambientes familiar e social e se manifestam por: a) um declínio na memória de curto prazo, levando o idoso a focalizar-se mais nas memórias de longo prazo b) um decréscimo na imaginação e no interesse por outras pessoas - o idoso interessa-se mais por si próprio, favorecendo seu isolamento; c) uma redução na capacidade de adaptação, deixando o idoso mais rígido, egocêntrico, agarrado aos conceitos e às rotinas; d) uma diminuição das respostas emocionais, bem como da capacidade de compreensão e do pensamento; e) uma lentificação das atividades psíquicas e das habilidades e f) uma redução nas sensações referentes ao próprio corpo, como a percepção do movimento, da vibração.

De acordo com Papalia e Olds (2000), ocorre uma perda progressiva da memória com o envelhecimento, principalmente na capacidade da memória de operação e da memória de curto prazo. Os idosos parecem apresentar mais dificuldades de codificar, armazenar e recuperar informações quando comparados com adultos mais jovens.

Neri (2001b) defende a ideia da continuidade do *self* ao longo do processo vital e consequentemente, na velhice. Para essa autora, o *self* funciona como “um sistema composto

por estruturas de conhecimento sobre si mesmo e um conjunto de funções cognitivas que integram ativamente essas estruturas ao longo do tempo e ao longo de várias áreas do funcionamento pessoal. Ele permite interpretar experiências, iniciar comportamentos, manejar e regular emoções e experimentar senso de continuidade” (p. 12). De acordo com essa perspectiva, ocorrem poucas mudanças com as características de personalidade de um indivíduo ao envelhecer, pois existe uma tendência de seus aspectos pessoais manterem-se constantes, ou seja, uma pessoa mais flexível tende a continuar flexível com o envelhecimento, enquanto outra mais rígida parece permanecer como tal em sua velhice.

O aspecto relevante da continuidade do *self* é o senso de continuidade e a manutenção dos mecanismos de autorregulação os quais permitem a pessoa manter aspectos importantes de sua identidade e autoeficácia, mesmo em situações de dependência. Diante da fragilidade, o idoso pode desenvolver estratégias compensatórias emocionais que permitem manter o equilíbrio, sendo essa condição determinante para o bem-estar psicológico e qualidade de vida percebida na velhice, segundo Neri (2001b).

As relações sociais significativas influenciam positivamente no desenvolvimento do *self*, fornecem sentido à experiência e podem oferecer fontes de apoio social importantes nos processos de adaptação do indivíduo adulto e idoso (Nogueira, 2001).

Em um estudo sobre a vivência afetiva em idosos, Oliveira, Pasian e Jacquemin (2001) consideram que o processo do envelhecimento envolve duas fortes e contraditórias perspectivas: uma negativa e a outra positiva. A vertente negativa considera o envelhecimento como uma fase de declínio, múltiplas perdas e morte; a vertente positiva considera como uma fase de maturidade, serenidade e sabedoria. Esses autores ressaltam que a ideia do envelhecimento estar associado às perdas é frequente tanto no senso comum como em estudos sobre essa etapa da vida. Ao citarem os estudos de Garcia Pinto (1987), Adrados (1987), Rolla (1991) e Bosi (1983) apontam o envelhecimento como uma etapa de perdas, crises, limites, deterioração psíquica, falta de perspectivas e necessidade de uma constante adaptação diante dessas variáveis, sendo estes os aspectos negativos do envelhecimento. Os aspectos positivos estariam relacionados com a capacidade adaptativa do idoso, pois, quanto mais amadurecidas, sábias e adequadas forem suas estratégias de enfrentamento, melhor será sua adaptação.

Quanto aos aspectos positivos do envelhecimento, um fator que merece ser destacado é que as taxas da maioria das doenças psiquiátricas, exceto a depressão, são menores na velhice, quando comparadas com a meia-idade e vida adulta, bem como há poucas doenças psiquiátricas que incidem na velhice. A prevalência da ansiedade diminui a partir da velhice

quando comparada com a idade adulta e a meia-idade, embora as taxas de disforia elevem-se entre pessoas com mais de 75 anos. Os aspectos positivos sobre as doenças mentais na velhice não se aplicam aos problemas neurológicos, como no caso das demências que aumentam com a idade, começando com índices de 1,5% para pessoas com idades entre 65 e 70 anos, passando para 10% na faixa etária de 75 a 85 anos e excedendo os 40% para aqueles que têm mais de 85 anos (Neri, 2001b).

Coutinho, Gontiès, Araújo e Sá (2003) afirmam que a depressão é um dos transtornos que mais afeta os idosos, com prevalência variando entre 1 a 16% dos idosos que vivem na comunidade e de 12% a 16% dos idosos institucionalizados. Do ponto de vista epidemiológico, 15% dos idosos que vivem na comunidade apresentaram algum sintoma depressivo, sem necessariamente desenvolver o transtorno depressivo. Para Siqueira et al. (2009), estes dados sobem para 31% em idosos institucionalizados, demonstrando que a situação de institucionalização pode ser um fator que favorece o aparecimento de sintomas depressivos.

Ao longo do ciclo vital, a pessoa desempenha diferentes papéis, sendo que alguns destes estão intimamente relacionados com a idade, pois o envelhecimento envolve necessariamente uma mudança de papéis.

2.2.4 O envelhecimento social

Para Moser (2005), o envelhecimento social está relacionado ao desempenho adequado dos papéis sociais esperados de pessoas dessa faixa etária, ou seja, é esperado do idoso que ele se comporte como um velho. Esses papéis podem variar, dependendo de valores culturais, políticos, econômicos, normativos e outros. Assim, o envelhecimento social do indivíduo não depende somente de sua idade cronológica mas também desses fatores.

A velhice teve representações diversas ao longo do tempo e em diferentes culturas. De acordo com Griffa e Moreno (2001), muitos povos da antiguidade veneravam os idosos em função de suas contribuições pautadas em experiência de vida e sabedoria. Os idosos eram membros da comunidade respeitados e valorizados que auxiliavam no gerenciamento de aspectos importantes, prestando assessoria e orientando na tomada de decisões. De modo contrário, outros povos mais primitivos da antiguidade, principalmente aqueles que viviam em situações extremas, como os esquimós e determinadas tribos africanas e americanas,

abandonavam seus idosos e os deixavam morrer em situações emergentes, como em grandes períodos de seca, a fim de sobrar mais recursos para que os mais jovens pudessem sobreviver e procriar, garantindo assim a continuidade destes povos.

A valorização do idoso se manteve ao longo da idade média. Os rígidos valores religiosos daquela época reforçavam ainda mais o respeito para com os idosos, considerados como fonte de sabedoria e experiência. De acordo com Papaléo Netto e Ponte (1996), o idoso era o elemento mais importante de uma família e todos os seus membros deveriam obedecer aos mais idosos.

A partir da revolução industrial e dos avanços tecnológicos decorrentes, ocorreu uma inversão de valores em relação aos idosos, principalmente nas sociedades ocidentais. A experiência de vida e a sabedoria, típicas de pessoas mais velhas, foram perdendo seu valor em detrimento da força física e da capacidade de produção, características de jovens. O valor de um homem passou a ser proporcional a sua capacidade de produzir riquezas. Gradativamente os idosos foram deixando de ser valorosas pessoas que forneciam conselhos e passaram a ser vistos como improdutivos, ultrapassados e impossibilitados para a produção devido à sua diminuída capacidade fisiológica, um estorvo que deveria ser sustentado economicamente, favorecendo assim o desenvolvimento de estereótipos negativos em relação à velhice (Papaléo Netto & Ponte, 1996; Griffo & Moreno, 2001).

De acordo com Faleiros e Justo (2007), a partir do século XVIII, as concepções de velhice e de juventude passaram a ser concebidas como pólos opostos de acordo com as possibilidades de produção e reprodução de riquezas, sendo a juventude valorizada por sua força e vigor nos processos produtivos e o velho descartado por ter sua capacidade funcional para o trabalho comprometida.

Para Ramos (2002), é fato comum, na sociedade ocidental, ver a situação de cuidar dos idosos da família como uma carga. Este problema está associado à cultura ocidental que valoriza a produtividade e a capacidade de retribuição do indivíduo. Isso são condições que uma boa parte dos idosos encontra-se em desvantagem. Para Canôas (1983), a velhice é um dos momentos de maior improdutividade humana, não por que o idoso deseje se retirar da atividade econômica, mas por que o sistema capitalista lhe impele a isto, embora grande parte dos idosos tenha a necessidade de melhorar seus rendimentos, pela considerável perda salarial decorrente da pequena aposentadoria e do aumento dos gastos com doenças e medicações.

Alguns povos do oriente, como a maioria dos países asiáticos ainda mantém uma visão valorizada dos idosos. No Japão, por exemplo, a idade avançada é sinal de *status*, o sexagésimo aniversário é comemorado como uma data muito importante, pois significa o

renascimento para uma avançada etapa da vida que deve ser respeitada e admirada. Grande parte dos países asiáticos oferece programas que ajudam os idosos a permanecerem independentes e produtivos tanto tempo for possível, mas, quando necessitam de ajuda, cabe à família cuidar de seus idosos. A institucionalização é considerada como última alternativa para aqueles idosos muito carentes ou que não têm famílias. Na China, no Japão e em Singapura, existem leis que obrigam as pessoas a cuidarem de seus parentes idosos. Além das leis, Japão e Singapura oferecem abatimento nos impostos para as pessoas que cuidam de parentes mais velhos (Papalia & Olds, 2000).

Em um estudo sobre os papéis sociais e o envelhecimento, Silva e Günther (2000) argumentam que existem pressões sociais capazes de exercer uma considerável influência nos papéis sociais desempenhados pelas pessoas de determinada idade. Em cada etapa do ciclo vital, como a infância, adolescência, vida adulta, meia-idade e velhice, existem papéis que são esperados e aprovados socialmente. Esses papéis estão também relacionados a diversas variáveis, como gênero, profissão, estado civil e outras.

De maneira geral, com o avançar da idade, esperam-se mudanças normativas de comportamento, frequentemente planejadas e antecipadas que exigem da pessoa modificações no autoconceito, incorporação de novos papéis sociais e requerem adaptação. Estas pressões sociais pelo desempenho de determinados papéis sociais vinculados à idade ajudam a construir os estereótipos relacionados às etapas do ciclo vital (Martins & Rodrigues, 2004).

Estudos têm demonstrado que as interações sociais diminuem com o passar dos anos, a teoria da seletividade sócio-emocional desenvolvida por Carstensen (1995) procura explicar a redução da atividade social no envelhecimento. A teoria da seletividade sócio-emocional é uma proposta teórica do comportamento social no curso da vida e está intimamente relacionada com o modelo de envelhecimento bem-sucedido descrito na teoria da otimização seletiva com compensação, formulada por Baltes e Baltes (1990).

Segundo os argumentos da teoria da seletividade sócio-emocional, a interação social é motivada por necessidades humanas elementares, como: a fome, o sexo e as modulações sociais dos estados afetivos e psicológicos. “Além de servir a funções básicas de sobrevivência, a interação social permite a aquisição de informações, o desenvolvimento e a manutenção do autoconceito e a regulação dos estados emocionais” (Carstensen, 1995 p. 122). A redução dos contatos sociais não é imposta aos idosos, mas decorre de uma ação deles para amenizar o custo da interação que aumenta com o avançar da idade, tornando-os mais seletivos em suas escolhas de parceiros sociais.

Ao analisar a teoria da seletividade sócio-emocional, Freitas (2006) argumenta que a excitabilidade psicológica aumentada, a energia física reduzida e as crenças preconceituosas em relação ao envelhecimento aumentam o custo da resposta de interação social dos idosos. Sendo assim, a regulação emocional dos contatos sociais é adaptativa na velhice, não por que os idosos desvalorizem as emoções, mas por que eles parecem controlá-las melhor. De maneira geral os idosos tendem a minimizar os afetos negativos e a maximizar os positivos, mediante adaptação aos eventos cotidianos e às alterações vivenciadas em contextos sociais (Otta & Fiquer, 2004).

Na velhice, os contatos sociais são mais motivados, escolhidos ou descartados pela sua qualidade afetiva do que pela busca de informações ou pelo atendimento de necessidades de afiliação de pessoas desconhecidas, levando a uma maior seleção dos parceiros sociais e redução da vida social. A busca por informações ocorre com mais frequência e é mais importante nos anos iniciais da vida. Com o passar dos anos, o estoque de informações aumenta gradativamente, e os contatos sociais tornam-se cada vez menos capazes de oferecer informações novas. Do mesmo modo, a necessidade de afiliação, como uma forma de manter o autoconceito e a estabilidade do *self*, diminui com a idade. Normalmente, na velhice, o autoconceito encontra-se estabelecido, e as comparações com pessoas muito diferentes de si fornecem poucas informações importantes para o *self*, podendo, até mesmo, ameaçar o autoconceito do idoso, pela visão negativa e discriminatória que a sociedade tem da velhice (Carstensen, 1995; Charles & Carstensen, 2007).

Com a idade, as metas sociais deslocam-se do desenvolvimento do *self* para a manutenção dele, e a seleção de parceiros se torna extremamente relevante nesse processo. As pessoas íntimas, com as quais se compartilham histórias de vida, são mais capazes de fornecer apoio emocional e instrumental do que os novos parceiros e auxiliam o idoso a integrar “os *selves* passados com os *selves* presentes e futuros, de forma a manter-lhes a consistência” (Carstensen, 1995, p. 127).

De acordo com os estudos de Charles e Carstensen (2007), as pessoas mais velhas parecem controlar melhor suas emoções e aumentar o investimento de energia na busca de uma maior moderação emocional. Assim a experiência e a regulação emocional influenciam sobremaneira as interações sociais.

Para as autoras citadas acima, a limitação temporal imposta pela idade também tem um peso importante nas interações sociais, visto que a realização de metas, a longo prazo, é dificultada na velhice. Nessa etapa da vida, é mais adaptativo mudar o foco das metas de

longo prazo para metas mais próximas. A redução das taxas de contato social reflete a reorganização dessas metas e conduzem a uma maior seletividade dos parceiros sociais.

Uma mulher de 90 anos não fará velhos amigos. Não se justifica uma interação aversiva por seus eventuais benefícios a longo prazo. Pode até ser melhor deixar de lado do que discutir conflitos com o cônjuge, já que as vantagens futuras são limitadas. Nesse estágio da vida, faz mais sentido mudar o foco das metas sociais distais para outras mais proximais – e a mais proximal de todas é a regulação das emoções (Carstensen, 1995, p. 139-140).

Com a regulação emocional dos motivos sociais, os parceiros sociais são criteriosamente escolhidos. Para Charles e Carstensen (2007), os amigos de longa data e as pessoas queridas são os parceiros sociais escolhidos pelos idosos, pois essas pessoas têm mais possibilidades de auxiliar o idoso a afirmar o seu *self* e a oferecer experiências emocionais positivas. Por meio dessa estratégia, os idosos poupam recursos físicos e cognitivos, conseguindo tempo e energia para os relacionamentos sociais selecionados.

De acordo com Carstensen (1995), as experiências de vida proporcionam as pessoas mais velhas a capacidade de identificar os eventos que aumentam ou diminuem suas emoções positivas e negativas, tornando possível selecionar situações em que minimizem os afetos negativos e maximizem os positivos, levando a um maior equilíbrio dos afetos e a um sentimento de maior bem-estar subjetivo.

Reis e Ceolim (2007) realizaram um estudo sobre o significado de “ser idoso” para 50 funcionários de ILPS na cidade de Campinas, São Paulo. Destes, 94% eram mulheres, com idades entre 21 e 63 anos, com baixa escolaridade e com profissões que variavam de serviços gerais, atendentes de enfermagem, técnicos de enfermagem, cozinheiras e assistentes administrativos. Os autores identificaram que esses funcionários classificavam os idosos em aspectos positivos e negativos. Os aspectos positivos que os participantes apontavam sobre o que é ser idoso referiam-se a predicados sobre as qualidades e virtudes dos idosos, como: bonito, carinhoso, doce, sábio, interessante, com senso de oportunidade, humilde e conformado; os aspectos negativos, foram: destrutivo, inseguro, fraco, crítico e intrometido. De acordo com as análises dos autores, esses rótulos caracterizam os idosos como “coitados” e dependentes reforçando ainda mais os estereótipos e papéis sociais esperados nessa etapa da vida.

Motta (1989) sinaliza alguns indicadores do envelhecimento social, sendo eles: diminuição dos contatos sociais, esvaziamento dos papéis sociais, perda gradativa da autonomia e da independência, progressiva perda do poder de decisão, crescente importância do passado e alterações nos processos de comunicação. Essa autora ainda relaciona os fatores

desencadeantes do envelhecimento social, dentre eles, ressalta: a diminuição da rede social, a fragilização típica do envelhecimento, a perda do poder econômico, a perda de papéis e a dificuldade de desempenhar um novo papel.

A velhice é uma etapa do ciclo vital que merece atenção e cuidados, pois é repleta de perdas que exigem ajustamentos e adaptações. Ser velho, na atual sociedade moderna, significa ter de conviver com a valorização do novo, da juventude e da capacidade produtiva, relegando ao velho o *status* de incapaz ou de uma parcela da população dependente economicamente (Ramos, Veras & Kalache, 1987).

2.3 As instituições de longa permanência para idosos e a situação de institucionalização

Como o foco da presente pesquisa concentra-se no estudo das habilidades comunicativas e da rede social de idosos institucionalizados, torna-se relevante descrever como são e funcionam as instituições de longa permanência para idosos, assim como os motivos que parecem favorecer a institucionalização do idoso e as consequências da institucionalização na vida dele.

Os asilos, ou como mais recentemente têm sido denominados, as instituições de longa permanência para idosos (ILPS), são locais físicos estruturados com materiais e equipamentos específicos para atender idosos em regime de internato durante um período de tempo determinado ou não. Os serviços oferecidos podem ser gratuitos ou pagos (Silva, Carvalho, Santos & Menezes, 2007).

As instituições asilares funcionam como organizações sociais regulamentadas pelo governo com atividades dirigidas por regimento e que assumem um caráter asilar por tutelarem os idosos (Vieira, 1996). Os asilos possuem rotina própria e acabam por retirar o idoso de seu convívio social e submetê-lo às suas normas e padrões sociais.

De acordo com o estatuto do idoso (Lei n. 10.741, de 10/10/2003), as ILPS, para funcionarem, necessitam estar adequadas e regularizadas junto ao órgão competente de vigilância sanitária e aos conselhos de idosos. O não cumprimento das determinações da lei faz com que essas instituições estejam sujeitas às penas que variam de advertência, multa, suspensão parcial ou total do repasse de verbas públicas (em instituição governamental) e suspensão das atividades.

No Brasil, há um predomínio de ILPS de cunho assistencial e filantrópico. Grande parte dessas instituições não possui número suficiente de profissionais qualificados para cuidar dos idosos, têm estrutura física inadequada, com poucos espaços de lazer e recreação, bem como não elaboram uma rotina individualizada de acordo com as características e possibilidades de cada idoso (Oliveira, Souza, Freitas & Ribeiro, 2006). Diferentemente dessas instituições, existem também as privadas, como as casas geriátricas, hotel residência para idosos e outras.

O número de instituições asilares de caráter privado e com fins lucrativos, aumentou consideravelmente nos últimos 20 anos, e o padrão de seus serviços é bastante heterogêneo. Nessas instituições, a prestação de serviços costuma ser mais adequada ao perfil do idoso, com dietas individualizadas, atividades terapêuticas e recreativas bem diferentes de algumas instituições filantrópicas (Born, 1996). Porém, a possibilidade de passar os últimos anos ou dias de vida em uma instituição asilar privada está bem distante da realidade da maioria idosa brasileira que não dispõe de recursos financeiros mais elevados para pagar as mensalidades dessas instituições. De acordo com Chaimowicz (1997), no ano de 1988, cerca de 90% dos idosos aposentados no Brasil recebia até 2,5 salários mínimos, demonstrando as condições precárias de renda que a maioria dos idosos aposentados apresenta.

Segundo Born (1996), a mensalidade média dessas instituições, na cidade de São Paulo, no ano de 1996, era de 400 a 700 dólares mensais por idoso, valores muito elevados, se considerar que 50% da população idosa desta cidade ganha até dois salários mínimos.

Atualmente os estudos e debates em gerontologia têm buscado mudar os estereótipos e preconceitos relacionados às instituições de abrigo aos idosos, uma dessas tentativas foi a substituição do termo asilo para casas de repouso, casa lar, instituições de longa permanência para idosos em função de todo preconceito que o termo asilo carrega (Pollo & Assis, 2008).

Uma boa parte das ILPS passou e/ou está passando por modificações substanciais, com a organização das equipes multiprofissionais adequadas para oferecer cuidados mais especializados, melhor acessibilidade da estrutura física e outras. Essas modificações têm ocorrido de forma lenta, perpetuando a imagem negativa do modelo asilar segregador, sem falar do crescimento desenfreado de casas clandestinas, também conhecidas como “depósito de velhos”, com fins lucrativos que se propõem a cuidar dos idosos, “registradas como pensões, subsistem das aposentadorias dos idosos, dando-lhes apenas o teto e uma mísera alimentação” (Lafin, 2004, p. 112). Talvez seja por isso que o termo asilo ainda seja tão amplamente utilizado para denominação das instituições que cuidam de idosos e que o termo instituições de longa permanência para idosos seja pouco adotado.

O aumento da demanda pela institucionalização dos idosos parece estar relacionado com as transformações histórico-culturais ocorridas, principalmente, na segunda metade do século XX. A redução do tamanho das famílias, a modificação dos arranjos da família nuclear pelo elevado número de divórcios e recasamentos, a inserção crescente e intensa da mulher no mercado de trabalho e o ritmo de vida cada vez mais acelerado que retira o tempo do convívio familiar e o desloca para as necessidades profissionais alteraram profundamente a relação de cuidados que a família dispensava aos seus idosos. A mulher, que antes ficava com a função de cuidadora, passou a ter dificuldade para conciliar esta função com o papel profissional (Pollo & Assis, 2008). Assim as alternativas de manter o idoso em casa foram ficando mais restritas, principalmente, quando este precisava de mais cuidados e/ou quando a família não possuía condições físicas, emocionais, sociais e financeiras para manter o idoso em casa e lhe oferecer os cuidados necessários.

Sustentando argumentos semelhantes, Herédia, Cortelletti e Casara (2004a) afirmam que a busca das mulheres pelas mesmas oportunidades de trabalho que os homens contribuiu para que algumas famílias repassassem suas funções domésticas para terceiros. De acordo com essas autoras, os filhos menores passaram a ser levados para as creches e escolas materno-infantis enquanto os parentes idosos, que não têm condições de auxiliar nos afazeres da casa e/ou que necessitam de cuidados, foram encaminhados para as instituições asilares. Assim, a família atual apresenta dificuldades de solucionar internamente esse tipo de problema e repassa para outras instituições, como as creches, escolas e asilos, o que antes era de sua responsabilidade.

2.3.1 Os motivos que favorecem a institucionalização de idosos

Em um estudo sobre as causas da institucionalização de idosos em ILPS de São Paulo, Ferrari (1991) identificou que 52,8% dos motivos que levam ao asilamento do idoso estão relacionados ao desajustamento familiar, 28,2% ao desajustamento social, 14,2% a falta de recursos materiais para cuidar dos idosos e 4,5% são consideradas outras causas.

De acordo com Born e Boechat (2002), as justificativas mais frequentes que as famílias utilizam para institucionalizar seus idosos são as seguintes: a impossibilidade momentânea ou permanente de cuidar do idoso em função de enfermidades, acidentes e

comprometimentos do idoso que exigem atenção, necessidade de os membros familiares trabalharem e o clima de tensão na família decorrente do relacionamento com o idoso.

Em um estudo sobre as causas da institucionalização de idosos, na cidade de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, Bulla e Mediondo (2004) identificaram os motivos mais apontados para a institucionalização dos idosos, sendo eles: os conflitos familiares; os problemas de relacionamento do idoso; suas limitações físicas e mentais; a falta de recursos financeiros ou físicos; a inexistência de familiares ou de cuidadores de idosos dependentes.

Faleiros e Justo (2007) realizaram uma pesquisa sobre a situação de institucionalização com uma amostra composta por 21 idosos institucionalizados (oito mulheres e 13 homens) com idades que variavam entre 55 e 100 anos. Os resultados demonstram que, para grande parte dos idosos, a institucionalização ocorreu por iniciativa de um membro da família, sendo que dos 21 idosos, que participaram da pesquisa, somente dois foram para a ILPS por vontade própria.

Quanto aos motivos da institucionalização, 14 entrevistados apontaram o adoecimento como motivo principal, alegando que a família não podia proporcionar os cuidados necessários, seja por falta de recursos financeiros, por falta de tempo ou de qualificação para cuidar da doença do idoso (Faleiros & Justo, 2007). Esses dados são semelhantes aos encontrados por Telles Filho e Petrilli Filho (2002) em sua pesquisa sobre os motivos que levam as famílias a inserirem o idoso em uma instituição asilar. De acordo com os dados dessa pesquisa, a falta de respaldo familiar, as dificuldades financeiras, as precárias condições de saúde dos idosos e os distúrbios de comportamento são os principais motivos de admissão do idoso em uma instituição asilar.

Em um levantamento realizado pelo Centro de Apoio Operacional das Promotorias e Justiça de Defesa dos Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência e Idosos (CAOPPD) do Ministério Público do Estado de Minas Gerais (2005), os principais motivos de internação de idosos em Minas Gerais, foram: abandono familiar, carência financeira, falta de apoio familiar e saúde debilitada do idoso.

Como pode ser observado, boa parte dos motivos que favorecem a institucionalização dos idosos está relacionada aos problemas de relacionamento familiar, tanto por parte dos membros da família que não dispõem de tempo e/ou de recursos financeiros ou afetivos para cuidar de seus idosos, como por parte dos idosos que, ao longo de seu convívio familiar, não estabeleceram vínculos afetivos fortes o suficiente para que as suas famílias os amparassem e garantissem suas permanências no lar.

A opção pela institucionalização do idoso frequentemente é tomada pela família que, por sua vez, tende a ser mal avaliada por essa atitude. Segundo Born (1996), é comum os profissionais das ILPS avaliarem a família dos idosos institucionalizados de forma extremamente negativa, acusando-a de negligenciar os contatos com eles e fugir de suas responsabilidades.

Para esse autor, a culpabilização da família do idoso institucionalizado não favorece o processo, pois, antes de se atribuir culpa, devem-se conhecer as forças e fragilidades dessas famílias, os problemas de relacionamento familiar e as necessidades dos idosos que as levaram a institucionalizá-los. O conhecimento dessas variáveis pode auxiliar os idosos e as famílias a lidarem melhor com determinadas situações, sem a necessidade da institucionalização ou de melhorar a forma de contato entre eles quando a institucionalização não puder ser evitada.

De acordo com Born (1996), o contato do idoso institucionalizado com a família é importante para que ele preserve seu autoconhecimento, critérios e valores, além de ser uma forma de ele se manter próximo de seu ambiente natural. Esse contato torna-se possível quando a família esforça-se para mantê-lo, pois os dados demonstram que, com o passar do tempo, as famílias vão diminuindo as visitas aos asilos. Além disso, alguns idosos recusam o contato com a família por terem ficado revoltados e ressentidos com a institucionalização (Anacleto, Souza, Angelis & Pereira, 2004; Siqueira et al., 2009).

Um estudo sobre a realidade de 176 idosos institucionalizados da região nordeste do Rio Grande do Sul, realizado por Herédia et al. (2004), verificou que a maioria dos idosos possuía família e morava com ela antes da institucionalização. Somente 25% desses idosos moravam sozinhos. Do total de idosos que participaram da pesquisa, 42,6% possuíam filhos e 4% companheiros, o que permite dizer que a existência de filhos e/ou companheiros não impede a institucionalização ou garante a permanência do idoso no lar. Nessa pesquisa, fatores como: a perda da autonomia e da independência do idoso, a situação econômica precária do idoso e da família e, principalmente, o descaso da família com os idosos, refletida na falta de laços afetivos foram apontados como as principais causas da institucionalização dos idosos.

Moser (2005) identificou os principais motivos que os idosos de uma instituição asilar de Mafra, SC, alegaram quando procuraram por conta própria a institucionalização, sendo eles: não poder ficar na casa dos filhos; não ter moradia própria; ter dificuldades para manter a própria casa; não ter recursos financeiros; ter medo de morrer só, de ser assaltado e de permanecer sozinho; ter necessidade de ser assistido; ter mais oportunidade de socialização;

ter parado de trabalhar; ter aposentado; receber cuidados médicos; ter incompatibilidade de gênio com os familiares; não ter condições emocionais de morar sozinho; não ter em quem confiar; não possuir habilidades no trato de empregados; não morar de favor na residência de conhecidos e ter desejo de independência.

Herédia et al. (2004a) acreditam que “o tipo de história de vida dos idosos com seu grupo familiar pode determinar o seu abandono na velhice. A história de conflitos sufocados ou de relações interpessoais mal resolvidas no transcurso da vida fazem com que, em algum momento, aconteça o chamado ‘acerto de contas’ que pode encaminhar ao asilamento” (p. 30).

Por sua vez, o idoso que se sente abandonado, com seus vínculos familiares comprometidos e que não recebe o apoio social da família na ILPS, tende a apresentar sentimentos de tristeza, revolta e perda do sentido da vida, favorecendo o desenvolvimento de depressão e agravamento dos problemas de saúde em geral (Anacleto et al., 2004; Oliveira, Gomes & Oliveira, 2006; Schmidt & Wosiack, 2007).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a depressão tem ocupado posição de destaque no rol de problemas de saúde, sendo considerada uma das doenças mais caras de todas as doenças em todo o mundo. Sua prevalência é alta entre idosos institucionalizados quando comparados com idosos não institucionalizados. Cerca de 13% dos idosos institucionalizados desenvolveram episódio depressivo dentro de um a três anos de internação. A incidência de sintomas depressivos isolados nessa parcela da população é de 31%, enquanto em idosos não institucionalizados é de 15% (Siqueira et al., 2009).

Para esses autores, o aparecimento da depressão no idoso institucionalizado compromete ainda mais sua condição e qualidade de vida, pois ele diminui seu autocuidado, permanece, a maior parte do tempo, deitado no leito com pouca mobilidade física, não participa das atividades e recusa a alimentar-se. Esses fatores associados podem diminuir a imunidade do organismo e aumentar a vulnerabilidade aos processos infecciosos.

2.3.2 As instituições de longa permanência para idosos

Para Pollo e Assis (2008), o surgimento de instituições de amparo aos idosos não é recente, pois foram encontrados registros que indicam que o Papa Pelágio II (520-590 d.C.) transformou sua casa em um ambiente de abrigo para velhos. No Brasil, a primeira instituição

asilar oficial foi inaugurada em 1890, na cidade do Rio de Janeiro, o “Asilo São Luiz para a Velhice Desamparada” (Groisman, 1999, p. 67).

Embora as instituições asilares sejam reconhecidas como a modalidade mais antiga de assistência ao idoso, elas apresentam o inconveniente de isolar o idoso do convívio social e favorecer a inatividade física e a dependência, em função do manejo técnico inadequado e dos altos custos do processo de cuidar (Reis & Ceolim, 2007).

Nas ILPS, o atendimento não é individualizado, e o idoso passa a depender das condições externas e internas da instituição. Sua história de vida, seus gostos e preferências não são considerados em prol da rotina, necessidades e interesses da instituição. Com a institucionalização, ocorre uma troca de ambiente na vida do idoso, uma passagem de um mundo amplo e público para um mundo restrito e privado, forçando o idoso a conviver com pessoas até então desconhecidas, e, em muitos casos, com pessoas não idosas portadoras de doenças incapacitantes, doenças mentais, deficiência mental ou alcoólatra. Essa situação favorece o desequilíbrio emocional do idoso que interfere em sua autoestima e autoimagem, bem como na manutenção e estabelecimento do sentimento de pertença. Suas relações interpessoais ficam comprometidas levando a uma situação de dependência, alheamento ou apatia (Herédia, Cortelleti & Cassara, 2004b).

Para Reis e Ceolim (2007), o desconhecimento dos profissionais que cuidam dos idosos institucionalizados sobre os aspectos emocionais, fisiológicos, psicológicos e sociais específicos do envelhecimento contribui para as deficiências e inadequação na compreensão e atendimento ao idoso. Para essas autoras, é situação comum uma boa parte das pessoas considerar o idoso como um adulto menos capaz e, em casos mais extremos, considera que a velhice é uma volta para a infância, sendo que a diferença fundamental entre o idoso e a criança é que a criança caminha para a competência, a independência e a autonomia, o idoso, para a dependência permanente ou definitiva.

Essa visão estereotipada e distorcida do envelhecimento conduz a associações inadequadas do idoso como um ser passivo, dócil, conformado, fraco e inseguro, o que favorece o desenvolvimento de práticas profissionais que não consideram as reais possibilidades dos idosos.

De acordo com Reis e Ceolin (2007), é necessário investir em mais estudos sobre as necessidades e potencialidades dos idosos e que seus resultados sejam amplamente divulgados para favorecer o desenvolvimento de práticas assistenciais que estimulem o autocuidado e a independência do idoso.

Para Pollo e Assis (2008), o modelo asilar brasileiro ainda apresenta muitas semelhanças com as instituições totais descritas por Goffman (1999). Para esse último autor, instituições totais são locais de residência e trabalho, nas quais indivíduos com situações semelhantes, separados do convívio social levam uma vida fechada e formalmente administrada. Nessas instituições, os indivíduos perdem sua individualidade e o controle sobre sua própria vida, assim como o direito a seus pertences e a privacidade, além de ter considerável dificuldade de acesso ao mundo fora desse ambiente.

A associação do asilo com a instituição total descrita por Goffman (1999) é o aspecto mais enfatizado pela psicologia social, perpetuando a imagem negativa do asilo. Essa é a imagem mais veiculada em reportagens jornalísticas no contexto brasileiro, o que contribui para a manutenção dos aspectos negativos das ILPS no imaginário popular. Nos estudos de Creutzberg, Gonçalves e Sobottka (2008) sobre a imagem das instituições de longa permanência para idosos, que a mídia veiculou no período de maio de 2004 a janeiro de 2005, foi possível verificar que a imagem negativa dessas instituições relacionada à exclusão, à caridade e ao abandono ainda permanece. As autoras chamam atenção para a necessidade de ações que promovam uma concepção mais atualizada sobre as ILPS.

Segundo essas autoras, no recenseamento ocorrido no Brasil em 2000, havia 113 mil idosos morando em domicílios coletivos. Destes, quase 107 mil residiam em ILPS. Os estados de Minas Gerais, São Paulo, Rio de Janeiro, Goiás e Rio Grande do Sul tinham a maior proporção de idosos residindo nessas instituições.

No ano de 2005, em Minas Gerais, foram identificadas 602 ILPS, 88% de natureza filantrópica e 12% particulares. A maioria dessas instituições era mantida por entidades religiosas ligadas à Sociedade São Vicente de Paulo. Nenhuma das ILPS era mantida exclusivamente pelo poder público, e somente 27% recebiam uma contribuição mensal *per capita* de valores que variavam de R\$27,00 a R\$60,00 mensais por idoso, valores muito baixos, considerando que os custos de um idoso, em uma ILPS, podem chegar a R\$500,00 mensais. Esses dados parecem justificar o fato de 84% das ILPS contratarem pessoas não qualificadas para cuidarem dos idosos (Ministério Público do Estado de Minas Gerais, 2005).

Em um estudo sobre a institucionalização de idosos em Belo Horizonte, MG, Chaimowicz e Grego (1999) identificaram que, das 33 ILPS estudadas, 98% não possuíam enfermeiras formadas em curso superior, em 96% delas, o atendimento médico era realizado em postos de saúde ou por médicos voluntários e menos de 15% tinham atividades de fisioterapia, psicologia e terapia ocupacional. Esses dados refletem o descaso com os idosos institucionalizados, na medida em que eles raramente recebem um serviço especializado para

suas necessidades e justifica a alta taxa de mortalidade nessas instituições. Nessa mesma pesquisa, os autores identificaram que, durante 20 meses de acompanhamento aleatório de 263 idosos internados nessas instituições, 24% faleceram.

Para Barreto (2005), essa situação é muito complexa, pois a falta de recursos humanos suficientes e qualificados para cuidar dos idosos reflete na própria situação de cuidados. O que se percebe é que a saúde física e mental dos cuidadores fica comprometida pelo esforço físico permanente, comum nas situações de cuidados de idosos muito dependentes, o que gera tensão para dar conta da rotina (alimentação, banhos, medicação e outros) e a falta de tempo para dormir e cuidar de si. Esses fatores comprometem a qualidade dos cuidados oferecidos aos idosos institucionalizados.

De acordo com Yamamoto e Diogo (2002), considerando que a população de idosos está crescendo rapidamente e, com ela, o aumento pela procura de ILPS, bem como a realidade de que a institucionalização, em alguns casos, é a única ou a melhor opção para determinados idosos, principalmente, para aqueles que não têm famílias e/ou apresentam quadros de alta dependência, torna-se necessário que essas instituições apresentem aparatos infraestruturais adequados, recursos humanos suficientes e qualificados, bem como, recursos materiais convenientes para atender às especificidades dos idosos. Esses autores chamam a atenção para a necessidade de incentivo governamental tanto em programas que favoreçam a permanência do idoso no lar, como a criação de serviços de atenção terciária aos idosos, quanto na manutenção adequada das ILPS.

Existem várias situações em que a institucionalização do idoso se torna extremamente necessária como, para os idosos de alta dependência ou dependência total que apresentam falta de respaldo familiar ou severas limitações financeiras (Telles Filho & Petrilli Filho, 2001).

As ILPS também podem funcionar como um local de proteção e de cuidado para os idosos que moram sozinhos e que não conseguem mais exercer atividades de vida diária, bem como para aqueles que não têm famílias ou são maltratados por ela. Sendo assim, em muitos casos a institucionalização tem efeitos benéficos para o idoso, o que torna ainda mais evidente a necessidade de políticas e recursos adequados para as ILPS.

Nos dizeres de Anacleto et al. (2004) “apesar da polêmica existente em relação às instituições que abrigam idosos, elas parecem ser um mal necessário diante das necessidades da sociedade atual” (p. 5).

Não se pode ignorar a questão da institucionalização dos idosos como se essa situação não acontecesse ou fosse incomum. As grandes transformações que ocorreram no Brasil em

meados do século passado como, a intensa urbanização, a inserção crescente da mulher no mercado de trabalho, as mudanças na organização familiar, a diminuição dos espaços habitacionais e as sucessivas crises econômicas, têm aumentado o contingente de idosos que necessita da institucionalização para sobreviver.

De acordo com Freitas (2004), considerando as projeções estatísticas sobre o envelhecimento populacional do Brasil e o aumento da expectativa de vida, acredita-se que a demanda pela institucionalização dos idosos tende a aumentar nas próximas décadas. Esses dados evidenciam a urgente necessidade de se investir em estudos capazes de indicar as maneiras de melhorar as condições de vida desses idosos, até então, tão negligenciados.

2.3.3 As consequências da institucionalização na vida dos idosos

A institucionalização é um processo complexo que envolve o comprometimento da autonomia, do poder de decisão e do papel social do idoso, gerando consideráveis consequências em sua qualidade de vida.

Em um estudo sobre o envelhecimento bem-sucedido e o ambiente das ILPS, Tomasini e Alves (2007), fundamentados na literatura específica sobre esse assunto, afirmam que a institucionalização do idoso pode favorecer o aparecimento de uma série de prejuízos relacionados à perda da autonomia, da identidade e à segregação geracional. Esses autores ainda apontam que, em 1974, a Organização Mundial da Saúde já afirmava que os idosos institucionalizados são mais expostos aos riscos, seja quanto à sua saúde, seja por sua situação econômica desfavorável.

O processo de adaptação do idoso em uma ILPS é complexo e penoso. Para o idoso que é institucionalizado, a nova realidade pode parecer assustadora. O comportamento mais comum nessa etapa é o de se isolar dos demais idosos e priorizar a atenção dos profissionais e funcionários do asilo (Born & Abreu, 1996; Vieira, 1996).

Para Silva et al., (2006), ao entrar em uma ILPS, o idoso enfrentará uma série de dificuldades para as quais nem sempre está preparado: “as normas e rotinas da instituição, a perda da privacidade, o distanciamento dos entes queridos, o isolamento da sociedade dentre outros. E ainda precisa se adaptar à nova realidade; morar em um ambiente ignoto e dividir o mesmo espaço com pessoas desconhecidas” (p. 279).

O ser humano é um ser social, um ser de relações. É por meio delas que a proximidade entre as pessoas ocorre, e os vínculos afetivos se desenvolvem. No ambiente institucional, o vínculo afetivo entre os idosos nem sempre acontece, pois o idoso que ingressa na instituição encontra-se tão fragilizado pelas perdas afetivas e de seus papéis sociais que se sente ansioso, aborrecido, melancólico, confuso e sem perspectivas para o futuro. Essa situação favorece um desequilíbrio social na instituição que faz com que as relações interpessoais entre os idosos não se estabeleçam ou fiquem comprometidas, gerando consequências psíquicas e biológicas para os idosos, “levando-o, não raras vezes, à dependência e ao alheamento” (Herédia et al., 2004a, p. 21).

De acordo com Bulla e Mediondo (2004), a institucionalização promove uma ruptura dos laços afetivos e a necessidade de conviver com pessoas que apresentam interesses diversos, problemas variados de saúde física e psíquica, favorecendo o surgimento de brigas e conflitos entre os idosos. As autoras identificaram que existem preconceitos e estereótipos dos idosos institucionalizados em relação à velhice e aos outros idosos.

Faleiros e Justo (2007) afirmam que a institucionalização é mais do que um processo externo que envolve a internação do idoso em uma instituição asilar; é um processo que abala as estruturas internas do idoso, pois favorece o embotamento afetivo, o isolamento pessoal e a solidão. Para se defender, o idoso assume uma atitude abnegativa dos fatos e das pessoas, apresenta dificuldades de estabelecer contatos e traçar planos.

De acordo com Albuquerque (1994), os idosos institucionalizados são mais apáticos, carentes e sem motivação do que os idosos não institucionalizados. Para esse autor, isso acontece por que grande parte das instituições que acolhem os idosos não respeita sua história de vida, seus hábitos culturais, suas crenças e valores de modo a favorecer as suas qualidades de vida.

Fundamentada na teoria da seletividade sócio-emocional, Freitas (2006) afirma que os idosos são mais seletivos na escolha de parceiros sociais, principalmente os novos. Para essa autora, se os idosos não avaliarem as interações como recompensadoras, provavelmente, apresentarão resistência para participar de tais interações.

Em um estudo sobre a influência do asilamento no funcionamento psíquico dos idosos, Adrados (1987) avaliou 100 idosos brasileiros residentes em ILPS e 100 idosos brasileiros residentes em seus lares e concluiu que a institucionalização afeta negativamente o potencial intelectual, a criatividade e as vivências afetivas dos idosos. Para essa autora, quando comparados os idosos institucionalizados com os não institucionalizados, pode-se perceber que os primeiros apresentam controle intelectual mais rígido, nível de adaptação social mais

empobrecido, menores índices de criatividade, sinais de deterioração mental e alterações relativas à identidade.

Oliveira, Pasian e Jacquemin (2001) realizaram uma pesquisa sobre a interferência do fator “institucionalização” na vivência afetiva de 50 idosas com mais de 60 anos, sendo 25 idosas institucionalizadas e 25 residentes em seus lares, utilizando entrevista de história de vida e os escores do teste das Pirâmides Coloridas de *Pfister*, os autores encontraram resultados interessantes. Dentre eles, constatou-se que a maioria das participantes (institucionalizadas e não institucionalizadas) apresentava preservação da vitalidade afetiva e cognitiva. Essa evidência contraria os resultados de estudos que apontam o comprometimento afetivo e cognitivo de idosos institucionalizados. Os resultados também demonstraram não haver diferença entre as idosas institucionalizadas e não institucionalizadas quanto às atribuições afetivas referentes às suas fases anteriores da vida. Para esses dois grupos, a etapa atual da vida era avaliada como positiva. Os autores argumentam que a positividade atribuída às vivências atuais dos dois grupos pareceu estar associada à possibilidade de gratificação emocional, mesmo que de forma mínima.

Quanto ao funcionamento lógico, todas as idosas apresentaram um padrão de ordem e boa capacidade de organização lógica, embora o grupo de idosas institucionalizadas apresentasse resultados qualitativamente inferiores em relação à elaboração lógica mais aprimorada e abstração. Também foram observados sinais de maior rigidez de defesas e de maior inacessibilidade de contato dessas idosas quando comparadas com adultos. As idosas institucionalizadas tiveram os índices de inflexibilidade defensiva um pouco mais elevados. Foram identificadas evidências de que as idosas institucionalizadas valorizavam o passado e rejeitavam o moderno (Oliveira et al., 2001).

Com relação à afetividade, segundo Oliveira et al. (2001), os dois grupos apresentaram vivacidade emocional e sensibilidade de forma semelhante. O nível de adaptação social dos dois grupos também foi semelhante, porém, as idosas institucionalizadas apresentaram mais necessidade de contato com os outros e controle parcial de sua afetividade, podendo caracterizar-se como instabilidade emocional. Sobre a criatividade, os dois grupos apresentaram boa capacidade básica de organização lógica, embora as idosas institucionalizadas demonstrassem maior apego aos padrões rígidos de raciocínio.

Enfim, os estudos de Oliveira et al. (2001) apontaram que, nem sempre, a situação de institucionalização afeta negativamente ou de forma tão intensa as funções cognitivas e afetivas dos idosos. Para essas autoras, a qualidade da interação socioafetiva estabelecida pelo idoso pareceu ser a variável mais influente no estudo, demonstrando que as trocas sociais

mais ricas são determinantes para a capacidade adaptativa, riqueza emocional e preservação de algumas funções cognitivas do idoso.

Por outro lado, as autoras também apontam para a riqueza da contribuição social do idoso para a sociedade, conforme afirmam: “os idosos contribuiriam para o enriquecimento do contexto social, através de suas experiências de vida, e esse mesmo contexto, em troca desse benefício, supriria as necessidades daqueles, de acolhimento e valorização da velhice” (Oliveira et al., 2001, p. 10). Nesse sentido, as ações preventivas dos problemas adaptativos, afetivos e cognitivos do envelhecimento passariam pelo favorecimento do contato do idoso com diferentes pessoas e em diversos contextos, e essas pessoas seriam beneficiadas com as contribuições dos idosos.

Sustentando argumentos semelhantes, Neri (2001b) afirma que as dificuldades, ou mesmo as incapacidades de alguns idosos para o desempenho de atividades instrumentais de vida diária (AIVDs) não ocasionam impedimento para a continuidade do funcionamento cognitivo e emocional, demonstrando a riqueza de experiências e contatos que um idoso pode proporcionar, mesmo quando este tem sua funcionalidade física comprometida.

Para Chelala (1992), o isolamento social priva os idosos de importantes fontes de apoio emocional, físico e financeiro. Para esse autor, mais do que quantidade de contatos sociais é qualidade dos mesmos que é mais importante. Para os idosos, o afeto, a companhia e o apoio dos parentes e amigos têm uma importância muito grande.

Léger, Tessier e Mouty (1994) sustentam esse mesmo argumento quando afirmam que “o tecido social constitui um elemento primordial na conservação da saúde, tanto física quanto psíquica” (p. 61).

Dentro dessa mesma perspectiva sobre as vivências psicológicas de idosos institucionalizados, Anacleto et al. (2004) encontraram resultados desfavoráveis decorrentes da institucionalização. Esses resultados demonstram que o processo de institucionalização favorece a perda da identidade; a baixa autoestima; a diminuição progressiva das atividades físicas, por problemas de saúde ou por falta de oportunidade de realizá-las; a perda da capacidade laborativa; a perda do controle das próprias finanças; o distanciamento do mundo externo e poucas oportunidades de lazer. Diante dessa situação, os idosos apresentam-se carentes de atenção, com dificuldades para lidar com as perdas e resistentes às novas situações e, com isso, passam a sentirem-se excluídos do meio social e a viverem do passado.

Para esses autores, o comprometimento dos vínculos familiares, o abandono e o escasso número de visitas recebidas na ILPS desencadeiam tristeza, dor, revolta e perda do

sentido da vida. Esses fatores podem contribuir para o aparecimento de depressões e o agravamento dos problemas de saúde.

Afirmações semelhantes são encontradas em Herédia et al. (2004a), conforme os dizeres abaixo:

A situação de asilamento, motivada pelo abandono, é uma contingência. O asilo é o lugar que restou para abrigar o idoso e recebê-lo. O asilado se conforma e aceita essa situação, aparentemente, sem contestar, limitando as possibilidades de querer mais e restringindo gradativamente o sentir, o pensar, o agir e o interagir. Perde a visibilidade do mundo, das pessoas neste mundo e, como consequência, as mobilidades social, física e intelectual que o mundo requer. Acaba por enclausurar, tornando-se incapaz de enfrentar os desafios que a vida impõe. Falta-lhe energia e esperança para viver. Espera o tempo passar (p. 43).

Da mesma forma a institucionalização do idoso poderá ocorrer em função de uma baixa ou escassa rede social de apoio. Com a institucionalização e o afastamento dos poucos amigos e membros familiares, a rede social de apoio do idoso torna-se ainda mais fragilizada e escassa e, sem referência, o idoso fica desamparado. O ideal é que se formassem relações de amizade entre os idosos asilados para que eles formassem uma rede de apoio mútuo, tema que será desenvolvido no próximo capítulo.

2.4 A rede social de apoio no envelhecimento

O interesse por se estudar de uma maneira científica o impacto das redes de relações sociais e de apoio social, também conhecido como suporte social sobre a saúde e bem-estar das pessoas, é recente e iniciou com os estudos de Cobb (1976) e de Cassel (1976). Esses autores conseguiram compilar evidências que demonstram que a suscetibilidade às doenças fica aumentada com a ruptura dos laços sociais. Para Cobb (1976), o apoio social funciona como uma informação de que a pessoa é amada, estimada e valorizada pelas outras pessoas de sua rede social.

De acordo com Matsukura, Marturano e Oishi (2002), existem poucos estudos publicados no Brasil sobre a função do apoio social, demonstrando a carência de conhecimentos sobre esse tema, principalmente, sobre o apoio social de idosos institucionalizados.

É importante ressaltar que a literatura científica sobre as redes de relações sociais utiliza tanto o termo apoio social como o termo suporte social para descrever o tipo de ajuda recebida por uma pessoa de seu grupo social. A diferença na utilização da terminologia varia de estudo para estudo. Nos estudos realizados em Portugal, é mais comum utilizar a locução “apoio social”, enquanto alguns estudos realizados, no Brasil e nos Estados Unidos, a locução “suporte social” é mais prevalente. Na presente pesquisa, optou-se pela utilização da locução apoio social. Também é importante diferenciar apoio social de interação social, pois nem toda interação social oferece apoio. Algumas interações sociais podem ser, até mesmo, muito estressantes.

Ao realizar uma revisão de estudos sobre apoio social desenvolvidos em Portugal, Martins (2005) identificou que esse termo está associado a vários conceitos, como: apoio instrumental e emocional, socialização, assistência maternal, *feedback*, informação, confiança, aconselhamento, sentimento de pertença, orientação e interação positiva. Para essa autora, essa diversidade conceitual favorece a abrangência conceitual do termo, mas, por outro lado, dificulta a elaboração de uma definição clara, coerente e universal de apoio social.

De acordo com Mirowsky e Ross (1989), o apoio social é derivado de relacionamentos próximos de boa qualidade, sendo uma necessidade humana elementar. Para esses autores, o apoio social é um bom preditor do bem-estar subjetivo, além de reduzir a predominância de afetos negativos de ansiedade e depressão provocados pela perda do senso de controle sobre a própria vida.

Sustentando argumentos semelhantes, Myers (2000) afirma que o apoio social é derivado da necessidade de pertencimento, ou seja, da necessidade de o homem estar em grupos, e surgiu como uma herança do tempo em que nossos ancestrais necessitavam agrupar-se em bandos para enfrentar os inimigos, cuidar da prole e garantir a alimentação.

Martins (2005), ao revisar o conceito de apoio social para diferentes estudiosos portugueses, como Barrón (1996), Vaz Serra (1999) e Loreto (2000); todos citados por essa autora, verificou que, de modo geral, o apoio social é um conceito interativo referente às transações de influência mútua entre o indivíduo e a sua rede de apoio que, quase sempre, proporciona bem-estar físico e psicológico. Portanto, o conceito de apoio social abrange aspectos estruturais, funcionais e contextuais.

Os aspectos estruturais envolvem o tamanho e a composição das redes sociais que oferecem apoio. Os aspectos funcionais referem-se às funções que o apoio exerce na vida do indivíduo que recebe e que fornece apoio social e os aspectos contextuais referem-se à

adequabilidade do apoio social à situação em que o indivíduo está vivendo (Simão, 2003; Martins, 2005; Siqueira, 2008).

Para Kahn e Antonucci (1980), as redes de apoio social também devem ser analisadas considerando sua simetria, estabilidade, conectividade e homogeneidade, bem como em relação às características e frequências das interações entre os membros e o tipo de apoio fornecido e recebido. Para esses autores, a relação entre as pessoas que trocam apoio social costuma ser hierarquizada, com algumas relações mais íntimas do que as outras. Nas relações mais íntimas, o indivíduo é mais amparado e acolhido em suas dificuldades, auxiliando-o a reinterpretar suas experiências e reafirmar seus valores. Essas relações funcionam como amortecedores para os eventos negativos e contribuem para o aumento do bem-estar subjetivo do indivíduo.

Outro aspecto relevante, salientado por Martins (2005), refere-se ao modo como as pessoas percebem o apoio social recebido. É importante considerar as percepções que o indivíduo tem do apoio social e de sua disponibilidade, pois dificuldades cognitivas e afetivas podem comprometer essa percepção. Embora o apoio social dependa das funções desempenhadas por grupos ou pessoas significativas para o indivíduo, seu valor está diretamente relacionado à sua capacidade de perceber o apoio social recebido. Essa percepção se traduz na crença de que o indivíduo é estimado e de que as pessoas se interessam por ele e estão disponíveis quando ele precisar.

Chor, Griep, Lopes e Faerstein (2001) fazem uma distinção conceitual entre redes sociais e apoio social. As redes sociais são definidas, fazendo uma analogia com “teias” de relações, ou seja, as redes sociais são formadas pelo grupo de pessoas com as quais o indivíduo mantém contato ou alguma forma de participação social. Já a definição de apoio social envolve a ideia de ser um processo dinâmico e complexo que engloba a interação do indivíduo com sua rede social e as trocas estabelecidas entre eles. Por meio dessas interações, o indivíduo pode satisfazer suas necessidades sociais.

Deps (1993) elaborou uma definição mais abrangente de apoio social que se refere à presença de recursos psicológicos e materiais fornecidos por pessoas familiares ou amigas, antes e depois da ocorrência de um evento estressante na vida. Em seus estudos, a autora afirma que o apoio social favorece o enfrentamento de situações de estresse físico e psicológico e diminui a suscetibilidade à doença e à mortalidade.

No Brasil, os estudos que abordam essa temática na velhice têm, como marco, as pesquisas de Anita Liberalesso Neri. Seus estudos têm demonstrado que idosos que desenvolvem uma vida social intensa aumentam o tempo e a qualidade de vida.

Para Neri (2001a), as redes de apoio social funcionam como “grupos hierarquizados de pessoas que mantêm entre si laços típicos das relações de dar e receber. Elas existem ao longo de todo o ciclo vital, atendendo à motivação básica do ser humano à vida gregária” (p. 110).

De acordo com Capitanini (2000), as redes de apoio social são formadas por um conjunto de pessoas que mantêm entre si relações que envolvem compartilhamento, permitindo-lhes trocar informações e serviços, receber apoio emocional, ajuda material, estabelecer novos contatos sociais e manter a identidade social. Essas redes podem ser classificadas quanto aos seus aspectos estruturais e à natureza e hierarquia das relações entre os envolvidos.

O significado que a pessoa atribui à sua rede de relações sociais está associado à avaliação que ela faz sobre a natureza de suas relações, (por exemplo, se são formais ou informais, composta por familiares ou por amigos, íntimas ou distantes), pelo grau em que o apoio fornecido pode suprir suas necessidades, pela quantidade de pessoas que fazem parte da rede, pela qualidade da relação entre eles e pelo grau de desejabilidade dos relacionamentos e das interações (Capitanini, 2000).

É importante diferenciar a frequência das relações sociais da qualidade delas. Não basta ter uma ampla rede de relações sociais se a qualidade das relações entre os integrantes não for boa, pois a qualidade da relação é mais importante do que a quantidade. Ramos (2002) divide as interações positivas das interações negativas, dependendo da qualidade e do balanço das trocas sociais e do que está sendo trocado.

Segundo Goldstein (1995), a quantidade de apoio social pode ser avaliada pelo número de amigos e pela frequência de contatos entre eles; já a qualidade do apoio social é uma medida subjetiva de satisfação com o relacionamento. A qualidade do relacionamento prediz melhor a saúde emocional do idoso do que a quantidade dos relacionamentos.

2.4.1 Diferentes tipos de apoio social

A literatura científica sobre o assunto aponta diferenças nas funções e nas características do apoio social. Martins (2005) realizou um amplo estudo da literatura portuguesa sobre os tipos e funções do apoio social e identificou que existem semelhanças e diferenças entre os vários estudiosos do assunto. De acordo com essa autora, Wills, em 1985,

defendia que o apoio social tem quatro funções essenciais, sendo elas: 1) apoio à estima – refere-se ao modo como as pessoas contribuem para aumentar a autoestima dos outros; 2) apoio informativo – envolve a disponibilidade das pessoas em oferecer conselhos e informações; 3) acompanhamento social – engloba o apoio conseguido por meio das atividades sociais e 4) apoio instrumental – referente a toda ajuda do tipo física.

Em estudos posteriores, Vaz Serra (1999), citado por Martins (2005), ampliou as funções do apoio social e descreveu seis tipos de apoio social: 1) apoio afetivo, 2) apoio emocional, 3) apoio perceptivo, 4) apoio informativo, 5) apoio instrumental e 6) apoio de convívio social. Embora este estudioso tenha ampliado as funções do apoio social, quando comparado com os estudos de Wills (1985), o que se percebe de comum entre eles é a presença dos aspectos afetivos, informacionais, instrumentais e sociais do apoio.

Martins (2005) cita os estudos de Barrón (1996), os quais apresentam um modelo mais integrador das funções do apoio social que abrange três aspectos: 1) apoio emocional, 2) apoio material e instrumental e 3) apoio de informação. Esta é a abordagem mais consensual com os objetivos desta pesquisa. Por isso, estes aspectos serão detalhados adiante.

O apoio emocional envolve a disponibilidade de alguém com quem é possível conversar e trocar experiências que favoreçam os sentimentos de bem-estar afetivo. A pessoa que recebe esse tipo de apoio sente-se mais amada, querida e respeitada; com isso, torna-se mais capaz de demonstrar amor, afeto, empatia, estima e carinho pelos outros (Martins, 2005).

De acordo com esta autora, o apoio material e o instrumental acontecem por meio das ações e ajudas físicas e/ou materiais fornecidos por outras pessoas. Estas atitudes ajudam a pessoa a resolver problemas práticos e a realizar tarefas cotidianas. É um tipo de apoio que auxilia nos casos de sobrecarga física ou financeira e é mais efetivo quando a pessoa, que o recebe, avalia-o como apropriado. Se isso não acontecer, a pessoa pode sentir-se em dívida com quem fornece o apoio.

O apoio de informação envolve as informações e orientações relevantes que ajudam as pessoas a compreenderem melhor a situação e a ajustarem-se mais adequadamente ao contexto. São conselhos, orientações, informações e dicas que ajudam as pessoas a lidarem melhor com as tarefas e os desafios cotidianos (Martins, 2005).

Resende, Bones, Souza e Guimarães (2006) realizaram uma pesquisa sobre as redes de relações sociais e a satisfação com a vida de adultos e idosos e verificaram que as pessoas mais satisfeitas com a vida foram aquelas que recebiam mais apoio afetivo dos membros de suas redes sociais, que contavam com as outras para apoio instrumental e que acreditavam que estariam mais satisfeitas no futuro.

Para Resende et al. (2006), o apoio social é uma experiência pessoal e subjetiva que promove um maior senso de satisfação com a vida e está relacionado a uma série de outras medidas, além da satisfação com a vida, como: saúde, adaptação psicológica, bem-estar subjetivo, longevidade e mortalidade, redução do mal-estar, dentre outras.

A satisfação com a vida é o julgamento cognitivo que o indivíduo faz de algum aspecto específico de sua vida e depende da comparação entre as circunstâncias da vida atual de um indivíduo e um padrão por ele escolhido (Albuquerque & Tróccoli, 2004).

2.4.2 As redes sociais de apoio de idosos

As relações sociais são mobilizadas em cada contexto específico e estruturam os comportamentos cotidianos das pessoas, favorecendo suas integrações sociais. As redes sociais de apoio para os idosos têm uma função primordial por favorecer situações em que eles se sintam queridos, valorizados e tenham o sentimento de pertença a um grupo, diminuindo assim os sentimentos de solidão, isolamento e anonimato (Martins, 2005).

Para Barreto (2005), a satisfação com que uma pessoa idosa encara a vida também resulta da representação que ela faz de sua vida passada, de sua condição atual e da perspectiva de seu futuro, principalmente, se conseguiu ou não atingir os objetivos que havia traçado em sua vida. Segundo este autor, o grau de satisfação com a vida resulta de inúmeros fatores, externos e internos. Dentre estes, o êxito do processo adaptativo contínuo em enfrentar as inúmeras transformações que se sucedem. Para o idoso, a qualidade de vida é afetada pelas perdas e carências, mas o efeito perturbador delas depende muito do significado que ele lhes atribui. Esse significado, por sua vez, é dependente do autoconceito positivo do idoso e do quanto ele se percebe estimado por outras pessoas. Neste sentido, o apoio social recebido contribui decisivamente para o bem-estar e qualidade de vida do idoso.

De acordo com Neri (2001a), a manutenção de relações sociais com cônjuge, familiares e amigos da mesma geração favorece o bem-estar psicológico e social dos idosos. As mulheres, por serem mais calorosas e capazes de estabelecer relações de intimidade, apresentam redes de relações sociais mais desenvolvidas.

Sustentando argumentos semelhantes, Ramos (2002) afirma que a ausência de parentes mais próximos, como cônjuges ou filhos, está associada à doença e mortalidade. Idosos solteiros, viúvos, separados e sem filhos são o que recebem menos apoio social e têm

uma qualidade de vida mais comprometida. Dados de pesquisas têm demonstrado que os homens buscam e encontram apoio social em suas companheiras, mas as mulheres não encontram a mesma reciprocidade em seus companheiros. Tal discrepância pode ser explicada pelas diferenças de papéis sociais e hierarquia entre homens e mulheres (Ramos, 2002).

Ramos (2002) realizou um estudo sobre o apoio social e a saúde dos idosos e verificou que o apoio social pode tanto apresentar resultados favoráveis como desfavoráveis nos seus níveis de saúde, porém os argumentos que sustentam os resultados favoráveis têm sido predominantes.

2.4.3 Os efeitos positivos e negativos do apoio social para os idosos

Quanto aos resultados positivos que favorecem a relação entre apoio social e saúde, Ramos (2002) afirma que o apoio social recebido e o fornecido contribuem para o senso de controle pessoal, favorecendo o bem-estar psicológico, visto que as relações sociais parecem moderar o estresse em pessoas que estão vivenciando problemas de saúde, morte do cônjuge ou problemas financeiros. O apoio social recebido faz com que as pessoas sintam-se mais seguras para lidar com os problemas.

A maioria dos estudos tem demonstrado que relações sociais satisfatórias podem promover condições de saúde, seja porque a pessoa tem alguém para escutá-la e orientá-la sobre o problema apresentado e os recursos que ela pode procurar, ou porque recebe apoio instrumental que lhe permite uma maior mobilidade ou, ainda, porque recebe apoio financeiro nas situações de adoecimento. Segundo Antonucci (2001), o apoio social fornece uma base psicológica que ajuda a pessoa a perceber e a dar sentido ao mundo ao redor.

Para Andrade e Vaitsman (2002), a convivência com outras pessoas favorece a ocorrência de comportamentos de monitoramento da saúde, comportamentos corretivos e cuidados com a saúde em geral. O apoio social fornecido e recebido ajuda as pessoas a creditar sentido à vida e contribui para o senso de controle pessoal. Seja como for, os dados demonstram que as trocas que ocorrem em um bom relacionamento social parecem conduzir ao melhoramento nos níveis de saúde.

De acordo com os estudos de Ramos (2002), os efeitos negativos do apoio social na saúde dos idosos estão associados a uma excessiva dependência deles para com os cuidadores, bem como em decorrência do descompasso na relação de trocas entre o idoso e o cuidador.

Nas situações em que os idosos percebem que recebem mais ajuda do que podem retribuir, eles passam a se sentir como um peso para o cuidador, favorecendo o estresse, o sentimento de insatisfação e, até mesmo, o desenvolvimento da depressão.

Essa autora enfatiza que o apoio social deva ser balanceado, ou seja, que as trocas entre quem oferece e quem recebe o apoio devam ser equilibradas. Estes argumentos são fundamentados em duas propostas teóricas: a teoria da integração social de Durkheim (1951) e a teoria das trocas desenvolvida por Blau (1955), ambos citados por Ramos (2002).

A teoria da integração social sustenta que a integração social é um fenômeno social que acontece através do comprometimento que as pessoas têm com a ordem social, e esse reforça o sentimento de pertencimento. A integração social favorece o apoio social e promove um sentido de significado e propósito para a vida (Ramos, 2002).

Esta teoria explica melhor as formas de contato social em sociedades que mantêm valores positivos fortes em relação aos idosos, como nos países de cultura oriental da Ásia, e que não supervalorizam a capacidade de retribuição produtiva ou financeira deles.

A teoria das trocas reflete mais a maioria dos tipos de relações que ocorrem nas sociedades ocidentais industrializadas, como a nossa, e preconiza que a interação entre duas pessoas será bem avaliada e deverá ser mantida se os interagentes lucraram igualmente com a interação, ocorrendo uma troca balanceada entre eles (Ramos, 2002).

Segundo os pressupostos dessa teoria, vários recursos podem ser objetos de trocas, sendo eles: dinheiro, aceitação social, estima ou respeito, aprovação social, conselhos e serviços. De acordo com essa perspectiva, o lucro que as pessoas têm com uma troca social é equivalente à diferença entre recompensas menos custos. Na visão dos teóricos da teoria das trocas, o poder é derivado da falta de balanço nas trocas. Tem menos poder aquele que é incapaz de retribuir um comportamento recompensador. Em uma relação não balanceada, as pessoas que são mais independentes, por possuírem mais recursos, entram na relação com mais poder e, muitas vezes, estabelecem uma taxa de trocas que favorecem mais a elas (Ramos, 2002).

O problema do envelhecimento está relacionado com o decréscimo de recursos em termos de poder dos idosos. Na visão das sociedades ocidentais, grande parte dos idosos tem pouco a trocar. As sociedades ocidentais industrializadas valorizam o novo, o belo, o vigor da juventude e acreditam que os velhos, embora tenham várias habilidades, elas se desatualizaram. Por isso, são pouco adequadas aos contextos atuais, isolando cada vez mais a contribuição dos idosos no âmbito profissional (Rodrigues, 2002).

Para Ramos (2002), a diminuição dos recursos de troca que ocorre com o avançar da idade deixa os idosos mais vulneráveis às situações de trocas não balanceadas. A incapacidade de retribuir a ajuda recebida de outras pessoas pode deixar os idosos dependentes e sem poder, contribuindo para os efeitos negativos do apoio social.

Essa mesma situação pode acontecer dentro do contexto familiar. Por exemplo, um homem viúvo, com poucos recursos econômicos, morando com um filho casado, quase sempre é solicitado a trocar esse benefício pela aceitação ou aprovação de situações em que não concorda ou, ainda, quase sempre deixa toda ou quase toda aposentadoria como retribuição. Tem-se ainda a situação de idosos que sustentam filhos, netos e bisnetos com a desculpa de que são cuidados por estes. Esta situação leva o idoso a vivenciar uma relação dependente e desbalanceada dentro da família.

Lima, Silva e Galhardoni (2008) apontam o fato de que, no Brasil, mais do que receber o apoio social de suas redes, principalmente dos familiares, um número cada vez maior de idosos passa a utilizar a aposentadoria para prover domicílios em que co-habitam três ou mais gerações, fornecendo apoio instrumental para as gerações mais jovens.

A mera presença do apoio social não garante efeitos positivos, se a relação entre aquele que oferece e aquele que recebe não for satisfatória ou se a troca entre eles não for balanceada. O apoio social pode ter consequências negativas quando o idoso percebe que não é capaz de retribuir o apoio recebido e, por isso, sente que é um peso para aqueles que lhes oferecem cuidados. Este tipo de avaliação e sentimento é mais comum em sociedades como a brasileira, que valoriza a produtividade e a capacidade para retribuir (Rodrigues, 2002).

Como o desenvolvimento da teoria das trocas, surgiu a teoria da equidade, adotada por Neri (1993), para explicar a relação de dependência dos idosos com os mais jovens. De acordo com essa teoria, a falta de equidade na troca de recursos em uma relação pode desencadear consideráveis consequências psicológicas. Dar mais que receber pode gerar sentimento de injustiça e ressentimentos. Receber mais do que puder ajudar pode gerar sentimentos de vergonha e culpa. Neste sentido, as trocas entre quem oferece apoio e quem recebe devem ser recíprocas para que ocorra o bem-estar psicológico. O apoio social pode contribuir para o bem estar da pessoa somente quando é oferecido num contexto de padrões de trocas igualitárias.

Neste sentido, um idoso que recebe um apoio instrumental, em contrapartida, poderá oferecer apoio afetivo ou de informação para aquele que está oferecendo o apoio instrumental, o que poderá tornar a relação mais igualitária, e ambos ficarem mais satisfeitos. De acordo com Ramos (2002), existe uma relação positiva entre reciprocidade e a autoestima das

pessoas idosas. Muitas vezes, os idosos podem sentir-se deprimidos, não por que não recebem assistência, mas por não terem capacidade ou habilidade para retribuir.

A identificação dos aspectos positivos e negativos de apoio social torna-se importante na elaboração de políticas públicas de serviços para idosos, principalmente para os institucionalizados. Não basta apenas oferecer apoio social ao idoso, pois isso, nem sempre, garante seu bem-estar psicológico e satisfação com a vida, se ele não puder retribuir de alguma forma. O idoso tem muita experiência de vida e, com isso, muito a oferecer em termos de informação, conselhos e sabedoria, mas cabe à sociedade solicitar e valorizar este tipo de contribuição. É necessário promover relações sociais mais estáveis e equilibradas entre os idosos e os jovens e, principalmente, entre os próprios idosos para que estes se sintam valorizados, reconhecidos e capazes de estabelecer relações sociais satisfatórias e gratificantes.

2.4.4 Composição da rede social dos idosos

De acordo com Ramos (2002), normalmente, as redes sociais dos idosos são formadas pelos familiares, vizinhos e amigos. Embora o apoio social oferecido pelos familiares seja a forma mais comum, este tipo de apoio, nem sempre, é o mais satisfatório. Quando a relação estabelecida entre idoso e sua família está comprometida, o apoio pode ser visto como uma obrigação que gera peso, desconforto e desentendimento. Esta situação raramente ocorre com os amigos, pois as trocas entre amigos são mais voluntárias, calcadas em interesses mútuos e necessidades sociais. Por isso, essas relações apresentam mais níveis de reciprocidade quando comparadas com as relações de parentesco.

Paúl (2005) estabelece uma diferença entre rede social composta por amigos e vizinhos e rede social composta por familiares. Segundo essa autora, a primeira é voluntária e a segunda involuntária. Em muitos casos, a rede de apoio social de idosos composta por familiares é estruturada pelo sentimento de obrigação dos familiares mais novos de cuidar dos mais velhos, diferentemente da rede social composta por amigos. Estes dois tipos de redes de apoio produzem efeitos diferentes na qualidade de vida dos idosos.

Em um estudo sobre a solidão e o bem-estar psicológico em mulheres idosas que vivem sozinhas, Capitanini e Neri (2004) identificaram que, para essas mulheres, os amigos são mais efetivos que os parentes para fornecer apoio social, e as relações recentes são

apontadas com mais gratificantes do que as relações antigas. Nesse estudo, a satisfação com a vida foi estatisticamente relacionada com a disponibilidade dos amigos em oferecer apoio.

Existem alguns estudos que descrevem a composição, a funcionalidade e a satisfação com as redes de apoio social de idosos. Por exemplo, Nogueira (2001) analisou a configuração da rede social de 300 pessoas (metade de cada sexo) pertencentes a três grupos etários, adultos jovens, adultos de meia-idade e idosos. Com relação aos idosos, os resultados demonstram que estes têm um menor número de pessoas em suas redes (em média 12 pessoas), comparando com os demais grupos etários estudados. Grande parte das pessoas que compõe a rede dos idosos é mais nova, bem como é composta mais por familiares. Os filhos foram apontados pelas mulheres idosas como uma importante fonte de apoio social. As pessoas indicadas como as principais fontes de apoio emocional, instrumental e informativo são as mais próximas afetivamente. Os três grupos etários disseram estar satisfeitos com o número de pessoas na rede, e os idosos apresentaram escore mais alto de satisfação com a rede atual.

Os estudos de Resende, Cardoso, Caixeta e Braga (2004) sobre a configuração da rede social e a satisfação com ela por parte de 25 mulheres com mais de 50 anos, encontraram resultados semelhantes aos do estudo citado acima. A média de pessoas que compõe a rede dessas mulheres é 14. A grande maioria dessas pessoas é mais nova, do sexo feminino e faz parte de sua família. A maioria dessas 25 mulheres relata estar muito satisfeita com sua rede social atual.

Resende et al. (2006) investigaram as redes de relações sociais e satisfação com a vida de 90 pessoas (72,2% mulheres e 27,8% homens) com idades que variavam entre 25 a 85 anos. As autoras verificaram que o apoio emocional geralmente é fornecido por familiares (41, 46%) e por pessoas com idades semelhantes (60,67%). O apoio instrumental também é fornecido mais por familiares (56,93%), por pessoas com idades semelhantes (47,97%) e por pessoas mais jovens (34,05%). Com relação ao suporte informativo, 43,33% é fornecido por familiares e 56,62% por pessoas da mesma idade. Estes resultados demonstram que a maioria dos participantes recebe apoio emocional, instrumental e informativo de familiares e de pessoas da mesma idade. A maioria dos participantes relatou estar mais ou menos satisfeita (42,2%) e muito satisfeita (53,3%) com a rede de apoio atual.

Em um estudo sobre a estrutura das redes sociais e a presença de provedores de apoio social de 12 idosos com idades entre 65 e 75 anos, Erbolato (2004) identificou que as redes sociais desses idosos eram compostas por pessoas mais jovens, como os filhos, netos, genros e noras, familiares diretos (descendentes) ou indiretos (genros e noras), companheiro (a) e

amigos de mesmo sexo. Para essa autora, as redes sociais são eficazes na manutenção da qualidade de vida do idoso, pois favorecem oportunidades de comunicação prazerosa, autorrevelações íntimas, sentimentos de ser acolhido e apoio em situações críticas.

As pesquisas citadas acima sobre a configuração das redes sociais de apoio e a satisfação com elas, apesar de apresentarem variações em seus objetivos e amostras um pouco diversificadas quanto ao gênero, estado civil, escolaridade e outros, foram descritas porque refletem a situação de idosos não institucionalizados com relativo grau de autonomia e por fornecerem resultados semelhantes entre si quanto à composição das redes e satisfação com as mesmas. Os resultados dessas pesquisas sugerem que a maioria dos idosos pesquisados possui uma boa rede social de apoio e está satisfeita com ela, quebrando os mitos sobre a solidão na velhice, ou seja, os dados demonstram que os idosos não se isolam, continuam a manter uma rede social, embora mais restrita à família.

A pergunta que surge indaga se esses dados refletem a realidade dos idosos institucionalizados, uma vez que grande parte deles não tem contatos com familiares. Seus contatos ficam mais restritos aos demais internos da ILPS, pessoas com idades semelhantes e não com pessoas mais novas. Como ficaria a composição da rede social dos idosos institucionalizados, e qual sua função e satisfação com a mesma? Será que eles mantêm relacionamentos de longa data? Conquistou e manteve uma rede social de apoio ao longo dos anos? Ou não foi capaz de estabelecer relacionamentos duradouros e, por isso, está institucionalizado?

De acordo com Carneiro e Falcone (2004), a qualidade de vida do idoso está relacionada à sua capacidade de conquistar e manter as redes de apoio social e, para tal, o idoso necessita apresentar um repertório comportamental socialmente habilidoso.

Segundo Freitas (2006), são vários os estudos que demonstram a relevância das relações sociais para ajudar o idoso a lidar com as peculiaridades do processo de envelhecimento. A autora, fundamentada na literatura especializada sobre o assunto, define relações sociais como o amplo arranjo de fatores e interações sociais que influenciam nas trocas sociais entre as pessoas. As relações sociais envolvem as redes sociais, o apoio social e o senso de controle.

2.5 As habilidades comunicativas e as relações sociais dos idosos

Ao longo do ciclo vital, o indivíduo deverá aprender e desempenhar diversos papéis sociais que variam de acordo com o contexto, a cultura, o modo de vida, a idade, o grau de escolaridade, a classe social e com outros fatores. Na medida em que se envelhece, a sociedade pressiona para que desempenhe comportamentos aprovados socialmente na forma de papéis esperados e considerados adequados ao indivíduo idoso. Esta demanda exige habilidades sociais, mudanças no autoconceito, incorporação de novos papéis sociais e requer adaptações.

De acordo com Erbolato (2001), os relacionamentos sociais são as interações mantidas com os outros e que apresentam certa durabilidade e padrão. Essas interações determinam e são determinadas pelos papéis sociais exercidos naquele contexto. As interações abrangem os comportamentos verbais e os não-verbais, os sentimentos, a percepção de si e do outro, os diferentes graus de envolvimento emocional e vários intercâmbios.

As relações sociais funcionam como canais interpessoais, visto que, por meio delas, entra-se em contato com outras pessoas e, assim, desenvolvem-se e são mantidas as redes de apoio social, tão necessárias para a vivência de uma velhice com mais qualidade de vida.

A qualidade das interações sociais está relacionada ao senso de bem-estar dos indivíduos. Para Matos, Branco, Carvalhosa, Silva e Carvalhosa (2005), ser socialmente ativo tem uma função importante para o bem-estar subjetivo e a satisfação com a vida. De modo contrário, a ruptura das relações sociais conduz ao isolamento e a infelicidade. Portanto, a maioria dos problemas sociais decorre da quebra da comunicação, da interação e da cooperação entre as pessoas (Argyle, 1976).

Cientistas sociais vêm demonstrando, por várias décadas, que pessoas socialmente integradas vivem mais tempo e com melhor qualidade de vida. Os relacionamentos sociais mais próximos com amigos, familiares e parceiros atenuam a solidão e proporcionam mais bem-estar subjetivo (Souza & Hutz, 2008).

As relações sociais acontecem em função dos mais variados objetivos, como: transmitir informações e conhecimentos; solicitar mudanças de comportamentos, de crenças e atitudes; compartilhar estados emocionais; expressar agrado ou desagrado; obter favores ou produtos; manter conversação trivial; avaliar atividades e fazer críticas. Em qualquer um desses tipos de situação, a relação social decorre da interação de um indivíduo com o outro em um contexto sociocultural específico. A manutenção e a qualidade dessas relações vão

indicar o grau de competência social do indivíduo e de seu compromisso com a relação. Portanto, a ação recíproca entre os indivíduos, em seu ambiente sociocultural, forma a base da construção das relações sociais (Del Prette & Del Prette, 2002).

As relações sociais são fortemente influenciadas pela cultura que dita os padrões de comportamentos esperados e valorizados para cada etapa da vida e acontecem na forma de uma ação recíproca entre o comportamento do indivíduo e seu ambiente sociocultural. O indivíduo afeta seu ambiente, gerando consequências que, por sua vez, vão afetar o modo como ele irá interagir novamente.

Segundo Resende et al. (2006), os contatos sociais favorecem o engajamento social e é uma das formas de se conseguir uma velhice bem sucedida. Pessoas que apresentam uma boa rede social relatam estar mais satisfeitas com a vida e obtêm mais apoio social.

2.5.1 As habilidades sociais

Segundo Del Prette e Del Prette (2002), o interesse da psicologia pelo estudo das relações sociais é tão antigo quanto o desenvolvimento da própria psicologia. De acordo com estes autores, boa parte desses estudos está concentrada no âmbito da psicologia clínica e visa demonstrar que as dificuldades sociais estão relacionadas aos mais variados problemas psicológicos.

Os estudos sobre as relações sociais foram impulsionados por dois grandes movimentos dentro da psicologia, sendo eles: o treinamento assertivo, desenvolvido com mais destaque nos Estados Unidos e o treinamento das habilidades sociais, desenvolvido, principalmente, na Inglaterra (Del Prette & Del Prette, 2001).

De acordo com Caballo (2003), embora as pesquisas sobre as relações sociais tenham utilizado inicialmente diferentes termos e enfoques para designar a capacidade de um indivíduo interagir socialmente com os demais, nos Estados Unidos, utilizava-se o termo comportamento assertivo e, na Inglaterra, habilidades sociais. Porém, ao longo do tempo, o termo comportamento assertivo foi sendo substituído pelo termo habilidades sociais em função da maior abrangência deste último.

Segundo Rodrigues e Silva (2006), esta área, que começou a se constituir por volta da década de 30, foi se estruturando gradativamente, através da contribuição das abordagens comportamentais e de outras como: a sociocognitiva, a da aprendizagem social, a da

percepção social e do processamento de informação. A partir de então, estudos e pesquisas sobre comportamentos socialmente habilidosos têm crescido, objetivando tanto o conhecimento quanto a intervenção. No Brasil, essa área ainda não é tão difundida como na Europa e nos países da América do Norte.

São várias as definições de habilidades sociais encontradas na literatura, e não há muito consenso entre elas. Para Del Prette e Del Prette (2001), as habilidades sociais são definidas como “um constructo descritivo do conjunto de desempenhos apresentados pelo indivíduo diante das demandas de uma situação interpessoal” (p. 47).

Caballo (2003) elaborou uma definição mais abrangente de habilidades sociais que inclui os aspectos topográficos e funcionais delas. Para esse autor:

O comportamento socialmente hábil é esse conjunto de comportamentos emitidos por um indivíduo em um contexto interpessoal que expressa sentimentos, atitudes, desejos, opiniões ou direitos desse indivíduo de modo adequado à situação, respeitando esses comportamentos nos demais, e que provavelmente resolve os problemas imediatos da situação enquanto minimiza a probabilidade de futuros problemas (Caballo, 2003, p. 6).

Em uma perspectiva mais comportamental, Serpa (2007) afirma que as habilidades sociais são classes de comportamentos sociais adquiridas da interação com o ambiente, como qualquer outro comportamento.

Embora não sejam idênticas, essas definições apresentam aspectos comuns por abordar a capacidade do indivíduo de interagir com os demais, utilizando um conjunto de comportamentos sociais específicos.

Também é importante diferenciar habilidades sociais de competência social e de desempenho social, já que, normalmente, esses conceitos são considerados sinônimos. De acordo com Del Prette e Del Prette (2002), desempenho social refere-se à emissão de uma classe de comportamentos de um indivíduo em uma situação social. O desempenho social é a resposta do indivíduo diante de uma demanda social. As habilidades sociais envolvem classes de comportamentos sociais diversas para lidar, de maneira apropriada, nas diferentes situações interpessoais. O conceito de competência social é mais avaliativo e visa qualificar o desempenho social do indivíduo nas situações vivenciadas.

O desempenho social é a resposta do indivíduo frente a uma demanda social. Esse desempenho pode ser habilidoso ou não, ou seja, apresentado por meio de classes de comportamentos habilidosos socialmente para lidar com a situação, demonstrando, assim, um desempenho social competente ou competência social.

Para Caballo (2003), é impossível desenvolver uma definição consistente de competência social, uma vez que esse tipo de competência é totalmente relacionado ao contexto em que ocorre a interação. Ser ou não competente socialmente depende do contexto cultural determinado, pois os padrões de comunicação variam entre as culturas e dentro de uma mesma cultura, dependendo de fatores como idade, sexo, classe social, *status*, grau de educação e outros. Além disso, o grau de competência social de uma pessoa deve ser avaliado considerando o que ela quer conseguir na situação em que se encontra, pois um comportamento apropriado em uma situação poderá ser totalmente inapropriado em outra.

De acordo com esse autor, um comportamento para ser avaliado como socialmente hábil, deve-se considerar, além dos aspectos topográficos envolvidos em seu desempenho, os aspectos funcionais do mesmo. Tanto o conteúdo como as consequências dos comportamentos interpessoais devem ser considerados em qualquer definição de habilidades sociais.

A diferenciação desses termos permite compreender por que um indivíduo com um repertório de comportamentos socialmente habilidosos não os desempenha em determinadas situações sociais, demonstrando, nessas situações, ser pouco competente socialmente. Não basta ter um bom repertório de habilidades sociais se esse não for desempenhado em situações de interação social, seja pela dificuldade do indivíduo de avaliar o ambiente, seja pelo elevado nível de ansiedade que compromete o desempenho de suas habilidades e outros fatores.

Dificuldades de expressar comportamentos calorosos, inflexibilidade na adequação do jeito de agir nas situações, regras internas muito rígidas sobre as relações sociais, o temor de ser avaliado negativamente em uma interação social, a antecipação de consequências aversivas, os pensamentos negativos sobre si e/ou sobre o interlocutor e os obstáculos ambientais também interferem na expressão das habilidades sociais (Caballo, 2003).

2.5.2 Os sistemas de classificação das habilidades sociais

As classes de comportamentos socialmente habilidosos ou, simplesmente, habilidades sociais, como mencionadas na maioria dos estudos sobre o assunto, envolvem os componentes verbais e não-verbais da interação, os elementos contextuais, os elementos cognitivos de percepção e de processamento da informação, os elementos afetivos e outros (Falcone 2001; Del Prette & Del Prette, 2002; Caballo 2003).

Na emissão de um comportamento socialmente habilidoso, vários elementos estão envolvidos: o grau de conhecimento do indivíduo sobre a situação, seu nível cultural e educacional, seus sentimentos naquele momento, suas crenças, seu funcionamento fisiológico, as dimensões contextuais, o *status* do interlocutor, a presença de mais pessoas, os valores culturais e outros. Pessoas habilidosas socialmente são aquelas que equilibram a influência desses vários elementos e emitem respostas adequadas ao contexto, elevando os ganhos para si e minimizando as perdas (Del Prette & Del Prette, 2001, 2002; Caballo, 1996, 2003).

A pessoa habilidosa socialmente é capaz de articular a dimensão pessoal com as variáveis socioculturais, por meio de uma leitura adequada do ambiente social, identificação dos estímulos relevantes do ambiente e decodificação deles para, então, emitir um conjunto de comportamentos apropriados àquela situação.

Para Caballo (1996), as habilidades sociais podem ser divididas em categorias molares, ou seja, classes de respostas mais gerais como a defesa dos próprios direitos, o pedido de mudança de comportamentos e outras, e, em categorias moleculares que são os elementos componentes das categorias molares. Este autor identificou os seguintes componentes moleculares das habilidades sociais: o olhar, a expressão facial, os gestos, a postura, a orientação corporal, a distância social, o contato físico, o volume da voz, a entonação, a fluência da voz, o tempo e o conteúdo da fala.

Vários estudiosos das habilidades sociais como Caballo (1996; 1997; 2003), Del Prette e Del Prette (2001; 2002) e Falcone (1998; 2000; 2001) dividem as habilidades sociais em categorias mais amplas que comportam várias outras subcategorias mais simples como será descrito abaixo.

Falcone (2001), em uma análise da literatura sobre o assunto, identificou 15 categorias diferentes de habilidades sociais e agrupou-as em três grandes categorias: as habilidades empáticas, as assertivas e as de resolução de problemas. Neste modelo, algumas subcategorias de habilidades sociais estão inseridas em mais de uma das três categorias mais amplas.

As habilidades empáticas envolvem a capacidade do indivíduo de compreender os sentimentos e perspectivas de outra pessoa e expressar, de forma sensível e acurada, essa compreensão. Esta categoria engloba nove categorias de habilidades sociais, descritas a seguir: iniciar conversação; manter conversação; fazer pedido com conflito de interesses; recusar pedidos; responder a críticas; expressar opiniões pessoais; expressar afeição; fazer elogios e conversar com uma pessoa que está revelando problemas (Falcone, 2001).

As habilidades assertivas referem-se à capacidade da pessoa de defender seus direitos sem ferir os direitos da outra e de expressar seus sentimentos, pensamentos e crenças de

forma honesta, apropriada e direta. Estas envolvem 11 tipos de habilidades sociais: manter conversação; encerrar conversação; fazer pedido sem conflito de interesses; fazer pedido com conflito de interesses; recusar pedidos; expressar opiniões pessoais; expressar afeição; fazer elogios; receber elogios; defender os próprios direitos em situações nas quais são oferecidos serviços insatisfatórios e convidar alguém para um encontro (Falcone; 2001).

Por fim, Falcone (2001) definiu as habilidades de solução de problemas como um processo que favorece a obtenção de algo de forma mais efetiva. Em seu modelo de classificação de habilidades sociais, somente a habilidade social de pedido de mudança de comportamento está inserida nessa categoria.

Del Prette e Del Prette (2002) também propuseram um sistema de classificação das habilidades sociais, dividindo-as em classes e subclasses de habilidades sociais com diversos graus de complexidade. De acordo com estes autores, as classes mais complexas são compostas por diversas habilidades que podem ainda ser subdivididas em novas subclasses. Essas subclasses são agrupadas em função de seu conteúdo e de sua função na interação social, formando as classes mais amplas de habilidades sociais. Independentemente de sua complexidade ou especificidade, todas as habilidades sociais possuem os componentes não-verbais.

As classes mais complexas das habilidades sociais, segundo o sistema de classificação proposto por Del Prette e Del Prette (2002) são: 1) as habilidades sociais de comunicação; 2) as habilidades sociais de civilidade; 3) as habilidades sociais assertivas, direito e cidadania; 4) habilidades sociais empáticas; 5) as habilidades sociais de trabalho e 6) as habilidades sociais de expressão de sentimento positivo.

Segundo Del Prette e Del Prette (2002), as habilidades sociais de comunicação englobam: fazer e responder perguntas; pedir *feedback*; gratificar e elogiar; dar *feedback*; iniciar, manter e encerrar conversação. As habilidades sociais de civilidade envolvem: dizer, por favor; agradecer; apresentar-se, cumprimentar e despedir-se.

As habilidades sociais assertivas, direito e cidadania, são ainda mais amplas e englobam nove subclasses de habilidades, sendo elas: manifestar opinião, concordar, discordar; fazer, aceitar e recusar pedidos; desculpar-se e admitir falhas; interagir com autoridade; estabelecer relacionamento afetivo e/ou sexual; encerrar relacionamento; expressar raiva/desagrado e pedir mudança de comportamento; interagir com autoridades e lidar com críticas (Del Prette & Del Prette, 2002).

Ainda, segundo estes autores, as habilidades sociais empáticas envolvem: parafrasear; refletir sentimentos e expressar apoio. As habilidades sociais de trabalho são compostas por:

coordenar grupo; falar em público; resolver problemas, tomar decisões e mediar conflitos e as habilidades sociais educativas. Por fim, as habilidades sociais de expressão de sentimento positivo englobam: fazer amizade; expressar solidariedade e cultivar amor.

Somando-se todas as subclasses, Del Prette e Del Prette (2002) classificaram 29 habilidades sociais em seis classes mais amplas.

Caballo (2003) refere-se às habilidades sociais como classes de comportamentos que variam das mais simples às mais complexas e envolvem: o estabelecimento de relações sociais; fazer e receber elogios; fazer e recusar pedidos; expressar incômodo, desagrado e desgosto; enfrentar críticas; emitir procedimentos defensivos; emitir procedimentos de ataque; defender seus direitos; expressar opiniões pessoais e expressar amor, agrado e afeto.

A categoria de comportamentos de estabelecimento de relações sociais inclui a iniciação, a manutenção, o encerramento das conversações e as estratégias para a manutenção das conversas.

Para Falcone (2001), a divisão das habilidades sociais, em categorias mais globais, favorece a compreensão da função dessas habilidades no contexto das relações interpessoais. Embora didaticamente essas categorias mais amplas possam ser separadas, na prática, elas se complementam na obtenção de satisfação pessoal e de ganhos na qualidade das relações interpessoais.

2.5.3 As habilidades sociais e a rede social de apoio de idosos

Para Del Prette e Del Prette (2001), as habilidades sociais vão se desenvolvendo ao longo de todo o ciclo vital, de acordo com tarefas específicas de cada período etário, sendo a infância uma etapa de grande relevância para o início da aprendizagem das habilidades sociais. Nesta etapa, os pais e a escola apresentam uma importante função de aprendizagem por fornecer modelos de comportamentos socialmente habilidosos e reforçar o desempenho desses comportamentos da criança. Na adolescência, uma das principais tarefas de desenvolvimento interpessoal é a necessidade de relacionar amorosa e/ou sexualmente com outra pessoa, e, na vida adulta, novas habilidades sociais são requeridas, como realizar tarefas em grupos de trabalho, relacionar-se com cônjuge e filhos e outras.

De acordo com estes autores, na velhice, ocorre uma diminuição das capacidades sensoriais e da prontidão para a resposta, fazendo com que outras habilidades, como a de

estabelecer e manter contato social tenha um papel importante para compensação dessas perdas.

Existe uma tendência natural de a rede social de apoio dos idosos ficar cada vez mais diminuída, pois, entre outros motivos, é comum ocorrer a morte de familiares e amigos de longa data na velhice. O ideal é que a rede social de apoio dos idosos seja também composta por amigos mais novos. Neste sentido, as novas relações de amizade têm uma função importante nessa etapa da vida (Silva, Menezes, Santos, Carvalho & Barreiros, 2006).

Portanto, a convivência com outras pessoas e o cultivo de amizades entre idosos são essenciais para a qualidade de vida dos idosos, especialmente nas ILPS (Souza & Hutz, 2008).

De acordo com Silva et al. (2006), quando há incentivo da equipe multiprofissional, os idosos institucionalizados passam a construir amizade entre eles e a compartilhar suas alegrias, tristezas e queixas. Quando as amizades são desenvolvidas, os novos amigos são vistos como entes queridos, até mais do que sua própria família.

Para estas autoras, é essencial que se desenvolvam amizades no contexto das ILPS. Nesse caso, o grande desafio das equipes multiprofissionais que trabalham nessas instituições é estimular as relações de amizade entre os idosos, visto que, sem a estimulação das equipes na forma de programas que melhoram as habilidades sociais deles, raramente as amizades entre os idosos institucionalizados ocorrem de forma espontânea.

As conclusões destes estudos chamam a atenção por serem incompatíveis com os fatores que favorecem o desenvolvimento da amizade entre as pessoas. Fehr (1996), citado por Souza e Hutz (2008), desenvolveu o modelo abrangente sobre amizade entre adultos. De acordo com esse modelo, quatro conjuntos de fatores interferem no desenvolvimento das amizades, sendo eles: 1) os fatores ambientais que envolvem a proximidade residencial, o local onde a pessoa passa o dia, a densidade populacional e a comunicação na rede social; 2) os fatores situacionais que abrangem a probabilidade da interação e a frequência do contato; 3) os fatores individuais que incluem os critérios de inclusão e exclusão de amigos. Primeiramente, as pessoas selecionam quem não quer ter como amigo, utilizando os critérios de exclusão que envolvem: desagrado e as diferenças de idade, raça, escolaridade, aparência física e vestuário; posteriormente, avaliam os amigos em potencial, utilizando os critérios de inclusão como: aparência física, habilidade social, responsividade, similaridade; 4) os fatores diádicos como, o apreço mútuo no julgamento inicial de uma pessoa sobre a outra e a abertura para a revelação de assuntos particulares.

Com relação aos fatores ambientais, situacionais e, até mesmo, os individuais, o ambiente institucional favoreceria o desenvolvimento da amizade entre os idosos,

considerando que eles residem no mesmo ambiente e a frequência do contato entre eles é alta. Com relação aos fatores individuais, percebe-se que os idosos são mais ou menos semelhantes na idade, escolaridade, aparência física, sendo estes alguns dos critérios que favorecem a amizade. Porém, dados de pesquisa têm demonstrado que é pouco comum o desenvolvimento da amizade espontânea entre eles, sugerindo que outros fatores individuais e diádicos interferem negativamente no desenvolvimento da amizade entre os idosos institucionalizados. Aspectos como: baixa responsividade e poucas habilidades sociais, característicos dos critérios de inclusão para o desenvolvimento de amizades, bem como os fatores diádicos como, apreço mútuo no julgamento inicial do outro e autorrevelação parecem interferir desfavoravelmente para o estabelecimento de amizades entre os idosos. Sendo assim, um bom repertório de habilidades sociais parece ser essencial para o desenvolvimento de amizades.

Segundo Goldstein (1995), as rápidas mudanças sociais e tecnológicas da sociedade atual requerem novas habilidades e constantes adaptações do indivíduo para fazer frente a elas. Neste sentido, as habilidades sociais aliadas às habilidades de resolução de problemas funcionam como um recurso valioso para os comportamentos de enfrentamento, principalmente em idades mais avançadas.

Em uma pesquisa de Carneiro e Falcone (2004) sobre as dificuldades e facilidades de se comportar de forma socialmente habilidosa, realizada com 30 idosos (média de 72,5 anos), estudantes da Universidade Aberta da Terceira Idade da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, foi identificado que a maioria dos idosos apresentava dificuldade de se comportar de forma socialmente habilidosa nas situações que envolviam: fazer pedido em situações que apresentavam conflitos de interesses; fazer pedido de mudança de comportamento; recusar pedido; responder a críticas; convidar alguém para um encontro; conversar com uma pessoa que está revelando um problema; cobrar dívidas e lidar com pessoas de atitudes grosseiras. Por outro lado, a maioria dos idosos apresentou facilidade nas situações que envolviam: iniciar uma conversação; encerrar uma conversação; fazer pedido sem conflito de interesses; expressar afeto; fazer elogios e receber elogios.

De acordo com estas autoras, a maioria dos idosos da referida pesquisa apresentava uma variedade de habilidades sociais importantes para a aquisição e manutenção das redes de apoio social, porém, nas situações sociais que envolviam conflitos, os idosos não possuíam habilidades sociais adequadas para lidar com essas situações de forma satisfatória. As autoras afirmam que essas dificuldades podem trazer consequências prejudiciais para o idoso.

Em um estudo sobre a implantação de programas de promoção de competências pessoais e sociais de idosos institucionalizados em Lisboa, Portugal, os autores Matos et al.

(2005) verificaram que a implantação de programas que visam ao desenvolvimento da competência social dos idosos por meio do treinamento das habilidades comunicativas, identificação e solução de problemas, identificação e gestão de emoções e afirmação pessoal favorecem a melhoria das competências pessoais e do bem-estar dos idosos.

Para Matos (1997), as deficiências nas habilidades sociais favorecem o aparecimento de dificuldades nas relações interpessoais, tais como: aceitar críticas, pedir auxílio, estabelecer novas amizades, lidar com as provocações, resistir à pressão dos pares, dentre outras.

Apesar do reconhecimento da importância das habilidades sociais dos idosos para a conquista e manutenção da rede social de apoio, são poucos os estudos descritos na literatura científica brasileira que abordam essa questão (Carneiro & Falcone, 2004; Moser, 2005; Battini, Maciel & Finato, 2006; Bolsoni-Silva et al., 2006; Carneiro, 2006; Souza & Garcia, 2008).

Em uma meta-análise da produção acadêmica nacional sobre as habilidades sociais, disponíveis nos periódicos indexados de psicologia no período de 2002 a 2004, Bolsoni-Silva et al. (2006) encontraram 65 artigos que abordavam esta temática. Destes, 10 configuravam-se com estudos teóricos e 55 eram decorrentes de pesquisa empírica. Dos 65 artigos identificados e analisados, somente um abordava as habilidades sociais dos idosos, especificamente, o estudo de Carneiro e Falcone (2004) sobre as dificuldades e facilidades de se comportar, de forma socialmente habilidosa, de 30 idosos estudantes da Universidade Aberta da Terceira Idade da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, citado acima nesse capítulo.

Estes e outros dados confirmam a escassez de estudos brasileiros sobre as habilidades interpessoais ou sociais de idosos, principalmente de idosos institucionalizados, demonstrando a fraqueza dessa área de conhecimento.

Carneiro (2006) realizou um estudo sobre as habilidades sociais e qualidade de vida de idosos com as seguintes características: 30 idosos que frequentavam uma Universidade Aberta para Terceira Idade, 30 idosos de contextos familiares e 15 idosos que viviam em asilos. Esta autora verificou que os idosos que moravam em asilos, quando comparados com os demais idosos participantes da pesquisa, apresentavam pior qualidade de vida e menor repertório de habilidades sociais nos seguintes aspectos: enfrentamento e autoafirmação com risco potencial de reação indesejável por parte do interlocutor; autoafirmação na expressão de sentimentos positivos; conversação e desenvoltura social; autoexposição a desconhecidos e situações novas. A autora acredita que estes resultados podem ser explicados pelo alto grau de

isolamento social dos idosos institucionalizados e a escassa comunicação entre eles. Os grupos de idosos que frequentavam a Universidade Aberta para Terceira Idade e o grupo de idosos de contextos familiares apresentaram níveis mais elevados de habilidades sociais. Segundo esta autora, esses resultados sugerem que habilidades sociais e qualidade de vida parecem estar intimamente relacionadas.

Em uma variação do mesmo estudo citado acima, Carneiro, Falcone, Clark, Del Prette e Del Prette (2007) analisaram as relações entre as habilidades sociais, o apoio social, a qualidade de vida e os índices de depressão da amostra especificada no estudo do parágrafo anterior. O estudo verificou que os idosos que frequentavam a Universidade Aberta para a Terceira Idade e os idosos do contexto familiar apresentavam um repertório melhor de habilidades sociais e tinham melhor capacidade de se comunicar socialmente, quando comparados com o grupo de idosos institucionalizados, bem como obtinham mais apoio social, apresentavam melhor qualidade de vida e percentagens menores de idosos deprimidos. Estes dados apontam que as habilidades sociais podem ser um componente importante para a qualidade de vida e a saúde dos idosos.

Para avaliar a rede social de apoio e o tipo de apoio social recebido, os autores utilizaram uma escala de apoio social que avalia cinco dimensões de apoio social: 1) apoio material (provisão de recursos e ajuda material), 2) apoio afetivo (demonstrações físicas de amor e afeto), 3) apoio emocional (expressão de compreensão e sentimentos de confiança), 4) apoio de interação social positiva (disponibilidade de pessoas para se divertirem juntos) e 5) apoio de informação (obtenção de conselhos e orientações). O estudo verificou que os três grupos de participantes não apresentavam diferenças significativas em relação ao apoio material e de informação recebidos. Com relação aos apoios afetivo, emocional e de interação positiva, os idosos institucionalizados estavam mais deficitários quando comparados com os demais idosos participantes da pesquisa. Estes dados sugerem que as ILPS atendem às necessidades fisiológicas dos idosos, mas não investem no atendimento das necessidades socioculturais.

2.5.4 As habilidades sociais comunicativas

A comunicação é uma das formas de o homem interagir constantemente com o seu meio e engloba uma gama de fenômenos psicológicos e sociais que ocorrem entre as pessoas

e, internamente, em cada uma delas, nos mais variados contextos interpessoais, grupais, organizacionais e de massa. O processo comunicativo envolve o contexto em que ocorre a comunicação, a presença de interlocutores, a mensagem, os signos e os meios verbais e não-verbais pelos quais as mensagens são enviadas (Silva, 2003).

Assim, a comunicação é um processo de compartilhamento e compreensão de mensagens enviadas e recebidas por meio de comportamentos verbais e não-verbais. Os comportamentos verbais referem-se às palavras expressas pela fala ou escritas; os comportamentos não-verbais ocorrem na forma de gestos, posturas corporais, contatos físicos, silêncios, expressões faciais e outros. O conteúdo das mensagens e o modo como elas são trocadas também exercem influência no comportamento das pessoas envolvidas (Castro & Silva, 2001).

Segundo Mesquita (1997a), a produção da mensagem inicia em organizações interiores do indivíduo para atingir a sua exteriorização. Neste processo, a mensagem passa por uma série de operações cognitivas, afetivas, motoras e sociais. Portanto, a comunicação é um processo complexo que envolve o envio e o recebimento de mensagens na forma de palavras, símbolos, signos, gestos, expressões faciais, postura corporal e outros sinais não-verbais.

De acordo com essa autora, a comunicação tem uma função social relevante. Não tem como uma pessoa não se comunicar: todos os comportamentos em uma interação social têm valor de mensagem com sentido comunicativo.

Como foi ressaltado acima, a mensagem pode ser transmitida por distintos canais, como os canais de comunicação verbal e os de comunicação não-verbal. Para Silva (2003), a comunicação não-verbal tem um peso muito importante no processo comunicativo, pois esta forma de comunicação pode complementar, substituir e/ou contradizer a comunicação verbal, além de expressar sentimentos.

Estudos sobre comunicação não-verbal têm demonstrado que apenas 7% dos pensamentos e intenções são transmitidos pelas palavras, 38% são transmitidos pelos sinais paralinguísticos e 55% pelos sinais do corpo (Silva, 2003).

Silva (2003) classifica a comunicação não-verbal em: paralinguagem, cinésica, proxêmica e tacêsica. A paralinguagem envolve os sons utilizados no processo comunicativo que são produzidos pelo aparelho fonador, mas que não fazem parte do sistema sonoro da língua falada.

Segundo Richmond e Mc Croskey (2000), a paralinguagem está relacionada ao modo como as palavras são ditas e exerce um efeito muito importante no processo comunicativo

porque, na maioria das vezes, o entendimento de uma mensagem depende do modo como ela é dita.

De acordo com Silva (2003), cinésica é a linguagem do movimento do corpo, ou seja, a mensagem transmitida por meio de gestos, de expressões faciais, do olhar. Birdwhistell (1970) afirmou que alguns movimentos corporais se combinam em unidades expressivas que possuem a mesma função dos sons significativos.

Proxêmica refere-se ao conjunto de estudos sobre espaço pessoal e a territorialidade. Esses estudos abordam, dentre outros aspectos, a utilização do espaço pelo homem e a distância imaginária mantida entre ele e as outras pessoas durante a interação social. O tamanho dessa distância é influenciado por fatores culturais, sociais, pessoais, afetivos e contextuais (Silva, 2003).

Hall (1989) e Sommer (1973) estudaram profundamente a utilização do espaço ao redor de si que o homem faz. Os estudos de Hall (1989) concentraram-se nos diversos fatores que interferem na distância entre as pessoas. Este pesquisador identificou quatro tipos de distâncias que as pessoas mantêm entre si, sendo elas: 1) a distância íntima que vai do toque até mais ou menos 45 centímetros; 2) a distância pessoal envolvendo de 45 a 125 centímetros; 3) a distância social que vai de 125 a 360 centímetros e 4) a distância pública que abrange mais de 360 centímetros. Essas distâncias são influenciadas e influenciam o tipo de relacionamento entre as pessoas.

Sommer (1973) realizou um importante estudo sobre a influência da disposição dos móveis, objetos e estrutura física de uma enfermaria de um hospital canadense sobre o relacionamento entre as idosas institucionalizadas nesse hospital. Este autor verificou que a arquitetura deste ambiente e a forma como as cadeiras estavam dispostas na sala da enfermaria (enfileiradas e próximas à parede) pareciam aumentar a distância entre essas idosas e justificar a baixa interação entre elas.

Em seu estudo, Sommer (1973) modificou a disposição das cadeiras, colocando-as em círculos e dispôs algumas mesas com cadeiras em volta nas salas da enfermaria. Em cima das mesas, foram colocados vasos de flores artificiais e revistas. Como resultado, as idosas passaram a ter interesse pelas revistas e a interagir mais entre si, tanto por sentarem mais de frente umas das outras, como por falarem dos conteúdos das revistas lidas.

De acordo com Silva (2003), tacésica é o estudo do toque e de todas as características que envolvem o toque, como seu tipo, o local em que ocorreu, a pressão, o tipo de relacionamento entre as pessoas que se tocam e outros.

Portanto, a paralinguagem, a cinésica, a proxêmica e a tacésica são elementos importantes da comunicação não-verbal que funcionam como recursos valiosos na transmissão das mensagens verbais. Esses elementos devem ser considerados na análise de uma conversa.

2.5.5 A conversa

De acordo com Silva (2009a), a comunicação tem um papel fundamental nos relacionamentos interpessoais, e a conversa é um dos instrumentos mais poderosos da comunicação. As habilidades para conversar são fundamentais para iniciar, desenvolver e manter relacionamentos, principalmente os amorosos. De acordo com este autor, “a satisfação em um relacionamento é fortemente determinada pelo que as pessoas dizem ou deixam de dizer para a outra e sobre a outra” (p. 178).

Conversar é uma habilidade social comunicativa que faz parte de um processo maior de comunicação e envolve um conjunto de movimentos integrados que regulam, mantêm e calibram a relação entre as pessoas. Para conversar é necessário um engajamento recíproco entre essas pessoas (Zinn, Silva & Telles, 2003).

Como foi visto mais acima, neste capítulo, Del Prette e Del Prette (2002) consideram as habilidades de iniciar, manter e encerrar conversação como habilidades sociais de comunicação. Para estes autores, a conversação, além de se constituir como habilidade social específica, é necessária para o bom desempenho das demais habilidades sociais.

Trower, Bryant e Argyle (1978) utilizam as características da conversa como critério para distinguir as pessoas habilidosas socialmente das pessoas não habilidosas. De acordo com estes autores, as pessoas pouco habilidosas socialmente apresentam menor variabilidade dos temas da conversa, demonstram pouco interesse pelo outro e muito interesse por si mesmas, além de uma excessiva autorrevelação emocional.

Em um outro estudo, Argyle (1981) identificou alguns comportamentos que dificultam a manutenção da conversação, sendo eles: dificuldades para iniciar um novo assunto, responder somente ao que é perguntado; fornecer respostas pobres de conteúdo não-verbal, baixa capacidade de expressão e reciprocidade; fornecer informações pouco interessantes sobre si mesmo e dificuldades para iniciar e/ou terminar os encontros adequadamente.

Caballo (2003) também considera que a conversa tem uma função importante no desempenho das habilidades sociais. Este autor afirma: “a maioria da interação social vale-se da conversação, que consiste, normalmente, em uma mistura de solução de problemas e transmissão de informação, por um lado, e a manutenção das relações sociais e o desfrute da interação com os demais, por outro” (73).

Ao realizar uma revisão dos estudos que abordem as habilidades envolvidas em uma conversa, percebe-se que são poucos os estudos científicos voltados para os aspectos comportamentais do falante e do ouvinte em uma conversa. Mesmo assim, muitos deles foram desenvolvidos há mais de sete anos.

Em contrapartida, existem muitos estudos voltados para o desempenho linguístico da fala, envolvendo, principalmente, a análise dos recursos gramaticais e léxicos utilizados nos atos de fala, como os descritos nos trabalhos de Bachman (1990); Marcuschi (2005); Kerbrat-Orecchioni, (2006); Dias e Godoi (2007); Garcez (2008) e em outros.

Dentre os estudos encontrados que abordavam os comportamentos envolvidos na conversa enquanto uma habilidade social e comunicativa, os estudos de Falcone (1998, 2001, 2002); Maldonado e Garner (2001); Del Prette e Del Prette (2001, 2002); Caballo (1996, 1997, 2003) e Silva (2009a, 2009b, 2009c, 2009d, 2009e, 2009f, 2009g) são os mais abrangentes e, por isso, estão descritos no Quadro 1 abaixo.

Um aspecto comum entre esses estudos é que os autores dividem os comportamentos verbais envolvidos na conversa em: a) comportamentos emitidos no início da conversa, b) comportamentos para manter a conversa e c) comportamentos para encerrar a conversa, os quais serão representados no Quadro abaixo:

Quadro 1 – Comportamentos verbais envolvidos na conversa apontados pela literatura.

Comportamentos envolvidos na conversa	Falcone (2001)	Maldonado e Garner (2001)	Del Prette e Del Prette (2002)	Caballo (2003)	Silva (2009a, 2009b, 2009e, 2009f)
	<ul style="list-style-type: none"> – Apresentar-se; – Cumprimentar; – Fazer elogio ou observação sobre algum aspecto do interlocutor; – Comentar sobre a situação do momento; – Fazer pergunta casual; 	<ul style="list-style-type: none"> – Comentar sobre a situação, sobre a outra pessoa ou sobre si mesmo; – Fazer perguntas que estimulem a conversa. 	<ul style="list-style-type: none"> – Cumprimentar; – Apresentar-se; – Fazer perguntas abertas e fechadas; – Parafrasear; – Demonstrar senso de humor; – Pedir e expressar opinião; – Expressar sentimentos positivos; 	<ul style="list-style-type: none"> – Cumprimentar; – Apresentar-se; – Fazer pergunta ou um comentário sobre a situação; – Elogiar o comportamento, aparência ou algum outro atributo do interlocutor. 	<ul style="list-style-type: none"> – Fazer perguntas do ritual de cumprimento; – Estabelecer conversa contata; – Fornecer informações gratuitas; – Fazer perguntas que estimulem a conversa; – Fazer autorrevelações.

Continua

Continuação

Comportamentos envolvidos na conversa	Falcone (2001)	Maldonado e Garner (2001)	Del Prette e Del Prette (2002)	Caballo (2003)	Silva (2009a, 2009b, 2009e, 2009f)
Início da conversa	<ul style="list-style-type: none"> – Pedir permissão para juntar-se a outra pessoa ou convidá-la a fazer o mesmo; – Pedir ajuda, conselho, opinião ou informação; – Oferecer algo ou ajuda; – Compartilhar experiências, sentimentos e opiniões; – Falar algo 		<ul style="list-style-type: none"> – Fazer pedidos ou propostas; – Apresentar feedback positivo; – Elogiar; – Apresentar e reagir a informação livre; – Explorar conteúdos de autorrevelação. 		
Manter a conversa	<ul style="list-style-type: none"> – Fazer pergunta aberta e geral; – Acompanhar a resposta do interlocutor e fazer pergunta mais específica; – Fazer autorrevelações; – Resumir o que foi dito; – Durante as pausas, quando o assunto acabou, voltar ao tema anterior da conversa; – Iniciar outro assunto. 	<ul style="list-style-type: none"> – Identificar as informações extras (gratuitas) e iniciar um novo assunto com elas; – Fazer perguntas abertas; – Comentar algo do interlocutor (comportamento, aparência, roupa, sotaque); – Comentar detalhes de conversas anteriores; – Fornecer informações extras (gratuitas); – Fazer autorrevelação; – Fazer elogios sinceros. 	<p>O estudo consultado não apresenta os comportamentos específicos de manutenção da conversa. Os autores abordam os seguintes comportamentos como importantes para uma boa comunicação interpessoal:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Fazer e responder perguntas; – Gratificar e elogiar; – Pedir e dar feedback. 	<ul style="list-style-type: none"> – Fazer perguntas abertas, fechadas; – Fazer autorrevelações; – Fornecer informações livres (gratuitas); – Mudar o conteúdo ou o tema específico da conversa; – Discutir sentimentos, suposições e impressões mútuas; – Compartilhar informações; – Compartilhar pensamentos e opiniões; – Compartilhar atividades recentes e passadas; – Compartilhar fatos engraçados e/ou contar histórias divertidas; – Parafrasear; – Fazer afirmações relacionadas ao que foi dito; – Fazer afirmações sobre o que foi dito anteriormente; – Resgatar o tema da conversa durante uma pausa terminal; 	<ul style="list-style-type: none"> – Fazer perguntas; – Fornecer e aproveitar informações gratuitas; – Resumir o que foi dito; – Fazer autorrevelações; – Fornecer feedback; – Parafrasear o que foi dito; – Auxiliar o interlocutor nomear o que está sendo dito; – <i>Linkar</i> o que está sendo dito com mais informações, outros assuntos; – Ser polido nas colocações; – Fazer perguntas; – Introduzir um novo assunto; – Resgatar assunto anterior.

Continua

Continuação

Comportamentos envolvidos na conversa	Falcone (2001)	Maldonado e Garner (2001)	Del Prette e Del Prette (2002)	Caballo (2003)	Silva (2009a, 2009b, 2009e, 2009f)
				– Introduzir um novo tema de conversa durante uma pausa terminal.	
Encerrar a conversa	<ul style="list-style-type: none"> – Expressar intenção de finalizar o encontro; – Explicar os motivos da finalização do encontro; – Dizer que o encontro foi agradável e que gostou de ter encontrado o interlocutor; – Manifestar o desejo de encontrar o interlocutor novamente. 	<ul style="list-style-type: none"> – Sintetizar o assunto; – Combinar um outro contato com o interlocutor. 	<ul style="list-style-type: none"> – Emitir verbalizações típicas de final de conversa, por exemplo; “bem, então ficamos assim”. 	<ul style="list-style-type: none"> – Verbalizar o interesse de encerrar a conversa; – Agradecer e gratificar o contato com o interlocutor; – Manifestar o desejo de um novo contato com o interlocutor. 	<ul style="list-style-type: none"> – Apresentar os motivos para encerrar a conversa.

Observa-se um razoável grau de acordo nas descrições dos comportamentos verbais envolvidos na conversa. Alguns comportamentos são citados pelos cinco autores pesquisados, mas com diferentes nomenclaturas, enquanto outros são citados por alguns autores.

Analisando estes comportamentos verbais, percebem-se semelhanças topográficas e funcionais entre eles. Por exemplo, Caballo (2003) aponta os comportamentos de: 1) discutir sentimentos, suposições e impressões mútuas e 2) fazer autorrevelações como importantes para manter uma conversa. Ao discutir seus sentimentos, suposições e impressões, a pessoa está falando de si, de suas percepções e sentimentos, portanto, parece estar se autorrevelando.

Também é importante destacar que boa parte dos comportamentos citados como necessários para iniciar uma conversa são os mesmos para manter a conversa. Fazer perguntas, fornecer informações livres e se autorrevelar são exemplos dessa afirmação.

Em uma análise mais pormenorizada das habilidades envolvidas em uma conversa, descritas no quadro acima, Falcone (2001) afirma que, em cada uma delas, existem componentes cognitivos, componentes verbais e não-verbais que interagem entre si na expressão da habilidade. Além disso, para essas habilidades serem efetivas na conversação, elas devem estar adequadas ao contexto.

Del Prette e Del Prette (2002) sustentam os mesmos argumentos quando afirmam que o desempenho efetivo das habilidades comunicativas deve estar relacionado ao contexto, às características pessoais dos interlocutores, ao tipo de relação estabelecida entre eles e devem ser acompanhadas pelos comportamentos não-verbais correspondentes.

Silva (2009a; 2009b) realizou uma ampla análise dos estudos citados na literatura sobre o assunto para identificar as principais classes de comportamento envolvidas na conversa que favoreciam a relação entre os interlocutores, pois, de acordo com este autor, a conversa apresenta uma importante função nos relacionamentos interpessoais. Por meio da conversa, é possível transformar e aprofundar as relações ou manter a qualidade dos relacionamentos já estabelecidos.

Uma boa habilidade de conversação envolve um conjunto de comportamentos verbais e não-verbais específicos coerentes entre si. Embora a conversa englobe mais os comportamentos verbais, conforme os descritos no Quadro 1 acima, os não-verbais devem ampliar, complementar e reforçar o que está sendo dito e não contradizer (Silva, 2009a).

Para este autor, todo o processo da conversação deve acontecer em um clima de polidez que consiste em dizer as coisas de uma maneira gentil, apropriada e delicada, pois a satisfação em uma interação depende, também, do modo como ocorre a conversa e do conteúdo dela.

Os estudos sobre polidez foram desenvolvidos principalmente por Brown e Levinson (1987). Para esses autores, as estratégias de polidez são utilizadas em uma conversa para evitar conflitos entre os interlocutores, por meio da preservação do que esses autores denominaram de face positiva e face negativa. O conceito de face envolve a imagem positiva de si mesmo e inclui também o seu território pessoal. A face negativa envolve, de uma maneira mais ampla, a noção de território pessoal que inclui o território corporal, espacial, temporal, os bens materiais, o direito de não sofrer imposições e outros. A face positiva está relacionada ao conjunto de imagens positivas desenvolvidas sobre si mesmo e que as pessoas gostariam que os interlocutores construíssem sobre elas.

Em toda a interação, existe uma preocupação em não ameaçar a face negativa ou positiva dos interlocutores. Para isso, são utilizados vários recursos linguísticos e comportamentais que envolvem o padrão da entonação da voz, o uso de orações condicionais, as estratégias de atenuação, as estratégias que promovem o distanciamento entre o falante e seu enunciado, os modalizadores epistêmicos e outros (Oliveira, 2005).

Para Kerbrat-Orecchioni (2006), as estratégias de polidez dependem da gravidade dos atos ameaçadores da face, da distância social entre os interlocutores e da relação de poder

entre eles. Estudos posteriores demonstraram que os atos que valorizavam a face também deveriam ser utilizados em uma conversa, pois são formas de polidez. Esses atos são expressos na forma de elogios, agradecimentos e os votos de estima. Para esta autora, ser polido é produzir atos que valorizem a face e abrandar os atos que ameacem a face.

De acordo com Silva (2009a), a comunicação não-verbal apresenta uma função importante na conversa, devendo haver harmonia entre o que é comunicado verbalmente com o que é expresso de forma não-verbal. De acordo com seus estudos, os seguintes comportamentos não-verbais favorecem a conversa: os sinais de atenção e envolvimento e o ouvir de forma ativa. Os sinais de atenção e envolvimento englobam a orientação do corpo em direção ao interlocutor; a manutenção de distância apropriada entre eles; inclinar levemente o tronco em direção ao interlocutor quando eles estiverem sentados; evitar barreiras físicas e corporais entre eles; manter contato ocular e anuir frequentemente com a cabeça. O ouvir ativo envolve um conjunto de comportamentos não-verbais que indicam atenção e interesse.

Rodrigues (2005) realizou um amplo estudo sobre a habilidade de psicólogos ouvirem ativamente durante o atendimento psicológico. Esse estudo identificou um conjunto de comportamentos que sinalizavam a atenção e o interesse do psicólogo pelo o que o cliente estava dizendo. Foram levantadas 24 classes de comportamentos envolvidas no ouvir ativo. Destas, 16 eram comportamentos não-verbais e oito comportamentos verbais.

Para esta autora, o ouvir ativamente é uma “habilidade social que envolve a emissão de um conjunto de comportamentos verbais e não-verbais específicos que demonstram que o ouvinte encontra-se envolvido na interação e que está procurando entender o ponto de vista do interlocutor, oferecendo *feedback* de suas reações ao que está sendo dito e está procurando estimulá-lo” (Rodrigues, 2005, p.3).

Para Silva (2009a), a motivação dos interlocutores para conversar, o custo da conversa para os participantes e as variáveis contextuais são fatores que interferem na conversa. A motivação para a conversa está relacionada aos estados internos do indivíduo, ao tema da conversa, ao interlocutor, ao modo como participa na conversa e outros.

Enfim, as habilidades sociais parecem ser fundamentais para a conquista e manutenção da rede social de apoio dos idosos. Existe um amplo conjunto de habilidades sociais, descrito na literatura. Dentro desse conjunto, existem as habilidades comunicativas que envolvem a conversa.

A conversa foi eleita como foco de estudo na presente pesquisa por ser a mais abrangente das habilidades sociais e por ser ela a que mais favorece o desenvolvimento das relações interpessoais. Assim, acredita-se que a conversa é um elemento importante do

repertório de habilidades sociais capaz de favorecer o desenvolvimento de boas relações interpessoais que são necessárias para a conquista e a manutenção de uma rede social de apoio. O apoio fornecido pela rede favorece o enfrentamento das dificuldades da vida, principalmente na velhice, auxiliando o idoso a sentir-se mais fortalecido e seguro para lidar com as perdas e limitações típicas desta etapa da vida, melhorando consideravelmente seu bem-estar subjetivo e qualidade de vida e, possivelmente, amparando-o de uma possível institucionalização.

2.6 Objetivos do trabalho

2.6.1 Objetivo geral

Identificar, descrever e analisar as principais classes de comportamentos verbais e não-verbais, envolvidas na conversa de idosos institucionalizados e verificar se há correlação entre a manifestação desses comportamentos e o tamanho da rede social dos idosos e o tipo de apoio social recebido.

2.6.2 Objetivos específicos

- Identificar e descrever a estrutura da rede social de idosos institucionalizados;
- identificar os diferentes tipos de apoio social que estes idosos recebiam;
- quantificar os tipos de apoio social que os idosos institucionalizados recebiam;
- identificar, por meio da literatura científica sobre o assunto, algumas classes de comportamentos da conversa que favorecem o relacionamento interpessoal;
- elaborar um roteiro de observação sistemática com essas classes de comportamento;
- verificar a ocorrência dessas classes de comportamento por meio de observação sistemática de vídeos que contenham cenas da interação social dos idosos institucionalizados com a pesquisadora;

- levantar a ocorrência de novas classes de comportamento da conversa não relacionadas no roteiro de observação;
- definir essas classes de comportamentos da conversa;
- realizar teste de fidedignidade das observações das classes de comportamentos identificadas;
- analisar a frequência de ocorrência dessas classes de comportamento da conversa;
- analisar as funções dessas classes de comportamento de acordo com dados da literatura científica sobre o assunto;
- analisar a adequação dessas classes de comportamento para o estabelecimento de boas relações interpessoais, de acordo com o julgamento de juízes externos;
- identificar se existe relação entre a duração da conversa dos idosos com a pesquisadora e a avaliação dos juízes das habilidades comunicativas dos idosos;
- verificar se há relação entre a quantidade de pessoas na rede social com a avaliação das habilidades comunicativas dos idosos, segundo o julgamento dos juízes;
- identificar se existe relação entre a avaliação dos juízes das habilidades comunicativas dos idosos e o tipo de apoio social que eles recebiam.

3 METODOLOGIA

Este é um estudo descritivo e correlacional que teve como objetivo observar e descrever algumas classes de comportamentos verbais e não-verbais envolvidas na conversa de idosos institucionalizados. Foram analisadas as funções desses comportamentos de acordo com a literatura científica sobre o assunto, bem como sua adequação para o estabelecimento de relações interpessoais, segundo a avaliação de juízes, e, além disso, foi correlacionada a avaliação dos juízes com a ocorrência ou frequência desses comportamentos, com o tamanho da rede social do idoso e com a quantidade de apoio social recebido.

Para tanto, o presente estudo foi dividido em três etapas. Na primeira etapa, foi realizado um levantamento na literatura científica das principais classes de comportamentos envolvidas em situações de conversação. Esse levantamento permitiu a construção de um roteiro de observação que foi utilizado na segunda etapa da pesquisa.

Na segunda etapa, foi realizada a observação sistemática dos comportamentos dos idosos envolvidos em situações de conversa. Essa observação objetivou identificar comportamentos verbais e não-verbais da conversa dos idosos; avaliar sua ocorrência e identificar novos comportamentos não descritos no roteiro de observação. Posteriormente, esses comportamentos foram categorizados, definidos e analisados quanto às suas funções nos relacionamentos interpessoais. Para essa finalidade, foram adotados critérios, definidos de acordo com informações fornecidas pela literatura científica sobre o assunto e as avaliações de juízes externos.

Nesta etapa, também foram levantados dados sobre a estrutura e a composição da rede social dos idosos, bem como a percepção desses idosos do tipo de apoio social recebido. Para esta parte, foram utilizados instrumentos específicos, descritos abaixo no tópico de instrumentos deste capítulo. A aplicação desses instrumentos foi gravada em vídeo e uma dessas aplicações (do teste de interação real planejada) foi utilizada como fonte de observação dos comportamentos de conversa dos idosos.

Estas duas etapas da pesquisa constituíram a parte descritiva do estudo. De acordo com Santos (2007), as pesquisas descritivas procuram observar e registrar comportamentos para, então, analisá-los de um modo mais confiável e objetivo. Este tipo de pesquisa,

usualmente, é realizado na forma de levantamento e de observações sistemáticas do objeto de estudo escolhido.

Para Gressler (2003), a pesquisa descritiva identifica e descreve, de forma sistemática, fatos e características de uma determinada parcela da população ou área de interesse. Esta forma de pesquisar não pode ser utilizada para explicar as causas de um determinado evento, mas para “descrever fenômenos existentes, situações presentes e eventos, identificar problemas e justificar condições, comparar e avaliar o que os outros estão desenvolvendo em situações problemas similares, visando aclarar situações para futuros planos e decisões” (p. 54).

A observação sistemática é um método da pesquisa que avalia e codifica comportamentos de forma cuidadosa e sistemática. De acordo com Danna e Matos (1996), uma observação sistemática deve ser objetiva, planejada, com o objetivo bem delimitado e previamente definido para conduzir o processo.

O método de observação sistemática de situações naturais apresenta algumas desvantagens, como: 1) os comportamentos são identificados e registrados em sua forma natural sem qualquer possibilidade do pesquisador alterá-lo com a manipulação de variáveis. Este tipo de observação, portanto, não permite inferir relações de causalidade; 2) corre-se o risco da presença do observador ou da câmera de vídeo, gravadores de voz e outros instrumentos interferirem na livre expressão do fenômeno, tornando-o menos natural; 3) existe o risco de o observador ficar contaminado e prestar mais atenção aos fenômenos que atendam à sua hipótese, fenômeno também conhecido como de viés do observador (Del Prette & Del Prette, 2001; Caballo, 2003; Morris & Maisto, 2004).

Para esses inconvenientes, são utilizadas ferramentas que amenizem seu impacto, dentre elas: a utilização de gravações de vídeos com cenas a serem observadas. Os vídeos permitem a reprodução das cenas, tornando os registros mais confiáveis e permanentes. As cenas gravadas, em vídeo, servem como objeto de análise posterior e de avaliação de juízes externos. A observação sistemática funciona como uma ferramenta valiosa por fornecer novas ideias e teorias que podem ser estudadas com metodologias mais sofisticadas (Del Prette & Del Prette, 2001; Morris & Maisto, 2004).

Segundo Morris e Maisto (2004), o levantamento de dados, por meio de entrevistas, questionários e outros instrumentos compensam as deficiências da observação sistemática, por gerar informações complementares aos dados observados. Nas pesquisas de levantamento, dados importantes são obtidos por meio de vários instrumentos que devem ser cuidadosamente elaborados para fornecer informações interessantes e úteis.

Na terceira parte do estudo, foi feita uma pesquisa correlacional, visando identificar as possíveis relações entre a avaliação dos juízes da adequação das habilidades comunicativas dos idosos com a ocorrência ou frequência dos comportamentos envolvidos na conversa, com a rede social e com o tipo e a quantidade de apoio recebido.

Os estudos correlacionais são utilizados quando se querem identificar relações, mas a realização de um delineamento experimental de pesquisa se torna impossível ou demasiadamente difícil, seja por problemas éticos, seja pela impossibilidade de manipular as variáveis independentes ou de medir as variáveis dependentes, ou, ainda, em função de outros fatores. Um estudo correlacional não permite identificar uma relação de causa e efeito, mas permite examinar como as variáveis se relacionam naturalmente, sem qualquer tentativa de manipulação de variáveis por parte do experimentador (Gazzaniga & Heatherton, 2005). Embora os estudos correlacionais não indiquem as causas de um determinado fenômeno, a correlação permite identificar que dois conjuntos podem co-variarem sistematicamente, em uma mesma direção. Sendo assim, a partir de seus resultados, pode-se suspeitar que uma variável pode interferir na outra.

As desvantagens das pesquisas correlacionais envolvem a possibilidade de ser algum fator externo o responsável pela relação entre as duas variáveis estudadas. Apesar destas limitações, os estudos correlacionais fornecem informações importantes sobre como as variáveis se relacionam naturalmente, pois, “no mundo real, eventos realmente acontecem juntos, e, assim, compreender a relação entre eles nos permite prever um a partir do outro” (Gazzaniga & Heatherton, 2005 p. 68).

Conhecer as possibilidades e limitações de cada metodologia utilizada em um estudo, bem como, as de seus instrumentos de coleta e análise de dados, permite identificar a validade, a confiabilidade, as falhas e limitações do estudo, visto que, o domínio completo de todas as variáveis em uma pesquisa de campo é uma tarefa demasiadamente difícil.

3.1 Participantes:

Todo o processo da pesquisa ocorreu em conformidade com os princípios éticos estabelecidos na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, os quais dispõem sobre a autonomia do participante, garantindo-lhes, entre seus direitos, o consentimento livre e esclarecido, a privacidade, o sigilo das informações e outros. A coleta dos dados com os

participantes ocorreu somente após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (CEPH-IP) em 08/04/2010 com o número de protocolo 2009.077, com anuência da direção das ILPS para o desenvolvimento da pesquisa e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido de cada idoso participante (anexo A).

Participaram dessa pesquisa 30 idosos institucionalizados de três instituições (denominadas na presente pesquisa de A, B e C) localizadas no interior de Minas Gerais e próximas uma da outra num raio de 120 quilômetros, sendo oito idosos da instituição A, 13 da B e nove da instituição C. Desses idosos, 17 eram do sexo feminino e 13 do sexo masculino.

Como critério de participação na pesquisa, os idosos deveriam ter: (1) idade superior a 60 anos, conforme classificação cronológica para velhice da Organização Mundial da Saúde (OMS) para países em desenvolvimento, como o Brasil; (2) capacidade cognitiva suficiente para compreender os objetivos da pesquisa e seu modo de participação.

Quanto ao estado civil dos 30 idosos, 18 eram solteiros. Desses, dois tinham filhos. Oito idosos eram viúvos, sendo que, quatro deles tinham filhos e/ou enteados. Um idoso era casado e tinha enteados. Três idosos eram divorciados e tinham filhos. Assim 10 idosos (33,4%) possuíam filhos e/ou enteados.

A média de idade dos idosos era de 74 anos, com desvio padrão (dp) de 9,1 anos. Dos 30 idosos participantes, três eram analfabetos, 15 não completaram a 4ª série do ensino fundamental e 12 completaram somente a 4ª série. Com relação à fonte de renda, todos os idosos eram aposentados e/ou pensionistas e disponibilizavam até 90% de seus salários para as despesas da instituição.

A maioria dos idosos era católica (27 idosos), sendo dois evangélicos e um que disse não ter religião definida.

As profissões exercidas, anteriormente, pelos idosos estavam de acordo com suas escolaridades, sendo profissões que exigiam mais conhecimentos práticos do que teóricos, dentre elas: nove idosas eram empregadas domésticas, oito eram ajudante geral, quatro eram lavradores, seis idosos eram, respectivamente: garimpeiro, cabeleireiro, servente de pedreiro, porteiro, catador de lixo e costureira. Por sua vez, três idosas disseram que nunca exerceram profissão remunerada.

O tempo médio de institucionalização dos idosos era de seis anos e cinco meses (dp: 7,5 anos), variando entre um mês de institucionalização a 34 anos.

Segundo seus relatos, 16 idosos foram institucionalizados por um membro da família, seis por amigos, seis foram encaminhados pelo serviço de Assistência Social do Município ou

por Ordem Judicial e dois pelos seus ex-patrões. Os motivos da institucionalização apontados por eles, foram: seis idosos não tinham onde morar; 10 idosos já moravam sozinhos e não tinham mais condições físicas e/ou financeiras de continuar morando sozinhos e 14 idosos disseram que a família não queria cuidar deles.

Para a escolha dos participantes, inicialmente foram selecionados todos os idosos da instituição que não apresentavam comprometimento cognitivo. Foram indicados 10 idosos da instituição A, 13 idosos da B e 11 da C. As fontes utilizadas para inclusão e exclusão dos idosos para essa primeira seleção foram os prontuários médicos, as fichas institucionais e as informações fornecidas pelos profissionais de saúde (enfermeiros, fisioterapeutas e médicos) da instituição. Dentre aqueles que atenderem aos critérios, foram sorteados dez idosos de cada instituição. Esses idosos foram convidados para participar da pesquisa e esclarecidos sobre o objetivo dela e o modo de participação na pesquisa.

Também participaram desta pesquisa seis juízes externos que avaliaram a ocorrência das classes de comportamentos observadas e suas definições, bem como o quanto elas são adequadas para o estabelecimento de relações interpessoais. Os juízes eram seis alunos do 6º, 7º e 9º períodos do curso de psicologia de uma Universidade de Minas Gerais. Os alunos foram convidados para participar da pesquisa e esclarecidos sobre os objetivos a que ela se propõe, o modo de participação e o sigilo das informações. Os mesmos procedimentos éticos foram utilizados com esses alunos, que assinaram um termo de compromisso para a pesquisa (anexo B).

A pesquisa contou também com a participação de um pesquisador colaborador (um psicólogo). Sua participação consistiu na aplicação da escala de apoio social. A participação do pesquisador colaborador também foi condicionada à assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido que garante o sigilo das informações e outros aspectos (anexo C).

3.2 Instrumentos:

Para a realização do presente estudo foram utilizados os materiais e instrumentos descritos abaixo:

I – Bibliografias específicas que auxiliaram na identificação das classes de comportamentos envolvidas na conversação, na elaboração do roteiro inicial de observação sistemática e no teste de interação real planejada.

II – Conjunto de vídeos, contendo cenas das interações sociais dos idosos participantes da pesquisa com a pesquisadora durante o teste de interação real planejada: esses conjuntos de vídeos foram utilizados para observar os comportamentos de conversa dos idosos. Também foi utilizado um gravador digital de voz para garantir a qualidade do áudio, uma vez que a distância da câmera filmadora poderia comprometer a gravação da voz dos participantes.

IIa – Primeiro conjunto de vídeos contendo a interação de cada idoso com a pesquisadora no teste de interação real planejada. Ao todo, foram 30 testes com duração de cinco a 26 minutos, com tempo médio de 11 minutos e 26 segundos (dp: 4,57 minutos). No total, foram observados 343 minutos de vídeo.

IIb – Segundo conjunto de vídeos contendo 56 cenas curtas extraídas do teste de interação real planejada. Dentre essas cenas, 26 de poucos segundos foram utilizadas no treinamento dos juízes (apêndice A) e 30 cenas no teste da fidedignidade das observações e definições das classes de comportamentos (apêndice B). Essas 30 cenas eram um pouco maiores (em média um minuto e 44 segundos) e foram utilizadas também para avaliação dos juízes das habilidades comunicativas dos idosos e sua adequação para o estabelecimento de relações interpessoais.

Cada uma dessas cenas parecia conter, pelo menos, um dos comportamentos envolvidos na conversa identificados e foram copiadas em fita à parte, mantendo um pequeno intervalo de poucos segundos entre elas para facilitar a apresentação sucessiva das cenas para a avaliação dos juízes.

Na proposta inicial, seria realizada a observação sistemática de partes dos vídeos com a aplicação da entrevista, do diagrama de escolta e da escala de apoio social (esta última aplicada pelo pesquisador colaborador). Porém, após a aplicação destes instrumentos, percebeu-se que eram poucos os comportamentos da conversa dos idosos a serem observados durante a aplicação destes três instrumentos, visto que muitos idosos, quase que exclusivamente, respondiam ao que era perguntado.

III – Entrevista semiestruturada para obtenção de dados pessoais dos participantes (apêndice C). Os dados obtidos referem-se à idade dos participantes, à escolaridade, à situação

profissional atual e anterior, ao tempo de institucionalização, a problemas de saúde, à periodicidade das visitas recebidas, à presença de familiares vivos, a amizades, a ajudas recebidas e a outras. Esses dados foram utilizados para caracterizar a amostra. A entrevista foi o primeiro instrumento aplicado e antecedeu a aplicação do diagrama de escolta.

De acordo com Caballo (2003), a entrevista é um instrumento relevante para a obtenção de informações importantes do indivíduo. Funciona também como um encontro interpessoal que permite observar o entrevistado interagindo, sua postura corporal, utilização de gestos, contato visual, fluência verbal e o conteúdo da fala.

IV – Diagrama de escolta (anexo D): trata-se de uma medida de autoinforme que visou identificar os aspectos estruturais e funcionais da rede social. O instrumento foi desenvolvido originalmente por Kahn e Antonucci (1980) e foi adaptado para a população infantil e juvenil brasileira por Brito (1999), citado por Couto, Koller, Novo e Soares (2008) num estudo sobre a rede de apoio social de meninos e meninas que faziam uso de drogas e viviam nas ruas.

A versão brasileira foi readaptada por Couto et al. (2008) para investigar a rede social de idosos. Os resultados de seus estudos demonstraram que o diagrama de escolta é um instrumento de fácil aplicação e útil para a avaliação da estrutura e função da rede social de idosos. Trata-se de um instrumento de caráter lúdico que facilita a aplicação, o entendimento da tarefa e adesão dos participantes.

A representação gráfica do diagrama é composta por quatro círculos concêntricos e hierárquicos, feitos em um quadro de isopor coberto com feltro, medindo 80 cm por 80 cm, de cor que possibilita boa visualização. No círculo central, está representada a pessoa avaliada. Esse círculo está inserido numa estrutura maior com três outros círculos com divisões claras entre eles. Cada um dos círculos representa distintos graus de proximidade afetiva em relação ao indivíduo que se encontra em foco. Junto ao diagrama, foi apresentada uma série de bonecos de diferentes formas (feminina e masculina) e cores (rosa para a forma feminina e azul para a masculina). Esses bonecos foram fixados com alfinetes nos três círculos de acordo com o grau de importância e proximidade da pessoa avaliada.

A aplicação foi individual e teve duração média de, aproximadamente, 19 minutos (dp: 9,47 minutos). A aplicação de todo o instrumento ocorreu em duas etapas. Na primeira, explicou-se ao participante o tempo de duração da aplicação do diagrama e que, antes do início da tarefa, seriam feitas algumas perguntas sobre sua rotina (“Como é o seu dia a dia?” e “E o seu final de semana?”). Estes dados ajudaram a contextualizar as informações coletadas por meio do diagrama. Terminada esta fase, começou a aplicação do diagrama, pedindo-se ao

participante que pensasse nas pessoas que eram importantes em sua vida, mas com as quais mantinha diferentes níveis de proximidade. Em seguida, solicitou-se que os participantes pensassem nas pessoas próximas que seria difícil imaginar a vida sem elas e escolhessem bonecos para representá-las. Esses bonecos foram afixados no círculo mais interno do diagrama. O mesmo procedimento ocorreu no preenchimento do círculo intermediário, que foi descrito como “incluindo aquelas pessoas de quem você não se sente tão próximo, mas que ainda assim são muito importantes para você” (Couto et al., 2008, p. 498).

Para o preenchimento do círculo externo, pediu-se ao participante que pensasse nas pessoas que não foram mencionadas, mas de quem ele se sentia próximo, e que eram importantes o suficiente para serem colocadas na sua rede. Em uma folha separada, foram registrados o nome e o local onde foi afixado cada boneco nomeado pelo participante. Nesta etapa de aplicação do diagrama, foram obtidas informações sobre a estrutura da rede social dos participantes de uma forma lúdica que favoreceu suas adesões à tarefa proposta.

Na segunda etapa da aplicação, procuraram-se obter dados mais aprofundados sobre os aspectos estruturais e a composição da rede. Nessa etapa, foi feita uma série de perguntas sobre as pessoas relacionadas pelo participante no círculo interno de sua rede. As questões envolviam: nome das pessoas inseridas na rede, sexo, idade, círculo em que a pessoa foi inserida, tipo de relação com o participante (ex.: amigo, filho, cônjuge, irmão, neto, outros familiares, funcionário da instituição), tempo decorrido desde o início da relação, frequência do contato e distância entre a instituição que o participante reside e o local onde a pessoa citada reside. A frequência do contato foi avaliada de acordo com uma escala do tipo *likert* que incluiu os seguintes graus de variação: 1 – irregularmente; 2 – anualmente; 3 – mensalmente; 4 – semanalmente e 5 – diariamente ou vivem juntos. A escala foi apresentada verbalmente ao participante que escolheu a melhor opção.

A distância entre o local de residência (proximidade) foi avaliada em horas e/ou minutos de deslocamento de carro entre elas. Neste caso, o avaliador ajudou, calculando as horas ou minutos necessários para o deslocamento quando o participante não sabia responder.

Nessa etapa, também foram identificadas as características funcionais da rede de apoio por meio de seis tipos de relação de suporte recebidos e fornecidos pelo participante. As relações são: 1) confidenciar coisas importantes; 2) ser estimulado e/ou tranquilizado em momentos de incerteza; 3) ser respeitado; 4) ser cuidado em situação de doença; 5) conversar quando está triste, nervoso ou deprimido e 6) conversar sobre sua própria saúde. Para cada uma dessas questões, pediu ao participante que olhasse para o diagrama e apontasse aquelas pessoas de quem ele recebia o apoio e para quem ele fornecia. Essas informações foram

registradas em folha de aplicação. Esta parte é importante para a presente pesquisa por permitir a verificação de quem o idoso alega que dá o apoio social e de quem ele recebe. Os dados do diagrama de escolta foram analisados por meio de estatísticas descritivas.

Para identificar o tipo de apoio social recebido, foi utilizada a escala de apoio social do *Medical Outcomes Study* (MOS), adaptada para o Brasil no Estudo Pró-Saúde (Chor, Griep, Lopes & Faerstein 2001; Griep, Chor, Faerstein & Lopes, 2003; Griep, Chor, Faerstein, Werneck & Lopes, 2005) que será descrita abaixo.

V – Escala de apoio social (anexo E): A escala de apoio social é um instrumento de autoinforme que foi desenvolvido originalmente por Sherbourne e Stewart em 1991 para ser utilizado no *Medical Outcomes Study*, um estudo que abrangeu 2.987 adultos, com média de idade de 55 anos, usuários dos serviços de saúde em *Boston, Chicago e Los Angeles*, nos Estados Unidos. Esse instrumento apresentou qualidades psicométricas adequadas (Griep et al., 2005).

Os itens desta escala, em língua inglesa, foram submetidos a um rigoroso processo de tradução e adaptação para o português e avaliados em várias etapas, em um estudo longitudinal denominado de Estudo Pró-Saúde, com 4.030 funcionários técnico-administrativos de uma Universidade do Rio de Janeiro. Este estudo tinha como objetivo investigar o papel dos determinantes sociais nos padrões de comportamento de saúde e morbidade (Chor et al., 2001; Griep et al., 2003; Griep et al., 2005). A versão adaptada do instrumento apresentou, como a versão original, características psicométricas adequadas, tornando-se um instrumento de medida adaptado para o contexto brasileiro.

O questionário adaptado mantém-se, como a versão original, com 19 itens que avaliam cinco dimensões funcionais de apoio social, sendo eles: 1) material: composto por quatro perguntas sobre provisão de recursos práticos e ajuda material; 2) afetivo: composto por três perguntas sobre demonstrações físicas de afeto e amor; 3) emocional: composto por quatro perguntas que envolvem expressões de compreensão, afeto positivo e sentimentos de confiança; 4) interação social positiva: composto por quatro perguntas sobre a disponibilidade de pessoas para situações de divertimento e relaxamento e 5) informação: composto por quatro perguntas sobre a disponibilidade de pessoas para a obtenção de conselhos ou orientações. Para cada uma das perguntas, existe uma escala do tipo *likert* graduada da seguinte forma: 1 – nunca, 2 – raramente, 3 – às vezes, 4 – quase sempre e 5 – sempre (Chor et al., 2001; Griep et al., 2005).

Esse instrumento de medida foi utilizado em outros estudos como os de Costa-Couto, (2007) com portadores de HIV/AIDS e com uma amostra da população de idosos institucionalizados e não institucionalizados por Carneiro, Falcone, Clark, Del Prette e Del Prette (2007) que investigaram a qualidade de vida, apoio social, depressão e habilidades sociais entre idosos que frequentam ambientes de ensino, idosos residentes em asilos (ILPS) e idosos residentes em seus lares, não engajados em atividades sociais. O uso desse instrumento produziu resultados satisfatórios, demonstrando que a escala de apoio social adaptada no Estudo Pró-Saúde é adequada para obtenção de dados de apoio social de idosos.

De acordo com Caballo (2003), as medidas de autoinforme, como os inventários, questionários, testes, escalas e outros são as estratégias de avaliação mais utilizadas em pesquisas de habilidades sociais. Essas medidas permitem avaliar uma ampla amostra, com razoável economia de tempo e energia e exploram comportamentos de difícil observação direta. Para esse autor, as medidas de autoinforme, no âmbito das habilidades sociais, procuram obter uma amostra das respostas do indivíduo diante de um conjunto de temas previamente delimitados, referentes às situações interpessoais. Através desses instrumentos, o indivíduo escolhe uma alternativa entre outras, dispostas em uma escala. Seu desempenho é avaliado pela soma de suas respostas e comparado com um padrão normativo geral ou específico obtido de um grupo de referência.

Para Del Prette e Del Prette (2001), as vantagens das medidas de autoinforme, também conhecidas como medidas de autorrelato ou medidas de lápis-papel são: permitem uma aplicação padronizada reduzindo consideravelmente os vieses decorrentes da influência do avaliador; são adequadas para as pesquisas de levantamento e podem contemplar componentes comportamentais, cognitivos, afetivos e fisiológicos em suas manifestações molares e moleculares.

Estes autores recomendam que as medidas de autoinforme que não estiverem padronizadas para a cultura em que forem aplicadas devem ser utilizadas com reservas. Situação que não ocorre com o diagrama de escolta e com a escala de apoio social, acima descritas, já padronizadas para a cultura brasileira e, principalmente, para a população idosa.

Segundo Streiner e Norman (1989), a elaboração de instrumentos de medidas válidos e confiáveis que avaliam estados subjetivos não é uma tarefa fácil. Sendo assim, é recomendável, sempre que possível, a utilização de instrumentos previamente elaborados e testados. A utilização do diagrama de escolta e da escala de apoio social atendem a essa recomendação.

Embora as medidas de autoinforme sejam as mais utilizadas em pesquisas de habilidades sociais, esses instrumentos apresentam alguns inconvenientes, como: 1) tendência das pessoas optarem pelos pontos médios da escala; 2) influência da desejabilidade social; 3) discrepância entre o que uma pessoa pensa sobre seu comportamento e o seu comportamento real; 4) mudanças dos comportamentos e cognições de acordo com as variáveis situacionais; 5) os vieses decorrentes do autoconhecimento, seletividade da memória e da autopercepção; 6) baixa consciência dos componentes moleculares do desempenho; 7) respostas diferentes por pessoas diferentes a um mesmo estímulo-padrão (Caballo, 2003; Del Prette & Del Prette, 2001).

Apesar destes inconvenientes das medidas de autoinforme, elas fornecem dados válidos sobre as autopercepções dos participantes que são difíceis de avaliar por meio de uma observação direta. Além disso, o que as pessoas dizem são fontes importantes de informação sobre si mesmas, basta que as perguntas sejam adequadas (Caballo, 2003).

VI – Teste de interação real planejada: é um tipo de teste de desempenho de papéis que visa criar um encontro simulado, previamente estruturado como uma situação paralela ou similar a situações frequentes da vida real, embora essas situações de desempenho de papéis raramente ocorram na vida real (Caballo, 2003).

A partir do levantamento das classes de comportamento envolvidas na conversa que favorecem ao estabelecimento boas relações interpessoais, foi elaborado um roteiro com assuntos e comportamentos a serem emitidos pela pesquisadora no teste de interação real planejada (descrito no Quadro 2 do capítulo de resultados e discussão). Pretendeu-se que esses comportamentos e assuntos funcionassem como estímulos para os participantes emitirem determinadas respostas. O comportamento do participante foi gravado em vídeo, sem que ele soubesse que estava participando deste teste e que seu comportamento estava sendo gravado. Os objetivos deste instrumento foram esclarecidos depois que todos os participantes passaram pelo processo. As filmagens foram utilizadas após a permissão dos participantes.

A interação real planejada é uma variação modificada do teste de desempenho de papéis. No teste de interação real planejada, é criada uma situação estruturada na qual o participante é inserido sem saber que está participando dela. Normalmente, convida-se o participante para participar de uma entrevista e utiliza-se a desculpa de que ocorrerá um atraso para começá-la, pois, quem a fará, está atrasado. O pesquisador ou colaborador da pesquisa começa a interagir com o participante como se fosse uma situação natural, com a desculpa de

aguardar a chegada do entrevistador. De acordo com Caballo (2003), “a interação que acontece entre o sujeito e o colaborador é tomada como uma amostra do comportamento do sujeito em uma situação de conversação social” (p. 173).

Para Del Prette e Del Prette (2001), as situações de desempenho de papéis são utilizadas na avaliação das habilidades sociais e apresentam uma série de vantagens, como: a possibilidade de registro em vídeo, os custos operacionais menores, a flexibilidade na estruturação das situações e outros. Entretanto, o desempenho de papéis apresenta limitações importantes que devem ser consideradas, como: a estruturação das situações conta apenas com parte dos elementos de uma situação natural, a motivação do participante no desempenho de papéis pode ser diferente da motivação na situação natural e o desempenho do participante pode ser afetado por inúmeras variáveis.

Apesar destas limitações, a situação de desempenho de papéis é um tipo especial de observação de desempenhos em situações estruturadas, sendo amplamente utilizada em pesquisa de habilidades sociais por favorecer a observação do desempenho do indivíduo em situações semelhantes às do cotidiano.

VII – Roteiro de observação sistemática disposto em folha de registro do comportamento. Para os comportamentos não-verbais, foi utilizada a técnica de registro a intervalos de 30 segundos e, para os comportamentos verbais, a técnica de registro de evento por minuto.

O procedimento de registro de comportamentos a intervalos, permite a identificação da ocorrência e não ocorrência do comportamento naquele intervalo de tempo. Para tanto, foi utilizada uma folha de registro para cada comportamento a ser observado que dispunha de caselas para cada 30 segundos de observação.

De acordo com Fagundes (1999), o registro a intervalos permite verificar a ocorrência de um determinado comportamento por minuto, mas não permite identificar a frequência absoluta dele. A escolha da duração de cada intervalo é arbitrária. Nesta pesquisa, foi escolhido o intervalo de 30 segundos em função de haver classes de comportamentos molares que ocorriam em um período de tempo maior.

O procedimento de registro de evento por minuto envolve, inicialmente, a escolha prévia dos comportamentos a serem observados. Esses comportamentos devem ser definidos para então compor o roteiro de observação sistemática. Em cada minuto de observação, deverá ser registrado o número de vezes em que o comportamento ocorre. Este procedimento permite identificar a frequência absoluta do comportamento durante o tempo de observação (Fagundes, 1999).

VIII – Filmadora da marca Panasonic, modelo Palmcoder IQ – X 14, com suporte.

IX – Gravador digital de voz da marca Panasonic, modelo RR-VS550.

X – Fitas de vídeo.

3.3 Procedimentos:

A pesquisa foi desenvolvida em vários procedimentos em cada uma das três etapas, conforme descrito abaixo:

3.3.1 – Identificação das classes de comportamentos a serem observadas e definição das mesmas, elaboração do roteiro de observação sistemática e do roteiro para o teste de interação real planejada.

Inicialmente foi feita uma ampla revisão da literatura científica sobre o assunto. Isso para melhorar a compreensão do fenômeno estudado e identificar os comportamentos envolvidos nas situações de conversa. Esses comportamentos foram categorizados e definidos. Em seguida passaram a compor o primeiro roteiro de observação sistemática para ser utilizado na observação dos vídeos com as cenas do teste de interação real planejada.

Estas categorias também permitiram a construção do roteiro com os comportamentos e os assuntos abordados pela pesquisadora durante o teste de interação real planejada.

3.3.2 – Seleção da amostra e aspectos éticos.

Foram feitos contatos com as diretorias das ILPS para explicação dos objetivos da pesquisa, metodologia utilizada, modo de participação dos envolvidos, filmagem da aplicação

dos instrumentos, consentimento livre e esclarecido dos participantes, anonimato da identidade deles e outras informações.

Após as devidas explicações, principalmente sobre a filmagem das interações dos idosos, foi pedida autorização para a realização da pesquisa na instituição. Após o aceite, foi procedida a seleção dos idosos para participarem da pesquisa.

Foram avaliadas as fichas institucionais e médicas da instituição para identificar aqueles idosos que apresentavam capacidade cognitiva preservada para entender os objetivos da pesquisa, o modo de participação e fornecer o consentimento livre e esclarecido. Também é importante que os idosos tivessem uma boa capacidade auditiva e visual, pois alguns instrumentos necessitavam tanto da audição como da visão, como por exemplo, o diagrama de escolta. Neste processo, também foram utilizadas informações dos profissionais de saúde da instituição sobre a capacidade cognitiva dos idosos.

A partir desta primeira seleção, foi realizado um sorteio dos participantes de cada instituição. Os participantes foram convidados para participar da pesquisa. Durante o convite, foram explicados os objetivos da pesquisa, o modo de participação, a filmagem das aplicações dos instrumentos, a garantia do anonimato das identidades dos participantes, a presença do pesquisador colaborador e outros. Após o aceite, foi lido o termo de consentimento livre e esclarecido e solicitada a assinatura dos idosos, quando estes eram capazes de assinar, e a anuência e a impressão digital dos idosos que não eram capazes de assinar. Todos os idosos convidados aceitaram participar da pesquisa, exceto um da instituição C que aceitou participar da primeira etapa de aplicação da entrevista e do diagrama de escolta, mas declinou sua participação na segunda etapa do teste de interação real planejada e escala de apoio social.

Na instituição A, foram sorteados 10 idosos, e todos participaram do processo. Entretanto foram utilizados os dados de oito idosos somente, pois os dados de dois idosos foram descartados em função de a gravação do vídeo estar ruim.

Na instituição C, dos 11 idosos indicados, um não participou por estar na casa de familiares quando ocorreu a aplicação dos instrumentos; outro participou somente da primeira etapa da aplicação dos instrumentos e não quis participar da segunda. Seus dados foram descartados e destruídos. Por isso, participaram nove idosos da instituição C.

Foram sorteados 13 idosos da instituição B e todos aceitaram participar da pesquisa.

Cabe destacar que, neste momento inicial, os objetivos da pesquisa foram explicados de forma parcial, ou seja, foi explicado aos idosos que se tratava de uma pesquisa sobre a identificação da rede de familiares, pessoas amigas presentes nas suas vidas que os auxiliavam em suas dificuldades e compartilhavam momentos de alegrias e de tristezas

(identificação da estrutura e composição da rede social e o tipo de apoio recebido). Não foi revelado, nesse momento, que a pesquisa objetivava, também, identificar as classes de comportamento deles em situações de conversa, para que não fossem influenciados a apresentar comportamentos desejáveis que não refletem o modo natural como eles interagem.

Foi explicado aos idosos que ocorreria a filmagem da aplicação dos instrumentos para a pesquisadora poder ver as cenas mais vezes e certificar-se das respostas sobre a rede social de apoio.

Após a aplicação de todos os instrumentos, foram explicados os demais objetivos da pesquisa. Neste ínterim, foi solicitada uma nova autorização dos idosos para a utilização das filmagens. Todos os idosos forneceram uma nova autorização e permitiram a utilização delas.

É preferível utilizar este procedimento para não enviesar o fenômeno estudado, pois, se os idosos soubessem que seriam filmados para a pesquisadora observar o modo como eles conversavam, poderiam acontecer inibições, perda da espontaneidade ou apresentação de comportamentos desejáveis socialmente, diferentes de seu modo natural de interagir.

Também foi explicado que pequenas partes dessas filmagens seriam mostradas para seis alunos do curso de psicologia para verificar se eles também observariam o que a pesquisadora observou. Foi garantido aos idosos que os alunos manteriam sigilo sobre suas identidades por meio de documento escrito.

3.3.3 – Aplicação dos instrumentos.

Foi feita uma entrevista inicial com os idosos para obtenção de dados pessoais e, em seguida, a aplicação do diagrama de escolta. A aplicação ocorreu individualmente em uma sala com mesa e cadeiras. A câmera de filmagem foi colocada em um tripé e focalizou a interação do participante com a pesquisadora, com a aproximação ajustada para focalizar os comportamentos verbais e alguns comportamentos não-verbais dos participantes. A aplicação do diagrama de escolta ocorreu em conformidade com as especificações do instrumento, descritas no tópico de instrumentos deste capítulo.

Em cada instituição, estes dados foram obtidos em um intervalo dois dias, com uma média de cinco idosos por dia para não cansar a pesquisadora e comprometer a coleta de dados.

Em outro dia, foi realizado o teste de interação real planejada e a escala de apoio social. Para a aplicação do teste de interação real planejada, foi realizado um procedimento específico. A aparelhagem da filmagem foi montada na mesma sala onde foi aplicado o diagrama de escolta. A pesquisadora chamou o idoso participante e disse que o pesquisador colaborador, que iria aplicar a escala de apoio social, atrasaria alguns minutos e que o idoso deveria aguardá-lo na sala com a pesquisadora. Com o equipamento de filmagem e o gravador de voz ligados, a pesquisadora começou a conversar com o idoso, iniciando o teste de interação real planejada, sem que o participante soubesse que estava participando e que estava sendo filmado, dando a impressão de que se tratava de uma conversa informal.

Após esta etapa, o pesquisador colaborador foi chamado e começou a aplicação da escala de apoio social, conforme as especificações descritas no tópico de instrumentos deste capítulo.

A aplicação desses instrumentos também ocorreu num período de dois dias em cada instituição, com cinco idosos por dia.

Após a aplicação dos instrumentos, os idosos foram esclarecidos sobre todos os objetivos da pesquisa, da aplicação do teste de interação real planejada e solicitado o consentimento para a utilização dos vídeos, conforme explicação anterior, neste mesmo tópico. Após a autorização, agradeceu-se a participação e firmou-se o compromisso de a pesquisadora voltar com os resultados da pesquisa e explicar sobre os comportamentos da conversa que favorecem o desenvolvimento e a manutenção de bons relacionamentos interpessoais.

3.3.4 – Observação sistemática das classes de comportamento.

O primeiro roteiro de observação sistemática com 19 comportamentos apontados pela literatura (descrito no Quadro 3 do capítulo de resultados e discussão) foi utilizado para observar as cenas do teste de interação real planejada. Nesta primeira etapa de observação, os comportamentos dos idosos foram observados e registrados na maioria das vezes em que ocorria, sem a preocupação com o registro apurado de suas frequências, procedimento que seria realizado em um segundo momento.

Este tipo de procedimento é indicado para a etapa inicial de observação e codificação de um grande número de comportamentos ou quando os intervalos de observação são longos e ocorrem mudanças rápidas nos comportamentos relevantes (Fagundes, 1999)

Nesta observação inicial, foi possível perceber que a maioria dos comportamentos elencados no roteiro não ocorria ou se ocorria, sua frequência era muito baixa. Portanto, foi elaborado um segundo roteiro de observação sistemática composto por 26 comportamentos identificados nos vídeos (descrito no Quadro 4 do capítulo de resultados e discussão).

Para a observação e registro dos comportamentos, definiu-se que a maioria dos comportamentos não-verbais seria observada com a utilização da técnica de registro a intervalos de 30 segundos, e os comportamentos verbais e o não-verbal de ficar em silêncio após autorrevelação apresentada pelo interlocutor seriam observados e registrados com a técnica de registro de eventos por minuto.

De acordo com a técnica de registro a intervalos de 30 segundos, sempre que o comportamento ocorrer naquele intervalo, sua ocorrência é registrada na folha de observação. As não ocorrências do comportamento também são registradas. Mesmo que o comportamento ocorra mais de uma vez no intervalo de 30 segundos, ele é registrado apenas uma vez (Fagundes, 1999).

Com a utilização da técnica de registro de evento por minuto, cada comportamento é observado individualmente e sua frequência registrada em intervalos de um minuto, ou seja, todas as vezes que o comportamento observado acontece no intervalo em questão, ele deve ser registrado (Fagundes, 1999). Cabe ressaltar que o teste de interação real planejada de cada idoso foi observado na íntegra, independentemente, do tempo que o teste durou, se cinco minutos ou 26 minutos.

3.3.5 – Seleção das cenas para serem utilizadas no treinamento dos juízes, teste da fidedignidade das observações e das definições e avaliação da adequação dos comportamentos de conversa dos participantes.

Do conjunto de todas as cenas obtidas, foram selecionadas 26 cenas que retratavam com mais clareza os comportamentos observados. Este conjunto foi utilizado no treinamento dos juízes.

Também foram selecionadas 30 outras cenas, algumas em que ocorriam as categorias de comportamento observadas e outras em que não ocorriam. Foi utilizada uma cena de cada um dos 30 idosos. Essas cenas foram utilizadas para o teste da fidedignidade das observações e definições dos comportamentos e para a avaliação das habilidades comunicativas dos idosos e sua adequação para o estabelecimento de relações interpessoais. Cada uma das 26 categorias foi avaliada pelos juízes no mínimo três vezes.

3.3.6 – Seleção e treinamento dos juízes.

Foram convidados seis alunos do 6º, 7º e 9º períodos do curso de psicologia para participarem da pesquisa como juízes (avaliadores externos). Esses alunos foram convidados pela facilidade de acesso da pesquisadora a eles. Após treinamento prévio, eles testaram a fidedignidade das observações e definições das categorias de comportamentos envolvidas na conversa e sua adequação para o estabelecimento de relações interpessoais.

Na etapa de treinamento, os 26 comportamentos identificados e definidos foram mostrados (vídeo e definição) aos seis juízes para verificar se eles observavam a ocorrência do comportamento e se havia acordo entre eles quanto ao uso das definições para classificar os comportamentos que apareciam no vídeo. Se não houvesse acordo entre eles, as definições das categorias de comportamento deveriam ser aperfeiçoadas, e os juízes retreinados para utilizá-las, situação que não ocorreu durante o treinamento dos juízes.

Enquanto faziam a revisão das definições das categorias de comportamentos, os juízes estavam sendo treinados para observar as categorias de comportamentos envolvidas na conversa, próximo passo do procedimento.

3.3.7 – Teste da fidedignidade das observações.

Terminadas as etapas da revisão das definições e do treinamento dos juízes, em um outro dia, foi realizada a etapa de avaliação da fidedignidade das observações e adequação dos comportamentos para o estabelecimento de relações interpessoais. Os juízes receberam uma

tabela com os comportamentos definidos e observaram 30 cenas para avaliar se os comportamentos descritos ocorriam em cada uma delas.

As observações ocorreram individualmente, durante um período de tempo de duas horas e trinta minutos, aproximadamente. Para cada cena, havia quatro categorias de comportamentos a serem observadas. Destas, algumas ocorriam na cena, e as restantes estavam descritas no roteiro, mas não ocorreriam na cena. As cenas foram previamente selecionadas após minuciosa análise da pesquisadora e do pesquisador colaborador para verificar a ocorrência das classes de comportamento a serem observadas pelos juízes.

Os juízes observaram duas categorias de comportamento por vez. Passa-se a cena uma vez, e os juízes observaram se as duas categorias de comportamentos ocorriam. Em seguida, a mesma cena era exibida para verificar a ocorrência das outras duas categorias de comportamentos e, assim por diante, até esgotar as categorias que constavam no roteiro. Além deste critério, era dito aos juízes que eles poderiam ver as cenas até três vezes para cada duas categorias de comportamentos a serem observadas, para que eles pudessem certificar se realmente identificaram ou não as categorias propostas para a observação. Os juízes pediram para rever sete cenas e, ainda assim, por uma vez a mais, somente. Em seguida, os juízes receberam uma folha com três questões para avaliar as habilidades comunicativas do idoso apresentado na cena e sua adequação para o estabelecimento de relações interpessoais.

Cada categoria de comportamento foi avaliada no mínimo três vezes pelos seis juízes, considerando tanto sua ocorrência quanto sua não ocorrência, ou seja, o comportamento estava descrito e definido no roteiro, mas não ocorria na cena, e os juízes deveriam assinalar que aquele comportamento não ocorria. Assim, para cada categoria de comportamento houve, no mínimo, 18 avaliações.

Com esses dados, foi calculado o índice de concordância, também conhecido como índice de fidedignidade, para cada definição de comportamento. Esse índice é obtido dividindo-se o número de concordâncias entre os juízes pela soma entre concordâncias e discordâncias e multiplicando por 100. A ocorrência e a definição de uma categoria são consideradas fidedignas, quando a porcentagem do acordo for igual ou superior a 70%; quanto maior a porcentagem do índice de concordância, mais fidedignas serão a observação e a definição do fenômeno observado (Fagundes, 1999).

De acordo com Fagundes (1999), o cálculo de concordância para os comportamentos permite avaliar quais categorias de comportamento estão apresentando mais dificuldades para o observador, seja por serem pouco frequentes, por ter sido mal definidas ou ainda porque o comportamento é pouco conspícuo.

Os índices de concordância permitem afirmar que as categorias de comportamento observadas e as suas respectivas definições são confiáveis e que o pesquisador foi suficientemente treinado, pois os comportamentos identificados por ele nas etapas anteriores e selecionados nas cenas no teste de fidedignidade também foram observados por, pelo menos, 70% dos observadores (Rodrigues, 2005).

3.3.8 – Avaliação dos juízes da adequação dos comportamentos para o estabelecimento de relações interpessoais.

Durante o teste da fidedignidade das observações foi utilizada, pelo menos, uma cena de cada um dos 30 idosos. Após os juízes terem avaliado a fidedignidade dos comportamentos daquela cena, eles receberam uma folha com três questões para avaliar as habilidades comunicativas dos idosos e sua adequação para o estabelecimento de relações interpessoais. As questões pediam para os juízes avaliarem: 1) as habilidades do idoso para conversar; 2) as habilidades dos idosos para desenvolver relações interpessoais e, 3) se o juiz estivesse conversando com aquele idoso observado, como ele avaliaria interação (apêndice D).

Para cada uma destas questões, havia uma escala do tipo *likert* com os seguintes escores para avaliação da adequação dos comportamentos dos idosos:

1	Ótima
2	Boa
3	Razoável
4	Ruim
5	Péssima

Os dados obtidos, nesta etapa, permitiram avaliar a adequação dos comportamentos dos participantes para o desenvolvimento de conversas e para estabelecimento de relações interpessoais, segundo a avaliação de juízes, e forneceram dados para a análise correlacional entre essas habilidades dos idosos com a estrutura de suas redes sociais e com os tipos de apoio recebidos.

Optou-se por não treinar os juízes previamente sobre os tipos de comportamentos que são adequados ou pouco adequados para o estabelecimento de relações interpessoais, por considerar que o treinamento favoreceria o desenvolvimento de um olhar mais especializado, bem diferente da avaliação que as pessoas, em geral (que não passaram por esse treinamento), fazem da adequação ou inadequação desses comportamentos para o desenvolvimento de relações interpessoais.

3.3.9 – Análises estatísticas dos dados.

Os resultados coletados foram analisados quantitativamente, utilizando-se dos recursos da estatística descritiva (representados em gráficos, tabelas e quadros). Foram aplicados testes para verificar se há correlação entre os escores fornecidos pelos juízes com a ocorrência ou frequência dos comportamentos envolvidos na conversa, com o tamanho da rede social (número de pessoas) e com o tipo de apoio social recebido (material, afetivo, emocional, interação social positiva e informação). Para tanto, foi utilizada a correlação de *Pearson* do programa *Microsoft Office Excel 2007* e outros tipos de análises estatísticas, como a Análise de Variância (*One-Way ANOVA* com pós-teste de *Bonferroni*) do programa *GraphPad Prism 5.0*.

Algumas falas dos participantes foram utilizadas para caracterizar as categorias de comportamentos, bem como permitir uma breve análise qualitativa dos dados.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados apresentados, neste capítulo, foram obtidos nas diversas etapas da pesquisa, desde a parte inicial de identificação na literatura científica dos comportamentos envolvidos na conversa (para compor o roteiro de observação sistemática e fundamentar a elaboração do teste de interação real planejada) até as análises utilizadas para verificar se há relação entre aspectos da rede social dos idosos, o apoio recebido e seus comportamentos verbais e não-verbais.

Conforme foi mencionado no capítulo sobre as habilidades comunicativas e as relações sociais dos idosos, são poucos os estudos que descrevem de maneira clara e objetiva os comportamentos envolvidos na conversa, principalmente, no contexto brasileiro. Dentre esses poucos estudos localizados, os de Falcone (1998, 2001, 2002); Maldonado e Garner (2001); Del Prette e Del Prette (2001, 2002); Caballo (1996, 1997, 2003) e Silva (2009a, 2009b, 2009c, 2009d, 2009e, 2009f, 2009g) foram utilizados para a elaboração do primeiro roteiro de observação sistemática e para o teste de interação real planejada. Esses estudos foram selecionados devido ao bom grau de detalhamento com que descrevem os comportamentos envolvidos na conversa.

De maneira geral, esses estudos descrevem 114 comportamentos envolvidos na conversa. Destes, 71 são comportamentos verbais (descritos no Quadro 1 do capítulo sobre as habilidades comunicativas e as relações sociais dos idosos) e 43 não-verbais. Verificou-se também que muitos dos comportamentos descritos, nestes estudos, são citados por mais de um autor consultado, muitos com nomenclaturas diferentes, mas com a mesma função na conversa. Por exemplo, o comportamento de fazer perguntas é citado pelos cinco autores pesquisados tanto para iniciar uma conversa como para manter a mesma (Falcone, 2001; Maldonado & Garner, 2001; Del Prette & Del Prette, 2002; Caballo, 2003; Silva, 2009a, 2009b).

Embora a conversa envolva muitos comportamentos verbais, como fazer perguntas, comentários, propor assuntos e outros, os comportamentos não-verbais também são frequentes. Esses comportamentos podem deixar a conversa mais dinâmica, como quando o falante marca sua fala com gestos e expressões faciais compatíveis ou quando demonstra interesse pelo o que o interlocutor está dizendo, por meio de vocalizações e movimentos de

cabeça e outros. Portanto, os comportamentos não-verbais têm funções importantes em uma conversa.

A grande maioria dos autores citados acima classifica os diferentes modos de comunicação em duas grandes categorias: os comportamentos verbais e os não-verbais. A comunicação verbal refere-se à utilização de formas discursivas, faladas ou escritas, nas quais mensagens, ideias ou estados emocionais são expressos, e a comunicação não-verbal envolve a utilização de formas não discursivas, efetuadas por meio dos sinais paralinguísticos, corporais, espaços interpessoais e pistas temporais.

Knapp e Hall (1999), dois grandes estudiosos da comunicação humana afirmam que os comportamentos verbais e os não-verbais são interligados, por isso a identificação de categorias precisas e organizadas dos comportamentos verbais e não-verbais é uma tarefa complexa, visto que existem vários comportamentos que se enquadram nessas duas classificações.

Boa parte do significado social de qualquer interação corresponde às palavras ditas, o restante depende dos sinais do corpo. Portanto, os comportamentos não-verbais são essenciais nos processos comunicativos, pois eles podem complementar, substituir ou contradizer os comportamentos verbais, bem como é uma forma relevante de demonstrar sentimentos (Silva, 2003).

Após a identificação dos comportamentos envolvidos na conversa e descritos pela literatura científica, foram elaboradas as perguntas e comentários do teste de interação real planejada. A aplicação deste teste foi filmada, e as gravações utilizadas na observação sistemática dos comportamentos verbais e não-verbais apresentados pelos idosos enquanto conversavam “informalmente” com a pesquisadora. A interação aconteceu entre o idoso e a pesquisadora (XX) enquanto aguardavam a chegada do pesquisador colaborador (XYX) (pretexto criado para possibilitar essa conversa). A pesquisadora funcionou como uma ouvinte ativa que demonstrava atenção e interesse pela fala do idoso por meio de comportamentos não-verbais, como: fitar a face do idoso, orientar sua face e tórax em direção ao idoso, projetar e inclinar o tórax em direção ao idoso, sorrir, assentir, vocalizar em momentos apropriados, bem como emitiu verbalizações para estimular o idoso a conversar (conforme roteiro descrito no Quadro 2 abaixo), por isso, após cada verbalização, a pesquisadora aguardava a fala do idoso.

Quadro 2 – Estrutura básica do teste de interação real planejada.

Teste de interação real planejada	
Pesquisadora	Oi, lembra-se de mim? Sou a XX que está realizando um estudo aqui na instituição. Como o senhor(a) está passando? (Apresentação e cumprimento).
Idoso	
Pesquisadora	O XYX, que está me ajudando no estudo e vai conversar com o senhor(a) sobre seus amigos, vai atrasar alguns minutos. Vou ficar aqui com o senhor(a) fazendo companhia até ele chegar. Tudo bem? (Justificando o contato e pergunta de final fechado).
Idoso	
Pesquisadora	Os dias estão muito quentes! Desse jeito está difícil suportar tanto calor! (Conversa contato).
Idoso	
Pesquisadora	E o senhor (a) como está passando com esse calor? (Pergunta de final aberto).
Idoso	
Pesquisadora	Ultimamente tenho trabalhado bastante, tenho ficado muito cansada e nervosa. Com o calor, parece que piora o cansaço, e aumenta a irritação. Há dias que fico nervosa e acabo perdendo a paciência com meu marido. (Autorrevelação).
Idoso	
Pesquisadora	(Em momento adequado) E a senhor(a) gosta de receber visitas aqui na instituição? (Pergunta para mudar de assunto).
Idoso	
Pesquisadora	Como estávamos dizendo, esse calor deixa a gente mais nervosa e irritada, não é? (Pergunta para retomar assunto anterior).
Idoso	
Pesquisadora	Bem! Acho que vou ligar para o XYX para saber se ele ainda vai demorar. (Interesse de encerrar a conversa). (P. realmente liga para XYX e avisa ao idoso que XYX já chegou na instituição).
Idoso	
Pesquisadora	Parece que o XYX já chegou, vou deixar vocês sozinhos para não atrapalhar a conversa. Foi bom ficar aqui conversando com o senhor(a)! Sua conversa é agradável! Quando eu voltar aqui na instituição gostaria de conversar com o senhor(a) novamente! (Motivo de encerramento da conversa, gratificação por ela, elogio e desejo de uma nova conversa).
Idoso	

Cabe ressaltar que alguns dos tópicos descritos acima, no roteiro, foram modificados de acordo com as variáveis ambientais presentes no momento do teste. Por exemplo, se naqueles dias a temperatura e/ou a umidade relativa do ar estivessem baixas era perguntado ao idoso como ele estava passando com o tempo mais frio ou com os dias abafados. Outras perguntas e comentários também foram feitos de acordo com o assunto proposto pelo idoso

ou com o assunto que ele demonstrou mais interesse em conversar. Apesar destas alterações, com todos os idosos a pesquisadora emitiu os seguintes comportamentos: cumprimento, conversa contato, perguntas de final aberto e fechado, autorrevelação, elogio e pergunta para mudança de assunto.

O objetivo desta interação era desenvolver uma conversa “informal” com o idoso, sem tempo determinado para encerrar. A conversa seria finalizada quando o idoso manifestasse sinais de desinteresse, enfado ou de querer finalizar a conversa (somente dois idosos sinalizaram que queriam encerrar a conversa, por meio de reclamação da mesma) ou ainda quando a pesquisadora emitisse todos os comportamentos propostos no teste. Durante este contato, a pesquisadora emitiu alguns comportamentos não-verbais e verbais para verificar como os idosos reagiam a eles, se aproveitavam ou não para iniciar um assunto, para manter o assunto proposto, se demonstravam interesse pelo que estava sendo dito e se aprofundavam o assunto.

Esta proposta de interação parece ter estimulado alguns idosos a conversar, pois o tempo médio do teste de interação real planejada foi de 11 minutos e 26 segundos, com desvio padrão (dp) de 4 minutos e 57 segundos. A duração do teste de interação real planejada, medida em minutos, de cada idoso participante está descrita na Tabela 1 abaixo. Para melhor compreensão dos dados e resguardar a identidade dos participantes, os idosos serão identificados por números, de um a 30.

Tabela 1 – Duração do teste de interação real planejada, em minutos, de cada um dos 30 idosos.

Idosos/ Duração teste	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Tempo interação	17	20	10	16	6	9	10	8	10	26	11	12	7	13	11
Idosos/Duração teste	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Tempo interação	8	15	16	12	7	18	6	12	10	8	5	13	9	8	10

Ao longo da conversa, foi possível perceber que sete idosos (1, 2, 4, 10, 17, 18 e 21) dominaram o turno da fala pelo menos uma vez durante a interação com a pesquisadora, ou seja, permaneceram mais de cinco minutos corridos falando sobre um só assunto sem ceder o turno da fala para a pesquisadora. A conversa com estes idosos durou em média 18 minutos e 28 segundos.

De modo contrário, nove idosos (5, 8, 13, 16, 20, 22, 25, 26 e 29) davam mais respostas breves ou faziam comentários curtos. A média de duração da conversa com estes idosos foi de sete minutos. Os demais idosos (14) apresentaram, em média, mais respostas e comentários amplos, sem, no entanto, dominar o turno da fala. A duração média da conversa com estes idosos foi de 10 minutos e 51 segundos.

A duração média do teste de interação real planejada parece ter sido influenciada por outras variáveis, além do tamanho das respostas e comentários dos idosos (amplos ou mais curtos). Por exemplo, a baixa frequência de alguns comportamentos não-verbais de interesse por parte do idoso, seu reduzido interesse pela conversa, manifestado na falta de perguntas e comentários sobre o que estava sendo dito também parecem ter interferido na duração da conversa no teste de interação real planejada, situação que será melhor descrita e discutida abaixo, neste capítulo.

4.1 Comportamentos envolvidos na conversa, citados na literatura científica consultada e observados empiricamente

4.1.1 Primeiro roteiro de observação sistemática: comportamentos envolvidos na conversa apontados pela literatura científica

Os comportamentos mais citados na literatura pesquisada foram selecionados para compor o catálogo dos comportamentos a serem observados, inicialmente, nos vídeos que continham os testes de interação real planejada realizados com os 30 idosos.

Quadro 3 – Roteiro de observação sistemática com os comportamentos verbais e não-verbais envolvidos na conversa citados na literatura pesquisada.

Comportamentos verbais	Comportamentos verbais	Comportamentos não-verbais
1) Apresentar	8) Resumir	1) Fitar a face do interlocutor
2) Cumprimentar	9) Parafrasear	2) Sorrir

Continua

Continuação

Comportamentos verbais	Comportamentos verbais	Comportamentos não-verbais
3) Fazer perguntas	10) Iniciar um novo assunto	3) Demonstrar expressões faciais compatíveis com o que está sendo expresso pelo interlocutor
4) Estabelecer conversa contato	11) Retomar um assunto anterior	4) Assentir com a cabeça
5) Fazer autorrevelações	12) Verbalizar interesse em encerrar a conversa	5) Projetar e inclinar levemente a cabeça e tórax em direção ao interlocutor
6) Fornecer informações gratuitas	13) Explicar os motivos para a finalização da conversa	
7) Fazer elogios	14) Expressar o desejo de uma nova conversa	

Este catálogo, com os 14 comportamentos verbais e cinco não-verbais, foi utilizado na primeira observação dos comportamentos dos idosos nos vídeos, contendo os testes de interação real planejada.

Por meio desta observação, foi possível constatar que os seguintes comportamentos não ocorriam ou tinham um baixo nível de ocorrência por parte dos idosos: estabelecer conversa contato, fazer elogios, resumir, parafrasear, iniciar um novo assunto, retomar um assunto anterior, verbalizar interesse em encerrar a conversa, explicar os motivos para finalização da conversa e expressar o desejo de uma nova conversa.

Algumas hipóteses foram levantadas para tentar explicar a não ocorrência ou a baixa frequência desses comportamentos elencados no primeiro catálogo. Com relação ao comportamento de apresentar que não foi emitido pelos idosos, verifica-se que, por ser o terceiro encontro da pesquisadora com os idosos, a apresentação já havia acontecido em encontros anteriores, principalmente, no primeiro encontro, quando a pesquisadora convidou os idosos para participarem da pesquisa.

O comportamento de apresentar-se é importante no início de uma interação, quando os interlocutores não se conhecem, pois a apresentação configura-se como uma estratégia para abordar uma pessoa e iniciar o contato com ela (Del Prette & Del Prette, 2002). Conforme foi relatado acima, esta situação já havia acontecido entre a pesquisadora e o idoso no primeiro encontro.

O cumprimento também foi outro comportamento pouco apresentado pelos idosos. A pesquisadora iniciava a conversa cumprimentando os idosos (“Oi, lembra-se de mim? Sou a XX que está realizando um estudo aqui na instituição. Como o senhor(a) está passando?”), diante destas perguntas, a maioria dos idosos respondia ao cumprimento, falando sobre si e sua saúde, mas não fazia a mesma pergunta sobre a pesquisadora, ou seja, não perguntava como ela estava passando. Apenas três idosos responderam ao cumprimento, perguntando também como a pesquisadora estava passando. Para Silva (2009b), o cumprimento faz parte de um ritual que, geralmente, é usado no início de uma conversa e envolve perguntas sobre a pessoa e/ou seu estado geral.

O comportamento de estabelecer conversa contato não foi apresentado pelos idosos e sim pela pesquisadora. Embora a pesquisadora tenha tentado fazer do teste de interação real planejada uma conversa informal, a direção de alguns tópicos da conversa, principalmente, no início da mesma, foi dada por ela. De acordo com Silva (2009a), a conversa contato é um tipo de “conversa leve, não comprometedor e relativamente impessoal, a qual as pessoas desenvolvem assim que se encontram” (p180).

Ainda de acordo com Silva (2009a, 2009b, 2009f), os assuntos abordados em uma conversa contato podem envolver o que é percebido no ambiente presente ou o que aconteceu poucos momentos antes, aspectos e histórias em comum entre os interlocutores, os fatos e coisas leves e divertidas. Portanto, a conversa contato parece englobar comentários sobre o ambiente e as pessoas envolvidas na conversa. No teste de interação real planejada, a pesquisadora estabeleceu conversa contato sobre a temperatura (“Os dias estão muito quentes! Desse jeito está difícil suportar tanto calor!”), como estratégia para iniciar a conversa.

Maldonado e Garner (2001) afirmam que esse comentário inicial, em uma conversa, deve abordar aspectos do ambiente e não aspectos do interlocutor ou de si mesmo, pois comentar sobre o ambiente funciona como um território neutro que provoca menos ansiedade.

Percebeu-se, durante a interação dos idosos com a pesquisadora, que eles aproveitaram a conversa contato apresentada por ela para fazer comentários e iniciar um assunto, principalmente sobre suas doenças, como será verificado mais abaixo neste capítulo.

O comportamento de fazer autorrevelação não foi destacado como uma categoria distinta, pois boa parte da conversa da pesquisadora com os idosos consistiu em um momento para eles falarem de si, de suas vivências atuais e antigas, de seus sentimentos e opiniões, portanto, de fazer autorrevelações. A autorrevelação foi assunto constante da conversa dos idosos, mesmo quando eles emitiam pequenos comentários, ainda assim falavam sobre eles mesmos. Assuntos relativos às suas doença e tratamentos, acontecimentos pessoais na

instituição, trocas com os familiares, amigos e demais internos foram os assuntos mais abordados pelos idosos.

É importante ressaltar que a autorrevelação é uma classe de comportamentos que ajuda no aprofundamento das relações, no desenvolvimento e na manutenção dos vínculos afetivos (Silva, 2009a), apresentando, portanto, uma função importante na conversa, por isso, durante o teste de interação real planejada a pesquisadora emitiu comportamentos de autorrevelação (“Ultimamente tenho trabalhado bastante, tenho ficado muito cansada e nervosa. Com o calor, parece que piora o cansaço, e aumenta a irritação. Há dias em que fico nervosa e acabo perdendo a paciência com meu marido”) para verificar se o idoso demonstrava interesse pelos assuntos pessoais da pesquisadora, o que ocorreu com baixa frequência, como será visto mais abaixo neste capítulo.

O comportamento de fazer elogio foi apresentado pela pesquisadora com todos os idosos. Quando o assunto permitia, era comum a pesquisadora elogiar alguns aspectos do idoso, de sua aparência ou de seu comportamento e, no final da conversa, a pesquisadora além de agradecer, elogiava a conversa (“O XYX já chegou, vou deixar vocês sozinhos para não atrapalhar a conversa. Foi bom ficar aqui conversando com o senhor(a)! Sua conversa é agradável!”) situação em que muitos idosos sorriam e/ou agradeciam o elogio.

De outro modo, apenas um idoso elogiou a pesquisadora, após perguntar sobre o estudo dela, este idoso disse que a pesquisadora era habilidosa e tinha “jeito de doutora”. Em função da baixa ocorrência do comportamento de elogiar, este não foi categorizado para compor o roteiro de observação sistemática, apesar de sua evidente importância na conversa.

Para Maldonado e Garner (2001) e Del Prette e Del Prette (2002), as pessoas gostam de serem apreciadas pelo que fazem e dizem. Quando percebem que estão sendo valorizadas de uma forma sincera, elas tendem a aprofundar o assunto e o relacionamento, mas, quando o elogio é percebido como artificial ou que objetiva a manipulação e a bajulação, esse elogio é mal avaliado e pode comprometer a relação entre os interlocutores.

Outros comportamentos que tiveram baixa ocorrência por parte dos idosos foram parafrasear e resumir. Somente um idoso parafraseou uma autorrevelação da pesquisadora, embora esse tipo de comportamento tivesse sido bastante utilizado por ela para demonstrar interesse e compreensão pelo que foi dito pelos idosos e estimulá-los a continuar falando. Parafrasear e resumir são comportamentos que apresentam funções bem parecidas, pois são modos de demonstrar interesse pelo que está sendo dito, de possibilitar ao falante corrigir o que foi expresso e outras (Rodrigues, 2005; Silva, 2009b).

Os comportamentos de iniciar um novo assunto e retomar um assunto anterior foram apresentados por alguns idosos, pois, normalmente, os assuntos da conversa eram iniciados quando a pesquisadora perguntava como os idosos estavam passando (“E o senhor (a) como está passando com esse calor?”). A partir desta pergunta, muitos idosos começavam a falar de si, principalmente de suas doenças e formas de tratamento, sendo este assunto abordado por 27 dos 30 idosos participantes.

Falar sobre doença, muitas vezes, na forma de reclamação, foi o assunto que os idosos demonstraram mais interesse em conversar, como se verá mais abaixo neste capítulo.

Outro assunto comum na conversa foi falar sobre os parentes, amigos e acontecimentos da instituição. Este era iniciado quando a pesquisadora perguntava sobre as visitas que os idosos recebiam (“E a senhor(a) gosta de receber visitas aqui na instituição?”), 21 dos 30 idosos também falaram sobre este assunto.

Outro comportamento que aconteceu com baixa frequência foi o idoso introduzir um novo assunto ou mudar seu tema durante uma pausa mais prolongada da conversa. Foram poucos os idosos que propuseram um novo assunto. A maioria ficava falando sobre seus problemas de saúde, formas de tratamento, situações vivenciadas com familiares, amigos e demais internos, quase sempre em decorrência das perguntas feitas pela pesquisadora. Os assuntos que os idosos iniciavam eram relativos às suas histórias de vida passada. Embora esses comportamentos quase não tenham ocorrido, introduzir um novo assunto e/ou mudar seu tema em momentos adequados são importantes para a manutenção da conversa, de acordo com autores pesquisados (Falcone, 2001; Maldonado & Garner, 2001; Caballo, 2003; Silva, 2009b, 2009f).

De acordo com Caballo (2003), mudar o conteúdo ou o tema de uma conversa durante uma pausa é uma forma de manter o intercâmbio agradável entre os interlocutores. A relação entre os vários temas de uma conversa, normalmente, acontece porque um assunto lembra o outro, ou como afirma Silva (2009b, 2009f) um assunto serve de *link* para outro.

Os comportamentos de verbalizar interesse em encerrar a conversa, explicar os motivos para finalização da conversa e expressar o desejo de uma nova conversa foram apresentados pela pesquisadora. Somente dois idosos (13 e 15), manifestaram interesse de encerrar a conversa e, ainda assim, reclamando da conversa, com frases do tipo: - “Já terminou?” (referindo-se à conversa) e, - “Oh dona! A senhora fica nesta “perguntação” com outras pessoas também?” A maioria dos idosos agradecia no momento do encerramento da conversa.

Os comportamentos envolvidos no encerramento de uma conversa englobam, de maneira geral, a expressão da intenção da finalização do encontro (Falcone, 2001; Del Prette & Del Prette, 2002; Caballo, 2003) e a explicação dos motivos de finalização do encontro (Falcone, 2001; Silva, 2009b).

Alguns autores ainda acrescentam os comportamentos que envolvem agradecer o contato (Falcone, 2001; Caballo, 2003) e marcar um novo contato (Falcone, 2001; Maldonado & Garner, 2001; Caballo, 2003) como importantes para que a conversa seja encerrada de uma forma agradável e que o interlocutor sinta-se validado.

Percebe-se que muitos comportamentos importantes para uma boa conversa não foram apresentados pelos idosos ou foram apresentados com frequência muito baixa e, ainda assim, por poucos idosos. Estes dados sugerem que: 1) talvez os idosos apresentassem poucas habilidades comunicativas; 2) talvez a pesquisadora tenha funcionado, principalmente, como uma ouvinte ativa que facilitou para que os idosos falassem mais sobre si mesmos (assunto mais comentado durante o teste); 3) talvez as perguntas e comentários da pesquisadora tenham induzido os idosos a falarem de si e de suas doenças; 4) talvez os idosos tenham permanecido mais passivos na conversa, deixando a condução da mesma para a pesquisadora, situação que pode ser parcialmente explicada por ser o terceiro encontro da pesquisadora com o idoso. No segundo encontro, ocorreram as aplicações da entrevista e do diagrama de escolta, instrumentos que exigiram uma postura mais diretiva da pesquisadora na formulação de perguntas (embora tanto durante a entrevista como no diagrama de escolta o idoso fosse estimulado a fazer comentários sobre o assunto em questão); 5) talvez os idosos tivessem poucas oportunidades para falar sobre si mesmos e aproveitaram a oportunidade; 6) talvez esses assuntos sejam os preferidos dos idosos ou demonstrem que as situações de doenças e tratamentos são as que mais os afetam neste momento e neste ambiente. Estas e outras possíveis causas destas formas de os idosos se comportarem são hipóteses levantadas para tentar explicar as baixas incidências de alguns comportamentos importantes na conversa.

Considerando-se esses resultados, o roteiro de observação sistemática proposto inicialmente foi modificado com a inserção dos comportamentos dos idosos que ocorriam mais frequentemente durante a interação com a pesquisadora.

4.1.2 Segundo roteiro de observação sistemática: constituído pelos comportamentos observados durante a conversa com os idosos

A partir destas observações empíricas, foi elaborado o segundo roteiro de observação sistemática, contendo 26 comportamentos, sendo oito comportamentos não-verbais e 18 verbais, apresentados no Quadro 4 abaixo.

Quadro 4 – Segundo roteiro de observação sistemática com os comportamentos verbais e não-verbais envolvidos na conversa observados nos vídeos com o teste de interação real planejada de 30 idosos.

Comportamentos verbais	Comportamentos verbais	Comportamentos não-verbais
1) Fazer pequenos comentários sobre o que foi apresentado	10) Falar sobre parentes e/ou amigos	1) Orientar a face e o tórax em direção ao interlocutor
2) Fazer comentário amplo sobre o que foi apresentado	11) Reclamar	2) Fitar diretamente a face do interlocutor
3) Fornecer informações gratuitas	12) Fazer perguntas sobre autorrevelação apresentada pelo interlocutor	3) Projetar e inclinar levemente o tórax frontalmente em direção ao interlocutor
4) Dominar o turno da fala	13) Repetir as palavras-chave de autorrevelação apresentada pelo interlocutor	4) Assentir com a cabeça
5) Fazer perguntas de esclarecimento	14) Fazer pequeno comentário sobre autorrevelação apresentada pelo interlocutor	5) Emitir vocalizações
6) Fazer perguntas relativas ao próprio assunto	15) Fazer comentário amplo sobre autorrevelação apresentada pelo interlocutor	6) Sorrir
7) Falar sobre doenças e/ou tratamentos	16) Falar de si após autorrevelação apresentada pelo interlocutor	7) Marcar a própria fala com gestos de cabeça, tronco, braços e mãos
8) Falar do passado	17) Dar conselhos após autorrevelação apresentada pelo interlocutor	8) Ficar em silêncio após autorrevelação apresentada pelo interlocutor
9) Falar sobre os acontecimentos na instituição	18) Falar de outro assunto após autorrevelação do interlocutor	

Essa segunda etapa de observação sistemática ocorreu de forma lenta e gradativa. Em média, a cada minuto de gravação, gastaram-se 11 minutos de observação para executar o procedimento de identificar cada comportamento, registrá-lo, voltar a fita e certificar-se de sua ocorrência.

Para a composição do segundo roteiro de observação sistemática, procuraram-se abranger os comportamentos mais comuns apresentados pelos idosos, tanto os verbais como os não-verbais.

O segundo e último roteiro de observação sistemática foi utilizado para observar as frequências dos comportamentos dos 30 idosos durante o teste de interação real planejada.

Os comportamentos não-verbais (exceto o comportamento de ficar em silêncio após autorrevelação apresentada pelo interlocutor) foram observados através da utilização da técnica de observação em intervalos de 30 segundos. Esta técnica foi adotada porque a maioria destes comportamentos ocorreu em quase todo o tempo da interação, ficando difícil registrar sua frequência absoluta.

Os comportamentos verbais e o não-verbal de ficar em silêncio após autorrevelação apresentada pelo interlocutor foram registrados com a técnica de registro de eventos por minuto.

Esses 26 comportamentos identificados foram definidos conforme catálogo de comportamentos abaixo:

Quadro 5 – Catálogo de comportamentos envolvidos na conversa com definições.

Comportamentos observados	Definições dos comportamentos observados
1 - Orientar a face e o tórax em direção ao interlocutor	Orientar a face e a parte frontal do tórax em direção ao interlocutor
2 - Fitar diretamente a face do interlocutor	Dirigir o olhar diretamente para o interlocutor e não para outro ponto do ambiente (Silva, 2002)
3 - Projetar e inclinar levemente o tórax frontalmente em direção ao interlocutor	Projetar e inclinar levemente o tórax em direção ao interlocutor, formando um ângulo menor que 90 graus entre o tórax e as coxas
4 - Assentir com a cabeça	Movimentar a cabeça para cima e para baixo, o que sugere estar acompanhando o que está sendo apresentado
5 - Emitir vocalizações	Emitir sinais vocais não-verbais durante ou logo após a fala do interlocutor o que sugere compreensão ou que está acompanhando o que foi ou está sendo apresentado
6 - Sorrir	Retrair os cantos da boca para os lados e para o alto (Fagundes, 1999)
7 - Marcar a própria fala com gestos de cabeça, tronco, braços e mãos	Emitir movimentações da cabeça e/ou tronco e/ou braços e/ou mãos enfatizando certos pontos de própria fala (Fernandes, 1997)
8 - Ficar em silêncio após autorrevelação apresentada pelo interlocutor	Não emitir verbalizações após um comentário de ordem pessoal, apresentado pelo interlocutor

Continua

Continuação

Comportamentos observados	Definições dos comportamentos observados
9 - Fazer pequenos comentários sobre o que foi apresentado	Emitir verbalizações de poucas palavras logo após a fala do interlocutor que se refiram ao conteúdo do que foi apresentado
10 - Fazer comentário amplo sobre o que foi apresentado	Emitir verbalizações de mais de uma frase logo após a fala do interlocutor que se refiram ao conteúdo do que foi apresentado
11 - Fornecer informações gratuitas	Emitir informação espontânea sem que tenha sido solicitada
12 - Dominar o turno da fala	Emitir verbalizações sobre um só assunto durante cinco ou mais minutos seguidos sem fornecer espaços para o interlocutor falar
13 - Fazer perguntas de esclarecimento	Emitir verbalizações de forma interrogativa buscando obter mais informações e/ou esclarecimentos sobre o que foi apresentado pelo interlocutor
14 - Fazer perguntas relativas ao próprio assunto	Emitir verbalizações de forma interrogativa sobre o assunto que a própria pessoa está dizendo
15 - Falar sobre doenças e/ou tratamentos	Emitir verbalizações sobre doenças, tratamentos, exames e remédios
16 - Falar do passado	Emitir verbalizações sobre episódios vividos em etapas anteriores da própria vida
17 - Falar sobre os acontecimentos na instituição	Emitir verbalizações sobre os acontecimentos da instituição em que reside
18 - Falar sobre parentes e/ou amigos	Emitir verbalizações sobre os próprios parentes e/ou amigos
19 - Reclamar	Emitir verbalizações na forma de queixas ou lamentações
20 - Fazer perguntas sobre autorrevelação apresentada pelo interlocutor	Emitir verbalizações de forma interrogativa buscando obter mais informações e/ou esclarecimentos sobre um comentário de ordem pessoal apresentado pelo interlocutor
21 - Repetir as palavras-chave de autorrevelação apresentada pelo interlocutor	Repetir algumas palavras-chave de um comentário de ordem pessoal apresentado pelo interlocutor
22 - Fazer pequeno comentário sobre autorrevelação apresentada pelo interlocutor	Emitir verbalizações de poucas palavras sobre um comentário de ordem pessoal apresentado pelo interlocutor
23 - Fazer comentário amplo sobre autorrevelação apresentada pelo interlocutor	Emitir verbalizações mais amplas do que uma frase sobre um comentário de ordem pessoal apresentado pelo interlocutor
24 - Falar de si após autorrevelação apresentada pelo interlocutor	Emitir verbalizações sobre si mesmo após um comentário de ordem pessoal apresentado pelo interlocutor
25 - Dar conselhos após autorrevelação apresentada pelo interlocutor	Emitir verbalizações na forma de conselho após um comentário de ordem pessoal apresentado pelo interlocutor
26 - Falar de outro assunto após autorrevelação do interlocutor	Emitir verbalizações sobre um assunto diferente após um comentário de ordem pessoal apresentado pelo interlocutor

Os comportamentos descritos acima foram identificados e definidos mais por suas características do que pelas suas funções. Sobre este aspecto é importante ressaltar que os comportamentos envolvidos na conversa, identificados e analisados, a partir de suas características, podem apresentar múltiplos significados conforme o contexto em que são apresentados, além de possuírem diferentes funções.

Sobre este aspecto, Rodrigues (2005) afirma “para compreender um processo comportamental em sua totalidade é necessário observar detalhadamente e continuamente as partes isoladas que o compõem e o modo como elas se combinam para alcançar o propósito desse comportamento” (p. 66).

Analisar um comportamento em todas as suas dimensões topográficas, funcionais, contextuais e outras é tarefa complexa que exige estudo aprofundado de cada comportamento separadamente. Este tipo de estudo fundamenta amplas linhas de pesquisas sobre um só comportamento, como fez Otta (1999) em relação ao sorriso. Este não é o objetivo da presente pesquisa.

Entende-se que a conversa é um processo comportamental complexo que envolve um conjunto de comportamentos específicos. Para sua compreensão é necessário identificar os comportamentos que a compõem por meio de observação empírica, como propõe esta pesquisa. Acredita-se que os resultados obtidos possibilitem futuras pesquisas sobre as funções destes comportamentos em diferentes contextos.

4.2 Índices de concordância interjuízes dos comportamentos da conversa

Foram obtidos os índices de concordância entre os seis juízes para os 26 comportamentos identificados. Por meio dos índices de concordância é possível verificar a fidedignidade dos dados obtidos, bem como identificar que categorias comportamentais estão apresentando mais dificuldade para observação e/ou que definições dessas categorias necessitam ser aperfeiçoadas, entre outros (Fagundes, 1999).

De acordo com Fagundes (1999), há concordância quando os índices obtidos forem superiores a 70%. O índice de concordância é calculado, dividindo-se o número de concordâncias pela soma de concordâncias e discordâncias, e multiplicando por 100. No Quadro 6 abaixo, estão relacionados os comportamentos e os respectivos índices de concordância entre os juízes.

Quadro 6 – Índice de concordância interjuízes para cada comportamento da conversa identificado.

Comportamentos envolvidos na conversa	Índices de concordância interjuízes
Orientar a face e o tórax em direção ao interlocutor	100%
Fitar diretamente a face do interlocutor	83%
Projetar e inclinar levemente o tórax frontalmente em direção ao interlocutor	100%
Assentir com a cabeça	100%
Emitir vocalizações	94%
Sorrir	89%
Marcar a própria fala com gestos de cabeça, tronco, braços e mãos	100%
Ficar em silêncio após autorrevelação apresentada pelo interlocutor	83%
Fazer pequenos comentários sobre o que foi apresentado	100%
Fazer comentário amplo sobre o que foi apresentado	100%
Fornecer informações gratuitas	100%
Dominar o turno da fala	100%
Fazer perguntas de esclarecimento	89%
Fazer perguntas relativas ao próprio assunto	89%
Falar sobre doenças e/ou tratamentos	100%
Falar do passado	100%
Falar sobre os acontecimentos na instituição	100%
Falar sobre parentes e/ou amigos	89%
Reclamar	83%
Fazer perguntas sobre autorrevelação apresentada pelo interlocutor	100%
Repetir as palavras-chave de autorrevelação apresentada pelo interlocutor	83%
Fazer pequeno comentário sobre autorrevelação apresentada pelo interlocutor	100%
Fazer comentário amplo sobre autorrevelação apresentada pelo interlocutor	100%
Falar de si, após autorrevelação apresentada pelo interlocutor	100%
Dar conselhos após autorrevelação apresentada pelo interlocutor	89%
Falar de outro assunto após autorrevelação do interlocutor	83%

Como se podem observar, no Quadro acima, os índices de concordância são relativamente elevados, visto que cinco comportamentos apresentaram índices de 83%, cinco de 89%, e um de 94%. Os demais comportamentos (15) apresentaram índices de 100%, demonstrando que os juízes estão em acordo acerca da ocorrência dos comportamentos e que suas definições estavam suficientemente claras e objetivas, visto que os juízes concordaram com a ocorrência dos comportamentos por meio da leitura de suas definições. Considerando esses índices, é possível concluir que os comportamentos observados e suas definições são satisfatórias, e os juízes foram bem treinados.

Para Fagundes (1999), quando os índices de concordância se mostram superiores a 70%, “podemos ter uma relativa tranquilidade e aceitar, como bons, ou ter como confiáveis, tais registros, bem como podemos crer que as categorias empregadas foram bem definidas e que os comportamentos estão sendo identificados sem muitas dificuldades; e ainda (...) que os observadores se encontram suficientemente treinados” (p. 78).

4.3 Ocorrências dos comportamentos não-verbais envolvidos na conversa dos 30 idosos durante o teste de interação real planejada

Com exceção do comportamento de ficar em silêncio após autorrevelação apresentada pelo interlocutor que foi observado por meio da técnica de registro de evento por minuto, os demais comportamentos não-verbais foram observados e registrados conforme a técnica de registro a intervalos de 30 segundos, suas ocorrências e uma breve análise de suas funções para o estabelecimento de uma boa conversa, de acordo com a literatura científica, serão descritas abaixo.

4.3.1 Comportamento de orientar a face e tórax em direção ao interlocutor

Com relação ao comportamento de orientar a face e o tórax em direção ao interlocutor, a maioria dos idosos (28) apresentou este comportamento em 100% dos intervalos de observação, exceto os idosos 20 e 26 que, em boa parte do tempo, abaixavam e/ou viravam o rosto para os lados enquanto conversavam com a pesquisadora. O idoso 20 orientou sua face e tórax em direção à pesquisadora em 57% dos intervalos de observação, e o idoso 26, em 50%. Esta situação deixou a interação aversiva para a pesquisadora por sinalizar, dentre outras variáveis, dificuldades interpessoais, baixo interesse pela conversa e outras.

De acordo com a literatura científica sobre o assunto, a orientação da face e do tórax em direção ao interlocutor é um importante sinal de interesse pela conversa (Rodrigues, 2005).

Cabe ressaltar, que durante o teste de interação real planejada, este tipo de orientação corporal dos idosos parece ter sido favorecido, além de um possível interesse pela conversa,

pela posição dos móveis: os idosos e a terapeuta se encontravam sentados um de frente para o outro, com uma mesa entre eles.

Para Caballo (2003), o comportamento de orientar a face e o tórax em direção ao interlocutor é uma subcategoria do comportamento de orientação corporal. Entende-se por orientação corporal o grau em que a face, os ombros e as pernas de um indivíduo dirigem-se ou desviam-se da outra pessoa com quem se está comunicando. Uma orientação frente a frente ou levemente angulada sugere um grau mais elevado de envolvimento, enquanto a orientação do corpo para outros pontos do ambiente sinaliza descaso e frieza.

Silva (2009g) postula que, quando diferentes partes do corpo de uma pessoa estão orientadas para direções diversas, a atenção da pessoa está voltada, naquele momento, para onde seus olhos estão orientados. Para esse autor, um nível maior de envolvimento e intimidade entre as pessoas acontece quando elas se posicionam frente a frente.

4.3.2 Comportamentos de fitar diretamente a face do interlocutor, projetar e inclinar levemente o tórax frontalmente e marcar a própria fala com gestos

Nas duas Figuras (1 e 2) abaixo, estão representados os comportamentos não-verbais de: 1) fitar diretamente a face do interlocutor; 2) projetar e inclinar levemente o tórax frontalmente em direção ao interlocutor e 3) marcar a própria fala com gestos de cabeça, tronco, braços e mãos. Os dados foram representados em dois gráficos com dados de 15 idosos em cada, por não comportar, na folha de impressão, os dados dos 30 idosos na abscissa do gráfico.

Figura 1 – Comportamentos não-verbais de fitar a face do interlocutor, projetar e inclinar o tórax em direção ao interlocutor e marcar a própria fala com gestos dos idosos 1 a 15 durante o teste de interação real planejada.

Figura 2 – Comportamentos não-verbais de fitar a face do interlocutor, projetar e inclinar o tórax em direção ao interlocutor e marcar a própria fala com gestos dos idosos 16 a 30 durante o teste de interação real planejada.

4.3.2.1 Fitar diretamente a face do interlocutor

Com relação ao comportamento de fitar diretamente a face do interlocutor, foi possível verificar que 25 idosos apresentaram este comportamento na maior parte do tempo em que estavam interagindo com a pesquisadora. Foram poucas as ocasiões em que esses idosos não olhavam para seu rosto, e isso, quando acontecia, durava poucos segundos. Entretanto, cinco idosos apresentaram menos este comportamento, com porcentagens que variaram entre 88% e 50% dos intervalos observados.

Os idosos 16 e 22 emitiram este comportamento em 88% e 83% dos intervalos, mas mesmo assim, permaneciam alguns intervalos de 30 segundos sem olhar nenhuma vez para a pesquisadora. Os idosos 6, 20 e 26 fitaram ainda menos a face da pesquisadora, cerca de 67%, 57% e 50% dos intervalos. Esses idosos ficaram quase a metade dos intervalos observados sem olhar para a pesquisadora. Os idosos 20 e 26, além de olharem pouco para a pesquisadora, orientavam suas faces para outros pontos do ambiente.

A falta de contato ocular também é um fator que compromete a interação, pois sugere que o interlocutor não está querendo interagir ou que tem dificuldades (momentâneas ou permanentes) para tal. Este comportamento associado a outros como não orientar a face (como ocorreu com os idosos 20 e 26), não inclinar o tórax em direção ao interlocutor, não fazer perguntas e fazer poucos comentários sobre o que foi dito compromete ainda mais a interação porque agrupa vários comportamentos que demonstram desinteresse.

Em uma conversa, as pessoas geralmente olham no rosto da outra, fitam primeiramente e por mais tempo na região dos olhos e, posteriormente, na região da boca.

Esse comportamento sugere que o interlocutor está interessado no que está sendo dito e que está aberto para continuar interagindo (Knapp & Hall, 1999; Silva 2009g).

De acordo com Maldonado e Garner (2001), o olhar é um sinal importante de respeito e atenção. Quando uma pessoa mantém contato ocular com a outra, ela demonstra que sua atenção está voltada para ela. Para esses autores, o contato visual é um elemento fundamental para as interações sociais bem sucedidas.

Caballo (2003) sustenta afirmações semelhantes sobre o olhar. Segundo este autor, o olhar pode funcionar tanto como um canal de recepção quanto de emissão de estímulos. Como canal de recepção, permite a percepção dos estímulos que estão à nossa volta e, como canal de emissão, funciona como um poderoso sinal de atenção.

4.3.2.2 Projetar e inclinar levemente o tórax frontalmente em direção ao interlocutor

O comportamento de projetar e inclinar levemente o tórax frontalmente em direção ao interlocutor ocorreu menos frequentemente do que esses outros comportamentos. Somente sete idosos apresentaram este comportamento em todos os intervalos de observação; quatro apresentaram-no em 50%, 55%, 69% e 86% dos intervalos; 10 idosos em menos de 50% dos intervalos (seis desses idosos com frequência de ocorrência muito baixa entre 9% e 4%), e nove idosos não se inclinaram em direção à pesquisadora nenhuma vez. Portanto, percebe-se que a maioria dos idosos (20) não apresentou o comportamento de projetar e inclinar o tórax em direção à pesquisadora ou apresentou em metade ou menos dos intervalos observados.

Vários fatores podem estar envolvidos na baixa frequência de ocorrência deste importante comportamento da conversa, dentre eles: a dificuldade de mobilidade de alguns idosos em função de comprometimentos físicos e/ou de desgastes naturais do organismo (por exemplo: cinco idosos que não inclinaram ou que inclinaram poucas vezes eram deficientes físicos, usuários de cadeira de rodas), a falta de habilidades comunicativas, o desinteresse pela conversa e outros motivos.

Percebe-se que os idosos 6, 16, 20, 22 e 26 que apresentaram menos contato ocular também apresentaram baixa ocorrência do comportamento de projetar e inclinar o tórax em direção à pesquisadora, com 28%, 0, 0, 50% e 0 dos intervalos observados, respectivamente. Isso comprometeu ainda mais a interação com a pesquisadora, pois a inclinação frontal da

parte superior do corpo em direção ao interlocutor está associada a maior envolvimento e empatia (Knapp & Hall, 1999).

Silva (2009g) descreve a postura do tronco inclinado para frente como o ângulo agudo, menor que 90° que se forma entre tronco de uma pessoa sentada e suas pernas. Ainda, segundo esse autor, projetar e inclinar o tronco em direção ao interlocutor é um dos sinais mais poderosos de atenção e interesse, enquanto inclinar o corpo para trás parece significar entre outras coisas: desatenção, descanso ou segurança na presença do interlocutor.

Em uma conversa, quando os interlocutores projetam e inclinam o tórax na direção dos outros interlocutores, frequentemente, eles demonstram sincronização, compromisso e entendimento, além de ser fonte de envio e recepção de *feedback* (Argyle, 1988).

4.3.2.3 Marcar a própria fala com gestos

O comportamento de marcar a própria fala com gestos de cabeça, tronco, braços e mãos foi relativamente frequente entre os idosos. Os dados das Figuras 1 e 2 acima mostram que 14 idosos marcaram suas próprias falas com gestos em mais de 70% dos intervalos observados (destes, 13 marcaram suas falas com gestos em 100% dos intervalos de observação). Cinco idosos marcaram 56%, 50%, 49%, 39% e 50%, ou seja, quase a metade ou um pouco mais dos intervalos. Sete idosos marcaram entre 8% e 25%, e quatro idosos não marcaram nenhuma vez, deixando suas falas com pouca expressividade corporal. Esses dados se justificam pelo fato de a maioria dos idosos (21) ter permanecido, a maior parte do tempo, falando.

É importante ressaltar que os idosos 6, 16, 20, 22 e 26, além de emitirem pouco contato ocular, apresentarem pouca inclinação de tórax, também foram pouco expressivos em suas falas e apresentaram baixas frequências dos comportamentos de marcar a própria fala (56%, 49%, 39%, 0 e 10%), talvez porque esses idosos também falaram pouco.

De acordo com Mesquita (1997b), os gestos têm sido utilizados como um dos principais meios de comunicação humana desde os tempos mais antigos. Anteriormente, os gestos tinham, principalmente, funções expressivas, com o passar dos anos adquiriram funções comunicativas. Os gestos tanto podem enriquecer o discurso como enfraquecer sua mensagem. Indivíduos que gesticulam, enquanto estão falando, são considerados como socialmente hábeis (Caballo, 2003).

Para Knapp e Hall (1999), a fala e os gestos são coordenados, pois os gestos “são movimentos do corpo (ou parte dele), usados para comunicar uma idéia, intenção ou sentimento. Muitas destas ações são feitas com braços e mãos, mas a área da face e da cabeça também é usada na gesticulação” (p 191).

Esses autores ainda afirmam que os gestos relacionados à fala também têm múltiplas funções em uma conversa: eles podem acentuar ou enfatizar uma palavra ou locução, descrever uma ação corporal, traçar uma linha de pensamento, apontar objetos presentes, refletir o modo como o processo interativo está sendo regulado e organizado e outras. Essas funções são muito importantes, pois, pequenas mudanças no modo como o gesto é desempenhado pode afetar o significado da comunicação.

Os gestos relacionados à fala tendem a aumentar quando o interlocutor está entusiasmado e envolvido no assunto em discussão. Sem gestos, teríamos que aumentar o número de frases utilizadas para descrever determinados fenômenos e fazer pausas com mais frequência. Os gestos ampliam a compreensão do que está sendo dito e dá expressividade às palavras (Knapp & Hall, 1999).

4.3.3 Comportamentos de assentir com a cabeça, vocalizar e sorrir

Os comportamentos não-verbais de assentir com a cabeça, vocalizar e sorrir, observados e registrados, estão representados nas Figuras 4 e 5 com dados de 15 idosos cada.

Figura 3 – Comportamentos não-verbais de assentir com a cabeça, vocalizar e sorrir dos idosos 1 a 15 durante o teste de interação real planejada.

Figura 4 – Comportamentos não-verbais de assentir com a cabeça, vocalizar e sorrir dos idosos 16 a 30 durante o teste de interação real planejada.

Estes comportamentos são importantes em uma conversa, pois demonstram interesse e disponibilidade do interlocutor para conversar. Os comportamentos de assentir a cabeça e vocalizar podem ocorrer tanto quando o interlocutor está falando como quando está ouvindo, porém a ocorrência destes comportamentos é mais comum quando se está ouvindo e funciona como sinais de acompanhamento do que está sendo dito.

4.3.3.1 Assentir com a cabeça

O comportamento de assentir com a cabeça é uma forma de sintonizar com a fala do interlocutor. Este comportamento teve baixa ocorrência entre os idosos, com escores que variaram entre 0 a 59%, talvez pelo fato de que a maioria dos idosos falava, a maior parte do tempo, durante a interação com a pesquisadora.

Um idoso assentiu em 59% dos intervalos de observação, quatro idosos assentiram entre 42% a 48%, quatro idosos em 30% a 38%, quatro idosos em 21% a 25%, cinco em 10% a 19%, seis em menos de 10% dos intervalos de observação e seis idosos não assentiram nenhuma vez.

Na presente pesquisa, o comportamento de assentir com a cabeça foi registrado enquanto o idoso estava ouvindo, pois, se este comportamento acontecia quando ele estava falando, era registrado como marcar a própria fala com gestos de cabeça, tronco, braços e mãos. A ocorrência desse comportamento do ouvinte indica que ele está atento à conversa. Funciona como um importante sinal de concordância quando assente com a cabeça uma única

vez e, de interesse e compreensão, quando se assente várias vezes seguidas com a cabeça (Maldonado & Garner, 2001).

De acordo com Silva (2009a), o comportamento de anuir frequentemente com a cabeça geralmente aparece associado a outros comportamentos não-verbais, como orientar a parte frontal do tórax e incliná-lo levemente em direção ao interlocutor, manter contato ocular e outros. Esse conjunto de comportamentos é um poderoso sinal de atenção e envolvimento.

Os ouvintes geralmente usam gestos de braços, mãos, tronco, meneios de cabeça, enquanto estão ouvindo. Esses gestos e movimentos “são, com frequência, indicações de que ele compreende, aprecia ou prevê o comportamento do orador” (Knapp & Hall, 1999, p. 215).

De acordo com Argyle (1988), o assentir com a cabeça apresenta um importante papel nas interações, podendo indicar concordância, interesse em continuar conversando, bem como pode reforçar algum comportamento do interlocutor durante a interação.

4.3.3.2 Vocalização

A paralinguagem configura-se como um tipo de comunicação não-verbal vocal que envolve a entonação usada na expressão das palavras, a qualidade da voz e das vocalizações, a utilização dos silêncios, pausas e outros. A paralinguagem tem função importante na conversa, pois o entendimento de uma mensagem depende do modo como ela é dita (Richmond & Mc Croskey, 2000).

As vocalizações são sons emitidos enquanto estamos falando e quando estamos ouvindo. Na presente pesquisa, este comportamento foi observado enquanto o idoso estava ouvindo.

O comportamento de vocalizar teve uma ocorrência um pouco maior quando comparado com o comportamento de assentir e sorrir; cinco idosos apresentaram esse comportamento entre 70% e 90% dos intervalos observados; nove idosos entre 43% e 64% e dezesseis idosos entre 17% e 36% dos intervalos observados.

Os idosos 1, 2, 4, 10, 17, 18 e 21 que falaram bastante durante o teste de interação real planejada, vocalizaram, em média, em 27% dos intervalos observados. Os idosos que fizeram pequenos comentários (5, 8, 13, 16, 20, 22, 25, 26 e 29) vocalizaram mais, em cerca de 57% dos intervalos de observação.

Os idosos 6, 16, 20, 22 e 26 que tiveram baixa ocorrência de outros comportamentos não-verbais vocalizaram em 22%; 31%; 57%; 75%; 70% dos intervalos, respectivamente. Os idosos 6 e 16 vocalizaram muito pouco, realçando ainda mais suas dificuldades e desinteresse. Os idosos 20, 22 e 26 vocalizaram um pouco mais. Estes dados demonstram que vocalizar pode funcionar como uma forma mínima de reação ao que está sendo dito, pelo menos para estes idosos.

O comportamento de vocalizar é uma reação comum do ouvinte ao que está sendo dito e sugere que ele está acompanhando o que o falante está expressando (Silva, 2002). Para Caballo (2003), a falta ou os excessos dessas vocalizações são considerados inadequados. O silêncio prolongado sem essas vocalizações pode ser indicativo de enfado ou desprezo, e o excesso de vocalizações provoca a percepção de ansiedade. De acordo com este autor, as vocalizações são poderosos *feedbacks* que indicam que o ouvinte está atento e que quer continuar interagindo com o falante.

4.3.3.3 Sorrir

O comportamento de sorrir apresenta uma função importante na conversa de acordo com Falcone (2001), Maldonado e Garner (2001), Del Prette e Del Prette (2002) e Caballo (2003). Estudiosos da comunicação não-verbal afirmam que o sorriso sincero e apropriado abre os canais da comunicação (Argyle, 1988; Knapp & Hall, 1999). Os idosos apresentaram quantidades variadas desse comportamento. Oito idosos sorriram relativamente bastante durante a conversa, com ocorrências entre 31% a 63% dos intervalos. Nove idosos sorriram entre 20% a 28%. Nove idosos sorriram pouco, com ocorrências entre 6% a 12% e quatro idosos não sorriram nenhuma vez. Dentre eles, os idosos 22 e 26.

Não era de esperar que este comportamento ocorresse muito porque o sorriso é uma subcategoria da resposta emocional, devendo ocorrer em momentos apropriados (Knapp & Hall 1999; Caballo 2003). O assunto de interesse da maioria dos idosos era falar sobre suas doenças e formas de tratamento. Isso, muitas vezes, ocorria na forma de reclamações, assim o comportamento de sorrir, nem sempre, acontecia por ser pouco adequado sorrir enquanto se está falando sobre assuntos que envolvam algum tipo de sofrimento. Mesmo falando sobre estes assuntos, alguns idosos apresentavam bom senso de humor e sorriram ao falar de suas doenças e tratamentos.

O sorriso é um comportamento necessário para o desenvolvimento de interações interpessoais satisfatórias e gratificantes, pois é um sinal de abertura para a comunicação (Falcone, 2000; Silva, 2002; Caballo, 2003). Para Knapp e Hall (1999), o sorriso não só abre os canais da comunicação, mas também sugere o tipo de comunicação desejada.

Existem muitos tipos de sorrisos. O sorriso genuíno e sincero facilita a comunicação, pois demonstra aceitação e simpatia e funciona como um importante sinal de disponibilidade e interesse para continuar conversando (Silva 2009g).

De acordo com Otta (1999), o sorriso reflete a natureza biocultural do ser humano por ser um comportamento biologicamente determinado que favorece a vinculação afetiva entre as pessoas e, conseqüentemente, o convívio social.

Caballo (2003), citando os estudos de Grambrill e Richey (1985), afirma que o sorriso tem um grande impacto nas interações interpessoais: o sorriso pode amenizar uma recusa, incentivar o outro a retribuí-lo, comunicar uma atitude amigável e disposta a interagir. As pessoas consideradas habilidosas socialmente tendem a apresentar mais sorrisos associados com a gesticulação, com o olhar e com o tempo em que permanecem escutando. Para Maldonado e Garner (2001), em uma conversa, a falta de sorrisos sugere desinteresse e distância emocional.

Na Tabela 2 abaixo, estão descritas as ocorrências médias dos comportamentos não-verbais entre os idosos.

Tabela 2 – Porcentagens médias de alguns comportamentos não-verbais apresentados pelos idosos.

Idosos/Comportamentos não-verbais	Média dos idosos	Idosos fizeram comentários amplos	Idosos fizeram pequenos comentários
Orientar face e tórax	97%	100%	90%
Fitar a face do interlocutor	95%	100%	83%
Marcar a própria fala	57%	96%	28%
Vocalizar	43%	27%	57%
Inclinar o tórax	39%	71%	26%
Sorrir	21%	21%	15%
Assentir com a cabeça	19%	25%	14%

De acordo com os dados da Tabela 2 acima, percebe-se que os idosos, em geral, apresentaram mais frequentemente os comportamentos de orientar a face e o tórax em direção ao interlocutor, fitar diretamente a face do interlocutor, seguido por marcar a própria fala com gestos de cabeça, tronco, braços e mãos. Este último comportamento parece ter ocorrido bastante pelo fato de a maioria dos idosos ter falado mais do que ouvido durante a interação. Com relação aos comportamentos que demonstram que os idosos estavam ouvindo a pesquisadora, o comportamento de vocalizar foi o que mais ocorreu.

Comparando os idosos que emitiram comentários amplos (incluindo os que dominaram o turno da fala) com os que emitiram pequenos comentários, percebe-se que os idosos que fizeram comentários mais amplos emitiram bem mais comportamentos não-verbais (exceto o comportamento de vocalizar), principalmente, os comportamentos de marcar a fala com gestos e projetar e inclinar o tórax em direção ao interlocutor. A maior ocorrência desses comportamentos sugere que estes idosos poderiam estar mais interessados e participativos na conversa. Inclusive, estes idosos sorriram e assentiram mais a cabeça dos que os idosos que apresentaram comentários mais curtos.

De modo contrário, os idosos que apresentaram pequenos comentários emitiram, com menor frequência, esses comportamentos não-verbais, exceto o comportamento de vocalizar, demonstrando pouca expressividade, já que estes idosos inclinaram menos o tórax em direção à pesquisadora, assentiram menos com a cabeça e sorriram menos, bem como apresentaram menor ocorrência do comportamento de marcar a própria fala com gestos (provavelmente porque falaram bem menos que os outros idosos). O único comportamento não-verbal que estes idosos apresentaram mais foi o de vocalizar, sugerindo que esta é uma forma mínima de estes idosos demonstrarem que estão acompanhando o que a pesquisadora estava dizendo.

De acordo com Caballo (2003), para o estabelecimento de uma conversação é necessário que ocorra uma integração complexa e cuidadosa dos sinais verbais com os sinais não-verbais. Durante uma conversa, os comportamentos não-verbais complementam o que está sendo dito, determinam as mudanças de turno e regulam o fluxo da conversação, demonstram interesse e dão vivacidade ao que está sendo dito. A ausência ou a baixa frequência desses sinais, como ocorreu com os idosos que fizeram pequenos comentários, deixa a conversação comprometida. Nem todas as pessoas conseguem realizar bem essa integração. Fatores cognitivos, emocionais, educacionais, contextuais e sociais interferem na capacidade de as pessoas realizarem essa integração.

4.4 Demonstração da ocorrência dos comportamentos verbais envolvidos na conversa de 30 idosos durante o teste de interação real planejada

Foram identificados 18 comportamentos verbais envolvidos na conversa dos 30 idosos institucionalizados. Para melhor representação e favorecer as análises, esses comportamentos foram agrupados em cinco categorias mais amplas de acordo com suas funções na conversa. As categorias são: 1) extensão das respostas e comentários; 2) perguntas; 3) assunto; 4) informações gratuitas e 5) reação à autorrevelação.

Essas cinco categorias mais amplas englobam todos os comportamentos verbais e também o comportamento não-verbal ficar em silêncio após autorrevelação apresentada pelo interlocutor, conforme Quadro 7 abaixo:

Quadro 7 – Categorias mais amplas com os comportamentos verbais envolvidos na conversa.

Categorias mais amplas	Classes de comportamentos englobados em cada categoria mais ampla
1) Extensão das respostas e comentários	1 - Fazer pequenos comentários sobre o que foi apresentado 2 - Fazer comentário amplo sobre o que foi apresentado 3 - Dominar o turno da fala
2) Perguntas	1 - Fazer perguntas de esclarecimento 2 - Fazer perguntas relativas ao próprio assunto
3) Assunto	1- Falar sobre doenças e/ou tratamentos 2 - Falar do passado 3 - Falar sobre os acontecimentos na instituição 4 - Falar sobre parentes e/ou amigos 5 – Reclamar
4) Informações gratuitas	1 - Fornecer informações gratuitas
5) Reação à autorrevelação	1- Ficar em silêncio após autorrevelação apresentada pelo interlocutor 2 - Fazer perguntas sobre autorrevelação apresentada pelo interlocutor 3 - Repetir as palavras-chave de autorrevelação apresentada pelo interlocutor 4 - Fazer pequeno comentário sobre autorrevelação apresentada pelo interlocutor 5 - Fazer comentário amplo sobre autorrevelação apresentada pelo interlocutor 6 - Falar de si após autorrevelação apresentada pelo interlocutor 7 - Dar conselhos após autorrevelação apresentada pelo interlocutor 8 - Falar de outro assunto após autorrevelação do interlocutor

4.4.1 Extensão das respostas e comentários

A extensão das respostas e comentários dos idosos, se mais curta ou mais ampla, foi definida pela quantidade de palavras ou frases emitidas por eles logo após pergunta ou comentário da pesquisadora. Para a classificação do comentário, considerou-se qual o tipo de comentário que o idoso apresentava com mais frequência. Se, em média, o idoso apresentava mais comentários amplos, seu comportamento foi classificado como: fazer comentários amplos sobre o que foi apresentado; se apresentava mais comentários curtos, o comportamento foi classificado como fazer pequenos comentários sobre o que foi apresentado. Entretanto, se durante a conversa, o idoso dominou em algum momento o turno da fala, seu comportamento foi classificado como dominar o turno da fala. A extensão dos comentários variou entre os idosos, o que pode ser percebido na Figura 5 abaixo:

Figura 5 – Porcentagem de idosos que dominaram o turno da fala, que fizeram comentários amplos e que fizeram pequenos comentários.

Sete idosos (1, 2, 4, 10, 17, 18 e 21) dominaram o turno da fala. Por exemplo, o idoso 10 contou sobre um episódio vivido quando era adulto jovem durante 17 minutos ininterruptos. O teste de interação real planejada com estes sete idosos durou, em média, 18 minutos e 28 segundos, cerca de sete minutos a mais do que a média dos idosos que foi de 11 minutos e 26 segundos.

Os principais assuntos abordados por eles foram: vivências passadas, acontecimentos da instituição e reclamação de doença, da família e da instituição.

Nove idosos (5, 8, 13, 16, 20, 22, 25, 26 e 29) apresentaram, em média, mais comentários curtos sobre o que foi dito pela pesquisadora. Na maioria das vezes, esses idosos

respondiam somente ao que era perguntado ou teciam breves comentários de poucas palavras sobre algum assunto da conversa. Com esses idosos, a pesquisadora teve de ser mais ativa. Para tanto, elaborou mais perguntas, resumiu e parafraseou, com mais frequência, fez mais ponderações, emitiu mais comportamentos não-verbais de interesse e outros para tentar estimular os idosos a falarem um pouco mais, o que, nem sempre, gerou resultado positivo, pois o tempo médio do teste de interação real planejada com estes idosos foi de apenas sete minutos, ou seja, cerca de quatro minutos a menos do tempo médio de todos os idosos e 11 minutos a menos do que os idosos que dominaram o turno da fala. A interação com estes idosos foi percebida pela pesquisadora como aversiva, e estes foram avaliados de maneira mais negativa pelos juízes, como poderá ser verificado abaixo.

Para exemplificar essa classe de comportamento, fazer pequenos comentários sobre o que foi apresentado, será descrito abaixo um fragmento da conversa da pesquisadora com o idoso 8.

Pesquisadora: O senhor recebeu visitas nesta semana?

Idoso 8: As minhas tias. (silêncio mais prolongado).

Pesquisadora: Suas tias?

Idoso 8: (silêncio mais prolongado).

Pesquisadora: O senhor gosta da visita delas?

Idoso: É bom, né! (silêncio mais prolongado).

Como pode ser verificado neste fragmento de conversa, o idoso fornecia respostas de poucas palavras, o que pode ser entendido como não querer prosseguir o assunto. Este tipo de resposta repetiu ao longo de quase toda a conversa com este idoso, deixando a interação aversiva para a pesquisadora devido aos sinais de desinteresse que o idoso apresentava.

Os demais idosos (3, 6, 7, 9, 11, 12, 14, 15, 19, 23, 24, 27, 28 e 30) apresentaram, em média, mais respostas e comentários amplos durante a interação com a pesquisadora, sem, contudo, dominar o turno da fala. O tempo médio de interação com estes idosos foi de 10 minutos e 51 segundos.

Para melhor compreensão da classe de resposta de fazer comentários amplos sobre o que foi apresentado, será descrito também um fragmento da conversa da pesquisadora com a idosa 12.

Idosa contou que caiu na instituição e quebrou o braço.

Pesquisadora: Nossa! Que ruim! Mas agora a senhora está melhor?

Idosa: Estou bem melhor! Olhe! As manchas roxas sumiram. Dá até para fazer assim (movimenta a mão). Eu não gosto de usar aquilo que o XX (enfermeiro) mandou colocar para

apoiar o braço (referindo-se a tipoia). Eu gosto de usar esse lenço aqui (mostrando o lenço grande vermelho amarrado entre o pescoço e o braço engessado), fica mais bonito.

Pesquisadora: Que bom que a senhora está melhor! A senhora é mesmo vaidosa! (risos).

Idosa: Eu gosto de pintar o cabelo, de dançar um “bailinho”. Vai ter baile do dia das mães aqui, mas eu não vou dançar não! Não tem como dançar com o braço assim. O XX (referindo-se ao namorado que também é interno) não dança por causa do problema na perna dele e ele não gosta que eu dance. Mas eu danço assim mesmo.

Percebe-se que a idosa 12 demonstra interesse em conversar, dá respostas mais amplas, além disso, fornece algumas informações gratuitas (preferir o lenço a tipoia, baile do dia das mães, ciúme do namorado).

Sobre a função dos comentários em uma conversa, os autores consultados para a identificação dos comportamentos envolvidos na conversa afirmam que os comentários são essenciais para iniciar e manter uma conversa, embora utilizem diferentes terminologias para referirem-se a este tipo de comportamento, como, por exemplo: discutir sentimentos, suposições e impressões mútuas; parafrasear o que foi dito; resumir o que foi dito; explorar conteúdos de autorrevelação e outras (Falcone, 2001; Maldonado & Garner, 2001; Del Prette & Del Prette, 2002; Caballo, 2003; Silva, 2009a).

De acordo com o Dicionário Aurélio de Língua Portuguesa, comentário é um substantivo masculino referente a tecer apreciação sobre um fato, ou situação. Este substantivo deriva do verbo comentar que significa: 1) fazer comentário sobre; 2) conversar acerca de; 3) criticar, analisar (Ferreira, 2004). Portanto, os comentários podem ser expressos de diversas maneiras, podem ocorrer na forma de respostas, explicações e explanações sobre o que foi dito, na forma de resumos e paráfrases, de opiniões e sugestões, enfim são diferentes formas de verbalizar sobre o que foi dito anteriormente.

Os comentários são comportamentos verbais relevantes em uma conversa, pois funcionam como *feedbacks* ou modo de demonstrar afetação pelo que foi dito (Silva, 2009b). Quem fala necessita avaliar os efeitos de sua fala sobre o interlocutor a fim de verificar sua atenção e interesse para definir o que irá fazer/dizer imediatamente e como. Por isso, o falante olha, periodicamente, para o ouvinte para avaliar como ele está reagindo ao que ele está dizendo e, frequentemente, lhe fornece o turno da fala para que ele comente o que foi dito.

Para Kerbrat-Orecchioni (2006), todas as práticas comunicativas, incluindo as conversações, são condutas ordenadas pautadas por regras implícitas de procedimentos e de

esquemas preestabelecidos entre os interlocutores. Dentre essas regras, existem aquelas que legitimam e controlam a gestão da alternância dos turnos da fala.

De acordo com o princípio da alternância dos turnos da fala, durante uma conversa deve haver uma sucessão de turnos da fala entre os interlocutores, ou seja, eles devem falar alternadamente. Parece haver, metaforicamente, um sistema de direitos e deveres que rege a conduta dos interlocutores. Neste processo de alternância, o falante tem o direito de manter sua fala por certo tempo e o dever de cedê-la para o sucessor potencial que, por sua vez, deve deixar o falante falar e ouvi-lo, mas também tem o direito de reivindicar o turno da fala no tempo certo e tem o dever de assumi-lo quando este lhe é concedido. Assim, os turnos da fala são alternados entre os interlocutores (Kerbrat-Orecchioni, 2006).

Ainda de acordo com essa autora, em boa parte das conversações informais existe um equilíbrio relativo na duração dos turnos da fala: os interlocutores falam quase que o mesmo tanto. Quando isso não acontece, e um interlocutor domina o turno de fala, como fizeram os idosos que falaram muito ou não assumiram o turno no momento apropriado, situação que aconteceu com os idosos que fizeram pequenos comentários, a conversa fica comprometida, pois a transgressão desta regra gera efeitos negativos sobre o desenvolvimento da interação.

Para Silva (2009a), a quantidade adequada dos turnos da fala de cada interlocutor depende de seu interesse, do contexto e do tipo de relação estabelecida entre eles. De maneira geral, o turno da fala não deve ser dominado por mais de cinco minutos. O interlocutor que monopoliza o turno de fala, normalmente, é mal visto (Kerbrat-Orecchioni, 2006).

Para Silva (2009b), uma das maneiras de manter uma boa conversação é saber alternar os turnos da fala e suas passagens com eficiência, sem monopolizar os papéis de falante ou de ouvinte. Em alguns tipos especiais de conversa, o papel entre falante e ouvinte não é equilibrado, como, por exemplo, no atendimento psicológico: esse é o *setting* adequado para o cliente falar mais e o psicólogo ouvir e intervir, de vez em quando, e nos momentos apropriados.

No teste de interação real planejada, a pesquisadora procurou se posicionar mais como uma ouvinte ativa que estimulava o idoso a falar. Talvez, por isso, a maioria dos idosos (21) forneceu comentários amplos e, mesmo com aqueles idosos que dominaram o turno da fala, a conversa foi percebida como positiva pela pesquisadora e bem avaliada pelos juízes, conforme os resultados apresentados abaixo, neste capítulo.

De modo contrário, não assumir o turno de fala também é uma situação avaliada negativamente, pois o bom comunicador é aquele que sabe administrar os silêncios, pausas e turnos de fala (Caballo, 2003).

Os idosos que faziam pequenos comentários também apresentavam intervalos de silêncio mais ou menos prolongados, assim que a pesquisadora terminava de falar, gerando mais desconforto.

De acordo com Kerbrat-Orecchioni (2006), o silêncio prolongado entre os turnos pode significar, entre outras coisas, que o potencial sucessor não tem o desejo ou os meios de assegurar o encadeamento requerido.

Para Argyle (1981), os comportamentos de: responder somente ao que é perguntado sem ampliar as respostas, fornecer comentários pobres de conteúdo verbal e não-verbal, ter baixa capacidade de expressão e reciprocidade e fornecer informações pouco interessantes sobre si mesmo, são respostas que comprometem sobremaneira a conversa.

Caballo (2003) sustenta argumentos semelhantes quando afirma que um dos déficits mais frequentes nos relacionamentos interpessoais é fornecer pouco *feedback* como, por exemplo: quando o ouvinte não faz perguntas nem comentários sobre o que acabou de ouvir. Para esse autor, o excesso de *feedback*, seja na forma de muitas perguntas ou de muitos comentários, também sugere falta de habilidade social, pois tira o outro do papel de falante.

Conforme afirmação em parágrafos acima, a maioria dos idosos forneceu comentários amplos diante das perguntas e ponderações feitas pela pesquisadora, sugerindo que estes idosos estavam motivados para conversar, seja por que a pesquisadora reforçava seus comportamentos, seja por vários outros motivos, como: ter poucas oportunidades para conversar com alguém que demonstre interesse em ouvi-los, afastar da solidão e outros.

A institucionalização retira do idoso a oportunidade de um convívio social mais amplo: suas saídas da instituição ficam limitadas aos raros passeios que a instituição proporciona, as visitas de familiares e amigos vão diminuindo com o passar do tempo e muitos deles demonstram pouco interesse em conversar assuntos pessoais com os demais internos da instituição (Bulla & Mediondo, 2004; Faleiros & Justo, 2007; Pollo & Assis, 2008). Além do mais, somente uma das instituições que participou da pesquisa tem um psicólogo para atender os idosos. Portanto, as oportunidades de os idosos falarem de seus sentimentos, gostos e opiniões são restritas, e a conversa com a pesquisadora pode ter sido um dos raros momentos em que os idosos puderam falar sobre si e serem ouvidos e validados.

Também existem vários fatores que parecem justificar o fato de alguns idosos falarem pouco. Talvez o custo de resposta da conversa para estes idosos seja mais elevado, por problemas fisiológicos e outros ou então por estarem conversando com uma pessoa que eles pouco conheciam e sobre um assunto que não tinham interesse em conversar. De acordo com

a teoria da seletividade sócio-emocional proposta por Carstensen (1995), os idosos são mais seletivos em suas interações.

De acordo com esta teoria, a excitabilidade psicológica aumentada e a energia física reduzida aumentam o custo da resposta de interação social dos idosos (Freitas, 2006). Sendo assim, os idosos procuram regular emocionalmente seus contatos por meio de uma escolha mais criteriosa dos parceiros sociais.

Ainda de acordo com esta teoria, os contatos sociais dos idosos são escolhidos ou descartados mais por suas qualidades afetivas do que pela busca de informações ou pelo atendimento de necessidades de afiliação de pessoas desconhecidas. Isso os leva a uma maior seleção dos parceiros sociais. As interações com os outros, principalmente, com pessoas não familiares, podem oferecer riscos ao autoconceito e às suas autoestimas (Carstensen, 1995; Charles & Carstensen, 2007). Talvez para esses nove idosos que forneceram pequenos comentários, a interação com a pesquisadora fosse pouco motivadora e gratificante.

4.4.2 Perguntas

A habilidade de fazer perguntas e responder as elas envolve discriminação e flexibilidade para elaborar o tipo de pergunta adequada ao contexto e configura-se como essencial para iniciar e manter uma conversação. Durante o teste de interação real planejada, os idosos fizeram poucas perguntas para a pesquisadora, conforme pode ser observado na Figura 6 abaixo.

Figura 6 – Quantidade de perguntas apresentadas pelos 30 idosos.

De acordo com os dados acima, percebe-se que somente 13 idosos fizeram perguntas durante a conversa e, ainda assim, com baixa frequência, exceto o idoso 15 que fez 12 perguntas durante os 11 minutos da conversa que teve com a pesquisadora. Este idoso apresentava dificuldades auditivas e perguntava frequentemente se a pesquisadora havia entendido o que ele havia dito, com frases do tipo: “Você está entendendo?” e “Você entendeu?”. Este tipo de pergunta ocorreu oito vezes.

Não houve variação significativa na quantidade de perguntas entre os idosos que dominaram o turno da fala ou fizeram comentários amplos, e os idosos que fizeram pequenos comentários.

As perguntas apresentadas pelos idosos foram classificadas em duas classes de comportamentos, conforme seus conteúdos e funções na conversa (perguntas de esclarecimentos e perguntas relativas ao próprio assunto). Cabe destacar que as perguntas que os idosos fizeram sobre as autorrevelações da pesquisadora foram classificadas na classe de comportamentos de fazer perguntas sobre autorrevelação apresentada pelo interlocutor.

As perguntas de esclarecimento visam obter mais informações e/ou esclarecimentos sobre o que foi dito, e as perguntas relativas ao próprio assunto são perguntas que o interlocutor faz sobre assunto que ele próprio estava apresentando (este tipo de pergunta parece funcionar como uma forma de realçar alguns aspectos de sua própria fala).

A baixa ocorrência de perguntas em uma interação pode significar, entre outras coisas, que os interlocutores não estão dispostos ou motivados a aprofundar no que está sendo dito ou que estão mais interessados em falar sobre si ou sobre seu assunto, pois, de acordo com Mackay (2001), as perguntas formam a essência de um diálogo e visam obter mais informações, dar início a uma discussão, esclarecer, conseguir cooperação, motivar as outras pessoas e ajudá-las em seu processo de reflexão e aprendizagem.

Além de ter uma função relevante no início da conversa, as perguntas também funcionam como um elemento indispensável para a manutenção da conversa. Por meio de uma pergunta bem formulada, obtêm-se informações importantes para manter o assunto interessante ou mudá-lo quando este já esgotou. Fazer perguntas é uma forma de estimular a conversa (Falcone, 2001; Maldonado & Garner, 2001; Caballo, 2003; Silva, 2009b).

De acordo com Del Prette e Del Prette (2002), as perguntas podem apresentar diferentes formas, conteúdos e funções. Segundo estes autores, essas funções são as seguintes: (a) avaliativas – quando procuram identificar o conhecimento ou a compreensão do interlocutor sobre um determinado tema; (b) estimuladoras – quando procuram estimular a verbalização do interlocutor; (c) retóricas – quando visam dar encaminhamento ao próprio

assunto e manter a atenção do ouvinte; (d) esclarecedoras – quando visam ampliar ou complementar um determinado assunto e (e) confrontadoras – quando apontam contradições no que está sendo dito.

As perguntas retóricas funcionam como um modo de chamar a atenção sobre o próprio assunto, como fizeram alguns idosos que apresentaram perguntas relativas ao assunto que eles estavam falando. Este tipo de pergunta não objetiva esclarecimentos ou mais informações sobre um determinado tópico, mas realçar algum aspecto do que está sendo dito por quem fez a pergunta.

Para exemplificar este tipo de pergunta, será descrito um fragmento da conversa da pesquisadora com a idosa 11.

A idosa falava de sua vontade de sair da instituição.

Pesquisadora: Por que a senhora não convida a XX (uma interna da instituição) para morar com a senhora em sua casa?

Idosa: Eu já convidei. Ela disse que não tem como sair do asilo por causa de seu problema na perna. Eu fico pensando, tem a YY (outra interna da instituição), mas ela tem a cabeça de criança. Você já conversou com ela, né? Ela não tem a cabeça boa.

Pesquisadora: Eu conheço a YY.

Idosa: Pois é, ela parece uma menininha. Os filhos delas disseram que ela não tem condições de morar sozinha e eu preciso de alguém que me ajude.

A pequena quantidade de perguntas apresentadas pelos idosos, muitas delas, para realçar o que eles próprios estavam dizendo, sugerem que grande parte deles estava mais interessada em falar sobre seu assunto do que fazer perguntas sobre o que foi comentado pela pesquisadora. Apenas cinco idosos apresentaram perguntas de esclarecimentos, cinco idosos apresentaram somente perguntas para realçar seu próprio assunto e três idosos apresentaram estes dois tipos de perguntas.

De acordo com Caballo (2003), fazer perguntas para esclarecer algum ponto da fala é uma forma de se obterem mais informações e estimular o interlocutor a prosseguir no assunto. Para esse autor, as perguntas indicam interesse pelo que está sendo dito. Pessoas que não utilizam perguntas em suas interações são avaliadas como menos habilidosas socialmente.

Para Silva (2002), durante uma conversa, as perguntas funcionam como uma forma de estimular o interlocutor a continuar falando e/ou demonstrar interesse.

4.4.3 Assunto

Muitos assuntos conversados durante o teste de interação real planejada tiveram início por meio das perguntas feitas pela pesquisadora, sendo elas: 1) “Como o senhor(a) está passando?” 2) “E o senhor (a), como está passando com esse calor?” 3) “E o senhor(a) gosta de receber visitas aqui na instituição?”. Quando a pesquisadora perguntava aos idosos como eles estavam passando, a maioria respondia amplamente sobre suas doenças e tratamentos e, muitas vezes, na forma de reclamação. Percebeu-se, por meio da observação sistemática dos vídeos, que esse assunto era mais reforçado ainda quando a pesquisadora dizia que ela ficava nervosa e irritada com o calor e perguntava aos idosos como eles passavam.

Outra pergunta que favoreceu o início de um novo assunto foi a pergunta aos idosos se eles gostavam de receber visitas na instituição. Como resposta, eles falavam de seus familiares, amigos e situações ocorridas dentro da instituição.

Nas Tabelas 3 e 4 estão relacionados os principais assuntos abordados pelos idosos.

Tabela 3 – Assuntos abordados pelos idosos 1 a 15.

Idosos/Assuntos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Doenças e/ou tratamentos			x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Falar do passado	x	x		x			x			x	x	x	x		x
Acontecimentos na instituição	x		x				x				x	x		x	x
Parentes e/ou amigos				x	x	x	x			x	x	x	x		
Reclamar (exceto doença)				x		x				x	x		x	x	x

Tabela 4 – Assuntos abordados pelos idosos 16 a 30.

Idosos/Assuntos	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Doenças e/ou tratamentos	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Falar do passado			x	x		x						x	x		
Acontecimentos na instituição	x	x		x						x				x	
Parentes e/ou amigos	x	x		x				x	x			x		x	x
Reclamar (exceto doença)	x		x	x		x		x			x		x	x	x

De acordo com as Tabelas 3 e 4 acima, percebe-se que falar sobre doenças e/ou tratamentos foi o assunto abordado por 27 idosos, sendo ainda que 23 dos 27 idosos, ao falar sobre suas doenças e formas de tratamento, em algum momento, reclamaram de dor, da perda da saúde, das limitações, de comprometimentos provocados pela doença e das formas de tratamento.

Falar sobre os parentes e amigos foi o assunto abordado por 16 idosos, como também as reclamações (reclamar de doença não foi incluída nesta classe de comportamento - foi incluída na categoria: falar de doenças e/ou tratamentos) foi o assunto apresentado por 16 idosos. Destes: 1) nove idosos reclamaram da instituição em que moravam; 2) sete reclamaram de algum interno da instituição; 3) quatro reclamaram dos familiares; 4) três reclamaram da vida que tinham quando mais novos e 5) dois reclamaram por estar conversando com a pesquisadora.

Muitos idosos reclamaram de mais de um aspecto, como, por exemplo: os idosos 18 e 23 reclamaram de doença, da instituição, da família, dos demais internos e da vida passada, muitas vezes, durante a conversa. O idoso 18 reclamou 17 vezes e o 23 reclamou 12 vezes. Somando reclamar de doença com estes outros tipos de reclamações, no total, 26 idosos reclamaram em algum momento da conversa.

Contar sobre experiências passadas foi um assunto abordado por 14 idosos e falar sobre acontecimentos da instituição, como realização de festas, horário de refeição, problemas administrativos e outros foi abordado por 12 idosos.

Ao longo da conversa, 25 idosos falaram sobre mais de um assunto, mesmo que fosse na forma de pequenos comentários.

O assunto abordado tem uma função muito importante em uma conversa, pois, junto com os comportamentos de atenção e interesse, vão deixar a interação mais ou menos agradável.

De acordo com Silva (2002), o assunto abordado em uma conversa é um dos principais determinantes de seu sucesso ou fracasso. Existem diferentes tipos de assuntos os quais podem ter funções muito diversificadas. Existem assuntos que interessam a diversos interlocutores, sendo mais agradáveis de conversar, enquanto outros assuntos só interessam a um deles. Quando o interlocutor aborda somente um assunto de seu interesse sem considerar a disposição e a motivação da outra pessoa, a interação fica comprometida. Ainda de acordo com este autor, existem assuntos agendados, assuntos prioritários e assuntos que interessam somente em um dado momento da conversa.

Em uma conversa informal, o assunto abordado, muitas vezes, reflete o que um dos interlocutores ou os dois estão vivenciando e que lhes afetam. Por exemplo, quando se está com raiva ou doente, normalmente, o assunto de interesse é o que envolve essa emoção ou as alterações corporais provocadas pela doença (Silva, 2002).

Talvez isso justifique o interesse de os idosos falarem sobre suas doenças e tratamentos. É provável que muitos deles estejam realmente doentes; talvez tenha pouca estimulação na instituição, o que faz com que eles focalizem em doenças; talvez falar sobre doenças seja uma forma de mobilizar as pessoas, de obter mais atenção e outros.

Para Silva (2009c), os elementos do contexto também afetam a comunicação. Como a pesquisadora funcionou como uma ouvinte ativa e uma audiência não punitiva, os idosos falaram de assuntos pessoais, como suas doenças, situações vividas no passado, problemas da instituição, brigas e vivências com familiares e amigos.

Falar sobre vivências com parentes e amigos foi outro assunto bastante comentado entre os idosos. Embora estes idosos estejam afastados do convívio diário com seus parentes e amigos de fora da instituição, percebe-se que estas pessoas são importantes em suas vidas, fato este que poderá ser melhor compreendido mais abaixo, neste capítulo, no tópico sobre redes sociais dos idosos.

As pessoas íntimas, como alguns parentes e amigos, com as quais é comum compartilhar histórias de vida, são as escolhidas pelos idosos por serem mais capazes de fornecer apoio emocional do que os novos parceiros e porque essas pessoas lhes auxiliam a integrar a visão de si anterior com a atual, de forma a manter-lhes a consistência (Carstensen, 1995).

As reclamações também foram muito frequentes entre os idosos. Eles, além de reclamarem de suas doenças, reclamaram também de outros aspectos, conforme citado em parágrafos anteriores deste capítulo. A reclamação constante é um tipo de comportamento mal avaliado pelas pessoas e que compromete a relação entre elas.

De acordo com Baldwin e Baldwin (1996), as pessoas que reclamam muito criam contingências aversivas para os outros que interagem com elas. Usualmente a reclamação constante torna a interação social menos positiva e provoca sentimentos negativos a respeito do reclamador. As pessoas tendem a esquivar-se de pessoas que reclamam muito.

Falar sobre vivências passadas também foi um assunto comum entre os idosos participantes. Estudos demonstram que os idosos são mais conservadores e apegados ao passado (Barreto, 1988). O interesse dos idosos pelas vivências do passado parece ser explicado pelo reconhecimento e valorização diferenciados das diversas etapas da vida em

nossa cultura. Influenciado pela ideologia capitalista que valoriza o novo, a juventude e a capacidade de produzir riquezas do indivíduo, na cultura ocidental o idoso é visto como um ser menos capaz, fraco, doente, ultrapassado e improdutivo (Ramos, Veras & Kalache, 1987). Assim, falar do passado é comentar sobre uma época da vida em que ele era muito mais respeitado e considerado pelos seus feitos do que a atual, principalmente, para o idoso institucionalizado que se encontra numa situação de abandono familiar e de perda da possibilidade do convívio social mais amplo.

De acordo com Barreto (1988), as pessoas mais idosas, quando comparadas com pessoas mais jovens, apresentam mais rigidez perceptiva e de pensamento, mais dificuldade de adaptar-se às modificações do meio, mais intolerância à ambigüidade, mais tendência ao dogmatismo, mais susceptibilidade às pressões sociais, mais interesse pelos próprios problemas, saúde e emoções, além de apresentarem uma atitude mais conformista com a vida. Estes fatores também podem ter influenciado nos assuntos abordados pelos idosos.

Falar sobre os acontecimentos da instituição como: festas, rotina da instituição, problemas administrativos, brigas entre idosos e outros também foi um assunto bastante apresentado por alguns idosos. Este tipo de assunto reflete os aspectos do ambiente físico e social que estavam lhes afetando no momento, seja positivamente como as festas ou negativamente, como as brigas e problemas administrativos. Conforme já descrito anteriormente, em uma conversa informal, o assunto abordado reflete o que os interlocutores estão vivenciando na ocasião e que mais lhes afetam (Silva, 2002).

De maneira geral, percebe-se que os assuntos abordados pelos idosos eram formas de eles falarem sobre si mesmos, de suas experiências, opiniões e sentimentos. Analisando o conteúdo destes assuntos, os idosos estavam se autorrevelando, pois se colocavam como centro e demonstravam muito mais interesse e entusiasmo por falarem de si e pouca disposição para conversarem sobre a autorrevelação da pesquisadora, como se verá abaixo.

De acordo com Silva (2009a), as autorrevelações são fornecimentos de informações pessoais sobre vários temas, como gostos, interesses, desejos, preferências, sentimentos, opiniões, segredos e fatos da vida.

As autorrevelações têm funções importantes em uma conversa, pois são temas que favorecem a manutenção e o aprofundamento desta (Falcone, 2001; Caballo, 2003; Silva 2009a, 2009b). Porém, a autorrevelação excessiva de um dos interlocutores, sem considerar as perspectivas, interesses e autorrevelações do outro, torna a interação assimétrica e comprometida. As autorrevelações devem ser fornecidas gradualmente e, na medida certa,

considerando a zona de privacidade de cada um dos interlocutores, pois existem restrições sobre o que se deve e pode comunicar, mesmo para as pessoas mais íntimas (Silva, 2009b).

Uma autorrevelação apressada, mal colocada que não considera o contexto e o nível de intimidade entre os interlocutores, pode prejudicar a conversa e comprometer o relacionamento entre eles, pois não se deve apressar a intimidade (Maldonado & Garner, 2001; Caballo, 2003).

Durante a conversa, a pesquisadora estimulou os idosos a falarem sobre o que eles desejassem, e a maioria deles, principalmente, os 21 idosos que emitiram respostas e comentários mais amplos, demonstrou interesse e disposição para falar de si mesmos e fazer autorrevelações. Esta situação ficou mais evidente quando a pesquisadora fez suas autorrevelações. Diante das autorrevelações da pesquisadora, apenas cinco idosos fizeram perguntas e comentários mais amplos que a estimulavam a continuar se autorrevelando. A reação mais comum dos idosos era falar de uma situação semelhante vivida por eles, voltando o foco da conversa para si, como se verá mais abaixo neste capítulo.

4.4.4 Informações gratuitas

Em uma conversa agradável não deve haver monopolização de assuntos, pois estes devem interessar a todos os interlocutores (Silva, 2002). Uma das formas de encontrar assuntos é por meio das informações gratuitas. Durante a conversa alguns idosos apresentaram muitas informações gratuitas, enquanto a maioria forneceu poucas, conforme pode ser observado na Figura 7 abaixo:

Figura 7 – Quantidade de informações gratuitas fornecidas pelos 30 idosos.

Em média, cada idoso apresentou cinco informações gratuitas, ao longo da conversa, com a pesquisadora. Os idosos que dominaram o turno da fala apresentaram mais informações gratuitas (cerca de nove), e os idosos que fizeram pequenos comentários apresentaram uma quantidade bem menor desse tipo de comportamento (duas informações gratuitas). Como já relatado, anteriormente, o comportamento mais frequente dos idosos que fizeram pequenos comentários era responder ao que era perguntado.

Boa parte das informações gratuitas apresentadas pelos idosos era relacionada aos assuntos que estavam sendo comentados. Para ilustrar a classe de comportamentos, será descrito abaixo o fragmento da conversa da pesquisadora com a idosa 2.

Idosa estava contando que foi morar com as Freiras que cuidavam de um Hospital, quando era adolescente.

Idosa: Eu aprendi muitas coisas com as Irmãs (Freiras). Naquela época, eu aprendia tudo de “cor”.

Pesquisadora: Quando somos mais novos, temos mais facilidade para aprender!

Idoso: Até parto eu aprendi a fazer. Vinha um médico Dr. XX ensinar para as Irmãs como fazer parto. Elas não me deixavam participar porque eu era muito nova. Elas não sabiam, mas eu pegava um banquinho e colocava atrás de uma janela alta que ficava no fundo do salão. Subia no banquinho e ficava escutando as explicações que ele dava para elas.

Pesquisadora: Então a senhora aprendeu a fazer parto e chegou a fazer algum?

A idosa contou sobre um parto que ajudou a fazer, anos mais tarde, no Hospital em que residia.

As informações gratuitas desempenham um papel importante em uma conversa. Para Silva (2009a), essas informações são fornecidas pelos interlocutores sem que tenham sido solicitadas.

De acordo com Caballo (2003), as pessoas destacam, em suas informações gratuitas, assuntos sobre os quais gostariam de falar. Essas informações funcionam como uma espécie de sinal para conversar sobre aquilo que a pessoa oferece com sua informação gratuita. Quando estas são apresentadas em momentos apropriados, ajudam a manter a conversação.

As informações gratuitas funcionam como estímulos para iniciar um novo assunto, pois demonstram temas de interesse da pessoa que as apresentam. Portanto, o aproveitamento de informações gratuitas é uma maneira de não deixar a conversa acabar (Maldonado & Garner, 2001).

Tabela 6 – Comportamentos apresentados pelos idosos 16 a 30 após autorrevelação da pesquisadora.

Idosos/ reação à autorrevelação	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Ficar em silêncio							x				x	x			
Fazer Perguntas		x													x
Repetir palavras-chave			x												
Pequeno comentário				x				x					x	x	x
Comentário amplo		x													
Falar de si	x		x	x	x	x		x	x		x	x	x	x	x
Fornecer conselhos	x	x								x					
Falar de outro assunto			x		x		x		x						

Verifica-se que a maioria dos idosos (19) reagiu, pelo menos, em uma das autorrevelações feitas pela pesquisadora, falando de si mesmo, ou seja, comentavam sobre situações parecidas que eles haviam vivenciado. Poucos idosos demonstraram interesse pela autorrevelação da pesquisadora por meio de perguntas e comentários mais amplos sobre sua autorrevelação. Somente três idosos fizeram perguntas para entender ou pedir mais informações sobre a autorrevelação da pesquisadora, e quatro idosos fizeram comentários amplos sobre o que ela disse.

Onze idosos fizeram pequenos comentários sobre a autorrevelação da pesquisadora, e quatro apenas repetiam as palavras-chaves da autorrevelação, sendo estes dois tipos de comportamentos e formas de reagir minimamente ao que a pesquisadora disse sobre ela.

Seis idosos deram conselhos à pesquisadora após ela ter falado de si. Onze idosos apresentaram reações pouco apropriadas à revelação da pesquisadora: sete deles falaram sobre outro assunto sem antes comentar a autorrevelação da pesquisadora; quatro ficaram em silêncio após a pesquisadora ter se autorrevelado.

De acordo com Silva (2009b), muitas pessoas não sabem reagir adequadamente diante de uma autorrevelação mais íntima do interlocutor, principalmente, quando ela ocorre na forma de desabafo. Para este autor, é comum as pessoas minimizarem os motivos que causaram o desconforto ou contar histórias pessoais semelhantes aquelas que ouviram, como fizeram aqueles idosos que falaram de si mesmos após autorrevelação da pesquisadora.

Segundo este autor, as pessoas que reagem assim, agem como se acreditassem que a desgraça compartilhada fosse menor. Existem ainda aquelas pessoas que dão conselhos sobre a melhor forma de a pessoa lidar com a situação, comportamento apresentado por seis idosos.

Sobre o comportamento de aconselhar, Silva (2002) afirma que este tipo de reação a uma autorrevelação é bastante delicada, porque os conselhos, nem sempre, são bem recebidos. Os conselhos estabelecem uma relação assimétrica entre os interlocutores. Quem dá o conselho assume uma posição superior em relação a quem o recebe. Quando o conselho é solicitado, a situação não é tão comprometedora como quando o conselho é fornecido sem ser solicitado.

O conselho não solicitado, além de colocar a pessoa que fornece em posição superior a que recebe, subestima sua capacidade para lidar com a situação. Melhor do que aconselhar é ajudar a outra pessoa a encontrar suas próprias soluções (Silva, 2002).

Para Del Prette e Del Prette (2002), diferentemente das reações empáticas, existem as pró-empáticas que acontecem na forma de respostas com conteúdos descritivos ou aconselhativos que, embora pareçam consolar, estas, geralmente, desencadeiam atitudes conformistas e/ou submissas. As respostas pró-empáticas ocorrem por meio de aconselhamento e de compartilhamento de experiências semelhantes diante de uma autorrevelação. Estas atitudes sugerem incompreensão e aumentam os sentimentos de desconfiança, desvalia e culpa por parte daquele que se autorrevelou. Dificilmente, estas reações contribuem para a melhora da autoestima do autorrevelador.

Para Silva (2009b), é possível que todos esses procedimentos (aconselhar e/ou falar de experiências parecidas que vivenciou) tenham seus efeitos positivos na conversa, mas o mais apropriado seria ouvir ativamente e empatizar com os sentimentos do falante, pedir mais esclarecimentos sobre sua autorrevelação (situação pouco frequente nas conversas entre a maioria dos idosos e a pesquisadora). É melhor deixar o interlocutor falar e apenas acolher o que está sendo autorrevelado, para depois falar de si, aconselhar e outros. Quando uma pessoa é acolhida adequadamente, ela se sente melhor.

Existem diferentes formas de reagir a uma comunicação. Uma delas é emitir uma resposta não relacionada ao que foi dito anteriormente, como aconteceu quando a pesquisadora falava de si, e o idoso imediatamente falava sobre outro assunto. Este tipo de reação compromete consideravelmente a conversa (Silva, 2009b).

Para ilustrar esta forma inadequada de reação, será transcrito um fragmento da conversa da pesquisadora com o idoso 24.

Pesquisadora: Sabe! Com este calor que anda fazendo! Eu fico muito cansada. Aí, fico muito irritada e nervosa com meu marido.

Idoso: Hoje eu não fumei nenhum cigarro.

Quando o interlocutor faz um comentário que não está relacionado ao que foi dito antes, ele demonstra falta de polidez, de interesse e de consideração pelo falante, ou ainda, que não está prestando atenção na conversa ou que está mais interessado em falar sobre seu assunto e desconsidera o que foi dito pelo falante (Silva, 2009b).

Existe também uma maneira de reagir minimamente possível diante de uma autorrevelação ou de um comentário apresentado com o objetivo de não ser indelicado ou impolido. Este tipo de reação ocorre por meio de comentário muito breve sobre o que foi dito ou por meio de poucos comportamentos não-verbais, como o vocalizar e/ou assentir com a cabeça, por exemplo (Silva, 2009b).

Para ilustrar o reagir minimamente por meio de pequenos comentários ao que foi dito, será transcrito abaixo o fragmento da conversa da pesquisadora com o idoso 25.

Pesquisadora: Nesses dias muito secos, eu tenho falta de ar, porque tenho rinite. Quando tenho falta de ar, fico muito nervosa e perco a paciência com meu marido.

Idoso: Nossa! (silêncio mais prolongado).

Quando uma pessoa não está interessada em continuar uma conversa ou falar sobre um assunto, ela responde minimamente, apresentando comentários reduzidos a monossílabos ou a uma palavra somente (como na conversa acima) ou, ainda, com comentários ambíguos, não fazendo perguntas que poderiam estimular o interlocutor a prosseguir (Silva, 2009b). Quando essas reações são adotadas sistematicamente, isso parece demonstrar que o interlocutor não quer continuar a conversa.

O comportamento de repetir as palavras-chaves daquilo que foi dito também se configura como um pequeno comentário, entretanto, na presente pesquisa, esse tipo de comentário foi categorizado como uma classe de comportamento à parte. O comportamento de repetir palavras-chaves da autorrevelação demonstra que o idoso estava acompanhando a fala da pesquisadora, além de ser uma forma de estimulá-la a falar mais, principalmente, quando esta repetição das palavras-chaves ocorria de forma interrogativa.

Para ilustrar esta classe de comportamento, será transcrito abaixo um fragmento da conversa da pesquisadora com a idosa 1.

A idosa contava sobre seu ex-patrão que era cantor.

Pesquisadora: Olha, então o XX era cantor! Sabe! Eu tenho trabalhado bastante e estou muito cansada, uma das formas que tenho para descansar e relaxar é cantando.

Idosa: Cantando?

Pesquisadora: É! Mas eu não sou cantora como o XX, seu ex-patrão. Eu canto somente no chuveiro, tomando banho! (risos).

Idoso: Tomando banho?

A repetição de palavras-chaves do que foi dito funciona como um dos meios de estimular a expansão da comunicação, pois, quando o ouvinte procura localizar as palavras-chaves que foram ditas pelo interlocutor e as repete nas pausas da fala deste, ele contribui para que o interlocutor possa corrigir, aperfeiçoar e completar o que foi dito (Silva, 2002).

Para Mackay (2001), a repetição das palavras-chave é uma forma de estimular o interlocutor a falar mais e, quando dito de maneira interrogativa, motiva o interlocutor a explicar mais detalhadamente o que está abordando.

A não reação ao que foi dito é uma forma inadequada e impolida de interagir. Nestes casos, o interlocutor ignora o que foi dito e não esboça nenhuma reação verbal ou não-verbal, gerando uma situação muito desagradável (Silva, 2009b).

Como forma de ilustrar este tipo de comportamento, será transcrito abaixo o fragmento da conversa da pesquisadora com a idosa 26.

Pesquisadora: Como estava dizendo, esses dias estão muito quentes, não é? Nesse calor eu fico muito nervosa, irritada mesmo! E perco a paciência com o meu marido.

Idosa: Permanece em silêncio prolongado.

Depois de algum tempo, pesquisadora pergunta: E a senhora recebeu visitas?

Idosa: Não.

Quando o interlocutor não esboça nenhuma reação ao que foi dito, ele demonstra que não considera o falante e que não tem interesse em continuar interagindo com ele, sendo um dos sinais mais significativos de falta de polidez por desconsiderar a face do falante (Kerbrat-Orecchioni, 2006).

Uma das formas de demonstrar interesse pela autorrevelação fornecida pelo interlocutor é a apresentação de perguntas ou de comentários mais amplos sobre ela. Este tipo de reação demonstra atenção e consideração pela pessoa que está se autorrevelando, além de ser indicativo de que quem age dessa forma deseja ouvir mais sobre a autorrevelação apresentada.

Para Silva (2002), encorajar o interlocutor a falar sobre suas preocupações, sentimentos e ideias, fazendo perguntas abertas sobre o que ele está dizendo, é uma maneira de estimulá-lo a continuar falando e de demonstrar interesse.

Segundo Del Prette e Del Prette (2001), as perguntas apresentam um importante papel nas interações sociais. Por meio delas, é possível obter mais informações sobre o que se deseja saber, além de ser uma forma de demonstrar acompanhamento e interesse pelo assunto abordado.

Os comentários mais amplos também funcionam como uma maneira de demonstrar atenção e interesse pelo que foi dito. De acordo com Robbins (1994), quando o interlocutor comenta verbalmente sua percepção dos sentimentos do interlocutor, ele demonstra que está sensível aos seus sentimentos, favorecendo a interação entre eles.

Maldonado e Garner (2001) afirmam que, quando o ouvinte reconhece os sentimentos do interlocutor e expressa verbalmente sua percepção, isto promove um efeito catártico, propiciando alívio e conforto ao interlocutor. Para esses autores, o não reconhecimento ou o menosprezo dos sentimentos do interlocutor faz com que esses sentimentos se intensifiquem.

Como pode ser observado nas Tabelas 5 e 6 acima, poucos idosos demonstraram interesse pela autorrevelação da pesquisadora e fizeram perguntas ou comentários mais amplos sobre a autorrevelação. Grande parte dos idosos reagia, falando sobre experiências semelhantes que eles vivenciaram ou davam conselhos sobre como lidar com a situação. De acordo com a literatura consultada, estas reações demonstram afetação pelo que foi dito, mas não é melhor maneira de reagir ou a mais habilidosa, pois falar de si e dar conselhos tira o autorrevelador do foco da conversa e o coloca como ouvinte e pouco capaz de resolver seus problemas.

Foi verificado também que 14 idosos manifestaram pouco interesse pela autorrevelação da entrevistadora e apresentaram reações mínimas ao que foi dito como fazer pequenos comentários ou apenas repetir as palavras-chaves da autorrevelação. Outros idosos (10), pelo menos em uma das vezes que a pesquisadora falou de si, reagiram de forma bastante inadequada e impolida, tal como não esboçar nenhuma reação verbal ou não-verbal à sua autorrevelação ou falar de assunto totalmente diferente. Diante disso, pode-se afirmar que a maneira como muitos idosos reagiram à autorrevelação da pesquisadora foi pouco habilidosa socialmente.

De acordo com Trower, Bryant e Argyle (1978), as pessoas pouco habilidosas socialmente apresentam menor variabilidade dos temas da conversa, demonstram pouco interesse pelo outro e muito interesse por si mesmas. Segundo estes autores, as pessoas pouco

habilidosas socialmente, frequentemente, estão muito controladas por seus estados emocionais e interesses pessoais, demonstrando pouco interesse pelos sentimentos e perspectivas do outro, ou seja, apresentam déficits nas habilidades empáticas.

Diante de uma autorrevelação, o comportamento empático do ouvinte é muito importante. Para Falcone (2001), a empatia se manifesta pela capacidade do outro de compreender e manifestar compreensão acurada sobre os sentimentos e perspectivas da outra pessoa por meio de comentários sensíveis sobre o que ela disse, além de manifestar sentimentos de compaixão e interesse pelo bem-estar dela.

De acordo com Caballo (2003) não fazer perguntas, não responder aos comentários do interlocutor, emitir comentários incompatíveis com o que foi dito, não responder aos sinais de sincronização e aos sinais de atenção do interlocutor são comportamentos que comprometem uma conversação.

Silva (2009a) também aponta algumas classes de comportamento que podem comprometer a conversa: não considerar a perspectiva da outra pessoa; não fazer esforço para que a conversa seja agradável e polida; monopolizar os papéis de falante ou de ouvinte (falar em demasia, recusar assumir o papel de falante ou sair da posição de falante); delegar ao outro a responsabilidade de manter a conversa; apresentar sinais de desatenção; fornecer conselhos não solicitados e invalidar o que está sendo dito pelo o outro, alegando que sua experiência ou vivência é mais importante. Esses comportamentos caracterizam um estilo negativo de participação na conversa que este autor denominou de “ladrão de holofotes” (p. 206).

Enfim, todos estes comportamentos que comprometem a conversa, apresentados pelos autores acima parecem ter ocorrido com muitos idosos participantes da pesquisa, principalmente, após a autorrevelação da pesquisadora.

O que se percebe é que boa parte dos idosos (21) forneceu respostas e comentários amplos durante a conversa, porém esses comentários eram, em sua maioria, sobre seus próprios assuntos pessoais que, como foi visto anteriormente neste capítulo, eram autorrevelações. Apesar de os idosos falarem bastante sobre si mesmos e sobre suas experiência atuais e passadas, a maioria deles (26 idosos) não se interessou pela autorrevelação da pesquisadora, já que não fizeram perguntas e comentários mais amplos sobre o que ela disse. Suas reações mais comuns eram falar de suas experiências parecidas ou emitir um breve comentário sobre o que a entrevistadora disse e logo voltavam a falar de si.

É importante ressaltar que a pesquisadora procurou estimular os idosos a conversarem, independentemente do que eles estavam abordando, pois, quanto mais os idosos falassem, mais elementos de observação ela teria. Entretanto, em uma conversa informal do idoso com

parentes, amigos e conhecidos, estas reações poderiam ser inadequadas e comprometer a conversa, deixando-a assimétrica, por abordar somente o assunto de interesse do idoso sem considerar as necessidades, interesses e desejos do outro interlocutor.

Em uma conversa agradável não existe monopolização de papéis de falante ou de ouvinte nem de assuntos, já que estes, para serem agradáveis, devem ser de interesse comum dos interlocutores (Silva, 2002).

4.5 As habilidades comunicativas dos idosos e sua adequação para o estabelecimento de relações interpessoais segundo avaliação de juízes

As habilidades comunicativas dos idosos (representadas nos três aspectos descritos abaixo) foram avaliadas pelos seis juízes (avaliadores externos). Esses juízes assistiram a trechos dos vídeos, contento as gravações do teste de interação real planejada entre a pesquisadora e os idosos e atribuíram escores, para cada cena, que variaram de: 1 – ótimo; 2 – boa; 3 – razoável; 4 – ruim e 5 – péssima, para os seguintes aspectos:

A – As habilidades dos idosos para conversar;

B – As habilidades dos idosos para desenvolver relações interpessoais;

C – Supondo que os juízes estivessem conversando com os idosos, como avaliaram a interação.

As médias das respostas dos seis juízes e seus respectivos desvios padrões (dp) para as três questões acima estão representadas nas Tabelas 7 e 8, abaixo:

Tabela 7 – Escores médios e respectivos desvios padrões fornecidos pelos juízes para os idosos 1 a 15.

Idosos/avaliação	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
A															
Média	3,3	1,7	2,2	1,3	1,8	2,8	1,8	2,3	2	1,8	1,7	1,2	2,5	1,7	3,3
DP	0,8	0,5	0,7	0,5	0,7	0,7	0,4	0,5	0,9	1	0,5	0,4	0,8	0,5	1
B															
Média	2,8	1,3	2,3	1,8	2,2	3	1,7	2,2	2	2,3	1,8	1,2	3,5	2,7	2,7
DP	0,7	0,5	0,8	0,7	0,7	0,6	0,5	0,7	0,6	0,5	0,7	0,4	0,5	0,8	1
C															
Média	2,8	1,7	1,8	1,7	2	2,2	1,5	2,2	2	2,2	1,5	1,2	3,2	2	2,7
DP	0,4	0,8	0,7	0,8	0	0,4	0,5	0,7	0,6	1	0,5	0,4	1	0,6	1,2

Tabela 8 – Escores médios e respectivos desvios padrões fornecidos pelos juízes para os idosos 16 a 30.

Idosos/avaliação	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
A															
Média	2,3	1,7	2,3	2	3,5	2	3,8	2,5	3,7	2,5	4	2	2,2	2,5	1,8
DP	0,8	0,5	0,8	0	1	0,9	0,7	0,5	0,8	0,5	0,6	0	0,7	0,5	0,4
B															
Média	2	2	2,7	2,2	3,7	1,8	4	2,7	3,5	2,8	4,5	1,8	2,2	2,8	1,8
DP	0,9	0,6	0,8	0,4	0,8	0,7	0,6	0,5	0,8	0,7	0,8	0,4	0,4	0,4	0,4
C															
Média	1,8	1,7	2,3	2	3,5	1,8	3,5	2,2	3	2,2	3,7	2	1,8	2,3	1,7
DP	0,7	0,5	0,5	0	0,8	0,7	0,5	0,4	0,6	0,7	0,5	0,6	0,4	0,8	0,5

A média geral para os escores dos seis juízes para as habilidades de conversar dos idosos foi de 2,3 (dp: 0,6; escore mínimo: 1,2; escore máximo: 4). O escore médio para as habilidades de desenvolver relações interpessoais foi de 2,5, ou seja, no ponto médio entre uma boa habilidade e uma razoável (dp: 0,6; escore mínimo: 1,2; escore máximo: 4). A média das avaliações sobre uma interação hipotética com os idosos foi de 2,2 (dp: 0,6; escore mínimo: 1,2; escore máximo: 3,7).

Estes resultados indicam que, de maneira geral, as habilidades comunicativas dos idosos que envolvem as habilidades para conversar, as habilidades para desenvolver relações interpessoais e a interação com eles foram avaliadas como relativamente boas pelos juízes.

A análise das funções dos comportamentos apresentados pelos idosos e suas ocorrências e/ou frequências, de acordo com a literatura científica consultada, apresentou resultados que discrepam das avaliações dos juízes. De acordo com essas análises, poucos idosos apresentaram boas habilidades comunicativas, principalmente, quando reagiram à autorrevelação da pesquisadora, enquanto que os juízes as avaliaram como relativamente boas. No entanto, cabe destacar que os juízes não assistiram a toda a conversa de cada idoso com a pesquisadora, assistiram somente a alguns minutos da mesma enquanto faziam o treinamento para o teste da fidedignidade e durante este, propriamente dito. Supõe-se que, se os juízes tivessem assistido a toda a conversa, os escores poderiam ser diferentes para mais ou para menos. Cada um dos tipos de comunicação, apresentado em cada cena observada pelos juízes pode, ser adequado sob certas circunstâncias, mas pode ser problemático se aparecerem muito frequentemente. Outro aspecto relevante é o fato de os juízes serem estudantes de

psicologia, o que poderia favorecer uma atitude mais compreensiva para com os comportamentos dos idosos.

As comparações visuais entre as médias das avaliações dos juízes para os idosos que dominaram o turno da fala, os idosos que fizeram pequenos comentários, os idosos que fizeram comentários amplos e os idosos (6, 16, 20, 22 e 26) que demonstraram menos sinais não-verbais de interesse indicam pequenas variações entre os grupos, conforme Tabela 9 abaixo:

Tabela 9 – Escores médios da avaliação dos juízes entre grupos de idosos.

Subgrupos/habilidades comunicativas	Idosos que dominaram turno	Idosos que fizeram comentários amplos	Idosos que fizeram pequenos comentários	Idosos que apresentaram menos sinais não-verbais
Habilidades de conversar	2	2,1	2,9	3,3
Relações interpessoais	2,1	2,2	3,1	3,4
Interação com idosos	2	1,9	2,7	2,9

As médias dos três aspectos avaliados dos idosos que dominaram o turno da fala e as médias dos idosos que fizeram comentários amplos foram muito próximas, oscilando em um décimo para cima ou para baixo. Estes idosos foram mais bem avaliados pelos juízes quando comparados com os idosos que fizeram pequenos comentários e mais bem avaliados ainda que os idosos que apresentaram, com menor frequência, os comportamentos não-verbais de interesse. Estes últimos apresentaram os escores mais altos, sugerindo pior habilidade. As médias dos idosos que fizeram pequenos comentários e que apresentaram menos comportamentos não-verbais de interesse ficaram mais próximas do escore três, indicando habilidade razoável.

Os idosos que obtiveram escores médios acima de 3,5, o que significa habilidade razoável ou ruim foram:

Habilidades para conversar: idosos 20, 22, 24 e 26.

Habilidades para desenvolver relações interpessoais: idosos 13, 20, 22, 24 e 26.

Avaliação da interação: idosos 22 e 26.

Os idosos 22 e 26 foram os piores quanto à avaliação dos juízes nesses três aspectos e o idoso 20 em dois aspectos. De maneira geral, estes três idosos fitaram menos a face da pesquisadora, projetaram e inclinaram menos seu tórax na direção desta, marcaram menos suas falas com gestos de cabeça, tronco, braços e mãos, assentiram e sorriram pouco ou não assentiram e sorriram (22 e 26), fizeram pequenos comentários, não fizeram perguntas (20 e 22) ou fizeram poucas perguntas (26), tiveram como assunto falar de doença e tratamento e reclamar, forneceram poucas informações gratuitas (em média duas) e reagiram à autorrevelação da pesquisadora de forma mais inadequada do que adequada: o idoso 20 falou de si uma vez e, na outra, falou de outro assunto; o 22 ficou em silêncio uma vez e, na outra, falou de outro assunto e o 26 ficou em silêncio uma vez e, na outra, falou de si.

A forma e a frequência com que estes idosos apresentaram os comportamentos não-verbais e verbais durante a conversa com a pesquisadora demonstram baixas habilidades comunicativas e/ou falta de interesse pela conversa e outros problemas, sendo também percebidos, dessa forma, pelos juízes que os avaliaram pior do que os outros idosos.

Os idosos que obtiveram escores médios até 1,5, indicando habilidade comunicativa mais próxima à ótima, foram:

Habilidades para conversar: idosos 4 e 12.

Habilidades para desenvolver relações interpessoais: idosos 2 e 12.

Avaliação da interação: idosos 7, 11 e 12.

Esses cinco idosos (2, 4, 7, 11 e 12) apresentaram os comportamentos não-verbais de atenção e interesse com mais frequência. Por exemplo: a idosa 12 foi a que mais sorriu entre todos os idosos (sorriu em mais de 60% dos intervalos de observação). Estes idosos fizeram comentários mais amplos (a idosa 2 chegou a dominar o turno da fala), falaram sobre mais de dois assuntos diferentes, exceto a idosa 2 que falou sobre seu passado. Outro dado importante: esses idosos forneceram, em média, nove informações gratuitas, quantidade mais elevada do que a média desse tipo de comportamento para todos os idosos que foi de cinco. Esses idosos reagiram à autorrevelação da pesquisadora com comportamentos um pouco mais adequados do que aqueles mostrados pelos outros idosos: o idoso 2 fez perguntas e comentários amplos; os idosos 4, 7 e 12 fizeram pequenos comentários e falaram de si e o idoso 11 falou somente de si.

É importante destacar que a ocorrência mais elevada dos comportamentos de sorrir e de fornecer informações gratuitas foi correlacionada de forma significativa com uma melhor

avaliação dos juízes sobre as habilidades comunicativas dos idosos, com mais pessoas na rede social (somente o sorrir) e com mais apoios: afetivo e de interação social positiva, como se verá abaixo neste capítulo.

Percebe-se que os comportamentos não-verbais de interesse, principalmente o sorriso, os comportamentos verbais do tipo: fazer comentários mais amplos e fornecer mais informações gratuitas foram mais frequentes entre estes cinco idosos mais bem avaliados pelos juízes. Cabe ressaltar, novamente, que os juízes não assistiram a toda a conversa dos idosos com a pesquisadora, apenas algumas cenas de poucos minutos.

4.5.1 Correlação das habilidades comunicativas com o tempo de duração do teste de interação real planejada e com os comportamentos verbais e não-verbais dos idosos

Para interpretação dos valores do coeficiente de correlação (r), serão utilizados os parâmetros sugeridos por Dancey e Reidy (2005), sendo eles: $r = 0,10$ até $0,30$, correlação fraca; $r = 0,40$ até $0,60$, moderada e $r = 0,70$ até 1 , correlação forte. Quanto mais próximo de 1 (independente do sinal positivo ou negativo) maior é o grau de dependência estatística linear entre as variáveis.

As correlações de *Pearson*, entre os escores apresentados pelos juízes para as habilidades comunicativas e o tempo de duração do teste de interação real planejada de cada idoso, são as seguintes:

A – Correlação entre as avaliações dos juízes das habilidades dos idosos para conversar e as durações dos testes de interação planejada: $r = -0,40$, ($p < 0,05$; $gl = 28$). Correlação significativa moderada inversa.

B – Correlação entre as avaliações dos juízes das habilidades dos idosos para desenvolver relações interpessoais e as durações dos testes de interação planejada: $r = -0,43$, ($p < 0,05$; $gl = 28$). Correlação significativa moderada inversa.

C – Correlação entre as avaliações dos juízes sobre a situação hipotética de interação com os idosos e as durações dos testes de interação planejada: $r = -0,34$; ($p < 0,05$; $gl = 28$). Sem correlação significativa estatisticamente.

Estes resultados indicam, portanto, que, quanto maior o tempo de duração do teste de interação real planejada, melhores são as habilidades comunicativas dos idosos, principalmente, no desenvolvimento de conversas e de relações interpessoais (quanto menores são os escores dos juízes, melhores as habilidades comunicativas dos idosos).

Como foi descrito anteriormente, os idosos que falaram mais tempo, que fizeram comentários mais amplos e/ou que dominaram o turno da fala, que forneceram mais informações gratuitas e que foram mais expressivos em seus comportamentos não-verbais, foram mais bem avaliados pelos juízes. Estes comportamentos, portanto, estão associados com as melhores habilidades comunicativas.

Também foi feita uma análise correlacional (correlação de *Pearson*) entre as frequências e/ou ocorrências dos comportamentos verbais e não-verbais apresentados por cada um dos 30 idosos, durante a conversa com a pesquisadora e as notas médias dos seis juízes atribuídas para cada uma das três habilidades comunicativas descritas acima. Essas correlações são apresentadas na Tabela 10, abaixo.

Tabela 10 – Correlação de *Pearson* entre as habilidades comunicativas e os comportamentos verbais e não-verbais apresentados pelos 30 idosos.

Avaliação dos juízes / comportamentos da conversa	Habilidades para conversar	Habilidades para desenvolver relações interpessoais	Interação com os idosos
Orientar a face em direção ao interlocutor	-0,52**	-0,57**	-0,59**
Fitar a face do interlocutor	-0,61**	-0,61**	-0,60**
Inclinar o tórax em direção ao interlocutor	-0,08	-0,26	-0,08
Assentir a cabeça	-0,33	-0,39*	-0,26
Vocalizar	0,26	0,20	0,20
Sorrir	-0,49**	-0,54**	-0,49**
Marcar a própria fala com gestos	-0,39*	-0,38*	-0,31
Informações gratuitas	-0,38*	-0,44*	-0,33
Fazer perguntas	0,17	0,10	0,15
Falar sobre doenças e/ou tratamentos	0,03	0,10	0,02
Falar do passado	-0,32	-0,41*	-0,26
Falar sobre acontecimentos da instituição	-0,18	-0,23	-0,32
Falar sobre parentes e/ou amigos	-0,37	-0,27	-0,34
Reclamar	-0,07	-0,09	-0,02
Perguntas sobre a autorrevelação	-0,30	-0,32	-0,28

Continua

Continuação

Avaliação dos juízes / comportamentos da conversa	Habilidades para conversar	Habilidades para desenvolver relações interpessoais	Interação com os idosos
Repetir palavras-chave da autorrevelação	0,04	-0,11	0,03
Pequeno comentário da autorrevelação	-0,22	-0,27	-0,32
Comentário amplo da autorrevelação	-0,27	-0,26	-0,26
Falar de si após autorrevelação	-0,10	-0,06	-0,03
Dar conselhos após autorrevelação	-0,23	-0,12	-0,20
Falar outro assunto após autorrevelação	0,48*	0,56**	0,60**
Ficar em silêncio após autorrevelação	0,33	0,32	0,37

* r estatisticamente significativo para $p < 0,05$ e $gl = 28$.

** r estatisticamente significativo para $p < 0,01$ e $gl = 28$.

Percebe-se que alguns comportamentos não-verbais e verbais estão correlacionados inversamente e outros positivamente, com as avaliações dos juízes sobre as habilidades comunicativas dos idosos. Os coeficientes de correlação exibidos, na Tabela 10 acima, que foram marcados com um *, são estatisticamente significativos, considerando $p < 0,05$ e $gl = 28$ ($r_s > 0,375$ são estatisticamente significativos) e com dois **, também são significativos, porém com um $p < 0,01$ e $gl = 28$ ($r_s > 0,487$ são significativos).

Esta análise mostrou que existem correlações inversas moderadas entre os comportamentos de: orientar a face e o tórax em direção ao interlocutor, fitar diretamente a face do interlocutor e sorrir com as avaliações dos juízes sobre as habilidades comunicativas dos idosos. Esses comportamentos foram associados a uma boa capacidade comunicativa pelos juízes (menores escores indicam melhores habilidades comunicativas).

Uma correlação significativa inversa fraca também foi verificada entre os comportamentos de: assentir com a cabeça e falar do passado com as avaliações dos juízes sobre as habilidades dos idosos de desenvolver relações interpessoais, e entre os comportamentos de marcar a própria fala com gestos e fornecer informações gratuitas com as avaliações dos juízes sobre as habilidades dos idosos para conversar e habilidades de desenvolver relações interpessoais.

Ocorreram correlações inversas com vários outros comportamentos (26), porém com coeficientes estatisticamente não significativos. Entretanto, algumas dessas correlações se aproximam do nível de significância. Seria possível que elas fossem estatisticamente

significativas, caso os graus de liberdade fossem maiores (a quantidade de idosos fosse maior).

Ocorreu, também, correlação positiva moderada estatisticamente significativa entre o comportamento de falar de outro assunto após autorrevelação do interlocutor e as avaliações dos juízes. Os idosos que apresentaram este comportamento, com mais frequência, receberam escores mais elevados nas habilidades comunicativas, indicando uma pior habilidade. De acordo com a literatura consultada, o comportamento de falar sobre outro assunto, após uma autorrevelação, é uma forma inadequada e impolida de reagir.

Também ocorreram correlações positivas estatisticamente não significativas entre as avaliações dos juízes das habilidades dos idosos e os comportamentos de: ficar em silêncio após autorrevelação apresentada pelo interlocutor, vocalizar e fazer perguntas. As interpretações das frequências de ocorrência destes comportamentos já foram discutidas, anteriormente, neste capítulo, e estão em consonância com essas correlações apresentadas na Tabela 10 acima. Como exemplo, pode-se citar o comportamento de ficar em silêncio após autorrevelação apresentada pelo interlocutor que é forma inadequada de reagir e sugere dificuldades na forma de se comunicar. O comportamento de vocalizar ocorreu com mais frequência entre os idosos que fizeram pequenos comentários, que, por sua vez, receberam menores escores na avaliação dos juízes. O comportamento de fazer perguntas ocorreu, com baixa frequência, com a maioria dos idosos. Portanto, não ocorreram muitas correlações não significativas, no sentido inesperado.

Não foi feita uma análise correlacional sobre a extensão das respostas e comentários dos idosos, porque estes comportamentos foram analisados pelo tamanho dos comentários e respostas e não por suas frequências. Houve idosos que fizeram, em média, mais comentários amplos, porém fizeram poucos comentários, porque falaram bastante e continuamente sobre um só assunto. De outro modo, os idosos que fizeram, em média, mais comentários curtos, fizeram muitos, pois a pesquisadora os estimulavam a conversar por meio de perguntas a que eles respondiam brevemente.

Para avaliar se havia relação entre os escores médios das habilidades comunicativas dos idosos e as características de suas redes sociais, bem como, com o tipo de apoio recebido, torna-se necessário descrever e analisar os aspectos gerais da rede social dos idosos e do tipo de apoio recebido.

4.6 As relações interpessoais dos 30 idosos institucionalizados

Foram utilizados três instrumentos para identificar aspectos da rede social dos idosos e do tipo de apoio que eles recebiam. Um desses instrumentos foi a entrevista, por meio da qual foi possível identificar que: 29 idosos relataram possuir familiares vivos, sendo a maioria composta por irmãos e sobrinhos; um idoso era casado e oito tinham filhos e dois enteados. Portanto, a grande maioria dos idosos tinha familiares vivos, e muitos deles possuíam parentes próximos como irmãos (14 idosos tinham irmãos vivos), esposa e filhos.

A frequência de contato entre os idosos e seus familiares, de acordo com seus relatos, era variável: seis idosos relataram ter contato com os familiares pelo menos uma vez por semana; nove, uma vez por mês; cinco, algumas vezes ao ano; quatro, anualmente; um idoso relatou ter contato em intervalos maiores do que um ano, e cinco idosos relataram não ter mais contato com os familiares. A baixa frequência de contato ou o não contato não decorria da distância física da instituição e o local em que os familiares moravam, pois os familiares de 28 idosos moravam nas mesmas cidades onde se encontravam as instituições nas quais ocorreu a pesquisa, sendo essas cidades de pequeno porte.

Para os 24 idosos que tinham contato com os familiares, o relacionamento com, pelo menos, um dos parentes foi avaliado como bom, porém somente 10 idosos relataram receber algum tipo de ajuda dos familiares, como afeto, compreensão, acolhimento, roupas e dinheiro.

Esses dados demonstram que, embora 29 idosos possuíssem familiares vivos, somente 10 recebiam ajuda deles, sugerindo problemas financeiros dos familiares, mas, principalmente, relacionais, uma vez que o tipo de ajuda que foi indagada aos idosos não era somente material, mas afetiva, informativa e emocional também. Esta hipótese é confirmada quando se verifica que 47% dos idosos participantes da pesquisa foram institucionalizados por um membro da família, e o principal motivo alegado para a institucionalização (com 47% dos motivos) foi o de a família não querer manter o idoso em casa.

Como foi visto, no capítulo sobre as instituições de longa permanência para idosos e a situação da institucionalização do presente estudo, o ambiente familiar que deveria ser o local de proteção e amparo do idoso, acaba por abandoná-lo, ao lhe institucionalizar, o que indica a existência de conflitos entre eles. Isso fica ainda mais evidente quando se considera que a maioria dos idosos participantes da pesquisa (exceto seis deficientes físicos, usuários de cadeira de rodas) teria condições físicas e financeiras de permanecer no lar sem qualquer tipo de ajuda para realizar as atividades de vida diária (evidências, nesse sentido, serão

apresentadas mais abaixo, neste capítulo). Estes idosos não requeriam cuidados físicos nem financeiros para ficarem em seus lares, visto que eles eram aposentados.

Esses resultados estão de acordo com as pesquisas que apontam os conflitos e desarranjos familiares como os motivos mais frequentes da institucionalização dos idosos. O apoio social trocado num ambiente familiar em que os laços afetivos foram fortemente desenvolvidos entre seus membros é muito importante, pois, conforme Resende, Bones, Souza e Guimarães (2006) o apoio social ajuda as pessoas a conferirem sentido e controle sobre suas próprias vidas.

Os apoios afetivos e/ou emocionais são também muito importantes, pois é, por meio das trocas de experiências e afetos e da escuta interessada e respeitosa que a pessoa sente-se amada, acolhida, querida, compreendida e mais capaz de enfrentar os obstáculos da vida, principalmente na velhice (Martins, 2005).

Com relação aos problemas físicos e de saúde que os idosos participantes da pesquisa apresentavam, verifica-se que nenhum deles possuía, no momento da aplicação dos instrumentos da pesquisa, problema grave de saúde que os deixassem acamados e/ou necessitados de cuidados médicos constantes. Aparentemente todos estavam dispostos e lúcidos, o que é confirmado pelos seus prontuários médicos em que constava que eles estavam bem. Alguns idosos apresentavam comprometimentos adquiridos com o envelhecimento que não os impediam de realizar suas atividades de vida diária (AVD) sem ajuda, exceto seis idosos que eram deficientes físicos, conforme pode ser observado na Tabela 11 abaixo:

Tabela 11 – Tipos de dificuldades e deficiências dos 30 idosos participantes da pesquisa.

Deficiências e dificuldades/idosos	Quantidade de idosos
Deficiência física (usuários de cadeira de rodas)	6 idosos
Dificuldade para deambular	3 idosos
Dificuldade auditiva	3 idosos
Dificuldade para falar	2 idosos
Dificuldade visual	2 idosos
Nenhuma dificuldade ou limitação	16 idosos

Como pode ser observado na Tabela 11 acima, 16 idosos não apresentavam nenhuma dificuldade ou limitação física aparente ou relatada por eles. Os idosos que apresentavam

dificuldades auditivas, visuais e para falar não eram surdos, cegos ou afônicos, respectivamente, e os que tinham dificuldade para deambular, andavam bem com ajuda de uma bengala.

Os seis idosos, deficientes físicos, que utilizavam cadeira de rodas necessitavam de auxílio para deslocar suas cadeiras nas rampas da instituição, bem como para sair e voltar para cadeira, mas não tinham comprometimentos de tronco, braços e mãos o que permitia que realizassem deslocamentos de suas cadeiras em locais planos, bem como alimentar sozinhos, fazer a higiene pessoal com as mãos e outras atividades.

Os idosos entrevistados não eram de alta dependência. Ao contrário, estes idosos eram bastante independentes e autônomos e, inclusive, nove deles ajudavam nas atividades da instituição como auxiliares de cozinha, de limpeza e no cuidado de outros idosos.

A falta de motivos relacionados a doenças, comprometimentos físicos e mentais e a problemas financeiros que justifiquem a institucionalização dos idosos, realça os problemas de relacionamento familiar como possível causa para essa institucionalização. De acordo com a literatura consultada, há indicações de que, para uma família institucionalizar um idoso que não seja por motivo financeiro ou pela necessidade de cuidados especializados, as relações entre eles, possivelmente, já estavam deterioradas (Ferrari, 1991; Born & Boechat, 2002; Telles Filho & Petrilli Filho, 2002; Bulla & Mediondo, 2004; Herédia, Cortelletti & Casara, 2004a; Moser, 2005; Faleiros & Justo, 2007).

Não se trata de um processo de mão única, sendo só a família responsável pelo comprometimento do vínculo afetivo com o idoso. Deve-se considerar, além das dificuldades financeiras e da aceleração do ritmo da vida atual que contribuem para que os familiares reduzam seus contatos com os idosos, a existência de algumas características comportamentais ou de personalidade do idoso que dificultam o estabelecimento e/ou o fortalecimento dos vínculos afetivos com os familiares e comprometem a relação entre eles.

Sobre as relações de amizade com pessoas de fora da instituição, de acordo com dados obtidos pela entrevista, 25 idosos (15 idosas e 10 idosos) tinham em média 2,8 amigos cada. Dentre os amigos citados, 59% eram do sexo feminino e 41% do sexo masculino. Idosas tinham mais amigas do sexo feminino (76%) e idosos, mais amigos do sexo masculino (90%). Dos 71 amigos relatados pelos 25 idosos, a maioria era de longa data.

A frequência de contato entre eles era, na maioria das vezes, mensal. Todos os idosos que tinham amigos de fora da instituição disseram que o relacionamento com eles era bom. Além disso, 20 idosos relataram receber ajuda dos amigos, o dobro dos idosos que relataram receber ajuda de familiares.

A literatura consultada aponta que idosos que residem em seus lares recebem mais apoio dos familiares (Resende et al., 2006). Embora o apoio social oferecido pelos familiares seja a forma mais comum, este tipo de apoio nem sempre é o mais satisfatório, pois as trocas entre amigos são mais voluntárias, calcadas em interesses mútuos e necessidades sociais. Por isso, essas relações apresentam níveis mais elevados de reciprocidade.

No caso dos idosos participantes desta pesquisa, pode-se inferir que a relação com amigos parece não estar tão comprometida quanto a com os familiares. Por isso, eles recebiam mais ajuda dos amigos. Como será visto mais abaixo, neste capítulo, a rede social dos idosos era mais composta por amigos, sendo deles que os idosos recebiam mais apoio.

Para Ramos (2002), o contato com os amigos parece aumentar o sentimento de utilidade do idoso, pois estas trocas são mais recíprocas. Os contatos sociais, fora da esfera familiar, são mais voluntários e com menor peso de obrigação social e, por isso, são menos desiguais.

Sustentando os mesmos argumentos, Neri (2001a) afirma que os relacionamentos com amigos podem ser mais benéficos por serem de livre escolha e mais funcionais no atendimento das necessidades afetivas dos idosos envolvidos.

Com relação ao desenvolvimento da amizade dentro da instituição, 24 idosos (13 idosas e 11 idosos) relataram que conseguiram fazer amigos dentro da instituição (em média 2,1 amigos por idoso). Idosas tinham mais amigas (88%); e idosos mais amigos (80%), sugerindo que os papéis de gênero tem um peso razoável sobre suas escolhas. De acordo com o relato de alguns idosos participantes da pesquisa, a busca de contato com um idoso do outro sexo pode significar interesse amoroso. Outro fator que pode contribuir para estas escolhas é a separação de alas masculinas e femininas nas instituições, com acesso restrito aos idosos de cada ala, embora existam locais, como: refeitório, sala de televisão, pátio, capela e outros onde idosas e idosos frequentavam sem restrições.

Diferentemente dos amigos de fora da instituição, o tempo de relacionamento com a maioria dos amigos de dentro da instituição era menor, em média cinco anos. Dentre os amigos da instituição, 69% são internos e 31% funcionários. Embora a instituição seja um ambiente propício para o desenvolvimento de amizades pela proximidade física entre os idosos, pelo contato diário, pela semelhança de idade e outros (Fehr 1996 citado por Souza & Hutz, 2008), somente 24 idosos fizeram relações de amizade na instituição e, ainda assim, alguns deles fizeram amizade exclusivamente com funcionários. Em média, os idosos tinham 1,3 amigos que eram internos da instituição. Os 24 idosos avaliaram o relacionamento com os amigos da instituição como bom e 21 disseram receber ajuda deles.

Estes resultados estão de acordo com os da pesquisa Silva et al. (2006) sobre o desenvolvimento de amizades na instituição asilar. Estas autoras observaram que, dificilmente, a amizade espontânea ocorria entre os idosos institucionalizados, pois a maioria deles parecia não estar disposta a se deixar envolver afetivamente em uma relação de amizade com os outros idosos da instituição. É comum observar insensibilidade e desinteresse pela construção de amizades entre os idosos institucionalizados.

De acordo com Neri (2001a), a manutenção de relações sociais com familiares e amigos da mesma geração favorece o bem-estar psicológico e social dos idosos. Entretanto, a manutenção desta relação não depende somente do repertório socialmente habilidoso do idoso, mas também da disponibilidade e motivação dos familiares e amigos para irem até a instituição asilar. Dados de pesquisa demonstram que, com o tempo, os familiares e amigos vão diminuindo as visitas aos asilos (Born, 1996).

4.6.1 Composição da rede social dos idosos de acordo com dados do diagrama de escolta

De acordo com os dados obtidos pelo diagrama de escolta, foi possível identificar que a rede social dos idosos é composta, por em média, 6,2 pessoas (dp:3). A quantidade de pessoas da rede social de cada um dos 30 idosos e sua divisão de acordo com sexo dos integrantes da rede está representada nas duas Tabelas (12 e 13) abaixo:

Tabela 12 – Quantidade de pessoas que compõem a rede social dos idosos 1 a 15.

Idosos/rede social	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
N.pessoas	2	7	5	7	5	4	5	7	7	3	7	10	0	6	0
Sexo															
F	2	5	3	6	4	3	3	2	7	2	5	7	0	3	0
M	0	2	2	1	1	1	2	5	0	1	2	3	0	3	0

Tabela 13 – Quantidade de pessoas que compõem a rede social dos idosos 16 a 30.

Idosos/rede social	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
N.pessoas	7	8	7	9	6	8	4	12	11	6	1	8	5	7	11
F	3	4	5	9	6	1	1	5	5	2	0	6	3	2	11
Sexo															
M	4	4	2	0	0	7	3	7	6	4	1	2	2	5	0

Ao todo, os idosos relataram possuir 185 pessoas em suas redes, sendo a maioria do sexo feminino – 115 pessoas, o que equivale a 62% da rede e 70 pessoas do sexo masculino (38% da rede). Deste total de pessoas, 170 (92%) foram inseridas no círculo interno do diagrama de escolta por serem consideradas pessoas muito importantes e mais próximas, 14 pessoas (7,5%) foram inseridas no círculo intermediário desse diagrama por serem consideradas importantes, porém menos próximas e uma pessoa (0,5%) foi colocada no círculo externo por ser considerada importante, mas distante.

A quantidade média de pessoas que compõem a rede social dos idosos participantes da pesquisa que é de 6,2 pessoas é bem menor do que a média de 12 pessoas da rede social de idosos não institucionalizados, descrita nos estudos abaixo.

Nogueira (2001) realizou um estudo comparativo sobre a rede social de 300 pessoas (metade de cada sexo) pertencentes a três faixas etárias: adulto jovem, meia idade e idosos. Estes últimos tinham idades entre 65 e 75 anos, a maioria era casada, aposentada e com nível educacional fundamental. Este estudo verificou que os idosos possuíam uma rede composta por 12 pessoas (a menor rede desses três grupos etários). De maneira geral, havia mais mulheres nas redes do que homens. A rede dos idosos era mais composta por pessoas mais novas, mais próximas afetivamente e familiares.

Freire, Resende e Rabelo (2004) identificaram a composição da rede social de idosos que frequentavam centros socioeducativos e verificaram que suas redes sociais eram compostas, em média, por 12 pessoas, sendo que a maior parte dessas pessoas era membro da família, do sexo feminino e mais jovem.

Resende, Silva, Cardoso, Caixeta e Braga (2004) realizaram um estudo sobre a rede social de 25 mulheres com mais de 50 anos e verificaram que a rede social dessas mulheres era composta, em média, por 14 pessoas.

Estudo com objetivos semelhantes também foi realizado por Braga, Cardoso e Resende (2005), citados por Resende et al. (2006), sobre a rede social de 42 idosos, que

tinham, em média, 74 anos de idade, sendo a maioria do sexo feminino, viúva, aposentada ou pensionista e que vivia só. A rede social destes idosos era composta, em média, por nove pessoas.

Resende et al. (2006) realizaram um estudo sobre a rede de relações de 90 pessoas, com idades entre 25 e 85 anos. A maioria dos participantes era casada. A rede social dessas 90 pessoas era composta por 12 pessoas, em média, sendo constituída, principalmente, por familiares, mulheres e pessoas mais jovens e com idades semelhantes.

A comparação entre estes resultados sugere que os idosos institucionalizados apresentam mais dificuldades para conseguir uma rede social de apoio mais ampla. Inúmeras hipóteses podem explicar este fenômeno, como: baixa motivação e/ou habilidade comunicativa para o estabelecimento de novas relações interpessoais; posse de uma rede social menor antes da institucionalização; falta de oportunidades para manter uma rede composta por amigos de longa data e familiares; baixa motivação e/ou habilidades para desenvolver amizades com os demais internos da instituição e outras.

Na presente pesquisa e em alguns estudos citados acima, percebe-se que as mulheres foram apontadas com mais frequência na composição da rede social dos idosos. Para Neri (2001b), as mulheres têm mais oportunidade de aprendizagem social e, por isso, são menos agressivas, mais expressivas, envolvidas, solidárias, sugestionáveis e mais relacionadas socialmente que os homens. Outro fator que justifica a presença de mais mulheres do que homens na rede social dos idosos é que, no Brasil, a população de idosas é maior do que a de idosos. Conforme os dados referentes ao ano de 2003, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2004), as mulheres brasileiras viviam, em média, 7,6 anos a mais do que os homens brasileiros.

Souza e Hutz (2008) afirmam que as amizades entre as mulheres são de melhor qualidade do que entre os homens. As relações de amizade entre as mulheres são mais íntimas, divertidas, próximas e envolvem mais trocas afetivas, enquanto as amizades entre os homens valorizam as atividades conjuntas e são mais instrumentais.

Foram observadas variações na quantidade de pessoas que compõem a rede dos idosos participantes da pesquisa. As idosas tinham uma rede um pouco menor do que os idosos, com uma média de 5,9 pessoas por idosa, das quais 74% eram do sexo feminino. Os idosos tinham uma rede constituída, por, em média, 6,5 pessoas, sendo composta por quantidades semelhantes de mulheres (48%) e homens (52%).

Ao comparar o número médio de pessoas que compõem a rede social, das 17 idosas que participaram desse estudo, que é de 5,9 com a quantidade média, de 14 pessoas, da rede

social de 25 mulheres de mais de 50 anos do estudo de Resende et al. (2004), verifica-se que a rede das idosas institucionalizadas possui menos da metade da quantidade de pessoas das redes de idosas não institucionalizadas. O estudo de Resende et al. (2004) ainda aponta que a grande maioria das pessoas que compõe a rede dessas 25 mulheres é mais nova, do sexo feminino e faz parte de sua família, o que difere da rede das idosas institucionalizadas que é mais composta por amigos e pessoas com idades semelhantes às suas próprias idades.

Existem apenas pequenas variações entre o número médio de pessoas das redes sociais dos idosos dos três seguintes grupos: idosos que fizeram pequenos comentários, idosos que fizeram comentários amplos e idosos que dominaram o turno da fala. Os idosos que dominaram o turno da fala tinham, em média, seis pessoas na rede, os idosos que fizeram comentários mais amplos tinham 7,1 pessoas, enquanto os idosos que fizeram pequenos comentários tinham 4,8 pessoas.

Estes dados sugerem que as variações no tamanho dos comentários e apresentação de outros comportamentos verbais e não-verbais de interesse parecem estar relacionadas com a capacidade de conquistar e manter pessoas na rede. Por exemplo, os idosos que fizeram pequenos comentários também apresentaram os comportamentos não-verbais de interesse com menor frequência, bem como forneceram menos informações gratuitas e apresentaram mais comportamentos inadequados diante da autorrevelação da pesquisadora. Estes idosos também foram avaliados de forma mais desfavorável pelos juízes em suas habilidades comunicativas. Ao analisar a quantidade de pessoas de suas redes, percebe-se que ela é um pouco menor do que os demais idosos participantes da pesquisa, principalmente, em comparação com os idosos que fizeram comentários amplos: a diferença entre as redes destes dois grupos é de cerca, de 2,3 pessoas a menos para os idosos que fizeram pequenos comentários.

Outro dado importante é que os idosos que dominaram o turno da fala apresentaram uma rede um pouco menor do que a dos idosos que fizeram comentários mais amplos, cerca de 1,1 pessoa a menos, sugerindo que a monopolização de papéis de falante e de assuntos pode ser uma característica que influencia negativamente na interação. A literatura científica postula afirmações semelhantes, como foi abordado mais acima neste capítulo.

4.6.2 Correlação da quantidade de pessoas na rede social com as habilidades comunicativas dos idosos e com seus comportamentos verbais e não-verbais

Foi calculada a correlação de *Pearson* entre a quantidade de pessoas que compõem a rede social dos idosos e a avaliação dos juízes das três habilidades comunicativas dos idosos, conforme dados a seguir:

A – Suas habilidades para conversar: $r = -0,41$ ($p < 0,05$; $gl = 28$).

B – Suas habilidades para desenvolver relações interpessoais: $r = -0,45$ ($p < 0,05$; $gl = 28$).

C – Se os juízes estivessem conversando com os idosos, como avaliariam a interação: $r = -0,49$ ($p < 0,01$; $gl = 28$).

Foram constatadas correlações inversas moderadas entre a avaliação dos juízes das três habilidades comunicativas dos idosos e a quantidade de pessoas em suas redes sociais, ou seja, quanto maiores os escores dos juízes sobre as habilidades comunicativas dos idosos (escores mais elevados indicam pior habilidade comunicativa), menor a quantidade de pessoas na rede social. Estes resultados indicam, portanto, que uma má habilidade comunicativa dificulta a conquista e a manutenção de muitas pessoas na rede e vice versa.

Também foi calculada a correlação de *Pearson* entre cada um dos comportamentos verbais e não-verbais apresentados pelos idosos e a quantidade de pessoas que eles declararam haver em suas redes sociais. Essas correlações estão apresentadas na Tabela 14, abaixo.

Tabela 14 – Correlação de *Pearson* entre os comportamentos verbais e não-verbais apresentados pelos 30 idosos e a quantidade de pessoas na rede social.

Comportamentos dos idosos/correlação com quantidade de pessoas na rede social	Rede social
Orientar a face em direção ao interlocutor	0,26
Fitar a face do interlocutor	0,31
Inclinar o tórax em direção ao interlocutor	-0,30
Vocalizar	-0,18
Assentir	0,18

Continua

Continuação

Comportamentos dos idosos/correlação com quantidade de pessoas na rede social	Rede social
Sorrir	0,54**
Marcar a própria fala com gestos	-0,13
Informações gratuitas	0,09
Fazer perguntas	-0,55**
Falar sobre doenças e/ou tratamentos	0,17
Falar do passado	-0,19
Falar sobre acontecimentos da instituição	-0,05
Falar sobre parentes e/ou amigos	0,35
Reclamar	-0,11
Perguntas sobre a autorrevelação	0,28
Repetir palavras-chave da autorrevelação	-0,37
Pequeno comentário da autorrevelação	-0,02
Comentário amplo da autorrevelação	0,01
Falar de si após autorrevelação	0,32
Dar conselhos após autorrevelação	-0,07
Falar outro assunto após autorrevelação	-0,24
Ficar em silêncio após autorrevelação	0,25

** r estatisticamente significativo para $p < 0,01$ e $gl = 28$.

A Tabela 14 acima mostra uma correlação significativa positiva moderada entre o comportamento de sorrir e a quantidade de pessoas na rede social ($r = 0,54^*$), assim como uma correlação significativa inversa moderada entre o comportamento de fazer perguntas e o tamanho da rede social ($r = -0,55^*$).

Estes resultados sugerem que a ocorrência mais elevada do comportamento de sorrir está relacionada com a uma maior quantidade de pessoas na rede social. A literatura científica aponta esta relação ao descrever que o sorriso sincero e apropriado tem o poder de abrir os canais da comunicação, pois o sorriso genuíno é uma forma de demonstrar interesse, aceitação e simpatia. O comportamento de sorrir também foi relacionado com uma melhor habilidade comunicativa, conforme dados apresentados na Tabela 10 do presente capítulo.

Foi observada uma correlação inversa entre comportamento de fazer perguntas e a quantidade de pessoas na rede, ou seja, uma frequência mais elevada deste comportamento

está relacionada a um menor número de pessoas na rede social dos idosos participantes da pesquisa. Este é um dado discrepante da literatura científica que aponta as perguntas tendo uma função importante na conversa, pois expressam interesse pelo que está sendo dito. No caso dos idosos participantes da pesquisa, ocorreu um fenômeno interessante: eles fizeram poucas perguntas durante o teste de interação real planejada, e, ainda assim, boa parte destas não era de esclarecimento sobre o que a pesquisadora estava dizendo, mas perguntas para realçar o que eles próprios estavam falando. Essas perguntas pareciam ser inconvenientes. Novas pesquisas devem ser feitas para aprofundar esta questão.

Também é importante ressaltar que ocorreu uma correlação inversa não significativa entre a quantidade de perguntas e a avaliação dos juízes sobre as habilidades comunicativas dos idosos (ver Tabela 10 acima, neste capítulo), reforçando ainda mais a indicação que existe uma relação inversa entre perguntas e quantidade de pessoas na rede social.

Ocorreram outras correlações positivas e inversas entre os comportamentos apresentados pelos idosos e a quantidade de pessoas na rede, porém não significativas. Essas correlações não apontam uma tendência específica. Ao todo, ocorreram dez correlações positivas não significativas entre os comportamentos e a quantidade de pessoas na rede. Dentre essas correlações estão os comportamentos de: orientar a face e tórax em direção ao interlocutor, fixar a face do interlocutor, fazer perguntas da autorrevelação. Os três são comportamentos apropriados para uma boa conversa. Outras correlações não significativas positivas ocorreram com comportamentos não apropriados para a conversa, o que seria não esperado, de acordo com a literatura científica, como por exemplo, com comportamento de ficar em silêncio após autorrevelação.

Também ocorreram dez correlações inversas estatisticamente não significativas, entre os comportamentos dos idosos com a quantidade de pessoas na rede. Alguns destes comportamentos como vocalizar (comportamento frequente entre os idosos que fizeram pequenos comentários), reclamar e falar de outro assunto após autorrevelação são comportamentos pouco apropriados em uma interação. Nestes casos, de acordo com a literatura científica dessa área, isso era esperado. Entretanto, alguns comportamentos que são adequados para uma conversa, como o de inclinar o tórax em direção ao interlocutor estava relacionado inversamente com a quantidade de pessoas na rede, o que não seria esperado, segundo essa literatura. Como essas correlações não são significativas, elas podem, perfeitamente, terem ocorrido devido ao acaso.

De acordo com Del Prette e Del Prette (2002), na velhice, ocorre uma diminuição das capacidades sensoriais e da prontidão para a resposta, fazendo com que outras habilidades,

como a de estabelecer e manter contato social tenha um papel importante para compensação dessas perdas. Quanto melhor for a capacidade do idoso de estabelecer um bom contato social, mais ele será capaz de desenvolver e manter sua rede social de apoio.

As habilidades sociais são essenciais no processo de adaptação e incorporação de novos papéis na vida do idoso. Um indivíduo socialmente habilidoso terá uma rede de relação social mais desenvolvida, com relações mais íntimas e intensas e, assim, terá mais oportunidades de aprender as melhores formas de comunicação e de convívio social (Gray, Ventis, & Hayslip, 1992).

Os grupos de pessoas citadas pelos idosos como integrantes de suas redes sociais eram: amigos (36% do total das pessoas citadas), familiares (30%), funcionários da instituição (19%) e demais internos (15%). Com relação aos familiares, a maior parte era constituída de sobrinhos (34%).

Não houve variações qualitativas no grupo de pessoas que compõem a rede dos idosos. Por exemplo, idosos que fizeram comentários amplos, que dominaram o turno da fala e que fizeram pequenos comentários, possuíam a rede composta por: amigos, parentes, funcionários e internos. O que variou foi a quantidade de pessoas na rede.

A média de idade das pessoas que faziam parte da rede social dos idosos é apresentada na Figura 8 abaixo:

Figura 8 – Média de idade das pessoas que compõem a rede social dos 30 idosos.

Boa parte (35%) dos integrantes da rede social dos idosos tinha 60 anos ou mais, ou seja, idades próximas às deles. Outra parcela razoável (34%) era composta por pessoas de 41 a 60 anos. Assim, a grande maioria das pessoas da rede social destes idosos tinha mais de 40

anos, por outro lado, o contato com pessoas bem mais jovens, com menos de 20 anos era muito menor, visto que estes representavam apenas 3% de suas redes.

A média de idade das pessoas da rede social dos idosos participantes dessa pesquisa é diferente da média de idade das pessoas da rede social de idosos não institucionalizados, de acordo com os dados apresentados em outros estudos, como os de Nogueira (2001); de Freire et al. (2004); de Resende et al. (2006), citados acima neste capítulo. Estes autores verificaram que a rede social de idosos não institucionalizados é composta, principalmente, por pessoas mais jovens e familiares como: filhos, genros, noras e netos. A rede social dos idosos participantes da pesquisa é composta mais por pessoas com idades semelhantes ou um pouco mais novas, entre 41 e 60 anos.

O tempo de relação dos idosos com os integrantes de suas redes era bastante variável. Com algumas pessoas, os idosos tinham menos tempo de relação, como, por exemplo, com os internos e funcionários da instituição; com outras pessoas tinham muitos anos de relação, como os parentes e amigos de fora da instituição.

Com relação à frequência de contato entre os idosos e as pessoas de suas redes, foi possível verificar que eles mantinham contato diário com 34% dos integrantes de suas redes, os quais eram os internos e funcionários da instituição e não os familiares e amigos.

O contato com o restante das pessoas da rede era: semanal (11% dos integrantes) mensal (15%), algumas vezes ao ano (11%), anualmente (10%) e em intervalos de tempo maior do que um ano (12%). Sete por cento das pessoas da rede social dos idosos nunca foram à instituição em que eles residiam.

Verificou-se que 26% das pessoas da rede social dos idosos os visitavam semanalmente ou mensalmente, mas 33% das pessoas tinham contatos mais esporádicos, sendo, algumas vezes ao ano, anualmente ou em intervalos maiores do que um ano. Ademais 7% dos integrantes da rede dos idosos nunca os visitaram na instituição. Esta baixa frequência de contato, de poucas vezes ao ano ou mais, não é justificada pela distância da instituição da casa do integrante da rede, pois somente 8% das pessoas citadas na rede social dos idosos residiam em outros municípios.

De acordo com as informações sobre a distância entre a casa dos integrantes da rede social e a instituição em que os idosos residiam, medida em tempo de deslocamento de carro, verifica-se que 34% dos integrantes eram internos ou funcionários da instituição, estando, portanto, no mesmo local em que residia o idoso, ou em boa parte do tempo na instituição, como no caso dos funcionários. Os demais integrantes, 34% residiam a uma distância de até 10 minutos de deslocamento de carro; 12% em até 20 minutos; 6% em até 30 minutos; 6% em

distâncias entre 31 minutos e 60 minutos e 8% em outros municípios, com uma distância superior a 61 minutos de deslocamento de carro.

Percebe-se que distância não é o principal motivo do baixo contato ou do não contato de alguns familiares e amigos de fora da instituição com o idoso, pois a maioria residia relativamente próxima ao asilo.

4.6.3 Número médio de pessoas que forneciam e recebiam apoio dos 30 idosos

Dentre as pessoas que compõem a rede social dos idosos, foram identificadas as que forneciam e recebiam apoio dos idosos na forma de: confidenciar coisas importantes; ser estimulado e/ou tranquilizado em momentos de incerteza; ser respeitado; ser cuidado em situação de doença; conversar quando está triste, nervoso ou deprimido e conversar sobre sua própria saúde.

De maneira geral, os idosos recebiam e forneciam apoio de poucas pessoas de suas redes, ocorrendo também variações entre grupos de idosos, conforme dados da Tabela 15.

Tabela 15 – Média de pessoas da rede social e de pessoas que forneciam e recebiam apoio dos 30 idosos.

Subgrupos de idosos/apoio	Idosos que dominaram o turno da fala	Idosos que fizeram comentários amplos	Idosos que fizeram pequenos comentários	Total Geral
Média de pessoas rede	6	7,1	4,8	6,2
Média de pessoas de quem os idosos recebiam apoio	1,9	0,9	1,1	1,3
Media de pessoas para as quais os idosos forneciam apoio	0,9	0,5	0,6	0,7

Analisando os dados da Tabela 15 acima, percebe-se que, de maneira geral, embora os idosos possuíssem uma média de 6,2 de pessoas em sua rede, eles recebiam apoio de apenas 1,3 pessoas e ofereciam para 0,7 pessoas, ou seja, 19% das pessoas que integravam a rede social forneciam apoio aos idosos e somente 11% recebiam apoio desses.

O idoso institucionalizado vai distanciando de seus familiares e amigos. Como consequência, perde suas referências de apoio externo e tem que se adaptar à rotina da

instituição. O idoso desamparado tem dificuldades para estabelecer uma nova rede social de apoio, ficando cada vez mais isolado, principalmente, se a instituição não estimula o contato entre os próprios idosos.

Os idosos que dominaram o turno da fala citaram uma média de seis pessoas em suas redes e afirmaram que recebiam apoio de, em média, 1,9 pessoas de sua rede (o que equivale a 31% dos integrantes da rede social), e forneciam para 0,9 pessoas da sua rede (15% dos integrantes da rede). Em contrapartida, os idosos que fizeram comentários amplos tinham uma rede composta por mais pessoas (em média, 7,1), mas recebiam apoio de, em média, 0,9 pessoas da rede (o que equivale a 13% do total de pessoas da rede) e ofereciam para uma média de 0,5 pessoas (7% de pessoas da rede).

Os idosos que fizeram pequenos comentários parecem possuir uma rede menor (em média 4,8 pessoas), entretanto recebiam apoio de, em média, 1,1 pessoas da rede (22%) e ofereciam para 0,6 pessoas (15%), sendo uma quantidade um pouco mais elevada do que os idosos que fizeram comentários amplos, porém menor do que a de idosos que dominaram o turno da fala.

Estes dados sugerem que os idosos que dominaram o turno da fala pareciam conseguir mobilizar um pouco mais de pessoas de suas redes para trocar apoio, embora esse apoio seja de poucas pessoas quando comparado com o tamanho relativo de suas redes sociais.

Outro dado que deve ser considerado é que os idosos pareciam receber apoio de mais pessoas da rede social em comparação com quantidade de pessoas para as quais forneciam apoio: média de 1,3 pessoas (19% dos integrantes da rede) e 0,7 pessoas (11%), respectivamente. Estes dados sugerem uma troca desequilibrada entre os idosos e os membros de suas redes que os apoiavam. Para estabelecimento de boas relações sociais, as trocas entre as pessoas devem ser igualitárias.

De acordo com Ramos (2002), o apoio social deva ser balanceado, ou seja, as trocas entre quem oferece e quem recebe apoio devem ser equilibradas para que os efeitos positivos do apoio se sobreponham. Nas situações em que as pessoas percebem que recebem mais ajuda do que podem retribuir, elas passam a se sentir como um peso ou que devem obrigações para quem forneceu o apoio. Quando oferecem mais apoio do que recebem, sentem-se exploradas.

Percebe-se que o idoso, em função de algumas limitações, necessita, muitas vezes, de apoio material, como por exemplo, o auxílio no deslocamento de trechos com barreiras, degraus e rampas, além de ajuda para carregar objetos pesados e outros. Como retribuição, o idoso poderia fornecer uma conversa agradável, o que deixaria a relação de trocas mais equilibrada.

As trocas que ocorrem em uma rede de apoio funcionam como um processo recíproco que gera efeitos positivos tanto em quem o oferece como em quem o recebe, desde que sejam mais ou menos equilibradas, favorecendo para que ambos tenham um sentido de controle sobre as próprias vidas (Resende et al., 2006).

Também é importante identificar de quem os idosos recebiam e ofereciam mais apoio, conforme dados da Tabela 16 abaixo.

Tabela 16 – Quantidade total de pessoas de diferentes grupos que forneciam e recebiam apoio dos 30 idosos.

Rede social/apoio	Parentes	Amigos	Internos	Funcionários	Total
Total de pessoas que forneciam apoio aos idosos	8	13	7	8	36
% pessoas que forneciam apoio	22%	36%	20%	22%	100%
Total de pessoas que recebiam apoio dos idosos	7	4	7	2	20
% pessoas que recebiam apoio	35%	20%	35%	10%	100%

Dentre as pessoas que os idosos recebiam apoio, destacam-se: os amigos, representando 36% do total de pessoas, seguidos por parentes e funcionários com 22% cada e internos, com 20%. Estes dados são semelhantes à análise dos dados das entrevistas sobre a ajuda que os idosos recebiam. Apesar de 29 idosos terem familiares vivos, não eram eles que forneciam mais apoio para os idosos e sim, os amigos de fora da instituição.

Os idosos forneciam apoio para parentes e internos com 35% cada, seguidos por amigos (20%) e funcionários (10%). Estes dados demonstram que, apesar de os idosos receberem mais apoio de amigos de fora da instituição, eles não retribuíam da mesma maneira. Eles ofereciam mais apoio para os familiares e demais internos da instituição.

Outra análise importante é a comparação entre o total de pessoas da rede separadas por grupos e, desta, o percentual de pessoas que ofereciam e recebiam apoio dos idosos, conforme dados da Tabela 17 abaixo.

Tabela 17 – Subgrupos de pessoas da rede social e o percentual de pessoas que forneciam e recebiam apoio dos 30 idosos.

Rede social/apoio	Parentes	Amigos	Internos	Funcionários
Total de pessoas da rede	56	66	27	36
% pessoas que forneciam apoio aos idosos	14%	20%	26%	22%
% pessoas que recebiam apoio dos idosos	13%	6%	26%	6%

Os demais internos da instituição representavam a menor parcela das pessoas que compõem a rede dos idosos. No entanto, entre eles, ocorriam mais trocas de apoio: cerca de 26% dos internos da instituição citados na rede social dos idosos forneciam apoio e recebiam apoio deles. Verifica-se, também, que a parcela de funcionários que davam apoio é de 22%, enquanto apenas 6% recebiam apoio dos idosos. Esta diferença parece ser decorrente da função dos funcionários que é cuidar dos idosos.

Os amigos de fora da instituição formavam o maior grupo de pessoas da rede social dos idosos: 20% forneciam apoio aos idosos, mas somente 6% recebiam. Estes dados sugerem uma relação desigual de trocas entre eles e podem ser justificados pela impossibilidade de os idosos visitarem os amigos e do caráter assistencial e caridoso que a ajuda a um idoso institucionalizado pode representar para outras pessoas.

Com relação aos familiares, somente 14% davam apoio aos idosos, sendo esta a menor quantidade de pessoas que apoiavam os idosos em termos proporcionais. Por outro lado, a mesma proporção de familiares recebiam apoio por parte dos idosos. Esses achados reforçam ainda mais a suposição de que as relações com os familiares parecem estar comprometidas, na medida em que este é o menor grupo que oferecia apoio aos idosos.

Para Herédia et al. (2004a), a forma como o idoso se relacionou afetivamente e socialmente com o seu grupo familiar ao longo de sua história de vida pode determinar o quanto ele será querido, estimado e amparado na velhice. Uma história carregada de conflitos e relações interpessoais mal resolvidas favorecem a falta de apoio e a institucionalização do idoso.

Percebe-se que as dificuldades de relacionamento interpessoal entre os membros familiares que se refletem na falha de formação de um vínculo afetivo entre eles ou na formação de um vínculo frágil são apontadas como um dos maiores motivos que leva a família a institucionalizar o idoso, delegando às ILPS a função de cuidar dele.

Verificou-se que o menor grupo de pessoas que integrava a rede dos idosos foi o de internos. No entanto, em termos proporcionais foi com eles que mais ocorreram trocas de apoio social, tanto em receber como em fornecê-lo. Devido ao fato dos internos estarem mais próximos fisicamente, as trocas entre eles podem ser mais frequentes, embora não sejam tão valorizadas pelos idosos, já que eles interagiam com poucos internos e quase sempre reclamavam deles e os desvalorizavam.

Pesquisas têm demonstrado que idosos institucionalizados têm preconceitos em relação aos outros idosos institucionalizados. De acordo com Silva, Menezes, Santos, Carvalho e Barreiros (2006), os idosos institucionalizados parecem não querer envolver uns

com os outros, apresentando atitudes preconceituosas com os outros idosos da instituição e insensibilidade frente seus problemas.

Com a institucionalização, o idoso perde abruptamente a possibilidade do convívio familiar, sente-se excluído, sem contato com as pessoas que, até então, lhes eram familiares. É inserido em um ambiente diferente, com suas normas e rotinas, tendo de conviver de uma maneira muito próxima, no compartilhamento do quarto, das roupas, do banheiro, com pessoas desconhecidas, exigindo do idoso uma enorme capacidade de adaptação, o que, nem sempre, é possível.

Segundo Silva, Carvalho, Santos e Menezes (2007), no caso dos idosos institucionalizados, a rede de apoio social deveria ser composta por amigos (demais idosos da instituição), pois é comum a família abandonar os idosos nas ILPS. Nestes casos, os amigos da instituição poderiam exercer algumas funções que anteriormente eram desempenhadas pelos familiares como, ajuda física, colaboração nas atividades diárias e compartilhamento dos afetos e da emoção. Para estas autoras, o bom relacionamento interpessoal entre os idosos é um fator importante para a melhora da qualidade do ambiente institucional. Para Souza e Hutz (2008), a amizade é fundamental na ausência de laços familiares.

O próprio processo natural do envelhecimento conduz o idoso à perda de entes queridos, reduzindo gradativamente a rede social que o circunda. De acordo com Silva et al. (2006), a redução da rede social do idoso pode ser um fator que comprometa sua qualidade de vida e favoreça a institucionalização. Portanto, também pode-se inferir que estes idosos já possuíam uma rede social menor, em função de vários motivos, inclusive por falta de habilidades comunicativas e relacionais. Por isso, foram institucionalizados.

Uma pessoa apática, sem motivação e/ou sem habilidades comunicativas tem dificuldades de manter um bom relacionamento com as outras pessoas, inclusive com os membros da própria família. Este aspecto, porém, poderia ter favorecido a institucionalização. Novas pesquisas poderiam ser realizadas para verificar se ocorre esta relação.

4.7 Tipos de apoio social que os idosos recebiam

Foi verificado o tipo e a quantidade de apoio social que os idosos relataram receber. A quantidade média dos apoios sociais recebidos pelos idosos está representada na Figura 9.

Figura 9 – Quantidade média de apoio social recebido pelos 30 idosos

Para melhor compreensão do significado dos escores acima, deve-se considerar que, durante a aplicação da escala de apoio social, os idosos escolhiam uma entre cinco opções da escala *likert* que vinha após cada pergunta do instrumento, e estas, por sua vez, foram agrupadas conforme o tipo de apoio que avaliavam. A referida escala é graduada da seguinte forma: 1 – nunca, 2 – raramente, 3 – às vezes, 4 – quase sempre e 5 – sempre.

A média geral de apoio material dos 30 idosos foi 3,8 (dp: 0,9). Essa média incide entre a opção 3) às vezes e a 4) quase sempre da escala *likert* do instrumento, estando mais próxima de quase sempre. O apoio material ocorre na forma de recursos práticos e de ajuda material para os idosos.

A média de apoio afetivo foi 3,4 (dp: 1,1) e de apoio emocional - 3,2, (dp: 1). Estes valores estão situados com valores entre as opções “às vezes” e “quase sempre” da escala *likert*. O apoio afetivo ocorre por meio de demonstrações físicas de afeto e amor, e o apoio emocional, por meio de expressões de compreensão, afeto positivo e sentimentos de confiança.

A média de apoio de interação social positiva foi 2,9 (dp: 1,2) e a média de apoio na forma de informação - 2,9 (dp: 1,1). O apoio de interação social positiva indica a disponibilidade de pessoas para situações de divertimento e relaxamento, e o apoio de informação reflete a disponibilidade de pessoas para a obtenção de conselhos ou orientações. Essas médias estão situadas entre os pontos: 2) raramente e 3) às vezes da escala *likert*, utilizada neste instrumento, estando mais próximas de às vezes.

Estes dados indicam que os idosos recebiam apoio material quase sempre, os apoios afetivo e emocional quase sempre e às vezes e os apoios de informação e de interação social

positiva às vezes, embora as diferenças entre esses tipos de apoio não eram estatisticamente significativas (*One-Way ANOVA*, com pós-teste de *Bonferroni*, $p < 0,05$).

O escore de apoio material mais próximo de quase sempre pode ser explicado pelo fato de a instituição fornecer ajuda física e material com mais frequência, sendo esta uma de suas funções. Ademais, para muitas instituições de longa permanência para idosos (ILPS), a principal forma de ajuda para os idosos é a material, conforme dados da literatura científica.

Também foi feita uma análise da média dos cinco diferentes tipos de apoios obtidos pelos idosos que dominaram o turno da fala, pelos que fizeram comentários amplos e por aqueles que fizeram pequenos comentários, conforme dados mostrados nas Figuras 10, 11 e 12, abaixo.

Figura 10, 11 e 12 – Quantidade média dos diferentes tipos de apoio social recebidos pelos 30 idosos separados em subgrupos.

Verificou-se uma diferença significativa estatisticamente entre a quantidade de apoio de interação social positiva recebida pelos idosos que dominaram o turno da fala em comparação com a que os idosos que fizeram pequenos comentários recebiam (*One-Way ANOVA*, com pós-teste de *Bonferroni*, $p < 0,05$). A diferença entre os grupos nos outros tipos de apoio não foi significativa. Os idosos que dominaram o turno da fala obtinham mais apoio de interação social positiva do que os idosos que fizeram pequenos comentários.

Pode-se inferir que os idosos que se expressaram com comentários bem amplos e que, em algum momento, chegaram a dominar o turno de fala, teriam um pouco mais de habilidade comunicativa para conquistar e manter uma rede social um pouco maior e obter mais apoio de interação social positiva quando comparados com idosos que fizeram, em média, pequenos

comentários durante a conversa com a pesquisadora. Vale lembrar que os idosos que dominaram o turno de fala foram avaliados relativamente melhor pelos juízes.

Estes resultados indicam que existem pequenas variações entre os idosos, principalmente, entre aqueles que dominaram o turno da fala e os que fizeram pequenos comentários. Estas variações, quando existem, favorecem o primeiro grupo e desfavorecem o último quanto à avaliação dos juízes sobre as habilidades para conversar e habilidades para o estabelecimento de relações interpessoais, o tamanho da rede e a quantidade de apoio de interação social positiva recebida.

4.7.1 Correlação da quantidade de apoio social com as habilidades comunicativas e com os comportamentos verbais e não-verbais dos idosos

Foram calculadas correlações de *Pearson* entre as avaliações dos juízes e os tipos de apoio social recebidos pelos idosos, porém poucas dessas correlações são estatisticamente significativas. Essas correlações são apresentadas na Tabela 18 abaixo.

Tabela 18 – Correlações de *Pearson* entre as avaliações dos juízes sobre as habilidades comunicativas dos idosos e o tipo e a quantidade de apoio social obtidos pelos idosos.

Apoio/avaliação dos juízes		Material	Afetivo	Emocional	Informativo	Interação positiva
Habilidades para conversar	para	-0,17	-0,40*	-0,08	-0,07	-0,36
Habilidades para relações interpessoais	para	-0,16	-0,34	-0,17	-0,16	-0,42*
Interação com o idoso		-0,06	-0,27	-0,09	-0,14	-0,32

* r estatisticamente significativo para $p < 0,05$ e $gl = 28$.

Verificou-se uma significativa correlação inversa moderada entre as avaliações dos juízes sobre as habilidades dos idosos para conversar e o apoio afetivo que eles declaram receber, ($r = -0,40$). Essa correlação indica que, quanto melhor a habilidade do idoso para conversar maior a quantidade de apoio afetivo recebido.

Também ocorreu uma correlação inversa significativa moderada entre as avaliações dos juízes das habilidades dos idosos para o desenvolvimento de relações interpessoais e o

apoio de interação social positiva ($r = -0,42$). Estes dados seguem a mesma direção dos dados discutidos no parágrafo acima e indicam que, quanto melhor a habilidade comunicativa, maior é a quantidade de apoio na forma de interação social positiva.

Vale lembrar, conforme dados das Figuras 10, 11 e 12 acima, que os idosos que dominaram o turno da fala recebiam, em média, mais apoio de interação social positiva do que os idosos que fizeram pequenos comentários.

Embora os demais coeficientes de correlação sejam pequenos e estatisticamente insignificantes, eles apresentam sinais negativos, o que parece indicar tendência para haver uma relação inversa entre a avaliação dos juízes e a quantidade de apoio recebido, nos cinco tipos de apoio descritos na Tabela 18 acima. Isso, indica que, quanto melhor as habilidades comunicativas dos idosos, maior a quantidade de apoio recebido.

Para verificar se havia relação entre os comportamentos verbais e não-verbais apresentados pelos idosos, durante a conversa com a pesquisadora, e a quantidade e o tipo de apoio social recebido, também foram calculadas as correlações de *Pearson*, mostradas na Tabela 19 abaixo.

Tabela 19 – Correlação de *Pearson* entre os comportamentos verbais e não-verbais apresentados pelos 30 idosos e o tipo e a quantidade de apoio social recebido.

Apoio social / comportamentos da conversa	Material	Afetivo	Emocional	Informação	Interação positiva
Orientar a face em direção ao interlocutor	-0,07	0,12	-0,24	0,06	0,13
Fitar a face do interlocutor	-0,05	0,14	-0,25	-0,09	0,08
Inclinar o tórax em direção ao interlocutor	0,03	-0,07	0,06	-0,06	0,12
Assentir a cabeça	0,25	0,40*	0,14	0,07	0,38*
Vocalizar	-0,32	-0,31	-0,08	-0,25	-0,37
Sorrir	0,06	0,29	0,17	0,33	0,45*
Marcar a própria fala com gestos	0,18	0,52**	0,32	0,25	0,54**
Informações gratuitas	0,37	0,46*	0,31	0,32	0,59**
Fazer perguntas	0,17	-0,23	0,18	0,06	-0,07
Falar sobre doenças e/ou tratamentos	-0,30	-0,18	0,02	-0,03	-0,25
Falar do passado	0,19	0,33	0,30	0,13	0,39*
Falar sobre acontecimentos da instituição	-0,10	0,05	0,09	0,17	0,07
Falar sobre parentes e/ou amigos	0,23	0,12	0,03	0,38*	0,32
Reclamar	-0,04	-0,02	0,14	0,08	0,00

Continua

Continuação

Apoio social / comportamentos da conversa	Material	Afetivo	Emocional	Informação	Interação positiva
Perguntas sobre a autorrevelação	0,11	0,24	0,22	0,21	0,23
Repetir palavras-chave da autorrevelação	0,22	0,30	0,08	-0,06	0,28
Pequeno comentário da autorrevelação	0,01	0,24	-0,20	0,03	0,19
Comentário amplo da autorrevelação	0,36	-0,10	0,13	0,03	0,15
Falar de si após autorrevelação	0,01	0,00	0,05	-0,03	0,02
Dar conselhos após autorrevelação	-0,28	0,11	-0,11	0,04	0,04
Falar outro assunto após autorrevelação	0,03	-0,05	-0,04	-0,08	-0,25
Ficar em silêncio após autorrevelação	-0,17	-0,09	0,15	0,13	-0,17

* r estatisticamente significativo para $p < 0,05$ e $gl = 28$.

** r estatisticamente significativo para $p < 0,01$ e $gl = 28$.

Conforme pode ser observado na Tabela 19 acima, foram constatadas correlações estatisticamente significativas moderada ($r = 0,40$) e fraca ($r = 0,38$) entre o comportamento de assentir com a cabeça e os apoios afetivo e de interação social positiva, respectivamente. Também ocorreu uma correlação significativa entre a frequência de ocorrência desse comportamento e a avaliação favorável dos juízes sobre as habilidades dos idosos para desenvolver relações interpessoais, conforme o observado na Tabela 10 mais acima.

O comportamento de assentir com a cabeça é uma forma de demonstrar interesse e acompanhamento pelo que foi dito ou ainda está sendo. Portanto, é um comportamento que favorece a interação entre as pessoas.

Verificou-se, também, uma correlação significativa moderada entre os comportamentos de marcar a própria fala com gestos de cabeça, tronco, braços e mãos e de fornecer informações gratuitas com os tipos de apoios: afetivo e de interação social positiva. O comportamento de marcar a própria fala com gestos deixa a conversa mais expressiva e dinâmica, e o comportamento de fornecer informações gratuitas é uma forma de manter a conversa. Os dois comportamentos apresentam uma função importante na interação.

Os comportamentos de marcar a própria fala com gestos e fornecer informações gratuitas também foram correlacionados significativamente com a avaliação favorável dos juízes sobre as habilidades dos idosos de conversar e de estabelecer relações interpessoais.

Outras correlações estatisticamente significativas também ocorreram entre os comportamentos de sorrir e o apoio de interação social positiva (correlação significativa moderada); falar do passado e o apoio de interação social positiva (correlação significativa

fraca) e falar sobre parentes e/ou amigos e apoio de informação (correlação significativa fraca).

A frequência do comportamento de sorrir também estava correlacionada com uma boa avaliação dos juízes sobre as habilidades comunicativas dos idosos e com uma maior quantidade de pessoas da rede. De acordo com a literatura consultada, o sorrir é um comportamento fundamental numa interação porque abre os canais de comunicação.

Os comportamentos acima descritos, que apresentaram relação positiva com a quantidade de alguns tipos de apoio recebidos, também estavam correlacionados com a avaliação favorável dos juízes sobre as habilidades comunicativas dos idosos. De acordo com a literatura consultada, esses comportamentos favorecem uma boa conversa e interação entre os interlocutores, podendo, portanto, ter uma função significativa na mobilização de pessoas para se conseguir apoio.

Falar do passado também foi significativamente correlacionado com a habilidade de desenvolver relações interpessoais dos idosos, e falar sobre parentes e/ou amigos foi assunto frequente dos idosos. No entanto, estes dois tipos de assunto nem sempre são apropriados em uma interação, principalmente, se ocorrerem em excesso e/ou sem considerar a perspectiva do outro interlocutor. Por outro lado, estes dois tipos de comportamentos funcionam como uma forma de manter uma conversa e, assim, parecem apresentar uma função importante na interação.

A maioria dos coeficientes de correlação, descritos na Tabela 19 acima, não é estatisticamente significativa. Entretanto, 65 (correlações não significativas) do total de 110 correlações, são positivas, indicando uma tendência para haver relação entre as frequências dos comportamentos envolvidos na comunicação e a quantidade de apoio recebido. Trinta e quatro dessas 110 correlações são negativas (com r estatisticamente não significativo), o que sugere uma relação inversa entre as frequências de certos comportamentos e a quantidade de apoio recebido. Dentre as relações inversas, está o comportamento de vocalizar, cuja frequência de ocorrência foi maior entre os idosos que fizeram pequenos comentários. Esses idosos, por sua vez, foram avaliados de maneira mais desfavorável pelos juízes. Alguns dos comportamentos inversamente relacionados com a quantidade de apoio social recebido são aqueles que comprometem negativamente a conversa, por serem impolidos, como, por exemplo, falar de outro assunto após autorrevelação e ficar em silêncio após a autorrevelação.

Outro resultado que merece destaque é que a maioria dos idosos, em suas conversas com a pesquisadora, falou sobre si mesma, ou seja, fez autorrevelações, muitas delas, na forma de reclamações de doenças, da instituição, da família, dos demais internos e outras.

Além disso, esses idosos, geralmente, demonstraram pouco interesse pela autorrevelação da pesquisadora, voltando o assunto para suas experiências passadas o que sugere uma relativa dificuldade comunicativa, conforme já discutido anteriormente.

O fato de os idosos participantes da pesquisa possuírem uma rede social pequena, quando comparados com idosos não institucionalizados, e de obterem apoio de poucas pessoas pertencentes às suas redes sociais, não se deve somente aos déficits em suas habilidades comunicativas mas também à situação de institucionalização que os priva do contato social mais amplo, a uma maior seletividade de parceiros sociais, aos indícios de conflitos relacionais com os familiares e a outros fatores não abordados no presente estudo, podendo isso ser objeto de novas pesquisas.

A presença de pessoas em quem se pode confiar e trocar apoio confere um caráter positivo à rede, compensando, em muitos casos, o estreitamento da rede (Paúl, 2005). Esta situação não aconteceu com os idosos que participaram deste estudo que tanto têm uma rede social pequena quanto têm poucas pessoas da rede para a troca de apoio.

As habilidades comunicativas sozinhas não determinam o tamanho da rede social dos idosos, nem a quantidade e o tipo de apoio social recebido, mas parecem ter uma influência na capacidade do idoso de conquistar e manter essa rede, bem como de mobilizar os integrantes de suas redes para trocar apoio. Portanto, quanto melhor for a habilidade comunicativa do idoso de estabelecer um bom contato social, mais ele será capaz de conquistar e manter sua rede social e trocar apoio com seus integrantes. Os comportamentos não-verbais de orientar a face em direção ao interlocutor, fitar a face do interlocutor, assentir com a cabeça, sorrir, marcar a própria fala com gestos de cabeça, tronco, braços e mão e o comportamento verbal de fornecer informações gratuitas configuram-se como importantes e necessários em uma boa habilidade comunicativa. As análises correlacionais apresentadas acima sustentam esta afirmação.

Cabe lembrar que os comportamentos não-verbais de orientar a face em direção ao interlocutor e de fitar a face do interlocutor estavam correlacionados com boas habilidades comunicativas dos idosos, avaliadas pelos juízes. O comportamento de assentir com a cabeça estava correlacionado com boas habilidades comunicativas e com os apoios afetivo e de interação social positiva. O sorrir estava correlacionado com boas habilidades comunicativas, com uma maior quantidade de pessoas na rede e com o apoio de interação social positiva. Marcar a própria fala com gestos de cabeça, tronco, braços e mãos estava correlacionado com boas habilidades comunicativas e com os apoios afetivo e de interação social positiva, e o

comportamento verbal de fornecer informações gratuitas estava correlacionado com boas habilidades comunicativas e com os apoios afetivo e de interação social positiva.

Embora os comportamentos descritos acima apresentem correlações com as avaliações das habilidades comunicativas dos idosos, com alguns aspectos de suas redes sociais e com o tipo de apoio social recebido, deve-se considerar que esses comportamentos podem ser adequados ou inadequados para uma boa conversa, dependendo do contexto em que eles são apresentados: um mesmo comportamento pode ser adequado ou inadequado dependendo de sua frequência, da ocasião em que é emitido, do assunto abordado e de outros. O comportamento de sorrir, por exemplo, pode ser bastante inapropriado quando a outra pessoa está com raiva ou contanto algo triste.

Pesquisas no campo das habilidades sociais têm demonstrado que pessoas socialmente competentes tendem a apresentar relações pessoais e profissionais satisfatórias, produtivas e duradouras, enquanto pessoas que apresentam dificuldades de interagir de uma forma habilidosa socialmente apresentam conflitos e dificuldades na relação com outras pessoas (Del Prette & Del Prette, 2002).

As habilidades sociais, incluindo as comunicativas, são essenciais no processo de adaptação e incorporação de novos papéis na vida do idoso. Um indivíduo socialmente habilidoso terá uma rede social mais desenvolvida, com relações íntimas e intensas e, assim terá mais oportunidades de aprender as melhores formas de comunicação e de convívio social (Gray, Ventis, & Hayslip, 1992).

Um resultado relevante identificado no presente estudo e já descrito na literatura científica sobre este tema é que os idosos parecem não ter motivação para desenvolver relações de amizade com os demais internos da instituição. Neste estudo, foi possível perceber que os idosos participantes reclamavam e desqualificavam alguns internos da instituição. Estes não foram os preferidos em suas relações de amizade, nem escolhidos para compor suas redes. Os internos configuravam-se como o menor grupo de pessoas da rede social.

Percebe-se que os amigos e familiares são os mais citados em suas redes, mas os dados demonstram que poucos deles forneciam apoio para os idosos (20% do total de amigos e 14% de parentes), reforçando ainda mais a situação de abandono e de isolamento. Para os idosos, o afeto, a companhia e o apoio de pessoas mais próximas, como os parentes e amigos, têm uma importância muito grande. O que fazer quando estas trocas são raras e/ou comprometidas? Estudos demonstram que a convivência com outras pessoas e o cultivo de novas amizades entre idosos são essenciais para as suas qualidades de vida, especialmente em situação de condomínios agregados, como é o caso das ILPS (Souza & Hutz, 2008).

É essencial que os idosos desenvolvam amizades no contexto das ILPS. Neste caso, o grande desafio é estimular as relações de amizade entre eles, visto que, sem essa estimulação, raramente as amizades ocorrem de forma espontânea. É necessário realizar novos estudos que possibilitem o desenvolvimento de programas que favoreçam as relações de amizade entre os idosos.

O desenvolvimento de amizades parece ser facilitado quando a pessoa tem motivação e habilidades comunicativas para conquistar amigos. As boas relações interpessoais favorecem positivamente a qualidade de vida dos idosos. Para Del Prette e Del Prette (2001), relacionamentos sociais satisfatórios contribuem para o bem-estar físico e mental dos idosos, pois esta etapa da vida é marcada por déficits naturais do envelhecimento, tais como: o comprometimento das capacidades sensoriais e a redução da prontidão para a resposta. O desenvolvimento de habilidades sociais que favorecem o estabelecimento e a manutenção de contatos sociais satisfatórios poderia compensar, parcialmente, esses déficits, além de ajudar o idoso a lidar com os comportamentos de preconceito contra a velhice.

As consequências do envelhecimento podem ser amenizadas por meio de contatos sociais satisfatórios. O desenvolvimento de programas que visam treinar as habilidades comunicativas dos idosos é uma forma de aumentar suas capacidades de conquistar e manter a rede social de apoio e, com isso, melhoraria a qualidade de suas vidas.

Afirmações semelhantes também são encontradas nos estudos de Carneiro e Falcone (2004) e Freire (2000) que afirmam que a vida do idoso pode ser satisfatória, com qualidade e bem-estar quando ele tem disposição para enfrentar os desafios da vida, consegue lutar pelos próprios direitos, executa projetos de vida viáveis com sua condição pessoal e contexto ambiental e quando pode contar com uma rede de apoio social. O aperfeiçoamento das habilidades comunicativas é uma das maneiras de se conseguir uma velhice bem-sucedida, pois um indivíduo socialmente habilidoso possui um repertório comportamental que lhe permite obter ganhos frequentemente, realizar tarefas indesejáveis com frequência reduzida e desenvolver e manter relacionamentos interpessoais mutuamente benéficos e sustentadores.

Por outro lado, não basta apenas estabelecer contatos sociais com um grande número de pessoas, se o indivíduo não for capaz de mantê-los. A manutenção do contato social, com qualidade afetiva, influencia diversos aspectos do apoio social recebido e está diretamente relacionada com o comportamento socialmente habilidoso do indivíduo.

Outros aspectos também devem ser considerados na interpretação destes resultados. A pesquisadora funcionou como ouvinte ativa neste estudo. Ela possuía formação e conhecimento sobre as habilidades de um bom ouvinte em função da formação em Psicologia

e realização de pesquisa de Mestrado sobre a habilidade de ouvir ativamente (Rodrigues, 2005) e procurou utilizar essas habilidades na conversa com os idosos. Por estes motivos, pode-se hipotetizar que muitos comportamentos e assuntos dos idosos foram estimulados pelos comportamentos atenciosos da pesquisadora. Por isso, pode-se imaginar que os idosos poderiam se comportar de modo diferente com outras pessoas e em outros contextos, principalmente, com pessoas que não demonstrassem tanta atenção e interesse por eles.

Devem-se tomar cuidados quanto à generalização das conclusões deste estudo devido ao pequeno tamanho da amostra e ao modo como ela foi selecionada. A amostra era composta por somente 30 idosos. Por isso, os resultados devem ser considerados com reservas, pois amostras pequenas não fornecem estimativas confiáveis dos parâmetros populacionais.

No processo de seleção da amostra, os idosos participantes foram sorteados de uma lista com 34 idosos lúcidos, capazes de entender os objetivos da pesquisa e o modo de sua participação, além de darem seus consentimentos livre e esclarecido. Portanto, esses idosos não representavam bem a população de idosos destas instituições, visto que a maioria dos idosos não incluídos nessa lista (34 idosos) era severamente comprometida fisicamente e/ou mentalmente. Esses idosos com comprometimentos significativos não foram selecionados para compor a lista porque não tinham capacidade física e/ou cognitiva suficientemente preservada para participarem da pesquisa.

Deve-se considerar também, na análise dos resultados, que uma pesquisa de correlação não permite fazer afirmações sobre relações causais entre as variáveis correlacionadas. Dificilmente, neste tipo de pesquisa, pode-se afirmar que um fenômeno varia em função do outro, mas que eles tendem a co-variarem.

Com relação aos resultados obtidos, pode-se argumentar que as habilidades comunicativas favorecem uma rede social mais ampla, com mais troca de apoio entre seus integrantes mas também que a pessoa que possui uma rede social mais ampla e que oferece mais apoio social, provavelmente, terá mais oportunidades de interagir e, por isso, desenvolver suas habilidades comunicativas. Pode-se prever, também, que outros fatores podem interferir tanto nas habilidades comunicativas quanto no tamanho da rede social e no tipo e na quantidade de apoio social recebido.

5 CONCLUSÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial recente, complexo e acelerado, o qual decorre da melhora das condições de vida e de saúde que estão possibilitando uma vida mais longa. Na mesma proporção em que acontece a ampliação da longevidade humana, aumenta-se a necessidade de recursos para atender às demandas físicas, psicológicas e sociais desta significativa parcela da população, que, longe de ser composta por pessoas improdutivas e adoecidas a espera da morte, são pessoas que têm muito a contribuir. Ademais não basta garantir uma vida mais longa se esta não tiver qualidade.

O envelhecimento é um processo contínuo, relativamente uniforme e previsível que acontece com todas as pessoas com o passar dos anos. Existem várias teorias que tentam descrever o processo do envelhecimento, mas nenhuma delas, isoladamente, conseguiu fornecer explicações mais amplas sobre toda a complexidade observada nos anos finais da vida.

O fato comum é que, no envelhecimento, acontecem muitas perdas e limitações em função do funcionamento deficitário de órgãos e de sistemas decorrente de um organismo mais desgastado. Além disso, ocorre uma diminuição da rede social, ocasionada pelo afastamento dos filhos que constituem suas próprias famílias, pela morte de familiares, de amigos e outros fatores.

Além dos fatores circunstanciais que favorecem a diminuição da rede social dos idosos numa época em que eles mais precisam de apoio, percebe-se que, com o passar dos anos, as pessoas vão ficando mais seletivas nas escolhas de seus parceiros sociais. A teoria da seletividade sócio-emocional explica bem este fenômeno.

Os idosos passam a privilegiar contatos sociais que apresentem uma qualidade afetiva importante, pois a interação com as outras pessoas exige um alto custo de resposta, ocasionado pelo elevado grau de excitabilidade psicológica e o baixo nível de energia física, deixando os idosos ainda mais seletivos em suas escolhas. Portanto, a regulação emocional dos contatos sociais tem um valor adaptativo importante na velhice.

Diante de uma rede social diminuída que não fornece ou fornece pouco apoio e da falta de programas sociais que estimulem a permanência do idoso no lar, a institucionalização é uma alternativa possível, mas, nem sempre, a melhor, pois grande parte das instituições que

abrigam idosos, principalmente, as filantrópicas, ainda não possui estrutura física e recursos humanos adequados para atender as suas necessidades individuais.

O modelo de assistência da grande maioria das instituições de longa permanência para idosos (ILPS) ainda segue o modelo asilar segregador que retira o idoso do convívio social mais amplo e o coloca em uma instituição com normas e rotinas próprias. Neste ambiente, sua individualidade fica comprometida porque o idoso perde o poder de gerir sua própria vida, não pode sair da instituição quando deseja, não administra seu dinheiro e, quase sempre, não possui roupas e pertences pessoais, já que estes são compartilhados.

Vários fatores são apontados na literatura científica como responsáveis pela institucionalização dos idosos, entretanto, os mais citados são os conflitos familiares. A família que deveria compor a rede social do idoso e lhe oferecer apoio, principalmente nesta etapa da vida, o institucionaliza e delega a uma ILPS a função de cuidar dele.

Quando uma família institucionaliza um idoso por motivos que não sejam os problemas econômicos ou pela necessidade de cuidados especializados, como ocorreu com a maioria dos idosos participantes da presente pesquisa, pode-se inferir a existência de problemas afetivos e relacionais entre eles, pois numa relação em que existe afeto é mais provável de acontecer o cuidado. Não se deve considerar somente a família como a responsável pela formação de um vínculo afetivo frágil com o idoso. Deve-se considerar, também, suas características de personalidade e suas habilidades para desenvolver e manter um vínculo afetivo forte com seus familiares e amigos para que eles lhe amparem na velhice.

Pelo exposto, considera-se que as habilidades sociais comunicativas podem estar relacionadas com a conquista, com a manutenção de pessoas na rede social e com o tipo de apoio recebido, sendo este um dos objetivos da presente pesquisa. Para verificar esta relação, foram criadas condições para que os idosos participantes conversassem com a pesquisadora. A conversa foi gravada em vídeo e examinada para identificar algumas classes de comportamentos envolvidos na conversa e relacioná-las com a composição da rede social, quantidade de pessoas que os idosos trocavam apoio e o tipo de apoio recebido.

Foi possível perceber que ocorreram variações na duração das conversas dos idosos com a pesquisadora, bem como em seus interesses e habilidades para conversar.

Os idosos foram classificados em idosos que falaram bastante e chegaram a dominar o turno da fala, idosos que fizeram comentários amplos e idosos que fizeram pequenos comentários em função do tipo e frequência dos comportamentos verbais e não-verbais que eles apresentaram. Os idosos que dominaram o turno da fala e os que fizeram comentários mais amplos foram bem mais expressivos do que os idosos que fizeram pequenos

comentários. A conversa com eles também durou mais tempo. Os idosos que fizeram pequenos comentários apresentaram baixa frequência de ocorrência dos seguintes comportamentos não-verbais: manter contato ocular, projetar e inclinar o tórax em direção à pesquisadora, sorrir, assentir com a cabeça e marcar sua própria fala com gestos de cabeça, tronco, braços e mãos. Isso deixou suas conversas mais aversivas, porque a pequena quantidade dessas pistas não-verbais sugere baixa motivação para conversar ou pouca habilidade comunicativa.

Os seguintes comportamentos não-verbais: orientar a face em direção ao interlocutor, fixar a face do interlocutor, assentir com a cabeça, sorrir, marcar a própria fala com gestos de cabeça, tronco, braços e mãos foram correlacionados, significativamente, de maneira favorável com as avaliações das habilidades comunicativas dos idosos.

Também ocorreram correlações significativas favoráveis entre a duração dos testes de interação real planejada com as habilidades comunicativas dos idosos. Isso reforça os argumentos de que os idosos que falaram bastante são mais habilidosos do que os idosos que fizeram pequenos comentários.

O comportamento de sorrir também foi correlacionado positivamente com a quantidade de pessoas na rede social e com a quantidade de apoio na forma de interação social positiva. Os comportamentos de assentir com a cabeça e marcar a própria fala com gestos estavam relacionados com uma maior quantidade de apoio afetivo e de apoio de interação social positiva, apresentando, portanto, funções importantes na conquista de pessoas na rede social e na troca de apoios afetivo e de interação social positiva.

Os idosos que fizeram comentários mais amplos e que dominaram o turno da fala forneceram mais informações gratuitas dos que os idosos que fizeram pequenos comentários. No entanto, grande parte dos idosos fez poucas perguntas durante a conversa e demonstrou excessivo interesse em falar de si, exceto os idosos que fizeram pequenos comentários que, quase sempre, respondiam ao que era perguntado.

O comportamento de fornecer informações gratuitas foi correlacionado positivamente com as habilidades comunicativas dos idosos e com uma maior quantidade de apoio afetivo e de apoio de interação social positiva.

Os assuntos mais abordados pelos idosos foram: suas doenças e formas de tratamento, reclamações, vivências com familiares e amigos, histórias passadas e acontecimentos da instituição. Reclamar foi um comportamento muito frequente na conversa dos idosos. Percebe-se que os assuntos comentados pelos idosos eram formas de os idosos se

autorrevelarem, falarem de suas vivências e preferências, o que deixa a interação assimétrica pelo excesso de autorrevelações dos idosos.

A centralização do assunto sobre eles mesmos ficou ainda mais evidente quando a pesquisadora fez a sua autorrevelação. Somente quatro idosos fizeram perguntas ou comentários mais amplos sobre o que ela disse. Uma parte significativa dos idosos reagiu por meio de pequenos comentários sobre a autorrevelação e/ou contavam sobre experiências parecidas que foram vividas por eles. Outros idosos forneceram conselhos, e uma boa parte apresentou reações pouco apropriadas como: ficar em silêncio ou falar de outro assunto diferente da autorrevelação da pesquisadora. Essas são reações bastante impolidas. Os coeficientes de correlação indicaram a existência de relação negativa entre as habilidades comunicativas e estes comportamentos inadequados.

Foi possível perceber que a maioria dos idosos reagiu minimamente à autorrevelação da pesquisadora e, logo, voltava a falar de si. Embora a conversa estivesse sendo estimulada pela pesquisadora em função dos propósitos da pesquisa, em uma interação com parentes e amigos, este tipo de conversa poderia ficar comprometida e desagradável pelo excesso de autorrevelações por parte dos idosos e pelo baixo interesse pelas autorrevelações do interlocutor.

As habilidades comunicativas e aquelas para o desenvolvimento de relações interpessoais, bem como a qualidade da interação com os idosos foram avaliadas por seis juízes que as consideraram como, relativamente, boas, com algumas variações entre os idosos. Os idosos que fizeram pequenos comentários e, principalmente, dentre eles, os que emitiram menos comportamentos não-verbais de interesse, foram mal avaliados pelos juízes em comparação com os idosos que fizeram comentários amplos e que chegaram a dominar o turno da fala. Cabe lembrar que a duração maior do teste de interação real planejada estava correlacionada positivamente com as habilidades comunicativas. Para critérios de análise da avaliação dos juízes, deve-se considerar que estes não assistiram a toda a conversa dos idosos com a pesquisadora, mas a algumas cenas escolhidas. Talvez se eles tivessem assistido toda essa conversa, os escores avaliativos poderiam ser diferentes.

Foi possível perceber que os idosos possuíam uma rede social muito pequena (média 6,2 pessoas) quando comparados com dados apontados na literatura científica sobre idosos não institucionalizados (média 12 pessoas). Além de possuírem uma rede social pequena, poucas pessoas de suas redes forneciam e recebiam apoio dos idosos. A rede social dos idosos participantes da pesquisa era composta mais por amigos de fora da instituição, seguido por familiares, funcionários da instituição e demais internos. Os idosos recebiam mais apoio dos

amigos, diferentemente, dos idosos não institucionalizados, pois estes tinham mais parentes na rede, com os quais ocorriam mais trocas de apoio.

Ter mais amigos na rede e receber mais apoio destes não é explicado pela falta de familiares vivos, uma vez que 29 idosos possuíam familiares vivos, sendo que a maioria dos parentes morava na mesma cidade da instituição em que estavam os idosos. Estes dados reforçam a hipótese de desinteresse ou existência de conflitos com os familiares.

Os idosos que dominaram o turno da fala tinham uma rede social maior e trocavam apoio com mais pessoas de suas redes do que os idosos que fizeram pequenos comentários, demonstrando que as habilidades comunicativas parecem exercer uma função importante, mas não a única para a conquista de pessoas na rede social e na troca de apoio entre eles.

As correlações demonstraram uma significativa relação positiva entre melhores habilidades comunicativas (segundo a avaliação dos juízes) e uma quantidade maior de pessoas na rede social.

Outro dado significativo é que os idosos pareciam receber apoio de mais pessoas de suas redes do que ofereciam, deixando a relação de trocas entre eles desigual. Receber mais apoio do que oferecer torna a relação desequilibrada. Quem recebe mais do que oferece fica devendo obrigação e quem dá mais do que recebe sente explorado. As trocas para serem positivas, devem ser equilibradas.

Ocorreram variações na quantidade de apoio de interação social positiva recebido entre os idosos. A tendência novamente se repetiu, ou seja, os idosos que fizeram pequenos comentários recebiam, em média, menos apoio de interação social positiva do que os idosos que dominaram o turno da fala, o que sugere que as habilidades comunicativas também são importantes para mobilizar pessoas e delas obter apoio de interação social positiva, cujos coeficientes de correlação foram positivos com as habilidades para desenvolvimento de relações interpessoais.

Deve-se considerar, também, que a pessoa que possui uma rede social que oferece mais apoio, provavelmente, terá mais oportunidades de interagir com os outros e, por isso, desenvolver suas habilidades comunicativas, ou ainda, que outros fatores interfiram favoravelmente tanto nas habilidades comunicativas, quanto no tamanho da rede social e no tipo e quantidade de apoio social recebido. Pesquisas de correlação, como a que foi feita neste estudo, não permitem identificar uma relação de causa e efeito, mas que determinados fenômenos podem ou não variar em uma mesma direção.

Os comportamentos de assentir com a cabeça, marcar a própria fala com gestos, sorrir, fornecer informações gratuitas, falar do passado e falar sobre parentes e/ou amigos foram

significativamente correlacionados com a quantidade dos tipos de apoio pesquisados: afetivo, interação social positiva e de informação.

Apesar das variações na quantidade de pessoas na rede dos idosos participantes da pesquisa, de maneira geral, percebe-se que suas redes eram muito pequenas quando comparadas com dados da literatura científica. Cabe destacar que não foi possível fazer comparação com a rede de outros idosos institucionalizados, pois essa informação não foi encontrada na literatura científica.

Portanto, a presente pesquisa forneceu uma contribuição importante à medida que seus resultados ofereceram evidências de que idosos institucionalizados têm uma rede social menor, trocam apoio com poucas pessoas e recebem menos apoio. Este fato, por sua vez, pode estar relacionado com suas habilidades comunicativas e/ou com outras influências como: o isolamento social, a baixa motivação para o contato, já possuir uma rede social diminuída (uma das possíveis causas da institucionalização). Isso são hipóteses que poderão ser testadas em outras pesquisas.

As correlações verificadas, neste estudo, permitem afirmar que as habilidades comunicativas estão relacionadas de forma moderada, com uma quantidade maior de pessoas na rede e com uma maior quantidade de apoio afetivo e de interação social positiva. Entretanto, estas habilidades, isoladamente, não determinam o tamanho da rede social e o tipo de apoio social recebido.

Considerando os coeficientes de correlação obtidos, os comportamentos mais importantes, como habilidades comunicativas, são: orientar a face em direção ao interlocutor, fixar a face do interlocutor, assentir com a cabeça, sorrir, marcar a própria fala com gestos de cabeça, tronco, braços e mãos e fazer comentários amplos com mais informações gratuitas.

Outro aspecto relevante refere-se ao fato de os idosos terem demonstrado baixa motivação para se relacionarem com os demais internos da instituição, visto que estes formaram o menor grupo da rede social dos idosos. Pesquisas apontam que os idosos têm preconceitos em relação aos outros idosos da instituição, e as relações de amizade entre eles não se desenvolvem facilmente. A pergunta que cabe aqui é: o que fazer nesta situação em que a família que poderia formar a rede social do idoso o institucionalizou e, aos poucos, vai perdendo contato com ele? O mesmo parece acontecer com os amigos de fora da instituição. O mais indicado seria que os idosos formassem uma rede de apoio mútuo com os demais idosos da instituição. Nesta rede, os idosos poderiam ser mais amparados e protegidos dos efeitos do estresse, além de poderem compartilhar com os demais idosos suas experiências e trocar apoio e, quem sabe, assim, eles estariam mais fortalecidos para lutar pelos seus direitos.

Portanto, novas pesquisas devem ser feitas não só para desenvolver procedimentos e técnicas que possam melhorar as habilidades comunicativas dos idosos para que eles sejam mais capazes de conquistar e manter uma rede social com trocas efetivas com outras pessoas, mas, principalmente, com os demais internos da instituição. Assim, haveria benefício para todos.

Os resultados de diversos estudos indicaram que uma boa rede social de apoio auxilia os idosos a viverem bem esta etapa da vida, minimizando os estresses decorrentes do envelhecimento. Para possuir uma boa rede social de apoio, é necessário investimento para conquistá-la e mantê-la, e as habilidades comunicativas possuem uma função importante neste processo. É um processo longo e bem trabalhoso, pois não se conquistam verdadeiros amigos de uma hora para outra.

Na institucionalização, a rede de apoio é imprescindível, pois auxilia o idoso a adaptar-se a essa situação, melhora seu bem-estar subjetivo e a qualidade de sua vida. O grande desafio é ajudar o idoso institucionalizado a estabelecer sua rede social de apoio, principalmente, com os demais idosos da instituição. E, nos dizeres de Skinner e Vaughan (1985), o planejamento antecipado é a melhor forma de se viver bem a velhice. Acredita-se que investir na construção e na manutenção de uma boa rede social de apoio, deve ser a principal meta desse planejamento e, para isso, o indivíduo deve possuir habilidades comunicativas adequadas.

Enfim, a presente pesquisa contribuiu para a descrição das habilidades comunicativas e o modo como estas habilidades estão relacionadas com a extensão da rede social de idosos institucionalizados. Os seus resultados forneceram uma significativa contribuição para a compreensão das influências das habilidades comunicativas na conquista, na manutenção da rede social e no tipo e quantidade de apoio recebido, visto que os estudos sobre idosos institucionalizados ou incapacitados têm sido negligenciados, promovendo uma lacuna neste campo de conhecimentos e desfavorecendo esta parcela da população de idosos que, realmente, necessita de muitos cuidados.

REFERÊNCIAS¹

- Adrados, I. (1987). O método de Rorschach como instrumento no estudo da terceira idade. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 39(2), 57-66.
- Albuquerque, S. (1994). Viabilidade de um centro para a terceira idade. *Revista Psicologia Argumento*, XII(XVI), 83-101.
- Albuquerque, A. S., & Tróccoli, B. T. (2004). Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 20(2), 153-164.
- Anacleto, M. I. C.; Souza, A. S.; Angelis, G.; Pereira, M. P. (2004). A mortificação do eu: vivências psicológicas de idosos institucionalizados. *Revista da SPAGESP*, 5(5), 50-55.
- Andrade, G. R. B., & Vaitsman, J. (2002). Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciências e saúde coletiva*, 7(4), 925-934.
- Antonucci, T. C. (2001). Social relations: an examination of social networks, social support, and sense of control. In J. E. Birren; K. W. Schaie. (Eds.). *Handbook of the psychology of aging* (pp. 427-448). San Diego, CA: Academic Press.
- Argyle, M (1976). *A interação social: relações interpessoais e comportamento social*. (M. Nunes, Trad.). Rio de Janeiro: Zahar.
- Argyle, M. (1981). The contribution of social research to social skills training. In J. D. Wine; M. D. Smye (Eds.). *Social competence* (pp. 261-286). New York: Guilford Press.
- Argyle, M. (1988). *Bodily communication*. New York: Methuen & Co. Ed.
- Assis, M.; Hartz, Z. M. A.; Valla, V. V. (2004). Programas de promoção da saúde do idoso: uma revisão da literatura científica no período de 1990 a 2002. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9(3), 557-581.

¹ De acordo com o estilo APA – American Psychological Association

- Bach, J. M. (1983). *O futuro da família: tendências e perspectivas*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Bachman, L. F. (1990). *Fundamental considerations in language testing*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Baldwin J. D., & Baldwin, J. I. (1986). *Behavior principle in everyday life*. Universidade da Califórnia: Santa Bárbara.
- Baltes, P. B. (1983). Life-span developmental psychology: observations on history and theory revisited. In R. M. Lerner (Eds.). *Developmental psychology: historical and philosophical perspectives* (pp. 79-111). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span development psychology: on the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23(5), 611-626.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.) *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). New York: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52(4), 366-380.
- Baltes, P. B.; Staudinger, U. M.; Lindenberger, U. (1999). Lifespan psychology: theory and application to intellectual functioning. *Annual Review of Psychology*. Recuperado em 12 de abril de 2009, de <http://www.accessmylibrary.com/coms2/summary>.
- Baltes, M. M., & Cartensen, L. L. (2000). The process of successful aging. In E. W. Markson, & L. A. Hollis-Sawyer (Eds.). *Intersections of aging: readings in social gerontology*. (pp. 65-81). Los Angeles: Roxbury.
- Baltes, P. B., & Smith, J. (2004). Lifespan psychology: from developmental contextualism to developmental biocultural co-construtivism. *Research in Human Development*, 1(3), 123-144.
- Barreto, J. (1988). Aspectos psicológicos do envelhecimento. *Revista da Associação Portuguesa de Psicologia*, 2, 159-170.

- Barreto, J. (2005). Envelhecimento e qualidade de vida: o desafio atual. *Sociologia*, XV, 289-302.
- Battini, E., Maciel, E. M., & Finato, M. S. S. (2006). Identificação de variáveis que afetam o envelhecimento: análise comportamental de um caso clínico. *Estudos de Psicologia*, 23(4), 455-462.
- Birdwhistell, R. L. (1970). *Kinisis and context*. Philadelphia: Pennsylvania Press.
- Born T. (1996). Cuidado ao idoso em instituição. In M. Papaléo-Netto (Org.). *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. (pp. 403-414). São Paulo: Editora Atheneu.
- Born, T., & Abreu, C.M. (1996). O cuidado ao idoso e a instituição de longa permanência. *Gerontologia*, 4(4), 7-14.
- Born, T., & Boechat, N. S. (2002). A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In E. V. Freitas et al. (Orgs.) *Tratado de geriatria e gerontologia* (pp. 768-777). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Bolsoni-Silva, A. T., Del Prette, Z. A. P., Del Prette, G., Montagner, A.R., Bandeira, M., & Del Prette, A. (2006). Habilidades sociais no Brasil: uma análise dos estudos publicados em periódicos. In M. Bandeira, Z. A. P. Del Prette & A. Del Prette (Orgs.). *Estudos sobre habilidades sociais e relacionamento interpessoal* (pp. 1-45). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Brown, P. & Levinson, S. C. (1987). *Politeness: some universals in language usage*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Bulla, L. C., & Mediondo, M. Z. (2004). Velhice, dependência e vida cotidiana institucional. In I. A. Cortelletti, M. B. Casara, & V. B. M. Herédia (Orgs.). *Idoso asilado: um estudo gerontológico* (pp. 87-107). Caxias do Sul, RS: Educs/Edipucrs.
- Caballo, V. E. (1996). O treinamento em habilidades sociais. In V. E. Caballo (Org.). *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento* (pp. 361- 398). São Paulo: Livraria Santos Editora.

- Caballo, V. E. (1997). El papel de las habilidades sociales en el desarrollo de las relaciones interpersonales. In D. R. Zamignani (Org.). *Sobre comportamento e cognição: a aplicação da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental no hospital geral e nos transtornos psiquiátricos*. (pp. 229-233). Santo André, SP: Arbytes.
- Caballo, V. E. (2003). *Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais*. São Paulo: Livraria Santos Editora.
- Camarano, A. A., Beltrão, K. I., Pascom, A. R. P., Medeiros, M., & Goldani, A. M. (1999). Como vive o idoso brasileiro? In A. A. Camarano (Org.). *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros* (pp. 1-15). Rio de Janeiro: IPEA.
- Canôas, C. S. (1983). *A condição humana do velho*. São Paulo: Cortez.
- Capitanini, M. E. S. (2000). Solidão na velhice: realidade ou mito? In A. L. Neri, & S. A. Freire (Orgs.) *E por falar em boa velhice* (pp. 69-89). Campinas, SP: Papirus.
- Capitanini, M. E. S., & Neri, A. L. (2004). Sentimentos de solidão, bem-estar subjetivo e relações sociais em mulheres idosas vivendo sozinhas. In A. L. Neri, & M. S. Yassuda (Orgs.). *Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos* (pp. 71-88). Campinas, SP: Papirus.
- Carneiro, R. S., & Falcone, E. M. O. (2004). Um estudo das capacidades e deficiências em habilidades sociais na terceira idade. *Psicologia em Estudo*, 9(1), 119-126.
- Carneiro, R. S. (2006). A relação entre habilidades sociais e qualidade de vida na terceira idade. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 2(1). Recuperado em 27 de junho de 2008, de <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php>.
- Carneiro, R., Falcone, E., Clark, C., Del Prette, Z., & Del Prette, A. (2007). Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. *Psicologia: reflexão e crítica*, 20(2), 229-237.
- Carstensen, L. L. (1995). Motivação para contato social ao longo do curso de vida: uma teoria de seletividade socioemocional. In A. L. Neri (Org.). *Psicologia do envelhecimento* (pp. 111-158). Campinas, SP: Papirus Editora.
- Carvalho Filho, E. T. (1996). Fisiologia do envelhecimento. In M. Papaléo-Netto (Org.). *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada* (pp. 60-70). São Paulo: Editora Atheneu.

- Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104, 300-314.
- Castro, R. B. R., & Silva, M. J. P. (2001). A comunicação não-verbal nas interações enfermeiro-usuário em atendimentos em saúde mental. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 9(1), 80-87.
- Chaimowicz, F. (1997). A saúde dos idosos brasileiros. *Revista de Saúde Pública*, 31(2), 184-200.
- Chaimowicz, F., & Greco, D. B. (1999). Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 33(5), 454-460.
- Charles, S. T., & Carstensen, L.L. (2007). Emotion regulation and aging. In J. J. Gross (Ed.) *Handbook of emotion regulation* (pp. 307-327). New York: The Guilford Press.
- Chelala, C. A (1992). *La salud de los ancianos: una preocupación de todos*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Chor, D., Griep, R. H., Lopes, C. S., & Faerstein, E. (2001). Medidas de rede e apoio social no estudo pró-saúde: pré-testes e estudo piloto. *Cadernos de Saúde Pública*, 7(4), 887-896.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Costa-Couto, M. H. (2007). *A vulnerabilidade da vida com HIV/AIDS*. Tese de doutorado, Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Coutinho, M. P. L., Gonttiès, B., Araújo, L. F., & Sá, R. C. N. (2003). Depressão, um sofrimento sem fronteira: representações sociais entre crianças e idosos. *PsicoUSF*, 8(2), 183-192.
- Couto, M C. P. P., Koller, S. H., Novo, R., & Soares, P. S. (2008). Adaptação e utilização de uma medida de avaliação da rede de apoio social – diagrama de escolta – para idosos brasileiros. *Universitas Psychologica*, 7(2), 493-505.

- Creutzberg, M., Gonçalves, L. H. T., & Sobottka, E. A. (2008). Instituição de longa permanência para idosos: a imagem que permanece. *Texto e contexto enfermagem*, 17(2), 273-279.
- Dancey, C.; & Reidy, J. (2006). *Estatística sem Matemática para Psicologia: usando o SSPS para Windows*. Porto Alegre: Artmed.
- Danna, M. F., & Matos, M. A. (1996). *Ensinando observação: uma introdução*. (3 ed.). São Paulo: Edicon.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2001). *Psicologia das habilidades sociais: terapia e educação*. (2a ed.) Petrópolis, RJ: Editora Vozes.
- Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (2002). *Psicologia das relações interpessoais: vivências para o trabalho em grupo*. (2 ed.). Petrópolis, RJ: Editora Vozes.
- Deps, V. L. (1993). Atividade e bem-estar psicológico na maturidade. In A. L. Neri (Org.). *Qualidade de vida e idade madura* (pp. 57-82). Campinas, SP: Papirus.
- Dias, L. S.; & Godoi, E. (2007). Pragmaticamente falando de (des)entendimentos na comunicação verbal. *Expectativa*, VI(6), 125-137.
- Erbolato, R. M. P. L. (2001). *Contatos sociais: relação de amizade em três momentos da vida adulta*. Tese de doutorado, Centro de Ciências da Vida, PUC de Campinas, São Paulo.
- Erbolato, R. M. P. L. (2004). Suportes sociais na velhice: uma investigação preliminar. In *Anais... XIV Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia e III Encontro Nacional das Ligas de Geriatria e Gerontologia*. Salvador, Bahia, 2004, p. 108.
- Fagundes, A. J. F. M. (1999). *Descrição, definição e registro de comportamento*. (12a ed.). São Paulo: Edicon.
- Falcone, E. M. O. (1998). *A avaliação de um programa de treinamento da empatia com universitários*. Tese de doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Falcone, E. M. O. (2000). Habilidades sociais: para além da assertividade. In R. C. Wielenska (Org.) *Sobre comportamento e cognição: questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas e em outros contextos*. (pp. 211-221). Santo André, SP: Editora Set.

- Falcone, E. M. O. (2001). Uma proposta de um sistema de classificação das habilidades sociais. In H. J. Guilhardi, M. B. B. P. Madi, P. P. Queiroz & M. C. Scoz (Orgs.). *Sobre comportamento e cognição: expondo a variabilidade* (pp. 195-209). Santo André, SP: Esetec.
- Faleiros, N. P., & Justo, J. S. (2007). O idoso asilado: a subjetividade intramuros. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 10(3). Recuperado em 15 de agosto de 2008, de <http://www.unati.uerj.br>.
- Fernandes, H. L. (1997). *Paraemblemática: estudo exploratório*. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Fernandes, F. A. D., Borges, J. A. Miranda, S. L., Dias, A. C. A., Rodrigues, A. G. & Silva, A. A. (2007). Adote um idoso: uma proposta de intervenções breves fundamentadas nos princípios da escuta ativa e da empatia. In W. Lobato, C. V. S. Sabino, & J. F. Abreu. (Orgs.). *Seminário de Iniciação Científica: destaques 2006* (pp. 211-226). Belo Horizonte: Editora PUCMinas.
- Fernandes, F. A. D., Borges, J. A., Rodrigues, A. G. & Silva, A. A. (2008). Adote afetivamente um idoso: uma proposta de intervenções breves fundamentadas nos princípios do ouvir ativo e da empatia. In W. Lobato, C. V. S. Sabino, & J. F. Abreu. (Orgs.). *Destaques 2007: Seminário de Iniciação Científica*. (pp. 453-480). Belo Horizonte: Editora PUCMinas.
- Ferrari, M. A. C. (1991). Instituições que abrigam idosos: propostas de padrões mínimos para seu funcionamento. *Revista Terapia Ocupacional*, 2(2/3), 86-99.
- Ferreira, A. B. H. (2004). *Miniaurélios: o minidicionário da língua portuguesa* (6a ed. ver. atualiz.). Curitiba, PR: Positivo.
- Freire, S. A. (2000). Envelhecimento bem-sucedido e bem-estar psicológico. In A. L. Neri, & S.A. Freire (Orgs.) *E por falar em boa velhice* (pp. 21-310). Campinas, SP: Papyrus.
- Freire, S. A.; Resende, M. C. & Rabelo, D. F. (2004). Rede de relações sociais de participantes de centros sócio-educativos. *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 777-783). Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, Portugal.
- Freitas, E. V. (2004). Demografia e epidemiologia do envelhecimento. In L. Py, J. L. Pacheco, J. L. M. de Sá, & S. N. Goldman (Orgs.) *Tempo de envelhecer: percursos e dimensões psicossociais* (pp. 19-38). Rio de Janeiro: Nau Editora.

- Freitas, A. P. (2006). *Envelhecimento e relações sociais: um estudo com pacientes psicóticos*. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Aplicada, Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais.
- Garcez, P. M. (2008). A perspectiva da análise da conversa etnometodológica sobre o uso da linguagem em interação social. In L. L. Loder; N. M. Jung (Orgs.). *Fala-em-interação social: introdução à análise da conversa etnometodológica* (pp. 17-38). Campinas, SP: Mercado das Letras.
- Gazzaniga, M. S., & Heatherton, T. F. (2005). *Ciência psicológica: mente, cérebro e comportamento*. (M. A. V. Veronese, Trad.). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Goffman, E. (1999). *Manicômios, prisões e conventos* (D. M. Leite, Trad.). São Paulo: Perspetiva.
- Goldstein, L. L. (1995). Stress e coping: na vida adulta e na velhice. In A. L. Neri (Org.). *Psicologia do envelhecimento* (pp. 145-158). Campinas, SP: Papirus.
- Gray, J. A. M. (1985). Social and community aspects of ageing. In M. S. J. Pathy. (Ed.) *Principles and practice of geriatric medicine* (pp. 17-55) Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Gray, G. R., Ventis, D. G., & Hayslip, B. (1992). Socio-cognitive skills as a determinant of life satisfaction in aged persons. *International Journal of Aging and Human Development*, 33(3), 205-218.
- Gressler, L. A. (2003). *Introdução à pesquisa: projetos e relatórios*. São Paulo: Edições Loyola.
- Griep, R. H., Chor D., Faerstein, E., & Lopes, C. (2003). Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(2), 625-634.
- Griep, R. H., Chor D., Faerstein, E., Werneck, G. L., & Lopes, C. (2005). Validade de constructo de escala de apoio social do *Medical Outcomes Study* adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(3), 703-714.
- Griffa, M. C., Moreno, J. E. (2001). *Chaves para a psicologia do desenvolvimento, tomo 2: adolescência, vida adulta, velhice*. (V. Vaccari, Trad.) São Paulo: Paulinas.

- Groisman, D. (1999). Asilos de velhos: passado e presente. *Estudos interdisciplinares do Envelhecimento*, 2, 67-87.
- Hall, E. (1989). *A dimensão oculta*. (S. Coutinho, Trad.). Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Hayflick, L. (1996). *Como e por que envelhecemos*. (A. B. Rodriguês, & P. M. Celeste, Trans.). Rio de Janeiro: Campus.
- Herédia, V. B. M., Casara, M. B., Cortelletti, I. A., Ramalho, M. H., Sassi, A., & Borges, M. N. (2004). A realidade do idoso institucionalizado. *Textos sobre o envelhecimento*, 7(2). Recuperado em 25 de agosto de 2008, de <http://www.unti.uerj.br/tse/scielo.php>.
- Herédia, V. B. M., Cortelletti, I. A., & Casara, M. B. (2004a). Institucionalização do idoso: identidade e realidade. In I. A. Cortelletti, M. B. Casara, & V. B. M. Herédia (Orgs). *Idoso asilado: um estudo gerontológico* (pp. 13-60). Caxias do Sul, RS: Educs/Edipucrs.
- Herédia, V. B. M., Cortelletti, I. A., & Casara, M. B. (2004b). O asilamento sob o olhar de histórias de vida. In I. A. Cortelletti, M. B. Casara, & V. B. M. Herédia (Orgs). *Idoso asilado: um estudo gerontológico*. (pp. 63-83). Caxias do Sul, RS: Educs/Edipucrs.
- Jóia, L. C., Ruiz, T., & Donalisio, M. R. (2007). Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Revista de Saúde Pública*, 41(1), 131-138.
- Kahn, R. L., & Antonucci, T. C. (1980). Convoys over the life course: attachment, roles and social support. In P. B. Baltes, & O. Brim (Eds.). *Life-span development and behavior*. (pp. 253-286). New York: Academic Press.
- Kalache, A., Veras, R. P., & Ramos, L. R. (1987). O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. *Revista de Saúde Pública*, 21(3), 200-210.
- Kerbrat-Orecchioni, C. (2006). *Análise da conversação: princípios e métodos*. (C. Povezzani Filho, Trad.). São Paulo: Parábola Editorial.
- Knapp, M. L.; & Hall, J. A. (1999). *Comunicação não-verbal na interação humana*. (M. A. L. Barros, Trad.). São Paulo: JSN Editora.
- Lafin, S. H. F. (2004). Asilos: algumas reflexões. In I. A. Cortelletti, M. B. Casara, & V. B. Herédia (Orgs). *Idoso asilado: um estudo gerontológico* (pp. 111-113). Caxias do Sul, RS: Educs/Edipucrs.

- Laranjeira, C. A. S. J. (2007). Do vulnerável ao resiliente envelhecer: revisão de literatura. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 23(3), 327-332.
- Léger, J. M., Tessier, J. F., & Mouty, M.D. (1994). *Psicopatologia do envelhecimento: assistência ao idoso*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994. *Política Nacional do Idoso*. Brasília, DF: Senado Federal.
- Lei n. 10.741, de 10 de outubro de 2003. *Estatuto do Idoso*. Brasília, DF: Senado Federal.
- Lerh, U. (1999). A revolução da longevidade: impacto na sociedade, na família e no indivíduo. *Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento*, 1, 7-35.
- Lima, A. M. M., Silva, H.S., & Galhardoni, R. (2008). Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. *Interface - comunicação, saúde, educação*. 12(27), 795-807.
- Lopes, A. (2003). Dependência, contratos sociais e qualidade de vida na velhice. In O. R. M. Von Simson, A. L. Neri, & M. Cachioni (Orgs.) *As múltiplas faces da velhice no Brasil* (pp. 129-140). Campinas, SP: Alínea.
- Mackay, I. (2001). *Aprendendo a perguntar*. (M. C. N. Leme, Trad.). São Paulo: Nobel.
- Maldonado, M. T., & Garner, A. (2001). *A arte da conversa e do convívio*. (8a ed.). São Paulo: Saraiva.
- Martin, G. B., Cordini Junior, L., & Bastos, Y. G. L. (2005). Aspectos demográficos do processo de envelhecimento populacional em cidade do sul do Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 14(3), 85-90.
- Marcuschi, L. A. (2005). *Análise da conversação*. (5a ed.). São Paulo: Editora Ática.
- Martins, R. M. L., & Rodrigues, M. L. M. (2004). Estereótipos sobre idosos: uma representação social gerontofóbica. *Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu. Millenium online*, 29, 249-253.

- Martins, R. M. L. (2005). A relevância do apoio social na velhice. *Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu. Millenium online*, 31, 128-134.
- Matos, M. G. (1997). *Comunicação e gestão de conflitos na escola*. Lisboa: Edições FMH.
- Matos, M., Branco, J. D., Carvalhosa, S. F., Silva, M. N., & Carvalhosa, J. (2005). Promoção de competências pessoais e sociais nos idosos: programa de intervenção na comunidade. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 1(2), 95-102.
- Matsukura, T. S., Marturano, E. M., & Oishi, J. (2002). O questionário de suporte social (SSQ): estudos de adaptação para o português. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(5), 675-681.
- Mazza, M. M. P. R., & Lefèvre, F. (2004). A instituição asilar segundo o cuidador familiar do idoso. *Saúde e sociedade*, 13(3), 68-77.
- Mesquita, R. M. (1997a). Comunicação não-verbal: relevância da atuação profissional. *Revista Paulista de Educação Física*, 11(2), 155-163.
- Mesquita, R. M. (1997b). *Comunicação não-verbal: atuação profissional e percepção da psicodinâmica do movimento expressivo*. Tese de doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2004). *Tábuas completas de mortalidade – 2003*. Recuperado em 03 de março de 2010, de <http://www.ibge.gov.br/home/default.php>.
- Ministério Público do Estado de Minas Gerais (2005). Centro de Apoio Operacional das Promotorias e Justiça de Defesa dos Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência e Idosos. *Banco de dados referentes às instituições de longa permanência do estado de Minas Gerais*. Belo Horizonte. Recuperado em 28 de janeiro de 2009, de <http://www.pgj.mp.mg.gov.br/caoppdi>.
- Mirowsky, J., & Ross, C. E. (1989). Measuring psychological distress. In J. Mirowsky & C. E. Ross (Eds.). *Social Causes of Psychological Distress*. (pp. 21-55). New York: Aldine de Gruyter.
- Morris, C. G., & Maisto, A. A. (2004). *Introdução à psicologia*. (L. T. Lima, & M. S. D. Baptista, Trans.). São Paulo: Prentice Hall.

- Moser, A. M. (2005). *Melhoria da qualidade de vida de idosos residentes em um asilo, por meio de atividades vivenciais programadas*. Tese de doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Motta, E. (1989) Envelhecimento social. *A terceira idade*, 2(2), 16-39.
- Myers, D. G. (2000). The funds, friends, and faith of happy people. *American Psychologist*, 55(1), 56-67.
- Neri, A. L. (1993). *Qualidade de vida e idade madura*. Campinas, SP: Papirus.
- Neri, A. L. (2001a). *Palavras em gerontologia*. Campinas, SP: Alínea.
- Neri, A. L. (2001b). Envelhecimento e qualidade de vida na mulher. In *Anais ... 2º Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia*. Universidade Estadual de Campinas.
- Neri, A. L. (2006). O legado de Paul B. Baltes à psicologia do desenvolvimento e do envelhecimento. *Temas em Psicologia*, 14(1). Recuperado em 02 de março de 2009, de <http://www.sbponline.org.br>.
- Nogueira, E. J. (2001). *Rede de relações sociais: um estudo transversal com homens e mulheres pertencentes a três grupos etários*. Tese de doutorado, Faculdade de Educação, Universidade de Campinas, São Paulo.
- Oliveira, E. A., Pasian, S. R., & Jacquemin, A. (2001) A vivência afetiva em idosos. *Psicologia: ciência e profissão*, 21(1), 98-83.
- Oliveira, T. P. (2005). Condicionais, atenuação e polidez. *Alfa*, 49(1), 123-137.
- Oliveira, D. A. A. P., Gomes, L., & Oliveira R. F. (2006). Prevalência de depressão em idosos que freqüentam centros de convivência. *Revista de Saúde Pública*, 40(4), 734-736.
- Oliveira, C. R. M., Souza, C. S., Freitas, T. M., & Ribeiro, C. (2006). Idosos e família: asilo ou casa. *O portal dos psicólogos*. Recuperado em 02 de março de 2009, de <http://www.psicologia.com.pt>.
- Organização Mundial da Saúde (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde.

- Otta, E. (1999). *A etiologia e o estudo de movimentos expressivos: funções do sorriso na comunicação*. Tese de Livre Docência, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Otta, E., & Fiquer, J. T. (2004) Bem-estar subjetivo e regulação das emoções. *Psicologia em revista*, 10(15), 144-149.
- Papaléo-Netto, M., & Borgonovi, N. (1996). Biologia e teorias do envelhecimento. In M. Papaléo-Netto (Org.). *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada* (pp. 44-59). São Paulo: Editora Atheneu.
- Papaléo-Netto, M., & Ponte J. R. (1996). Envelhecimento: desafio na transição do século. In M. Papaléo-Netto (Org.). *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada* (pp. 3-12). São Paulo: Editora Atheneu.
- Papalia, D. E., & Olds, S. W. (2000). *Desenvolvimento humano*. (D. Bueno, Trad.). (7a ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Paschoal, S. M. P. (1996). Epidemiologia do envelhecimento. In M. Papaléo-Netto (Org.) *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada* (pp. 26-43). São Paulo: Editora Atheneu.
- Paschoal, S. M. P. (2000). *Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Sociologia*, XV, 275-288.
- Pereira, R. S., Curioni, C. C., & Veras, R. (2003). Perfil demográfico da população idosa no Brasil e no Rio de Janeiro em 2002. *Textos sobre o envelhecimento*, 1, 43-59.
- Pereira, T. M. F. R. A. (2005) *Histórias de vida de mulheres idosas: um estudo sobre o bem-estar subjetivo na velhice*. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Rio Grande do Norte.
- Pollo, S. H. L., & Assis, M. (2008). Instituições de longa permanência para idosos – ILPS, desafios e alternativas no município do Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 11(1). Recuperado em 28 de agosto de 2008, de <http://www.unati.uerj.br>.

- Rabelo, D. F., & Neri, A. L. (2005). Recursos psicológicos e ajustamento pessoal frente a incapacidade funcional na velhice. *Psicologia em Estudo*, 10(3), 403-412.
- Ramos, L. R., Veras, R. P., & Kalache, A. (1987). Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. *Revista de Saúde Pública*, 21(3), 211-224.
- Ramos, L. R. (1993). A explosão demográfica da terceira idade no Brasil: uma questão de saúde pública. *Gerontologia*, 1(1), 3-8.
- Ramos, L. R. (1995). O país do futuro não pensa no futuro. *Gerontologia*, 3(1): 52-54.
- Ramos, M. P. (2002) Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*, 4(7), 156-175.
- Reis, P. O., & Ceolim M. F. (2007). O significado atribuído a “ser idoso” por trabalhadores de instituições de longa permanência. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(1). Recuperado em 28 de agosto de 2008, de <http://scielo.br/scielo.php>.
- Resende, M. C.; Silva, K. L. A. B.; Cardoso, L. B. A. S., Caixeta, R., & Braga, S. C. (2004). Configuração da rede de relações sociais de idosos participantes de grupos de convivência. In: *Anais...XXXIV Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia*. Ribeirão Preto, São Paulo.
- Resende, M. C., Bones, V. M., Souza, I. S., & Guimarães, N. K. (2006). Rede de relações sociais e satisfação com a vida de adultos e idosos. *Psicologia para América Latina*. Recuperado em 10 de setembro de 2008, de <http://scielo.bvs-psi.org.br>.
- Richmond, V. P., & Mc Croskey, J. C. (2000). Vocal behavior. In V. P. Richmond & J. C. Mc Croskey (Eds.). *Nonverbal behavior in interpersonal relations*. (4th ed.). Boston, MA: Allynand Bacon.
- Robbins, H. (1994). *Como ouvir e falar com eficácia* (T. M. Rodrigues, Trad.). Rio de Janeiro: Campus.
- Rodrigues, A. G. (2002). *A crise da meia-idade no homem: uma investigação a partir de aspectos psicossociais*. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-graduação em Educação, Universidade Vale do Rio Verde de Três Corações, Minas Gerais.
- Rodrigues, A.G., & Silva, M. V. (2003). A crise da meia-idade no homem: uma investigação a partir de aspectos psicossociais. *Vertentes*, (22), 18-28.

- Rodrigues, A. G. (2005). *O ouvir na relação terapêutica: um estudo exploratório*. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Rodrigues, A. G., & Silva, A. A. (2006). O ouvir ativo: uma habilidade social esquecida. In R. R. Starling, K. A. Carvalho (Orgs.). *Ciência do comportamento: conhecer e avançar* (pp.66-77). Santo André, SP: Esetec
- San Martín, H., & Pastor, V. (1990). *Epidemiología de la vejez*. Madri: Mc Graw-Hill Interamericana de Espana.
- Santos, A. R. (2007). *Metodologia científica: a construção do conhecimento*. (7a ed.). Rio de Janeiro: Lamparina.
- Schmidt, V. R. H., & Wosiack, R. M. R. (2007). Resgatando a auto-estima do idoso mediante a expressão gráfico-plástica e modelagem de máscara. *RBCEH*, 4(2), 31-39.
- Serpa, F. A. G. (2007). *Aquisição, generalização e manutenção de comportamentos sociais em meninos, considerando diferentes repertórios empáticos no passado*. Tese de doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Silva, I. R., & Günther, I. A. (2000). Papéis sociais e envelhecimento em uma perspectiva de curso de vida. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 16(1), 31-40.
- Silva, M. J. P. (2003). *Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde*. (2a ed.). São Paulo: Edições Loyola.
- Silva, C. A., Menezes, M. R., Santos, A. C. P. O., Carvalho, L. S., & Barreiros, E.X. (2006). Relacionamento de amizade na instituição asilar. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 27(2), 274 -283.
- Silva, C. A., Carvalho, L. S., Santos, A. C. P. O., & Menezes, M. R. (2007). Vivendo após a morte de amigos: história oral de idosos. *Texto Contexto Enfermagem*, 16(1), 97-104.
- Silva, A. A. (2002). *Comunicação verbal*. Universidade de São Paulo. Texto não publicado.
- Silva, A. A. (2009a). *Relacionamento amoroso: como encontrar sua metade ideal e cuidar dela*. São Paulo: Publifolha.

- Silva, A. A. (2009b). *Ferramentas para o desenvolvimento do diálogo*. Universidade de São Paulo. Texto não publicado.
- Silva, A. A. (2009c). *A influência do contexto na conversa*. Universidade de São Paulo. Texto não publicado.
- Silva, A. A. (2009d). *Motivações para conversar*. Universidade de São Paulo. Texto não publicado.
- Silva, A. A. (2009e). *O que você diz após dizer olá*. Universidade de São Paulo. Texto não publicado.
- Silva, A. A. (2009f). *Assuntos das conversas informais*. Universidade de São Paulo. Texto não publicado.
- Silva, A. A. (2009g). *Comunicação não-verbal*. Universidade de São Paulo. Texto não publicado.
- Simão, M. J. P. (2003). *Depressão pós-parto e aspectos psicossociais associados: suporte social e eventos vitais adversos. Revisão de literatura*. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Siqueira, G. R., Vasconcelos, D. T., Duarte, G. C., Arruda, I. C., Costa, J. A. S., & Cardoso, R. O. (2009). Análise da sintomatologia depressiva nos moradores do Abrigo Cristo Redentor através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG). *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 253-259.
- Siqueira, M. M. M. (2008). Construção e validação da Escala de Percepção de Suporte Social. *Psicologia em Estudo*, 13(2), 381-388.
- Skinner, B. F., & Vaughan, M. E. (1985). *Viva bem a velhice: aprendendo programar sua vida*. (A. L. Neri, Trad.). (3a ed.). São Paulo: Summus.
- Sommer, R. (1973). *Espaço pessoal: as bases comportamentais de projetos e planejamentos*. (D. M. Leite, Trad.). São Paulo: EPU.
- Souza, L. K., & Garcia, A. (2008). Amizade em idosos: um panorama da produção científica recente em periódicos estrangeiros. *Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento*, 13(2), 173-190.

- Souza, L. K., & Hutz, C. S. (2008). Relacionamentos pessoais e sociais: amizade entre adultos. *Psicologia em estudo*, 13(2), 257-265.
- Streiner, D. L., & Norman, G. R. (1989). *A practical guide to their development and use*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Telles Filho, P. C. P., & Petrilli Filho, J. F. (2002). Causas da inserção de idosos em uma instituição asilar. *Revista de Enfermagem – Escola Anna Nery*, 6(1), 135-143.
- Tomasini, S. L. V., & Alves, S. (2007). Envelhecimento bem-sucedido e o ambiente das instituições de longa permanência. *RBCEH*, 4(1), 88-102.
- Trower, P., Bryant, B., & Argyle, M. (1978). *Social skills and mental health*. Londres: Methuen.
- Veras, R. P. (2002a). O anacronismo dos modelos assistenciais na área da saúde: mudar e inovar, desafios para o setor público e o privado. In R. P. Veras (Org.). *Terceira idade: gestão contemporânea em saúde* (pp. 163-188). Rio de Janeiro: Relume-Dumará: UNATI-UERG.
- Veras, R. P. (2002b). A era dos idosos. *World Wide Web*. Recuperado em 19 de outubro de 2008, de www.arruda.rits.org.br.
- Vieira, F. B. (1996). *Manual de Gerontologia: um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares*. São Paulo: Rocca.
- Yamamoto, A., & Diogo, M. J. D. (2002). Os idosos e as instituições asilares no município de Campinas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(5), 660-666.
- Zinn, G. R., Silva, M. J. P., Telles, S. C. R. (2003). Comunicar-se com o paciente sedado: vivência de quem cuida. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 11(3), 326-332.

APÊNDICE A – Roteiro de observação utilizado na revisão das definições das categorias e treinamento dos juízes.

REVISÃO DAS CATEGORIAS

Cenas	Comportamentos observados	Definições dos comportamentos	Colocar um sim se o comportamento for observado ou um não se não for observado
Cena 1	Orientar a face e o tórax em direção ao interlocutor.	Orientar a face e a parte frontal do tórax em direção ao interlocutor.	
Cena 2	Falar de outro assunto após auto-revelação do interlocutor.	Emitir verbalizações sobre um assunto diferente após um comentário de ordem pessoal apresentado pelo interlocutor.	
Cena 3	Fitar diretamente a face do interlocutor	Dirigir o olhar diretamente para o interlocutor e não para outro ponto do ambiente (Silva, 2002).	
Cena 4	Projetar e inclinar levemente o tórax frontalmente em direção ao interlocutor.	Projetar e inclinar levemente o tórax em direção ao interlocutor formando um ângulo menor que 90 graus entre o tórax e as coxas.	
Cena 5	Fazer comentário amplo sobre auto-revelação apresentada pelo interlocutor.	Emitir verbalizações mais amplas do que uma frase sobre um comentário de ordem pessoal apresentado pelo interlocutor.	
Cena 6	Fazer perguntas sobre auto-revelação apresentada pelo interlocutor.	Emitir verbalizações de forma interrogativa buscando obter mais informações e/ou esclarecimentos sobre um comentário de ordem pessoal apresentado pelo interlocutor.	
Cena 7	Repetir as palavras-chave de auto-revelação apresentada pelo interlocutor.	Repetir algumas palavras-chave de um comentário de ordem pessoal apresentado pelo interlocutor.	
Cena 8	Dar conselhos após auto-revelação apresentada pelo interlocutor.	Emitir verbalizações na forma de conselho após um comentário de ordem pessoal apresentado pelo interlocutor	
Cena 9	Ficar em silêncio após auto-revelação apresentada pelo interlocutor.	Não emitir verbalizações após um comentário de ordem pessoal apresentado pelo interlocutor.	
Cena 10	Fazer pequenos comentários sobre o que foi apresentado.	Emitir verbalizações de poucas palavras logo após a fala do interlocutor que se referem ao conteúdo do que foi apresentado.	
Cena 11	Assentir com a cabeça.	Movimentar a cabeça para o alto e para baixo que sugere estar acompanhando o que está sendo apresentado.	

Cena 12	Fornecer informações gratuitas.	Emitir informação espontânea sem que tenha sido solicitada.	
Cena 13	Emitir vocalizações.	Emitir sinais vocais não-verbais durante ou logo após a fala do interlocutor que sugiram compreensão ou que está acompanhando o que foi apresentado.	
Cena 14	Sorrir.	Retrair os cantos da boca para os lados e para o alto (Fagundes, 1999).	
Cena 15	Marcar a própria fala com gestos de cabeça, tronco, braços e mãos.	Emitir movimentações da cabeça e/ou tronco e/ou braços e/ou mãos enfatizando certos pontos de própria fala (Fernandes, 1997).	
Cena 16	Dominar o turno da fala.	Emitir verbalizações sobre um só assunto durante cinco ou mais minutos seguidos sem fornecer espaços para o interlocutor falar.	
Cena 17	Fazer comentário amplo sobre o que foi apresentado.	Emitir verbalizações de mais de uma frase logo após a fala do interlocutor que se refiram ao conteúdo do que foi apresentado.	
Cena 18	Fazer perguntas de esclarecimento.	Emitir verbalizações de forma interrogativa buscando obter mais informações e/ou esclarecimentos sobre o que foi apresentado pelo interlocutor.	
Cena 19	Fazer perguntas relativas ao próprio assunto.	Emitir verbalizações de forma interrogativa sobre o assunto que a própria pessoa está dizendo.	
Cena 20	Reclamar.	Emitir verbalizações na forma de queixas ou lamentações.	
Cena 21	Falar sobre doenças e/ou tratamentos.	Emitir verbalizações sobre doenças, tratamentos, exames e remédios.	
Cena 22	Falar do passado.	Emitir verbalizações sobre episódios vividos em etapas anteriores da própria vida.	
Cena 23	Falar sobre os acontecimentos na instituição.	Emitir verbalizações sobre os acontecimentos da instituição em que reside.	
Cena 24	Falar sobre parentes e/ou amigos.	Emitir verbalizações sobre os próprios parentes e/ou amigos.	
Cena 25	Falar de si após auto-revelação apresentada pelo interlocutor.	Emitir verbalizações sobre si mesmo após um comentário de ordem pessoal apresentado pelo interlocutor	
Cena 26	Fazer pequeno comentário sobre auto-revelação apresentada pelo interlocutor.	Emitir verbalizações de poucas palavras sobre um comentário de ordem pessoal apresentado pelo interlocutor.	

APÊNDICE B – Roteiro de observação utilizado na análise da fidedignidade das observações e definições dos comportamentos.

ANÁLISE DA FIDEDIGNIDADE

Cena 1

Comportamentos observados	Definições dos comportamentos	Colocar um sim se o comportamento foi observado ou um não se não foi observado
Fornecer informações gratuitas.	Emitir informação espontânea sem que tenha sido solicitada.	
Fazer perguntas relativas ao próprio assunto.	Emitir verbalizações de forma interrogativa sobre o assunto que a própria pessoa está dizendo.	
Reclamar.	Emitir verbalizações na forma de queixas ou lamentações.	
Fitar diretamente a face do interlocutor	Dirigir o olhar diretamente para o interlocutor e não para outro ponto do ambiente (Silva, 2002).	

Cena 2

Comportamentos observados	Definições dos comportamentos	Colocar um sim se o comportamento foi observado ou um não se não foi observado
Falar sobre os acontecimentos na instituição.	Emitir verbalizações sobre os acontecimentos da instituição em que reside.	
Marcar a própria fala com gestos de cabeça, tronco, braços e mãos.	Emitir movimentações da cabeça e/ou tronco e/ou braços e/ou mãos enfatizando certos pontos de sua fala (Fernandes, 1997).	
Reclamar.	Emitir verbalizações na forma de queixas ou lamentações.	
Fazer comentário amplo sobre o que foi dito.	Emitir verbalizações na forma de frase mais ampla logo após a fala do interlocutor que se referem ao conteúdo do que foi dito.	

Cena 3

Comportamentos observados	Definições dos comportamentos	Colocar um sim se o comportamento foi observado ou um não se não foi observado
Projetar e inclinar levemente o tórax frontalmente em direção ao interlocutor.	Projetar e inclinar levemente o tórax em direção ao interlocutor formando um ângulo menor que 90 graus entre o tórax e as pernas.	
Fazer pequenos comentários sobre o que foi dito.	Emitir verbalizações de poucas palavras logo após a fala do interlocutor que se referem ao conteúdo do que foi dito.	

Falar sobre doenças e/ou tratamentos.	Emitir verbalizações sobre doenças, tratamentos, exames e remédios.	
Fazer perguntas de esclarecimento.	Emitir verbalizações de forma interrogativa buscando obter mais informações e/ou esclarecimentos sobre o que foi dito pelo interlocutor.	

Cena 4

Comportamentos observados	Definições dos comportamentos	Colocar um sim se o comportamento foi observado ou um não se não foi observado
Fazer perguntas sobre auto-revelação dita pelo interlocutor.	Emitir verbalizações de forma interrogativa buscando obter mais informações e/ou esclarecimentos sobre um comentário de ordem pessoal dito pelo interlocutor.	
Falar de outro assunto após auto-revelação dita pelo interlocutor.	Emitir verbalizações sobre um assunto diferente após um comentário de ordem pessoal dito pelo interlocutor.	
Sorrir.	Retrair os cantos da boca para os lados e para o alto (Fagundes, 1999).	
Fornecer informações gratuitas.	Emitir informação espontânea sem que tenha sido solicitada.	

Cena 5

Comportamentos observados	Definições dos comportamentos	Colocar um sim se o comportamento foi observado ou um não se não foi observado
Fazer perguntas relativas ao próprio assunto.	Emitir verbalizações de forma interrogativa sobre o assunto que a própria pessoa está dizendo.	
Fitar diretamente a face do interlocutor	Dirigir o olhar diretamente para o interlocutor e não para outro ponto do ambiente (Silva, 2002).	
Falar sobre os acontecimentos na instituição.	Emitir verbalizações sobre os acontecimentos da instituição em que reside.	
Fazer pequeno comentário sobre auto-revelação dita pelo interlocutor.	Emitir verbalizações de poucas palavras sobre um comentário de ordem pessoal dito pelo interlocutor.	

Cena 6

Comportamentos observados	Definições dos comportamentos	Colocar um sim se o comportamento foi observado ou um não se não foi observado
Sorrir.	Retrair os cantos da boca para os lados e para o alto (Fagundes, 1999).	
Fazer comentário amplo sobre o que foi dito.	Emitir verbalizações na forma de frase mais ampla logo após a fala do interlocutor que se referem ao conteúdo do que foi	

	dito.	
Reclamar.	Emitir verbalizações na forma de queixas ou lamentações.	
Marcar a própria fala com gestos de cabeça, tronco, braços e mãos.	Emitir movimentações da cabeça e/ou tronco e/ou braços e/ou mãos, enfatizando certos pontos de sua fala (Fernandes, 1997).	

Cena 7

Comportamentos observados	Definições dos comportamentos	Colocar um sim se o comportamento foi observado ou um não se não foi observado
Emitir vocalizações.	Emitir sinais vocais não-verbais durante ou logo após a fala do interlocutor que sugerem compreensão ou que está acompanhando o que foi dito.	
Projetar e inclinar levemente o tórax frontalmente em direção ao interlocutor.	Projetar e inclinar levemente o tórax em direção ao interlocutor, formando um ângulo menor que 90 graus entre o tórax e as pernas.	
Ficar em silêncio após auto-revelação dita pelo interlocutor.	Não emitir verbalizações após um comentário de ordem pessoal dito pelo interlocutor.	
Falar do passado.	Emitir verbalizações sobre episódios vividos em etapas anteriores da vida.	

Cena 8

Comportamentos observados	Definições dos comportamentos	Colocar um sim se o comportamento foi observado ou um não se não foi observado
Emitir vocalizações.	Emitir sinais vocais não-verbais durante ou logo após a fala do interlocutor que sugerem compreensão ou que está acompanhando o que foi dito.	
Sorrir.	Retrair os cantos da boca para os lados e para o alto (Fagundes, 1999).	
Falar de outro assunto após auto-revelação dita pelo interlocutor.	Emitir verbalizações sobre um assunto diferente após um comentário de ordem pessoal dito pelo interlocutor.	
Dar conselhos após auto-revelação dita pelo interlocutor.	Emitir verbalizações na forma de conselho após um comentário de ordem pessoal dito pelo interlocutor	

Cena 9

Comportamentos observados	Definições dos comportamentos	Colocar um sim se o comportamento foi observado ou um não se não foi observado
Dar conselhos após auto-revelação dita pelo interlocutor.	Emitir verbalizações na forma de conselho após um comentário de ordem pessoal dito pelo interlocutor	
Fazer comentário amplo sobre o	Emitir verbalizações na forma	

que foi dito.	de frase mais ampla logo após a fala do interlocutor que se referem ao conteúdo do que foi dito.	
Ficar em silêncio após auto-revelação dita pelo interlocutor.	Não emitir verbalizações após um comentário de ordem pessoal dito pelo interlocutor.	
Orientar a face e o tórax em direção ao interlocutor.	Orientar a face e a parte frontal do tórax em direção ao interlocutor.	

Cena 10

Comportamentos observados	Definições dos comportamentos	Colocar um sim se o comportamento foi observado ou um não se não foi observado
Repetir as palavras-chave de auto-revelação dita pelo interlocutor.	Repetir algumas palavras-chave de um comentário de ordem pessoal dito pelo interlocutor.	
Dominar o turno da fala.	Emitir verbalizações sobre um só assunto durante dois ou mais minutos seguidos sem fornecer espaços para o interlocutor falar.	
Falar sobre parentes e/ou amigos.	Emitir verbalizações sobre parentes e/ou amigos.	
Marcar a própria fala com gestos de cabeça, tronco, braços e mãos.	Emitir movimentações da cabeça e/ou tronco e/ou braços e/ou mãos enfatizando certos pontos de sua fala (Fernandes, 1997).	

Cena 11

Comportamentos observados	Definições dos comportamentos	Colocar um sim se o comportamento foi observado ou um não se não foi observado
Orientar a face e o tórax em direção ao interlocutor.	Orientar a face e a parte frontal do tórax em direção ao interlocutor.	
Fazer perguntas sobre auto-revelação dita pelo interlocutor.	Emitir verbalizações de forma interrogativa, buscando obter mais informações e/ou esclarecimentos sobre um comentário de ordem pessoal dito pelo interlocutor.	
Assentir com a cabeça.	Movimentar a cabeça para o alto e para baixo que sugere estar acompanhando o que está sendo dito.	
Falar sobre doenças e/ou tratamentos.	Emitir verbalizações sobre doenças, tratamentos, exames e remédios.	

Cena 12

Comportamentos observados	Definições dos comportamentos	Colocar um sim se o comportamento foi observado ou um não se não foi observado
Falar de si após auto-revelação dita pelo interlocutor.	Emitir verbalizações sobre si mesmo após um comentário de ordem pessoal dito pelo interlocutor	
Fazer perguntas relativas ao	Emitir verbalizações de forma	

próprio assunto.	interrogativa sobre o assunto que a própria pessoa está dizendo.	
Marcar a própria fala com gestos de cabeça, tronco, braços e mãos.	Emitir movimentações da cabeça e/ou tronco e/ou braços e/ou mãos, enfatizando certos pontos de sua fala (Fernandes, 1997).	
Assentir com a cabeça.	Movimentar a cabeça para o alto e para baixo que sugere estar acompanhando o que está sendo dito.	

Cena 13

Comportamentos observados	Definições dos comportamentos	Colocar um sim se o comportamento foi observado ou um não se não foi observado
Fazer perguntas sobre auto-revelação dita pelo interlocutor.	Emitir verbalizações de forma interrogativa, buscando obter mais informações e/ou esclarecimentos sobre um comentário de ordem pessoal dito pelo interlocutor.	
Repetir as palavras-chave de auto-revelação dita pelo interlocutor.	Repetir algumas palavras-chave de um comentário de ordem pessoal dito pelo interlocutor.	
Fazer pequeno comentário sobre auto-revelação dita pelo interlocutor.	Emitir verbalizações de poucas palavras sobre um comentário de ordem pessoal dito pelo interlocutor.	
Ficar em silêncio após auto-revelação dita pelo interlocutor.	Não emitir verbalizações após um comentário de ordem pessoal dito pelo interlocutor.	

Cena 14

Dominar o turno da fala.	Emitir verbalizações sobre um só assunto durante dois ou mais minutos seguidos sem fornecer espaços para o interlocutor falar.	
Falar sobre parentes e/ou amigos.	Emitir verbalizações sobre parentes e/ou amigos.	
Repetir as palavras-chave de auto-revelação dita pelo interlocutor.	Repetir algumas palavras-chave de um comentário de ordem pessoal dito pelo interlocutor.	
Falar do passado.	Emitir verbalizações sobre episódios vividos em etapas anteriores da vida.	

Cena 15

Comportamentos observados	Definições dos comportamentos	Colocar um sim se o comportamento foi observado ou um não se não foi observado
Fazer comentário amplo sobre o que foi dito.	Emitir verbalizações na forma de frase mais ampla logo após a fala do interlocutor que se referem ao conteúdo do que foi dito.	
Dar conselhos após auto-revelação dita pelo interlocutor.	Emitir verbalizações na forma de conselho após um comentário de ordem pessoal dito pelo	

	interlocutor	
Falar do passado.	Emitir verbalizações sobre episódios vividos em etapas anteriores da vida.	
Fazer perguntas sobre auto-revelação dita pelo interlocutor.	Emitir verbalizações de forma interrogativa, buscando obter mais informações e/ou esclarecimentos sobre um comentário de ordem pessoal dito pelo interlocutor.	

Cena 16

Comportamentos observados	Definições dos comportamentos	Colocar um sim se o comportamento foi observado ou um não se não foi observado
Falar sobre doenças e/ou tratamentos.	Emitir verbalizações sobre doenças, tratamentos, exames e remédios.	
Falar de si após auto-revelação dita pelo interlocutor.	Emitir verbalizações sobre si mesmo após um comentário de ordem pessoal dito pelo interlocutor	
Sorrir.	Retrair os cantos da boca para os lados e para o alto (Fagundes, 1999).	
Fazer perguntas de esclarecimento.	Emitir verbalizações de forma interrogativa, buscando obter mais informações e/ou esclarecimentos sobre o que foi dito pelo interlocutor.	

Cena 17

Comportamentos observados	Definições dos comportamentos	Colocar um sim se o comportamento foi observado ou um não se não foi observado
Falar sobre doenças e/ou tratamentos.	Emitir verbalizações sobre doenças, tratamentos, exames e remédios.	
Projetar e inclinar levemente o tórax frontalmente em direção ao interlocutor.	Projetar e inclinar levemente o tórax em direção ao interlocutor formando um ângulo menor que 90 graus entre o tórax e as pernas.	
Fazer pequenos comentários sobre o que foi dito.	Emitir verbalizações de poucas palavras logo após a fala do interlocutor que se referem ao conteúdo do que foi dito.	
Fitar diretamente a face do interlocutor	Dirigir o olhar diretamente para o interlocutor e não para outro ponto do ambiente (Silva, 2002).	

Cena 18

Comportamentos observados	Definições dos comportamentos	Colocar um sim se o comportamento foi observado ou um não se não foi observado
Fitar diretamente a face do interlocutor	Dirigir o olhar diretamente para o interlocutor e não para outro ponto do ambiente (Silva, 2002).	
Ficar em silêncio após auto-revelação dita pelo interlocutor.	Não emitir verbalizações após um comentário de ordem pessoal	

	dito pelo interlocutor.	
Fazer perguntas de esclarecimento.	Emitir verbalizações de forma interrogativa, buscando obter mais informações e/ou esclarecimentos sobre o que foi dito pelo interlocutor.	
Fazer pequenos comentários sobre o que foi dito.	Emitir verbalizações de poucas palavras logo após a fala do interlocutor que se referem ao conteúdo do que foi dito.	

Cena 19

Comportamentos observados	Definições dos comportamentos	Colocar um sim se o comportamento foi observado ou um não se não foi observado
Repetir as palavras-chave de auto-revelação dita pelo interlocutor.	Repetir algumas palavras-chave de um comentário de ordem pessoal dito pelo interlocutor.	
Falar de outro assunto após auto-revelação dita pelo interlocutor.	Emitir verbalizações sobre um assunto diferente após um comentário de ordem pessoal dito pelo interlocutor.	
Falar sobre os acontecimentos na instituição.	Emitir verbalizações sobre os acontecimentos da instituição em que reside.	
Falar sobre parentes e/ou amigos.	Emitir verbalizações sobre parentes e/ou amigos.	

Cena 20

Comportamentos observados	Definições dos comportamentos	Colocar um sim se o comportamento foi observado ou um não se não foi observado
Fazer comentário amplo sobre auto-revelação apresentada pelo interlocutor.	Emitir verbalizações mais amplas do que uma frase sobre um comentário de ordem pessoal apresentado pelo interlocutor.	
Dar conselhos após auto-revelação dita pelo interlocutor.	Emitir verbalizações na forma de conselho após um comentário de ordem pessoal dito pelo interlocutor	
Falar do passado.	Emitir verbalizações sobre episódios vividos em etapas anteriores da vida.	
Orientar a face e o tórax em direção ao interlocutor.	Orientar a face e a parte frontal do tórax em direção ao interlocutor.	

Cena 21

Comportamentos observados	Definições dos comportamentos	Colocar um sim se o comportamento foi observado ou um não se não foi observado
Dar conselhos após auto-revelação dita pelo interlocutor.	Emitir verbalizações na forma de conselho após um comentário de ordem pessoal dito pelo interlocutor	
Ficar em silêncio após auto-revelação dita pelo interlocutor.	Não emitir verbalizações após um comentário de ordem pessoal dito pelo interlocutor.	
Fazer perguntas de	Emitir verbalizações de forma	

esclarecimento.	interrogativa, buscando obter mais informações e/ou esclarecimentos sobre o que foi dito pelo interlocutor.	
Projetar e inclinar levemente o tórax frontalmente em direção ao interlocutor.	Projetar e inclinar levemente o tórax em direção ao interlocutor formando um ângulo menor que 90 graus entre o tórax e as coxas.	

Cena 22

Comportamentos observados	Definições dos comportamentos	Colocar um sim se o comportamento foi observado ou um não se não foi observado
Assentir com a cabeça.	Movimentar a cabeça para o alto e para baixo que sugere estar acompanhando o que está sendo apresentado.	
Fornecer informações gratuitas.	Emitir informação espontânea sem que tenha sido solicitada.	
Emitir vocalizações.	Emitir sinais vocais não-verbais durante ou logo após a fala do interlocutor que sugiram compreensão ou que está acompanhando o que foi apresentado.	
Fazer comentário amplo sobre auto-revelação apresentada pelo interlocutor.	Emitir verbalizações mais amplas do que uma frase sobre um comentário de ordem pessoal apresentado pelo interlocutor.	

Cena 23

Comportamentos observados	Definições dos comportamentos	Colocar um sim se o comportamento foi observado ou um não se não foi observado
Emitir vocalizações.	Emitir sinais vocais não-verbais durante ou logo após a fala do interlocutor que sugiram compreensão ou que está acompanhando o que foi apresentado.	
Dominar o turno da fala.	Emitir verbalizações sobre um só assunto durante cinco ou mais minutos seguidos sem fornecer espaços para o interlocutor falar.	
Fazer comentário amplo sobre o que foi apresentado.	Emitir verbalizações de mais de uma frase logo após a fala do interlocutor que se refiram ao conteúdo do que foi apresentado.	
Reclamar.	Emitir verbalizações na forma de queixas ou lamentações.	

Cena 24

Comportamentos observados	Definições dos comportamentos	Colocar um sim se o comportamento foi observado ou um não se não foi observado
Fazer perguntas de esclarecimento.	Emitir verbalizações de forma interrogativa buscando obter mais informações e/ou	

	esclarecimentos sobre o que foi apresentado pelo interlocutor.	
Falar sobre doenças e/ou tratamentos.	Emitir verbalizações sobre doenças, tratamentos, exames e remédios.	
Falar do passado.	Emitir verbalizações sobre episódios vividos em etapas anteriores da própria vida.	
Sorrir.	Retrair os cantos da boca para os lados e para o alto (Fagundes, 1999).	

Cena 25

Comportamentos observados	Definições dos comportamentos	Colocar um sim se o comportamento foi observado ou um não se não foi observado
Fazer comentário amplo sobre auto-revelação apresentada pelo interlocutor.	Emitir verbalizações mais amplas do que uma frase sobre um comentário de ordem pessoal apresentado pelo interlocutor.	
Ficar em silêncio após auto-revelação apresentada pelo interlocutor.	Não emitir verbalizações após um comentário de ordem pessoal apresentado pelo interlocutor.	
Falar de si após auto-revelação apresentada pelo interlocutor.	Emitir verbalizações sobre si mesmo após um comentário de ordem pessoal apresentado pelo interlocutor	
Fazer pequeno comentário sobre auto-revelação apresentada pelo interlocutor.	Emitir verbalizações de poucas palavras sobre um comentário de ordem pessoal apresentado pelo interlocutor.	

Cena 26

Comportamentos observados	Definições dos comportamentos	Colocar um sim se o comportamento foi observado ou um não se não foi observado
Fitar diretamente a face do interlocutor	Dirigir o olhar diretamente para o interlocutor e não para outro ponto do ambiente (Silva, 2002).	
Falar do passado.	Emitir verbalizações sobre episódios vividos em etapas anteriores da própria vida.	
Falar sobre os acontecimentos na instituição.	Emitir verbalizações sobre os acontecimentos da instituição em que reside.	
Fornecer informações gratuitas.	Emitir informação espontânea sem que tenha sido solicitada.	

Cena 27

Comportamentos observados	Definições dos comportamentos	Colocar um sim se o comportamento foi observado ou um não se não foi observado
Falar de outro assunto após auto-revelação do interlocutor.	Emitir verbalizações sobre um assunto diferente após um comentário de ordem pessoal apresentado pelo interlocutor.	
Projetar e inclinar levemente o tórax frontalmente em direção ao interlocutor.	Projetar e inclinar levemente o tórax em direção ao interlocutor formando um ângulo menor que	

	90 graus entre o tórax e as coxas.	
Fornecer informações gratuitas.	Emitir informação espontânea sem que tenha sido solicitada.	
Emitir vocalizações.	Emitir sinais vocais não-verbais durante ou logo após a fala do interlocutor que sugiram compreensão ou que está acompanhando o que foi apresentado.	

Cena 28

Comportamentos observados	Definições dos comportamentos	Colocar um sim se o comportamento foi observado ou um não se não foi observado
Fazer perguntas relativas ao próprio assunto.	Emitir verbalizações de forma interrogativa sobre o assunto que a própria pessoa está dizendo.	
Falar sobre doenças e/ou tratamentos.	Emitir verbalizações sobre doenças, tratamentos, exames e remédios.	
Falar do passado.	Emitir verbalizações sobre episódios vividos em etapas anteriores da própria vida.	
Assentir com a cabeça.	Movimentar a cabeça para o alto e para baixo que sugere estar acompanhando o que está sendo apresentado.	

Cena 29

Comportamentos observados	Definições dos comportamentos	Colocar um sim se o comportamento foi observado ou um não se não foi observado
Fazer comentário amplo sobre auto-revelação apresentada pelo interlocutor.	Emitir verbalizações mais amplas do que uma frase sobre um comentário de ordem pessoal apresentado pelo interlocutor.	
Repetir as palavras-chave de auto-revelação apresentada pelo interlocutor.	Repetir algumas palavras-chave de um comentário de ordem pessoal apresentado pelo interlocutor.	
Marcar a própria fala com gestos de cabeça, tronco, braços e mãos.	Emitir movimentações da cabeça e/ou tronco e/ou braços e/ou mãos, enfatizando certos pontos de própria fala (Fernandes, 1997).	
Dominar o turno da fala.	Emitir verbalizações sobre um só assunto durante cinco ou mais minutos seguidos sem fornecer espaços para o interlocutor falar.	

Cena 30

Comportamentos observados	Definições dos comportamentos	Colocar um sim se o comportamento foi observado ou um não se não foi observado
Reclamar.	Emitir verbalizações na forma de queixas ou lamentações.	
Falar de si após auto-revelação apresentada pelo interlocutor.	Emitir verbalizações sobre si mesmo após um comentário de	

	ordem pessoal apresentado pelo interlocutor	
Fazer pequenos comentários sobre o que foi apresentado.	Emitir verbalizações de poucas palavras logo após a fala do interlocutor que se referem ao conteúdo do que foi apresentado.	
Marcar a própria fala com gestos de cabeça, tronco, braços e mãos.	Emitir movimentações da cabeça e/ou tronco e/ou braços e/ou mãos, enfatizando certos pontos de própria fala (Fernandes, 1997).	

APÊNDICE C – Roteiro de entrevista semiestruturada

I – Dados pessoais

Nome: _____

Idade: _____ Escolaridade: _____

Profissão: _____ Fonte de renda: _____

Religião: _____

II – Institucionalização

Tempo da institucionalização: _____

Responsável pela institucionalização do idoso: _____.

Motivos da institucionalização: _____.

Recebe visitas e frequência delas: _____.

Avaliação sobre a situação de institucionalizado e satisfação com ela: _____.

III – Relacionamento familiar

Familiares vivos e tipo de parentesco: _____.

Formas e frequência de contato com os familiares: _____.

Tipo de relacionamento com os familiares e satisfação com o relacionamento: _____.

Ajuda e tipo de ajuda fornecida e recebida dos familiares: _____.

IV – Relacionamento social e de amizade

Formas de saídas/passeios fora da instituição e frequência deles: _____.

Amigos dentro da instituição, formas e frequência de contato com eles: _____.

Tempo e tipo de relacionamento com os amigos de dentro da instituição e satisfação com o relacionamento: _____.

Ajuda e tipo de ajuda fornecida e recebida dos amigos de dentro da instituição: _____.

Amigos fora da instituição, formas e frequência de contato com eles: _____.

Tempo e tipo de relacionamento com os amigos de fora da instituição e satisfação com o relacionamento: _____.

Ajuda e tipo de ajuda fornecida e recebida dos amigos de fora da instituição: _____.

V – Condições de saúde

Problemas de saúde (tipo e tempo do problema): _____.

Formas de tratamento: _____.

Tipo de comprometimento: _____.

APÊNDICE D – Roteiro entregue para os juízes avaliarem as habilidades comunicativas dos idosos

AVALIAÇÃO DAS HABILIDADES COMUNICATIVAS

Idoso: XX

Considerando o que foi observado em cada cena, qual escore você atribuiria para cada uma das seguintes características comunicativas dos participantes da pesquisa:

1) Suas habilidades para conversar.

☐ 1 Ótima ☐ 2 Boa ☐ 3 Razoável ☐ 4 Ruim ☐ 5 Péssima

2) Suas habilidades para desenvolver relações interpessoais.

☐ 1 Ótima ☐ 2 Boa ☐ 3 Razoável ☐ 4 Ruim ☐ 5 Péssima

3) Se você estive conversando com este participante, você avaliaria a interação como:

☐ 1 Ótima ☐ 2 Boa ☐ 3 Razoável ☐ 4 Ruim ☐ 5 Péssima

ANEXO A - Termo de consentimento livre e esclarecido dos idosos

Título do projeto: Habilidades comunicativas e a rede social de apoio de idosos institucionalizados.

Este termo de consentimento pode conter palavras que você não entenda. Peça à pesquisadora que explique as palavras ou informações não compreendidas completamente.

1 – Introdução

Você está convidado(a) a participar da pesquisa: Habilidades comunicativas e a rede social de apoio de idosos institucionalizados. Se decidir participar dela, é importante que leia e/ou escute estas informações sobre o estudo e o seu papel nesta pesquisa.

A qualquer momento, você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisa ou com a pesquisadora.

É preciso entender a natureza e os riscos da sua participação e dar o seu consentimento livre e esclarecido por escrito.

2 - Objetivo

O objetivo desta pesquisa é fazer um levantamento, por meio da observação de vídeos com cenas da aplicação de entrevista e escalas, sobre suas habilidades comunicativas e a rede social de apoio (amigos, pessoas que gostam de você, que você gosta delas, que pode confiar, que pode contar quando precisa, que o auxilia em suas dificuldades, compartilha momentos de alegrias, tristezas).

3 - Procedimento do estudo

Se concordar em participar desta pesquisa, você será filmado durante várias situações:

- Durante a aplicação de uma entrevista semiestruturada - uma conversa sobre seus dados pessoais, condições de saúde, amigos, tipo de relacionamento com os amigos.
- Durante a aplicação do diagrama de escolta – um instrumento para identificar os aspectos estruturais (quantas pessoas compõem sua rede) e funcionais (tipo de relação que você mantém com essas pessoas) de sua rede social de apoio.

Esses dois instrumentos serão aplicados pela pesquisadora principal.

- Durante a aplicação da escala de apoio social – um instrumento para identificar o tipo de apoio social que você recebe. Esse instrumento será aplicado por um pesquisador colaborador,

um psicólogo com experiência em atendimento clínico, que também manterá a mesma conduta ética e responsável que a pesquisadora principal.

A filmagem da aplicação dos instrumentos ocorrerá para a pesquisadora poder ver as cenas mais vezes e certificar-se de suas respostas.

4 - Riscos e desconfortos

A pesquisa não oferece riscos identificáveis.

5 - Benefícios

Os resultados deste estudo poderão ou não trazer benefícios diretos a você, mas as informações obtidas poderão ser relevantes para o aprimoramento de estudos sobre as habilidades comunicativas, a rede social e o tipo de apoio social recebido na vida de idosos institucionalizados. Ao final da pesquisa, os dados serão fornecidos para você.

6 - Custos/Reembolso

Você não terá nenhum gasto com a sua participação no estudo, mas também não receberá pagamento pela sua participação.

7 - Caráter confidencial dos registros

Você não será identificado quando o material for utilizado, seja para a análise da fidedignidade ou para propósitos de publicação científica ou educativa. Ao final da pesquisa as fitas com as cenas gravadas e os protocolos dos instrumentos serão destruídos. Ao assinar esse consentimento informado, você autoriza sua participação.

8 – Participação

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder aos instrumentos sobre a rede social de apoio e à entrevista semiestruturada, bem como permitir que a aplicação desses instrumentos seja filmada. É importante que esteja consciente de que sua participação nesta pesquisa é completamente voluntária e de que você pode recusar-se a participar ou sair do estudo a qualquer momento sem penalidades ou perda de benefícios aos quais você tenha direito de outra forma. Em caso de você decidir retirar-se do estudo, deverá falar para a pesquisadora. A recusa em participar ou a saída do estudo não lhe causará nenhuma espécie de prejuízo.

9 - Para obter informações adicionais

Você receberá uma cópia deste termo em que consta o telefone e o endereço profissional da pesquisadora principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Caso você venha a sofrer algum dano relacionado ao estudo, ou tenha mais perguntas sobre ele. Por favor, entre em contato com Adriana Guimarães Rodrigues ou com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do IPUSP (Av.: Prof. Mello Moraes, 1721, Bloco G, sala 22, Cidade Universitária – São Paulo, SP– fone; (11) 3097-0529).

10 - Declaração de consentimento

Li ou alguém leu para mim as informações contidas neste documento antes de assinar este termo de consentimento. Declaro que fui informado sobre os métodos da pesquisa e que tive tempo suficiente para ler e entender as informações acima. Declaro, também, que toda a linguagem técnica utilizada na descrição deste estudo de pesquisa foi satisfatoriamente explicada e que recebi respostas para todas as minhas dúvidas. Confirmando também que recebi uma cópia deste formulário de consentimento. Compreendo que sou livre para me retirar do estudo em qualquer momento, sem perda de benefícios ou qualquer outra penalidade.

Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade e sem reservas para participar deste estudo.

Nome do participante

Data ____/____/____

Atesto que expliquei cuidadosamente a natureza e o objetivo deste estudo, os possíveis riscos e benefícios da participação no mesmo, ao participante e/ou seu representante autorizado. Acredito que o participante e/ou seu representante recebeu todas as informações necessárias, que foram fornecidas em uma linguagem adequada e compreensível e que ele/ela compreendeu essa explicação.

Assinatura do pesquisador

Data ____/____/____

ANEXO B - Termo de consentimento livre e esclarecido do pesquisador colaborador

Título do projeto: Habilidades comunicativas e a rede social de apoio de idosos institucionalizados.

1 – Introdução

Você está sendo convidado a participar da pesquisa: Habilidades comunicativas e a rede social de apoio de idosos institucionalizados. Se decidir participar dela, é importante que leia estas informações sobre o estudo e o seu papel nesta pesquisa. A qualquer momento, você pode desistir de participar da pesquisa e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisa ou com a pesquisadora. É preciso entender a natureza e os riscos da sua participação e dar o seu consentimento livre e esclarecido.

2 - Objetivo

A pesquisa objetiva identificar, descrever e analisar as principais classes de comportamentos verbais e não-verbais envolvidas na conversa de idosos institucionalizados e verificar se há correlação entre a manifestação dessas habilidades, o tamanho e a composição da rede social dos mesmos, bem como o tipo de apoio social recebido.

3 - Procedimento do estudo

O presente estudo será dividido em três etapas. Na primeira será realizado um levantamento na literatura científica das principais classes de comportamentos, envolvidas em situações de conversação. Esse levantamento permitirá a construção de um roteiro de observação para ser utilizado na segunda etapa da pesquisa. Na segunda etapa, será realizada a observação sistemática dos comportamentos envolvidos em situações de conversa de idosos institucionalizados. Nessa etapa, também serão levantados dados sobre a estrutura e a composição da rede social dos idosos, bem como a percepção desses idosos e do tipo de apoio social fornecido e recebido. Para essa parte serão utilizados instrumentos específicos, como: entrevista semiestruturada, dois instrumentos de medida de autoinforme, o diagrama de escolta, a escala de apoio social e um teste de interação real planejada. A aplicação desses instrumentos será gravada em vídeo e deverá ser utilizada como fonte de observação dos comportamentos de conversa dos idosos. Na terceira parte do estudo, será feita uma pesquisa correlacional, visando identificar as possíveis relações entre as classes de comportamentos, envolvidas na conversa e a rede social de apoio dos idosos. Esta pesquisa testará a hipótese

que afirma que determinadas classes de comportamentos envolvidas na conversa favorecem o desenvolvimento de um bom relacionamento interpessoal, e este, por sua vez, é determinante para conquista e manutenção da rede social de apoio. Se concordar em participar desta pesquisa, você aplicará a escala de apoio social. Esse instrumento objetiva identificar o tipo de apoio social recebido pelo idoso.

4 - Riscos e desconfortos: A pesquisa não oferece riscos identificáveis.

5 - Benefícios

Os resultados deste estudo poderão ou não trazer benefícios diretos a você, mas as informações obtidas poderão ser relevantes para o aprimoramento de estudos sobre as habilidades comunicativas e a rede social de apoio de idosos institucionalizados.

6 - Custos/Reembolso

Você não terá nenhum gasto com a sua participação no estudo, mas também não receberá pagamento pela sua participação.

7 - Caráter confidencial dos registros

Você não será identificado quando o material for utilizado, seja para a análise da fidedignidade ou para propósitos de publicação científica ou educativa. Ao assinar esse consentimento informado, você autoriza sua participação como pesquisador colaborador. Também é importante que você se comprometa em manter, no mais absoluto sigilo, todo o processo que você irá participar, resguardando assim a identidade e integridade dos idosos observados.

8 – Participação

Se concordar em participar desta pesquisa, você aplicará um instrumento de autoinforme, a escala de apoio social, composta por 19 itens que avaliam cinco dimensões funcionais de apoio social: 1) material; 2) afetivo; 3) emocional; 4) interação social positiva; e 5) informação. Para cada item, existe uma escala do tipo *likert* graduada da seguinte forma: 1 – nunca; 2 – raramente; 3 – às vezes; 4 – quase sempre e 5 – sempre. O idoso deverá optar pelo escore que mais retrata a forma como o apoio social é recebido. A aplicação desse instrumento será filmada, e as cenas observadas pela pesquisadora para identificar as classes de comportamentos dos idosos durante essa conversa. Algumas cenas também serão

mostradas aos avaliadores externos (cinco alunos do curso de psicologia) que deverão fazer o teste da fidedignidade das observações e definições dos comportamentos, bem como a adequação dos mesmos para o estabelecimento de relacionamentos interpessoais.

É importante que você esteja consciente de que sua participação nesta pesquisa é completamente voluntária e de que você pode recusar-se a participar ou sair do estudo a qualquer momento sem penalidades ou perda de benefícios aos quais você tenha direito de outra forma. Em caso de você decidir retirar-se do estudo, deverá avisar à pesquisadora. A recusa em participar ou a saída do estudo não lhe causará nenhuma espécie de prejuízo.

9 - Para obter informações adicionais

Você receberá uma cópia deste termo no qual consta o telefone e o endereço profissional da pesquisadora principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Caso você venha a sofrer algum dano relacionado ao estudo, ou tenha mais perguntas sobre ele, por favor, entre em contato com: Adriana Guimarães Rodrigues ou com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do IPUSP (Av.: Prof. Mello Moraes, 1721, Bloco G, sala 22, Cidade Universitária – São Paulo, SP– fone; (11) 3097-0529).

10 - Declaração de consentimento

Li as informações contidas neste documento antes de assinar este termo de consentimento. Declaro que fui informado sobre os objetivos e métodos da pesquisa e que tive tempo suficiente para entender as informações. Confirmo também que recebi uma cópia deste formulário de consentimento. Compreendo que sou livre para me retirar do estudo em qualquer momento, sem perda de benefícios ou qualquer outra penalidade.

Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade para participar deste estudo.

Nome do participante Data ____/____/____

Atesto que expliquei cuidadosamente a natureza, objetivo e método deste estudo, os possíveis riscos e benefícios da participação no mesmo. Acredito que o participante recebeu todas as informações necessárias.

Assinatura do pesquisador Data ____/____/____

ANEXO C - Termo de compromisso para a pesquisa dos avaliadores externos

Termo de Compromisso para a Pesquisa

Título do projeto: “Habilidades comunicativas e a rede social de apoio de idosos institucionalizados”.

Pesquisador responsável: Adriana Guimarães Rodrigues.

Instituição/Departamento: Programa de Pós-graduação em Psicologia Experimental do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Endereço profissional da pesquisadora para contato:

Eu, _____, aluno do curso de psicologia, concordo em participar, como avaliador externo da ocorrência e definição de algumas classes de comportamentos verbais e não-verbais envolvidas na conversa de idosos institucionalizados e de sua adequação para o estabelecimento de relações interpessoais da pesquisa: “Habilidades comunicativas e a rede social de apoio de idosos institucionalizados”, sob a responsabilidade da pesquisadora Adriana Guimarães Rodrigues. Comprometo-me a preservar a privacidade dos sujeitos de pesquisa, cujos dados foram coletados por meio de filmagens das interações desses sujeitos com a pesquisadora responsável e com um pesquisador colaborador. Concordo, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução da pesquisa e que poderão ser divulgadas de forma anônima. Essas informações serão mantidas com a pesquisadora por um período de tempo necessário para a análise dos dados e, em seguida, serão destruídas. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do IPUSP (CEPH-IP), em: 08 de abril de 2010, com o número de protocolo 2009.077.

Arcos, ____ de _____ de 2010.

Assinatura do participante

ANEXO D – Diagrama de escolta

DIAGRAMA DE ESCOLTA	
Nome:	Idade:
Data da aplicação:	
Início:	Término:

1 – Como é o seu dia?

2 – E o seu final de semana?

Aspecto Estrutural da Rede

Preenchimento do círculo mais interno do diagrama:

- “Pense naquelas pessoas de quem você se sente tão próximo que seria difícil imaginar a vida sem elas.”
Nomes:

Preenchimento do círculo intermediário do diagrama:
--

- “Pense naquelas pessoas de quem você não se sente tão próximo, mas que ainda assim são muito importantes para você.”
Nomes:

Preenchimento do círculo externo do diagrama:
--

- “Pense naquelas pessoas que você ainda não mencionou, mas de quem você se sente próximo e que crê que são importantes o suficiente de modo que deveriam ser colocadas na rede.”
Nomes:

Aspecto Estrutural e Funcional da Rede

Selecionar o nome das dez pessoas listadas na rede.

Nome:		
Idade:		
Sexo:		
Círculo inserido:		
Tipo de relação:		
Tempo de relação		
Distância das residências em horas e minutos:		
Frequência de contato:		
☐ Diariamente/vivem juntos	☐ semanalmente	☐ mensalmente
☐ Anualmente	☐ irregularmente	

Característica Funcional da Rede

Olhe para o seu diagrama e indique, nele, aquelas pessoas de quem você recebe e dá cada um dos tipos de suporte.

1 – Confidenciar coisas que são importantes
2 – Ser tranquilizado (a) e estimulado (a) em momentos de incerteza
3 – Ser respeitado (a)
4 – Ser cuidado (a) em situação de doença
5 – Conversar quando está triste, nervoso (a) ou deprimido (a)
6 – Conversar sobre a própria saúde

ANEXO E – Escala de apoio social

ESCALA DE APOIO SOCIAL

Nome:	Idade:
Data da aplicação:	
Início:	Término:

BLOCO DE REDE SOCIAL

1 – Com quantos parentes você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo?
(Se for o caso, inclua esposo (a), companheiro (a) ou filhos nesta resposta.)

___ parentes ☐ nenhum

2 – Com quantos amigos você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo?
(Não inclua esposo (a), companheiro (a) ou filhos nesta resposta.)

___ amigos ☐ nenhum

3 – Nos últimos 12 meses, você participou de atividades esportivas em grupo (futebol, vôlei, basquete, outros) ou atividades artísticas em grupo (grupo musical, coral, artes plásticas, outras)?

☐ sim ☐ não

Se SIM, com que frequência?

☐ mais de uma vez por semana ☐ uma vez por semana ☐ 2 a 3 vezes por mês

☐ algumas vezes ao ano ☐ uma vez no ano

4 – Nos últimos 12 meses, você participou de reuniões de associações de moradores ou funcionários, sindicatos ou partidos?

☐ sim ☐ Não

Se SIM, com que frequência?

☐ mais de uma vez por semana ☐ uma vez por semana ☐ 2 a 3 vezes por mês

☐ algumas vezes ao ano ☐ uma vez no ano

5 – Nos últimos 12 meses, você participou de trabalho voluntário não remunerado, em organizações não governamentais (ONGs), de caridade, ou outras?

☐ sim ☐ Não

Se SIM, com que frequência?

- ☐ mais de uma vez por semana ☐ uma vez por semana ☐ 2 a 3 vezes por mês
☐ algumas vezes ao ano ☐ uma vez no ano

BLOCO DE APOIO SOCIAL

Todas as perguntas foram precedidas da expressão: Se você precisar ... com que frequência conta com alguém...

6 – que o ajude, se ficar de cama?

- ☐ nunca ☐ raramente ☐ às vezes ☐ quase sempre ☐ sempre

7 – para lhe ouvir, quando você precisa falar?

- ☐ nunca ☐ raramente ☐ às vezes ☐ quase sempre ☐ sempre

8 – para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise?

- ☐ nunca ☐ raramente ☐ às vezes ☐ quase sempre ☐ sempre

9 – para levá-lo ao médico?

- ☐ nunca ☐ raramente ☐ às vezes ☐ quase sempre ☐ sempre

10 – que demonstre amor e afeto por você?

- ☐ nunca ☐ raramente ☐ às vezes ☐ quase sempre ☐ sempre

11 – para se divertir junto?

- ☐ nunca ☐ raramente ☐ às vezes ☐ quase sempre ☐ sempre

12 – para lhe dar informação que o (a) ajude a compreender uma determinada situação?

- ☐ nunca ☐ raramente ☐ às vezes ☐ quase sempre ☐ sempre

13 – em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?

- ☐ nunca ☐ raramente ☐ às vezes ☐ quase sempre ☐ sempre

14 – que lhe dê um abraço?

- ☐ nunca ☐ raramente ☐ às vezes ☐ quase sempre ☐ sempre

15 – com quem relaxar?

☐ nunca ☐ raramente ☐ às vezes ☐ quase sempre ☐ sempre

16 – para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las?

☐ nunca ☐ raramente ☐ às vezes ☐ quase sempre ☐ sempre

17 – de quem você realmente quer conselhos?

☐ nunca ☐ raramente ☐ às vezes ☐ quase sempre ☐ sempre

18 – com quem distrair a cabeça?

☐ nunca ☐ raramente ☐ às vezes ☐ quase sempre ☐ sempre

19 – para ajudá-lo nas tarefas diárias, se você ficar doente?

☐ nunca ☐ raramente ☐ às vezes ☐ quase sempre ☐ sempre

20 – para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?

☐ nunca ☐ raramente ☐ às vezes ☐ quase sempre ☐ sempre

21 – para dar sugestões sobre como lidar com um problema pessoal?

☐ nunca ☐ raramente ☐ às vezes ☐ quase sempre ☐ sempre

22 – com quem fazer coisas agradáveis?

☐ nunca ☐ raramente ☐ às vezes ☐ quase sempre ☐ sempre

23 – que compreenda seus problemas?

☐ nunca ☐ raramente ☐ às vezes ☐ quase sempre ☐ sempre

24 – que você ame e que faça você se sentir querido?

☐ nunca ☐ raramente ☐ às vezes ☐ quase sempre ☐ sempre