

**A Intimidade e a Sexualidade na Idade Avançada: Perceções dos Diretores  
Técnicos das ERPI e sua Relação com o Desenvolvimento das *Soft Skills***

**Maria Manuela da Costa Teixeira**

Dissertação apresentada ao Instituto Superior de  
Serviço Social do Porto para Obtenção do Grau de  
Mestre em Gerontologia Social

Orientadores: Prof. Doutor Jacinto Jardim

Prof. Doutora Sidalina Alameida

Março de 2021

**Maria Manuela da Costa Teixeira**

**A Intimidade e a Sexualidade na Idade Avançada: Perceções dos Diretores  
Técnicos das ERPI e sua Relação com o Desenvolvimento das *Soft Skills***

Março de 2021

“Para que a velhice não seja uma irrisória paródia de nossa existência anterior, só há uma solução – é continuar a perseguir fins que deem um sentido à nossa vida: dedicação a indivíduos, à coletividade, a causas, ao trabalho social ou político, intelectual, criador. Contrariamente ao que aconselham os moralistas, é preciso desejar, na última idade, paixões fortes o bastante para evitar que façamos um retorno sobre nós mesmos. A vida conserva um valor enquanto atribuímos valor à vida dos outros, através do amor, da amizade, da indignação, da compaixão. Permanecem, então, razões para agir ou para falar.”

Simone Beauvoir

## Resumo

O aumento exponencial da população idosa na sociedade atual e as mudanças nela verificadas desafiam os profissionais desta área a desenvolverem um conjunto de *hard* e *soft skills* a fim de serem bem-sucedidos. Nesse sentido, a expressão da intimidade e sexualidade dos idosos, que historicamente ficou impregnada de mitos e preconceitos, exige dos técnicos da gerontologia social um cuidar cada vez especializado e humanizado. No entanto, constatou-se que não existe um estudo sobre a relação entre as *soft skills* e a percepção sobre a intimidade e sexualidade. Por isso, este estudo tem como objetivo descrever e analisar a relação entre as *soft skills* dos Diretores Técnicos (DT) das Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), e a sua percepção sobre a sexualidade nos idosos institucionalizados. Para isso, recorreu-se a desenho quantitativo, com a aplicação de três questionários a uma amostra de (n=208) diretores técnicos das ERPI de 18 municípios portugueses: Questionário Sociodemográfico, Questionário sobre a Percepção da Intimidade e Sexualidade dos Idosos e *Soft skills Inventory* (SSI). Após a recolha dos dados, foram realizadas análises estatísticas, tais como testes de verificação das hipóteses, o coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach, o teste t de Student para as amostras independentes, o teste Mann-Whitney e a correlação de Pearson, Shapiro e Wilck, e o teste de Levene. Os resultados evidenciaram a confirmação das hipóteses previamente colocadas, o que nos leva a concluir que existe uma correlação significativa positiva entre as *soft skills* (autorrelização, assertividade, suporte social, trabalho em equipa, abertura à novidade, resiliência) e a expressão da sexualidade e intimidade. Na continuidade deste estudo, propomos a realização de estudos empíricos, com metodologias mistas e com amostras de outros países, de forma a fazer estudos comparativos.

**Palavras-chave:** envelhecimento, sexualidade, intimidade, *soft skills*, ERPI.

## **Abstract**

The exponential increase in the elderly population in today's society and as the changes verified in it challenge professionals in this area to develop a set of hard and *soft skills* in order to be successful. In this sense, the expression of intimacy and sexuality of the elderly, which has historically been impregnated with myths and prejudices, requires technicians from social gerontology to take care that is increasingly specialized and humanized. However, it was found that there is no studies on the relationship between soft skills and perception on intimacy. Therefore, this study aims to define and analyze the relationship between the *soft skills* of the technical directors of the ERPI and their perception of the sexuality of institutionalized elderly people. For this, a quantitative design was used, with the application of three questionnaires to a sample (n = 208) of technical directors of ERPI in 18 Portuguese municipalities: Sociodemographic Questionnaire, Questionnaire on the Perception of Intimacy and Sexuality of the Elderly and Soft Inventory Skills. After obtaining the data, statistical analyzes were carried out, such as hypothesis verification tests, such as Cronbach's alpha internal consistency coefficient, Student's t test for independent individuals, the Mann-Whitney test and Pearson's correlation, Shapiro and Wilck, and Levene's test. The results show our hypotheses confirmed, which leads us to conclude that there is a significant positive correlation between soft skills (self-improvement, assertiveness, social support, teamwork, openness to novelty, resilience) and the expression of sexuality and intimacy. In the continuity of this study, it is proposed to carry out empirical studies, with mixed methodologies and with samples from other countries, in order to make comparative studies.

**Keywords:** Aging, sexuality, intimacy, soft skills, ERPI.

## **Agradecimentos**

Este trabalho não teria sido possível sem o contributo daqueles que, partilhando o seu saber, fizeram com que eu fosse descobrindo novos horizontes e lutando contra as adversidades até descobrir o caminho certo. Tão pouco teria sido possível sem aqueles que me rodeiam, que sempre me ajudaram a manter a confiança e a levar este percurso até ao fim. A todos ficarei eternamente grata.

Assim, começo por agradecer ao meu orientador, Professor Doutor Jacinto Jardim, pela disponibilidade, dedicação e atenção neste projeto, bem como pelo apoio, críticas, paciência, conselhos e palavras de incentivo, que se revelaram de grande importância para levar a cabo este trabalho de investigação.

Deixo ainda uma palavra de agradecimento e carinho à Professora Doutora Sidalina Almeida, pois além dos demais ensinamentos, foi muito importante para a minha decisão de enveredar por esta área de estudo.

Devo também um agradecimento às Instituições pela sua abertura e disponibilidade e às respetivas direções técnicas, cujo contributo permitiu a minha aprendizagem constante e a materialização deste estudo.

À minha família agradeço, acima de tudo, a paciência, assim como o carinho, a disponibilidade, o incentivo e apoio que me dedicaram, mesmo nas horas mais difíceis, gestos que se revelaram preponderantes para a conclusão desta etapa.

Com especial carinho, às minhas queridas amigas, Elisete Martins, Goreti Franco e Anabela Araújo, a quem agradeço a ajuda, a compreensão, a solidariedade, o companheirismo e a alegria partilhada ao longo desta enorme aventura, sem os quais não teria sido possível desfrutar desta experiência de um modo tão prazeroso.

Por fim, e a mais importante de todas, eu mesma, pois valeu-me a minha força e intrínseca capacidade de resiliência e persistência, que permitiram a superação de todos os desafios que a vida me colocou pela frente, todos os entraves que faziam parecer que tudo girava no sentido oposto. Por isso, a mim, um grande aplauso pela concretização da etapa mais difícil da minha vida, quer a nível pessoal, quer profissional e académico.

O meu MUITO OBRIGADA DE CORAÇÃO por Vos ter na minha vida!

## Índice

<i>Índice de Tabelas</i> .....	VIII
<i>Índice de Anexos</i> .....	VIII
<i>Lista de Siglas</i> .....	IX
<i>Introdução</i> .....	- 1 -
<i>I PARTE - Revisão da literatura</i> .....	- 2 -
<i>Capítulo 1. O envelhecimento humano: contextos demografia e processos</i> .....	- 3 -
<i>Capítulo 2. Sexualidade intimidade e qualidade de vida no idoso</i> .....	- 6 -
<i>Capítulo 3. O contributo da Gerontologia para as boas práticas</i> .....	- 14 -
<i>Capítulo 4. As Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) e o papel das direções técnicas</i> .....	- 17 -
<i>Capítulo 5. As soft skills e a sua relevância no desempenho profissional dos Diretores Técnicos</i> .....	- 27 -
5.1 Resiliência .....	- 30 -
5.2 Suporte Social.....	- 33 -
5.3 Autorrealização .....	- 34 -
5.4 Assertividade .....	- 36 -
5.5 Trabalho de equipa .....	- 39 -
5.6 Abertura à novidade .....	- 41 -
<i>II PARTE - Estudo empírico</i> .....	- 44 -
<i>Capítulo 6. Metodologia</i> .....	- 45 -
6.1 Natureza e desenho da investigação .....	- 45 -
6.2 Problema, objetivos e hipóteses .....	- 46 -
6.3 Hipóteses .....	- 47 -
6.4 Amostra global .....	- 48 -
6.5 Procedimentos globais .....	- 49 -
6.6 Questões éticas e deontológicas.....	- 51 -
6.7 Análise dos dados obtidos.....	- 52 -
<i>Capítulo 7. Resultados e análise dos dados</i> .....	- 54 -
<i>Capítulo 8. Discussão dos resultados</i> .....	- 62 -
<i>Conclusão integrativa geral</i> .....	- 72 -
<i>Referências bibliográficas</i> .....	- 77 -
<i>ANEXOS</i> .....	- 90 -



## Índice de Tabelas

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica. ....	- 54 -
Tabela 2 - Percepção da sexualidade. ....	- 57 -
Tabela 3 - Percepção sobre a intimidade. ....	- 57 -
Tabela 4 - Consistência interna. ....	- 58 -
Tabela 5 - Estatísticas descritivas. ....	- 58 -
Tabela 6 - Correlações. ....	- 59 -
Tabela 7 - Comparação por gênero. ....	- 59 -

## **Índice de Anexos**

Anexo I - Pedido de autorização para utilização de inquérito.....	90
Anexo II - The <i>Soft skills</i> Inventory-55 (SSI-55).....	91
Anexo III - The Soft skills Inventory-55 (SSI-55).....	97
Anexo IV - Outputs SPSS.....	100

## **Lista de Abreviaturas**

**APCER** - Associação Portuguesa de Certificação

**DT** – Diretores Técnicos

**DGS** - Direção Geral de Saúde

**EQUASS** - Modelo European Quality Assurance for Social Services

**ERPI** – Estruturas residenciais para Pessoas Idosas

**INE** – Instituto Nacional de Estatística

**IPQ** - Instituto Português da Qualidade

**ISS** – Instituto da Segurança Social

**ISO** - International Organization for Standardization

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

## Introdução

A esperança média de vida tende a aumentar consideravelmente em todo o Mundo, como pode ser verificado, por exemplo, em Portugal, pelos dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), que projeta que, entre 2012 e 2060, se passe, numa hipótese moderada, de 82,59 anos nas mulheres e 76,67 anos nos homens para 89,88 e 84,21 anos, respetivamente (INE, 2014). Nesta sequência, surgem inúmeras questões algo problemáticas, não somente no que concerne a aspetos sociais e económicos, mas também questões alarmantes em termos de saúde, qualidade de vida e bem-estar.

Conforme a circular normativa n.º 13/DGS de 2004, da Direção Geral de Saúde, podemos definir o envelhecimento humano como um processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos, que se inicia mesmo antes do nascimento e se desenvolve ao longo da vida. Desta forma, o mais relevante nesse caso será oferecer a este grupo populacional um envelhecer com dignidade, saúde e alguma autonomia, para que o processo não seja encarado como um problema ou um empilhar deles, mas sim como uma fase não menos importante do que qualquer outra da vida de todo o ser humano.

Como temos vindo a constatar, para fazer face ao envelhecimento e à procura de cuidados que visem o aumento da qualidade de vida para o idoso, necessitamos não somente de dirigir a nossa atitude para o tratamento de qualquer patologia, independentemente das particulares desta idade, mas também de olhar o idoso na sua completa identidade humana, envolvendo a intimidade e sexualidade. Logo, subsiste a extrema necessidade de consciencialização por parte de todos os intervenientes das ERPI que lidam com esta faixa etária, com especial destaque para os Diretores Técnicos (DT), para que possam ter consciência de que, apesar dos mitos e tabus, as suas *soft skills* podem influenciar a vivência da intimidade e sexualidade dos idosos, assim como os seus principais efeitos na qualidade de vida com o avançar da idade da pessoa.

A excelência é algo que todas as organizações pretendem atingir. Contudo, a exigência para com os recursos humanos está em níveis bastante elevados, o que desafia a uma necessidade de adquirir e treinar conjuntos de competências transversais. As organizações que tendem a ser mais competitivas promovem constantemente a formação

e aprendizagem, incluindo a avaliação. Contudo, as condições no passado eram diferentes das atuais no contexto social e laboral no que diz respeito às necessidades de adaptação à mudança, de resistência ao *stress* e de relacionamento com os outros.

Uma das temáticas apontadas ainda pela literatura como tabu que urge desmistificar é a sexualidade na terceira idade. A sexualidade é compreendida como um elemento que dá sentido e significado à existência humana, revelando uma função vital do indivíduo, da qual fazem parte múltiplos fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais, transmitidos de geração em geração. Por conseguinte, sendo a sexualidade uma característica essencial e inata do ser humano, presente em todas as etapas da vida, os idosos não ficam nem podem ficar excluídos desta perspectiva.

Contudo, a verdade é que, socialmente, esta não é uma realidade bem aceite, seja pelos familiares, seja pelas instituições que se encarregam dos idosos. Há, numa grande proporção de casos, uma atitude de censura e de crítica no sentido de impedir, direta ou indiretamente, que o/a idoso/a mantenha um relacionamento com outra pessoa (Ribeiro, 2007). No caso concreto das instituições, os idosos deixam de ser agentes únicos das suas relações de intimidade, tendo o constrangimento recorrente de ter de solicitar “permissão” à direção da instituição para eventualmente dormir com a outra pessoa ou para ter um espaço mais recôndito para os dois.

Assim, de uma forma geral, este corte social discriminatório acentuou-se no contexto institucional, onde a disciplina que atribuía às instituições uma função social se converteu num mecanismo de controlo das doenças associadas à terceira idade, pelo que os idosos são privados da estimulação sensorial e da expressão dos seus desejos sexuais, vendo esses direitos, muitas vezes, negados. Neste contexto, por vezes, as influências sociais, culturais, religiosas e morais inerentes ao funcionamento das instituições são sobrevalorizadas em detrimento das necessidades afetivas e interpessoais dos utentes (Walker *et al.*, 1998).

Partindo desta realidade, pretendemos com este estudo clarificar os principais fatores que podem afetar a sexualidade do idoso, para que os Diretores Técnicos e restantes profissionais possam adquirir conhecimento e, naturalmente, atuar sobre eles, no sentido de melhorar a saúde sexual dos idosos.

Devido às associações negativas que rodeiam o processo do envelhecimento, esta é uma etapa temida por muitas pessoas. Todavia, o envelhecimento não tem de trazer somente doenças e exclusão. A velhice é uma fase do desenvolvimento humano tão importante quanto todas as outras, pelo que merece respeito e dedicação, tanto por parte dos investigadores, como da sociedade, e ainda do Estado, que é efetivamente o responsável pelo planeamento de políticas públicas que levem à promoção de saúde e bem-estar da pessoa idosa (Araújo & Carvalho, 2005).

Isto vai contra a conduta que os cuidadores formais devem adotar, que se deve basear na promoção e proteção dos interesses e da dignidade dos utentes, independentemente da sua idade, sexo, etnia, competências, condições socioeconómicas, estilo de vida, cultura, religião, escolhas políticas e, não menos relevante, da sua sexualidade. Com efeito, no acolhimento residencial, cuidar do outro deve alicerçar-se por princípios e valores como a dignidade, o respeito, a individualidade, a autonomia, a capacidade de escolha, a privacidade e intimidade, a confidencialidade, a igualdade e a participação. Nesse âmbito, as direções das Instituições Sociais têm um papel importante e reconhecem nos diretores técnicos figuras indispensáveis na evolução de respostas sociais, não somente porque são os principais responsáveis pela definição de um modelo de gestão que seja eficiente em promover a eficácia dessas mesmas respostas, mas também porque a satisfação dos utentes depende deles (Silva, 2013).

Tendo em consideração o contexto e as questões levantadas anteriormente, este estudo tem como objetivo descrever e analisar a relação entre as *soft skills* dos Diretores Técnicos (DT) das Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), e a sua perceção sobre a sexualidade e intimidade nos idosos institucionalizados. Este objetivo será atingido através da discussão que se relata de seguida em duas grandes partes: a primeira parte, que serve de fundamentação teórica ao estudo, apresenta os construtos principais desta investigação ao longo de oito capítulos, versando sobre o processo do envelhecimento humano (Cap.1), a sexualidade e intimidade no envelhecimento (Cap.2), o contributo da gerontologia e boas práticas (Cap.3), as estruturas residenciais para as pessoas idosas (Cap.4) e finalmente as *soft skills*(Cap.5); a segunda parte apresenta o estudo empírico com a descrição da metodologia (Cap.6), os resultados e análise dos dados (Cap.7), assim como a discussão dos resultados (Cap.8). O estudo termina com uma conclusão integrativa, onde serão apresentados globalmente os desafios e

oportunidades suscitados ao longo do processo, tanto para a investigação, como para a intervenção neste domínio.

## **I PARTE - Revisão da literatura**

## **Capítulo 1. O envelhecimento humano: contextos demografia e processo**

O envelhecimento humano é um processo natural que acontece com todos os indivíduos que crescem, amadurecem, envelhecem e morrem, este é o ciclo da vida onde o ser humano é gerado. Em cada uma destas etapas, a adaptação é um grande desafio para o ser humano, pois por vezes implica, no final da vida, algumas perdas e mudanças da sua condição humana (Rosa, 2012).

Conforme Barros (2006), “cada idoso envelhece de modo diversificado. E se é verdade que cada criança deve ser educada diferencialmente, com mais razão cada velho. Cada um tem as suas experiências de vida mais ou menos positivas ou traumatizantes, mais ou menos assumidas ou renegadas, e em contextos muito diversificados: educação diferencial e contextual. Então tem de haver programas de formação individualizada”.

Por seu turno, Teixeira (2017, p.179) afirma que “o cuidar é uma dimensão essencial do ser. Contudo cuidar da população idosa exige repensar as práticas de cuidado e a conseqüente humanização da prestação cuidados ao idoso, envolve compreender a dimensão do cuidado na relação interhumana, refletindo sobre o papel dos próprios cuidadores formais no ato de cuidar de si e do outro”. Neste sentido, “os profissionais necessitam de procurar fontes diferenciadas de conhecimento, alargando o conhecimento às várias áreas do saber, sendo que o foco centralizado é a intervenção das boas práticas gerontológicas”.

Portanto, o envelhecimento obrigatoriamente tem de receber uma maior atenção em todos os seus domínios, na medida em que se caracteriza por um período em que a saúde, a solidão, o isolamento e a pobreza são fatores de receio, sendo esta uma fase da vida que genericamente se associa ao encerramento de um ciclo.

Sendo o envelhecimento populacional um fenómeno de amplitude mundial, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que em 2025 existirão 1,2 biliões de pessoas com mais de 60 anos. No caso concreto de Portugal, segundo dados do Instituto Português de Estatística, existiam em 1998 perto de 600 milhares de pessoas com 75 ou mais anos e cerca de 1.500 milhares com 65 anos ou mais, números que cresceram até aos dias de hoje (Pereira, 2016).

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística, dados que datam de 2015 deixavam Portugal, de entre os 28 estados-membros da União Europeia (UE), em 5.º lugar

na lista de países com maior índice de envelhecimento, o que reflete uma das mais importantes tendências demográficas do século XXI. Na verdade, segundo os rácios anteriores, esta posição deixa transparecer uma pirâmide etária envelhecida e desequilibrada, tendo em conta os baixos números de nados-vivos, existindo uma maior porção de população idosa, por comparação com a população juvenil, o que corrobora a tendência crescente para o aumento do número de idosos, nomeadamente daqueles que se encontram a viver em instituições de longa permanência.

O último recenseamento realizado em Portugal no ano de 2011 dá conta de um forte agravamento do fosso entre jovens e idosos. Em relação ao recenseamento anterior, em 2001, a percentagem de jovens diminuiu de 16% para 15%. Pelo contrário, na população idosa verificou-se o inverso, pois a percentagem passou de 16% para 19% no mesmo período (Sousa, 2018).

Estas tendências devem-se, por um lado, ao aumento da esperança média de vida nas idades mais avançadas, o que resulta num aumento do número de pessoas idosas. Por outro lado, a taxa de fecundidade tem registado um declínio, que provoca uma diminuição da população jovem, contrastante com esse referido aumento da população mais velha (Sousa, 2018).

A OMS (1986) propôs uma definição de envelhecimento baseado em três aspetos importantes: (1) o curso necessário para a manutenção de um funcionamento ótimo; (2) um modelo teórico acerca dos determinantes do envelhecimento ativo; e (3) resposta política requerida exigida pelo desafio do mundo no processo do envelhecimento progressivo.

O envelhecimento é um fenómeno objetivo que afeta todos os sistemas fisiológicos principais e de forma variável (Fonseca, 2004). Para Sáiz Ruiz (2001), o processo de envelhecimento inicia-se pela incapacidade das células do corpo humano se poderem substituir a si mesmas, perdendo parte da sua função à medida que a idade avança. O próprio sistema nervoso central é incapaz de reparar as alterações morfológicas adquiridas com o envelhecimento, tornando-se num processo irreversível. A velocidade de transmissão nervosa diminui fisiologicamente com a idade, o que implica que as funções motoras fiquem mais lentas e as capacidades racionais menos eficazes. Este processo de

perda da funcionalidade celular, que ocorre com o envelhecimento, designa-se de senescência e constitui um processo natural e comum a todos.

Em termos biológicos, esta fase da vida é frequentemente apontada como uma etapa de degeneração do organismo, pelo que se associa inevitavelmente à passagem do tempo, onde o critério mais comumente usado para tentar marcar o seu início e o grau de envelhecimento é a idade cronológica (Sousa, 2018). Em síntese, em termos biológicos, o envelhecimento traz profundas alterações morfológicas com reflexo na própria imagem física, caracterizando-se por um conjunto progressivo de perdas, pelo que torna os indivíduos mais vulneráveis ao desenvolvimento de patologias (Fonseca, 2012).

Em termos psicológicos, o processo de envelhecimento está associado à diminuição e alteração das faculdades psíquicas que podem resultar na dificuldade de adaptação a novos papéis, na falta de motivação e dificuldades em planear o futuro, em perdas orgânicas, afetivas e sociais, em baixa autoestima e ainda em dificuldades de adaptação a mudanças rápidas. No entanto, esta imagem associada a perdas de capacidades não é tão significativa como se pretende fazer crer. Fernandes (2002) sustenta que a maioria dos problemas ligados ao envelhecimento nas pessoas idosas não é causada pela diminuição das funções cognitivas, mas sim por outro tipo de problemas, como a doença, o cansaço, a perda de papéis, as diversas situações de *stress*, o desenraizamento e outros traumatismos, que vão dificultar a adaptação das pessoas idosas. O indivíduo terá de reequacionar os seus objetivos pessoais para ultrapassar estas situações, por forma a adaptar-se, preservando a sua autoestima, para continuar a viver com o melhor bem-estar possível.

Uma das perturbações de saúde mais habitual prende-se com as doenças do foro neurológico, nomeadamente a demência, que acarreta muitas consequências psicológicas e sociais. Este quadro de diminuição progressiva da função cognitiva deve-se à perda da memória, da capacidade de abstração e juízo, com consequências de alteração da personalidade e da estrutura psicológica. No entanto, essas perdas podem ser compensadas com vantagens como a sabedoria, o conhecimento e experiência. Contudo, grande parte das vezes, a diminuição do funcionamento cognitivo é provocada pela falta de estimulação, de doenças como a depressão, por fatores comportamentais, como consumo de álcool e medicamentos, fatores psicológicos, por exemplo, falta de motivação, de confiança e baixas expectativas, e por fatores sociais como a solidão e o isolamento (Who, 2005).

Finalmente, no que respeita à dimensão social, as consequências derivam em grande parte das incapacidades para as atividades de vida diária, que têm origem, em muitos casos, nos problemas de saúde associados. O envelhecimento populacional é o principal fator responsável pelo gradual crescimento do número de idosos em situação de dependência, o que constitui um conjunto de grandes desafios, não só para o modelo de organização e gestão dos cuidados de saúde, como também para o modelo de organização das famílias prestadoras de cuidados. Portanto, o envelhecimento social associa-se “(...) às transformações a nível dos papéis sociais, obrigando a uma capacidade de ajustamento ou adaptação às novas condições de vida” (Figueiredo, 2007, p.53), como por exemplo a perda da profissão ou a perda da credibilidade enquanto pessoa. Para Osório (2007, p.15), o envelhecimento social pode ser encarado “(...) como um acontecimento de alteração de atitudes e de mentalidades, resultante das relações que se estabelecem entre os grupos etários e as suas condições de vida.”

Fonseca (2004; 2011) considera que a dimensão social do envelhecimento nos remete para as modificações dos papéis sociais associados a acontecimentos típicos da velhice, tais como a reforma, a morte do cônjuge, o nascimento dos netos, mas também, para a forma como a sociedade vê os seus idosos. Ou seja, a sociedade vai construindo conceitos relativamente às pessoas idosas, exercendo uma significativa influência nos seus comportamentos, posturas e desejos em relação ao seu meio social envolvente.

Como tal, a perda de estatuto social e a reforma em si podem ser vistas como “uma forma de exclusão social e adquire o estatuto desvalorizado de reformado” (Fernandes, 2001, p.36). O indivíduo que entra na reforma sente-se deslocado e, em muitos casos, não sabe onde aplicar o seu tempo e energia.

Em síntese, estas três dimensões (física, psicológica e social) não se realizam de forma estagnada, existindo antes uma complementaridade e reciprocidade entre elas. Fonseca (2012) considera que as transformações morfológicas do organismo e a sua interpretação negativa irão ter repercussões na imagem corporal, nos efeitos psicológicos e na integração social pela forma como o idoso é percebido por si e pelos outros. Por outro lado, se o ambiente social tende a desvalorizar as capacidades da pessoa idosa, isso irá inevitavelmente contribuir para o isolamento e dependência.

O envelhecimento não é um estado, mas sim um processo de degradação gradual e diferencial que afeta todos os seres vivos e sua conclusão natural é a morte do organismo. De acordo com o nível no qual ele se dispõe (biológico, psicológico ou sociológico), a sua velocidade e gravidade variam de indivíduo para indivíduo. Desta forma, podemos dizer que os indivíduos envelhecem de formas muito diversas e, a este respeito, podemos falar de idade biológica, de idade social e de idade psicológica, que podem ser muito diferentes da idade cronológica (Fontaine, 2000). De salientar, no entanto, que o envelhecimento atinge ambos os sexos de forma similar, contudo mantém as especificidades de cada sexo e de cada pessoa.

Barros (2004) refere que “Cada idoso envelhece de modo diversificado. (...). Cada um tem as suas experiências de vida mais ou menos positivas ou traumatizantes, mais ou menos assumidas ou renegadas (...).” (p. 270).

Globalmente, o envelhecimento é assumido como um processo dinâmico, progressivo e irreversível, ao qual se veem associados fatores biológicos, psicológicos e sociais (Litvoc & Brito 2004). Aliás, ele é justamente motivado por diferentes fatores, entre os quais estão a cultura, a classe social, o género e os padrões de saúde individual e coletivos (Rozendo & Alves, 2015).

Por isso, importa analisar em profundidade este fenómeno nas suas diversas dimensões. Para já, segue uma descrição sobre as questões relacionadas com a intimidade, sexualidade e o envelhecimento dos idosos.

## **Capítulo 2. Sexualidade intimidade e qualidade de vida no idoso**

Ao pronunciarmos a palavra sexualidade, sobressai tendencialmente a ideia de atividade sexual, no entanto, esta é uma visão muito restrita deste conceito. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1975) considera que a sexualidade humana não se restringe somente ao ato sexual, mas também ao afeto, ao contacto e à intimidade. Contudo, os conceitos distinguem-se tendo em conta o sexo como sinónimo de género, possibilitando a divisão entre feminino e masculino.

A sexualidade refere-se aos desejos, às possibilidades, às necessidades, consistindo no resultado da existência de sexos. A atividade sexual é o que existe quando os sexos se relacionam (Campos, 2008).

A história da sexualidade inicia-se com a expulsão de Adão e Eva do Paraíso e a necessidade de esconder a nudez. Logo, é tomada como imprópria ao ser humano, devendo ser dominada e não sustentando ser fonte de prazer (Zing, 2008). Nesta sequência, o século XVII é relatado por Foucaute (1988) como a “idade da repressão” das sociedades burguesas, com reprovações à expressão da sexualidade e preceitos de decência seguidas com rigor, em que, até ao final do século XVIII, o foco eram as relações matrimoniais regidas por três códigos, o direito canónico, a pastoral cristã e a lei civil.

Contudo, a partir dos séculos XIX e XX, emerge a necessidade de falar de sexo, apresentada pelo mesmo autor como a “idade da multiplicação”, qualificada pelo enfraquecer das estruturas de repressão, por uma maior tolerância ao tratar as questões relativas à sexualidade, suprimindo-se, claramente, os tabus relacionados à sexualidade infantil.

Presentemente, assistimos a uma visão de liberdade sobre a sexualidade, a uma maior abertura para o tema em todas as camadas sociais e faixas etárias. No entanto, Zink (2008) acautela que toda esta libertação, mais uma vez, coloca a sexualidade na repressão, pois existe o risco da contaminação de doenças sexualmente transmissíveis e, até, de morte. Neste sentido, importa evidenciar alguns fatores importantes, como destacam Netto e Ponte (2002), que cooperam para a uma nova conceção da sexualidade, na qual a vida sexual se torna não somente numa fonte de reprodução, mas sim num meio de realização e satisfação pessoal, no entanto, acrescenta que o aumento da expectativa de vida e a

disposição à não renúncia da vida sexual, bem como o aparecimento de doenças sexualmente transmissíveis, levam à necessidade de mais conhecimento sobre o sexo e o próprio corpo.

Com o aumento da expectativa de vida, os avanços na medicina, a preocupação e procura para com o bem-estar, as atividades físicas, entre outros fatores, a qualidade de vida tornou-se um assunto de grande evidência na atualidade. A Qualidade de Vida é definida pela OMS como a percepção da posição de um indivíduo na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Para contrariar esta tendência, é promissor para os idosos envolverem-se em atividades de grupo que resgatem a sua autoestima e a alegria de viver, perdidas quando se tornaram menos ativos. Neste sentido, bailes, palestras, jantares, atividades socioculturais, os amigos e os próprios *namoricos* assumem um papel relevante nas suas vidas (Carreira, 2011).

Importa salientar que a qualidade de vida, como nos advertem Vecchia e colaboradores (2005), está além de um conceito teórico, sendo um conceito subjetivo que varia com o nível sociocultural, a faixa etária e as aspirações pessoais do indivíduo. Logo, a qualidade de vida abrange não somente a condição física do indivíduo, mas também as interações sociais, o seu estado psicológico, os fatores económicos e a condição espiritual.

Ao investigar sobre este conceito, a OMS menciona que este é “o total bem-estar físico, psíquico e social do indivíduo, e não a ausência de uma doença ou de uma enfermidade” (Almondes, 2006). Neste sentido, verifica-se a conceção biopsicossocial do indivíduo, em que o estar saudável é consequência de vida física, psíquica e social de qualidade.

De acordo com Rugiski (2007), na visão biopsicossocial do indivíduo, são consideradas a dimensão biológica, ou seja, as características físicas, relativas ao metabolismo, à resistência e à vulnerabilidade de seus órgãos, a dimensão psicológica, que diz respeito aos processos afetivos, emocionais, de raciocínio, da personalidade e da autopercepção, e a dimensão social, que inclui os valores socioeconómicos, as crenças, os costumes e a cultura em que o indivíduo está inserido.

Tendo em consideração o aumento da população idosa, é de relevante importância para a sociedade reconhecer as condições que harmonizem um envelhecimento com qualidade de vida e bem-estar. Em conformidade com Neri (1991), promover uma boa qualidade de vida na idade madura passa os limites da responsabilidade pessoal, devendo essa promoção ser vista como um projeto de carácter sociocultural.

Isto leva-nos ao conceito de envelhecimento ativo, definido pela OMS como um processo de otimização das oportunidades de saúde, de participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. Estudos mais recentes sobre o envelhecimento indicam desafios voltados para a compreensão das condições relacionadas à possibilidade de assumir o envelhecimento como um processo positivo e a velhice como uma etapa da vida que pode ser acrescida de saúde, bem-estar, prazer e qualidade de vida.

A sexualidade na velhice tem despertado um grande interesse. Apesar das transformações adjacentes a esta fase da vida, a idade não dessexualiza o indivíduo, existem apenas modificações quantitativas da resposta sexual, ou seja, esta transforma-se constantemente ao longo de toda a evolução do indivíduo, contudo desaparece com a morte (Debret & Brigueiro, 2012). Na verdade, a sexualidade constitui, como asseguram Bernardo e Cortina (2012), um dos aspetos relacionados com a saúde, sendo preponderantes na qualidade de vida do ser humano em envelhecimento.

Alguns especialistas argumentam inclusive que quem pratica sexo até ao fim de vida, descreve-o como atividade benéfica para um envelhecimento bem-sucedido. Novaes e Derntl (2002) afirma que a sexualidade continua a ser uma necessidade básica da velhice, que visa a procura do prazer, afeto e intimidade, articulando-se com os fatores hormonais, emocionais e socioculturais.

Contudo, o processo de envelhecimento está frequentemente sujeito a um julgamento baseado em reproduções sociais que resulta, em muitos casos, das mudanças fisiológicas a ele inerentes e da falta de informação. Isto tem conduzido à estagnação da ideia de sexualidade e afetividade entre pessoas com mais de 60 anos.

Com efeito, os padrões sociais existentes em torno do binómio sexualidade – envelhecimento traduzem-se numa conduta sexual muito repressiva e numa pressão social

enorme para que os idosos adotem um papel passivo em relação à satisfação das suas necessidades afetivas (Pires *et al.*, 2009).

Berger (1995) aborda esta questão dos estereótipos sociais, formulando que são representações simbólicas que não assentam numa base de conhecimento sólida, e que, por isso, não espelham a realidade. De facto, vendo a realidade da terceira idade, não se encontra fundamento para determinadas imagens sociais. Desta forma, discutir sobre a sexualidade e as relações afetivo-sexuais na terceira idade foi desde sempre algo feito de forma incipiente.

O que a sociedade, de uma forma geral, descarta é que a vida sexual não tem de estar intrinsecamente vinculada à função procriadora, podendo efetivamente significar uma fonte de satisfação e de realização de pessoas de todas as idades. Todavia, considerando o sexo como uma ferramenta natalista, este fica totalmente desconectado do amor, pelo que se ignora o facto da diminuição das atividades sexuais não significar de todo um declínio da capacidade de amar, de ter desejo, de dar e receber prazer.

Como refere Silva (2006), pese embora, durante muito tempo, as relações sexuais tenham sido compreendidas como algo exclusivamente ligado à reprodução, atualmente sabemos que deixou de ser uma mera necessidade biológica de perpetuação da espécie, para se tornar também numa necessidade psicológica, profundamente influenciada pelos padrões sociais e culturais. Cumpre uma necessidade fisiológica e emocional do indivíduo, que se manifesta de forma diferenciada nas diferentes fases do desenvolvimento humano.

A sua forma de expressão pode variar desde práticas corporais a valores pessoais e sociais, pensamentos, fantasias, desejos ou crenças, pelo que reflete o contexto sociocultural no qual o sujeito está inserido e se desenvolve, envolvendo, assim, a história, os costumes e a cultura dos indivíduos (Oliveira *et al.*, 2009).

A sexualidade é uma componente fundamental da identidade humana, mas as suas interpretações na sociedade vão sofrendo transformações em função da idade em que é perspectivada. Apesar de ser considerada uma necessidade da vida, seja em que idade for, sendo que nem mesmo em contexto de institucionalização, por exemplo, um idoso diminui estas necessidades, a realidade é que a sexualidade dos idosos se vê ainda mais reprimida nestes contextos.

A institucionalização está frequentemente relacionada com diminuição da liberdade pessoal dos idosos, incluindo a sexualidade. No entanto, a maioria das pessoas idosas mantêm-se sexualmente ativa e com desejo sexual, ainda que a prevalência de disfunções sexuais seja elevada. Conforme apontam Bouman e colaboradores (2006), a intimidade é um dos domínios preponderantes na qualidade de vida das pessoas idosas. Porém, a maioria destas pessoas idosas não procura qualquer espécie de ajuda (Nicolosi *et al.*, 2006).

O problema que se coloca é que as pessoas idosas assimilam o estereótipo de que a sexualidade na terceira idade é inconveniente e inapropriada. No entanto, e como mencionam Taylor e Gosney (2011), a maioria destes é sexualmente ativa, ainda que alguns considerem que os mais velhos não devem ter atividades sexuais. Neste sentido, são muitos os(as) idosos(as) que não procuram apoio com temor de que os profissionais os olhem de forma inadequada devido ao seu interesse pela sua sexualidade.

Normalmente, os idosos revelam como principais motivações para o estabelecimento das suas relações, a procura da satisfação de necessidades afetivas interpessoais, impulsionadas por sentimentos de solidão, de compaixão e de apoio mútuo. Procuram, na maioria dos casos, uma intimidade afetiva, mais do que meramente sexual (Pires *et al.*, 2009).

Aliás, numa abordagem diferente, Giddens (1993) sugeriu pelo menos dez particularidades do relacionamento íntimo, adequadas para proporcionar a compreensão do conceito de intimidade: (i) desenvolvimento do eu como a principal prioridade; (ii) desejo de uma satisfação a longo prazo; (iii) equilíbrio e mutualidade no relacionamento; (iv) partilha das vontades, dos sentimentos e avaliação do que o(a) seu(a) parceiro(a) significa para si; (v) franqueza; (vi) compreensão da individualidade um do outro; (vii) o relacionamento está sempre a mudar; (viii) reocupação saudável com o bem-estar e a evolução do parceiro(a), com o desprendimento; (ix) o sexo resulta da amizade e da proteção; (x) solução conjunta dos problemas.

Na verdade, acredita-se que uma sexualidade bem vivida pode potenciar a qualidade de vida dos idosos, no sentido de que facilita a resolução de problemáticas relativas à convivência com o avançar da idade, aumenta o prazer de viver e, acima de

tudo, estimula a autoestima (López & Fuertes, 1999). Isto significa que é profundamente erróneo subestimar o desenvolvimento da intimidade nos idosos.

Sanchez e Ulacia (2006) referenciam que as mudanças fisiológicas na terceira idade, tanto no homem como na mulher, não justificam uma perda brusca e significativa da atividade sexual, pode sim acrescentar uma adaptação adequada a estas mudanças, contribuindo para um enriquecimento da sexualidade do casal. Importa salientar que, na velhice, as patologias do foro neurológico, nomeadamente, os quadros demenciais e que são frequentes e podem influenciar a sexualidade dos mais velhos. Neste sentido, torna-se relevante este aspeto da sexualidade na demência, com a substituição da atividade sexual por outras formas de demonstração de intimidade física, tais como a manifestação de afeto ou abraços, beijos e toque (Davies *et al.*, 2010).

A expressão sexual dos idosos institucionalizados é frequentemente diminuída e encarada como um problema comportamental, uma vez que não é bem vista por parte dos cuidadores, da administração das suas famílias e dos utentes, como referem vários autores (Colson, 2007; Kaplan, 1996; Mahieu *et al.*, 2011; Nagaratnam & Gayagay, 2002; Rheume & Mitty, 2008). E acrescentam os autores que por vezes até entre os próprios utentes há essa repressão. Os comentários existentes entre utentes relativamente às vidas íntimas e sexuais dos outros utentes contribuem também para os envergonhar na expressão sexual dos mesmos (Kaplan, 1996).

Reingold e Burros (2004) expõem a criação de políticas formais que ratifiquem a expressão sexual dos utentes; o desenvolvimento de programas de educação dos colaboradores que lhes permitam dar explicação sobre estas situações e que estimulem um ambiente social de suporte adequado à expressão sexual dos utentes; a alterar, sempre que executável, no espaço físico de forma a simplificar e proteger a intimidade e a expressão sexual dos utentes; e a implementação de linhas de orientação dirigidas aos familiares que clarifiquem as necessidades e os direitos à expressão sexual dos idosos institucionalizados.

Neste sentido, o papel dos cuidadores e das pessoas que envolvem os idosos revela-se fundamental no apoio dos mesmos, podendo condicionar em grande medida o seu bem-estar. Sendo os cuidadores formais, e muitas vezes também os informais, em grande parte das situações os olhos e os ouvidos da pessoa cuidada (Stone, 2004), torna-se crucial que

se esforcem por compreender e aceitar o seu mundo e acima de tudo as suas necessidades, pois isso terá um impacto significativo nas suas vivências.

A este propósito, Ribeiro (2007) refere que os filhos são normalmente os primeiros a negar a sexualidade dos pais. Por outro lado, dentro do sistema familiar, e especialmente em situações de viuvez, as pessoas idosas são sensíveis às opiniões e encorajamento dos filhos e dos amigos para assumir uma nova relação nesta etapa de vida.

Com efeito, é comumente aceite que é muitas vezes nos lares que se proporciona o desenvolvimento ou estabelecimento de novas relações sociais, e é também nesse mesmo espaço que as de teor afetivo-sexual são perseguidas por sentimentos de reprovação, e realçamos neste contexto que, por vezes, deixam de ser relações do domínio privado para se tornarem públicas, o que afeta os indivíduos envolvidos, bem como a sua privacidade, os cuidadores formais e eventualmente os familiares (Mattiasson & Hemberg, 1998).

Conforme Ribeiro (2007), sexualidade é o modo como o indivíduo expressa o seu sexo. Pode manifestar-se através da fala, dos gestos, expressão corporal, do vestuário, do andar, entre outras. Assim sendo, compreender as dificuldades que os idosos enfrentam na prática da sua sexualidade vem ressaltar a importância dos serviços prestados em contexto institucional, num período de transformações que existem no corpo feminino e masculino. Segundo Bernardo e Cortina (2012), o sexo é apenas uma das formas de expressar o amor humano por meio das relações afetivas, porém, não é a única forma.

Quando se trata de idosos, Soares e colaboradores (2011) referem que existe uma carência nas questões sobre as várias perspetivas da sexualidade, inclusive, da vida sexual, pois a maioria dos profissionais de saúde não tem como prática preventiva ou terapêutica valorizar o tema. Esse fator está relacionado com a ínfima formação académica e profissional sobre o tema em idosos, aos constrangimentos devido aos tabus socioculturais existentes, ou mesmo em virtude de os profissionais não perceberem que, mesmo com suas especificidades, atuam, diretamente ou indiretamente, com a autoestima feminina/masculina e suas relações (Maschio, 2011; Lochlainn & Kenny, 2013).

Homens e mulheres que se sentem sexualmente ativos na velhice sentem-se vivos. Para eles, expressar sentimentos é o mais importante, tendo isso um impacto positivo sobre

a sua qualidade de vida (Vaz, 2012), além de, normalmente, apresentarem menos problemas físicos e psicológicos.

Pese embora a sexualidade se manifeste de formas diferentes nos indivíduos, ela está presente ao longo de toda sua vida. Seguramente, a sexualidade nos idosos não é a mesma de quando eram jovens, mas para vivê-la sem temor e com qualidade, é necessário assumi-la. Normalmente, com o envelhecimento sobrevém uma redução das manifestações da sexualidade e, se na juventude a gratificação é obtida com a quantidade, na velhice prioriza-se a qualidade. Tendo em consideração os estudos de Dantas e colaboradores (2002), de Black e Jacobs (1996, cit. In Mixão & Borges, 2006) e de Vaz (2012), o sexo na terceira idade traz satisfação física, reafirma a identidade e estimula sensações de aconchego, afeto, amor e carinho.

É inegável que as pessoas necessitam de intimidade e contacto físico durante toda vida, o que se torna possível visto que a capacidade de manter relações sexuais e a sexualidade não terminam com o envelhecimento. Neste estágio, a função sexual passará por mudanças simultaneamente com o declínio de outras funções biológicas e alterações emocionais, típicas da própria idade (Gavião, 2005, citado por Vaz, 2012).

Concluindo e parafraseando Vaz (2012), a sexualidade na velhice é simples e, ao mesmo tempo complexa, em função do envelhecimento do corpo, das modificações na anatomia e fisiologia sexual. Contudo, a capacidade de trocar carícias e afeto e até mesmo manter relações sexuais permanece até o fim da vida. Nesse sentido, interessa aprofundar o contributo que a gerontologia pode dar, visando o desenvolvimento de comportamentos individuais e profissionais, conforme será apresentado no capítulo três deste estudo.

### **Capítulo 3. O contributo da Gerontologia para as boas práticas**

Abordar o envelhecimento pressupõe considerar aspetos pertinentes que auxiliam na sua compreensão e desmistificação, nomeadamente a área científica responsável pelo seu estudo, a Gerontologia (Perlmutter, 2006). A sua criação está na base desse recente fenómeno do envelhecimento humano e populacional (Paúl, 2017). Embora tenha raízes anteriores, só emergiu de forma clara a partir da segunda metade do século XX. A Gerontologia é definida por Schroots e Birren (1990) como o estudo simultâneo e multidisciplinar do processo do envelhecimento, da velhice e do(a) idoso(a). A sua consolidação deu-se nos Estados Unidos da América (EUA), primeiro com o aparecimento da sociedade de Gerontologia em 1945, e depois, em 1946, com o lançamento da primeira grande publicação periódica na área, o “Journal of Gerontology”.

Mais tarde, foi criada, no seio da American Psychological Association (APA), uma divisão intitulada “Maturity and Old Age” (designação que viria a ser alterada para “Adult Development and Aging”), o que rapidamente conduziu à realização de encontros científicos especializados e ao aparecimento de publicações diretamente orientadas para a análise de problemáticas ligadas quer seja à Psicologia do desenvolvimento na idade adulta e velhice, quer às dimensões psicológicas do envelhecimento (Birren & Schroots, 1996).

Juntamente com Neugarten, Birren e Schroots (1996) foram dos primeiros investigadores a proceder ao estudo sistemático das mudanças de comportamento relacionadas com a idade, remontando as suas pesquisas iniciais aos anos 60 do século passado. No essencial, Birren e Schaie (2001) defendiam que o avanço da idade correspondia a um progressivo abrandamento da atividade do sistema nervoso e de toda a ação humana dele dependente, residindo nesse fenómeno universal a característica fundamental do processo de envelhecimento.

Estas abordagens conceituais deste novo paradigma abriram definitivamente portas da Psicologia ao estudo do envelhecimento, não sendo surpreendente que a partir da década de 80, o crescimento de publicações, congressos e investigações neste domínio tenha sido exponencial, prevendo-se que se prolongue e intensifique ao longo deste século, acompanhando o aumento da população idosa e o próprio alargamento da longevidade.

Para contestar a visão estereotipada, preconceituosa e limitada do envelhecimento, a gerontologia tem vindo a ampliar os seus estudos e pesquisas com a finalidade de evidenciar que a velhice é parte integrante de um processo contínuo da vida, e que as condições genéticas, ambientais e comportamentais, bem como fatores intrínsecos, situacionais e da história de vida dos indivíduos, influenciam positiva ou negativamente o envelhecimento (Paschoal, 2006).

Estudos feitos por Xavier e colaboradores (2003) determinam diferentes requisitos para a avaliação da qualidade de vida dos idosos, como: o controlo, autonomia, autorrealização e prazer. Deste modo, “a qualidade de vida envolve controle do ambiente, autonomia para realizar o que desejar ter auto-realização a partir de objetivos alcançados e ter atividades que proporcionem prazer” (Lima, 2008, p. 28). Outros fatores como o aumento da expectativa de vida, a não responsabilidade em ter de formar uma família, a reforma e a ausência de dependência física são fundamentais para que o idoso usufrua de uma maior qualidade de vida.

Neste sentido, Fernández-Ballesteros (2000) relaciona justamente a dimensão biológica, psicológica e social do envelhecimento com a Gerontologia. Esta área envolve então o estudo biopsicossocial do indivíduo. Por seu turno, um ramo desta área é a Gerontologia Social, que se baseia em conhecimentos procedentes das ciências biológicas, psicológicas e sociais, incluindo os conhecimentos gerais da Gerontologia e aprofundando fatores como o comportamento demográficos das populações, as diferenças sociais, culturais, económicas e ambientais no envelhecimento, as condições políticas, jurídicas, económicas, educativas, ambientais e sociais que intervêm na qualidade de vida e no bem-estar dos cidadãos mais velhos (Ramalho & Ramalho, 2014).

Segundo Bass (2009), adotando os pressupostos da Gerontologia Social, percebemos que os contextos nos quais o envelhecimento ocorre se alteram em função do tempo e do espaço, ou seja, são influenciados por acontecimentos históricos e mudam mediante países e regiões geográficas.

Assim, a Gerontologia é a ciência que se debruça sobre o estudo do processo do envelhecimento, considerando todos os aspetos ambientais e culturais do envelhecer. A Gerontologia Social, por sua vez, encontrando-se no mesmo âmbito, acentua a dimensão social do processo de envelhecimento (Sousa, 2018).

Deste modo, os crescentes números de população idosa, de acordo com Ramalho e Ramalho (2014), despoletaram a criação de recursos científicos, sociais e educativos que pudessem dar resposta a uma sociedade envelhecida, tendo feito surgir uma nova categoria social e um novo conceito, a “terceira idade”. São também estes autores quem considera que a Gerontologia Social veio justamente suscitar novas políticas sociais e um outro entendimento, porque além de esta fase estar sujeita a perdas físicas ou mentais, encontra-se também ligada a patologias clínicas que determinadas políticas e programas de reinserção social do idoso, bem como políticas de educação e de sensibilização da população podem solucionar.

Por isso, importa que as ERPI e as suas direções técnicas cuidem permanentemente dessa qualidade.

#### **Capítulo 4. As Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) e o papel das direções técnicas**

O aumento exponencial do número de pessoas idosas transportou-nos para o fenómeno da institucionalização das mesmas, de forma a dar resposta às suas necessidades. Portanto, a institucionalização torna-se uma opção para os idosos e para as suas famílias como única alternativa para fazer face aos mais variados problemas que resultam do processo normal do envelhecimento.

A Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) é a designação dada ao alojamento coletivo, temporário ou permanente, para pessoas idosas, no qual se desenvolvem atividades de apoio social e, em simultâneo, prestados cuidados de enfermagem (Instituto Segurança Social, 2017). É uma das diversas instituições a oferecerem os seus serviços na prestação de cuidados a pessoas idosas pelo que o Instituto de Segurança Social, que propõe Modelos de Avaliação da Qualidade, com o intuito de assegurar aos/às cidadãos/ãs o acesso a serviços de qualidade, tendo em consideração um conjunto de normas estabelecidas por parte das IPSS (Segurança Social, 2007).

A padronização desses modelos é assegurada por entidades como a International Organization for Standardization (ISO), organização internacional fundada em 1947, que tem como objetivo desenvolver e aprovar normas (APCER, 2010, citado em Fernandes & Morais 2016, p.40), ou seja, a ISO não “certifica”, mas atua para a melhoria das normas de funcionamento, assim como o Instituto Português da Qualidade (IPQ) (APCER, 2010, citado em Fernandes & Morais, 2016). Contudo, o Modelo European Quality Assurance for Social Services (EQUASS) é um serviço de garantia e certificação da qualidade da especialidade dos serviços sociais, ou seja, é um instrumento que garante a qualidade dos serviços e pressupõe uma melhoria contínua (EQUASS, n.d, citado em Fernandes & Morais, 2016).

A par desses, foi criado o Programa de Cooperação para o Desenvolvimento da Qualidade e Segurança das Respostas Sociais, a 7 de Março de 2003, pelo Ministério da Segurança Social e do Trabalho, a Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade, a União das Misericórdias Portuguesas e a União da Mutualidades Portuguesa. Daqui sucede o “Modelo de Avaliação de Qualidade nas Respostas Sociais”,

que tem por base os referenciais normativos que foram desenvolvidos pelo Instituto da Segurança Social (ISS, I.P) para as diferentes Respostas Sociais, com o objetivo de melhorar os serviços prestados, retificando de forma planificada o funcionamento da organização, as contingências de melhoria entre aquilo que se executa e os resultados que se alcançam (Segurança Social, 2007).

Para além da implementação de um SGQ, este modelo assenta nos conceitos de referência como que uma “orientação para os resultados, foco no cliente, liderança e perseverança nos desígnios, gestão por processos e factos, desenvolvimento e envolvimento das pessoas, aprendizagem, inovação e melhoria contínuas, propagação de parcerias e responsabilidade social corporativa” (Segurança Social, 2007, p. 7).

Desta forma, este modelo é suportado por oito critérios, ficando quatro relativos aos meios e quatro aos resultados: (i) liderança, planeamento e estratégia, (ii) pessoas, (iii) parcerias e recursos, (iv) processos, (v) e resultados dos clientes, (vi) Resultados das pessoas, (vii) resultados da sociedade, (viii) resultados chave do desempenho. Os critérios dos meios referem-se ao sentido de como se faz e os critérios dos resultados referem-se ao sentido do que se consegue alcançar (Segurança Social, 2007: 8). No entanto, para avaliação deste modelo, existem três níveis (Nível C, B e A), sendo que a certificação do nível C assegura o cumprimento dos requisitos básicos assinalados na coluna C, a certificação do nível B assegura o cumprimento das qualidades médias assinalados na coluna C e B e a certificação do nível A certifica o cumprimento dos requisitos superiores, ou seja, assinalados no modelo na coluna C, B e A (Segurança Social, 2007, p. 9).

Para a implementação de um Sistema de Gestão de Qualidade determinado no Modelo de Avaliação da Qualidade, destaca-se o critério quatro Processos. O Manual de Processos Chave apresenta um conjunto de elementos: 1- Candidatura, 2- Admissão e acolhimento, 3- Plano individual, 4- Cuidados pessoais e de saúde, 5- nutrição e alimentação, 6- Apoio nas atividades instrumentais da vida quotidiana, 7- Planeamento e acompanhamento das atividades de desenvolvimento pessoal (Segurança Social, 2007, p. 6). De salientar que todos os processos acima mencionados são indispensáveis para uma melhor qualidade dos serviços prestados aos/às utentes.

Contudo, destacamos o número três, o Plano Individual, que abarca todos os outros processos. Na elaboração do Plano Individual (PI) aplica-se como matriz de análise o

Modelo de Qualidade de Vida para a população idosa, que visa verificar todas as necessidades e potenciais do/a residente, tanto físicas como psicológicas e sociais, agilizando assim uma visão holística daquele/a (Segurança Social, 2007). O Modelo de Avaliação da Qualidade de Vida está ligado ao World Health Organization Quality of Life (WHOQOL – OLD) e assenta em seis domínios fundamentais (Segurança Social, 2007). Após a integração do/a idoso/a na ERPI, é realizada uma avaliação das suas necessidades e das suas capacidades, sendo efetuado um diagnóstico onde são recolhidas informações acerca do seu estado de saúde, das suas funcionalidades e das suas expectativas face à sua vida e à ERPI (Segurança Social, 2007).

Esta apreciação é feita em reuniões com a equipa técnica, onde poderá estar presente o/a residente ou o/a tutor sempre que necessário (Segurança Social, 2007). Toda a informação que a equipa técnica possa recolher é importante, pois é com essa informação que vão poder analisar e garantir um apoio essencial na vida do/a residente.

A informação recolhida irá possibilitar a elaboração do Plano Individual, “um instrumento formal que visa organizar, operacionalizar e integrar todas as respostas às necessidades, expectativas e potenciais de desenvolvimento identificadas em conjunto com o cliente” (Segurança Social, 2007, p. 13). Fazem parte deste PI as habilidades sensoriais, a autonomia, as atividades passadas, presentes e futuras, construir um projeto de vida que irá potenciar a construção de expectativas nas vivências futuras, a participação social, a morte e a intimidade.

Na elaboração e avaliação do PI, estão envolvidos vários princípios (Segurança Social, 2007). O Plano Individual inicia-se com a avaliação das necessidades do/a idoso/a, onde o/a técnico/a responsável pelo processo efetua um diagnóstico que se centra na capacidade física e funcional, estado de saúde e expectativas em relação à instituição. Em conjunto com o/a idoso/a e/ou familiares, identificam-se as necessidades e os objetivos a atingir. No entanto, a elaboração do PI não é definitivo e pode ser revisto e alterado, porque as necessidades e expectativas dos/as idosos/as podem mudar ao longo do tempo.

Conforme Garbin e colaboradores (2010), os/as idosos/as ao sentirem que estão a perder a capacidade física e cognitiva, passam por uma fase angustiante, outros demonstram teimosia, falta de trato social (Mazza & Lefèvre, 2004), pelo que é importante que os/as profissionais demonstrem habilidades para ajudá-los a aceitar de forma amena

os anos que ainda têm pela frente (Garbin *et al.*, 2010). É indispensável que estas habilidades ocorram praticadas através de dinâmicas e de exercício cognitivo (Luísa, 2017).

O PI é elaborado com a colaboração de todos os elementos: equipa técnica, ajudantes de ação direta, o/a idoso/a e/ou o/a tutor, outros/as colaboradores/as, serviços ou entidades. No entanto, “à formulação do PI podem ser colocadas algumas objeções pelo cliente, pois se ao longo da sua vida nunca necessitou de um plano para saber como viver, pode agora ser difícil perceber a sua pertinência no momento em questão” (Segurança Social, 2007, p. 15). pelo que cabe aos intervenientes adotarem uma linguagem acessível e de fácil compreensão, que irá ajudar a perceber a importância de colaborar na realização do seu projeto de vida (Segurança Social, 2007). Depois da validação, o PI é registado, datado e assinado por todas as partes em que o original é incluído no Processo Individual e uma cópia será entregue ao/à residente (Segurança Social, 2007). É preciso verificar se “os objetivos propostos foram alcançados e o impacto que o PI está a ter no cliente” (Segurança Social, 2007, p. 21).

A presente portaria define que as ERPI devem assegurar serviços adequados e necessários para as pessoas idosas, promover o envelhecimento saudável, promover a participação social tanto como a família como com utentes (artº 3). Estas seguem o princípio básico da “qualidade, eficiência, humanização e respeito pela individualidade”, verificando as necessidades do/a utente, promovendo a manutenção e autonomia, através da elaboração do plano individual de cuidados com a participação do/a idoso/a ou do seu representante legal (artº 4). Dá evidência à priorização da prestação de serviços como alimentação, higiene, tratamento da roupa, atividades de animação, cuidados de enfermagem e saúde e outros serviços essenciais nomeadamente, fisioterapia, hidroterapia, cuidados de imagem e transporte (artº 8).

A equipa de profissionais das ERPI é composta por um/a Diretor/a Técnico/a, sendo que se a instituição for inferior a 30 residentes, as funções podem ser exercidas a 50%. Caso seja inferior a 15 residentes, terá de exercer um mínimo 3 horas diárias (artº 11). Deve contar também com um/a animador/a sociocultural ou educador/a social ou técnico/a de geriatria e um/a enfermeiro/a por cada 40 residentes, ou em caso de residentes com grande dependência um/a enfermeiro/a por cada 20 (artº 12).

A conduta dos cuidadores formais deve basear-se na promoção e proteção dos interesses e da dignidade dos utentes, independentemente da sua idade, sexo, etnia, competências, condições socioeconómicas, estilo de vida, cultura, religião, escolhas políticas e, não menos relevante, da sua sexualidade.

Neste sentido, é pertinente abordarmos a presente Portaria n.º 67/2012, de 21 de Março, que define que as ERPI devem assegurar serviços adequados e necessários para as pessoas idosas, fomentar o envelhecimento saudável, promover a participação social tanto com a família como com utentes (artº 3). Estas seguem o princípio básico da “qualidade, eficiência, humanização e respeito pela individualidade”, verificando as necessidades do/a utente, promovendo a manutenção e autonomia, através da elaboração do plano individual de cuidados com a participação do/a idoso/a ou do seu representante legal (artº 4).

A problemática reside, precisamente, no facto de as instituições de acolhimento para pessoas idosas, normalmente, não serem construídas de forma a dar resposta às necessidades sexuais dos seus utentes. No entanto, algumas destas estruturas demonstram, por parte dos seus cuidadores formais, atitudes moderadamente positivas e permissivas. Outras apresentam baixos níveis de tolerância dos seus colaboradores, manifestando atitudes negativas para com a expressão sexual dos seus utentes.

A falta de privacidade em instituições de terceira idade constitui um obstáculo à expressão sexual que, simultaneamente com atitudes pouco permissivas dos cuidadores formais, conduzem a que as pessoas idosas desfrutem de poucas oportunidades para usufruírem de momentos de intimidade (Bouman *et al.*, 2006).

A privacidade dos utentes deve ser garantida e existem variadas formas de a promover, tais como a utilização de um sinal de “não incomodar” durante as visitas conjugais ou a existência de atividades de lazer para o companheiro de quarto durante estes períodos (Rheaume & Mitty, 2008).

Freitas (2015, p. 64-65) assegura que os “lares não atendem às vontades e aos desejos dos idosos e não promovem a autonomia e independência dos mesmos. Salienta que a preocupação dos lares se centra demasiado nas necessidades básicas e descara as necessidades de realização e satisfação pessoal”. Desta forma, e especificamente no que concerne à intimidade e à sexualidade “(...) é uma necessidade fundamental do ser humano,

cuja dinâmica e riqueza deve ser vivida plenamente. Esta nasce, cresce e evolui com o ser humano, sendo por isso necessária para a realização plena, como pessoa, de todo o indivíduo. O amor e prazer que daí se retira não terminam com o envelhecimento” (Freitas, 2015, p. 64-65).

Acrescenta Pimentel (2005) que muitos destes equipamentos e dos seus cuidadores não estão preparados para proporcionar às pessoas idosas um serviço prestado individualizado, que respeitem a personalidade, privacidade e modos de vida. As normas restritas da instituição, a obrigatoriedade de horários, os escassos recursos económicos das instituições sociais para a admissão de recursos humanos diversificados e o estereótipo de que as pessoas idosas são todas iguais, assim como a limitação dos espaços físicos, um centralismo das atividades em dias festivos ou comemorativos, e a falta de sensibilidade e de formação dos agentes institucionais para com a especificidade de cada pessoa, transportam para uma desvalorização do cuidado absoluto da pessoa idosa. Em suma, as respostas das instituições e dos seus cuidadores limitam-se às prioridades físicas e fisiológicas como alimentação, vestuário, alojamento, cuidados de saúde e higiene.

São vários os fatores que influenciam o nosso comportamento, desde os elementos sociais; à composição da nossa genética. Contudo, esta última não é uma condição inata para atestarmos que uma pessoa carece do destino para ter ou não bons comportamentos relacionais. Existem outras variantes ao longo do crescimento dos indivíduos que influenciam a sua personalidade, “como a cultura, a classe social a que pertencem, a família, os amigos, as instituições, as experiências pessoais e os conhecimentos adquiridos” (Almeida, 2007). Estes fatores vão, posteriormente, influenciar os valores, as crenças, as atitudes, as emoções, as competências e a motivação, que enaltecem a forma como as *soft skills* conseguem ter uma enorme importância nos Diretores Técnicos no seu desempenho profissional.

Nesse âmbito, as direções das Instituições Sociais têm um papel extremamente importante e reconhecem nos Diretores Técnicos figuras indispensáveis na evolução de respostas sociais, não somente porque são os principais responsáveis pela definição de um modelo de gestão que seja eficiente em promover a eficácia dessas mesmas respostas, mas também porque a satisfação dos utentes e, naturalmente, das famílias, depende deles (Silva, 2013). Entende-se, por isso, que a competência e o empenho da Direção Técnica de uma

instituição são fundamentais, pois influenciarão o envolvimento e a motivação da restante equipa, e encaminharão todos para o cumprimento dos objetivos estabelecidos.

Desta forma, cabe ao Diretor Técnico gerir uma equipa multidisciplinar aproveitando as potencialidades de cada um, bem como fazer cumprir os objetivos da organização, a fim de assegurar a satisfação dos utentes e, não menos importante, garantir a sustentabilidade e equilíbrio financeiro da instituição. É neste sentido que, como adverte Silva (2013), a Economia Social surge como um setor emergente, na medida em que constitui uma resposta conveniente aos novos desafios da economia e da sociedade mundial. É indispensável que se crie uma sociedade de bem-estar, ou seja, que se procure dar respostas às desigualdades sociais impulsionar a inclusão, e que se melhore a eficiência da proteção social, numa gestão voltada para a sustentabilidade, sem descuidar a proximidade às pessoas.

Ribeirinho (2016) sugere que o Diretor Técnico deve coordenar, apoiar e supervisionar os profissionais de intervenção direta no seu trabalho com as pessoas idosas, processo este que consiste num momento de reflexão e análise comum em que a figura do diretor e os profissionais de intervenção direta, com base na sua experiência e formação, amplificam propostas de intervenção com o intuito de prosseguir determinados objetivos definidos, visando sempre a aperfeiçoamento da qualidade das intervenções profissionais, por meio de um processo de formação e crescimento pessoal.

Moura (2014) refere a importância da orientação do comportamento da equipa com vista na promoção da igualdade, sendo o propósito comum a humanização dos cuidados. Reforça que este líder deve possuir determinadas habilidades, como a capacidade de motivar e influenciar o grupo com que trabalha, devendo personalizar qualidades como compromisso, gestão, mediação de conflito e conhecimento.

Além do que já foi referido, a função do Diretor Técnico contempla também o desenvolvimento de estratégias de cooperação e liderança das equipas, a desmistificação dos processos comunicacionais entre utentes, colaboradores e familiares e ainda o fomento da coesão interna na instituição (Ribeirinho, 2016).

No que à intimidade dos utentes diz respeito, efetivamente, são muitos os cuidadores formais que exercem a sua profissão com base nas suas crenças religiosas e que

não aceitam ou permitem a atividade sexual fora do contexto do casamento ou sem intenção reprodutiva. Neste sentido, todos os comportamentos sexuais normais são com muita frequência considerados como casos de Hipersexualidade (Rheaume & Mitty, 2008; Wallace & Safer, 2009). Além disso, os idosos são frequentemente infantilizados, o que, por sua vez, significa que os cuidadores não os encarem como indivíduos interessados na sua sexualidade, de maneira que a expressão sexual é relacionada às faixas etárias mais jovens, as pessoas idosas são censuradas como estando altamente impossibilitadas ou totalmente inertes. Consequentemente, o interesse sexual dos idosos institucionalizados é encarado como um problema e não como uma expressão de uma necessidade básica humana de amor e intimidade (Mahieu *et al.*, 2011).

Essa visão distorcida resulta, muitas vezes, da falta de formação dos cuidadores formais relativamente à sexualidade/intimidade na terceira idade. A conduta dos profissionais neste domínio deveria assentar em três pilares indispensáveis: no conhecimento (informação factual proveniente de estudos científicos sobre a sexualidade na terceira idade e nos comportamentos e atitudes dos idosos); nas atitudes (uma perspetiva tolerante e positiva para com a sexualidade na terceira idade, tendo em consideração que o comportamento sexual entre pessoas idosas é variável, tal como nos jovens, e na informação sobre como os próprios idosos se sentem em relação à sua sexualidade); e nas práticas (respostas apropriadas por parte dos cuidadores formais para com a sexualidade na terceira idade que têm em consideração as próprias normas e crenças das pessoas idosas) (Walker & Ephross, 1999).

A carência de estudos científicos sobre as competências sociais e pessoais da direção técnica relativamente à sexualidade e intimidade na terceira idade faz com que os resultados existentes sejam limitados e se generalizem. Logo, os cuidadores formais não se encontram preparados para executar uma apreciação sobre as carências íntimas dos idosos, que por sua vez poderiam encaminhar uma intervenção planeada e individualizada. Os cuidadores formais e o contacto diário com os idosos institucionalizados podem permitir a evolução de uma relação de segurança recíproca entre ambos, que pode ou não auxiliar a expressão sexual dos idosos, se em harmonia com a abertura dos cuidadores.

Por isso, conforme Gavião (2005), os cuidadores têm um papel fundamental na abordagem à sexualidade, facilitando ou dificultando esta necessidade complexa, por vezes mal-entendida, daí a extrema necessidade a formação específica nesta área, consentindo as

limitações inerentes ao processo de envelhecimento, respeitando a privacidade, a autonomia, o direito de escolha, independência e singularidade do idoso, evitando a generalização dos cuidados e promovendo a individualidade de cada um.

Os cuidadores formais necessitam de informação e ferramentas que lhes permitam dar respostas às necessidades sexuais das pessoas idosas institucionalizadas, ultrapassando assim as barreiras que os impedem de ter intimidade, e transpondo os estereótipos e preconceitos relativamente a estes assuntos (Rheaume & Mitty, 2008; Taylor & Gosney, 2011). Sem essas ferramentas, surge uma dificuldade em compreender o idoso, que se pode refletir, como consequência, nos cuidados prestados.

No acolhimento residencial, cuidar do outro deve alicerçar-se pelos princípios e valores como a dignidade, o respeito, a individualidade, a autonomia, a capacidade de escolha, a privacidade e intimidade, a confidencialidade, a igualdade e a participação. O seu princípio assenta nos direitos fundamentais, que devem ser diligenciados e garantidos a todos os residentes, famílias, colaboradores, dirigentes, especialistas e todos os outros com quem a organização se relacione.

É conveniente referir ainda que o Manual de Boas Práticas, que demonstra a importância de uma cultura ética nas instituições e um código de ética que estabeleça as bases de comportamento, expõe fatores morais universais que devem ser incluídos nos códigos de ética, nomeadamente os valores da confiabilidade, da justiça, do respeito, da cidadania, da responsabilidade e do cuidado. No subcapítulo do Manual dedicado aos “Direitos, Princípios e Valores do Cuidar”, identificam-se como valores e princípios a dignidade, o respeito, a individualidade, a autonomia, a capacidade de escolher, a privacidade e intimidade, a confidencialidade, a igualdade e a participação. Salientam-se também alguns direitos, como o direito à integridade e ao desenvolvimento da sua personalidade, o direito à liberdade de expressão, direito à liberdade religiosa, direito a uma vida afetiva, sexual e social, bem como o respeito pela independência da pessoa na gestão do seu património e a garantia de que os cuidados que as pessoas idosas necessitam são prestados oportunamente e de forma competente e humana.

Tendo em consideração os escassos recursos, urge a necessidade de respostas ou estratégias que se adequem e não somente procurem responder aos problemas de imediato, transformando as instituições em inadequadas e ineficazes. É, pois, necessário

implementar medidas como a reflexão sobre as práticas, questões e procedimentos, avaliação do trabalho realizado e inclusive inovar (Mota, 2016). Não se descarta, também, a crescente necessidade de valorização dos recursos humanos para contrariar esta realidade, pois esses podem constituir agentes transformadores das organizações. Neste sentido, e parafraseando Mota (2016), importa mencionar mais uma vez, a responsabilização do Estado para com a sociedade e as organizações, relembrando o sistema de gestão da qualidade e o Programa de Cooperação para o Desenvolvimento da Qualidade e Segurança das Respostas Sociais, visando a satisfação das pessoas que utilizam os serviços, a avaliação da sua qualidade e obviamente o seu aperfeiçoamento contínuo e sustentabilidade.

Tendo em conta a figura do DT e o seu papel fundamental e indispensável nas respostas sociais, apresentamos de seguida as *soft skills* e cada uma das suas dimensões, procurando revelar o seu significado, com base nos estudos que consideramos significativos para este. Consideramos que este é um campo a exigir alguma reflexão e formação, na tentativa de valorizar o papel e a presença do Diretor Técnico na instituição, que vai muito além das meras questões burocráticas e administrativas, tais como: gestão de horários, admissão de idosos e recursos humanos.

## **Capítulo 5. As *soft skills* e a sua relevância no desempenho profissional dos Diretores Técnicos**

O sucesso do desempenho profissional é, em grande medida, determinado pelo grau de desenvolvimento das *Soft skills* dos profissionais. Atualmente, mais do que nunca, os empregadores procuram profissionais que tenham o conjunto certo de habilidades (Washer, 2007). As habilidades podem ser definidas como a atuação de um conjunto de conhecimentos e atitudes numa situação específica para atingir resultados específicos (Ginns & Barrie, 2009; Jardim & Pereira, 2006).

Por isso, a maioria das organizações procura atingir a excelência através do aperfeiçoamento daquelas competências. No que respeita aos recursos humanos, eles são, naturalmente, um dos condutores para o conseguir, pelo que a exigência para com eles é bastante elevada, o que desafia a uma necessidade de adquirir e treinar conjuntos de competências transversais. O que, no passado, se considerava ideal é distinto do que se considera no presente. Presentemente, no contexto social e laboral, as necessidades de adaptação à mudança, de resistência ao *stress* e de relacionamento com os outros são primordiais. As organizações que tendem a ser mais competitivas promovem constantemente a formação e a aprendizagem, incluindo a avaliação.

Segundo Cafasso (1996), as habilidades pessoais são um componente central das habilidades sociais, que caracterizam os relacionamentos com os outros. Deste modo, o foco não pode estar somente nas capacidades técnicas ou, por outras palavras, no “saber-fazer”. Essa perspetiva está ultrapassada e remete para a idade industrial, na qual os processos produtivos requeriam sobretudo competências técnicas. Com a evolução do mercado e da sociedade, manifesta-se uma necessidade extrema de ultrapassar essa competência e de adquirir um conjunto de características pessoais que levarão os indivíduos à excelência na sua vida profissional. Falamos do “saber ser” e do “saber estar”. Neste sentido, num cenário ideal, as características técnicas e competências comportamentais são complementares e constituem aquilo que normalmente se designa por *hard skills* e *soft skills* (Robles, 2012).

Para este estudo, importa fazer uma abordagem às áreas envolventes das *Soft skills*, que terá início com uma fase introdutória, seguida pelo desenvolvimento das dimensões

das competências da empatia, resiliência, suporte social, autodeterminação e trabalho em equipa. Posteriormente, procurar-se-á estudar a influência destas nos comportamentos e atitudes dos Diretores Técnicos para com a intimidade e sexualidade dos idosos institucionalizados.

Em termos laborais, adquirir competências de ótica emocional aliadas àquelas que se referiram acima é uma mais-valia e um ingrediente indispensável para quem quer alcançar a plenitude no seu desempenho laboral. Elas são, na verdade, as grandes responsáveis pela entrada no mercado de trabalho e, mais importante, para manter um emprego.

Em termos conceituais, as *soft skills* constituem um conjunto de competências comportamentais pessoais e interpessoais, transversais a várias áreas e atividades profissionais (Klaus, 2007). Dizem respeito a comportamentos não técnicos para o desenvolvimento da carreira profissional. Acrescenta Parsons (2008, *cit in* Dabke, 2015, p. 2-3) a este conceito que se traduzem em traços de personalidade, atitudes e comportamentos impalpáveis, capazes de enfatizar as qualidades de um indivíduo enquanto líder, facilitador, mediador e negociador, pelo que representam ferramentas necessárias que ajudam o indivíduo a atingir e elevar o seu potencial (Muir, 2014, *cit in* Dabke, 2015, p. 3). Por conseguinte, o seu estudo nesta dissertação é fundamental, dado o perfil que um Diretor Técnico, enquanto líder, deve adotar.

No que concerne à sua terminologia, as *soft skills* não são um conceito sólido, pois, na verdade, podem diferir de contexto para contexto (Schulz, 2008). Isto é, a criatividade, por exemplo, pode ser uma competência útil e preponderante para um *designer*, por exemplo, mas dispensável para um(a) contabilista. Esta é uma capacidade inata, não se aprende nos livros, pelo que é uma característica mais visível ou presente numas pessoas do que noutras. Por isso se diz que as *soft skills* são componentes transferíveis, podendo ser aplicadas num âmbito diferente daquele em que foram adquiridas e adequadas a várias profissões (Ramos & Bento, 2016; Schulz, 2008).

Neste sentido, abordar o conceito de competências é deveras importante, pois este apresenta diversos sentidos e definições dentro de determinado contexto e espaço temporal (Perrenoud, 2004). Tratando-se de um conceito multidimensional, podemos distribuir os tipos de competências por: (i) competências profissionais, que consistem na capacidade de

utilizar os conhecimentos e as habilidades adquiridos para o desempenho numa situação profissional; (ii) competências ocupacionais, que consistem na habilidade para desempenhar atividades no trabalho dentro de padrões de qualidade esperados; (iii) competências básicas, como a capacidade de abstração, uma boa comunicação oral e escrita, raciocínio lógico, capacidade de prever e resolver problemas do processo e do produto; (iv) competências tecnológicas, que se prendem com o conhecimento das técnicas e tecnologias de uma profissão ou de profissões afins; (v) competências interpessoais como a capacidade de negociar, decidir em equipa e de comunicar; (vi) competências participativas como a capacidade de organizar o trabalho de forma cooperativa e solidária, e a disposição para assumir responsabilidades.

Como mencionam Bronckart e Dolz (2004), a competência não é um conhecimento adquirido, ou seja, possuir conhecimento e habilidades não significa ser competente, porque é possível ter conhecimento sem saber aplicá-lo. Neste sentido, as competências não são asseguradas por diplomas, não são inatas nem totalmente dominadas, pois são construídas ao longo da vida da pessoa e formadas com base na aprendizagem em ambientes formais e informais.

Scottini (1998) refere que competências narram habilidades ou capacidades humanas para realizar algo. Segundo Dolz e Ollagnier (2004), a noção de competência indica um saber integrador que responde às especificidades de um determinado contexto da ação. Por seu turno, destaca Libâneo (2004) que as competências são as capacidades, habilidades, qualidades e atitudes relacionadas com conhecimentos práticos e teóricos que possibilitam a um profissional exercer adequadamente a sua profissão.

Ou seja, as competências são construídas através de processos de aprendizagem sob influência de três conjuntos de capacidades humanas, o conhecimento (informação, saber o quê e saber o porquê), as habilidades (técnica, capacidade e saber como) e atitudes (querer fazer, identidade e determinação) (Brandão & Guimarães, 2001).

São essas três dimensões que geram a capacidade de atuar, alicerçada na inteligência e personalidade das pessoas (Fleury & Fleury, 2001). Portanto, apreender o processo de desenvolvimento de competências é estar “de acordo com as situações, experiências vividas e aprendizagens transformadas em conhecimentos e habilidades que,

por sua vez, são a base para a formação de atitudes, construindo a capacidade de atuar” (Cruz, Pereira & Souza, 2004, p. 25).

## 5.1 Resiliência

Esta competência é entendida por Jardim (2010, p. 130) “(...) numa perspectiva dinâmica, uma vez que, esta varia ao longo do tempo (conforme as circunstâncias) e resulta do equilíbrio entre os factores de risco, os factores protetores e a personalidade”.

Neste sentido, uma das várias dimensões das competências que consideramos pertinente abordar, a da resiliência, outrora designada por invulnerabilidade (Brandão *et al.*, 2011), relaciona-se com a capacidade de adaptação com intensidade e rapidez por parte de um indivíduo ou de uma instituição. Deste processo, é esperado que os comportamentos envolvam a flexibilidade de ação, da estrutura e da vida pessoal como forma de adaptação ao meio das novas condicionalidades e exigências. Desta forma, em termos profissionais, o indivíduo vê-se obrigado a gerir este aspeto da sua vida, de forma a que o trabalho passe a ser uma recolocação de si mesmo, até porque os padrões ao seu redor, das quais retira valor e sentido para si mesmo, estão constantemente a sofrer mudanças (Barlach *et al.*, 2008; Fernandes *et al.*, 2014; Santos *et al.*, 2019).

Cada vez mais, o trabalho exige que o trabalhador faça maior uso da sua condição psíquica e cognitiva para enfrentar situações hostis, decorrentes do ritmo alucinante de cada dia e das imposições decorrentes do trabalho. Estas transformações pressupõem situações de grande desgaste, em ambientes de produção a ritmos muito violentos (Cimbalista, 2006; Estanislau *et al.*, 2012; Filenga & Vieira, 2012).

Por conseguinte, o conceito de resiliência surge neste contexto como uma mudança de paradigma, o que implica abandonar a perspectiva da fraqueza do indivíduo, para adotar um novo olhar sobre a capacidade de este enfrentar situações adversas, que podem, no entanto, colocar em risco a sua saúde e bem-estar. Ainda assim, despertam nele um constante processo de descoberta de si mesmo.

Tendo em conta a escassa cobertura do fenómeno da resiliência voltada para o contexto do trabalho pela grandeza instrumental disponível, bem como o facto de que

alguns instrumentos largamente reconhecidos pela comunidade científica internacional ainda não foram testados em Portugal na amostra dos DT das ERPI.

Importa salientar que grande parte dos trabalhos que se propuseram a estudar o fenómeno resiliência, tanto dentro como fora do contexto organizacional, conceberam pesquisas de carácter qualitativo, de modo que este estudo se propôs a apresentar aos profissionais da área aplicada uma ferramenta estruturada, validada e fidedigno, de cariz quantitativo para uso em pesquisas futuras, com a finalidade de contribuir para a transferência de mais explanações sobre o tema.

A conceção do termo resiliência foi organizada em três correntes, a norte-americana, a europeia e a latino-americana, sob diferentes perspetivas. A corrente norte-americana tem um direcionamento mais objetivo e behaviorista, centrado no indivíduo.

Para esta linha de pensamento, a resiliência surge como produto da interação entre o sujeito e o meio em que ele está inserido. Por seu turno, a corrente europeia assume uma perspetiva mais relativista, com um carimbo da Psicanálise, já que captura a visão do sujeito como fundamental para o julgamento de resiliência. Para esta corrente, a resposta do sujeito às adversidades ultrapassa os fatores do meio e é produzida a partir da dinâmica psicológica do indivíduo. Finalmente, a corrente latino-americana é mais comunitária, percecionando o social como resposta aos problemas do sujeito no âmbito de situações adversas (Brandão *et al.*, 2011).

Junqueira e Deslandes (2003) apontam que, no ser humano, a resiliência não pode confundir-se com um retorno a um estado anterior, residindo antes na superação ou adaptação frente a uma dificuldade compreendida como um risco, do qual resulta a possibilidade de uma construção positiva e um processo de subjetivação mediante o confronto com situações que podem envolver consequências negativas para o sujeito. Jardim (2010, p. 130) considera que “o que desenvolve resiliência num individuo é a formação de pessoas socialmente competentes, que tenham consciência da sua identidade e utilidade, que possam tomar decisões, estabelecer metas e criar um futuro melhor, e que sejam capazes de satisfazer as suas necessidades básicas de afeto, de relação, de respeito, de poder e de significado individuo”.

No entanto, muitos autores abordam-no de um ponto de vista mais positivo do que negativo, como que aportando resultados psicológicos positivos, mesmo após experienciar experiências negativas de risco (Castleden *et al.*, 2011; Lopes & Martins, 2011; Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000; Yunes, 2003). Desta forma, a resiliência pode ser definida como a capacidade que um indivíduo tem em se adaptar e manter o seu funcionamento positivo perante adversidades ou a exposição a situações de stress extremos.

Nesse sentido positivo, a resiliência tem incluído a integração de elementos como ganhos de crescimento e de aprendizagem (Martins, 2015). De acordo com Pesce e colaboradores (2005), a resiliência enquadra-se num processo dinâmico, que inclui variáveis que atuam como fatores de proteção às adversidades, pelo que incluem determinadas características do indivíduo, como a autoestima, autodeterminação, flexibilidade, habilidade para resolução de problemas, autoeficácia, entre outros; a coesão e o bom relacionamento intrafamiliar.

No âmbito laboral, o fenómeno da resiliência pode ser visto como a capacidade de criar soluções e atitudes criativas perante obstáculos impostos pelo ambiente. Ou seja, refere-se à existência ou à construção de recursos adaptativos, que facilitam a garantia do bem-estar dos indivíduos e uma relação saudável entre eles e o seu trabalho, num ambiente em constante transformação, marcado por diversas formas de rutura (Cimbalista, 2006). É, assim, através dela que o indivíduo ajusta a sua identidade à metamorfose permanente evidenciada no mundo do trabalho (Malvezzi, 2000).

Neste sentido, Jardim (2010, p. 130) aponta que “as estratégias para promover a resiliência enquadram-se na procura de alternativas que permitem ampliar os recursos pessoais e grupais para enfrentar situações adversas. Além de uma perspetiva de tratamento, pode ser trabalhada no sentido de prevenção psicossocial, como proposta para reconhecer e privilegiar os aspetos positivos, criativos e saudáveis da pessoa ou do grupo. Acrescenta o autor que “...é possível promover os recursos que habilitam o indivíduo e o grupo a ser resiliente, nomeadamente as capacidades pessoais”, como: a empatia, assertividade, autoconhecimento, autoestima, autorrealização assertividade e suporte social, e as capacidades profissionais, entre as quais a criatividade, cooperação e liderança.

## 5.2 Suporte Social

Quanto a esta segunda competência, Jardim (2010, p. 113) preconiza que “a competência do suporte social consiste na capacidade de operacionaliza conhecimentos, atitudes e habilidades no sentido de apoiar e de ser apoiado, sempre que alguém necessita de ajuda para solucionar determinado problema. Este constructo contém as interações dos potenciais recursos sociais que suportam a pessoa, quando esta precisa de receber ou de dar apoio, dentre de determinada rede social.”

As relações são construídas a partir da percepção da presença ou disponibilidade de pessoas nas quais haja um sentido de confiança, uma demonstração de carinho, afeto e preocupação com ao outro. A base dessas relações pode ser designada por suporte social (Serason *cit in* Pais Ribeiro, 1999).

Na década de 1970 e 1980, conforme Hupcey (1998), o conceito de suporte social referia-se concretamente à interação, à pessoa e à relação. Porém, com a crescente investigação, este conceito tomou contornos mais subjetivos e diversificados. Presentemente, esta expressão é postulada sob diferentes tipos e facetas, sendo percebido em função das suas conjunturas e dos seus intervenientes.

Assim, o suporte social não se cinge apenas à quantidade de relações sociais que um individuo pode estabelecer, mas abarca também o vínculo emocional que resulta dessas relações (Vaz Serra, 2007).

Para Cobb (1976), o suporte social prende-se com um conjunto de informações que levam os indivíduos a crer serem amados, estimados e a pertencer a um grupo social com obrigações recíprocas. Por conseguinte, esta *soft skill* é vista como indispensável na promoção do bem-estar dos indivíduos, mas também como um moderador dos efeitos causados pelo *stress* (Vaz Serra, 2007; Baptista, Baptista, & Torres, 2006), muito presente nos nossos dias.

No que respeita às suas funções, de uma maneira geral, o suporte social visa: i) promover relações mais estreitas, seguras e de confiança; ii) contribuir para a integração do indivíduo no seu grupo; iii) proporcionar oportunidades de partilha de informações

importantes; e iv) ajudar o indivíduo a sentir-se útil para os outros (Weiss, 1974 *cit in* Vaz Serra, 2007).

A título de exemplo, Siqueira (2008) sugere que o suporte social diz respeito aos recursos materiais e psicológicos aos quais os indivíduos têm acesso através das redes sociais, onde se sente, precisamente, parte de um grupo.

Vários investigadores destacam duas fontes de suporte social: as informais e as formais. As primeiras remetem para os apoios que são prestados e suscetíveis de fornecer apoio nas atividades do quotidiano, constituindo por isso uma forma de resposta a situações de vida normativas e não normativas. Por outro lado, as fontes de suporte social formais compreendem para o tipo de apoio prestado tanto por organizações sociais formais (hospitais, serviços de saúde), como por profissionais (médicos, assistentes sociais, psicólogos), tendo como objetivo fornecer assistência ou ajuda (Rosa *et al.*, 2007).

Deste modo, o suporte social revela-se de extrema importância, na medida em que é capaz de atenuar o impacto que alguns fatores stressantes podem assumir, principalmente em determinados momentos que se caracterizam pela observação de diversas alterações ao nível psicológico, físico e social (Baptista, Baptista, & Torres, 2006), o que faz dele um fator importante na promoção do bem-estar dos indivíduos.

### **5.3 Autorrealização**

O conceito de autorrealização foi, originalmente, criado pelo teórico organista Kurt Goldstein (1947) com o propósito de expressar a realização do pleno potencial. Contudo, foram Carl Rogers (1951) e Abraham Maslow (1954) que aprofundaram e promoveram o termo e as necessidades psicológicas do processo de autorrealização. A teoria humanista da personalidade de Carl Rogers salienta a importância da disposição à autorrealização na formação do conceito.

A autorrealização é a força de cura na psicoterapia – *tendência do homem para realizar-se, para tornar-se nas suas potencialidades* – para exprimir e acionar todas as capacidades do organismo. O organismo tem uma tendência básica que se esforça para se atualizar, e se manter amplificando as experiências do organismo (Rogers, 1951, p.487).

De acordo com Rogers (1959), o potencial do indivíduo humano é único e desenvolve-se de forma única, dependendo da personalidade de cada um. As pessoas querem sentir, experimentar e comportar-se de forma consistente com a autoimagem. Logo, quanto mais próxima a autoimagem e o *eu* ideal estão, mais sólidas e congruentes as pessoas ficam e mais valor sentem que têm.

Tanto Abraham Maslow, como Rogers, nas suas teorias, focaram-se no potencial crescimento de indivíduos saudáveis o que contribuiu transversalmente na Teoria da personalidade humanista para a compreensão do *self* (o *eu*). Ambos se concentram nas escolhas individuais e nenhum sustenta que a biologia é determinista. Como tal, ambos enfatizaram o livre-arbítrio e a autodeterminação que cada indivíduo tem para se transformar na melhor pessoa que se pode tornar. Logo, a psicologia humanista destacou o papel ativo do indivíduo na formação de seu mundo interno e externo. Rogers investiu neste campo enfatizando que os seres humanos são seres ativos e criativos, que vivem no presente e respondem de forma subjetiva às percepções, relacionamentos e encontros que ocorrem atualmente. Ou seja, se as condições em que a pessoa se encontra lhe permitem atingir a sua plenitude, ela cresce, ao passo que se for condicionada pelo meio que a envolve, ficará limitada. As pessoas crescem e atingem todo o seu potencial se as condições ao seu redor forem o suficiente. Contudo, o potencial do indivíduo enquanto ser humano é único, destinado a viver e desenvolver de diferentes formas dependendo da sua personalidade.

Neste sentido, Rogers nomeou cinco características de uma pessoa totalmente funcional, entre as quais (i) a abertura para experimentar e a aceitação de emoções positivas e negativas. As negativas não são negadas, mas sim examinadas, ou seja, em vez de recorrerem aos mecanismos de defesa do ego. Se pelo contrário, não se abrir para os seus próprios sentimentos, esta não pode abrir a atualização do eu; (ii) a vida existencial envolve estar em contacto com diferentes experiências à medida que estas vão ocorrendo na vida, evitar preconceitos. Esta fase inclui o viver e apreciar plenamente o presente, nem sempre olhando para o passado nem futuro, desde que o primeiro se foi e o último nem sequer existe. Contudo, não significa que não devemos aprender com o que nos aconteceu no passado ou que não devemos pensar e planear o futuro, sendo que o presente deve ser reconhecido como o que efetivamente temos; (iii) confiar no nosso corpo e prestar atenção e confiar nos sentimentos, instintos e reações viscerais. Necessitamos confiar em nós

mesmos e fazer o que acreditamos ser preciso e que surge naturalmente. Rogers refere-se à confiança que devemos ter em nós mesmos, imprescindível para estar em contacto com a autorrealização; (iv) a criatividade e o pensamento criativo bem como a tomada de decisões são características da vida das pessoas. No entanto, esta inclui a capacidade de se ajustar e mudar na procura de novas experiências; (v) e por último, a liberdade experiencial, segundo a qual as pessoas funcionais estão em plena satisfação com as suas vidas, pois experimentam um verdadeiro senso de liberdade. A pessoa que trabalha reconhece o seu livre-arbítrio nas suas ações, assumindo as responsabilidades das oportunidades que lhe são oferecidas.

Acrescenta Jardim (2019, p. 65) que “A autorrealização pressupõe a satisfação das necessidades básicas ou de sobrevivência física, de amor e de pertença, de estima ou de atenção. Só depois de satisfazer essas necessidades de crescimento ou metanecessidades, (totalidade, perfeição, cumprimento, justiça, vida, simplicidade, beleza, bondade, singularidade, facilidade, jogo, verdade, modéstia), que conduzem a autorrealização”.

Apesar da dimensão e da indefinição implícita à noção de autorrealização, consideramos este constructo importante para o sucesso pessoal, social e profissional dos diretores técnicos das ERPI. A autorrealização consiste na “capacidade de operacionalizar a tendência humana a expandir, desenvolver e realizar, de forma autónoma, as potencialidades pessoais, sociais e profissionais” (Jardim, 2007, p. 99). Neste sentido, podemos afirmar que o indivíduo se guia para a realização do seu desenvolvimento, do seu ser quando satisfaz as suas necessidades, é onde encontra um sentido para as suas ações e vivências num sentimento de bem-estar. Existe uma certa dicotomia de forças opostas, ou seja, a necessidade de pertencer a um grupo e de atender às necessidades desse grupo, que podem prejudicar o processo de autorrealização e a individuação. Logo, existe a necessidade de encontrar um equilíbrio, interno e externo que permita que essas forças nos deixem seguir o nosso rumo.

#### **5.4 Assertividade**

A referência a um comportamento assertivo foi primeiramente citada por Wolpe (1958), em meados da década de 1970, momento em que o termo habilidades sociais passa a ser mais utilizado que o termo assertividade para designar comportamentos socialmente hábeis em determinado contexto cultural (Silva, 2004; Terroni, 2009).

A assertividade, em concordância com Scott (1996 cit. por Riley, 2004, p.9), “(...) envolve o assumir de um papel ativo, ter uma atitude positiva, cuidar e não julgar os outros. Salvar os seus direitos e, sem negar os dos outros, comunicar o que pretende de forma clara direta, sem ameaças ou ataques”. Assertividade é a capacidade para lidar com situações interpessoais difíceis mediante comportamentos que respeitam os valores e direitos próprios e dos outros e está positivamente relacionada com o desempenho no trabalho, à liderança efetiva e à capacidade de tomada de decisão.

A assertividade favorece a projeção de opiniões e defesa de interesses, o falar em público, o iniciar e manter diálogos, além da expressão apropriada e oportuna de sentimentos e empatia. Observa-se que a capacidade de autocontrole da ansiedade está presente em pessoas assertivas, o que tende a favorecer os processos de tomada de decisão e o desempenho social (Ockey, 2011; Terroni, 2009).

Castanyer (2004, p. 21) considera que “o facto de uma interação resultar satisfatória depende de nos sentirmos valorizados e respeitados e isto, por sua vez, não depende tanto dos outros, mas do facto de possuímos uma série de competências para responder corretamente e uma série de convicções (...) que nos façam sentir bem connosco próprios”. A autora relaciona a assertividade com a autoestima, uma vez que quanto maior for o valor, o respeito e o carinho que temos por nós próprios, mais fácil é a relação com os outros, estando assim associada a um desempenho social bem-sucedido. No entanto, não conseguimos ser sempre assertivos em todas as situações e com todas as pessoas, pois nem sempre temos a energia necessária ou o desejo de nos expormos ou de expressar os nossos direitos.

A assertividade tende a tornar a pessoa mais confiante, respeitada perante os outros, além de proporcionar uma vida mais realizada, já que o indivíduo expressa uma comunicação clara, objetiva e honesta (Bankole & Daula, 2009).

Galassi e Galassi (1977), assim como McCartan e Hargie (2004), consideram a assertividade uma competência que pode ser aprendida e não um traço de personalidade. Existem vários fatores que contribuem para o défice da assertividade, entre os quais, a punição, o reforço, a modelagem, a falta de oportunidade, os padrões culturais e as crenças pessoais, assim como a incerteza quanto aos direitos do próprio (Galassi & Galassi, 1977).

A falta de assertividade no plano comportamental está associada ao neuroticíssimo, à depressão e à ansiedade (Wilson *et al.*, 2014).

Contudo, o comportamento assertivo contempla algumas especificações. Na literatura da terapia comportamental, encontramos com grande frequência definições do comportamento assertivo, contrastando com comportamentos baseados nas suas características topográficas agressivo e passivo. Segundo a revisão da literatura realizada por Rich & Schroeder (1976), os comportamentos assertivos tendem a caracterizarem-se por um maior contacto visual entre o indivíduo assertivo e seu interlocutor, um maior uso de afirmações munidas de afeto, um tom de voz audível, verbalizações de maior duração, uso adequado de características paralinguísticas da fala (como fluência, variação de expressões, brilhantismo). De salientar que entre o comportamento assertivo e os comportamentos agressivos e passivos, a postura corporal, gestos utilizados, a distância do interlocutor e as expressões faciais do indivíduo são diferentes.

Conforme Hull e Schroeder (1979), as características típicas de um comportamento passivo são: não olhar o interlocutor diretamente nos olhos; usar um tom de voz suave, hesitante, com uma pequena entoação que transmite hesitação; falar de forma pouco clara e posicionar-se inclinada, sem encarar o interlocutor. Já no comportamento agressivo, de acordo com os autores, o indivíduo ‘tem um olhar fulminante’; usa um tom de voz que transmite raiva e ressentimento; fala muito alto e sem hesitação, encara o interlocutor e fala imediatamente, quase interrompendo o interlocutor.

Apesar de caracterizações topográficas ajudarem na identificação daqueles tipos de comportamentos, as suas dimensões funcionais são manifestamente relevantes. De um ponto de vista funcional, um aspeto importante a ser considerado é que respostas assertivas/agressivas/passivas produzem consequências variadas.

O comportamento assertivo é associado a melhores desempenhos no trabalho, à capacidade de tomada de decisão, à resolução de conflitos, autoafirmação e à liderança (Pasquali & Gouveia 2012). Os trabalhadores, especialmente no que se refere ao trabalho em equipa, necessitam de expor ideias e opiniões, concordar ou discordar, verbalizar soluções, dar e receber feedbacks apontando para o bem-estar individual, dos outros e da empresa (Miguel & Garbi, 2003). De acordo com Jardim e Pereira (2006, p. 110), para

desenvolver a assertividade, é necessário “(...) treino sistemático, em que o indivíduo aprende e reaprende a autenticidade de uma prática regular e gradual”.

Neste sentido, Miguel e Garbi (2003) indicam que a assertividade tem sido testada em processos seletivos, em programas de identificação de necessidades de desenvolvimento de competências em trabalhadores e lideranças. No âmbito das competências sociais, Jardim e Pereira (2006) consideram de extrema importância esta competência enquanto forma comportamental de comunicação, ou seja, significa afirmar o que cada um quer, sente e pensa, dando, simultaneamente, espaço de afirmação ao outro.

## **5.5 Trabalho de equipa**

Para fazer face às transformações do mundo laboral e extralaboral, as pessoas implicadas necessitam de um apoio de quem está diretamente relacionado com elas, ou seja, dos seus chefes e dirigentes, que entre outras funções, devem ter a real perceção do valor de cada um dos colaboradores e da responsabilidade de cada um deles. Como tal, o trabalho em equipa tem sido exponencialmente estimulado em praticamente todas as áreas da ação humana, na medida em que constitui um estímulo para o crescimento de cada indivíduo.

Para iniciar, a literatura distingue equipa de grupo. Para Chiavenato (2009), um grupo pode ser definido como um conjunto de duas ou mais pessoas que trabalham em conjunto para alcançar determinados objetivos comuns, pelo que se trata de muito mais do que um simples conjunto de pessoas, visto que os seus membros são mutuamente dependentes.

Por outro lado, o conceito de equipa envolve mais dimensões, uma vez que uma equipa de trabalho realiza tarefas relevantes para a missão da organização à qual pertencem, tendo os seus resultados de desempenho uma relação direta com o ambiente interno e externo à própria equipa (Souza & Puente-Palacios, 2009).

De uma maneira geral, o trabalho em equipa é considerado fundamental para alcançar objetivos propostos. Contudo, considerando que as equipas são compostas por indivíduos diferentes, por vezes isso pode ser um fator dificultador ao nível dos relacionamentos interpessoais, podendo prejudicar a realização de tarefas atribuídas a cada

elemento da equipa. Quando um indivíduo entra para um grupo, leva consigo a sua individualidade, experiências afetivas e habilidades (Boyce *et al.*, 2001). Alcançar as metas traçadas torna-se mais fácil se houver uma interseção entre os membros e uma sinergia, que se conseguem quando as pessoas trabalham juntas, de forma produtiva (Campos & Ramos, 2001).

De acordo com Vergara (2009), o trabalho em equipa contempla um esforço coletivo para resolver um problema, para realizar uma tarefa ou um determinado trabalho, no qual a troca de conhecimento e a agilidade no cumprimento de metas e objetivos partilhados pode constituir um fator de enriquecimento. Isto ocorre quando os membros da equipa partilham as tarefas de forma igualitária, sem discórdias e de modo pacífico.

No caso dos líderes, o seu papel é obviamente crucial para que o trabalho se concretize. Eles devem aproveitar as respetivas qualificações para coordenar os indivíduos e fazê-los desenvolver habilidades, além de dever respeitar e valorizar as suas capacidades (Chiavenato, 2004). Desta forma, o seu papel é fundamental para o sucesso da organização, que é, em grande parte, responsabilidade sua. O líder deve ser capaz de estimular o trabalho em equipa, de participar na execução das tarefas e de ponderar sobre as propostas de cada integrante. Nesse processo, é benéfico que tenham uma visão ampla das atividades e objetivos, além de uma grande dedicação ao trabalho e aos seus colaboradores (Chiavenato, 2005).

A liderança é, claramente, a característica mais importante para o processo de formação de equipas coesas e eficientes. Dada a diversidade desses grupos, o líder tem de estar preparado para orientar sem querer parecer ser o “dono da verdade” (Tanures *et al.*, 2007). Um bom líder deve estar atento à motivação da sua equipa de trabalho, no sentido de garantir a materialização dos objetivos através de estratégias adequadas.

Chiavenato (2010) aborda a importância de um constante incentivo à busca pelo conhecimento, pelo desenvolvimento pessoal e profissional, o que é essencialmente conduzido pelo líder, nomeadamente numa liderança democrática, que se reflete numa liderança mais participativa e descentralizada. Este, que é o modelo mais adequado ao contexto organizacional que predomina atualmente, caracteriza-se também pela aceitação das diferentes formas de pensar e no envolvimento de todos os membros da equipa, para que trabalhem de forma completa e absoluta (Chiavenato, 2005). Envolver os

colaboradores é, com efeito, uma necessidade fundamental nas organizações, que resulta em processos de *empowerment* individual e coletivo, o que, por sua vez, vai despoletar uma maior satisfação dos membros, que estabelecerão um maior compromisso e a acrescentarão mais conhecimento à sua experiência (Meier, Amanda, & Forchuk, 2014).

No entanto, não é tarefa fácil desenvolver um trabalho em equipa nas organizações, pois os colaboradores podem demonstrar resistência a mudanças e acomodação aos processos já estabelecidos. É nesse caso que o papel do líder ganha foco.

A confiança é um dos elementos-chave no trabalho em equipa, pois esta é uma forma de crédito depositado nas atitudes do outro. Ela é alicerçada nas expectativas de que os outros vão ter um comportamento com a intenção de ajudar, de serem úteis e não prejudicar o trabalho como um todo (Piancastelli, Faria, & Silveira, 2011).

Ela reside nas ramificações dadas com a comunicação, muito importante para o sucesso do trabalho (Moscovici, 2003). Uma falha de comunicação pode comprometer a realização dos processos que a envolvem. Associado a esta está o *feedback*, que é uma das armas mais importantes no direcionamento correto dos indivíduos de uma equipa (Muchinsky, 2004).

Também importante para determinar o sucesso de uma equipa é o respeito entre os seus membros. Vergara (2009) diz ser necessário entender a forma de trabalho dos membros antes de julgá-los ou criticá-los, além de que devem procurar entender as motivações de cada um para colaborar no processo, até porque, à luz das descobertas de Chiavenato (2005), quando a própria equipa participa na organização do seu trabalho, consegue comportamentos produtivos e aliados a maiores níveis de motivação.

Por isso, em jeito de resumo, Silva (2013) declara serem oito os fatores organizacionais que influenciam e dão força ao bom desempenho de uma equipa de trabalho: a tarefa, a estrutura organizacional, as práticas organizacionais, a chefia, a tomada de decisão, as relações interpessoais, os valores e a comunicação.

## **5.6 Abertura à novidade**

A abertura ao novo ou à novidade é uma tendência que o indivíduo tem em relação a novas experiências estéticas, culturais e intelectuais. O indivíduo aberto ao novo tem

uma atitude de curiosidade, de pesquisa sobre o mundo, de flexibilidade e receptividade a novas ideias, pelo que aprecia manifestações artísticas e estéticas diversas, procurando compreender o funcionamento dos factos em profundidade, pensando de formas diferentes e desenvolvendo ideias criativas e não convencionais.

Pessoas com alta abertura ao novo são mais engenhosas em inovar e aprendem com mais facilidade com os erros. Procuram, mais do que ninguém, oportunidades de crescimento e de identidade profissional (Arora & Rangnekar, 2015). Do mesmo modo, a abertura à novidade reflete-se nos indivíduos com uma boa capacidade de adaptação a diferentes culturas (Ones & Viswesvaran, 1999; DeYoung *et al.*, 2002).

Neste sentido, a abertura ao novo pressupõe um maior compromisso para promover oportunidades de aprendizagem e de desenvolvimento de competências cognitivas (Chamorro-Premuzic & Furnham, 2004; DeYoung *et al.*, 2014; Williams *et al.*, 2013).

Normalmente, o meio científico ocupa-se do estudo da abertura à novidade no contexto escolar, pois considera-se que este é um traço de personalidade com alguma influência sobre os resultados académicos. Um estudo realizado numa universidade holandesa estabeleceu uma comparação entre alunos dos programas de mérito com alunos do currículo normal, baseando-se num conjunto de seis características consideradas essenciais à realização profissional excelente, entre as quais a inteligência, a abertura à experiência, o pensamento criativo, a vontade de aprender, a procura de excelência e a persistência. As conclusões deram conta da existência de diferenças significativas entre os dois grupos em todas as características avaliadas, à exceção da persistência (Scager *et al.*, 2012).

Contudo, no contexto profissional, esta característica é, também, bastante valorizada, pois é um traço dos indivíduos ávidos por conhecimento e por emoções, cujas contribuições são sempre bastante úteis e interessantes. Além de curiosas, as pessoas abertas à novidade e à experiência são fluídas, flexíveis, criativas, andam numa busca constante por novos estímulos, pelo que se encontram abertas à mudança e a novas formas de pensar e proceder. Pelo contrário, os indivíduos que apresentam uma baixa pontuação neste traço de personalidade são caracterizados como fechados, menos tolerantes, afetos à tradição e à rotina e com um pensamento e atitudes muito convencionais e conservadores (Costa & Widiger, 1993).

Naturalmente, numa sociedade como a nossa, em que a mudança e o progresso são constantes, as pessoas mais fechadas terão uma maior dificuldade de adaptação. Isto significa que, no contexto laboral, cada vez mais são privilegiados indivíduos abertos, flexíveis e facilmente adaptáveis. No âmbito de uma instituição de solidariedade social, particularmente num cargo de gestão, a realidade não será, com certeza, diferente. Aí, premeiam-se pessoas com uma grande curiosidade intelectual, com uma tendência para se envolver e por buscar respostas, pessoas abertas a diferentes pontos de vista e com verdadeiros valores, que questionam dogmas e crenças, incluindo os seus próprios. Por isso, são propensas à introspeção e à fuga da sua zona de conforto, o que parece assentar na perfeição no perfil de um indivíduo que chefia, lidera ou gere. Com efeito, pessoas que se apresentam mais abertas a experiências não se identificam com doutrinas autoritárias e posturas etnocêntricas (Butler, 2000), o que corresponde às expectativas de um Diretor Técnico de uma instituição social.

No entanto, segundo um estudo de Srivastava e colaboradores (2003), a abertura à novidade é um traço que se vai desgastando com a idade, sendo mais estável e frequente na faixa etária compreendida entre os 21 e os 30 anos, havendo uma tendência para ocorrer um declínio após esse período.

## **II PARTE - Estudo empírico**

## **Capítulo 6. Metodologia**

Na fase metodológica, o investigador deve traçar os métodos e técnicas que vai utilizar, para alcançar as respostas à questão de investigação (Fortin, 1999), ou seja, a produção do conhecimento resulta da combinação de estratégias congruentes. Segundo Quivy e Campenhoudt (2003, p. 31), “uma investigação é, por definição, algo que se procura. É um caminhar para um melhor conhecimento e deve ser aceite como tal, com todas as hesitações, desvios e incertezas que isso implica”. Partindo destes pressupostos, esboçou-se o plano metodológico do presente estudo, que a seguir se apresenta.

### **6.1 Natureza e desenho da investigação**

A presente investigação abrange uma metodologia do tipo quantitativa, opção que se prende com o facto de nos permitir quantificar as opiniões e informações recolhidas, sendo passíveis de ser analisadas. Este método permite a recolha de dados observáveis e quantificáveis com o objetivo final de desenvolvimento e validação dos conhecimentos.

A investigação de natureza exploratória possibilita-nos também descrever, registar, analisar e correlacionar factos com os fenómenos em causa, sem os manipular. Além disso, faculta o desenvolvimento, o esclarecimento e a modificação de conceitos e de ideias, a fim de serem formulados problemas precisos ou hipóteses passíveis de serem alvo de pesquisa em investigações posteriores (Gil, 2002).

Partindo de algumas questões, este nosso estudo procura pistas de trabalho sem deixar de ter em vista dados que de algum modo contribuem para um suporte plausível de teorias (Taylor & Bogdan, 1984), tratando-se, assim, da realização de um estudo em contexto de descoberta e não de prova (Deshaies, 1997; Lessard-Hébert, Goyette, & Boutin, 1990; Oliveira, Pereira, & Santiago, 2004).

Neste sentido, procuramos beneficiar das características próprias a esta abordagem: a objetividade, a predição, o controlo e a generalização (Fortin, 2003), pelo que nos apoiámos na aplicação de um questionário como método de recolha de dados para obtenção dos parâmetros considerados cruciais para a análise das expectativas dos colaboradores sobre a liderança na organização.

## 6.2 Problema, objetivos e hipóteses

Tendo em consideração tudo o que afirmámos até este momento e visando explicitar as etapas posteriores da nossa investigação, segue uma apresentação sintética do problema que estamos a analisar, dos objetivos que pretendemos atingir e das hipóteses que formulamos previamente para o trabalho de campo.

O problema do nosso estudo prende-se com o facto de existirem estudos que apontam para a existência de ideias pré-concebidas que existem sobre os idosos e a forma como estas imagens condicionam a forma de ser e estar dos mesmos (Moragas 1991; Paulino,1991), nomeadamente na vivência da sexualidade e intimidade, componentes essenciais para o equilíbrio emocional e psíquico de qualquer ser humano (Pimentel, 2005).

Este fenómeno torna-se ainda mais problemático quando constatamos que a maioria dos equipamentos sociais não está preparada para proporcionar aos utentes serviços individualizados que respeitem a personalidade, privacidade e modos de vida diversificados, bem como a falta de sensibilização dos agentes institucionais para a especificidade ao nível social, afetivo ou sexual (Pimentel, 2005).

Neste âmbito, foi considerado pertinente o estudo desta problemática, tendo-se delineado uma questão de partida, que segundo Quivy e Campenhoudt (1995, p.34), “constitui normalmente um primeiro meio para pôr em prática uma das dimensões essenciais do processo científico: “a rutura com os preconceitos e as noções prévias”. Esta deve ser clara, precisa e concisa, procurando exprimir o que se procura saber e auxiliando à rutura de preconceitos. Após a revisão da literatura, foram explorados os principais trabalhos relativos às dimensões sobre o envelhecimento a intimidade e sexualidade e a perceção dos(as) Diretores(as) Técnicos(as) e as *soft skills*, tendo-se definido, a partir deste conceito, como questão de partida que vai orientar esta investigação: “Qual a relação entre as *soft skills* dos DT e a sua perceção sobre a intimidade e sexualidade dos idosos institucionalizados?”

O objetivo geral que nos propomos atingir ao longo desta investigação é determinar o grau da influência das *soft skills* dos Diretores Técnicos na sua perceção sobre a

intimidade e sexualidade dos idosos institucionalizados. Por sua vez, os objetivos específicos são os seguintes:

1. Identificar o grau de desenvolvendo das *soft skills* dos DT das ERPI;
2. Descrever a percepção do DT sobre a intimidade e sexualidade;
3. Descrever a intimidade e sexualidade dos idosos institucionalizados;
4. Determinar a influência das *soft skills* dos DT na percepção da intimidade e sexualidade nos idosos;
5. Implicações para a intervenção na gerontologia.

### **6.3 Hipóteses**

Uma vez identificado o problema e definidos os objetivos desta investigação, passamos a apresentar as hipóteses que formulámos previamente para a identificação das *soft skills* que estão associadas aos Diretores Técnicos, para o estabelecimento de relações entre a percepção sobre a intimidade e sexualidade dos idosos e as competências em análise.

H1: Existe relação significativa positiva entre o grau de desenvolvimento da assertividade na expressão da intimidade e sexualidade.

H2: Existe uma relação significativa e positiva entre o grau de desenvolvimento do suporte social e a percepção da intimidade e sexualidade.

H3: Existe uma relação significativa e positiva entre o grau de desenvolvimento da autorrealização e da idade do idoso na expressão da intimidade e sexualidade.

H4: Existe relação significativa positiva e o grau de desenvolvimento da abertura à novidade e a percepção da intimidade e sexualidade.

H5: Existe relação significativa positiva entre o grau de desenvolvimento do trabalho em equipa na expressão da intimidade e sexualidade.

H6: Existe uma relação significativa e positiva entre o grau de desenvolvimento da resiliência e a percepção da intimidade e sexualidade.

Para a seleção de um teste de hipóteses, devem-se ter em consideração alguns aspetos, como o tipo de dados, o número e a natureza das amostras e os objetivos

pretendidos. Para auxiliar a escolha do teste adequado temos dois esquemas, o primeiro testes paramétricos e o segundo não paramétricos (Laureano, 2020). Os testes de hipóteses visam testar suposições que são efetuadas sobre determinada população (Pedrosa & Gama, p.442 *cit in* Laureano, 2020). É definido como sendo um processo estatístico usado para tirarmos a conclusão do tipo sim ou não sobre uma ou mais populações. A partir de uma ou mais amostras dessas populações, os testes de hipóteses visam testar se determinadas hipóteses estatísticas formuladas são ou não rejeitadas. Ou seja, são usados para verificar se as diferenças entre os valores da amostra e os valores da população em teste são devidos ao acaso.

Quando o observado na amostra estiver próximo do afirmado sobre a população (em  $H_0$ ), não se rejeita a hipótese nula, e quando estiver muito afastado, rejeita-se a hipótese nula. A decisão de rejeitar ou não a hipótese nula depende do valor do teste estatístico que mede o afastamento em termos do seu erro de padrão. Se este afastamento é pequeno, é provável que a  $H_0$  seja falsa, portanto rejeitada. Se, pelo contrário, o afastamento é grande, então é pouco provável que  $H_0$  seja falsa, logo não se rejeita.

#### **6.4 Amostra global**

O universo deste estudo é constituído pelos Diretores Técnicos das ERPI de norte a sul do País, num total de 18 distritos. Recorremos a amostra probabilística aleatória simples, pois além de ser fácil a sua aplicação, permite-nos exatidão e eficácia à amostragem.

Este estudo empírico desenrolou-se no mês de janeiro de 2021. Na seleção da amostra tivemos alguns cuidados metodológicos para que esta fosse o mais representativa possível da população alvo. Iniciámos uma pesquisa na Carta Social, selecionando todas as ERPI e seus respetivos contactos, elaborando uma base de dados com todos os distritos de norte a sul do país. Posteriormente, os instrumentos de recolha foram enviados por correio eletrónico ao cuidado dos diretores técnicos para cada ERPI, perfazendo num total de 2.342 emails enviados. O total dos inquéritos abertos foi de 378, dos quais 208 estão completos e 170 incompletos.

## 6.5 Instrumento e recolha de dados

### 6.6 Procedimentos globais

Numa primeira fase, os procedimentos metodológicos globais que perseguimos procuravam patentear um questionário validado sobre as *soft skills*, e neste sentido, como adequado ao estudo pretendido, deparámos com um questionário que tem a designação de QCIIP: “Questionário de Competências Intrapessoais, Interpessoais e Profissionais”, do Programa de Desenvolvimento de Competências Pessoais e Sociais: Estudo para a Promoção do Sucesso Académico (Jardim, 2010). Após pedido de autorização que vimos deferido, delineámos a partir da análise da informação o que era necessário recolher, tendo sido definido o tipo de perguntas a incluir e alterar no questionário, com o objetivo de garantir a verificação das hipóteses da pesquisa.

Em termos estruturais, foram criados três instrumentos para este estudo: o questionário 1, coloca algumas questões sociodemográficas, tais como a idade, o sexo, o estado civil, a nacionalidade, o código postal da residência, as habilitações académicas, o município da instituição e a área de curso do interveniente; por sua vez, o questionário 2, recolhe opiniões relativas à expressão da sexualidade; e o questionário 3 recolhe opiniões sobre a concordância com a intimidade, o estado de saúde, a formação escolar, a religião e a família do idoso, as novas relações de intimidade que desenvolve, a institucionalização e a expressão da sexualidade na qualidade de vida do idoso. Neste questionário é usada uma escala de Likert em cinco pontos: 1 = Nunca, 2 = Raramente, 3 = Às vezes, 4 = Quase sempre, 5 = Sempre. Por sua vez, o questionário 4, *The Soft Skills Inventory-55* (SSI-55) (Jardim, *et al.* 2019), aborda questões, também numa escala de Likert (1 = Nunca, 2 = Raramente, 3 = Às vezes, 4 = A maior parte das vezes, 5 = Sempre), procurando avaliar competências pessoais e sociais nas dimensões da autorrealização, assertividade, suporte social, trabalho de equipa, abertura à novidade e resiliência.

Contudo, e como referimos anteriormente, algumas questões sofreram alteração para se adequarem à nossa população. Neste sentido, passamos a elencar os objetos que sofreram alterações para adaptação à nossa amostra. Na questão n.º 2 substituímos “sei” por “exerço” e “que profissão gostaria de exercer no futuro” pela questão “a profissão que gostaria de continuar a exercer ao longo dos próximos 10 anos”. Na questão n.º 4: substituímos “rendimento escolar” por “desempenho profissional.”. Na questão n.º 5

substituímos “estudante” por “profissionalmente”. Na questão n.º 6 a expressão “meus professores” deu lugar a “meus colegas”. Nas questões n.º 24, 25, 26 e 39 substituímos “amigos” por “colegas”. Na questão n.º 30 adicionou-se a possibilidade do feminino em “apoiado/a”. Nas questões n.º 38, 43 e 44 “grupo” deu lugar a “equipa”, e na n.º 44 em particular “frequentar estabelecimento de ensino” foi substituído por “trabalhar”.

A distribuição do questionário foi adaptada à situação pandémica que agora atravessamos, pelo que este foi formulado online, com recurso à plataforma Limesurvey Inquéritos Online, e enviado por correio eletrónico às diferentes instituições nacionais, que perfizeram um total de aproximadamente 2.342 contactos. Nesse primeiro contacto, o questionário foi acompanhado da devida contextualização do estudo e respetivo pedido de autorização de utilização e tratamento dos dados obtidos. Naturalmente, a fim de assegurar todos os princípios éticos subjacentes à consecução do estudo e ao respeito pela identidade dos participantes, foi garantido o seu anonimato.

Os inquéritos por questionário constituem uma forma fácil e prática de recolha de dados quantitativos, os quais nos permitem destacar os dados relativos à recolha e efetuar apresentações concisas e destacar os resultados característicos e que no permite tirar conclusões com base num certo número de hipóteses e nas leis da probabilidade para o conjunto da população estudada. (Maroco, 2003; Pestana & Gageiro, 2003; Rosental & Frémontier-Murphy, 2002). Estes dados conseguem ter uma configuração aberta ou de escolha múltipla e possibilitam recolher uma abrangente quantidade de dados sobre qualquer assunto. Assim, uma das suas vantagens é o facto de se poder colocar um amplo leque de questões, de forma a revestir todos os aspetos de um determinado campo (Ghiglione & Matalon, 2001).

O tratamento de dados envolveu vários momentos. Numa primeira fase, os questionários foram codificados com recurso ao Excel, para posteriormente serem introduzidos e analisados estatisticamente, recorrendo ao software SPSS, visando uma análise descritiva e multivariada.

À semelhança de outros trabalhos de investigação, este não se viu isento de limitações. Entre elas, é inegável que a pandemia veio, em certa medida, atrasar o estudo e dificultar o contacto com a amostra. A impossibilidade do contacto físico ou presencial ditou que os contactos fossem, na íntegra, efetuados virtualmente. Assim, tanto a abordagem inicial, como os inquéritos e os pedidos de utilização dos dados foram

efetuados por correio eletrónico, o que levou a que muitos DT do país ignorassem o pedido de participação no estudo.

Por outro lado, a forma de chegar a cada instituição individualmente, no sentido de cativar mais facilmente a sua atenção, implicou a procura dos contactos das mais diversas ERPI na Carta Social. Contudo, muitos desses contactos encontravam-se desatualizados, o que implicou um esforço redobrado para chegar aos reais contactos de cada instituição e mesmo assim alguns sem sucesso. Naturalmente, esse esforço prendeu-se com dispêndio de tempo que, por isso mesmo, constitui uma das lacunas do estudo.

Tendo em consideração o volume de conteúdos e de pessoas envolvidas nesta investigação, torna-se fundamental realizar todos estes procedimentos com grande rigor metodológico-científico e tendo perfeita consciência das questões éticas e deontológicas inerentes, que passamos a descrever.

### **6.7 Questões éticas e deontológicas**

Em qualquer trabalho de investigação no campo das Ciências Sociais e Humanas, as preocupações de natureza ética devem ser respeitadas cuidadosamente, uma vez que tem como objecto o comportamento de seres humanos “pode dificultar, prejudicar, perturbar, tornar-se enganoso, ou afectar, de qualquer outro modo, negativamente, a vida dos que nele participam” (Tuckman, 2000, p.19).

Em todos os procedimentos que efectivámos, tivemos em consideração questões éticas fundamentais relacionadas com a natureza desta investigação, que detalharemos de seguida. Neste sentido, e tendo em consideração as diretrizes éticas e a preocupação pelo bem-estar e proteção dos participantes, todos os participantes do estudo verão garantido o seu anonimato, sendo omitidos quaisquer informações que pudessem facilitar a sua identificação; a sua privacidade será respeitada, evitando-se questões pessoais desnecessárias e respeitando a não-participação; considerando o carácter voluntário da sua participação e da consequente confidencialidade, os dados não serão usados para outros fins que não sejam científicos. Todas estas questões do rigor, da segurança, da confidencialidade, do respeito mútuo e do consentimento livre e esclarecido foram tidas em conta para a produção do saber científico.

## 6.8 Análise dos dados obtidos

Com vista à descrição, apresentação e análise sistemática dos dados recolhidos ao longo desta investigação, recorreremos à análise estatística dos dados quantitativos, a qual permite destacar os dados concernentes à recolha, efetuar apresentações sintéticas, destacar os resultados característicos e efetuar extrapolações, com base na formulação de um certo número de hipóteses e nas leis da probabilidade, para o conjunto da população estudada (Maroco, 2003; Pestana & Gageiro, 2003; Rosental & Frémontier-Murphy, 2002).

A ferramenta estatística através da qual efetuámos o tratamento e processamento dos dados recolhidos nos vários instrumentos de avaliação foi o programa de estatística SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 27.0 para Windows. Após serem lançados numa base de dados informatizada, o SPSS permitiu-nos realizar cálculos estatísticos de uma forma rápida, capacitando-nos, assim, para apresentar e interpretar sucintamente os resultados obtidos.

No tratamento estatístico dos resultados recolhidos, privilegámos as medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e respetivos desvios-padrão) e estatística inferencial. O nível de significância para rejeitar a hipótese nula foi fixado em  $\alpha \leq .05$ . Utilizou-se para a verificação da consistência das escalas e a sua influência sobre o Alfa de Cronbach, utilizado como medida de fidelidade interna das escalas na amostra do estudo, o teste de Student para amostras independentes, o teste de Mann-Whitney e o coeficiente de correlação de Pearson. A normalidade de distribuição foi analisada com o teste de Shapiro-Wilk e a homogeneidade de variâncias com o teste de Levene.

Em suma, através da apresentação da metodologia global desta investigação, pretendemos estabelecer o itinerário e os métodos que possibilitaram a definição do problema, dos objectivos e das hipóteses, a selecção e a identificação da amostra, e a recolha e o tratamento dos dados; adicionalmente, estabelecemos os princípios éticos que nos nortearam neste estudo. Importa referir que as questões metodológicas resultantes do desenho desta pesquisa exigiram que recorrêssemos a um tipo de investigação, de instrumento e de procedimentos. A opção fundamental passou pela metodologia quantitativa de dados como forma de adequar o estudo ao tema em causa, o que nos leva a definir esta investigação como um estudo exploratório de natureza quantitativa, tendo

como base o estudo do Programa de Desenvolvimento de Competências Pessoais e Sociais: Estudo para a Promoção do Sucesso Acadêmico (Jardim, 2010).

O problema em análise foca-se na indagação se a competência dos DT tem influência nas vivências da intimidade e sexualidade dos idosos institucionalizados. Dado que não temos nenhum quadro teórico de referência que nos permita identificar e desenvolver essas competências, propusemo-nos aplicar e alterar o instrumento QCIIP, adequando as questões no inquérito acima referidas. Tendo como universo deste estudo os Diretores Técnicos das ERPI, a nossa amostra preenche um total de 208 indivíduos. A primeira visou questões meramente de opinião, percepção, sobre a intimidade e sexualidade, e a segunda apontou para a identificação e avaliação das competências necessárias intrapessoais, interpessoais e profissionais dos DT.

Nas condutas que efetivámos, pautámo-nos por algumas questões éticas fundamentais, congruentes com a natureza desta investigação, particularmente os princípios do rigor, da segurança, da confidencialidade, do anonimato, da implicação, do respeito mútuo, e do consentimento livre e informado. Mencionámos que, para a descrição, apresentação e análise sistemática dos dados recolhidos, faremos uso da análise estatística quantitativa, para tratar os dados seguindo os procedimentos exigidos por esta uma técnica.

## Capítulo 7. Resultados e análise dos dados

Segue neste capítulo uma apresentação, apresentação dos procedimentos estatísticos e as análises realizadas, a fim de responder às questões de investigação.

Após a recolha dos dados através do questionário das *soft skills* Inventory 55, recorrendo-se para isso a plataforma LimeSurvey, os mesmos foram transferidos para formato Excel a fim de realizar a codificação dos dados para seu posterior tratamento estatístico. O programa SPSS 27 foi utilizado para a execução dos procedimentos estatísticos a seguir apresentados.

A tabela 1 sintetiza os dados da amostra, demonstrando que a média de idades era de 38.5 anos, variando entre um mínimo de 23 e um máximo de 64 anos. A maioria era do género feminino (90.4%), casada (48.6%, licenciada (72.6%) e tinha um curso superior na área do Serviço Social (53.4%). Uma proporção muito elevada era de nacionalidade portuguesa (98.6%), os Municípios da instituição que mais participaram foram Braga com (11,1%) seguida do Porto (10.1%), Santarém com (9.2%), Guarda (7,2%), Évora (6,8%), Lisboa (6,3%), Aveiro(5,3%), Vila Real (4,8%), Viana do Castelo (3,9%), Bragança, Viseu, Portalegre com (3,4%), e Setúbal com (2,9%).

**Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica.**

	N	%
<b>Idade (M; DP)</b>	38.5	7.8
<b>Género</b>		
<b>Feminino</b>	188	90,4
<b>Masculino</b>	20	9,6
<b>Estado civil</b>		
<b>Casado(a)</b>	101	48,6
<b>Divorciado(a)</b>	21	10,1
<b>Separado(a)</b>	4	1,9
<b>Solteiro(a)</b>	54	26,0
<b>União de facto</b>	27	13,0
<b>Viúvo(a)</b>	1	,5
<b>Habilitações académicas</b>		
<b>Licenciatura</b>	151	72,6
<b>Mestrado</b>	55	26,4
<b>Doutoramento</b>	2	1,0
<b>Área de curso</b>		
<b>Ciências sociais</b>	40	19,2

<b>Serviço social</b>	111	53,4
<b>Educação social</b>	17	8,2
<b>Psicologia</b>	26	12,5
<b>Outra</b>	14	6,7
<b>Municípios da Instituição</b>		
<b>Viana do Castelo</b>	8	3,9
<b>Braga</b>	23	11,1
<b>Vila real</b>	10	4,8
<b>Porto</b>	21	10,1
<b>Bragança</b>	9	4,3
<b>Aveiro</b>	11	5,3
<b>Viseu</b>	9	4,3
<b>Guarda</b>	15	7,2
<b>Coimbra</b>	7	3,4
<b>Castelo Branco</b>	7	3,4
<b>Leiria</b>	12	5,8
<b>Santarém</b>	19	9,2
<b>Lisboa</b>	13	6,3
<b>Portalegre</b>	9	4,3
<b>Setúbal</b>	6	2,9
<b>Évora</b>	14	6,8
<b>Beja</b>	7	3,4
<b>Faro</b>	7	3,4

As respostas à escala de expressão da sexualidade podem ser apreciadas na tabela 2. Em cinza-claro evidenciamos as respostas mais frequentes (moda).

As respostas dão conta de uma maior propensão de resposta na categoria 3 - Às vezes e 4 - Quase sempre, ficando-se as opiniões dos DT pelo meio, ou seja, nunca atingem os polos de respostas possíveis (nunca ou sempre).

Nesta sequência, passamos a descrever cada uma das expressões para melhor apreciação. No que concerne ao grau de influência sobre o estado de saúde do idoso na sua sexualidade, obtivemos uma média de 42,3% de respostas, em que os DT mencionam que “quase sempre” a saúde tem influência na expressão da sexualidade dos idosos.

Sobre o grau de influência da formação escolar do idoso na vivência da sua sexualidade, obtivemos uma média de 35,6% de respostas “às vezes”, em que os DT consideram haver influência.

No que se refere ao grau de percepção na concordância das famílias dos idosos com o estabelecimento de novos relacionamentos, a média apurada é de 41,1% de respostas “às vezes”.

Sobre a institucionalização do idoso numa ERPI e a sua influência na expressão da sua sexualidade, verificámos uma média de 36,5% de respostas “às vezes”.

No que concerne à influência da expressão da sexualidade na qualidade de vida do idoso, obtivemos uma média de respostas dos DT de 38,5%,” às vezes”.

Sobre a influência da religião do idoso na expressão da sua sexualidade, obtivemos como média de respostas 35,6% “quase sempre”, pelo que a religião influencia a sua percepção.

Na influência da família do idoso na expressão da sua sexualidade, a média de respostas é de 36,1% com a resposta “às vezes”, verificando-se uma influência.

Em relação à concordância das direções técnicas com a expressão da intimidade na idade avançada, 36,1% de DT referem que “quase sempre” concordam.

Já no que diz respeito à concordância dos auxiliares de ação direta com a expressão da intimidade na idade avançada, a média que se verifica é de 38,0% de respostas “às vezes”.

Na concordância com a disponibilização de quartos que permitam a vivência da intimidade em novas relações, os participantes responderam em 32,2% que “raramente” existe concordância.

Sobre a concordância com a realização de atividades para cuidar a imagem corporal, 38,9% responderam “acontece sempre”.

Relativamente à concordância com a implementação de atividades formativas sobre a intimidade na idade avançada, 34,6% dos inquiridos responderam “às vezes”.

No que concerne à concordância com a promoção de condições favoráveis à vivência da intimidade no exterior da instituição, 33,2% dos DT respondeu “às vezes”.

E por último, na concordância com a divulgação de informação sobre a sexualidade segura, 29,8% dos participantes respondeu “às vezes”.

**Tabela 2 - Percepção da sexualidade.**

	1	2	3	4	5
<b>Influência da idade do idoso na expressão da sexualidade.</b>	1,9%	16,8%	48,1%	27,9%	5,3%
<b>Influência do estado de saúde do idoso na expressão da sua sexualidade.</b>	1,4%	12,0%	29,3%	42,3%	14,9%
<b>Influência da formação escolar do idoso na vivência da sua sexualidade.</b>	10,6%	32,2%	35,6%	17,8%	3,8%
<b>Influência da religião do idoso na expressão da sua sexualidade.</b>	6,3%	19,7%	29,3%	35,6%	9,1%
<b>Influência da família do idoso na expressão da sua sexualidade.</b>	6,3%	26,9%	36,1%	26,0%	4,8%
<b>Influência das novas relações de intimidade do idoso na expressão da sua sexualidade.</b>	2,9%	21,6%	47,6%	22,1%	5,8%
<b>Influência que a institucionalização do idoso numa ERPI tem na expressão da sua sexualidade.</b>	2,4%	15,9%	32,7%	36,1%	13,0%
<b>Influência da expressão da sexualidade na qualidade de vida do idoso.</b>	1,0%	12,5%	38,5%	38,5%	9,6%

Legenda: 1 – Nunca 2 – Raramente 3 – Às vezes 4 – Quase sempre 5 – Sempre

As respostas à escala de expressão da intimidade podem ser apreciadas na tabela 3. Como se pode ver, as respostas predominantes pertencem à categoria 3 - Às vezes, repetindo a tendência apresentada na tabela anterior.

**Tabela 3 - Percepção sobre a intimidade.**

	1	2	3	4	5
<b>Concordância das famílias dos idosos com o estabelecimento de novos relacionamentos</b>	5,3%	40,9%	41,3%	10,6%	1,9%
<b>Concordância das direções técnicas com a expressão da intimidade na idade avançada.</b>	0,5%	13,0%	35,1%	36,1%	15,4%
<b>Concordância dos auxiliares de ação direta com a expressão da intimidade na idade avançada</b>	1,4%	18,8%	38,0%	35,6%	6,3%
<b>Concordância com a disponibilização de quartos que permitam a vivência da intimidade em novas relações.</b>	15,4%	32,2%	30,3%	14,9%	7,2%
<b>Concordância com a realização de atividades para cuidar a imagem corporal.</b>	0,5%	4,8%	19,7%	36,1%	38,9%
<b>Concordância com a implementação de atividades formativas sobre a intimidade na idade avançada.</b>	6,3%	33,7%	34,6%	19,2%	6,3%
<b>Concordância com a promoção de condições favoráveis à vivência da intimidade no exterior da instituição.</b>	13,0%	27,4%	33,2%	19,7%	6,7%

Concordância com a divulgação de informação sobre a sexualidade segura. 14,4% 28,8% 29,8% 16,3% 10,6%

Legenda: 1 – Nunca acontece 2 – Raramente 3 – Às vezes 4 – Quase sempre 5 – Acontece sempre

A consistência interna das escalas, analisada com o coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach, variou entre um mínimo de .692 (fraco, mas aceitável) a um máximo de .94 (excelente).

**Tabela 4 - Consistência interna.**

	Cronbach's Alpha	N de Itens
<b>Sexualidade</b>	.797	8
<b>Intimidade</b>	.803	8
<i>Soft skills</i>		
<b>Autorrealização</b>	.904	13
<b>Assertividade</b>	.858	9
<b>Suporte social</b>	.797	8
<b>Trabalho em equipa</b>	.692	4
<b>Abertura novidade</b>	.859	6
<b>Resiliência</b>	.848	7

As estatísticas descritivas das escalas podem ser apreciadas na tabela seguinte. Apresentam-se os valores mínimos e máximos, médias e respetivos desvios padrão.

**Tabela 5 - Estatísticas descritivas.**

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
<b>Sexualidade</b>	14,0	40,0	25,5	5,0
<b>Intimidade</b>	11,0	36,0	24,6	5,1
<i>Soft skills</i>				
<b>Autorrealização</b>	37,0	65,0	54,5	6,4
<b>Assertividade</b>	25,0	45,0	36,3	4,7
<b>Suporte social</b>	23,0	40,0	35,0	3,4
<b>Trabalho em equipa</b>	12,0	20,0	17,0	2,0
<b>Abertura novidade</b>	7,0	20,0	18,1	2,1
<b>Resiliência</b>	18,0	35,0	28,1	3,6

Verificamos na tabela 6 que, relativamente à correlação, a mais elevada entre as dimensões das *soft skills* ocorre na Assertividade e no Trabalho em Equipa ( $r = .735$ ).

**Tabela 6 - Correlações**

	Autorrealizaçã o	Assertividade	Suporte Social	Trabalh o Equipa	Abertura Novidade	Resiliência	Sexualidade
<b>Assertividade</b>	,678***						
<b>Suporte Social</b>	,536***	,626***					
<b>Trabalho em equipa</b>	,663**	,735***	,615**				
<b>Abertura Novidade</b>	,304***	,393***	,627***	,657***			
<b>Resiliência</b>	,680***	,706***	,536***	,663***	,366***		
<b>Sexualidade</b>	,085	-,043	,019	-,021	-,051	,045	
<b>Intimidade</b>	,209**	,184**	,242**	,264**	,274***	,211**	,078

\*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$  \*\*\*  $p < .001$

Como podemos constatar na tabela 7, relativamente às diferenças na perceção do grau de desenvolvimento das *soft skills* e na perceção da expressão da intimidade e sexualidade, não há variação entre os Diretores Técnicos do sexo feminino e masculino ( $p > .05$ ).

**Tabela 7 - Comparação por género.**

	Feminino		Masculino		Sig.
	M	DP	M	DP	
<b>Sexualidade</b>	25,6	4,9	25,4	6,1	,846
<b>Intimidade</b>	24,6	5,3	24,7	4,7	,943
<b>Soft skills</b>					
<b>Autorrealização</b>	54,5	6,4	53,9	6,7	,713
<b>Assertividade</b>	36,2	4,9	37,1	3,5	,315
<b>Suporte Social</b>	35,1	3,4	34,4	3,2	,383
<b>Trabalho de equipa</b>	17,0	2,0	16,8	1,9	,622
<b>Abertura Novidade</b>	18,2	1,9	17,2	3,3	,276
<b>Resiliência</b>	28,0	3,6	29,2	3,0	,162

Considerando que a hipótese deve combinar com o problema e com o objetivo numa explicação ou predição clara dos resultados esperados de um estudo (Fortin,1999, p.102), tem um papel fundamental na investigação que é a sugestão de explicações para os factos, sugestões essas que podem ser a solução para o problema, sejam “verdadeiras ou falsas, mas, sempre bem elaboradas, conduzem à verificação empírica, que é o propósito da investigação científica” (Gil 1999, p.56).

O objetivo desta investigação é responder às questões de partida. Partindo desta base, formulámos hipóteses e procedemos às observações a que elas dizem respeito. Vamos, de seguida, verificar se os dados recolhidos correspondem aos resultados esperados.

**Hipótese 1** - Existe uma relação significativa e positiva entre o grau de desenvolvimento da resiliência e a perceção da intimidade e sexualidade; O coeficiente de correlação entre a resiliência e a perceção da intimidade é estaticamente significativo, positivo e fraco ( $r = .211, p = ,002$ ). O coeficiente de correlação entre a resiliência e a perceção da sexualidade não é estaticamente significativo ( $r = .045, p = ,516$ ). Logo, confirma-se assim, parcialmente, a hipótese enunciada.

**Hipótese 2** – Existe uma relação significativa e positiva entre o grau de desenvolvimento do suporte social e da idade do idoso na expressão da intimidade e sexualidade, pois o coeficiente de correlação entre o suporte social e a perceção da intimidade é estaticamente significativo, positivo e fraco ( $r = .242, p = ,001$ ). O coeficiente de correlação entre o suporte social e a perceção da sexualidade não é estaticamente significativo ( $r = .019, p = ,789$ ).

**Hipótese 3** – Existe relação significativa positiva entre o grau de desenvolvimento da autorrealização na expressão da intimidade e sexualidade; o coeficiente de correlação entre a autorrealização e a perceção da intimidade é estaticamente significativo, positivo e fraco ( $r = .209, p = ,002$ ). O coeficiente de correlação entre a autorrealização e a perceção da sexualidade não é estaticamente significativo ( $r = .085, p = ,222$ ).

**Hipótese 4** – Existe relação significativa positiva entre o grau de desenvolvimento da assertividade na expressão da intimidade e sexualidade; o coeficiente de correlação entre a assertividade e a perceção da intimidade é estaticamente significativo, positivo e fraco ( $r = .184, p = ,008$ ). O coeficiente de correlação entre a assertividade e a perceção da sexualidade não é estaticamente significativo ( $r = .043, p = ,534$ ).

**Hipótese 5** – Existe relação significativa positiva entre o grau de desenvolvimento do trabalho em equipa e a percepção da intimidade e sexualidade. O coeficiente de correlação entre o trabalho em equipa e a percepção da intimidade é estaticamente significativo, positivo e fraco ( $r = .264, p = ,001$ ). O coeficiente de correlação entre o trabalho em equipa e a percepção da sexualidade não é estaticamente significativo ( $r = -.021, p = ,765$ ).

**Hipótese 6** – Existe relação significativa positiva e o grau de desenvolvimento da abertura à novidade e a percepção da intimidade e sexualidade. O coeficiente de correlação entre a abertura à novidade e a percepção da intimidade é estaticamente significativo, positivo e fraco ( $r = .274, p = ,001$ ). O coeficiente de correlação entre a abertura à novidade e a percepção da sexualidade não é estaticamente significativo ( $r = -.051, p = ,463$ ).

## Capítulo 8. Discussão dos resultados

Ao longo desta investigação, foram objeto de estudo e análise as percepções dos DT das ERPI sobre a sexualidade e intimidade dos idosos institucionalizados, e relação com as suas *soft skills*. Com foco nas competências em particular no exercício das suas funções, com envolvimento do seu autoconhecimento identificadas no exercício das suas funções, teceremos algumas considerações sobre os resultados obtidos.

Assim, uma primeira análise dos dados sociodemográficos permite-nos verificar algo expectável e comum a vários estudos que incorporam as ERPI e a área do cuidar, uma amostra maioritariamente composta por indivíduos do sexo feminino (90.4%). De acordo com Ribeiro (2008), as origens da história e cultura do cuidar permitem-nos esclarecer esta proeminência da figura feminina onde efetivamente as tarefas em causa tendem a estar associadas ao universo da mulher. Foi também constatado que a média de idades era de 38.5%, variando entre um mínimo de 23 anos e um máximo de 64 anos. Também Sousa (2011), no seu estudo com cuidadores formais de pessoas idosas, apresenta uma média de idades de 43 anos (73.5%).

Neste estudo há uma clara proeminência de indivíduos com estado civil casado(a), (48.6%), a maioria é licenciada (72.6%) com incidência na área do Serviço Social (53.4%).

Concretamente sobre as questões da percepção dos DT e a influência da idade do idoso na expressão da sexualidade, onde observamos uma média de respostas de 48,1% dos diretores técnicos com a resposta “às vezes”, percebeu-se que a idade tem influência, o que é corroborado por Debret e Brigueiro (2012), que dizem que a idade não dessexualiza o indivíduo, o que subsiste são simplesmente modificações quantitativas da resposta sexual, ou seja, a vida sexual transforma-se constantemente ao longo de toda a evolução individual, porém só desaparece com a morte. Ou seja, o envelhecimento levará naturalmente a algumas alterações na resposta aos estímulos sexuais. O facto pode ser bem compreendido quando entendemos que as doenças que favorecem o aparecimento das disfunções sexuais ocorrem com maior incidência em pessoas de idade mais avançada, no entanto “a vida sexual na terceira idade foi impulsionada, em 1998, com a introdução no mercado de medicamentos para a disfunção erétil” (Sousa 2008, p. 62).

No que concerne ao grau de influência sobre o estado de saúde do idoso na sua sexualidade, obteve-se uma média de 42,3% de respostas em que os DT mencionam que, quase sempre, a saúde tem influência na expressão da sexualidade dos idosos. Os preconceitos e os estereótipos designados à sexualidade da pessoa idosa, por sua vez, contribuem para que o idoso acabe por assumir o papel que a sociedade lhe destina, ou seja, o de idoso assexuado, que deixa de lado seus desejos e aspirações por faltas de inserção ou exclusão social. Obviamente, tal facto interfere de forma negativa na qualidade de vida dessa população, de modo que o idoso seja um ser doente e sem vida, por isso é preciso desmistificar a sexualidade do idoso (Vieira 2012). Conforme Butler e Lewis (1985), envelhecer em si mesmo pode ser assustador, particularmente quando os idosos não sabem o que os espera, nem como vão agir perante tais mudanças. Assim como, as experiências anteriores e as atitudes da sociedade também terão o seu impacto neste processo. Sobre o grau de influência da formação escolar do idoso na vivência da sua sexualidade, obtivemos uma média de 35,6% de respostas “às vezes”, verificando-se uma influência. De acordo com os autores a influencia da formação escolar, a sexualidade é entendida como “experiência”, consequência da cultura, história, campos de saberes, subjetividade, não sendo um fenómeno estático e definitivo, tendo uma gama incontável de formas de se expressar e vivenciar o prazer (Alencar *et al.*, 2014). Concretamente sobre a influência da religião do idoso na expressão da sua sexualidade, obtivemos como respostas uma média maioritária de 35,6% “quase sempre”. Como confirma Souza (2015), a repressão da sexualidade das pessoas idosas desliza principalmente pela família, religião e sociedade, causando aos idosos uma repressão dos seus prazeres, predispondo os idosos a conformar-se com um destino fastidioso para se colocar dentro de um padrão de vida que a sociedade os impõe. A propósito da influência da família do idoso na expressão da sua sexualidade, Ribeiro (2007) refere que os filhos são normalmente os primeiros a negar a sexualidade dos pais. Por outro lado, dentro do sistema familiar, e especialmente em situações de viuvez, as pessoas idosas são sensíveis às opiniões e encorajamento dos filhos e dos amigos para assumir uma nova relação nesta etapa de vida.

Ainda sobre esta abertura ou não abertura nas relações, e neste caso em novas relações de intimidade do idoso na expressão da sua sexualidade, a sua forma de expressão pode variar desde práticas corporais a valores pessoais e sociais, pensamentos, fantasias, desejos ou crenças, pelo que reflete o contexto sociocultural no qual o sujeito está inserido e se desenvolve, envolvendo, assim, a história, os costumes e a cultura dos indivíduos

(Oliveira *et al.*, 2009). Acrescentando a influência da institucionalização dos idosos na expressão da sua sexualidade, verificámos uma média de respostas 38,5% da resposta “às vezes”, provando que a institucionalização do idoso numa ERPI tem influência na expressão da sua sexualidade. De acordo com vários autores (Colson, 2007; Kaplan, 1996; Mahieu *et al.*, 2011; Nagaratnam & Gayagay, 2002; Rheaume & Mitty, 2008), a expressão sexual dos idosos institucionalizados é frequentemente diminuída e encarada como um problema comportamental, uma vez que não é bem vista por parte dos cuidadores, da administração e dos utentes das suas famílias. Por vezes até entre os próprios utentes há essa repressão. Os comentários existentes entre utentes relativamente às vidas íntimas e sexuais dos outros utentes contribuem também para os envergonhar na expressão sexual dos mesmos (Kaplan, 1996).

Nesta sequência, sobre a influência da expressão da sexualidade na qualidade de vida do idoso, obtivemos uma média de respostas dos DT de 38,5%. Na verdade, acredita-se que uma sexualidade bem vivida pode potenciar a qualidade de vida dos idosos, no sentido de que facilita a resolução de problemáticas relativas à convivência com o avançar da idade, aumenta o prazer de viver e, acima de tudo, estimula a autoestima (López & Fuertes, 1999). Isto significa que é profundamente erróneo subestimar o desenvolvimento da intimidade nos idosos.

Em relação à concordância das famílias dos idosos com o estabelecimento de novos relacionamentos, sobressai a resposta “às vezes” com 48,1%, sabemos que é muitas vezes nos lares que se proporciona o desenvolvimento ou estabelecimento de novas relações sociais, e é também nesse mesmo espaço que as de teor afetivo-sexual são perseguidas por sentimentos de reprovação, e realçamos neste contexto que, por vezes, deixam de ser relações do domínio privado para se tornarem públicas, o que afeta os indivíduos envolvidos, bem como a sua privacidade, os cuidadores formais e eventualmente os familiares (Mattiasson & Hemberg, 1998). Desta forma, e sobre a concordância das direções técnicas, figuras cruciais para fazer face às dificuldades que se verificam sobre esta temática, obtivemos 36,1% de respostas dos DT que referem que quase sempre concordam com a expressão da intimidade na idade avançada. Contudo, a falta de privacidade em instituições de terceira idade constitui um obstáculo à expressão sexual que, simultaneamente com atitudes pouco permissivas dos cuidadores formais,

conduzem a que as pessoas idosas desfrutem de poucas oportunidades para usufruírem de momentos de intimidade (Bouman *et al.*, 2006).

Nesta sequência, os auxiliares de ação direta são os cuidadores que estão em maior contacto na prestação de cuidados e as respostas sobre a concordância destes na expressão da intimidade na idade avançada é de 38,0% com a resposta “às vezes”, o que quer dizer que os cuidadores formais necessitam de informação e ferramentas que lhes permitam dar respostas às necessidades sexuais das pessoas idosas institucionalizadas, ultrapassando assim as barreiras que os impedem de ter intimidade, e transpondo os estereótipos e preconceitos relativamente a estes assuntos (Rheaume & Mitty, 2008; Taylor & Gosney, 2011). Sem essas ferramentas, surge uma dificuldade em compreender o idoso, que se pode refletir, como consequência, nos cuidados prestados.

Sobre as dificuldades verificadas através de investigações feitas, sobre a disponibilização de quartos que permitam a vivência da intimidade em novas relações, obtivemos 32,2% da resposta “raramente”, o que vai ao encontro dos achados de Freitas (2015), que confirma que os “lares não atendem às vontades e aos desejos dos idosos e não promovem a autonomia e independência dos mesmos. Salienta que a preocupação dos lares se centra demasiado nas necessidades básicas e descarta as necessidades de realização e satisfação pessoal” (pp. 64-65). Acrescenta Pimentel (2005) que muitos dos equipamentos e dos seus cuidadores não estão preparados para proporcionar às pessoas idosas um serviço prestado individualizado, que respeitem a personalidade, privacidade e modos de vida. As normas restritas da instituição, a obrigatoriedade de horários, os escassos recursos económicos das instituições sociais para a admissão de recursos humanos diversificados, e o estereótipo de que as pessoas idosas são todas iguais, assim como a limitação dos espaços físicos, um centralismo das atividades em dias festivos ou comemorativos, e a falta de sensibilidade e de formação dos agentes institucionais para com a especificidade de cada pessoa, transportam para uma desvalorização do cuidado absoluto da pessoa idosa. Em suma, as respostas das instituições e dos seus cuidadores limitam-se às prioridades físicas e fisiológicas como alimentação, vestuário, alojamento, cuidados de saúde e higiene.

Avaliando o processo de envelhecimento, Tavares (2003) preconiza que as mudanças óbvias na aparência e na função corpórea trazem a necessidade para o indivíduo que envelhece de adaptação à nova imagem do seu corpo. O autor acrescenta que a

compreensão do conceito de Imagem Corporal está ligada ao significado dos termos imagens e corpo, salienta que a sua definição não é meramente uma questão de linguagem, esta tem uma dimensão muito superior, se refletirmos na subjetividade de cada indivíduo. Logo, na concordância com a realização de atividades para cuidar a imagem corporal, prevalece com 38,9% a resposta “acontece sempre”. Portanto, a imagem corporal é a forma pela qual o corpo se expõe para si próprio. Aprendemos a avaliar os nossos corpos através da interação com o ambiente, desta forma a autoimagem é desenvolvida e reavaliada constantemente durante a vida inteira. Contudo, devido às necessidades de ordem social, somos coagidos em numerosas circunstâncias a realizar, no nosso corpo, o corpo ideal da nossa cultura. De alguma forma, esta imagem remete para o sentido das imagens corporais que predominam na comunidade e que se constroem a partir de diversos relacionamentos ali estabelecidos. Ou seja, em qualquer grupo existe sempre uma imagem social do corpo, logo, é um símbolo que desafia sensibilidades de identificação ou rejeição dos indivíduos em relação a algumas imagens.

Neste sentido, como podemos verificar, a realização de atividades para cuidar da imagem corporal é fundamental para os idosos, pois como afirma Le Breton (2007, p. 32), “o corpo não existe em estado natural, está sempre compreendido no contexto social dos sentidos [...]”. Torna-se, assim, evidente que o corpo e a sua importância nos aspetos sociais são referenciados mesmo em momentos de individualidade seja através de gestos, dores, entre outras, a sociedade, afetando por isso o indivíduo.

Nesta perspetiva, recorremos a Shilder (1980), que menciona que a construção da imagem corporal se dá através das dimensões fisiológicas, psicológicas e sociológicas do indivíduo. Portanto, a perceção que o idoso tem do corpo é influenciada não só pela sua autoimagem, mas também pela forma como o meio social em que se encontra a concebe. Desta forma, o estilo de vida, o contexto social e a participação em grupos de convivência são elementos relevantes na relação entre o indivíduo e seu corpo.

Promover a participação ativa dos idosos nas ERPI é fundamental, pois contribui para a manutenção da sua vitalidade física e mental e para perspetivar a animação do seu tempo, que é, predominantemente, livre (Lopes, 2008). De acordo com o mesmo autor, os lares são estruturas estabelecidas a promover, junto da terceira idade, um conjunto de atividades e de ações de cariz cultural, recreativo, social, e educativo, contudo a realidade, é bem diferente e está nos antípodas do quadro normativo. Como podemos observar através

das respostas às questões da implementação de atividades formativas sobre a intimidade na idade avançada, predomina a média de 34,6% da resposta “às vezes” e na concordância com a divulgação de informação sobre a sexualidade segura destaca-se a média de 29,8% com a resposta “às vezes”, pelo que se verifica uma carência de resposta a estas necessidades.

O Decreto-Lei 133-A/97, de 30 de maio, que reformulou o regime de licenciamento e fiscalização dos estabelecimentos de apoio social, menciona que os lares devem passar a dar especial atenção às atividades de animação que contribuam para um relacionamento saudável entre os idosos e para a manutenção das suas capacidades físicas e psíquicas. Sendo obrigatória a existência no quadro de pessoal, de um animador social, devem também ser afixados em lugar bem visível o plano de atividades de animação sociocultural (Lopes, 2008). Em suma, neste âmbito, ainda há muito a fazer, pois o que testemunhamos é uma situação completamente desajustada da realidade e a necessidade da população idosa institucionalizada.

Importa ainda referir que relativamente às atividades desenvolvidas nas instituições junto dos idosos, como nos indica Lopes (2008), a maioria dos lares públicos e privados é um autêntico depósito de pessoas detentoras de sensibilidade, memórias, de experiências e vivências, e que se veem depreciadas para espaços que, genericamente, não sendo arquitetonicamente pensados para o efeito, pois imperam a frieza e a apatia. É aí que são, literalmente, despejados muitos idosos, e no tempo que lhes resta de vida é-lhes ministrada a morte lenta, através dessa coisa horrorosa que é “matar o tempo”. Isto comprova-se, também, pelos nossos resultados, com uma média de 33,2% “às vezes” sobre as condições favoráveis à vivência da intimidade no exterior da instituição.

Relativamente às *soft skills* são vários os autores que corroboram a relação positiva e significativa entre o grau de desenvolvimento da resiliência e a perceção da intimidade e sexualidade (Barlach *et al.*, 2008; Fernandes *et al.*, 2014; Santos *et al.*, 2019), segundo os quais se espera que os comportamentos envolvam a flexibilidade de ação, da estrutura e da vida pessoal como forma de adaptação ao meio das novas condicionalidades e exigências.

Sobre a relação positiva e significativa entre o grau de desenvolvimento do suporte social e da idade do idoso na expressão da intimidade e sexualidade é também

apontada pelos autores Reingold e Burros (2004), que expõem sobre a criação de políticas formais que ratifiquem a expressão sexual dos utentes, defendendo o desenvolvimento de programas de educação dos colaboradores que estimulem um ambiente social de suporte adequado à expressão sexual dos utentes

Também Jardim (2010, p. 113) preconiza que “a competência do suporte social consiste na capacidade de operacionalizar conhecimentos, atitudes e habilidades no sentido de apoiar e de ser apoiado, sempre que alguém necessita de ajuda para solucionar determinado problema. Este constructo contém as interações dos potenciais recursos sociais que suportam a pessoa, quando esta precisa de receber ou de dar apoio, dentro de determinada rede social.”

Em relação à autorrealização, também esta se encontra positiva e significativamente ligada à expressão da intimidade e sexualidade, pois de acordo com Jardim (2019, p.65), “A autorrealização pressupõe a satisfação das necessidades básicas ou de sobrevivência física, de amor e de pertença, de estima ou de atenção. Só depois de satisfazer essas necessidades de crescimento ou meta necessidades, (totalidade, perfeição, cumprimento, justiça, vida, simplicidade, beleza, bondade, singularidade, facilidade, jogo, verdade, modéstia), se chega à autorrealização.”

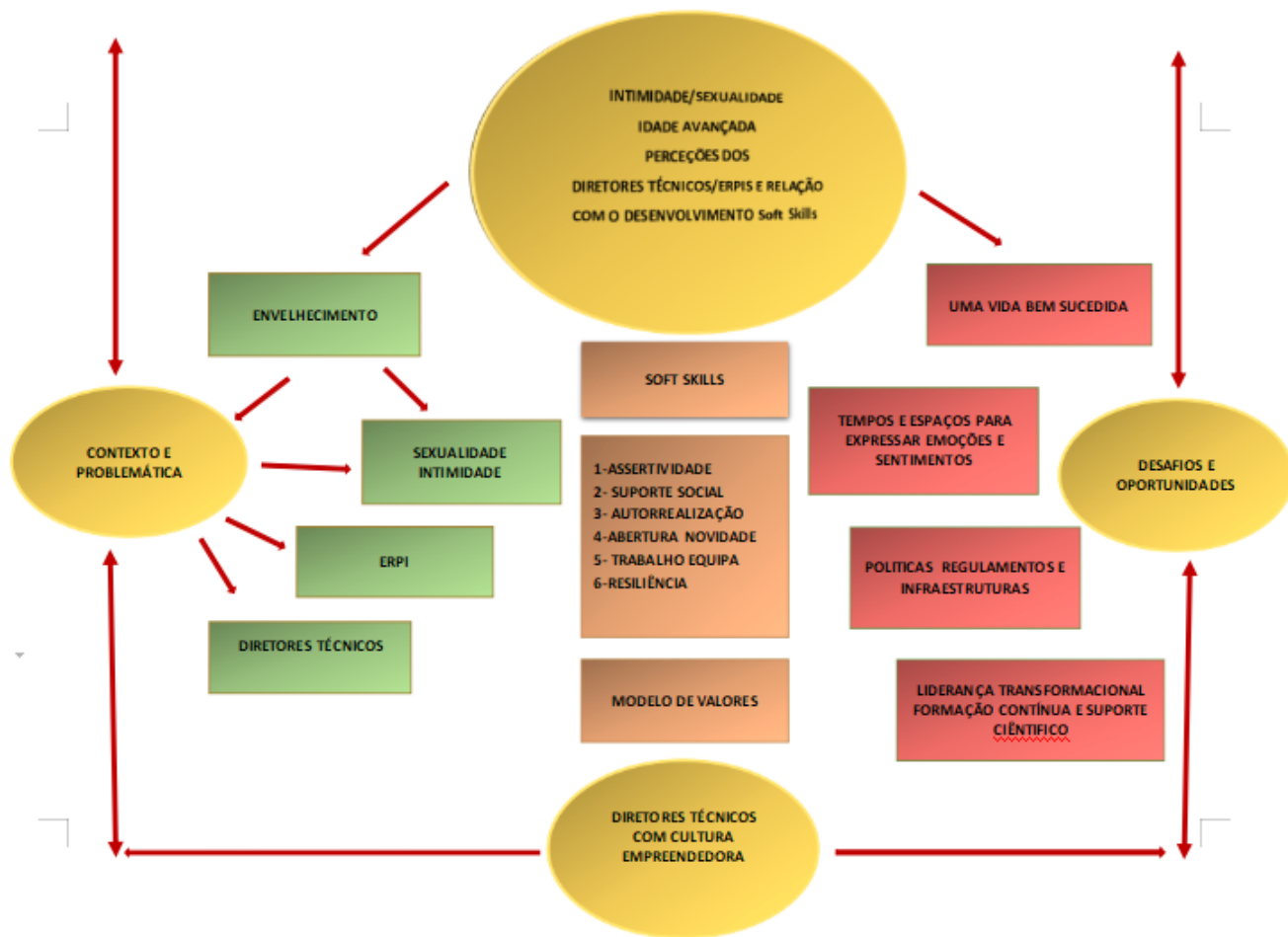
Na relação significativa positiva quanto ao grau de desenvolvimento da assertividade na expressão da intimidade e sexualidade, McCartan e Hargie (2004) anuem quanto ao facto de a assertividade ser uma competência que pode ser aprendida e não um traço de personalidade.

Vários fatores que contribuem para o défice da assertividade, nomeadamente a punição, o reforço, a modelagem, a falta de oportunidade, os padrões culturais e as crenças pessoais, assim como a incerteza quanto aos direitos do próprio (Galassi & Galassi, 1977).

Existe uma relação significativa positiva entre o grau de desenvolvimento do trabalho em equipa e a perceção da intimidade e sexualidade, dados que coincidem com os achados de Chiavenato (2010), que aborda a importância de um constante incentivo à busca pelo conhecimento, pelo desenvolvimento pessoal e profissional, o que é essencialmente conduzido pelo líder, nomeadamente numa liderança democrática, que se reflete numa liderança mais participativa e descentralizada.

Envolver os colaboradores é, com efeito, uma necessidade fundamental nas organizações, que resulta em processos de empowerment individual e coletivo, o que, por sua vez, vai despoletar uma maior satisfação dos membros, que estabelecerão um maior compromisso e a acrescentarão mais conhecimento à sua experiência (Meier, Amanda, & Forchuk, 2014).

Existe uma relação significativa positiva entre o grau de desenvolvimento da abertura à novidade e a percepção da intimidade e sexualidade, o que é corroborado por Oliveira e colaboradores (2009), quando apontam sobre a abertura ou não abertura nas relações, e em novas relações de intimidade do idoso na expressão da sua sexualidade, que a sua forma de expressão pode variar desde práticas corporais a valores pessoais e sociais, pensamentos, fantasias, desejos ou crenças, pelo que reflete o contexto sociocultural no qual o sujeito está inserido e se desenvolve, envolvendo, assim, a história, os costumes e a cultura dos indivíduos.



**Figura 1-** Fluxograma com a síntese do projeto de investigação e implicações para a investigação e intervenção (Adaptado de Jardim *et al.*, 2021).

Em suma, tendo como ponto de partida o Fluxograma, após apresentação dos conceitos em que esta investigação incide, defendemos que, para uma vida bem-sucedida, os Diretores Técnicos devem criar condições de tempo e de espaço, para que os idosos possam expressar as suas emoções e sentimentos. Estas são, efetivamente, algumas das lacunas apontadas pela literatura – estereótipos sobre o envelhecimento, desconhecimento das questões relativas à intimidade e sexualidade, infraestruturas inadequadas para acolhimento individualizado, necessidade de formação especializada sobre o envelhecimento e a sexualidade. Neste contexto, preconiza-se o desenvolvimento de intervenções de acordo com o modelo de *soft skills* proposto e tendo em consideração o quadro de valores descrito. Tudo isto aponta para as transformações necessárias para uma maior qualidade e humanização destes serviços, bem como uma investigação científica focada na investigação científica com docente à transferência para as ERPI dos resultados conseguidos. Assim, serão superadas as carências de políticas regulamentares e

infraestruturas adequadas ao processo do envelhecimento, lideradas de uma perspectiva transformacional, que apele à formação contínua e ao suporte científico, também eles em falta nos nossos profissionais.

## Conclusão integrativa geral

Este estudo debruçou-se sobre as competências do Diretor Técnico, a sua percepção e a relação das suas competências para com a intimidade e sexualidade dos idosos. O tema tornou-se uma fonte de vários conhecimentos que valorizamos ao longo do percurso, e que nos leva agora a retirar algumas conclusões.

Tendo em consideração que durante as últimas décadas na sociedade a percepção da importância das *soft skills* aumentou significativamente, é de grande relevância que todos adquiram competências adequadas para além do conhecimento académico ou técnico.

Os Diretores Técnicos têm uma responsabilidade peculiar em relação às *soft skills*, pois detêm um grande impacto no desenvolvimento das suas competências, mas também nos colaboradores que da instituição fazem parte, e mais determinante, na preservação dos direitos dos seus residentes, nomeadamente na vivência da sua sexualidade e intimidade.

No que toca à percepção sobre a sexualidade, conclui-se haver ainda um estigma, mesmo por parte dos Diretores Técnicos, quanto à expressão da sexualidade dos idosos, sendo a institucionalização, a par da religião e do estado de saúde, um dos fatores mais apontados como preponderantes pelos DT.

Por outro lado, relativamente à percepção da intimidade, parece haver, no geral, concordância com a expressão dos idosos em contexto institucional, no entanto, aquilo que depreendemos na nossa análise é que os representantes inquiridos podem não ter expressado a sua opinião sincera, uma vez que essa não é a realidade vivida nas instituições, onde a expressão da intimidade e da sexualidade dos idosos se encontra, ainda e infelizmente, sob um estigma social.

Assim, esta investigação, que confirmou todas as hipóteses inicialmente levantadas, visou aumentar a consciencialização sobre a importância das competências sociais e incentivar os Diretores Técnicos a melhorar ativamente e a praticar as suas *soft skills* com os seus colaboradores, a(s) sua(s) equipa(s). Uma forma muito eficaz e eficiente de o fazer é incluir o conhecimento sobre as competências nas organizações sociais, nomeadamente nas mais árduas. Como efeito paralelo e positivo, os indivíduos sentir-se-

ão mais motivados e satisfeitos, o que, por sua vez, aumentará a qualidade na prestação dos serviços aos clientes das ERPI, bem como a realização pessoal e profissional dos colaboradores.

As competências pessoais e sociais desempenham um papel importante na formação do carácter de um indivíduo, complementando as suas habilidades físicas. No entanto, superestimar a tal ponto não deve tingir a importância das competências, de habilidades difíceis, ou seja, o conhecimento especializado em determinadas áreas deixa-as desacreditadas para uma importância suplementar.

Esta investigação leva a que se possa refletir sobre os pressupostos subjacentes à regulamentação existente sobre a intimidade e sexualidade na idade avançada, bem como avaliar o que já foi realizado sobre esta matéria. Nesse sentido, este estudo impõe-se pela sua utilidade neste campo, apontando a urgência de se proceder à elaboração de uma estratégia global, assente em programas devidamente fundamentados, com garantia de impacto sociocultural neste domínio, os quais deverão ser implementados junto dos utentes das ERPI, começando pelas Direções Técnicas e auxiliares de ação direta.

De salientar que se os cuidadores, auxiliares de ação direta, têm falta de formação nos cuidados individualizados, nomeadamente nas questões de intimidade e sexualidade, será pertinente questionar se os DT não têm de se dotar de competências pessoais e sociais para fazer face a esta carência, dado que asseguram um papel de liderança, tendo a seu cargo equipas multidisciplinares responsáveis por gerir e assegurar o bem-estar e qualidade de vida dos idosos.

Assim como existem na área da saúde especificidades nas competências sobre como agir para com estas questões de intimidade e sexualidade nos mais velhos, parece-nos aqui pertinente propor um modelo que dote de competências os Diretores Técnicos e que melhore as que já existem, para desta forma terem atitudes, fazer acontecer, pôr em prática os direitos dos idosos, sem descurar o desenvolvimento das suas competências sociais e pessoais, com vista na melhoria da qualidade de vida de todos, quer dos residentes, quer dos profissionais.

Assim, considerando Jardim (2013), da crise de valores que nós, sociedade em geral, e as instituições sociais em particular vivemos, depreende-se que urge moldar os nossos valores e assumir atitudes renovadoras, sobretudo no sentido de colmatar as

necessidades da população idosa que nos rodeia e que, como vimos, está em crescimento. Faz falta ser criativo, autêntico, original e verdadeiro. Exige-se, por isso, dos profissionais que cuidam diária ou esporadicamente de idosos, um conjunto de comportamentos pautados por valores que permitam ao idoso trazer à superfície o que tem de melhor, e experienciar, assim, uma velhice agradável e, acima de tudo, com qualidade de vida. Quando expressos em conjunto, em sociedade, esses valores originarão uma cultura distinta, que permite a todos expressar e partilhar as suas maiores riquezas, os seus talentos e capacidades, porque os valores enformam uma cultura (Jardim, 2013).

Tendo em conta que os idosos se encontram numa fase da vida em que precisam de reencontrar um sentido para a sua existência e de reinventar-se (Barros, 2005), uma cultura empreendedora e capaz de renovar e revitalizar os idosos é aquilo de que se necessita (Pérez, 2008).

Por conseguinte, Jardim (2012) sugere um modelo tripartido de valores: valores fundamentais, que compreendem a vida, a família e as relações; valores da sociedade do conhecimento, que dizem respeito à aprendizagem, à inteligência e ao trabalho; e valores da qualidade de vida, relacionados com a saúde, o descanso e a excelência.

De forma sucinta, quanto aos valores fundamentais, é inegável que a vida é o valor primordial e essencial da existência humana. Refere-se ao fato de um ser estar, efetivamente, vivo, pelo que, na intervenção e nos cuidados a pessoas com idade avançada, este valor tem, ainda mais, que ser promovido, com vista num envelhecimento ativo que permita ao idoso experienciar momentos de felicidade e atribuir um sentido à sua própria existência. Por outro lado, a família também é parte incontornável da história da humanidade, constituindo um dos valores fundamentais para o desenvolvimento integral e saudável da maioria das pessoas. É, para os seres humanos, fonte de afeto, carinho e intimidade, pelo que as experiências vividas no seu seio marcarão, com certeza, indelevelmente, a personalidade de cada um, bem como o seu modo de pensar, de sentir e de agir. Como tal, levar o idoso a revitalizar os laços com os seus familiares deixá-los-á completos. Para completar os valores fundamentais, as relações interpessoais são, também, indispensáveis. São elas que definem o ser pessoa e que sustentam o desenvolvimento de todas as sociedades humanas e das suas organizações. Uma desvalorização dos relacionamentos humanos poderá levar a um enclausuramento das riquezas pessoais e a

um empobrecimento das sociedades, pelo que, no contacto com os idosos, é fundamental trabalhar os laços já existentes e potenciar o surgimento de outros novos (Jardim, 2012).

Quanto aos valores da sociedade do conhecimento, a aprendizagem é entendida como uma construção pessoal, que resulta de um processo e que se perfaz, também, crucial para a evolução positiva e construtiva de uma sociedade. Com os idosos, a valorização da aprendizagem deixa-os atualizados sobre o que se passa na atualidade, estimulando neles o senso de membros integrantes na sociedade. Relacionada com a aprendizagem está a inteligência, que interessa promover numa cultura empreendedora, na medida em que cada um pode, de algum modo, contribuir para a sociedade através dos seus talentos e da sua inteligência específica, o que implica a atenção, a perceção, a representação cognitiva, a memorização, a expressão, a criatividade e a tomada de decisão (Sterneberg, 2005). Neste caso, expandir as faculdades mentais dos idosos é fundamental para aliada à parte física, se trabalhe o lema “mente sã em corpo sã”, basilar na procura de um envelhecimento ativo. A estes valores junta-se o trabalho, que constitui uma mais-valia não só para a pessoa que o executa, como também para o seu beneficiário. Na intervenção junto dos idosos, este valor é promovido na realização de tarefas adequadas à idade dos indivíduos, podendo, por exemplo, num contexto de institucionalização, ser exercitado com uma simples colaboração nas tarefas de limpeza, na confeção das refeições, na jardinagem, na horta e num leque infindável de atividades (Jardim, 2012).

Finalmente, abordando os valores da qualidade de vida, a saúde é talvez o valor considerado o bem mais precioso da existência humana, já que sem ela não há vida. Consequentemente, preservá-la é essencial, seja na perspectiva da ausência de doença, seja procurando o bem-estar físico, mental, social e o conforto. Assim, a saúde engloba um plano totalitário da pessoa e as suas múltiplas dimensões da existência (Jardim & Pereira, 2006). A ela alia-se o descanso, seja por meio das pausas no trabalho, seja fazendo um sono reparador, o descanso é essencial ao ser humano, sobretudo para se viver uma vida com motivação e boa disposição. Finalmente, o último valor a acrescentar é a excelência, que diz respeito à qualidade do que é perfeito, bem feito, que pode ser trabalhado na terceira idade com atividades que visem desenvolver o bom senso e a reflexão, a busca incessante de melhores resultados a cada dia e um sentido de aperfeiçoamento (Jardim, 2012).

Adotando este modelo de valores no exercício das suas funções enquanto DT, um indivíduo estará, com certeza, a lutar por uma sociedade empreendedora, mas também a satisfazer os seus utentes e a proporcionar-lhes qualidade de vida. É importante pensar dessa forma, até porque, se um DT não tiver esses valores, não poderá transmiti-los aos outros.

Em suma, os resultados obtidos com esta investigação traduzem a perceção da realidade da amostra estudada, o que nos permite admitir que atingimos os objetivos propostos, tendo em consideração as competências avaliadas dos DT. Deste modo, o estudo, que se torna pioneiro pela falta de estudos que desenvolvam esta temática, contribuiu para aumentar o nosso conhecimento e ajudar os colegas que necessitam de aprender e aumentar estas capacidades, sendo uma mais-valia, desta forma, para a importância do reconhecimento das competências destes profissionais nas ERPI.

## Referências bibliográficas

- Alencar, D. L., Marques, A. P. O., Leal, M. C. C., & Vieira, J. C. M. (2014). *Fatores que interferem na sexualidade de idosos: uma revisão integrativa*. Ciência Saúde Coletiva.
- Almeida, H. N. (2007). *Mediação e qualidade de vida: dois conceitos com interdependência esquecida*. Comunicação realizada no I Congresso Internacional, Envelhecimento e Qualidade de vida. Coimbra, Fundação Bissaya Barreto /Instituto Superior Bissaya Barreto.
- Almondes. (2006). *Tempo na psicologia: contribuição da visão crono- biológica à compreensão biopsicossocial da saúde*. 26(3), 352–359.
- APCER. (2010). *Guia Interpretativo OHSAS 18001:2007/NP 4397:2008*. APCER – Associação Portuguesa de Certificação
- Araújo, L. F., & Carvalho, V. A. M. L. (2005). Aspectos Sócio-Históricos e Psicológicos da Velhice. *Revista Humanidades*, 6(13), 228–236.
- Arora, R., & Rangnekar, S. R. (2015). *The joint effects of personality and supervisory career mentoring in predicting occupational commitment*. Indian Institute of Technology Roorkee.
- Bankole, A. R., & Daula, Y. (2009). Influence of interpersonal and assertiveness skills on conflict-handling styles of labour leaders in Lagos State, Nigeria. *Pakistan Journal of Social Sciences*, 6(6), pp. 366-371.
- Baptista, M. N., Baptista, A. S., & Torres, E. C. R. (2006). Associação entre Suporte Social, Depressão e Ansiedade em Gestantes. *PSIC. Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 7(1), 39-48.
- Barlach, L., Limongi-França, A. C., & Malvezzi, S. (2008). O Conceito de Resiliência Aplicado ao Trabalho nas Organizações. *Interamerican Journal of Psychology*, 42(1), 101–112.
- Barros, J. (2005). *Psicologia do envelhecimento e do idoso* (2a ed.). Porto: LivPsic.
- Barros, O. J. (2004). Desenvolvimento cognitivo e personológico do idoso. *Psicologia, Educação e Cultura*, 3, 2, 477-597.
- Barros, O. J. (2006). Espiritualidade, sabedoria e sentido da vida nos idosos. *Psychologica*. 42, 133–145.
- Bass, S. (2009) Toward and Integrative Theory of Social Gerontology. *Handbook of theories of aging* 2, pp.347-374.
- Berger, L. (1995). *Pessoas Idosas - Uma Abordagem Global*. Lisboa (Portugal): Lusodidacta.
- Bernardo, R., & Cortina, I. (2012). Sexualidade na Terceira Idade. *Rev Enferm Unisa*. 13(1), pp.74-8.
- Birren, J. E., & Schaie, K. W. (Ed.). (2001). *Handbook of Psychology of Aging*. 5<sup>th</sup> ed. San Diego: Academic Press.

- Birren, J., & Schroots, J., (1996). History, Concepts and Theory in the Psychology of Aging. In J.E. Birren e K.W. Schaie (Eds.), *Handbook of The Psychology of Aging* (pp. 3 - 23), 4a Edition. San Diego: Academic Press.
- Bouman, W. P., Arcelus, J. & Benbow, S. M. (2006). Nottingham study of sexuality & ageing (NoSSA I). Attitudes regarding Sexuality and Older People: a Review of the Literature. *Sexual and Relationship Therapy*, 21 (2), pp. 149-161.
- Boyce, G., Williams, S., Kelly, A., & Yee, H. (2001). Fostering deep and elaborative learning and generic (soft) skill development: The strategic use of case studies in accounting education. *Accounting Education*, 10, pp. 37-60.
- Brandão, H. P., & Guimarães, T. de A. (2001). Gestão de competências e gestão de desempenho: tecnologias distintas ou instrumentos de um mesmo constructo? *RAE - Revista de Administração de Empresas*, 41, 15.
- Brandão, J. M, Mahfoud, M., & Gianordoli-Nascimento, I. F. (2011). A construção do Conceito de Resiliência em Psicologia: Discutindo as Origens. *Paidéia*, v. 21, n. 49, p. 263-271.
- Bronckart, J. P., & Dolz, J. (2004). A noção de competência: qual é sua pertinência para o estudo da aprendizagem das ações de linguagem? In: Dolz, J.; Ollagnier, D. e cols. Trad. Cláudia Schilling. O enigma da competência em educação. Porto Alegre: Artmed, p. 29-46.
- Butler, Y. (2000). Knowledge management: if only you knew what you knew. *Australian Library Journal*. 49, pp. 31-42.
- Butler, R.N., & Lewis, M. I. (1985). *Sexo e amor na terceira idade*. 2. ed. São Paulo: Summus.
- Cafasso, R. (1996). Selling your soft side (people skills win you the job). *Computer- world*, 30, 97.
- Campos. (2008). *Sexualidade Humana – Aspectos Psicológicos*. 3(1).
- Carreira, C. J. L. (2011). *Sexualidade na Terceira Idade. Um Estudo Comparativo*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.
- Castanyer, O. (2004). *A Assertividade, Expressão de uma Autoestima Saudável*. (3a ed.). Coimbra: Edições Tenacitas.
- Castleden, M., Mckee, M., Murray, V., & Leonardi, G. (2011). Resilience *Thinking in Health Protection*. 33(3), 369–377.
- Chamorro-Premuzic, T., & Furnham, A. (2004-2005). Art judgement: A measure related to both personality and intelligence? *Imagination, Cognition and Personality*, 24(1), 3–24.
- Chiavenato, I. (2004). *Recursos Humanos: capital humano das organizações*, 8a Ed., São Paulo: Atlas.
- Chiavenato, I. (2005). *Comportamento Organizacional: A dinâmica do sucesso das organizações*, S.Paulo: Edições Manole, Ltda.
- Chiavenato, I. (2009). *Recursos humanos: o capital humano das organizações*.

Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda.

- Chiavenato, I. (2010). *Gestão de Pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações* – 3. ed. 6. reimpressão – Rio de Janeiro: Elsevier.
- Cimbalista, S. (2006). *Subjetividade e Resiliência: O Cotidiano Adverso do Trabalho Flexível*. 1-20.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), pp. 300- 314.
- Colson, M.-H. (2007). Sexualité Après 60 ans, déclin ou Novel Genre de Vie? *Sexologies*, 16(2), pp. 91–101.
- Costa, P. T., Jr., & Widiger, T. A. (1993). Introduction. In P. T. Costa & T. A. Widiger (Eds.), *Personality Disorders and the FiveFactor Model of Personality* (pp. 1-10). Whashington, DC: American Psychological Association.
- Cruz, R. M., Pereira, A. C., & Souza, J. (2004). Competências, perfis profissionais e mercado de trabalho em Psicologia. *Revista Psicologia Brasil*, São Paulo, 2(8), p. 24-27.
- Dabke, D. (2015). Soft skills as a predictor of perceived internship effectiveness and permanent placement opportunity. *IUP Journal of Soft Skills*, 9(4), pp. 26-42.
- Dantas, J. M. R., Silva, E. M., & Loures, M. C. (2002). Lazer e sexualidade no envelhecimento humano. *Estudos Goiânia*, 29(5), pp. 1395-1442.
- Davies, H. D., Newkirk, L. A., Pitts, C. B., Coughlin, C. A., Sridhar, S. B., Zeiss, L. M., & Zeiss, A. M. (2010). The impact of dementia and mild memory impairment (MMI) on intimacy and sexuality in spousal relationships. *International Psychogeriatrics*, 22 (4), p. 618.
- Debret, G., & Brigueiro, M. (2012). Fronteiras de Gênero e Sexualidade na Velhice. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 27(80), São Paulo.
- Decreto-Lei n.º 133-A/97 do Ministério da Solidariedade e Segurança Social*. Diário da República: I série, No 124 (1997)
- Deshaies, B. (1997). *Metodologia de Investigação em Ciências Humanas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- DeYoung, C. G. (2014). Openness/Intellect: A dimension of personality reflecting cognitive exploration. In M. L. Cooper and R. J. Larsen (Eds.), *APA handbook of personality and social psychology: Personality processes and individual differences* (Vol 4, pp. 369–399). Washington, DC: American Psychological Association.
- DeYoung, C. G., Peterson, J. B., & Higgins, D. M. (2002). Higher-order factors of the Big Five predict conformity: Are there neuroses of health? *Personality and Individual Differences*, 33, pp. 533–552.
- Dolz, J., & Ollagnier, D. (2004). *O enigma da competência em educação*. (artmed. Tradução cláudia schilling., ed.). Porto Alegre.
- Estanislau, C., Castro, D, Vieira, A., & Resch, S. (2012). O mundo do trabalho visto no cinema: busca por significados no documentário peões. *Revista*

*pensamento contemporâneo em administração*, 6(2), p. 33-49.

- Fernandes, A. (2001). Velhice, solidariedades Familiares e Política Social. *Sociologia: Problemas e Práticas*, (36), 39-50.
- Fernandes, A., & Morais, A. (2016). Os hospitais e a combinação público-privado no sistema de saúde português. *Acta Medica Portuguesa*, 29 (3), pp. 217-223.
- Fernandes, C. M., Siqueira, M. M. M., & Vieira, A. M. (2014). Impacto da Percepção de Suporte Organizacional sobre o Comprometimento Organizacional Afetivo: O Papel Moderador da Liderança. *Revista Pensamento Contemporâneo em Administração*, v. 8, n. 4, p. 140-162.
- Fernandes, P. (2002). *A Depressão no Idoso*. (2a ed.) Coimbra: Quarteto Editora.
- Fernández-Ballesteros, R. (2000). Gerontologia Social. Una Introducción. In R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Gerontologia Social* (32-54). Madrid: Pirámide.
- Filenga, D. & Vieira, A. M. (2012). Notas Sobre o Trabalho e Seu Contexto Social. *Revista Unia-Beu*, v. 5, p. 1-16.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados Familiares ao Idoso Dependente*. Lisboa: Climepsi.
- Fleury, M. T. L., & Fleury, A. (2001). Construindo o conceito de competência. *Revista de Administração Contemporânea, Edição Especial*, 183–196.
- Fonseca. (2012). Do trabalho à reforma: quando os dias parecem mais longos. *Sociologia: Revista Da Faculdade de Letras Da Universidade Do Porto*, (2), 75–95.
- Fonseca, A. M. (2004). *O Envelhecimento: Uma abordagem psicológica* (2ªEd.; Universidade Católica Editora, Ed.). Lisboa.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento* (Climepsi, Ed.).
- Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização*. Loures, Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Foucault, M. (1988). História da sexualidade I: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal.
- Freitas, D. (2015). *A velhice nos Lares na Perspetiva das Profissionais: Um Estudo Exploratório*. Dissertação para a obtenção do Grau de Mestre, Faculdade de Economia de Universidade de Coimbra.
- Furnham, A, Chamorro-Premuzic, T. & McDougall, F. (2003). Personality, cognitive Ability, and Beliefs about Intelligence as Predictors of Academic Performance. *Learning and Individual Differences*, 14(1), pp. 47-64.
- Galassi, M. D., & Galassi, John P. (1977). *Assert yourself: How to be own person*. New York: Human sciences Press.
- Garbin, C., Sumida, D., Moimaz, S., Prado, R. & Silva, M. (2010). O envelhecimento na perspectiva do cuidador de idosos. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5(6), pp. 2041-2048.

- Gavião, A. C. D. (2005). Aspectos psicológicos e o contexto domiciliar. In Y.A.O. Duarte, & Diogo (Eds.). *Atendimento Domiciliar: um enfoque gerontológico* (pp. 173-180). São Paulo: Atheneu.
- Ghiglione, R., & Matalon, B. (2001). *O inquérito: teoria e prática*. Celta Editora.
- Giddens, A. (1993). *Transformações da Intimidade: Sexualidade, Amor e Erotismo nas Sociedades Modernas*. São Paulo: UNESP.
- Gil, A. C. (1999). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. (5ª ed.) São Paulo: Atlas.
- Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa*. (4ª ed.) São Paulo: Atlas.
- Ginns, P., & Barrie, S. (2009). Developing and testing a student-focussed teaching evaluation survey for university instructors. *Psychological Reports*, 104(3), pp. 1019–1032.
- Goldstein, K. (1947). *The Organism: A Holistic Approach to Biology Derived from Pathological Data in Man*. New York: Zone Books.
- Hull, D. B., & Schoeder, H. E. (1979). Some Interpersonal Effects of Assertion, Nonassertion and Aggression. *Behavior Therapy*, 10, pp. 22-28.
- Hupcey, J. E. (1998). Clarifying the Social Support Theory. *Research Linkage. Journal of Advanced Nursing*, 27, pp. 1231-1241.
- Instituto de Segurança Social, IP. (2007). *Manual de processos chave – Estrutura Residencial para Idosos*.
- Instituto de Segurança Social, IP. (2017). *Guia Prático – Apoios Sociais – Pessoas idosas*.
- Jardim, J. (2007). *Programa de Desenvolvimento de Competências Pessoais e Sociais: Estudo para a Promoção do Sucesso Académico*. 596 p.
- Jardim, J. (2010). *Programa de Desenvolvimento de Competências Pessoais e Sociais: Estudo para a Promoção do Sucesso Académico*. Instituto Piaget, Lisboa, Portugal.
- Jardim, J. (2013) *Modelo de Valores para uma Cultura Empreendedora : Fundamentação e Estratégias de Intervenção na Idade Avançada*. Instituto Piaget, Lisboa, Portugal.
- Jardim, J. (2019), In J. Jardim & J. E. Franco (Eds.), *Empreendipédia - Dicionário de Educação para o Empreendedorismo* (p.65). Lisboa: Gradiva.
- Jardim, J., Pereira, A., Vagos, P., Direito, I., & Galinha, S. (2019). The soft skills of higher education students: An exploratory study with SSI-55. in GlobalSkills.pt [<https://globalskills.pt/wp-content/uploads/2021/03/The-soft-skills-of-higher-education-students-1.pdf>]
- Jardim, J., Pereira, A., Vagos, P., Direito, I., & Galinha, S. (2020). The Soft Skills Inventory: Developmental procedures and psychometric analysis. *Psychological Reports*, 0(0), 1–29.
- Jardim, J.; Bártolo, A. and Pinho, A. (2021). Towards a global entrepreneurial culture: a systematic review of the effectiveness of entrepreneurship education programs. *Sustainability* [accept].

- Jardim, J., & Pereira, A. (2006). *Competências pessoais e sociais: Guia prático para a mudança positiva* [Personal and social skills: Practical guide for positive change]: ASA.
- Junqueira, M. de F. P. da S., & Deslandes, S. F. (2003). Resiliência e Maus-Tratos à criança. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 19(1), p. 227-235, fev.
- Kaplan, L. (1996). Sexual and Institutional Issues When one Spouse Resides in the Community and the Other Lives in a Nursing Home. *Sexuality and Disability*, 14(4), pp. 281–293.
- Kelley, J. A., Kern, J. M., Kirkley, G. B., Patterson, J. N. & Keane, T. M. (1980). Reactions to assertive versus unassertive behavior: Differential effects for males and females and implications for assertive training. *Behavior Therapy*, 11, pp. 670-681.
- Klaus, P. (2007). *The hard truth about soft skills. Workplace lessons smart people wish they'd learned sooner*. New York: Klaus & Associates.
- Laureano, R. M.S. (2020). *Testes de Hipóteses e Regressão* (Edições Sílabo, Ed.). Lisboa.
- Le Breton, D. (2007). *A sociologia do Corpo*. 2. ed. Tradução de Sônia M. S. Fuhrmann. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Lessard-Hebert, M., Goyette, G., & Boutin, G. (1990). *Investigação qualitativa. Fundamentos e práticas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Libâneo, J. C. (2004). *Organização e Gestão da Escola: Teoria e Prática* (5ª Ed.) Edições Alternativa.
- Lima, P. M. R. de. (2008). *A arte de envelhecer: um estudo sobre história de vida e envelhecimento*. (Dissertação Pós-Graduação). Brasília-DF: UnB/Depto Psicologia Clínica.
- Litvoc J., & Brito. (2004). *Envelhecimento: Prevenção e Promoção da Saúde*. 22(9), 226 p.
- Lochlainn, M. N., & Kenny, R. A. (2013). Sexual activity and aging. *Journal of the American Medical Directors Association, Hagerstown*, 14(8), pp. 565-572.
- Lopes, M. S. (2008). *Animação sociocultural em Portugal*. 2ªEd. Amarante. Intervenção - Associação para a Promoção e Divulgação Cultural.
- Lopes, V. R., & Martins M.C. (2011). Validação Fatorial da Escala de Resiliência de Connor-Davidson (Cd-Risc-10) para Brasileiros. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 11, pp. 36–50.
- López, F. & Fuertes, A (1999). *Para Compreender a Sexualidade*. 1ªEd. Lisboa: APF (Associação para o Planeamento da Família).
- Luísa, C. (2017). *Teorias Leigas em Pessoas Idosas. Conhecer para Intervir. Guia para Educadores Sociais e Educadores*. Viseu: Psicosoma.
- Luthar, S. S.; Cicchetti, D.; Becker, B. (2000). The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child Development*, 71(3), pp. 543-562.

- Mahieu, L, Van Elssen, K, & Gastmans, C. (2011). Nurses' Perceptions of Sexuality in Institutionalized Elderly: A Literature Review. *International Journal of Nursing Studies*, 48(9), pp. 1140–1154.
- Malvezzi, S. (2000). A construção da Identidade Profissional no Modelo Emergente de Carreira. *Organizações & Sociedade*, 7(17), p. 137-143.
- Maroco, J. (2003). *Análise Estatística: Com a Utilização do SPSS*. Lisboa: Sílabo.
- Martins, M. C. F. Resiliência no Trabalho. In: Bendassoli, P. F.; Borges-Andrae, J. E. (2015). *Dicionário de Psicologia do Trabalho e das Organizações*. Nacional: Casa do Psicólogo, pp. 581-587.
- Martins, M, H. (2015). Envelhecimento e resiliência: perspectivas para a reabilitação do idoso. *Caderno do Grupo de Estudos Interdisciplinares*, 24.
- Maschio, M. B. M. [et al.] (2011). Sexualidade na terceira idade: medidas de prevenção para doenças sexualmente transmissíveis e a AIDS. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, 32(3), pp. 583-589, set.
- Maslow , A. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harpe and Row.
- Mattiasson, A. & Hemberg, M. (1998). Intimacy – Meeting Needs and Respecting Privacy in the Care of Elderly People: What is a Good Moral Attitude on the Part of the Nurse/ Carer? *Nursing Ethics*, 5, pp. 527-534.
- Mazza, M., & Lefèvre, F. (2004). A instituição asilar segundo o cuidador familiar do idoso. *Saúde e Sociedade* 13(3), pp. 68-77.
- McCartan, P., & Hargie, O. (2004). Assertiveness and caring: Are they compatible? *Journal of clinical nursing*. 13. pp. 707-13.
- Meier, A., & Forchuk, C. (2014). The Article Idea Chart. *International Journal of Community*, 7, pp. 157–163.
- Miguel, C. F., & Garbi, G. (2003). *Assertividade no trabalho: Descrevendo e Corrigindo o Desempenho dos Outros. Falo ou não falo? Expressando Sentimentos e Comunicando Ideias*. Londrina, Paraná: Mecenias.
- Mixão, M. L. & Borges, J. C. F. (2006). A sexualidade no idoso. *Revista Enfermagem*. 2a Série. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Moura, C. (2014). *Idadismo: Prioridade na Construção Social da Idade*. Euedito.
- Moragas, R. (1991). *Gerontologia social: Envejecimiento y Calidad de Vida*. Barcelona: Editorial Hender.
- Moscovici, S. (2003). *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Petrópolis, RJ: Vozes, 404 p.
- Mota, D. (2016). *Implementação do sistema de gestão da qualidade em lares residenciais para idosos – perspectiva do assistente social*. Universidade de Coimbra.
- Muchinsky, P. M. (2004). *Psicologia Organizacional*. São Paulo: Pioneira Thompson Learnig.

- Nagaratnam, N., & Gayagay, G. (2002). Hypersexuality in Nursing care Facilities -a Descriptive Study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 35(3), pp. 195-203.
- Neri, A. L. (1991). *Envelhecer num país de jovens: significados de velho e velhice segundo brasileiros não idosos*. Campinas, SP: Unicamp.
- Netto, P., & Ponte, J. R. da (2002). Envelhecimento: Desafio na Transição do Século. In Netto, Matheus Papaléo, *Gerontologia - A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada*, São Paulo, Atheneu, pp.3-12.
- Nicolosi, A., Buvat, J., Glasser, D. B., Hartmann, U., Laumann, E. O., & Gingell, C. (2006). Sexual Behaviour, Sexual Dysfunctions and Related help Seeking Patterns in Middle-Aged and Ederly Europeans: The global study of Sexual Attitudes and Behaviors. *World Journal of Urology*, 24(4), pp. 423-428.
- Novaes, M.R.V., & Derntl, A. M. (2002). *As imagens da velhice: Discurso do Sujeito Coletivo como método de investigação*. Mundo Saúde.
- Ockey, G. (2011). Self-consciousness and Assertiveness as Explanatory Variables of L2 Oral Ability: A Latent Variable Approach. *Language Learning* 61:3, Kanda University of International Studies- pp. 968–989.
- Oliveira, A., & Pereira, R. (2009). Amyotrophic lateral sclerosis (ALS): three letters that change the people's life For ever. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* 67 (3), pp. 750-782.
- Oliveira, L.; Pereira, A. & Santiago, R. (Orgs.) (2004). *Investigação em Educação: Abordagens Conceptuais e Práticas*. Porto: Porto Editora.
- Ones, D. S., & Viswesvaran, C. (1999). Relative importance of personality dimensions for expatriate selection: A policy capturing study. *Human Performance*, 12, pp. 275–294.
- Organização Mundial de Saúde. (1975). *Education and therapy in human sexuality: The training of health professionals* (Tech. Rep. Series No. 572).
- Organização Mundial de Saúde. (1980). *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*. Geneva: OMS.
- Organização Mundial de Saúde. (1986). *Relatório do Diretor-Geral sobre as atividades da OMS em 1986*.
- Organização Mundial de Saúde. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health - ICF*. Geneva: OMS.
- Osório, A. R. (2007). *As pessoas Idosas*. Lisboa: Intituto Piaget.
- Pais-Ribeiro, J., L. (1999). *Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Paschoal, S. M. P. Qualidade de Vida na Velhice. In: Freitas, Elizabeth Viana de. [Et al]. (2006). *Tratado de Geriatria e Gerontologia – 2. ed*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. . p. 147-153.
- Pasquali, L., & Gouveia, V. V. (2012). Escala de assertividade Rathus - Ras:: Adaptação brasileira. *Psicologia: Teoria E Pesquisa*, 6(3), pp. 233–249.

- Paúl, C. (2017). Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Revista da Faculdade de Letras: Sociologia*, 15 (2005), pp.275-287.
- Paulino, M. (1991). Respostas sociais no envelhecimento. *Geriatrics*, 4, 29-31.
- Pereira, S.A. S. (2016). *Qualidade de Vida em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas. O Estudo de Caso da Mansão de Santa Maria de Marvila*. Dissertação de Mestrado em Política Social, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Lisboa.
- Pérez, S. G. (2008). *Elaboração de Projectos Sociais: Casos Práticos*. Porto: Porto Editora.
- Perlmutter, D. (2006). A gerontologia como campo do conhecimento científico: conceito, interesses e projeto político. In *Ciência & Saúde Coletiva* (Vol. 11).
- Perrenoud, P. De uma metáfora a outra: transferir ou mobilizar conhecimentos? In: Dolz, J.; Ollagnier, D. [et al.] (2004). *O enigma da competência em educação*. Tradução Cláudia Schilling. Porto Alegre: Artmed, pp. 47-64.
- Pesce R. P., Assis S. G., Avanci J. Q., S. N. C., Malaquias J. V., Carvalhaes R. (2005). Adaptação Transcultural, con Abilidade e Validade da Escala de Resiliência. *Cad. Saúde Pública*, p. 436-448.
- Pestana, M.H. & Gageiro, J. N. (2003). *Análise de dados para Ciências Sociais: A complementariedade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Piancastelli, C. H., Faria, H. P., & Silveira, M. R. (2011). *O Trabalho em Equipe*. [Online].
- Pimentel, L. (2005). *O Lugar do Idoso na Família*. Coimbra, Quarteto, 213 p.
- Pires, C. L., Ribas, S., Terroso, P. & Ribeiro, O. (2009). Novas Relações de Intimidade entre Idosos em Instituições: Estudo Exploratório. *Psychologica*, 51, pp. 3-16.
- Portaria n.º 67/2012 do Ministério da Solidariedade e da Segurança Social*. Diário da República: I série, No 58 (2012).
- Quivy, R., Campenhoudt, L. V. (1995). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (2003). *Manual de investigação em ciências sociais* (3ª ed.). Lisboa: Gradiva.
- Ramalho, A., & Ramalho, J. (2014). A Relevância da Formação em Gerontologia Social na Implementação das Políticas Sociais em Portugal. In H. Luz, & I. Miguel (Coord.), *Gerontologia social: Perspetivas de Análise e Intervenção* (pp- 39-50). Coimbra: Centro de Investigação em Inovação Social e Organizacional.
- Ramos, E. & Bento, S. (2016). *As competências: quando e como surgiram*, In *M. Ceitil, Gestão e desenvolvimento de competências* (pp. 87-118). Lisboa, Portugal: Edições Sílabo.
- Reingold, D., & Burros, N. (2004). Sexuality in the nursing home. *Journal of Gerontological Social Work*, 43(2-3), pp. 175–186.

- Rheume C., & Mitty E. (2008). Sexuality and Intimacy in Older Adults. *Geriatric Nursing*, 29, pp. 342-349.
- Ribeirinho, C. (2016). Gestão das Emoções e Afetos no Cuidar: A Supervisão Emocional das Equipas de Cuidados. In C. Moura, *Novas Competências para Novas Exigências no Cuidar* (pp. 219-243). Porto: Euedito.
- Ribeiro, A. (2007). *Sexualidade na Terceira Idade*. In: *Papaléo Netto, Matheus. Tratado de Gerontologia*. 2a ed. São Paulo, Rio de Janeiro, Ribeirão Preto e Belo Horizonte: Atheneu.
- Ribeiro, O. (2008). *O Idoso Prestador Informal de Cuidados: Estudo Sobre a Experiência Masculina do Cuidar*. Tese de Doutoramento em Ciências Biomédicas. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Rich, A. R., & Schroeder, H. E. (1976). Research Issues in Assertiveness Training. *Psychological Bulletin*, 83(6), pp.1081-1096.
- Riley, J. B. (2004). *Comunicação em Enfermagem*. (4a ed.). Loures: Lusociência.
- Robles, M. M. (2012). *Executive Perceptions of the Top 10 Soft Skills Needed in Today's*, pp.453-465 *Journal: Business Communication Quarterly*.
- Rogers, C. R. (1954). *Psycho-therapy and Personality Change*. Chicago: University of Chicago Press.
- Rogers, C. R. (1959). *A theory of Therapy, Personality, and Interpersonal Relationships, as Developed in the Client-Centered Framework*. NY: McGraw-Hill.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered Therapy: Its Current Practice, Implications and Theory*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rosa, M. J. V. (2012). O desafio social do envelhecimento demográfico. *Análise Social*.
- Rosa, T., Benício, M., Alves, & Lebrão, M. (2007). Aspectos estruturais e funcionais do apoio social de idosos do Município de S. Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(12), pp. 2982-2992.
- Rosental, C. & Frémontier-Murphy, C. (2002). *Introdução aos Métodos Quantitativos em Ciências Humanas e Sociais*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Rozendo, S., & Alves, J. M. (2015). Sexualidade na terceira idade: tabus e realidade. *Revista Kairós : Gerontologia*, 18(3), 95–107.
- Rugiski M. (2007). *Qualidade de vida: inter-relações do tempo livre para os colaboradores de uma multinacional do ramo de alimentos*. Ponta Grossa: Universidade Tecnológica Federal do Paraná.
- Sáiz Ruiz, J. (2001). *Manual de Psicogeratria clínica*. Barcelona: Masson.
- Sánchez, F. L. & Ulacia, J. C. (1998). *Sexualidad en la Vejez*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Santos, M. M. O., Quel, L. F., Vieira, A. M., & Rosini, A. M. (2019). Indicadores de Desempenho e Engajamento Profissional em Organizações Inovadoras. *Revista de Gestão e Secretariado*, v. 10, n. 1, pp. 192-212.

- Scager, K., Akkerman, S. F., Keesen, F., Mainhard, M. T., Pilot, A., & Wubbels, T. (2012). Do Honors Students Have More Potential for Excellence in Their Professional Lives? *High Educ*, 64, 19–39.
- Schroots, J. J., & Birren, J. E. (1990). Concepts of Time and Aging in Science. In I. Birren, J. E. II. Schaie & K. Warner (Orgs.), *Handbook of the Psychology of Aging* (pp.45-64). London: Academic Press.
- Schulz, B. (2008). The Importance of *Soft skills*: Education beyond academic knowledge. *Nawa Journal of Language and Communication*, 2(June), pp. 146–155.
- Scottini, A. (1998). *Minidicionário escolar de língua portuguesa*. Blumenau: Edições TodoLivro, 1998.
- Shilder, P. (1980). *A imagem do corpo*. Tradução de Rosanne Wetman. São Paulo: Martins Fontes.
- Silva, A. A. da. (2013). A Rede Social e os Tipos de Apoio Recebidos por Idosos. Institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16, pp. 159–170.
- Silva, C. A. (2004). *Habilidades sociais em fusão de organizações: uma estratégia preventiva do estresse*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-graduação em Psicologia da Saúde, Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo dos Campos.
- Silva, P. S. C. (2006). *Gestão Humanizada no Setor Público: Um Estudo de Caso no Instituto Anísio Teixeira (IAT)*. Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana.
- Siqueira, M. M. M., & Padovam, V. A. R. (2008). Bases teóricas de bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(2), pp. 201-209.
- Soares, A. M. [et al.] AIDS no idoso. In: FREITAS, E. V. [et al.] (2011). *Tratado de geriatria e gerontologia*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 918-929.
- Sousa, J. L. (2008). Sexualidade na Terceira Idade: Uma discussão da aids, envelhecimento e medicamentos para disfunção erétil. *DST – J bras Doenças Sex Transm*, 20(1), pp. 59-64.
- Sousa, M. (2011). *Formação Para a Prestação de Cuidados a Pessoas Idosas*. Cascais: Principia.
- Sousa, M. Q. L. de, Campos, A. C., & Ramos, E. B. (2001). *Trabalho em Equipe: A Base da Qualidade nas Organizações*. Cobenge, Natal.
- Sousa, S. (2018). Active Aging: Prevalence and Gender and Age Differences in a Population-Based Study. *Cadernos de Saude Publica*, 34(11), pp. 1–15.
- Souza, M. G. S. de, & Puente-Palacios, K. E. (2009). *Satisfação com o Trabalho em Equipe: Qual o Papel do Autoconceito Profissional?* XXXIII Encontro da ANPAD, São Paulo.
- Souza, M., Marcon, S.S., Bueno, S.M.V., Carrera, L., & Baldissera, V.D.A. (2015). A vivência da sexualidade por idosas viúvas e suas percepções quanto à opinião dos familiares a respeito. *Saúde Soc*.

- Srivastava, S., John, O., Gosling, S., & Potter, J. (2003). Development of Personality in Early and Middle Adulthood: Set Like Plaster or Persistent Change? *Journal of personality and social psychology*, 84, pp.1041-53.
- Sternberg, R. (2005). *Inteligência de Sucesso: Como a inteligencia do sucesso e a criativa são determinantes para uma vida de sucesso*. Lisboa edições e multimédia, Lda.
- Stone, R. (2004). Direct Care Worker: The Third Rail of Home Care Policy. *Annual Review of Public Health*, 25, pp. 521-537.
- Tanure, B., Evans, P., & Pucik, V. (2007). *A Gestão de Pessoas no Brasil. Virtudes e Pecados Capitais*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Tavares, M. C. G. C. F. (2003). *Imagem corporal: Conceito e desenvolvimento*. Barueri: Manole.
- Taylor, A., & Gosney, M. A. (2011). Sexuality in older age: Essential considerations for healthcare professionals. *Age and Ageing*, 40(5), pp. 538–543.
- Taylor, S.J. & Bogdan, R.C. (1984). *Introduction to Qualitative Research and Methods: The Search for Meaning*. New York: Wiley.
- Teixeira, M. (2017). *Olhares que Falam*, pp.1-110, Porto: Euedito.
- Teixeira, M. (2019). Cuidados individualizados. In J. Jardim & J. E. Franco (Eds.), *Empreendipédia - Dicionário de Educação para o Empreendedorismo* (p. 179). Lisboa: Gradiva.
- Terroni, N. N. (2009). Comunicação e assertividade no discurso face-a-face e interações grupais mediadas por computador. *PsicoUSF*, 14(1), pp. 35-46.
- Tuckman, B. (2000). *Manual de Investigação em Educação*. 2a Edição. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Vaz, C. M. A. (2012). *Aspectos da Vida Sexual na Terceira idade – uma abordagem qualitativa e exploratória da percepção do cuidador formal sobre a sexualidade do idoso*. (Dissertação Mestrado). Bragança: Instituto Politécnico de Bragança/Escola Superior de Educação.
- Vaz Serra, A. (2007). *O Stresse na Vida de todos os Dias*. Coimbra: Adriano Vaz Serra, 3a Edição.
- Vecchia, R. D. [et al.] (2005). Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, 8(3), p. 246-252.
- Vergara, A. C. (2009). *Gestão de pessoas*. 8.ed. São Paulo: Atlas.
- Vieira, K. F. L. (2012). *Sexualidade e qualidade de vida do idoso: desafios contemporâneos e repercussões psicossociais*. Tese de Doutorado em Psicologia Social.
- Walker, B. L., & Ephross, P. H. (1999). Knowledge and attitudes toward sexuality of a group of elderly. *Journal of Gerontological Social Work*, 31(1-2), 85–107.
- Walker, B. L., Osgood, N. J., Richardson, J. P., & Ephross, P. H. (1998). Staff And Elderly Knowledge And Attitudes Toward Elderly Sexuality. *Educational Gerontology*, 24(5), pp. 471-489.

- Wallace, M., & Safer, M. (2009). Hypersexuality Among Cognitively Impaired Older Adults. *Geriatric Nursing*, 30(4), pp. 230-7.
- Washer, P. (2007) Revisiting key skills: A practical framework for higher education. *Quality in Higher Education*, 13(1), pp. 57–67.
- Williams, A. D., Blackwell, S. E., Mackenzie, A., Holmes, E. A., & Andrews, G. (2013). Combining imagination and reason in the treatment of depression: A randomized controlled trial of internet-based cognitive-bias modification and internet-CBT for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(5), PP. 793-799.
- Wilson, V., Lefevre, C. E., Morton, F. B., Brosnan, S. F., Paukner, A. & Bates, T. C. (2014). Personality and Facial Morphology: Links to Assertiveness and Neuroticism Incapuchins. *Personality and Individual Differences*, 58, pp. 89–94.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Palo Alto, California: Stanford University.
- Xavier, F. M. [et al.] (2003). Elderly people's definition of quality of life. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, 25(1), pp. 31-39.
- Yunes, M. A. M. (2003). Psicologia Positiva e Resiliência: O Foco no Indivíduo e na Família. *Psicologia em Estudo*, v. 8, n. 1, p. 80-95.
- Zink, L. (2008). *Sexualidade – De Reich ao Contemporâneo*. In: Volpi, J. H.; Volpi, S. M. (Org.). Anais. 1.<sup>a</sup> Convenção Brasil Latino América e 9.<sup>o</sup> Congresso Brasileiro de Psicoterapias Corporais. Foz do Iguaçu/PR. Centro Reichiano, 2004. CD-ROM. [ISBN - 85- 87691-12-0].
-

## **ANEXOS**

## **Anexo I - Pedido de autorização para utilização de inquérito.**

Excelentíssimo Professor Doutor Jacinto Jardim,

O meu nome é Manuela Teixeira encontro-me a frequentar o segundo ano do Mestrado em Gerontologia social no Instituto Superior de Serviço Social do Porto, Senhora da Hora, Porto.

Neste momento, estou a desenvolver a minha dissertação destinada aos Diretores Técnicos das ERPI que pretende analisar as perceções sobre a intimidade/sexualidade com relação às *soft skills*.

Neste sentido, e tendo conhecimento da sua tese de doutoramento no qual adotou e validou o inquérito por questionário, solicito a vossa excelência a autorização para o utilizar no meu trabalho.

Sem outro assunto, despeço-me com os melhores cumprimentos,

Manuela Teixeira

## Anexo II - Questionário



**Caro(a) Diretor(a) Técnico(a). Convidamo-lo(a) a participar neste estudo, sendo o seu contributo muito importante.**

### Secção A: Consentimento Informado

O presente Consentimento Informado Livre e Esclarecido permite informar todos os participantes da investigação de forma clara e inequívoca. Este inquérito por questionário destina-se aos diretores técnicos das ERPI e tem por objetivo analisar as perceções sobre a intimidade e sexualidade face às competências *soft skills*. Deste modo, não existem respostas certas ou erradas. Todas as respostas serão anónimas e confidenciais e destinam-se a fins académicos. A participação é totalmente voluntária e assenta no preenchimento do questionário que não lhe tomará mais de 6 minutos. Agradecemos desde já, a sua atenção e participação. Se tiver qualquer dúvida ou questão em relação ao estudo, por favor contacte: mmanuela.costateixeira@gmail.com.

**A1. Declaro que LI e ACEITO participar voluntariamente na investigação.**

Sim

Não

### Secção B: Caracterização sociodemográfica

**B1. Idade**

**B2. Sexo**

Feminino

Masculino

**B3. Estado Civil**

Solteiro(a)

Casado(a)

União de facto

Divorciado(a)

Separado(a)

Viúvo(a)

**B4. Nacionalidade**

**B5. Código Postal da sua residência (\_\_\_ - \_\_)**



**B6. Habilitações Académicas**

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

**B7. Município da Instituição**

**B8. Área de Curso**

Ciências Sociais

Serviço Social

Psicologia

Educação Social

Outra

**Secção C: Questionário 1**

**C1. Relativamente às pessoas com idade avançada, assinale a sua percepção sobre os seguintes comportamentos, tendo em consideração a seguinte escala: 1 = Nunca, 2 = Raramente, 3 = Às vezes, 4 = Quase sempre, 5 = Sempre.**

	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
Assinale o grau de influência da idade do idoso na expressão da sexualidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assinale o grau de influência do estado de saúde do idoso na expressão da sua sexualidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assinale o grau de influência da formação escolar do idoso na vivência da sua sexualidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assinale o grau de influência da religião do idoso na expressão da sua sexualidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assinale o grau de influência da família do idoso na expressão da sua sexualidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assinale o grau de influência das novas relações de intimidade do idoso na expressão da sua sexualidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assinale o grau de influência que a institucionalização do idoso numa ERPI tem na expressão da sua sexualidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assinale o grau de influência da expressão da sexualidade na qualidade de vida do idoso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## Secção D: Questionário 2

**D1. Assinale a sua percepção sobre a abertura às seguintes condições e comportamentos, tendo em consideração a escala: 1=Nunca acontece, 2= Raramente, 3= Às vezes, 4= Quase sempre, 5= Acontece sempre**

	Nunca acontece	Raramente acontece	Às vezes acontece	Acontece quase sempre	Acontece sempre
Concordância das famílias dos idosos com o estabelecimento de novos relacionamentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Concordância das direções técnicas com a expressão da intimidade na idade avançada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Concordância dos auxiliares de ação direta com a expressão da intimidade na idade avançada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Concordância com a disponibilização de quartos que permitam a vivência da intimidade em novas relações.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Concordância com a realização de atividades para cuidar a imagem corporal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Concordância com a implementação de atividades formativas sobre a intimidade na idade avançada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Concordância com a promoção de condições favoráveis à vivência da intimidade no exterior da instituição.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Concordância com a divulgação de informação sobre a sexualidade segura.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Secção E: SSI - Soft Skills Inventory 1/2

**E1. As seguintes afirmações referem-se a um conjunto de habilidades que possuímos em uma maior ou menor grau.**

**Avalie cada frase considerando a frequência com que ela o(a) descreve.**

	Nunca	Raramente	Às vezes	A maior parte das vezes	Sempre
Tenho força de vontade suficiente para realizar aquilo a que me proponho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exerço a profissão que gostaria de continuar a exercer ao longo dos próximos 10 anos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Julgo ter capacidades para ser bem sucedido/a na vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O desempenho profissional influencia positivamente a minha autoestima.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinto-me realizado/a como pessoa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinto que os meus colegas estão a contribuir para o desenvolvimento das minhas potencialidades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





	Nunca	Raramente	Às vezes	A maior parte das vezes	Sempre
As minhas necessidades fundamentais estão satisfeitas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinto-me suficientemente motivado/a para realizar aquilo que quero na vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinto que, em cada ano que passa, desenvolvo sempre mais as minhas capacidades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Até este momento, tenho concretizado os meus objetivos pessoais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinto-me realizado/a profissionalmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Envolvo todas as minhas capacidades naquilo que faço.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho objetivos claros sobre o que quero atingir na minha vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Expresso habitualmente as minhas ideias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Numa situação de conflito, costumo saber quando devo ser firme e não devo ceder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habitualmente, defendo os meus direitos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quando me pedem alguma coisa que não me convém, sei recusar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quando estou em desacordo com alguém, exprimo-o de modo convincente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Normalmente, falo o tempo necessário para expor as minhas opiniões.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Costumo falar num tom de voz claro e audível.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quando converso, olho o meu interlocutor, sem desviar muito o meu olhar do dele.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quando me sinto ofendido/a, manifesto-o diretamente à pessoa que me ofendeu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neste momento, sinto-me apoiado/a por quem me está mais próximo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quando manifesto que estou em stress, sou apoiado/a pelos meus colegas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quando estou inseguro/a, sei que os meus colegas me vão transmitir segurança.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quando estou triste ou desmotivado/a, sei que tenho colegas que me ajudarão.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinto-me estimado/a e aceite pelos outros, apesar dos meus defeitos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quando necessito, sei que a minha família me apoia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quando preciso, sei a quem recorrer para resolver os meus problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A minha rede de contactos sociais é suficientemente grande para me sentir sempre apoiado/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## Secção F: SSI - Soft Skills Inventory 2/2

**F1. As seguintes afirmações referem-se a um conjunto de habilidades que possuímos em uma maior ou menor grau.**

**Avalie cada frase considerando a frequência com que ela o(a) descreve.**

	Nunca	Raramente	Às vezes	A maior parte das vezes	Sempre
Costumo escutar com atenção quem fala comigo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quando me apresentam alguém, procuro acolhê-lo/a de uma forma simpática.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quando trabalho em equipa, gosto de colaborar com os meus colegas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acho que a cooperação ajuda a desenvolver novas ideias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quando trabalho em equipa, sinto que o contributo de cada um é importante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aprecio o trabalho em equipa, sobretudo pelos momentos de diversão que proporciona.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quanto mais trabalho em conjunto com os meus colegas, mais os estimo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O estudo em equipa faz com que eu goste de trabalhar no meu local de trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Costumo reconhecer as competências dos meus colegas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Numa equipa, quando tenho de resolver um problema, gosto que todos colaborem na procura de soluções.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aprecio a união que se cria entre as pessoas quando trabalho em grupo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para atingir determinado objectivo, procuro ter uma visão do conjunto das actividades a realizar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quando lidero uma equipa, promovo a comunicação e o entendimento entre todos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quando lidero uma equipa, elogio-os publicamente pelo seu esforço conjunto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Considero-me uma pessoa criativa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quando tento resolver um problema, costumo ter ideias originais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinto que os meus colegas valorizam os meus trabalhos criativos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinto-me bem quando tenho de enfrentar situações não previstas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinto que tenho uma boa autoestima.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mesmo em situações stressantes, mantenho a tranquilidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	Nunca	Raramente	Às vezes	A maior parte das vezes	Sempre
Tenho total confiança nas minhas capacidades para resolver os meus problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho conseguido superar as adversidades que a vida me tem colocado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consigo minimizar os efeitos negativos das adversidades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assumo os meus problemas, dando-lhes a importância que têm, sem os subvalorizar ou sobrevalorizar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quando uma situação não é passível de ser mudada, aceito esse facto com serenidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**A equipa desta investigação agradece muito o seu contributo.**

**Obrigado por ter concluído este inquérito.**

## Anexo III - The Soft skills Inventory-55 (SSI-55)

### The Soft Skills Inventory-55 (SSI-55)

Jacinto Jardim<sup>1</sup> e Anabela Pereira<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidade Aberta; <sup>2</sup>Universidade de Aveiro

- VERSÃO PORTUGUESA -

Este inventário é composto por frases que se referem a uma variedade de competências pessoais e sociais. Classifique cada frase considerando a frequência com que melhor o(a) descreve. Para isso, utilize a seguinte escala de avaliação:

1 = nunca; 2 = raramente; 3 = às vezes; 4 = quase sempre; 5 = sempre.

1	Tenho força de vontade suficiente para realizar aquilo a que me proponho.	1	2	3	4	5
2	Sei que profissão gostaria de exercer no futuro.	1	2	3	4	5
3	Julgo ter capacidades para ser bem sucedido na vida.	1	2	3	4	5
4	O rendimento escolar influencia positivamente a minha autoestima.	1	2	3	4	5
5	Sinto-me realizado como pessoa.	1	2	3	4	5
6	Sinto que os meus professores estão a contribuir para o desenvolvimento das minhas potencialidades.	1	2	3	4	5
7	As minhas necessidades fundamentais estão satisfeitas.	1	2	3	4	5
8	Sinto-me suficientemente motivado para realizar aquilo que quero na vida.	1	2	3	4	5
9	Sinto que, em cada ano que passa, desenvolvo sempre mais as minhas capacidades.	1	2	3	4	5
10	Até este momento, tenho concretizado os meus objetivos pessoais.	1	2	3	4	5
11	Sinto-me realizado como estudante.	1	2	3	4	5
12	Envolvo todas as minhas capacidades naquilo que faço.	1	2	3	4	5
13	Tenho objetivos claros que quero atingir na minha vida.	1	2	3	4	5
14	Expresso habitualmente as minhas ideias.	1	2	3	4	5
15	Numa situação de conflito, costumo saber quando devo ser firme e não devo ceder.	1	2	3	4	5
16	Habitualmente, defendo os meus direitos.	1	2	3	4	5
17	Quando me pedem alguma coisa que não me convém, sei recusar.	1	2	3	4	5
18	Quando estou em desacordo com alguém, explico-o de modo convincente.	1	2	3	4	5
19	Normalmente, falo o tempo necessário para expor as minhas opiniões.	1	2	3	4	5
20	Costumo falar num tom de voz claro e audível.	1	2	3	4	5
21	Quando converso, olho o meu interlocutor, sem desviar muito o meu olhar do dele.	1	2	3	4	5
22	Quando me sinto ofendido, manifesto-o directamente à pessoa que me ofendeu.	1	2	3	4	5
23	Neste momento, sinto-me apoiado por quem me está mais próximo.	1	2	3	4	5

24	Quando manifesto que estou em stress, sou apoiado pelos meus amigos.	1	2	3	4	5
25	Quando estou inseguro, sei que os meus amigos me vão transmitir segurança.	1	2	3	4	5
26	Quando estou triste ou desmotivado, sei que tenho amigos que me ajudarão.	1	2	3	4	5
27	Sinto-me estimado e aceite pelos outros, apesar dos meus defeitos.	1	2	3	4	5
28	Quando necessito, sei que a minha família me apoia.	1	2	3	4	5
29	Quando preciso, sei a quem recorrer para resolver os meus problemas.	1	2	3	4	5
30	A minha rede de contactos sociais é suficientemente grande para me sentir sempre apoiado.	1	2	3	4	5
31	Costumo escutar com atenção quem fala comigo.	1	2	3	4	5
32	Quando me apresentam alguém, procuro acolhê-lo de uma forma simpática.	1	2	3	4	5
33	Quando trabalho em equipa, gosto de colaborar com os meus colegas.	1	2	3	4	5
34	Acho que a cooperação ajuda a desenvolver novas ideias.	1	2	3	4	5
35	Quando trabalho em grupo, sinto que o contributo de cada um é importante.	1	2	3	4	5
36	Aprecio o trabalho em equipa, sobretudo pelos momentos de diversão que proporciona.	1	2	3	4	5
37	Quanto mais trabalho em conjunto com os meus colegas, mais os estimo.	1	2	3	4	5
38	O estudo em grupo faz com que eu goste de frequentar o meu estabelecimento de ensino.	1	2	3	4	5
39	Costumo reconhecer as competências dos meus amigos.	1	2	3	4	5
40	Numa equipa, quando tenho de resolver um problema, gosto que todos colaborem na procura de soluções.	1	2	3	4	5
41	Aprecio a união que se cria entre as pessoas quando trabalho em grupo.	1	2	3	4	5
42	Para atingir determinado objectivo, procuro ter uma visão do conjunto das actividades a realizar.	1	2	3	4	5
43	Quando lidero um grupo, promovo a comunicação e o entendimento entre todos.	1	2	3	4	5
44	Quando lidero um grupo, elogio publicamente a equipa pelo seu esforço conjunto.	1	2	3	4	5
45	Considero-me uma pessoa criativa.	1	2	3	4	5
46	Quando tento resolver um problema, costumo ter ideias originais.	1	2	3	4	5
47	Sinto que os meus professores valorizam os meus trabalhos criativos.	1	2	3	4	5
48	Sinto-me bem quando tenho de enfrentar situações não previstas.	1	2	3	4	5
49	Sinto que tenho uma boa autoestima.	1	2	3	4	5
50	Mesmo em situações stressantes, mantenho a tranquilidade.	1	2	3	4	5
51	Tenho total confiança nas minhas capacidades para resolver os meus problemas.	1	2	3	4	5
52	Tenho conseguido superar as adversidades que a vida me tem colocado.	1	2	3	4	5
53	Consigo minimizar os efeitos negativos das adversidades.	1	2	3	4	5

54	Assumo os meus problemas, dando-lhes a importância que têm, sem os subvalorizar ou sobrevalorizar.	1	2	3	4	5
55	Quando uma situação não é passível de ser mudada, aceito esse facto com serenidade.	1	2	3	4	5

\*A autorização para o uso deste instrumento de avaliação deve ser solicitada a [jacinto.jardim@uab.pt](mailto:jacinto.jardim@uab.pt)

*The Soft Skills Inventory-55* (SSI-55) avalia as competências pessoais e sociais nas dimensões da autorrealização, assertividade, suporte social, trabalho de equipa, abertura à novidade e resiliência. Quanto maior for a pontuação obtida no total das respostas ao SSI, maior é o grau de desenvolvimento das *soft skills* da pessoa avaliada, como também em cada uma das dimensões, conforme a tabela seguinte:

	ITENS	Pontuação mais baixa possível	Pontuação mais alta possível
Autorrealização	1-4, 6-14	13	65
Assertividade	17-25	9	45
Suporte social	26-33	8	40
Trabalho de equipa	15-16, 38-49	14	70
Abertura à novidade	34-37	4	20
Resiliência	5, 50-55	7	35
<b>The Soft Skills Inventory-55 (SSI-55)</b>	<b>1-55</b>	<b>55</b>	<b>275</b>

*Referências bibliográficas:*

- Jardim J. (2010). Programa de Desenvolvimento de Competências Pessoais e Sociais: Estudo para a Promoção do Sucesso Académico. Lisboa: Instituto Piaget.
- Jardim, J., Pereira, A., Vagos, P., Direito, I., & Galinha, S. (2020). The Soft Skills Inventory: Developmental procedures and psychometric analysis. *Psychological Reports*, 0(0), 1–29. <https://doi.org/10.1177/0033294120979933>

## Anexo IV - Outputs SPSS

```

,
/CELLRANGE=FULL
/READNAMES=ON
/DATATYPEMIN PERCENTAGE=95.0
/HIDDEN IGNORE=YES.
EXECUTE.
DATASET NAME DataSet1 WINDOW=FRONT.
RELIABILITY
/VARIABLES=Sex_01 Sex_02 Sex_03 Sex_04 Sex_05 Sex_06 Sex_07 Sex_08
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL
/MODEL=ALPHA.
```

### Reliability

[DataSet1]

#### Scale: ALL VARIABLES

##### Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	208	100,0
	Excluded <sup>a</sup>	0	,0
	Total	208	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

##### Reliability Statistics

Cronbach's	
Alpha	N of Items
,797	8

```
RELIABILITY
/VARIABLES=Int_01 Int_02 Int_03 Int_04 Int_05 Int_06 Int_07 Int_08
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL
/MODEL=ALPHA.
```

### Reliability

#### Scale: ALL VARIABLES

*Case Processing Summary*

		N	%
Cases	Valid	208	100,0
	Excluded <sup>a</sup>	0	,0
	Total	208	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

*Reliability Statistics*

Cronbach's	
Alpha	N of Items
,803	8

**Descriptives**

```
FREQUENCIES VARIABLES=Sexo EstadoCivil Nacionalidade CódigoPostaldasuaresid  
ência  
HabilitaçõesAcadêmicasMunicípiodaInstituiçãoÁreadeCurso  
/ORDER=ANALYSIS.
```

**Frequencies**

**Frequency Table**

*Sexo*

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Feminino	188	90,4	90,4	90,4
	Masculino	20	9,6	9,6	100,0
	Total	208	100,0	100,0	

*Estado Civil*

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Casado(a)	101	48,6	48,6	48,6
	Divorciado(a)	21	10,1	10,1	58,7
	Separado(a)	4	1,9	1,9	60,6
	Solteiro(a)	54	26,0	26,0	86,5
	União de facto	27	13,0	13,0	99,5
	Viúvo(a)	1	,5	,5	100,0
	Total	208	100,0	100,0	

*Nacionalidade*

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Francesa	1	,5	,5	,5
	Holandesa	1	,5	,5	1,0
	Nacionalidade	1	,5	,5	1,4
	Poretuguesa	1	,5	,5	1,9
	Portugal	1	,5	,5	2,4
	Portugues	1	,5	,5	6,3
	Português	7	3,4	3,4	5,8
	portuguesa	2	1,0	1,0	7,7
	Portuguesa	191	91,8	91,8	99,5
	PORTUGUESA	1	,5	,5	100,0
	Portuguêsa	1	,5	,5	6,7
	Total	208	100,0	100,0	

*Habilitações Académicas*

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Doutoramento	2	1,0	1,0	1,0
	Licenciatura	151	72,6	72,6	73,6
	Mestrado	55	26,4	26,4	100,0
	Total	208	100,0	100,0	

*Município da Instituição*

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Abrantes	2	1,0	1,0	1,0
	Águeda	1	,5	,5	1,4
	Alandroal	1	,5	,5	1,9
	Albergaria a Velha	1	,5	,5	2,4
	Alcobaça	1	,5	,5	2,9
	Alcoutim	1	,5	,5	3,4
	Alenquer	1	,5	,5	3,8
	Aljezur	1	,5	,5	4,3
	Almeida	1	,5	,5	4,8
	Alter do Chão	1	,5	,5	5,3
	Amarante	2	1,0	1,0	6,3
	Amor- Leiria	1	,5	,5	6,7
	Arganil	1	,5	,5	7,2
	Arouca	2	1,0	1,0	8,2
	ASSTIR - Associação de Solidariedade Social S. Tiago de Rebordões	1	,5	,5	8,7
	Aveiro	1	,5	,5	9,1
	Barcelos	3	1,4	1,4	10,6
	braga	1	,5	,5	11,1
	Braga	4	1,9	1,9	13,0
	Caldas da Rainha	1	,5	,5	13,5
	Câmara Municipal de Coimbra	1	,5	,5	13,9
	Câmara Municipal de Fafe	1	,5	,5	14,4
	Camara Municipal de Felgueiras	1	,5	,5	14,9
	Câmara Municipal de Peniche	1	,5	,5	15,4
	Camara Municipal de Viana do Alentejo	1	,5	,5	15,9
	Castro Verde	1	,5	,5	16,3

*Município da Instituição*

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Celorico de Basto	1	,5	,5	16,8
CMGaia	1	,5	,5	17,3
Coimbra	1	,5	,5	17,8
Coruche	1	,5	,5	18,3
Covilhã	2	1,0	1,0	19,2
Crato	1	,5	,5	19,7
Entroncamento	1	,5	,5	20,2
Espinho	1	,5	,5	20,7
Estremoz	2	1,0	1,0	21,6
Évora	4	1,9	1,9	23,6
Fafe	5	2,4	2,4	26,0
Figueira da Foz	1	,5	,5	26,4
Figueira de Castelo Rodrigo	1	,5	,5	26,9
Freineda	1	,5	,5	27,4
Fronteira	1	,5	,5	27,9
Fundão	1	,5	,5	28,4
Gavião	1	,5	,5	28,8
Góis	1	,5	,5	29,3
golegã	1	,5	,5	29,8
Granja de Semide, Miranda do Corvo	1	,5	,5	30,3
Guarda	3	1,4	1,4	31,7
Guia- Pombal	1	,5	,5	32,2
Guimarães	4	1,9	1,9	34,1
Idanha-a-Nova	1	,5	,5	34,6
IPSS	1	,5	,5	35,1
ISEL	1	,5	,5	35,6
Lagos	1	,5	,5	36,1
Lamego	1	,5	,5	36,5
Lar Dona Maria	1	,5	,5	37,0
leiria	1	,5	,5	37,5
Leiria	4	1,9	1,9	39,4

*Município da Instituição*

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Lisboa	5	2,4	2,4	41,8
Loulé	1	,5	,5	42,3
Loures	3	1,4	1,4	43,8
Lourinhã	1	,5	,5	44,2
Macedo de Cavaleiros	1	,5	,5	44,7
Mafra	1	,5	,5	45,2
Maia	1	,5	,5	45,7
Manteigas	1	,5	,5	46,2
Marvão	1	,5	,5	46,6
Matosinhos	1	,5	,5	47,1
Melgaço	1	,5	,5	47,6
Mértola	1	,5	,5	48,1
Miranda do Corvo	1	,5	,5	48,6
Miranda do Douro	1	,5	,5	49,0
Mirandela	1	,5	,5	49,5
Mogadouro	1	,5	,5	50,0
Monchique	1	,5	,5	50,5
Montalegre	1	,5	,5	51,0
Montemor-o-Novo	2	1,0	1,0	51,9
Município de Manteigas	1	,5	,5	52,4
Município de Resende	1	,5	,5	52,9
Município de Vila Verde	1	,5	,5	53,4
Município do Crato	1	,5	,5	53,8
Murtosa	1	,5	,5	54,3
Nelas	1	,5	,5	54,8
Oleiros	1	,5	,5	55,3
Olhão	1	,5	,5	55,8
Oliveira de Azeméis	3	1,4	1,4	57,2
Ourém	5	2,4	2,4	59,6
Paranhos da Beira	1	,5	,5	60,1

*Município da Instituição*

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Paredes	1	,5	,5	60,6
Paredes de Coura	1	,5	,5	61,1
Penafiel	4	1,9	1,9	63,0
Pombal	1	,5	,5	63,5
Ponte de Lima	3	1,4	1,4	64,9
Ponte de Sor	1	,5	,5	65,4
Portimão	1	,5	,5	65,9
Porto	2	1,0	1,0	66,8
Porto de Mós	1	,5	,5	67,3
Povoa de Lanhoso	1	,5	,5	67,8
Prados, Celorico da Beira	1	,5	,5	68,3
Reguengos de Monsaraz	1	,5	,5	68,8
Resende	1	,5	,5	69,2
Rio Maior	1	,5	,5	69,7
Rosmaninhal	1	,5	,5	70,2
Safara	1	,5	,5	70,7
Salvaterra de Magos	2	1,0	1,0	71,6
Sanfin do Douro	1	,5	,5	72,1
Santa Maria da Feira	2	1,0	1,0	73,1
Santa Marta de Penaguião	1	,5	,5	73,6
Santarém	3	1,4	1,4	75,0
Santiago do Cacém	1	,5	,5	75,5
Santo Tirso	1	,5	,5	76,0
sardoal	1	,5	,5	76,4
Sátão	1	,5	,5	76,9
Seia	1	,5	,5	77,4
Seixal	1	,5	,5	77,9
serpa	1	,5	,5	78,4
Serpa	1	,5	,5	78,8

*Município da Instituição*

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Sertã	1	,5	,5	79,3
Sesimbra	1	,5	,5	79,8
Setubal	1	,5	,5	81,3
Setúbal	2	1,0	1,0	80,8
Silves	1	,5	,5	81,7
Sintra	1	,5	,5	82,2
Sousel	2	1,0	1,0	83,2
Terras de Bouro	1	,5	,5	83,7
Tomar	1	,5	,5	84,1
Torre de Moncorvo - Lousa	1	,5	,5	84,6
Torres novas	1	,5	,5	85,1
Valpaços	3	1,4	1,4	86,5
Vendas Novas	2	1,0	1,0	87,5
Viana do Castelo	2	1,0	1,0	88,5
Vidigueira	1	,5	,5	88,9
Vila de Frades	1	,5	,5	89,4
Vila de Rei	1	,5	,5	89,9
Vila Flor	1	,5	,5	90,4
Vila Nova de Cerveira	1	,5	,5	90,9
Vila Nova de Famalicão	2	1,0	1,0	91,8
Vila Nova De Famalicão	1	,5	,5	92,3
vila Nova de Fozcoa	1	,5	,5	92,8
Vila Nova de Gaia	2	1,0	1,0	93,8
Vila Nova de Paiva	1	,5	,5	94,2
vila pouca de aguiar	1	,5	,5	94,7
Vila Pouca de Aguiar	1	,5	,5	95,2
Vila Real	2	1,0	1,0	96,2
Vila Verde	2	1,0	1,0	97,1
Vimioso	2	1,0	1,0	98,1

*Município da Instituição*

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Vinhais	1	,5	,5	98,6
Viseu	2	1,0	1,0	99,5
Vouzela	1	,5	,5	100,0
Total	208	100,0	100,0	

*Área de Curso*

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ciências Sociais	40	19,2	19,2	19,2
Educação Social	17	8,2	8,2	27,4
Outra	14	6,7	6,7	34,1
Psicologia	26	12,5	12,5	46,6
Serviço Social	111	53,4	53,4	100,0
Total	208	100,0	100,0	

DESCRIPTIVES VARIABLES=Idade  
/STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.

**Descriptives**

*Descriptive Statistics*

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Idade	208	23	64	38,50	7,801
Valid N (listwise)	208				

**Descriptives**

COMPUTE Autorrealização=Soft\_01+Soft\_02+Soft\_03+Soft\_04+Soft\_06+Soft\_07+Soft\_08+Soft\_09+Soft\_10+Soft\_11+Soft\_12+Soft\_13+Soft\_14.  
EXECUTE.  
COMPUTE Assertividade=Soft\_17+Soft\_18+Soft\_19+Soft\_20+Soft\_21+Soft\_22+Soft\_23+Soft\_24+Soft\_25+Soft\_26+Soft\_27+Soft\_28+Soft\_29+Soft\_30+Soft\_31+Soft\_32+Soft\_33+Soft\_34+Soft\_35+Soft\_36+Soft\_37+Soft\_38+Soft\_39+Soft\_40+Soft\_41+Soft\_42+Soft\_43+Soft\_44+Soft\_45+Soft\_46+Soft\_47+Soft\_48+Soft\_49+Soft\_50+Soft\_51+Soft\_52+Soft\_53+Soft\_54+Soft\_55+Soft\_56+Soft\_57+Soft\_58+Soft\_59+Soft\_60+Soft\_61+Soft\_62+Soft\_63+Soft\_64+Soft\_65+Soft\_66+Soft\_67+Soft\_68+Soft\_69+Soft\_70+Soft\_71+Soft\_72+Soft\_73+Soft\_74+Soft\_75+Soft\_76+Soft\_77+Soft\_78+Soft\_79+Soft\_80+Soft\_81+Soft\_82+Soft\_83+Soft\_84+Soft\_85+Soft\_86+Soft\_87+Soft\_88+Soft\_89+Soft\_90+Soft\_91+Soft\_92+Soft\_93+Soft\_94+Soft\_95+Soft\_96+Soft\_97+Soft\_98+Soft\_99+Soft\_100.

```

23+Soft_24+Soft_25.
EXECUTE.
COMPUTE SuporteSocial=Soft_26+Soft_27+Soft_28+Soft_29+Soft_30+Soft_31+Soft_
32+Soft_33.
EXECUTE.
COMPUTE TrabalhoEequipa=Soft_15+Soft_16+Soft_38+Soft_39.
EXECUTE.
COMPUTE AberturaNBovidadeSoft_34+Soft_35+Soft_36+Soft_37.
EXECUTE.
COMPUTE Resiliência=Soft_05+Soft_50+Soft_51+Soft_52+Soft_53+Soft_54+Soft_55
.
EXECUTE.
DESCRIPTIVES VARIABLES=AutorrealizaçãoAssertividadeSuporteSocialTrabalho
Eequipa
    AberturaNBovidadeResiliência
    /STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.

```

## Descriptives

### *Descriptive Statistics*

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Autorrealização	208	37,0	65,0	54,5	6,4
Assertividade	208	25,0	45,0	36,3	4,7
SuporteSocial	208	23,0	40,0	35,0	3,4
TrabalhoEequipa	208	12,0	20,0	17,0	2,0
AberturaNBovidade	208	7,0	20,0	18,1	2,1
Resiliência	208	18,0	35,0	28,1	3,6
Valid N (listwise)	208				

```

COMPUTE Sex=Sex_01+Sex_02+Sex_03+Sex_04+Sex_05+Sex_06+Sex_07+Sex_08.
EXECUTE.
COMPUTE Intimidade=Int_01+Int_02+Int_03+Int_04+Int_05+Int_06+Int_07+Int_08.
EXECUTE.
DESCRIPTIVES VARIABLES=Sex Intimidade
    /STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.

```

## Descriptives

CORRELATIONS

```
/VARIABLES=Autorrealização Assertividade Suporte Social Trabalho Equipe Ab  
ertura NBovidade  
Resiliência Sex Intimidade  
/PRINT=TWOTAIL NOSIG  
/MISSING=PAIRWISE.
```

## Correlations

## Custom Tables

```
[DataSet1] C:\\Output SPSS.sav
```

```
* Custom Tables.  
CTABLES  
/VLABELS VARIABLES=Int_01 Int_02 Int_03 Int_04 Int_05 Int_06 Int_07 Int_0  
8  
DISPLAY=LABEL  
/TABLE Int_01 [ROWPCT.COUNT PCT40.1] + Int_02 [ROWPCT.COUNT PCT40.1] + In  
t_03 [ROWPCT.COUNT  
PCT40.1] + Int_04 [ROWPCT.COUNT PCT40.1] + Int_05 [ROWPCT.COUNT PCT40.1  
] + Int_06 [ROWPCT.COUNT  
PCT40.1] + Int_07 [ROWPCT.COUNT PCT40.1] + Int_08 [ROWPCT.COUNT PCT40.1  
]  
/CLABELS ROWLABELS=OPPOSITE  
/CATEGORIES VARIABLES=Int_01 Int_02 Int_03 Int_04 Int_05 Int_06 Int_07 In  
t_08 ORDER=A KEY=VALUE  
EMPTY=INCLUDE  
/CRITERIA CILEVEL=95.
```

## Custom Tables

```
NEW FILE.  
DATASET NAME DataSet2 WINDOW=FRONT.  
FREQUENCIES VARIABLES=VAR00001 VAR00002 VAR00003 VAR00004 VAR00005 VAR00006  
VAR00007 VAR00008  
VAR00009  
/ORDER=ANALYSIS.
```

## Custom Tables

	Nunca acontece	Raramente	às vezes	Quase sempre	Acontece sempre
	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %
Int_01	5,3%	40,9%	41,3%	10,6%	1,9%
Int_02	0,5%	13,0%	35,1%	36,1%	15,4%
Int_03	1,4%	18,8%	38,0%	35,6%	6,3%
Int_04	15,4%	32,2%	30,3%	14,9%	7,2%
Int_05	0,5%	4,8%	19,7%	36,1%	38,9%
Int_06	6,3%	33,7%	34,6%	19,2%	6,3%
Int_07	13,0%	27,4%	33,2%	19,7%	6,7%
Int_08	14,4%	28,8%	29,8%	16,3%	10,6%

```

COMPUTE Intimidade=Int_01+Int_02+Int_03+Int_04+Int_05+Int_06+Int_07+Int_08.
EXECUTE.
COMPUTE Sex=Sex_01+Sex_02+Sex_03+Sex_04+Sex_05+Sex_06+Sex_07+Sex_08.
EXECUTE.
CORRELATIONS
  /VARIABLES=Autorrealização Assertividade SuporteSocial TrabalhoEquipaAb
  erturaNBovidade
  Resiliência Sex Intimidade
  /PRINT=TWOTAIL NOSIG
  /MISSING=PAIRWISE.

```

### Correlations

*Correlations*

		Autorrealiza ção	Assertivida de
Autorrealização	Pearson Correlation	1	,678**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	208	208
Assertividade	Pearson Correlation	,678**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	208	208
SuporteSocial	Pearson Correlation	,536**	,626**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000
	N	208	208
TrabalhoEequipa	Pearson Correlation	,663**	,735**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000
	N	208	208
AberturaNBovidade	Pearson Correlation	,304**	,393**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000
	N	208	208
Resiliência	Pearson Correlation	,680**	,706**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000
	N	208	208
Sex	Pearson Correlation	,085	-,043
	Sig. (2-tailed)	,222	,534
	N	208	208
Intimidade	Pearson Correlation	,209**	,184**
	Sig. (2-tailed)	,002	,008
	N	208	208

*Correlations*

		SuporteSocial	TrabalhoEquipa
Autorrealização	Pearson Correlation	,536**	,663**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000
	N	208	208
Assertividade	Pearson Correlation	,626**	,735**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000
	N	208	208
SuporteSocial	Pearson Correlation	1	,615**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	208	208
TrabalhoEquipa	Pearson Correlation	,615**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	208	208
AberturaNBovidade	Pearson Correlation	,627**	,657**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000
	N	208	208
Resiliência	Pearson Correlation	,536**	,663**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000
	N	208	208
Sex	Pearson Correlation	,019	-,021
	Sig. (2-tailed)	,789	,765
	N	208	208
Intimidade	Pearson Correlation	,242**	,264**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000
	N	208	208

*Correlations*

		AberturaNB	Resiliência	Sex
		ovidade		
Autorrealização	Pearson Correlation	,304**	,680**	,085
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,222
	N	208	208	208
Assertividade	Pearson Correlation	,393**	,706**	-,043
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,534
	N	208	208	208
SuporteSocial	Pearson Correlation	,627**	,536**	,019
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,789
	N	208	208	208
TrabalhoEequipa	Pearson Correlation	,657**	,663**	-,021
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,765
	N	208	208	208
AberturaNBovidade	Pearson Correlation	1	,366**	-,051
	Sig. (2-tailed)		,000	,463
	N	208	208	208
Resiliência	Pearson Correlation	,366**	1	,045
	Sig. (2-tailed)	,000		,516
	N	208	208	208
Sex	Pearson Correlation	-,051	,045	1
	Sig. (2-tailed)	,463	,516	
	N	208	208	208
Intimidade	Pearson Correlation	,274**	,211**	,078
	Sig. (2-tailed)	,000	,002	,261
	N	208	208	208

Correlations

		Intimidade
Autorrealização	Pearson Correlation	,209**
	Sig. (2-tailed)	,002
	N	208
Assertividade	Pearson Correlation	,184**
	Sig. (2-tailed)	,008
	N	208
SuporteSocial	Pearson Correlation	,242**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	208
TrabalhoEequipa	Pearson Correlation	,264**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	208
AberturaNBovidade	Pearson Correlation	,274**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	208
Resiliência	Pearson Correlation	,211**
	Sig. (2-tailed)	,002
	N	208
Sex	Pearson Correlation	,078
	Sig. (2-tailed)	,261
	N	208
Intimidade	Pearson Correlation	1
	Sig. (2-tailed)	
	N	208

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* Custom Tables.

CTABLES

/VLABELS VARIABLES=Sex\_01 Sex\_02 Sex\_03 Sex\_04 Sex\_05 Sex\_06 Sex\_07 Sex\_0

8

DISPLAY=LABEL

/TABLE Sex\_01 [ROWPCT.COUNT PCT40.1] + Sex\_02 [ROWPCT.COUNT PCT40.1] + Se

```

x_03 [ROWPCT.COUNT
      PCT40.1] + Sex_04 [ROWPCT.COUNT PCT40.1] + Sex_05 [ROWPCT.COUNT PCT40.1
] + Sex_06 [ROWPCT.COUNT
      PCT40.1] + Sex_07 [ROWPCT.COUNT PCT40.1] + Sex_08 [ROWPCT.COUNT PCT40.1
]
/CLABELS ROWLABELS=OPPOSITE
/CATEGORIES VARIABLES=Sex_01 Sex_02 Sex_03 Sex_04 Sex_05 Sex_06 Sex_07 Se
x_08 ORDER=A KEY=VALUE
EMPTY=INCLUDE
/CRITERIA CILEVEL=95.

```

### Custom Tables

	Nunca	Raramente	às vezes	Quase sempre	Sempre
	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %
Sex_01	1,9%	16,8%	48,1%	27,9%	5,3%
Sex_02	1,4%	12,0%	29,3%	42,3%	14,9%
Sex_03	10,6%	32,2%	35,6%	17,8%	3,8%
Sex_04	6,3%	19,7%	29,3%	35,6%	9,1%
Sex_05	6,3%	26,9%	36,1%	26,0%	4,8%
Sex_06	2,9%	21,6%	47,6%	22,1%	5,8%
Sex_07	2,4%	15,9%	32,7%	36,1%	13,0%
Sex_08	1,0%	12,5%	38,5%	38,5%	9,6%

\* Custom Tables.

```

CTABLES
/VLABELS VARIABLES=Soft_01 Soft_02 Soft_03 Soft_04 Soft_05 Soft_06 Soft_0
7 Soft_08 Soft_09
      Soft_10 Soft_11 Soft_12 Soft_13 Soft_14 Soft_15 Soft_16 Soft_17 Soft_18
Soft_19 Soft_20 Soft_21
      Soft_22 Soft_23 Soft_24 Soft_25 Soft_26 Soft_27 Soft_28 Soft_29 Soft_30
Soft_31 Soft_32 Soft_33
      Soft_34 Soft_35 Soft_36 Soft_37 Soft_38 Soft_39 Soft_40 Soft_41 Soft_42
Soft_43 Soft_44 Soft_45
      Soft_46 Soft_47 Soft_48 Soft_49 Soft_50 Soft_51 Soft_52 Soft_53 Soft_54
Soft_55
DISPLAY=LABEL
/TABLE Soft_01 [ROWPCT.COUNT PCT40.1] + Soft_02 [ROWPCT.COUNT PCT40.1] +
Soft_03 [ROWPCT.COUNT
      PCT40.1] + Soft_04 [ROWPCT.COUNT PCT40.1] + Soft_05 [ROWPCT.COUNT PCT40

```

```

.1] + Soft_06 [ROWPCT.COUNT
      PCT40.1] + Soft_07 [ROWPCT.COUNT PCT40.1] + Soft_08 [ROWPCT.COUNT PCT40
.1] + Soft_09 [ROWPCT.COUNT
      PCT40.1] + Soft_10 [ROWPCT.COUNT PCT40.1] + Soft_11 [ROWPCT.COUNT PCT40
.1] + Soft_12 [ROWPCT.COUNT
      PCT40.1] + Soft_13 [ROWPCT.COUNT PCT40.1] + Soft_14 [ROWPCT.COUNT PCT40
.1] + Soft_15 [ROWPCT.COUNT
      PCT40.1] + Soft_16 [ROWPCT.COUNT PCT40.1] + Soft_17 [ROWPCT.COUNT PCT40
.1] + Soft_18 [ROWPCT.COUNT
      PCT40.1] + Soft_19 [ROWPCT.COUNT PCT40.1] + Soft_20 [ROWPCT.COUNT PCT40
.1] + Soft_21 [ROWPCT.COUNT
      PCT40.1] + Soft_22 [ROWPCT.COUNT PCT40.1] + Soft_23 [ROWPCT.COUNT PCT40
.1] + Soft_24 [ROWPCT.COUNT
      PCT40.1] + Soft_25 [ROWPCT.COUNT PCT40.1] + Soft_26 [ROWPCT.COUNT PCT40
.1] + Soft_27 [ROWPCT.COUNT
      PCT40.1] + Soft_28 [ROWPCT.COUNT PCT40.1] + Soft_29 [ROWPCT.COUNT PCT40
.1] + Soft_30 [ROWPCT.COUNT
      PCT40.1] + Soft_31 [ROWPCT.COUNT PCT40.1] + Soft_32 [ROWPCT.COUNT PCT40
.1] + Soft_33 [ROWPCT.COUNT
      PCT40.1] + Soft_34 [ROWPCT.COUNT PCT40.1] + Soft_35 [ROWPCT.COUNT PCT40
.1] + Soft_36 [ROWPCT.COUNT
      PCT40.1] + Soft_37 [ROWPCT.COUNT PCT40.1] + Soft_38 [ROWPCT.COUNT PCT40
.1] + Soft_39 [ROWPCT.COUNT
      PCT40.1] + Soft_40 [ROWPCT.COUNT PCT40.1] + Soft_41 [ROWPCT.COUNT PCT40
.1] + Soft_42 [ROWPCT.COUNT
      PCT40.1] + Soft_43 [ROWPCT.COUNT PCT40.1] + Soft_44 [ROWPCT.COUNT PCT40
.1] + Soft_45 [ROWPCT.COUNT
      PCT40.1] + Soft_46 [ROWPCT.COUNT PCT40.1] + Soft_47 [ROWPCT.COUNT PCT40
.1] + Soft_48 [ROWPCT.COUNT
      PCT40.1] + Soft_49 [ROWPCT.COUNT PCT40.1] + Soft_50 [ROWPCT.COUNT PCT40
.1] + Soft_51 [ROWPCT.COUNT
      PCT40.1] + Soft_52 [ROWPCT.COUNT PCT40.1] + Soft_53 [ROWPCT.COUNT PCT40
.1] + Soft_54 [ROWPCT.COUNT
      PCT40.1] + Soft_55 [ROWPCT.COUNT PCT40.1]
/CLABELS ROWLABELS=OPPOSITE
/CATEGORIES VARIABLES=Soft_01 Soft_02 Soft_03 Soft_04 Soft_05 Soft_06 Sof
t_07 Soft_08 Soft_09
      Soft_10 Soft_11 Soft_12 Soft_13 Soft_14 Soft_15 Soft_16 Soft_17 Soft_18
Soft_19 Soft_20 Soft_21
      Soft_22 Soft_23 Soft_24 Soft_25 Soft_26 Soft_27 Soft_28 Soft_29 Soft_30
Soft_31 Soft_32 Soft_33
      Soft_34 Soft_35 Soft_36 Soft_37 Soft_38 Soft_39 Soft_40 Soft_41 Soft_42
Soft_43 Soft_44 Soft_45
      Soft_46 Soft_47 Soft_48 Soft_49 Soft_50 Soft_51 Soft_52 Soft_53 Soft_54
Soft_55 ORDER=A KEY=VALUE

```

EMPTY=INCLUDE  
/CRITERIA CILEVEL=95.

### Custom Tables

	Nunca	Raramente	A maior parte da às vezes	Quase sempre	Sempre
	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %
Soft_01	0,0%	0,0%	12,5%	63,0%	24,5%
Soft_02	1,0%	1,0%	14,9%	34,6%	48,6%
Soft_03	0,0%	0,0%	11,1%	55,8%	33,2%
Soft_04	0,5%	0,0%	7,7%	35,1%	56,7%
Soft_05	0,0%	0,0%	13,5%	42,3%	44,2%
Soft_06	0,0%	3,8%	32,2%	42,8%	21,2%
Soft_07	0,0%	1,4%	22,6%	55,8%	20,2%
Soft_08	0,0%	1,4%	20,7%	47,6%	30,3%
Soft_09	0,0%	1,9%	17,8%	44,2%	36,1%
Soft_10	0,0%	1,9%	18,3%	51,0%	28,8%
Soft_11	0,0%	1,0%	22,6%	42,8%	33,7%
Soft_12	0,0%	1,0%	6,7%	34,1%	58,2%
Soft_13	0,0%	1,0%	10,1%	36,1%	52,9%
Soft_14	0,0%	1,4%	10,1%	44,2%	44,2%
Soft_15	0,0%	0,0%	19,2%	55,8%	25,0%
Soft_16	0,0%	1,0%	16,3%	46,6%	36,1%
Soft_17	0,5%	2,9%	32,7%	42,8%	21,2%
Soft_18	0,0%	1,9%	22,1%	49,5%	26,4%
Soft_19	0,0%	1,9%	18,3%	55,3%	24,5%
Soft_20	0,0%	0,5%	14,4%	48,6%	36,5%
Soft_21	0,0%	0,0%	12,0%	40,4%	47,6%
Soft_22	0,0%	2,4%	22,1%	42,3%	33,2%
Soft_23	0,0%	0,5%	18,3%	42,8%	38,5%
Soft_24	0,0%	5,3%	24,5%	47,1%	23,1%
Soft_25	1,0%	6,3%	26,9%	46,6%	19,2%
Soft_26	0,0%	5,3%	28,8%	44,2%	21,6%
Soft_27	0,0%	1,9%	15,4%	61,1%	21,6%
Soft_28	0,0%	0,0%	2,9%	16,3%	80,8%

	A maior parte da às				
	Nunca	Raramente	vezes	Quase sempre	Sempre
	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %
Soft_29	0,0%	1,0%	8,7%	32,2%	58,2%
Soft_30	0,0%	1,9%	17,8%	37,0%	43,3%
Soft_31	0,0%	0,0%	6,3%	49,0%	44,7%
Soft_32	0,0%	0,5%	3,4%	27,9%	68,3%
Soft_33	0,0%	0,5%	4,3%	20,7%	74,5%
Soft_34	0,0%	0,0%	2,9%	18,3%	78,8%
Soft_35	0,5%	0,0%	2,4%	21,2%	76,0%
Soft_36	0,5%	3,4%	7,7%	37,5%	51,0%
Soft_37	0,0%	1,0%	15,4%	40,4%	43,3%
Soft_38	0,5%	1,4%	14,9%	40,9%	42,3%
Soft_39	0,0%	0,0%	3,4%	38,9%	57,7%
Soft_40	0,0%	1,0%	5,8%	32,7%	60,6%
Soft_41	0,5%	1,0%	4,8%	26,4%	67,3%
Soft_42	0,0%	0,5%	3,8%	36,5%	59,1%
Soft_43	0,0%	0,0%	4,3%	28,4%	67,3%
Soft_44	0,0%	0,0%	5,8%	33,2%	61,1%
Soft_45	0,0%	1,4%	19,7%	54,3%	24,5%
Soft_46	0,0%	1,4%	27,4%	51,0%	20,2%
Soft_47	0,0%	3,8%	30,3%	48,1%	17,8%
Soft_48	0,0%	2,4%	24,5%	55,3%	17,8%
Soft_49	0,0%	2,9%	25,0%	46,6%	25,5%
Soft_50	0,0%	3,8%	27,4%	51,4%	17,3%
Soft_51	0,0%	1,0%	21,6%	52,4%	25,0%
Soft_52	0,0%	0,0%	5,8%	60,1%	34,1%
Soft_53	0,0%	0,5%	20,2%	60,1%	19,2%
Soft_54	0,5%	2,4%	20,7%	51,0%	25,5%
Soft_55	0,0%	5,8%	30,8%	47,6%	15,9%

```

RELIABILITY
/VARIABLES=Soft_01 Soft_02 Soft_03 Soft_04 Soft_06 Soft_07 Soft_08 Soft_0
9 Soft_10 Soft_11
Soft_12 Soft_13 Soft_14

```

```
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL
/MODEL=ALPHA.
```

### Reliability

#### Scale: ALL VARIABLES

##### Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	208	100,0
	Excluded <sup>a</sup>	0	,0
	Total	208	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

##### Reliability Statistics

Cronbach's	
Alpha	N of Items
,904	13

```
RELIABILITY
/VARIABLES=Soft_17 Soft_18 Soft_19 Soft_20 Soft_21 Soft_22 Soft_23 Soft_2
4 Soft_25
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL
/MODEL=ALPHA.
```

### Reliability

#### Scale: ALL VARIABLES

##### Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	208	100,0
	Excluded <sup>a</sup>	0	,0
	Total	208	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

*Reliability Statistics*

Cronbach's Alpha	N of Items
,858	9

```
RELIABILITY  
/VARIABLES=Soft_26 Soft_27 Soft_28 Soft_29 Soft_30 Soft_31 Soft_32 Soft_33  
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL  
/MODEL=ALPHA.
```

**Reliability**

**Scale: ALL VARIABLES**

*Case Processing Summary*

		N	%
Cases	Valid	208	100,0
	Excluded <sup>a</sup>	0	,0
	Total	208	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

*Reliability Statistics*

Cronbach's Alpha	N of Items
,797	8

```
RELIABILITY  
/VARIABLES=Soft_15 Soft_16 Soft_38 Soft_39  
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL  
/MODEL=ALPHA.
```

**Reliability**

**Scale: ALL VARIABLES**

*Case Processing Summary*

		N	%
Cases	Valid	208	100,0
	Excluded <sup>a</sup>	0	,0
	Total	208	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

*Reliability Statistics*

Cronbach's Alpha	N of Items
,692	4

```
RELIABILITY  
/VARIABLES=Soft_34 Soft_35 Soft_36 Soft_37 Soft_38 Soft_39  
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL  
/MODEL=ALPHA.
```

**Reliability**

**Scale: ALL VARIABLES**

*Case Processing Summary*

		N	%
Cases	Valid	208	100,0
	Excluded <sup>a</sup>	0	,0
	Total	208	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

*Reliability Statistics*

Cronbach's Alpha	N of Items
,859	6

```

RELIABILITY
/VARIABLES=Soft_05 Soft_50 Soft_51 Soft_52 Soft_53 Soft_54 Soft_55
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL
/MODEL=ALPHA.

```

### Reliability

#### Scale: ALL VARIABLES

##### Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	208	100,0
	Excluded <sup>a</sup>	0	,0
	Total	208	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

##### Reliability Statistics

Cronbach's	
Alpha	N of Items
,848	7

```

DESCRIPTIVES VARIABLES=Sex Intimidade
/STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.

```

### Descriptives

##### Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Sex	208	14,00	40,00	25,5577	5,01558
Intimidade	208	11,00	36,00	24,6202	5,19987
Valid N (listwise)	208				

```

EXAMINE VARIABLES=Autorrealização Assertividade SuporteSocial TrabalhoEqui
pa AberturaNBovidade
Resiliência Sex Intimidade BY Sexo

```

```
/PLOT BOXPLOT STEMLEAF NPLOT
/COMPARE GROUPS
/STATISTICS DESCRIPTIVES
/CINTERVAL 95
/MISSING LISTWISE
/NOTOTAL.
```

## **Explore**

### **Sexo**

### **T-Test**

### **T-Test**

```
T-TEST GROUPS=Sex2(1 2)
/MISSING=ANALYSIS
/VARIABLES=AutorrealizaçãoAssertividade SuporteSocial TrabalhoEequipaAb
erturaNBovidade
Resiliência Sex Intimidade
/CRITERIA=CI(.95).
```

### **T-Test**

*Group Statistics*

	Sex2	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Autorrealização	Feminino	188	54,5053	6,38137	,46541
	Masculino	20	53,9500	6,73932	1,50696
Assertividade	Feminino	188	36,2287	4,85246	,35390
	Masculino	20	37,1000	3,46258	,77426
SuporteSocial	Feminino	188	35,1011	3,42925	,25010
	Masculino	20	34,4000	3,21837	,71965
TrabalhoEequipa	Feminino	188	17,0319	2,00509	,14624
	Masculino	20	16,8000	1,93581	,43286
AberturaNBovidade	Feminino	188	18,1862	1,88788	,13769
	Masculino	20	17,2000	3,34978	,74903
Resiliência	Feminino	188	28,016	3,6395	,2654
	Masculino	20	29,200	3,0018	,6712
Sex	Feminino	188	25,5798	4,89887	,35729
	Masculino	20	25,3500	6,14967	1,37511
Intimidade	Feminino	188	24,6117	5,26448	,38395
	Masculino	20	24,7000	4,66905	1,04403

*Independent Samples Test*

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality
		F	Sig.	t
Autorrealização	Equal variances assumed	,004	,947	,368
	Equal variances not assumed			,352
Assertividade	Equal variances assumed	4,086	,045	-,781
	Equal variances not assumed			-1,023
SuporteSocial	Equal variances assumed	,029	,866	,874
	Equal variances not assumed			,920
TrabalhoEequipa	Equal variances assumed	,148	,701	,493
	Equal variances not assumed			,508
AberturaNBovidade	Equal variances assumed	5,119	,025	2,029
	Equal variances not assumed			1,295
Resiliência	Equal variances assumed	,540	,463	-1,404
	Equal variances not assumed			-1,640
Sex	Equal variances assumed	1,071	,302	,194
	Equal variances not assumed			,162
Intimidade	Equal variances assumed	,464	,497	-,072
	Equal variances not assumed			-,079

*Independent Samples Test*

		t-test for Equality of Means		
		df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
Autorrealização	Equal variances assumed	206	,713	,55532
	Equal variances not assumed	22,776	,728	,55532
Assertividade	Equal variances assumed	206	,436	-,87128
	Equal variances not assumed	27,646	,315	-,87128
SuporteSocial	Equal variances assumed	206	,383	,70106
	Equal variances not assumed	23,832	,367	,70106
TrabalhoEequipa	Equal variances assumed	206	,622	,23191
	Equal variances not assumed	23,553	,616	,23191
AberturaNBovidade	Equal variances assumed	206	,044	,98617
	Equal variances not assumed	20,303	,210	,98617
Resiliência	Equal variances assumed	206	,162	-1,1840
	Equal variances not assumed	25,344	,113	-1,1840
Sex	Equal variances assumed	206	,846	,22979
	Equal variances not assumed	21,642	,873	,22979
Intimidade	Equal variances assumed	206	,943	-,08830
	Equal variances not assumed	24,441	,937	-,08830

*Independent Samples Test*

		t-test for Equality of Means	
		Std. Error Difference	95% Confidence .
			Lower
Autorrealização	Equal variances assumed	1,50886	-2,41947
	Equal variances not assumed	1,57719	-2,70912
Assertividade	Equal variances assumed	1,11517	-3,06988
	Equal variances not assumed	,85130	-2,61610
SuporteSocial	Equal variances assumed	,80212	-,88034
	Equal variances not assumed	,76187	-,87195
TrabalhoEequipa	Equal variances assumed	,47012	-,69494
	Equal variances not assumed	,45690	-,71202
AberturaNBovidade	Equal variances assumed	,48603	,02793
	Equal variances not assumed	,76158	-,60095
Resiliência	Equal variances assumed	,8433	-2,8466
	Equal variances not assumed	,7218	-2,6696
Sex	Equal variances assumed	1,18242	-2,10140
	Equal variances not assumed	1,42077	-2,71953
Intimidade	Equal variances assumed	1,22596	-2,50533
	Equal variances not assumed	1,11239	-2,38197

*Independent Samples Test*

		t-test for Equality of ...
		95% Confidence ..
		Upper
Autorrealização	Equal variances assumed	3,53011
	Equal variances not assumed	3,81976
Assertividade	Equal variances assumed	1,32733
	Equal variances not assumed	,87355
SuporteSocial	Equal variances assumed	2,28247
	Equal variances not assumed	2,27408
TrabalhoEequipa	Equal variances assumed	1,15877
	Equal variances not assumed	1,17585
AberturaNBovidade	Equal variances assumed	1,94441
	Equal variances not assumed	2,57329
Resiliência	Equal variances assumed	,4785
	Equal variances not assumed	,3015
Sex	Equal variances assumed	2,56098
	Equal variances not assumed	3,17910
Intimidade	Equal variances assumed	2,32874
	Equal variances not assumed	2,20538

EXAMINE VARIABLES=Autorrealização Assertividade SuporteSocial TrabalhoEequi

Page 30

```

pa AberturaNBovidade
  Resiliência Sex Intimidade BY Sexo
/PLOT BOXPLOT STEMLEAF NPLOT
/COMPARE GROUPS
/STATISTICS DESCRIPTIVES
/CINTERVAL 95
/MISSING LISTWISE
/NOTOTAL.

```

## Explore

### Sexo

#### Tests of Normality

	Sexo	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk	
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df
Autorrealização	Feminino	,078	188	,008	,972	188
	Masculin	,103	20	,200*	,967	20
Assertividade	Feminino	,084	188	,003	,978	188
	Masculin	,158	20	,200*	,940	20
SuporteSocial	Feminino	,151	188	,000	,943	188
	Masculin	,124	20	,200*	,958	20
TrabalhoEequipa	Feminino	,164	188	,000	,946	188
	Masculin	,191	20	,054	,948	20
AberturaNBovidade	Feminino	,199	188	,000	,853	188
	Masculin	,244	20	,003	,748	20
Resiliência	Feminino	,098	188	,000	,981	188
	Masculin	,127	20	,200*	,954	20
Sex	Feminino	,070	188	,024	,989	188
	Masculin	,108	20	,200*	,977	20
Intimidade	Feminino	,078	188	,007	,986	188
	Masculin	,121	20	,200*	,942	20

*Tests of Normality*

	Sexo	Shapiro- Sig.
Autorrealização	Feminino	,001
	Masculin	,686
Assertividade	Feminino	,005
	Masculin	,236
SuporteSocial	Feminino	,000
	Masculin	,502
TrabalhoEequipa	Feminino	,000
	Masculin	,335
AberturaNBovidade	Feminino	,000
	Masculin	,000
Resiliência	Feminino	,013
	Masculin	,439
Sex	Feminino	,157
	Masculin	,888
Intimidade	Feminino	,055
	Masculin	,267

\*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

NPAR TESTS

/M-W= AberturaNBovidadeBY Sex2(1 2)

/MISSING ANALYSIS.

**NPar Tests**

**Mann-Whitney Test**

### Ranks

	Sex2	N	Mean Rank	Sum of Ranks
AberturaNBovidade	Feminino	188	105,94	19917,00
	Masculino	20	90,95	1819,00
	Total	208		

### Test Statistics<sup>a</sup>

	AberturaNBovidade
Mann-Whitney U	1609,000
Wilcoxon W	1819,000
Z	-1,090
Asymp. Sig. (2-tailed)	,276

a. Grouping Variable: Sex2

```
DATASET ACTIVATE DataSet1.
```

```
SAVE OUTFILE='C:\\Output SPSS.sav'  
/COMPRESSED.
```

```
SAVE OUTFILE='C:\\BD_Manuela.sav'  
/COMPRESSED.
```

```
* Custom Tables.
```

```
CTABLES
```

```
  /VLABELS VARIABLES=Autorrealização Assertividade SuporteSocial TrabalhoEequipa AberturaNBovidade
```

```
  Resiliência Sex Intimidade Sexo
```

```
  DISPLAY=LABEL
```

```
  /TABLE Autorrealização [MEAN, STDDEV] + Assertividade [MEAN, STDDEV] + SuporteSocial [MEAN,
```

```
  STDDEV] + TrabalhoEequipa [MEAN, STDDEV] + AberturaNBovidade [MEAN, STDDEV] + Resiliência [MEAN,
```

```
  STDDEV] + Sex [MEAN, STDDEV] + Intimidade [MEAN, STDDEV] BY Sexo
```

```
  /CATEGORIES VARIABLES=Sexo ORDER=A KEY=VALUE EMPTY=EXCLUDE
```

```
  /CRITERIA CILEVEL=95.
```

### Custom Tables

[DataSet1] C:\\BD\_Manuela.sav

	Sexo			
	Feminino		Masculino	
	Mean	Standard Deviation	Mean	Standard Deviation
Autorrealização	54,5	6,4	53,9	6,7
Assertividade	36,2	4,9	37,1	3,5
SuporteSocial	35,1	3,4	34,4	3,2
TrabalhoEequipa	17,0	2,0	16,8	1,9
AberturaNBovidade	18,2	1,9	17,2	3,3
Resiliência	28,0	3,6	29,2	3,0
Sex	25,6	4,9	25,4	6,1
Intimidade	24,6	5,3	24,7	4,7

## Relatório

### Análise estatística

A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e respetivos desvios-padrão) e estatística inferencial. O nível de significância para rejeitar a hipótese nula foi fixado em  $\alpha \leq .05$ . Utilizou-se coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach, o teste t de Student para amostras independentes, o teste de Mann-Whitney e o coeficiente de correlação de Pearson. A normalidade de distribuição foi analisada com o teste de Shapiro-Wilk e a homogeneidade de variâncias com o teste de Levene. A análise estatística foi efetuada com o software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 27.0 para Windows.

### Caracterização da amostra

Responderam ao questionário um total de **208 DT**. A média de idades era de 38.5 anos, variando entre um mínimo de 23 e um máximo de 64 anos. A maioria era do género feminino (90.4%), casada (48.6%) licenciada (72.6%) e tinha um curso superior na área do serviço social (53.4%). Uma proporção muito elevada era de nacionalidade portuguesa (98.6%).

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica (N = 208)

	N	%
Idade (M; DP)	38.5	7.8
<i>Género</i>		
Feminino	188	90,4
Masculino	20	9,6
<i>Estado civil</i>		
Casado(a)	101	48,6
Divorciado(a)	21	10,1
Separado(a)	4	1,9

Solteiro(a)	54	26,0
União de facto	27	13,0
Viúvo(a)	1	,5
Habilitações académicas		
Licenciatura	151	72,6
Mestrado	55	26,4
Doutoramento	2	1,0
Área do curso		
Ciências Sociais	40	19,2
Educação Social	17	8,2
Outra	14	6,7
Psicologia	26	12,5
Serviço Social	111	53,4

## Resultados

As respostas à escala de expressão da sexualidade podem ser apreciadas na tabela 2. Em cinza-claro evidenciamos as respostas mais frequentes (moda).

Tabela 2 – Perceção da sexualidade

	1	2	3	4	5
influência da idade do idoso na expressão da sexualidade.	1,9%	16,8%	48,1%	27,9%	5,3%
influência do estado de saúde do idoso na expressão da sua sexualidade.	1,4%	12,0%	29,3%	42,3%	14,9%
influência da formação escolar do idoso na vivência da sua sexualidade.	10,6%	32,2%	35,6%	17,8%	3,8%
influência da religião do idoso na expressão da sua sexualidade.	6,3%	19,7%	29,3%	35,6%	9,1%
influência da família do idoso na expressão da sua sexualidade.	6,3%	26,9%	36,1%	26,0%	4,8%

influência das novas relações de intimidade do idoso na expressão da sua sexualidade.	2,9%	21,6%	47,6%	22,1%	5,8%
influência que a institucionalização do idoso numa ERPI tem na expressão da sua sexualidade.	2,4%	15,9%	32,7%	36,1%	13,0%
influência da expressão da sexualidade na qualidade de vida do idoso.	1,0%	12,5%	38,5%	38,5%	9,6%

*Legenda:* 1 – Nunca 2 – Raramente 3 – Às vezes 4 – Quase sempre 5 - Sempre

As respostas à escala de expressão da intimidade podem ser apreciadas na tabela 3.

Tabela 3 – Perceção da intimidade

	1	2	3	4	5
Concordância das famílias dos idosos com o estabelecimento de novos relacionamentos.	5,3%	40,9%	41,3%	10,6%	1,9%
Concordância das direções técnicas com a expressão da intimidade na idade avançada.	0,5%	13,0%	35,1%	36,1%	15,4%
Concordância dos auxiliares de ação direta com a expressão da intimidade na idade avançada.	1,4%	18,8%	38,0%	35,6%	6,3%
Concordância com a disponibilização de quartos que permitam a vivência da intimidade em novas relações.	15,4%	32,2%	30,3%	14,9%	7,2%
Concordância com a realização de atividades para cuidar a imagem corporal.	0,5%	4,8%	19,7%	36,1%	38,9%
Concordância com a implementação de atividades formativas sobre a intimidade na idade avançada.	6,3%	33,7%	34,6%	19,2%	6,3%
Concordância com a promoção de condições favoráveis à vivência da intimidade no exterior da instituição.	13,0%	27,4%	33,2%	19,7%	6,7%
Concordância com a divulgação de informação sobre a sexualidade segura.	14,4%	28,8%	29,8%	16,3%	10,6%

*Legenda:* 1 – Nunca acontece 2 – Raramente 3 – Às vezes 4 – Quase sempre  
5 – Acontece sempre

A consistência interna das escalas, analisada com o coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach, variou entre um mínimo de .692 (fraco, mas aceitável) a um máximo de .94 (excelente). A categorização dos valores de Alfa tem como referência Hill (2014).

**Tabela 4 – Consistência interna**

	Cronbach's	
	Alpha	N de Itens
<i>Sexualidade</i>	.797	8
<i>Intimidade</i>	.803	8
<i>Soft Skills</i>		
Autorrealização	,904	13
Assertividade	.858	9
Suporte Social	,797	8
Trabalho de equipa	,692	4
Abertura Novidade	,859	6
Resiliência	,848	7

As estatísticas descritivas das escalas podem ser apreciadas na tabela seguinte. Apresentam-se os valores **mínimos e máximos, médias e respetivos desvios padrão.**

**Tabela 5 – Estatísticas descritivas**

	Mínim o	Máxim o	Média	Desvio padrão
<i>Sexualidade</i>	14,0	40,0	25,5	5,0
<i>Intimidade</i>	11,0	36,0	24,6	5,1
<i>Soft Skills</i>				
Autorrealização	37,0	65,0	54,5	6,4

Assertividade	25,0	45,0	36,3	4,7
Suporte Social	23,0	40,0	35,0	3,4
Trabalho de equipa	<b>12,0</b>	20,0	<b>17,0</b>	2,0
Abertura Novidade	7,0	20,0	18,1	2,1
Resiliência	18,0	35,0	28,1	3,6

A correlação mais elevada entre as dimensões das soft skills ocorre entre as dimensões Assertividade e Trabalho em Equipa ( $r = .735$ ).

**Tabela 6 – Correlações**

	Autor realizaçã o	Asser tividade e	Suport e Social	Trabalh o Equipa	Abertura Novidad e	Resiliênci a	Sex.
Assertividade	,678***						
Suporte Social	,536***	,626***					
Trabalho em equipa	,663***	,735***	,615**				
Abertura Novidade	,304***	,393***	,627***	,657***			
Resiliência	,680***	,706***	,536***	,663***	,366***		
Sexualidade	,085	-,043	,019	-,021	-,051	,045	
Intimidade	,209**	,184**	,242**	,264**	,274***	,211**	,078

\*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$  \*\*\*  $p < .001$

As diferenças na perceção do grau de desenvolvimento das soft skills e na perceção da expressão da intimidade e sexualidade é **invariante entre os Diretores Técnicos femininos e masculinos** ( $p > .05$ ).

**Tabela 7 – Comparação por género**

	Feminino		Masculino		Sig.
	M	DP	M	DP	
<i>Sexualidade</i>	25,6	4,9	25,4	6,1	,846
<i>Intimidade</i>	24,6	5,3	24,7	4,7	,943
<i>Soft Skills</i>					
Autorrealização	54,5	6,4	53,9	6,7	,713

Assertividade	36,2	4,9	37,1	3,5	,315
Suporte Social	35,1	3,4	34,4	3,2	,383
Trabalho de equipa	17,0	2,0	16,8	1,9	,622
Abertura Novidade	18,2	1,9	17,2	3,3	,276
Resiliência	28,0	3,6	29,2	3,0	,162

## Hipóteses

**Hipótese 1 – Existe uma relação significativa e positiva entre o grau de desenvolvimento das soft skills da resiliência e a perceção da intimidade e sexualidade;**

O coeficiente de correlação entre a **resiliência e a perceção da intimidade é estaticamente significativo, positivo e fraco** ( $r = .211, p = ,002$ ).

O coeficiente de correlação entre a **resiliência e a perceção da sexualidade não é estaticamente significativo** ( $r = .045, p = ,516$ ).

**Confirma-se assim, parcialmente, a hipótese enunciada.**

**Hipótese 2 – Existe uma relação significativa e positiva entre o grau de desenvolvimento das soft skills do suporte social e da idade do idoso na expressão da intimidade e sexualidade;**

O coeficiente de correlação entre o **suporte social e a perceção da intimidade é estaticamente significativo, positivo e fraco** ( $r = .242, p = ,001$ ).

O coeficiente de correlação entre o **suporte social e a perceção da sexualidade não é estaticamente significativo** ( $r = .019, p = ,789$ ).

**Hipótese 3 – Existe relação significativa positiva entre o grau de desenvolvimento das soft skills da autorrealização na expressão da intimidade e sexualidade;**

O coeficiente de correlação entre a **autorrealização e a percepção da intimidade** é estaticamente significativo, positivo e fraco ( $r = .209, p = ,002$ ).

O coeficiente de correlação entre a **autorrealização e a percepção da sexualidade** não é estaticamente significativo ( $r = .085, p = ,222$ ).

**Hipótese 4 – Existe relação significativa positiva entre o grau de desenvolvimento da soft skills da assertividade na expressão da intimidade e sexualidade;**

O coeficiente de correlação entre a **assertividade e a percepção da intimidade** é estaticamente significativo, positivo e fraco ( $r = .184, p = ,008$ ).

O coeficiente de correlação entre a **assertividade e a percepção da sexualidade** não é estaticamente significativo ( $r = .043, p = ,534$ ).

**Hipótese 5 – Existe relação significativa positiva entre o grau de desenvolvimento das soft skills do trabalho em equipa e a percepção da intimidade e sexualidade.**

O coeficiente de correlação entre o **trabalho em equipa e a percepção da intimidade** é estaticamente significativo, positivo e fraco ( $r = .264, p = ,001$ ).

O coeficiente de correlação entre o **trabalho em equipa e a percepção da sexualidade** não é estaticamente significativo ( $r = -.021, p = ,765$ ).

**Hipótese 6 – Existe relação significativa positiva e o grau de desenvolvimento da soft skills de abertura à novidade e a percepção da intimidade e sexualidade.**

O coeficiente de correlação entre a **abertura à novidade e a percepção da intimidade** é estaticamente significativo, positivo e fraco ( $r = .274, p = ,001$ ).

O coeficiente de correlação entre a **abertura à novidade** e a **percepção da sexualidade** não é estaticamente significativo ( $r = -.051, p = ,463$ ).