

**UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA**  
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

**EFEITO DO SORRISO NA ATRIBUIÇÃO  
DE COMPETÊNCIAS AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

MARIA EUGÉNIA RODRIGUES MENDES

PORTO 2008



**UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA**  
**FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS**

**EFEITO DO SORRISO NA ATRIBUIÇÃO  
DE COMPETÊNCIAS AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

**MARIA EUGÉNIA RODRIGUES MENDES**

**PORTO 2008**

**UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA**  
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

**EFEITO DO SORRISO NA ATRIBUIÇÃO  
DE COMPETÊNCIAS AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

**Orientador:** Prof. Doutor Freitas-Magalhães

Dissertação apresentada à Universidade  
Fernando Pessoa como parte dos  
requisitos para obtenção do grau de  
Mestre em Psicologia – Especialização  
em Psicologia da Saúde e Intervenção  
Comunitária

**MARIA EUGÉNIA RODRIGUES MENDES**

PORTO 2008

## RESUMO

O presente estudo visa avaliar o efeito do sorriso na atribuição de competências aos profissionais de saúde. Foram estudadas também as escolhas do tipo de sorriso nos diferentes grupos profissionais em análise e a influência nessas escolhas das variáveis género dos estímulos e dos respondentes, grupo etário e a classificação dos sorrisos em verdadeiros e falsos.

Foi desenhado um estudo descritivo transversal com recurso à Escala de Percepção do Sorriso (Freitas-Magalhães, 2003). Solicitou-se aos participantes que efectuassem uma escolha, de entre 7 fotografias que representavam: Sem Sorriso e sorriso Fechado, Superior e Largo em versão verdadeiro e falso, para cada um dos grupos profissionais em estudo (Enfermeiros, Médicos e Psicólogos) após o que efectuavam o preenchimento da escala. A amostra é constituída por 265 participantes que se dividiam por três grupos etários: jovens, adultos e idosos.

Os resultados permitem afirmar que existe relação estatisticamente significativa entre o tipo de sorriso escolhido e a atribuição de competências aos profissionais em estudo, verificando-se médias mais elevadas para as Competências Relacionais e de Comunicação Interpessoal do que para as Competências Afectivas.

Permitem verificar, ainda, que o sorriso Fechado foi escolhido para todos os grupos profissionais e géneros dos estímulos o que invalida a hipótese que previa escolhas diferentes para grupos profissionais e géneros diferentes. No que diz respeito ao género e grupo etário dos respondentes, os resultados permitem verificar que existem diferenças significativas nas escolhas do tipo de sorriso efectuadas para os grupos profissionais Enfermeiro, Médica e Psicólogo determinadas pelo género e pelo grupo etário dos respondentes e que o mesmo não se verifica nos grupos profissionais Enfermeira, Médico e Psicóloga.

Não se verificou preferência pelos sorrisos verdadeiros, verificando-se uma igual distribuição nas escolhas por verdadeiro e falso.

## **ABSTRACT**

This study aims at assessing the effect of smile on the acknowledgement of competences to health professionals. The perception of the type of smile in the different groups of professionals and the influence of the variables gender of stimuli and respondents, and age group, and the classification of smiles as true or false upon those choices were also considered.

A cross-sectional descriptive study was designed based on the Smile Perception Scale (Freitas-Magalhães, 2003). The subjects were requested to select one among seven pictures representing Non-Smile, Closed Smile, Upper Smile, and Broad Smile, always as True and False, for each one of the groups of professionals in the scope of the study (Nurses, Doctors and Psychologists), and fill in the scale afterwards. The sample includes 265 subjects divided into three age groups: youngsters, adults, and elderly.

The results obtained allow the conclusion that the relation between the types of smile selected and the acknowledgement of competences to the studied professionals is statistically significant. The higher averages correspond to Relational Competences and Interpersonal Communication, rather than to Affective Competences.

They also allow the conclusion that the Closed Smile was the choice for all the groups of professionals and gender of stimuli, thus invalidating the hypothesis which predicted different choices for different professional groups and different genders. Concerning the gender and age group of respondents, the results allow the conclusion that there are significant differences in the choice of smile made for the male Nurse, female Doctor, and male Psychologist professional groups which were determined by the gender and age group of respondents and that this is not applicable to the female Nurse, male Doctor, and female Psychologist professional groups.

The preference for true smiles was not confirmed and an equal distribution between choices for true and false was obtained instead.

## **RESUME**

La présente étude vise à évaluer l'effet du sourire dans l'attribution des compétences aux professionnels de santé. Le choix des sourires a aussi été étudié dans les différents groupes de professions en analyse et l'influence de ces choix dans les variables genre de stimulus et ses répondants, le groupe étaire et la classification des sourires entre vrai et faux.

Une étude descriptive transversal a été réalisée ayant recourt à l'Échelle de Perception du Sourire (Freitas-Magalhães, 2003). Les participants devaient choisir, entre 7 photographies ayant les représentations suivantes: Sans Sourire et sourire Fermé, Supérieur et Large dans la catégorie vrai et faux, pour chacun des groupes professionnels qui servaient d'étude (Infirmiers, Médecins et Psychologues) et après remplir l'échelle. Cet échantillon est constitué par 265 participants scindés en trois groupes étaires: jeunes, adultes et personnes âgées.

Les résultats obtenus permettent d'affirmer qu'il existe une relation, statistiquement parlant, significative entre le type de sourire choisi et l'attribution des compétences aux professionnels de santé en question, permettant ainsi de vérifier des valeurs plus élevées en ce qui concerne les Compétences Relationnelles et Communication Interpersonnelle contrairement aux Compétences Affectives.

Les résultats permettent aussi de considérer que le sourire fermé a été choisi pour tous les groupes professionnels et genres de stimulus, ce qui invalide l'hypothèse qui prévoyait des choix différents pour les groupes professionnels et genres différents. En ce qui concerne le genre et le groupe étaire des répondants, les résultats permettent d'observer qu'il existe des différences significatives dans les choix du type de sourire effectués par les groupe de professionnels de santé, Infirmier, Médecin femme et Psychologue, déterminées par le genre et par le groupe étaire des répondants et ceci ne se vérifie pas au sein des groupes de professionnels Infirmière, Médecin et Psychologue femme. Aucune préférence pour les sourires vrais n'a été vérifiée et la répartition des choix entre vrai et faux a été homogène.

## AGRADECIMENTOS

*Hoje roubei todas as rosas dos jardins  
e cheguei ao pé de ti de mãos vazias.*

Eugénio de Andrade

Ao Professor Doutor Freitas-Magalhães que, com a generosidade dos grandes, aceitou guiar-me pelos meandros tortuosos da investigação científica e que comigo partilhou os seus saberes e os seus sorrisos.

Ao Laboratório de Expressão Facial da Emoção (FEELab) pela indispensável colaboração logística e de análise de imagens.

A todos os que *deram a cara* em prol da ciência e se deixaram fotografar mesmo sabendo que iriam ser sujeitos a análise e exposição posterior. Não há palavras suficientes para agradecer tamanha generosidade! Também ao fotógrafo Rui Pereira que, pacientemente, fez o possível para transformar imagens colhidas por uma amadora em qualquer coisa aceitável...

À Dr.<sup>a</sup> Marta Loureiro e ao Dr. Artur Santos, distintos directores da Universidade Sénior Contemporânea, ao Dr. Victor Frago e aos seus entusiásticos alunos da turma de Inteligência Emocional pelo caloroso acolhimento e pela colaboração prestada.

Ao Dr. Fernando Calado, de quem me sinto ainda e eternamente aluna e que há quase 25 anos me contaminou com o vírus da curiosidade científica, ilustre director do Centro de Formação Profissional de Bragança cujas portas me franqueou ao jeito transmontano do *“entre quem é”*. A oportunidade única de poder contar com os seus formadores, formandos e funcionários para a recolha de dados revelou-se absolutamente profícua. Um agradecimento especial ao Sr. Mário, verdadeiro anjo da guarda em farda de Segurança.

Às psicólogas Dr.<sup>a</sup> Manuela Machado e Dr.<sup>a</sup> Filipa Prior pela colaboração na recolha de dados do estudo principal e ao Animador Social Dr. Bruno Rodrigues pela entusiástica

disseminação do estudo preliminar.

Ao Mestre Marbino Resende, mui caro *camarada de luta*, não só por ter dado a cara, mas, e acima de tudo, pela amizade. Apesar de ventos favoráveis o atirarem para longe, encontrou tempo para pôr ao meu serviço a sua incomparável inteligência e o seu humor e, assim, operar em mim os processos necessários ao incremento da Plasticidade Cognitiva.

À Cris, por ser a prova viva das palavras de Eugénio de Andrade “*um amigo é o lugar da terra onde as maçãs brancas são mais doces*”.

Aos meus amigos de sempre pelo incentivo, pela colaboração, pelo “acreditar” e pelos “empurrões”. Um agradecimento especial à Anita, à Marina, à Zé e à Augusta Mata pelo *engajamento* de participantes para o estudo principal.

Ao Max e à D.<sup>a</sup> Alice pelas horas roubadas e pelo continuado *abandono do lar*.

À mais cintilante Estrelita do universo e arredores, única e verdadeira razão da minha existência e que continuamente faz brotar dos meus lábios os mais variados tipos de sorrisos verdadeiros. Sem o seu amor (e a sua paciente ajuda) todo este percurso seria ainda mais difícil de trilhar.

Aos meus pais pela abnegada entrega com que dedicam, ainda, a sua vida às filhas e aos netos. O seu exemplo de tenacidade e altruísmo são marca indelével na minha vida.

## **ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS**

### **Abreviaturas**

cit. - citado

*e.g.* – *exempli gratia* (por exemplo)

Dr. – Doutor

Dr.<sup>a</sup> - Doutora

sic – tal e qual

### **Siglas e Acrónimos**

AU – Unidade de Acção

AUs – Unidades de Acção

CNV – Comunicação Não Verbal

SNA – Sistema Nervoso Autónomo

SNC – Sistema Nervoso Central

SPS – Smile Perception Scale (Escala de Percepção do Sorriso)

N – Número

TS – Tipo de Sorriso

GE – Grupo Etário

DP – Desvio Padrão

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO E REVISÃO DA LITERATURA	3
CAPITULO 1 - COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL - NO TRILHO DAS EMOÇÕES	4
CAPITULO 2 - O SORRISO – UMA CURVA EM LINHA RECTA COM A EMOÇÃO	13
CAPITULO 3 - A PERCEPÇÃO DO OUTRO – FOCAR E TIRAR O RETRATO	19
CAPITULO 4 - A PERCEPÇÃO DO SORRISO – “SORRIA PARA QUE EU O VEJA”	29
CAPITULO 5 - COMPETÊNCIAS – SABER, SER E AGIR	36
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	45
CAPITULO 6 – ESTUDO EMPÍRICO PRELIMINAR	46
6.1 – INTRODUÇÃO	46
6.2 – METODOLOGIA	47
6.2.1 – <i>DESIGN</i> DO ESTUDO	47
6.2.2 - INSTRUMENTOS E MEDIDAS	47
6.2.3 - PROCEDIMENTO	48
6.2.4 – PARTICIPANTES	48
6.3 - RESULTADOS	50
CAPITULO 7 – ESTUDO EMPÍRICO PRINCIPAL	52
7.1 – INTRODUÇÃO	52
7.2 – METODOLOGIA	53
7.2.1 – <i>DESIGN</i> DO ESTUDO	55
7.2.2 - INSTRUMENTOS E MEDIDAS	55
7.2.3 - PROCEDIMENTO	58
7.2.4 – PARTICIPANTES	60
7.3 - RESULTADOS	64
CAPITULO 8 – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO	78
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83
ANEXOS	
ANEXO 1 – FORMULÁRIO DO ESTUDO PRELIMINAR	
ANEXO 2 - QUESTIONÁRIO DO ESTUDO PRINCIPAL	
ANEXO 3 - QUADROS	
ANEXO 4 – ESCALA DE PERCEPÇÃO DO SORRISO	

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Representação das sete emoções básicas	9
Figura 2 – Áreas do rosto superior e inferior e alguns músculos dessas áreas	11
Figura 3 – Músculos das AUs do rosto superior	11
Figura 4 – Sorriso com e sem Marcador Duchenne	15
Figura 5 – Sorriso in-útero	17
Figura 6 - Desenvolvimento de competências	37
Figura 7 - Faces escolhidas para integrar o instrumento de recolha de dados do Estudo Principal	51

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Marcadores morfológicos e dinâmicos	16
Quadro 2 – Tipos de sorriso	16
Quadro 3 – Postulado básico e princípios da formação de impressões	27
Quadro 4 – Componentes e níveis das competências segundo Bloom	38
Quadro 5 – Níveis de desenvolvimento moral segundo Kohlberg	41
Quadro 6 – Distribuição dos participantes por idade e género	49
Quadro 7 - Grau de Atractividade - Homens	50
Quadro 8 - Grau de Atractividade - Mulheres	50
Quadro 9 – Factores da Escala de Percepção do Sorriso	57
Quadro 10 – Equivalências das competências com os dípolos da Escala de Percepção do Sorriso	58
Quadro 11 – Distribuição por género e grupo etário	61
Quadro 12 – Distribuição por estado civil	61
Quadro 13 – Distribuição por Formação Académica	61
Quadro 14 – Distribuição por Profissão	62
Quadro 15 – Distribuição por resposta à questão “Ao longo da sua vida já teve contacto com os seguintes profissionais de saúde?”	62

Quadro 16 – Distribuição por resposta relativa ao grupo Médico(a) à questão “Como classifica, globalmente, esses momentos?”	63
Quadro 17 – Distribuição por resposta relativa ao grupo Enfermeiro(a) à questão “Como classifica, globalmente, esses momentos?”	63
Quadro 18 – Distribuição por resposta relativa ao grupo Psicólogo(a) à questão “Como classifica, globalmente, esses momentos?”	64
Quadro 19 – Médias por competência e tipos de sorriso nos grupos profissionais	65
Quadro 20 – F ratio para as competências por grupo profissional	66
Quadro 21 – Tipo de Sorriso escolhido para Enfermeiro	67
Quadro 22 - Tipo de Sorriso escolhido para Enfermeira	67
Quadro 23 - Tipo de Sorriso escolhido para Médico	68
Quadro 24 - Tipo de Sorriso escolhido para Médica	68
Quadro 25 - Tipo de Sorriso escolhido para Psicólogo	68
Quadro 26 - Tipo de Sorriso escolhido para Psicóloga	69
Quadro 27 - Tipo de Sorriso escolhido por grupo profissional	69
Quadro 28 – Frequência dos tipos de sorriso escolhidos para Enfermeiro por grupo etário e por gênero	70
Quadro 29 – Comparação das médias dos tipos de sorriso escolhidos para Enfermeiro por grupo etário	70
Quadro 30 – Comparação das médias dos tipos de sorriso escolhidos para Enfermeiro por gênero	70
Quadro 31 – Frequência dos tipos de sorriso escolhidos para Enfermeira por grupo etário e por gênero	71
Quadro 32 – Comparação das médias dos tipos de sorriso escolhidos para Enfermeira por grupo etário	71
Quadro 33 – Comparação das médias dos tipos de sorriso escolhidos para Enfermeira por gênero	71
Quadro 34 – Frequência dos tipos de sorriso escolhidos para Médico por grupo etário e por gênero	72
Quadro 35 – Comparação das médias dos tipos de sorriso escolhidos para Médico por grupo etário	72
Quadro 36 – Comparação das médias dos tipos de sorriso escolhidos para Médico por gênero	72

Quadro 37 – Frequência dos tipos de sorriso escolhidos para Médica por grupo etário e por género	73
Quadro 38 – Comparação das médias dos tipos de sorriso escolhidos para Médica por grupo etário	73
Quadro 39 – Comparação das médias dos tipos de sorriso escolhidos para Médica por género	73
Quadro 40 – Frequência dos tipos de sorriso escolhidos para Psicólogo por grupo etário e por género	74
Quadro 41 – Comparação das médias dos tipos de sorriso escolhidos para Psicólogo por grupo etário	74
Quadro 42 – Comparação das médias dos tipos de sorriso escolhidos para Psicólogo por género	74
Quadro 43 – Frequência dos tipos de sorriso escolhidos para Psicóloga por grupo etário e por género	75
Quadro 44 – Comparação das médias dos tipos de sorriso escolhidos para Psicóloga por grupo etário	75
Quadro 45 – Comparação das médias dos tipos de sorriso escolhidos para Psicóloga por género	75
Quadro 27 - Tipo de Sorriso escolhido por grupo profissional	77

## INTRODUÇÃO

No cenário da relação terapêutica, os profissionais de saúde movimentam-se numa complexa rede de interações que sabem determinante para o sucesso das intervenções que realizam. Neste contexto, a permanente percepção do outro é recíproca. O técnico tenta perceber o doente e a sua circunstância enquanto é avaliado pelo que mostra de si ao utilizador de cuidados e pela forma como desempenha o seu papel de profissional. Neste jogo ambivalente e plural a comunicação não verbal é pedra-angular e veículo privilegiado.

O sorriso é o mais frequente dos sinais não verbais emitidos no âmbito da comunicação não verbal cinésica, e em particular da expressão facial, e um facilitador da aproximação física e psicológica entre as pessoas. O sorriso enquanto expressão social multidimensional “*pode ser descrito como a exibição da disponibilidade para a prática dialógica*” (Ekman, 1993 e Braconnier, 1996 cit. por Freitas-Magalhães, 2006, p.120).

O sorriso é inato e universal e, quando verdadeiro, expressão facial de emoções positivas. Ekman (1993 e 1996 cit. por Freitas-Magalhães, 2006, p.115) e Ekman e Davison, (1993 cit. por Freitas-Magalhães, 2006, p.115) afirmam que “*o sorriso é muito mais que a configuração da massa muscular: o sorriso é elemento caracterizador do comportamento emocional e motivo de desenvolvimento de atitudes interpessoais*”. Freitas-Magalhães (2006, p.113) defende que respostas positivas, como o sorriso, produzem um efeito, que pode ser terapêutico, na pessoa que as recebe.

O presente estudo, apresentado para a obtenção do grau de mestre em Psicologia parte do pressuposto que, a partir da observação do tipo de sorriso exibido pelo profissionais de saúde, os participantes que aqui se assumiam como clientes/utilizadores de cuidados, efectuavam uma representação do profissional em estudo e lhe atribuíam competências no âmbito do seu desempenho profissional.

Foi desenhado um estudo descritivo transversal com recurso à Escala de Percepção do Sorriso (Freitas-Magalhães, 2003). Para além do estudo do efeito do sorriso na

atribuição de competências aos profissionais de saúde foram estudadas também as escolhas do tipo de sorriso nos diferentes grupos profissionais em estudo e a influência das variáveis gênero dos estímulos, grupo etário e gênero dos respondentes e a classificação dos sorrisos em verdadeiros e falsos.

Esta dissertação apresenta-se dividida em duas partes:

- na Parte I é apresentado o enquadramento teórico e a revisão da literatura e encontra-se dividida em cinco capítulos que abordam a comunicação não verbal, a expressão facial da emoção em geral e o sorriso em particular, a percepção do outro, a percepção psicológica do sorriso e as competências.
- na Parte II é apresentado o estudo empírico realizado e que se divide em três capítulos os quais por sua vez apresentam os desenhos metodológicos e os resultados do estudo empírico preliminar e do estudo empírico principal, e a discussão e conclusão.

## **PARTE I**

### **ENQUADRAMENTO TEÓRICO E REVISÃO DA LITERATURA**

Na presente parte será apresentada a revisão da literatura efectuada a fim de proceder ao enquadramento e fundamentação teórica do estudo. São apresentados cinco capítulos que abordam a comunicação não verbal, a expressão facial da emoção em geral e o sorriso em particular, a percepção do outro, a percepção psicológica do sorriso e as competências.

## CAPITULO 1

### COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL - NO TRILHO DAS EMOÇÕES

O acto de comunicar pode assemelhar-se ao conceito de melodia. O que confere à melodia ritmo, harmonia e todas as outras características que a tornam agradável ao ouvido é sem dúvida o conjunto de notas emitido mas também as pausas, as alternâncias de silêncios e notas e a intensidade da emissão de sons. Também na comunicação humana muitas vezes o que é verbalizado não teria sentido ou não seria entendido sem um conjunto de fenómenos que surgindo em paralelo com a verbalização lhe conferem consistência e clarificação. Falamos obviamente da Comunicação não verbal.

A comunicação não verbal (CNV) pode ser definida como *“as mensagens expressas por outros meios que não os linguísticos”* (Adler e Towne, 1999, p.110) e pode ocorrer ou não em simultâneo com a comunicação verbal. Abreu (1998) refere que a CNV precede a comunicação verbal na ontogénese e filogénese da comunicação humana e, por se tratar de um tipo de comunicação muitas vezes não auto-consciente, também parece preceder e dirigir a comunicação verbal. *“Merleau-Ponty falava de um horizonte ‘ante-predicativo’ que não designaria uma ordem de antecendência mas que atravessaria toda a construção verbal”* (Jeudy, sd, cit. por Rodrigues, 1993, p.7) e que manifestaria, dado esse facto, uma autonomia própria. Essa autonomia parece ser confirmada pela constatação de que pode existir CNV isoladamente mas nunca comunicação verbal sem manifestações não verbais.

De facto, o primeiro dos axiomas da comunicação apresentado por Watzlawick *et al* (cit. por Abreu, 1998) e que se estriba nos estudos da designada Escola de Palo Alto, é precisamente que *não se pode não comunicar*. Qualquer comportamento apreendido por um receptor pode por este ser entendido com um significado e ser, portanto, uma forma de comunicação levando ao paradoxo de *comunicar que não se quer comunicar* (Abreu, 1998).

Ocorrendo ou não de forma consciente e voluntária, em simultâneo/paralelo ou não com a comunicação verbal, a CNV pode manifestar-se nos seguintes tipos (Silva, 2005, p.49):

- Paralinguagem ou Paraverbal – “(...) ocorre quando se emite qualquer som produzido pelo aparelho fonador (...) que não faça parte do sistema sonoro da língua usada.” (Silva, 2005, p.53) como sejam, o tom de voz, a modulação, o ênfase mas também as pausas, as hesitações e os silêncios. Eco (1989, p.11) refere, a título de exemplo, que “*A Escola de arte dramática de Stanislavsky ensinava (...) a pronunciar a frase ‘esta noite’, em quarenta entoações diferentes, conferindo-lhe o significado de ameaça, oração, aviso, sedução, promessa, etc.*”
- Proxémica – refere-se aos espaços interpessoais (territorialidade) e às distâncias mantidas entre as pessoas. Vários autores definiram e classificaram as distâncias de diversas maneiras, agrupando diversos tipos (pessoal ou íntima, profissional, social...) no entanto nesta área as diferenças culturais são tão marcantes que “*o número de centímetros que constituem para um americano branco e protestante a mais razoável distância confidencial, para um latino ou um árabe podem ser sinal de um afastamento de desprezo, e vice versa.*” (Hall cit. por Eco, 1989, p.10).
- Tacésica – refere-se ao toque em todas as suas dimensões: modo de aproximação, pressão exercida, tempo de contacto e a parte do corpo tocada.
- Cinésica – ou “linguagem” corporal pode dividir-se em dois grandes grupos: a expressão corporal que se refere à posição do corpo no espaço, à actividade corporal visível, aos movimentos das mãos e, particularmente importante em contexto terapêutico, a expressão facial da qual falaremos detalhadamente adiante.
- Outros – partindo da premissa acima enunciada de que tudo constitui um acto de comunicação, podemos considerar: o ambiente físico, as cores (Heller, 2005, p.18), os instrumentos próprios da profissão, vestuário e complementos entre muitos outros. Também neste item o contexto cultural é determinante para a interpretação da mensagem como se pode verificar no exemplo apresentado por Eco (1989, p.9) “*Em Citânia: tem mini-saia – é uma rapariga leviana. Em Milão: tem mini-saia – é uma rapariga moderna. Em Paris: tem mini-saia – é*

*uma rapariga. Em Hamburgo, no Eros: tem mini-saia – se calhar é um rapaz.”.*  
Um outro exemplo elucidativo é a multiplicidade de cores e tipos de roupa associados ao luto em função da cultura e religião.

Como se pode verificar, os objectivos e funções da CNV consistem, não só, em confirmar, complementar, contradizer ou substituir a comunicação verbal mas também em demonstrar e reconhecer emoções (Silva, 2005, p.55; Bitti e Zani, 1993 cit. por Freitas-Magalhães, 2006, p.73; Soriano, 2005, p.130-131).

Ao nosso estudo interessa a comunicação cinésica e, dentro desta, particularmente a expressão facial. Bitti e Zani (1993 cit. por Freitas-Magalhães, 2006, p.28) referem três tipos de funções para a mímica facial:

1. *A expressão das emoções e das atitudes interpessoais*
2. *Envio de sinais inerentes à interacção em curso*
3. *Manifestação de aspectos típicos da personalidade do indivíduo*

O rosto é a parte mais visível do corpo e a mais expressiva (Soriano, 2005, p.116; Freitas-Magalhães, 2006; Freitas-Magalhães, 2007) sendo, segundo Ekman (cit. por Freitas-Magalhães, 2007, p.21), capaz de exibir mais de dez mil expressões. Hager (cit. por Freitas-Magalhães, 2007, p.21) considera que o “*rosto é o primeiro sistema de comunicação humano*”, Freitas-Magalhães (2007, p.33) considera-o como “*o palco da nossa identidade*” e Courtine e Haroche (1988, p.45) “*a metáfora da alma*”.

*“Manuais de retórica, obras de fisiognomonia, livros de civismo e arte de conversação do século XVI ao século XVIII lembram incansavelmente: o rosto está no centro das percepções de si, da sensibilidade a outrem, dos rituais da sociedade civil, das formas do político. (...) o rosto fala. Ou de modo mais preciso: o indivíduo exprime-se pelo rosto”* (Courtine e Haroche, 1988, p.7-8). Emerge e amadurece ao longo dos tempos a ideia de que a expressão do rosto revela não só a identidade do indivíduo mas também as suas emoções – as *paixões* ou *estados d’alma* como aparecem referenciadas nos primeiros textos. Há, então, a certeza da necessidade de as reconhecer e na acepção de Courtine e Haroche (1988) de saber o que deve exprimir-se e o que deve calar-se.

Com a publicação de *The expression of the emotions in man and animals* em 1872, Darwin inicia uma nova era, refutando os estudos anteriormente publicados que considera “*de utilidade medíocre ou nula*” (Darwin cit. por Courtine e Haroche, 1988, p.217).

A comunidade científica é unânime no reconhecimento da importância dos estudos de Darwin, considerando-os como os primeiros estudos científicos sobre a expressão facial da emoção (Courtine e Haroche, 1988; Ekman, 2003a; Ekman, 2003b; Freitas-Magalhães, 2006; Freitas-Magalhães, 2007; Galvão, 2001; Hager e Ekman, 1983; Matsamoto, 1987; Zusman, 2000).

Nestes estudos, Darwin tem como objectivo fundamentar e determinar até onde as mudanças específicas nos traços e gestos correspondem a expressões de certos estados de espírito. Recorre à observação sistemática de crianças, adultos, doentes mentais, povos de várias culturas e animais, e compara os seus resultados com os estudos sobre fisionomia da face humana (Galvão, 2001), particularmente os efectuados por Duchenne du Boulogne sobre anatomia do movimento facial, e com o conhecimento até aí produzido sobre as emoções (Ekman, 2003).

Das suas observações Darwin verifica que as expressões emocionais não só preparam o animal para um propósito específico mas servem também para a expressão e comunicação das suas intenções. As mensagens são captadas pelos outros animais e reconhecidas pois têm um sentido definido e inequívoco: servem a *luta pela vida* e a *selecção natural* (Zusman, 2000, p. 46). Fenómeno idêntico ocorre nos seres humanos que ao longo do processo de hominização foram evoluindo na sua forma de expressar as emoções mantendo no entanto alguns traços que revelam a sua origem filogenética como é visível na expressão facial da cólera em que a contracção dos músculos faciais e a exposição dos dentes em tudo faz lembrar um animal em posição de ataque (Zusman, 2000).

Darwin “*constatando que um mesmo estado de espírito exprime-se nos seres humanos ao redor do mundo com ‘impressionante uniformidade’ e que determinadas expressões emocionais são comuns ao ser humano e alguns animais, defende que as expressões das*

*emoções teriam desempenhado importante papel na sobrevivência e na evolução da espécie humana”* (Galvão, 2001, p.16).

Assim, e baseando-se em aspectos exclusivamente de ordem ontogénica e filogénica, Darwin consolida, no estudo das emoções, a questão da funcionalidade dos comportamentos expressivos (Galvão, 2001). Não interessa saber apenas que movimento expressivo (contração muscular específica) é exibido em determinado momento mas também porque é exibido e porque é que uma particular expressão está associada a uma particular emoção (Ekman, 2003). Pela primeira vez na história é afirmada a universalidade de algumas expressões faciais – *“certas expressões emocionais são inatas e as mesmas para todas as pessoas”* (Darwin, 1872 cit. por Hager e Ekman, 1983, p. 2).

Os estudos de Darwin, profundamente polémicos na época em que foram publicados, foram pouco aceites pela comunidade científica. No entanto, Zusman (1999) refere que a obra de Darwin influenciou Freud e que *“alguns dos importantes conceitos da teoria Darwiniana têm significativa expressão na metapsicologia Freudiana”*. Mas só na década de 70 do século XX Darwin foi *“enfaticamente resgatado”* pelos cientistas interessados no estudo das emoções e da sua expressão (Galvão, 2001, p. 17).

Freitas-Magalhães (2006) afirma que o estudo das emoções é interdisciplinar e nele podemos encontrar contributos de várias áreas da ciência. As teorias, deles resultantes, mais consensuais para a comunidade científica são as de Ekman, Izard, Mandler, Panksepp e Plutchik (Freitas-Magalhães, 2006, p.45).

No nosso estudo utilizaremos como teoria de base a teoria da expressão facial da emoção de Paul Ekman por considerarmos ser a que melhor responde à sua fundamentação.

Ekman foi um dos entusiastas do *resgate* dos estudos de Darwin tendo em 1973 organizado o livro de homenagem ao centenário do trabalho do biólogo inglês *“Darwin and facial expression: a century of research in review”* onde compila e analisa todo o conhecimento produzido não só por Darwin mas também dos estudos produzidos nos últimos cem anos (Galvão, 2001).

Contrariamente a Darwin, os antropólogos da época, de que são exemplo Margaret Mead, Birdwhistell e LaBarre, atribuíam as expressões faciais à relatividade cultural argumentando que os seus significados eram arbitrários e específicos de cada cultura.

“*Dos seus trabalhos empíricos, Ekman (1982 e 1992) chegou à conclusão de que existem três sistemas em interação no fundamento de uma emoção: a cognição, a expressão facial e a actividade do SNA*” (Freitas-Magalhães, 2006, p.45) ou seja, existe uma programação, no nível do sistema nervoso, que estabelece uma ligação entre as emoções específicas e determinados movimentos dos músculos faciais, correspondência essa que é invariável. A comunidade científica é hoje unânime no reconhecimento de sete expressões universais as quais considera como emoções básicas (Freitas-Magalhães, 2007, p.109): alegria, aversão, cólera, desprezo, medo, surpresa e tristeza (Figura 1).



Figura 1 – Representação das sete emoções básicas.

“*Dos diversos estudos interculturais desenvolvidos, os pesquisadores da corrente neodarwiniana (Ekman, 1980) sustentam que o que pode variar de acordo com as culturas são as regras de expressão das emoções ou as condições de desencadeamento de uma ou outra emoção*” (Galvão, 2001, p.17). A teoria neurocultural de Ekman explica as influências biológicas e culturais que determinam os significados e o uso da expressão facial.

Assim, as emoções apresentam as seguintes características (Ekman, 1992 cit. por Freitas-Magalhães, 2006, p.46):

1. *Existência de um sinal distintivo pancultural;*
2. *Existência de expressões faciais distintivas universais determinadas filogeneticamente;*
3. *Existência de diversos sinais na expressão emocional;*

4. *A duração da emoção é limitada;*
5. *Determinado instante da expressão emocional reflecte os pormenores de determinada acção emocional;*
6. *As expressões emocionais podem ser divididas em graus de intensidade, os quais reflectem variações do vigor da acção subjectiva;*
7. *As expressões emocionais podem ser totalmente inibidas;*
8. *As expressões faciais podem ser convincentemente simuladas;*
9. *Cada emoção apresenta factores comuns pan-humanos como desencadeantes;*
10. *Cada emoção apresenta padrão pan-humano de alteração do SNA e do SNC*

A teoria da expressão facial da emoção de Ekman assenta nas seguintes premissas (Freitas-Magalhães, 2006, p.46; Freitas-Magalhães, 2007, p.105):

1. *A emoção evoluiu no sentido de gerir as actividades fundamentais da vida;*
2. *A emoção só é adaptativa desde que exista padrão diferente para cada uma delas;*
3. *Existência de padrão interligado da expressão e da fisiologia, ligado à cognição.*

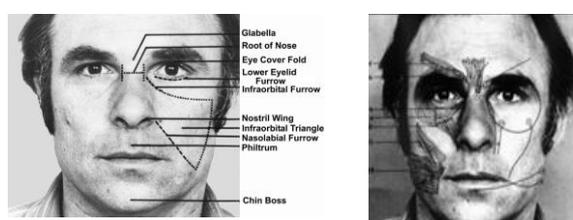
A teoria da expressão facial da emoção de Ekman propõe as seguintes hipóteses teóricas (Freitas-Magalhães, 2006, p.46 e 47; Freitas-Magalhães, 2007, p.106):

1. *“Lateralização – (a emoção positiva é mediada pelo hemisfério esquerdo do córtex e a emoção negativa pelo direito);*
2. *A eferência – (a emoção que acompanha a aproximação é mediada pelo hemisfério esquerdo e a emoção que acompanha o afastamento é mediada pelo direito). O programa da emoção vai provocar expressões distintas através da eferência para a musculatura do rosto.*
3. *o feedback facial – (... cria ou influencia a acção). As expressões faciais não só reflectem a experiência emocional do indivíduo, como também determinam como os mesmos indivíduos experimentam e rotulam as emoções (Cappella, 1993)”*

De entre os vários instrumentos utilizados e desenvolvidos nas suas pesquisas destaca-se o Facial Action Coding System (FACS) desenvolvido em parceria com Friesen em 1978 e revisto em 2002 por Ekman, Frisen e Hager (Freitas-Magalhães, 2007).

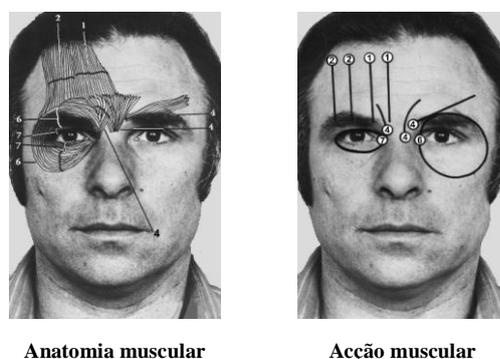
Através do FACS é possível medir todos os movimentos faciais visíveis (Hager e Ekman, 1983). Todo o movimento facial resulta da ação muscular, assim sendo, é possível perceber que músculos produzem uma determinada modificação momentânea da aparência permitindo analisar qualquer movimento facial em unidades de ação (AU) mínimas anatomicamente fundadas (Ekman e Friesen, 2002; Ekman, Friesen e Hager, 2002).

Para a análise das AUs, o rosto é dividido em superior e inferior e em áreas específicas às quais corresponde um conjunto de músculos (Figura 2).



**Figura 2** – Áreas do rosto superior e inferior e alguns músculos dessas áreas (Ekman, Friesen e Hager, 2002)

As AUs correspondem, na topografia do rosto, a uma localização precisa e podem ser compostas por um músculo específico ou parte dele ou por um conjunto de músculos que agem em simultâneo (Figura 3) (Ekman e Friesen, 2002; Ekman, Friesen e Hager, 2002; Freitas-Magalhães, 2007). Todos os músculos faciais podem estar envolvidos em uma ou várias emoções, mas alguns indiciam sempre uma emoção em particular como é o caso do *zigomaticus major* que produz o sorriso, característica específica da emoção alegria (Hager e Ekman, 1983).



**Figura 3** – Músculos das AUs do rosto superior (Ekman, Friesen e Hager, 2002)

No manual do FACS estão descritas 46 AUs e o que se prevê que possam ser as suas combinações possíveis, que de 4000 a 5000 na primeira versão do FACS passam a 10000 na revisão de 2002 (Ekman e Friesen, 2002; Ekman, Friesen e Hager, 2002) e ainda a sua classificação quanto a lateralidade (S para simétrico, L para left ou R para Righth) e intensidade (A a E).

Os resultados obtidos através da utilização do FACS “*podem ser convertidos para a compreensão de estados emocionais*” (Freitas-Magalhães, 2007, p.120) e permite não só a detecção e compreensão da emoção mas também das incongruências emocionais. Não é possível exibir duas emoções em simultâneo, particularmente emoções positivas e negativas que são mediadas por hemisférios cerebrais diferentes, e mascarar a emoção sentida exibindo no rosto a expressão correspondente à emoção contrária ou seja exibir voluntariamente uma expressão facial é detectável através do FACS.

Os estudos de Ekman e colaboradores abriram um manancial de linhas de investigação que têm mobilizado investigadores de todo o mundo bem como a criação de laboratórios de pesquisa de que são exemplo o Perception Lab liderado por David Perrett da St. Andrews University e o Laboratório de Expressão Facial da Emoção (FEELab), criado e dirigido por Freitas-Magalhães da Universidade Fernando Pessoa.

## CAPITULO 2

### O SORRISO – UMA CURVA EM LINHA RECTA COM A EMOÇÃO

Freitas-Magalhães (2006, p. 23) afirma que “*o sorriso faz parte do repertório intercomunicacional quotidiano de comportamentos, emoções e sentimentos*” surgindo como uma resposta aparentemente simples, mas contendo toda a complexidade inerente ao processo comunicacional (Argyle, Alkema, e Gilmore, 1972; Argyle, 1978 e 1988; Bergés e Lezine, 1972; Berscheid e Walster, 1978; Bitti, 1993; Brazelton, 1995 e Butovskaya e Kosintev, 1996 cit. por Freitas-Magalhães, 2006, p. 23).

O sorriso pode ser definido como a retracção das commissuras labiais concomitante com a sua elevação (Freitas-Magalhães 2006, p. 24), sendo que na literatura a definição mais comum se refere aos cantos da boca elevados ou puxados para cima (Procter, 1996; Hornby, 1995 e Friedlund, 1991 e 1994 cit. por Freitas-Magalhães 2006; Ekman, 1996).

Embora do ponto de vista morfológico todas as definições se aproximem e se reportem à acção do músculo zigomático maior (correspondente à AU 12 – lip corner puller), relativamente à interpretação elas apresentam algumas diferenças resultantes dos diversos significados atribuíveis ao sorriso - felicidade, divertimento, prazer, tristeza, insatisfação, embaraço, afeição, simpatia, ironia, surpresa... – compondo assim a subjectividade e complexidade do acto de sorrir (Landis, 1924; Klineberg, 1940; Hunt, 1941; Bruner e Tagiuri, 1954; Tagiuri, 1968; Kraut e Jonhstone, 1979, Fiedlund, 1991 cit. por Ekman, 1996 e Procter, 1996; Hornby, 1995 e Friedlund, 1991 e 1994 cit. por Freitas-Magalhães 2006). Se é universal que o sorriso é a expressão facial da emoção positiva alegria (Ekman, 1996) caberá distinguir entre os diversos tipos de sorriso.

Em 1862 Duchenne (Ekman, 1996; Willians *et al*, 2001; Soussignan, 2002; Freitas-Magalhães, 2006 e 2007) identificava mais que uma maneira de sorrir mas que apenas uma estava associada às emoções positivas, particularmente à alegria, e que era a expressão resultante da acção dos músculos zigomático maior e orbicular do olho.

Acreditando que o zigomático maior é um músculo que se pode contrair voluntariamente ao contrário do orbicular do olho que é involuntário e apenas activado pelas “*sweet emotions of the soul*” (Duchenne cit por Ekman, 1996, p.2; Damásio, 1998, p.157), Duchenne identificava assim a expressão resultante da associação destes dois músculos como a expressão genuína de emoções positivas, o sorriso verdadeiro designado na literatura por “*felt/enjoyment smile*”.

Só em 1982 Ekman e Friesen (Ekman, 1996; Soussignan, 2002) revisitaram as observações de Duchenne e testaram os seus resultados. Ekman e colaboradores verificaram que, ao contrário das conclusões de Duchenne, na sua amostra a maior parte dos indivíduos activava voluntariamente parte do músculo orbicular do olho, a *pars medialis*, sendo que, no que respeita à *pars lateralis*, apenas 20% o conseguia fazer. Posteriormente verificaram ser precisamente esta porção do músculo orbicular do olho que está activa durante a emoção alegria. Assim, concluíram que o sorriso verdadeiro, ou o sorriso como expressão facial de emoções positivas seria aquele que conjuga o músculo zigomático maior e a *pars lateralis* do orbicular do olho que Ekman passou a designar como marcador Duchenne (Ekman, 1996, p.3).

A acção do marcador Duchenne é observável na medida em que a pele acima e abaixo dos olhos é puxada para dentro na direcção do olho causando as seguintes modificações: as bochechas são puxadas para cima, a pele abaixo do olho pode formar papos ou bolsas, a pálpebra inferior eleva-se, podem surgir rugas tipo *pés de galinha* no canto externo do olho, a pele acima do olho é puxada ligeiramente para baixo e para dentro e as sobrancelhas descem ligeiramente (Ekman, 1996, p. 5).

Os sorrisos com e sem o marcador Duchenne (figura 4) apresentam as mesmas características ao nível do rosto inferior por acção do zigomático maior mas características diferentes ao nível do rosto superior sendo que o sorriso sem o marcador Duchenne não envolve os músculos dos olhos não causando, assim, alterações visíveis.

Ekman e Friesen (Ekman, 1996) após identificarem anatomicamente a expressão facial de emoções positivas questionaram-se sobre a correspondência neuroanatômica desta expressão ao nível do cérebro. Sabendo que estão envolvidos na acção da produção do sorriso genuíno um movimento muscular voluntário e um movimento involuntário,

estamos perante duas vias de transmissão neuronal distintas. O movimento voluntário tem origem no córtex cerebral motor e surge na face via sistema motor piramidal enquanto que o movimento involuntário procede principalmente dos núcleos subcorticiais e surge na face via sistema motor extrapiramidal (Ekman, 1996, p.3).



**Figura 4** – Sorrisos com e sem marcador Duchenne.

Ekman (1996, p.3) afirma que o que distingue os movimentos faciais voluntários e involuntários não se resume às vias de transmissão neuronal diferentes mas também à forma como se manifestam no rosto. Voluntariamente podemos mover um músculo de forma lenta ou rápida, parar o movimento ou até activar apenas um dos lados da face. O mesmo não acontece nos movimentos mediados pelo sistema extrapiramidal que se caracterizam por serem simétricos, sincronizados, suaves, uniformes e consistentes podendo comparar-se a reflexos ou impulsos dos músculos faciais. Estas diferenças podem ser avaliadas através de electroencefalografia (EEG) e electromiografia (EMG) dos músculos do rosto (Ekman *et al*, 1990; Surakka e Hietanen, 1998 cit. por Williams *et al*, 2001, p.122)

Assim sendo, Ekman e Friesen (Ekman, 1996, p.3) constataram que para a classificação dos sorrisos não seria suficiente apenas o marcador Duchenne, embora este seja o mais facilmente observável a olho nu, mas um conjunto de marcadores morfológicos e dinâmicos que os caracterizariam com maior rigor neuroanatómico e permitiriam a

distinção entre sorrisos exibidos no contexto de emoções positivas e sorrisos exibidos por outros motivos (quadro 1).

**Quadro 1** – Marcadores morfológicos e dinâmicos

Marcadores Morfológicos	Marcadores Dinâmicos
<b>Duchenne</b> – activação conjugada do zigomático maior e do orbicular do olho <i>pars lateralis</i> .	<b>Uniformidade</b> – todas as acções do zigomático maior (activação, àpex, regresso ao repouso) são uniformes e regulares.
	<b>Duração</b> – a acção do zigomático maior tem duração limitada de ½ a 5 segundos.
<b>Simetria</b> – acção simétrica do zigomático maior em ambos os lados do rosto.	<b>Sincronização</b> – acção sincronizada do zigomático maior e do orbicular do olho de forma a que ambos atinjam o apéx sensivelmente ao mesmo tempo.

Para a classificação dos sorrisos, em função da distinção entre sorrisos exibidos ou não no contexto de emoções positivas, encontramos na literatura várias designações de que são exemplo: “sorriso autentico” e “sorriso de circunstância” (Pasini, 1991 cit. por Freitas-Magalhães, 2006, p.78); “sorriso Duchenne” e “sorriso não-Duchene” (Ekman, 1996; Damásio, 1998; Williams *et al.*, 2001; Soussignan, 2002). No contexto desta dissertação utilizaremos a designação “sorriso verdadeiro” para o sorriso resultante de emoções positivas e “sorriso falso” para sorrisos posados ou resultantes de outras emoções (Ekman e Davidson, 1992 cit. por Freitas-Magalhães, 2006, p 52; Ekman, Friesen e O’Sullivan, 1988; Freitas-Magalhães, 2007, p.67).

Quanto à tipologia, encontramos na literatura quatro tipos de sorriso distintos que se descrevem no quadro 2 (Freitas-Magalhães, 2006, p.77; Freitas-Magalhães, 2007, p.68)

**Quadro 2** – Tipos de Sorriso

Tipo de Sorriso	Descrição
Sem sorriso ou face neutra	Lábios juntos; sem elevação das comissuras labiais; sem exibição das fileiras dentárias, o conjunto do rosto não apresenta alterações fisiológicas; não há movimento dos músculos.
Sorriso fechado	Lábios juntos; elevação das comissuras labiais; sem exibição das fileiras dentárias, o conjunto do rosto não apresenta alterações fisiológicas significativas; o movimento dos músculos é reduzido.
Sorriso superior	Lábios separados; elevação das comissuras labiais; exibição da fileira dentária superior, o conjunto do rosto apresenta alterações fisiológicas significativas; o movimento dos músculos ocorre com menor intensidade.
Sorriso largo	Lábios separados; elevação das comissuras labiais; exibição das fileiras dentárias, o conjunto do rosto apresenta alterações fisiológicas significativas; verifica-se movimento dos músculos.

Do ponto de vista filogenético, o sorriso evoluiu a partir do esgar do medo que se caracteriza pela apresentação dos cantos da boca puxados para trás e terá servido os propósitos da selecção natural e da evolução da espécie (Darwin, 1872; Ekman, 1973 e Argyle *et al*, 1981 cit. por Freitas-Magalhães, 2006, p.31; Gleitman, 1999, p.537). “*O sorriso é, sem dúvida, um mecanismo que vai desencadear o comportamento comunicacional do homem e do seu desenvolvimento cognitivo consequente; funcionando como organizador do psiquismo humano*” (Sá, 1997 cit. por Freitas-Magalhães, 2006, p.31).

O sorriso é inato, o que explica o facto dos nados cegos exibirem padrões de sorriso em tudo semelhantes aos videntes sem nunca terem visto um sorriso (Freitas-Magalhães, 2006; Freitas-Magalhães, 2007). Acreditava-se que os primeiros sorrisos surgiriam no rosto dos recém nascidos mas as novas tecnologias, nomeadamente a ecografia 4D, permite visualizar fetos exibindo sorrisos in-útero (Figura 5).



**Figura 5** - Sorriso in-útero

([http://www.layyous.com/portuguese/ultrasound\\_p/fetal\\_face\\_ultrasound\\_photos\\_p.htm](http://www.layyous.com/portuguese/ultrasound_p/fetal_face_ultrasound_photos_p.htm) em 20/06/2008)

Alguns autores consideram os primeiros sorrisos do recém-nascido, que surgem logo nos primeiros dias de vida, como endógenos por não dependerem de nenhuma acção externa (Freitas-Magalhães, 2006). A literatura é consensual e atribui estes sorrisos, que aparecem geralmente associados ao sono, a ciclos de excitação e descargas neurofisiológicas e à secreção bio-eléctrica do neuropéptido (Changeoux, 1985; Washburn, 1929; White, 1975; Stern, 1981 e 1992; Brazelton e Gramer, 1995 e Riese, 1993 cit por Freitas-Magalhães, 2006).

Bower (cit por Freitas-Magalhães, 2006, p.34) refere que só por volta da segunda semana de vida o sorriso se torna mais específico, embora ainda incompleto ou parcial, e reactivo à presença de pessoas e particularmente à voz humana. Esta evolução é mais evidente na terceira semana de vida com o aparecimento dos primeiros “sorrisos verdadeiros” (Bower, 1983 cit por Freitas-Magalhães, 2006, p.34) que resultam de estímulos exteriores.

A sorrismorfose (Freitas-Magalhães, 2006) acompanha o desenvolvimento da criança evoluindo o sorriso de endógeno para exógeno e alargando o espectro dos estímulos que o provocam. Do sorriso reflexo dos primeiros dias de vida passa a responder à voz humana (2 a 3 semanas) e posteriormente ao rosto humano (6 semanas) e cerca dos 3 meses torna-se realmente exógeno sendo exibido como resposta a estímulos externos (Bühler, 1990 e Salomé, 1994 cit. por Freitas-Magalhães, 2006, p.35). Entramos na esfera do que Gonçalves (cit. por Freitas-Magalhães, 2006, p.36) designa por “sorriso intencional” seguido na linha ontológica da sorrismorfose pelo “sorriso instrumental” e a sua vital intervenção na vinculação afectiva é reconhecida tornando-se um dos primeiros marcos comunicacionais do bebé. *“Através da manifestação do sorriso, a criança aprende a reciprocidade da comunicação”* (Freitas-Magalhães, 2006, p.39).

Entre os 4 e os 6 meses o bebé desenvolve o chamado “sorriso social” que se consolida até aos 2 anos e torna-se selectiva não exibindo o sorriso perante qualquer estímulo (Lazard-Levallant, 1977 cit. por Freitas-Magalhães, 2006, p.40). Morgan (cit. por Freitas-Magalhães, 2006, p.41) afirma que até aos 8/9 anos a expressão do sorriso não sofre alterações e que a mesma amadurece por volta desta idade.

Como referido anteriormente, o sorriso acompanha todo o percurso ontológico do indivíduo, ou seja todos os seus percursos evolutivos ao longo da vida.

Otta, (1994) refere que *“O sorriso aparece precocemente no rosto da criança e vai acentuar-se na vida reprodutiva, rareando na velhice”* (cit. por Freitas-Magalhães, 2006, p.31) corroborando assim Freitas-Magalhães (2007, p.63) que afirma *“o fenómeno do sorriso nasce, desenvolve-se e morre com o indivíduo”*.

## CAPITULO 3

### A PERCEPÇÃO DO OUTRO – FOCAR E TIRAR O RETRATO

Diariamente o indivíduo está exposto a uma miríade de estímulos captados através dos órgãos dos sentidos que constituem material informativo imprescindível. *“Estas informações podem obter-se de forma directa, através da interacção, observando o comportamento verbal e não verbal, e de forma indirecta como por exemplo através do ‘ouvir dizer’”* (Caetano, 2006, p. 89). A gestão dessas informações é feita através da cognição e *“consiste em receber, seleccionar, memorizar, transformar e organizar as informações, em construir representações da realidade, elaborar saberes e comunicá-los”* (Leyens e Yzerbit, 1999, p. 37). Neste processo interactivo estão envolvidos: a percepção, a memória, o pensamento e a linguagem.

Segundo Caetano (2006, p.89) *“formar uma impressão significa organizar a informação disponível acerca duma pessoa de modo a podermos integra-la numa categoria significativa para nós”*. Fischer (2002, p. 129) define formar impressões como *“o processo que consiste em caracterizar uma dada pessoa organizando num todo coerente as diversas características que lhe dizem respeito”*.

A literatura é consensual (Caetano, 2006; Fischer, 2002, Gleitman, 1993; Leyens e Yzerbit, 1999) quando refere que a quantidade de informações necessárias sobre uma pessoa para sobre ela processar um julgamento e associar-lhe uma série de atributos não é muito elevada. De facto Caetano (2006) fala de *pequenos indícios* que rapidamente dariam lugar a um convincente juízo dos atributos que caracterizariam a pessoa em causa e dela formariam uma impressão unificada (Asch, 1946 cit. por Caetano, 2006), ainda que o observador pudesse, de facto, nada ter observado. *“A facilidade com que se tende a ir além da informação específica de que se dispõe revela que esta não é processada no vácuo e que as pessoas utilizam as suas estruturas cognitivas, ou esquemas, para a completarem e tornarem coerente”* (Hamilton et al, 1980 cit. por Caetano, 2006, p.89). Apenas com base nas estruturas de conhecimento que já possui e

que incluem representações de traços, de comportamentos, de estereótipos, de situações sociais e das suas inter-relações, o percepcionador social consegue decifrar e interpretar os estímulos verbais e não verbais e construir uma impressão sobre a pessoa em análise. Este trabalho de organização e categorização é particularmente importante quando se trata de formar as primeiras impressões. *“As primeiras impressões têm geralmente mais impacto. Nem que seja pelo facto de essas impressões muitas vezes inviabilizarem posteriores oportunidades de reavaliação”* (Gleitman, 1993, p. 574).

Duas perspectivas distintas, relativas ao processamento humano da informação, têm guiado teoricamente a análise do processo de formação de impressões (Caetano, 2006):

1. Perspectiva construtivista ou de “processamento conceptualmente guiado” – a formação de impressões é basicamente determinada pelas estruturas e pelos processos cognitivos e afectivos do percepcionador; orientação seguida por Solomon Asch (1946), pioneiro no estudo da formação de impressões;
2. Perspectiva associacionista ou de “processamento guiado pelos dados” – são fundamentalmente as características físicas e comportamentais da pessoa-alvo que determinam a produção de uma impressão específica. Esta abordagem, também identificada na literatura como “linear” ou como de integração da informação, foi sobretudo desenvolvida por N. H. Anderson (1965 e 1974).

Abordagens mais recentes validam as duas perspectivas defendendo que o processo pode realizar-se das duas formas (Brewer, 1988; Fiske e Neuberg, 1989; Hastie *et al*, 1980 e Zebrowitz, 1990 cit. por Caetano, 2006, p. 90).

Caetano (2006) distingue três grandes períodos que caracterizam a história da pesquisa sobre formação de impressões e conseqüente produção de teorias explicativas:

1. entre 1946 e o fim dos anos 50 – abordagem “gestálica” ou configuracional de Asch;
2. entre o início dos anos 60 e meados dos 70 - abordagem “linear” ou de integração da informação de Anderson
3. desde o fim dos anos 70 – abordagem da memória de pessoas ou cognição social.

A abordagem configuracional de Asch tem como base alguns princípios da psicologia *Gestalt* e considera que o processo de formação de impressões tem um carácter holístico na medida em que os traços que caracterizam a pessoa seriam processados num todo coerente que seria diferente da soma das partes.

Das diferentes experiências que realizou, em que fornecia aos sujeitos listas de traços que supostamente caracterizariam pessoas e lhes pedia que sobre elas emitissem apreciações, Asch (1946 cit por Caetano, 2006, p.93) concluiu: *“Há um processo de discriminação entre traços centrais e periféricos. Nem todos os traços ocupam o mesmo valor na impressão final (...) Tanto o conteúdo cognitivo de um traço como o seu valor funcional são determinados pela relação com o seu contexto. Alguns traços determinam o conteúdo e a função de outros traços. Aos primeiros chamamos centrais e aos segundos periféricos”*.

Uma questão emergiu das experiências e conclusões de Asch e que se prendia com o facto de os sujeitos emitirem apreciações e julgamentos que iam para lá dos traços fornecidos pelo investigador, ou seja, a partir de traços como “caloroso” e “inteligente” concluía que a pessoa seria também “generosa” e “sociável”. Asch (Caetano, 2006) explicava o fenómeno referindo que os sujeitos formariam uma impressão geral da pessoa e posteriormente fariam inferências a partir dessa mesma impressão.

Em 1954 Bruner e Taguiri (Caetano, 2006; Fischer, 2002; Leyens e Yzerbit, 1999) propõem uma explicação diferente e apresentam o que designam por “teorias implícitas da personalidade”. Estas teorias são também designadas por alguns autores como “ingénuas”, pela informalidade na sua construção, e constituem um conjunto simplificado de categorias que derivam do sistema de crenças do percepcionador social e constroem-se a partir das vivências individuais e colectivas do indivíduo. *“Assim, as ‘teorias implícitas da personalidade’ constituem como que um mapa cognitivo interno que, de certo modo, orienta a interacção entre as pessoas na vida quotidiana”* (Caetano, 2006, p.95). Pela influência cultural marcante, algumas teorias não se restringem à esfera individual e são defendidas e partilhadas por conjuntos mais ou menos alargados de pessoas.

Um exemplo desta classe de teorias implícitas são os estereótipos. Os estereótipos são crenças partilhadas por um grupo sobre as características de personalidade e comportamento de outro grupo ou classe social e que permite não só inferências de traços mas também de comportamento expectável (Caetano, 2006; Fischer, 2002; Leyens e Yzerbit, 1999). São disto exemplo associar “comportamento excêntrico” aos artistas e criativos ou afirmar que todos os políticos mentem.

Schneider (1973, cit. por Caetano, 2006, p. 96) afirma que não só os traços de personalidade constituem estímulo suficiente no âmbito das teorias implícitas e alerta para a necessidade de se incluírem também a aparência física, o vestuário e o comportamento não verbal, entre outros, por considerar que serão estes os estímulos mais frequentemente captados e interpretados na vida quotidiana. Caetano (2006, p.97) reforça esta ideia referindo que para a formação de impressões *“os estímulos não verbais ocupam também um papel importante, na medida em que, frequentemente, a mera percepção da aparência física de uma pessoa nos leva a inferir um conjunto de traços e de atitudes atribuídos a essa pessoa”* salientando como elementos não verbais que mais influenciam a formação de impressões *“a cor da pele, a atractividade do rosto e do corpo, a expressão facial, o contacto através do olhar, o modo de andar, a postura corporal, a ocupação do território, o tom de voz, o odor corporal e o contacto táctil”*.

Tal como acontece com os traços de personalidade, estes elementos não verbais serão decodificados pelo percepcionador social em função da sua própria motivação, dos contextos e da importância relativa dos elementos nesses contextos à luz das teorias implícitas da personalidade.

Em alternativa à teoria configuracional de Asch, Anderson, utilizando uma metodologia distinta, desenvolveu os modelos da integração da informação, os quais se baseiam no pressuposto associacionista de que cada informação dá um contributo próprio para a formação da impressão. *“O que preocupa Anderson é conhecer a álgebra mental que as pessoas utilizam quando têm que integrar informações em valências diferentes”* (Leyens e Yzerbit, 1999, p. 46). Nas suas experiências, Anderson fornece aos sujeitos uma lista de traços semelhante às utilizadas por Asch e solicita-lhes que os analisem e pontuem numa escala bipolar com sete ou mais intervalos a impressão sobre o indivíduo supostamente caracterizado por aqueles traços. A análise posterior poderia ser feita

segundo um dos três modelos propostos por Anderson (Leyens e Yzerbit, 1999, p. 46; Caetano, 2006, p.100):

1. Modelo aditivo – cálculo da soma das pontuações dos traços que constituem o perfil. Este modelo prediz que uma impressão vai ser mais ou menos favorável conforme a quantidade de traços positivos ou negativos do perfil.
2. Modelo da média – cálculo da média simples das pontuações. Pressupõe que todos os itens têm a mesma importância para o sujeito.
3. Modelo da média ponderada – cálculo da média ponderada atribuindo *valor* positivo ou negativo e o *peso* ou importância que cada item tem para o indivíduo.

Parece consensual que o modelo da média simples ou ponderada explicaria de forma mais consistente a formação de impressões (Leyens e Yzerbit, 1999, p. 48; Caetano, 2006, p.102) no entanto suscita ainda algumas dúvidas particularmente pelo potencial enviesamento introduzido pelas ponderações definidas à *posteriori* (Leyens e Yzerbit, 1999, p. 48).

Mais recentes, os modelos de abordagem da memória de pessoas, defendem que para formar uma impressão temos sempre que recorrer a conhecimentos e informações anteriores. “*Toda a informação que recebemos só pode ser interpretada em termos daquilo que já conhecemos*” (Caetano, 2006, p.102). Reter informação sobre as pessoas facilita o potencial reencontro e interação salientando assim o papel da memória na formação de impressões através de processos cognitivos como a codificação, o armazenamento e a recuperação da informação.

Vários autores têm explorado estas linhas de investigação e construído modelos explicativos, entre os quais se salientam, pela relevância e actualidade (Caetano, 2006) os modelos propostos por Srull e Wyer (1989), Brewer (1988), Friske e colaboradores (1989) e Kunda e Thagard (1996).

O modelo de Srull e Wyer (1989) é constituído por 15 postulados que explicam as diversas fases do processo de formação de impressões e baseia-se na concepção de memória enquanto rede associativa ou seja, as características/traços duma pessoa são

representadas por módulos entre os quais existem ligações associativas. Na memória a longo prazo os comportamentos da pessoa são armazenados de duas formas distintas: em representações descritivas e representações avaliativas. *“O modelo procura explicar os processos cognitivos que se desenvolvem nas fases de codificação, armazenamento e recuperação da informação”* (Caetano, 2006, p.106).

Brewer (1988) propõe um modelo dual em que as impressões seriam formadas por acção de dois tipos de processamento da informação: baseada em categorias (*top-down* ou *theory-driven*) e baseado em representações de pessoas (*bottom-up* ou *data-driven*). Este processamento seria organizado em quatro etapas: identificação inicial, categorização/tipificação, personalização e individualização. Brewer assume que o processo está dependente da motivação e objectivos do percepcionador (Caetano, 2006, p.107).

Friske e colaboradores (Caetano, 2006) propõem um modelo de formação de impressões que integra as perspectivas holísticas, as lineares e as teorias sobre esquemas desenvolvidas no contexto da cognição social. Defende que o que o modelo de formação de impressões, organizado em cinco etapas, se desenvolve num *“processo contínuo que vai desde a criação de impressões a partir de teorias e conceitos preexistentes (data-driven), a processos de combinação linear, peça a peça, dos atributos da pessoa-alvo (data-driven)”* (Caetano, 2006, p.107). A organização da informação e o seu processamento sequencial no modelo contínuo está dependente da motivação e dos recursos cognitivos do percepcionador, das características do estímulo, e da interdependência do percepcionador com a pessoa-alvo.

Kunda e Thagard (1996, cit. por Caetano, 2006) propõem um modelo que pressupõe o processamento paralelo e simultâneo da informação em oposição aos modelos anteriormente descritos que se organizam de forma sequencial. *“O modelo assume que os estereótipos, os traços e os comportamentos podem ser representados como nódulos interconectados numa rede de activação geral e que a extensão da activação entre nódulos é estrangida por associações quer positivas quer negativas”* (Caetano, 2006, p.109). O modelo assume que a formação de impressões é realizada de forma holística *“através de estrangimentos paralelos realizada por uma activação geral (...) as associações da informação observada são activadas e desactivadas simultaneamente e*

*condicionam conjuntamente a impressão que se cria da pessoa-alvo*” (Kunda e Thagard, 1996 cit. por Caetano, 2006, p.110). O modelo foca-se principalmente na utilização de processos automáticos de tratamento de informação mas considera também a possibilidade de utilização de processos controlados dependendo do tipo de julgamento a realizar, do tipo de informação a tratar e da motivação do percepcionador.

Formar impressões é como vimos um trabalho cognitivo que implica a utilização de processos complexos para a sua consecução e está dependente de diversos factores e condicionantes que determinarão o seu sucesso. Recorrente em todos os modelos é o reconhecimento da necessidade de motivação por parte do percepcionador social não só para o desencadear da formação da impressão mas também para lhe conferir significado. Os objectivos motivacionais para a formação de impressões, descritos na literatura sob variadas designações, podem ser resumidos em duas categorias gerais : objectivos de exactidão e objectivos direccionais (Leyens e Fiske, 1977 cit. por Caetano, 2006, p.115).

Os primeiros conduzem a resultados mais precisos e são usualmente utilizados em situações de julgamento social mais complexas como por exemplo em entrevistas de selecção ou de avaliação diagnóstica. Os segundos servem objectivos mais imediatos e/ou importantes como evitar conflitos ou dominar uma negociação (Caetano, 2006, p.115). Lewicka (1988, cit. por Leyens e Yzerbit, 1999, p.56; Caetano, 2006, p.115) defende que quando as pessoas estão motivadas para a organização de informações podem utilizar duas estratégias diferentes: a *suficiência* que faz prevalecer as informações de confirmação no sentido de validar a primeira impressão e a *necessidade* que dá importância às informações infirmatórias, ou seja, que não validam a primeira impressão e são particularmente importantes em situações de risco iminente.

Sejam quais forem as motivações e as estratégias adoptadas, o processo de formação de impressões acarreta sempre um potencial grau de erro de avaliação e atribuição. Vários factores podem influenciar este processo (Caetano, 2006; Fischer, 2002, Gleitman, 1993; Leyens e Yzerbit, 1999):

1. Relativos ao percepcionador

- 1.1. exactidão na percepção – diferenças na recepção e interpretação de estímulos

- 1.2. expectativas e objectivos - influenciam a forma como é processada a informação recebida e o tipo de informação que se procura obter acerca da pessoa percebida (qualidades afectivas, valores, comportamentos dentro ou fora da norma...)
- 1.3. Factores específicos
  - 1.3.1. Familiaridade – a impressão formada é globalmente mais complexa e mais exacta quando a pessoa estímulo é familiar
  - 1.3.2. Valor do estímulo – o valor que a pessoa-estímulo tem para o percepcionador influencia a percepção gerando um efeito de acentuação perceptiva
  - 1.3.3. Significado emotivo do estímulo – a capacidade do estímulo para gerar consequências positivas influencia a percepção de características que incrementam esse valor
  - 1.3.4. Experiência – maior experiência com determinado tipo de traços determinam percepções mais correctas.
2. Relativos à pessoa percepcionada
  - 2.1. Gestão da impressão – a pessoa que é percepcionada tenta controlar e regular, de forma consciente ou não, a informação que disponibiliza ao percepcionador
  - 2.2. Motivação – determina o tipo e quantidade de informação disponibilizada, é mediada pela auto-valorização, auto-conhecimento e auto-consistência e utiliza estratégias como a intimidação e a auto-promoção.
3. Relativos ao conteúdo da percepção
  - 3.1. Efeitos de ordem
    - 3.1.1. efeito de primazia ou precedência - as informações recebidas em primeiro lugar formam uma tendência que vai influenciar o significado que é atribuído às informações recebidas posteriormente
    - 3.1.2. efeito de recência – a formação de impressões pode basear-se nos últimos comportamentos observados ou nas informações mais recentemente recolhidas.
  - 3.2. Efeito de halo – Generalização de informação a partir de uma informação específica. Dependendo da primeira impressão imediatamente positiva ou

negativa de uma pessoa, existe tendência para perceber nessa pessoa outras características que sejam consistentes com a impressão formada.

3.3. Distorções de positividade e negatividade - podem ser influenciadas pelas expectativas relacionadas com os contextos relacionais em que a interacção acontece.

3.3.1. distorção de positividade - os outros são essencialmente avaliados como semelhantes ao próprio levando essa similaridade percebida a que se seja relativamente generoso na formação de impressões. Esta tendência é identificada na literatura como “efeito de brandura” (Bruner e Tagiuri, 1954), “distorção de positividade” (Sears, 1983) e “efeito de Pollyanna” (Boucher e Osgood, 1969)

3.3.2. distorção de negatividade – a informação negativa torna-se mais importante do que a positiva principalmente se está em causa uma avaliação afectiva ou moral, normalmente é mais difícil mudar uma primeira impressão desfavorável do que uma primeira impressão favorável.

Hamilton e Sherman (1996 cit. por Caetano, 2006, p.122-123), numa tentativa de sistematizar os conceitos teóricos envolvidos no processo de formação de impressões, identificaram um postulado básico e quatro princípios gerais.

**Quadro 3** – Postulado básico e princípios da formação de impressões (Hamilton e Sherman, 1996)

<b>Postulado básico – o percepcionador assume unidade nas personalidades dos outros, e as pessoas são vistas como entidades coerentes; por conseguinte, a impressão de uma pessoa acerca de outra deve reflectir essa unidade e coerência</b>	
Princípio 1	O percepcionador procura fazer inferências acerca das propriedades disposicionais que constituem o núcleo da personalidade da outra pessoa.
Princípio 2	O percepcionador espera consistência nos traços e comportamentos da pessoa-alvo.
Princípio 3	O percepcionador procura desenvolver uma impressão organizada da pessoa-alvo.
Princípio 4	O percepcionador procura resolver inconsistências na informação adquirida acerca da pessoa-alvo

Apesar da multiplicidade de teorias produzidas e da ausência de consenso entre as diferentes abordagens, este postulado básico conjuntamente com os princípios enunciados parece, de facto, conseguir um efeito agregador.

Estudar a percepção do outro implica, como vimos, a recolha e gestão de múltiplas informações principalmente porque a unidade perceptiva não é “a pessoa” mas “a pessoa em situação” e por isso inserida em contextos específicos e nas redes subjectivas e complexas da comunicação humana.

## CAPITULO 4

### A PERCEPÇÃO DO SORRISO – “SORRIA PARA QUE EU O VEJA”

Como referimos no capítulo 1, a comunicação humana é um processo complexo que implica, para o seu sucesso, a descodificação de sinais verbais e não verbais. Se, para a descodificação dos sinais verbais basta conhecer a língua em que são emitidos, descodificar os sinais não verbais implica, como vimos, conhecer não só os contextos culturais em que os sinais são emitidos mas também os contextos internos do emissor entre os quais encontramos as emoções. Stern (1981, cit. por Freitas-Magalhães, 2006, p.91) afirma *“para o observador exterior, os movimentos expressivos de outrem tornam-se sintomas e símbolos da sua atmosfera sentimental interior”*.

O sorriso é um dos mais frequentes sinais não verbais emitidos no âmbito da comunicação não verbal de tipo cinésica, e em particular da expressão facial. Mas, se no que respeita à frequência da sua emissão a literatura é consensual, o mesmo não acontece quanto à sua exibição em diferentes contextos e aos seus significados reais e percebidos.

Slepoj (1998, cit. por Freitas-Magalhães, 2006, p.90) defende que o sorriso activa três tipos de situações:

1. Fisiológica – o movimento dos músculos;
2. Psicológica – a manifestação de um estado;
3. Comportamental – o que se pretende comunicar.

Assim, *“o sorriso é tido como um elemento identitário de contacto, de comunicação do (...) intramundo ao exterior”* (Blurton-Jones, 1972 e Mendras, 1996 cit. por Freitas-Magalhães, 2006, p.91). O sorriso é, como referido no capítulo 2, inato e universal e, quando verdadeiro, inequivocamente expressão facial de emoções positivas. Ekman (1993 e 1996 cit. por Freitas-Magalhães, 2006, p.115) e Ekman e Davison, (1993 cit. por Freitas-Magalhães, 2006, p.115) afirmam que *“o sorriso é muito mais que a*

*configuração da massa muscular: o sorriso é elemento caracterizador do comportamento emocional e motivo de desenvolvimento de atitudes interpessoais*". Os estudos de Ekman, nomeadamente a teoria neurocultural da expressão facial da emoção, sustentam a ideia de que a expressão das emoções em geral e do sorriso em particular são moduladas e moderadas pelos contextos culturais através do que designou como "regras de exibição". Neste contexto, Neto (1992, cit. por Freitas-Magalhães, 2006, p.97) salienta a importância da "*aprendizagem de 'regras expostas'*".

Freitas-Magalhães (2006, p.98) afirma ser o sorriso "*elemento identitário de determinada cultura, uma vez que, pela aprendizagem, o mesmo se reflecte no contacto intercultural e ocorre em toda a parte*". O indivíduo aprende a sorrir no momento certo (Jansen, 1981 cit. por Freitas-Magalhães, 2006, p.97), a inibir ou imitar o sorriso (Gleitman, 1993, p.464) e a "arranjar" a face (Freitas-Magalhães, 2006, p.97), exibindo um sorriso, para se apresentar mais simpático em situações de interacção social. Acredita que ao mostrar de si uma imagem que é, geralmente, associada a emoções positivas contribui para que o outro o percepcione de forma mais agradável e lhe associe traços de personalidade mais positivos. Argyle *et al* (1981, cit. por Freitas-Magalhães, 2006, p.97) afirmam que "*em muitas culturas, as pessoas tentam ocultar as suas emoções, particularmente as negativas como o medo ou a raiva, e de facto apresentamos, a maior parte do tempo, o rosto neutro ou o chamado sorriso social*". Exemplo elucidativo emerge dos estudos de Neto (1992, p.204) que constatou que "*mais de um quarto dos sujeitos evocaram o sorriso como estratégia não verbal de confronto com o embaraço*".

No âmbito do estudo do comportamento não verbal nas relações de proximidade entre pessoas, o sorriso é considerado importante no sentido em que é percebido como sinal de cordialidade, disponibilidade e intimidade (Andersen, 1985; Burgoon, 1994 cit. por Andersen *et al*, 1998). Sorrir é considerado um dos mais determinantes comportamentos que estabelecem a aproximação física e psicológica entre as pessoas (Richmond, McCroskey e Hickson, 2008).

A percepção psicológica do sorriso é um processo que encerra em si toda a ambiguidade contida no próprio sorriso (LaFrance e Hecht, 2000 cit. por Freitas-Magalhães, 2006, p.108). De facto vários são os factores moderadores do sorriso, para além da cultura,

descritos na literatura. Idade, género e *status* social, que descreveremos, serão apenas os mais estudados e comprovados em estudos empíricos (Deutsch e Carol, 1990; Ekman, 1996; Epstein, 1990; Izard, 1990; Izard e Read, 1986 e Katsikitis, Pilowsky e Innes, 1990 cit. por Freitas-Magalhães, 2006, p.115).

### **Idade**

Freitas-Magalhães (2006, p.116) citando a meta-análise feita por LaFrance e Hecht (2000) refere que a idade é um *“moderador significativa na compreensão do sorriso”* sendo consensual na literatura que, não só, a frequência da exibição do sorriso diminui mas também a avaliação psicológica sofre alterações em função da idade. *“A idade é entendida como moderador da exibição do sorriso e também do seu efeito: da exibição afectiva, não modelada, e efeito não selectivo passa-se para a exibição racional, modelada e efeito selectivo”* (Freitas-Magalhães, 2006, p.116).

No estudo *“Expressão facial: o reconhecimento do sorriso ao longo do ciclo vital – estudo longitudinal com portugueses”* realizado por Freitas-Magalhães (2005) os resultados comprovam que *“os tipos de sorriso são percebidos em função da idade e do género e o reconhecimento de quem o exhibe vai-se degradando quanto mais idade apresenta, independentemente do género de quem o exhibe”* (Freitas-Magalhães, 2007, p.154). Concluiu ainda que as características psicológicas que foram associadas ao sorriso sofreram influência do tipo de sorriso exibido, da idade e do género e que a atribuição de características positivas, mais evidente em mulheres que homens, diminui em função do aumento de idade dos estímulos. Num outro estudo, também realizado em 2005, concluiu que *“as mulheres sorriem com menos frequência e com menos intensidade na menopausa (...)a partir dos 53 anos, exibem mais e frequentemente o rosto neutro e o sorriso fechado”* (Freitas-Magalhães, 2007, p.156).

### **Status Social**

Deutsch e Carey (1990 cit. por Freitas-Magalhães, 2006, p.115) efectuaram um conjunto de experiências onde manipularam variáveis como poder e dominância e demonstraram que a frequência do sorriso reflecte o status social na medida em que indivíduos colocados em posição supostamente dominante sorriem menos que os colocados em posição menos favorável.

Freitas-Magalhães, num estudo que visava avaliar o efeito do sorriso na percepção psicológica de delinquentes, verificou que *“os delinquentes que sorriem são percebidos mais favoravelmente e menos responsáveis pelos delitos cometidos do que os que apresentam o rosto neutro, particularmente pelas mulheres”* (Freitas-Magalhães, 2007, p.149). No entanto, o efeito do sorriso é menor à razão inversa da gravidade do delito cometido, sendo a redução do efeito mais significativa em homens que em mulheres (Freitas-Magalhães, 2007, p.150).

Num outro estudo que tinha como finalidade avaliar o efeito do sorriso na percepção psicológica dos estereótipos, Freitas-Magalhães (2007, p.150) conclui que *“quem sorri é percebido como inteligente e bonito”*. Conclui ainda que este efeito é mais marcante no que às mulheres diz respeito e que *“as mulheres tendem a desvalorizar o efeito do sorriso noutras mulheres, valorizando o sorriso dos homens”* (Freitas-Magalhães, 2007, p.150-151).

## **Género**

As diferenças de género, na percepção do sorriso humano, constituem o factor moderador mais estudado (Freitas-Magalhães, 1998; Hall e Halberstadt, 1996; LaFrance e Hecht, 1995, 1999 e 2000; McQuenn e Knussen, 1999; Murphy e Davidshofer, 1998; O’Connel e Russo, 1990 e Snider e Osgood, 1996 cit. por Freitas-Magalhães, 2006, p.108) sendo que, o factor desencadeador de muitas linhas de investigação neste âmbito é o facto de as mulheres sorrirem mais que os homens (Freitas-Magalhães, 2006, p.107).

Braconnier (1996, cit. por Freitas-Magalhães, 2006, p.109) afirma que *“a linguagem emocional é sexualizada”* e, constituindo o sorriso um sinal de expressão emocional seria influenciado inequivocamente por este facto. Assim, se as mulheres, comprovadamente, comunicam melhor as emoções que os homens, emitem mais frequentemente sorrisos. Bower (1983 cit. por Freitas-Magalhães, 2006, p.109) afirma que estas diferenças se iniciam na infância e Otta (1994 cit. por Freitas-Magalhães, 2006, p.111) vai mais longe ao afirmar que *“o sorriso é inerente à natureza feminina”*.

Se é evidente que as mulheres sorriem mais frequentemente que os homens, comprovado por duas meta-análises (Hall, 1984 e LaFrance e Hecht, 2000 cit. por

Freitas-Magalhães, 2006, p.111) as razões deste facto parecem não encontrar consenso na literatura. De entre as teorias desenvolvidas nesse sentido, Freitas-Magalhães (2006, p.116) destaca: conformidade com o papel sexual (LaFrance e Carmen, 1980); subordinação ou submissão (LaFrance, 1985); expressividade aprendida (Hall, 1984); estatuto e poder (Deutsch, 1990) e exigência de expressividade (LaFrance e Hecht, 2000).

A teoria da exigência da expressividade (LaFrance e Hecht, 2000), que Freitas-Magalhães considera a mais integradora, evidencia a existência de normas de expressão às quais atribui a causa das diferenças de género no sorriso. “(...) *as mulheres exprimem-no em determinadas circunstâncias e com uma determinada função enquanto os homens não fazem tanto essa selecção*”(Freitas-Magalhães, 2006, p.117). Otta afirma que na mulher o sorriso é um gesto de apaziguamento e no homem é indicador de dominância (Brennan-Parks *et al*, 1991 cit. por Freitas-Magalhães, 2006, p.111) enquanto outros autores (Coats e Feldman, 2001 e Feldman, 2001 cit. por Freitas-Magalhães, 2006, p.110) afirmam que as mulheres sorridentes são avaliadas como sendo mais competentes do que as exibem face neutra enquanto que para os homens não se evidenciaram diferenças.

Segundo revisão da literatura efectuada por Freitas-Magalhães (2006, p.112), as mulheres exteriorizam mais que os homens sentimentos de aproximação e intimidade que dão suporte ao afecto e à ternura, pelo que, e dadas as características de afeição e sedução associadas ao sorriso, nas mulheres é mais frequente a manifestação de afecto através do sorriso. Por outro lado, no que se refere ao homem, a literatura fala de “*assunção da sua virilidade*” na expressão facial da emoção e refere que “*o homem utiliza o sorriso como instrumento de exibição e de afirmação do seu domínio. (...) manipula o sorriso em função do seu desejo de dominância*” (LaFrance e Hecht, 2000 e Otta, 1994 cit. por Freitas-Magalhães, 2006, p.112). Assim, o sorriso do homem é mais racional e intencional enquanto que o sorriso da mulher é mais sentimental e espontâneo.

Freitas-Magalhães, em estudo comparativo sobre o efeito do sorriso (2003-2004) concluiu que “*as pessoas que sorriem com os lábios unidos, sem mostrar os dentes, são vistas pelos outros como mais afectivas (...) o sorriso fechado é o que melhor traduz a*

*afectividade e é também um ‘sorriso de sedução’. As mulheres utilizam mais o sorriso fechado que os homens, daí que sejam vistas como mais afectivas que os homens”* (Freitas-Magalhães, 2007, p.145).

Não existe evidência de diferença de género no fenómeno do sorriso enquanto expressão de alegria e prazer, considerando a literatura o sorriso largo como a expressão máxima deste tipo de manifestações (Otta, 1994 cit. por Freitas-Magalhães, 2006, p.112). No entanto, o sorriso pode também ser manifestação de diversos estados psicológicos (*e.g.* tensão e desespero) e expressão de outras emoções em que as diferenças de género são evidentes. *“Quanto ao construto empatia, os resultados evidenciam que os homens evidenciam igual propensão, só que se verifica um menor estado motivacional do que nas mulheres para o pôr em prática”* (Goleman, 1995 cit. por Freitas-Magalhães, 2006, p.112).

Hall e Halberstadt (1986 cit. por Freitas-Magalhães, 2006, p.114) afirmam que *“a tensão social é o preditor mais forte do sorriso nas mulheres”*. Assim, o sorriso pode também ser expressão, entre outras, de ironia, tristeza, insatisfação, desgosto, embaraço e desespero no sentido de manipular a expressão facial para não ser desagradável socialmente (Freitas-Magalhães, 2006, p.112). *“É sabido que respostas positivas, tais como o sorriso, podem ter um efeito na pessoa que recebe estas reacções agradáveis”* (Freitas-Magalhães, 2006, p.113).

Exemplo elucidativo são as conclusões do estudo realizado por Freitas-Magalhães que visava perceber o efeito do sorriso no tratamento da depressão. O referido estudo (Freitas-Magalhães, 2007, p.151) verificou que *“perante a exibição dos tipos de sorriso largo e superior, os participantes passaram a valorizar, em crescendo, mais os pensamentos positivos do que os negativos”* concluindo ainda que:

- os tipos de sorriso largo e superior exercem efeito terapêutico em pessoas depressivas, sendo que os das mulheres exercem mais efeito que os dos homens
- o efeito do sorriso fechado e do rosto neutro ou sem sorriso é meramente residual
- o efeito dos tipos de sorriso superior e largo é mais intenso e frequente nas mulheres que nos homens independentemente do género do estímulo

- o efeito terapêutico é mais intenso no grupo dos 45 a 60 anos quando comparado com o grupo dos 24 a 44 anos

Conforme o que até aqui foi descrito, o sorriso é uma expressão social multidimensional (LaFrance e Hecht, 2000 cit. por Freitas-Magalhães, 2006, p.122) que “*aumenta os níveis de atractividade facial e tem efeitos significativos no desenvolvimento das emoções e das atitudes interpessoais*” (Freitas-Magalhães, 1998 cit. por Freitas-Magalhães, 2006, p.122) e “*pode ser descrito como a exibição da disponibilidade para a prática dialógica*” (Ekman, 1993 e Braconnier, 1996 cit. por Freitas-Magalhães, 2006, p.120).

## CAPITULO 5

### COMPETÊNCIAS – SABER, SER E AGIR

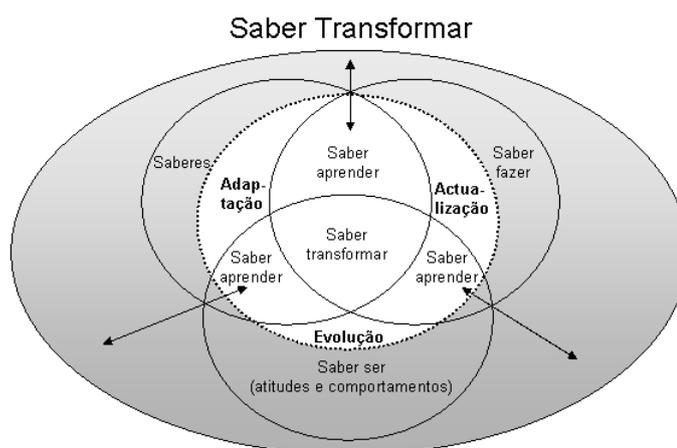
Gilbert e Parlier (cit. por Pires, 1994, p.6) afirmam que “*as competências são capacidades de pôr em prática numa determinada situação profissional, um conjunto de conhecimentos, de comportamentos, de capacidades e atitudes, que podem ser decomponíveis em ser (ou estar), saber, saber fazer*”. A competência associa o conhecimento explícito e factual; a proficiência prática, física e mental; a reflexão sobre erros e sucessos anteriores e o julgamento de valor. Assim, desenvolver competências requer formação, treino de actividades físicas e mentais, análise de experiências e exercícios de decisão. “*É um processo iniciado e fortalecido em relações sociais, mediado por tradições culturais e circunscrito a condições ambientais. Competências aplicáveis a uma cultura ou situação nem sempre são transferíveis para outras culturas ou situações*” (Sveiby, 1998 cit. por Tonetto e Gomes, 2007).

Para Dias (2006), entre os conteúdos das competências destacam-se os conhecimentos técnicos, as destrezas profissionais e as capacidades formais. O conjunto das qualidades humanas desenvolvidas é fundamental para tornar os saberes e o saber fazer mais estáveis. Encontram-se na literatura diversos modelos que efectuem a descrição do conteúdo das competências, no entanto, o mais amplamente divulgado (Minet, 1995 cit. por Dias, 2006) assenta em três categorias: *saberes*, *saber-fazer*, e *saber-ser*. Os *saberes*, dizem respeito a matrizes de acção, avaliadas por instrumentos e métodos específicos em contextos de trabalho. Os *saberes* e o *saber-fazer* são complexos e inerentes a qualquer profissão sendo que o *saber-fazer*, pode ser transferível para outras situações diversificadas. O *saber-ser*, considerada hodiernamente como uma competência específica, pressupõe atitudes e comportamentos do indivíduo (Minet, 1995 cit. por Dias, 2006). É o tipo de comportamento que favorece a integração do indivíduo na organização, sublinha Bellier (1997, cit. por Dias, 2006).

Lofficier (1995 cit. por Minet, 1995 cit. por Dias, 2006), defende que a competência não se coloca apenas a nível dos vectores científicos, mas também ao nível dos vectores humanos. Assim, a competência e o talento do homem são reconhecidos quando se

constata uma interconexão efectiva entre o que é inato e o que é adquirido. Integra o conhecimento no âmbito das capacidades, da evolução das situações e da constante actualização que elas exigem. Emergem, assim, outro tipo de saberes: o *saber-aprender* e o *saber-produzir*.

Poderão, assim, multiplicar-se as categorias descritas anteriormente e estabelecer as diferenças entre aqueles que serão os saberes de base, os saberes profissionais, e os saberes metodológicos. Estes saberes, que se afiguram vitais, vão possibilitar ao profissional um *saber-transformar* que visa a interacção e adaptação aos contextos de trabalho. A interacção dos diferentes saberes, a evolução da sociedade, a actualização de conhecimentos, a adaptação constante a situações diversas e as exigências prementes dos actuais contextos de trabalho, determinam o desenvolvimento de competências (Dias, 2004, p.59).



**Figura 6** - Desenvolvimento de competências (Dias, 2004, p.59)

As competências englobam características próprias do indivíduo como o conjunto de potencialidades, habilidades, capacidades de acção, aptidões, atitudes, traços de personalidade e também comportamentos estruturados. Abrangem, ainda, os conhecimentos gerais e específicos, que permitem ao profissional realizar, de forma autónoma, um leque variado de actividades, expressas através da qualidade de execução de técnicas e procedimentos, e a discussão, análise e decisão sobre os aspectos inerentes à profissão. Dias (2006) afirma que as competências se organizam em categorias multidimensionais: a nível pessoal, científico, técnico, sócio-afectivo, relacional, comunicativo e ético-moral e que os seus conteúdos têm por base as diferentes

categorias de saberes, formados a partir dos domínios cognitivo, afectivo e psicomotor. Estes conteúdos são suportados pelas estruturas físicas e psicológicas, que sustentam a soma dos conhecimentos, das capacidades, das aptidões, das habilidades, das destrezas, das atitudes, dos valores e dos comportamentos indispensáveis à resolução dos problemas desencadeados nos locais de trabalho

Para Dias (2006), os componentes das competências têm por base as estruturas biológicas, as cognitivas e as sociais/relacionais, determinantes nas actividades colectivas, ao nível da cooperação e da coordenação das acções. Bloom (1981, cit. por Dias, 2006) considera componentes das competências diferentes domínios: cognitivo, afectivo e psicomotor. Estes domínios, e os níveis estabelecidos para cada um deles (Quadro 4), revelam a complexidade inerente à construção das competências.

**Quadro 4** – Componentes e níveis das competências segundo Bloom

<b>Competências</b>	
<b>Componentes</b>	<b>Níveis</b>
Cognitivo	conhecimento; compreensão; aplicação; análise; síntese; avaliação
Afectivo	atenção; resposta; valoração; organização; caracterização pelo valor
Psicomotor	movimentos reflexos; movimentos básicos fundamentais; capacidades perceptíveis; capacidades físicas; movimentos de perícia; comunicações não discursivas

Dias (2006, p. 45) considera que os elementos que entram na construção de uma competência são de “*natureza cognitiva, afectiva e psicomotora*”, e incluem “*as capacidades para aprender e para se apropriar das informações, os raciocínios, as representações, as motivações, os interesses, as estruturas cognitivas que suportam a soma dos conhecimentos, as habilidades, as destrezas, as capacidades e comportamentos necessários para resolver as situações emergentes no cumprimento das actividades profissionais, com autonomia, flexibilidade e responsabilidade*”. Das dimensões de uma competência fazem parte: a dimensão técnica, que está relacionada com o conhecimento aprofundado, a dimensão social que é o conhecimento reconhecido, a dimensão política, que tem subjacente o poder, que confere o direito de julgar e decidir, e a dimensão pessoal ou individual.

Da meta-análise de Dias (2006), emergem vários tipos de competências, que passamos a descrever.

### **Competências Afectivas**

A cognição e o afecto estão sempre presentes em qualquer actividade da vida humana, pelo que são aspectos inseparáveis. O afecto é regulador da acção, interfere nas escolhas dos objectos específicos e determina o valor atribuído individualmente a determinados elementos, acontecimentos e situações. *“As competências afectivas baseiam-se na capacidade da pessoa para estabelecer uma relação afectiva com o seu ambiente, com os seus semelhantes e consigo mesmo”* (Dias, 2006, p.133). Constituem o estreitamento, a interligação e a hierarquização relativamente às experiências que dão significado às dimensões das diferentes relações afectivas. No domínio afectivo, as respostas emocionais incluem as interações e as competências de comunicação interpessoal e as acções e o modo de agir estruturam-se através da afectividade e da inteligência, desenvolvendo-se os mecanismos de adaptação às diferentes situações de vida e contextos de trabalho. São ferramentas que possibilitam a construção de noções como: objectos, pessoas e situações, conferindo-lhes atributos, valores e qualidades.

Um conceito considerado importante neste contexto é o da auto-eficácia, na medida em que, aquilo que as pessoas pensam sobre as suas capacidades, tem um efeito profundo na percepção dessas mesmas capacidades. As pessoas que possuem o sentimento da auto-eficácia, recompõem-se facilmente das adversidades e abordam de forma criativa os problemas.

Neste tipo de competências estão incluídas a expressividade, sentimentos de confiança na consecução de objectivos, capacidade de dedicação ao trabalho, persistência, raciocínio analítico, capacidade relacional e comunicacional, auto-organização, auto-confiança, auto-controlo, auto-eficácia, curiosidade, prazer na aprendizagem, compreensão de emoções e sentimentos, capacidade de decisão e capacidade de partilha e cooperação.

### **Competências Sociais**

É consensual que os factores ambientais envolvidos no processo de socialização influenciam a determinação das habilidades sociais, no entanto definir competência

social é difícil, na medida em que alguns autores se baseiam em componentes observáveis do comportamento e da comunicação verbal e não verbal, enquanto outros, têm em conta os aspectos cognitivos como as crenças, as expectativas e verbalizações e os aspectos situacionais.

As competências sociais têm por base a empatia, que consiste nas capacidades para compreender os sentimentos dos outros, ver as coisas do seu ponto de vista, respeitar o modo como se pensa, potenciar a diversidade, formar a consciência política e o estabelecimento de relações interpessoais. Relativamente ao treino das habilidades sociais é importante desenvolver a capacidade para: dizer não, pedir ou fazer favores, expressar sentimentos positivos ou negativos, ser capaz de iniciar ou manter uma conversa, ser sincero, assertivo, partilhar experiências de vida e respeitar os momentos de cada um (Dias, 2006).

### **Competências Relacionais e de Comunicação Interpessoal**

Incluem a aprendizagem do sistema de sons, sintaxe e vocabulário, que constituem as regras do uso da linguagem, no decurso da interacção. O desenvolvimento destas competências integra a comunicação verbal e não verbal, importantes para o relacionamento com os outros. Este desenvolvimento é facilitado por um conjunto de características e de capacidades que o ser humano desenvolve integrado num meio ambiente propício. Inclui o desenvolvimento cognitivo, perceptivo, afectivo e motor, implicado nos processos mentais complexos e estruturas biológicas inatas de cada indivíduo (Dias, 2006).

Os interesses e as motivações são dois aspectos que desempenham um papel de relevância no processo de desenvolvimento das competências. A hereditariedade e o meio ambiente, actuam de forma decisiva na transformação das aptidões individuais, em capacidades a desenvolver ao longo do ciclo vital e são marcadas pela qualidade das interacções que se vão estabelecendo com os outros. Deste modo, o processo de comunicação vai-se organizando à medida que os processos neurofisiológicos, os valores e as atitudes se vão sedimentando, influenciando assim os comportamentos e atitudes, tendo consequências evidentes a nível do desempenho (Dias, 2006).

## Competências Científicas e de Pensamento Crítico

O pensamento é um processo complexo que envolve operações mentais, nomeadamente a indução, o raciocínio e a dedução, que facilita a compreensão das abstrações, a descoberta dos princípios essenciais das coisas, o que contrasta com o concreto dos factos. É uma capacidade essencial à análise crítica. A aquisição do pensamento crítico, o modo como se aprende a pensar, o ensino e a aprendizagem pela descoberta, são factores essenciais para desenvolver competências cognitivas e de pensamento reflexivo.

Segundo Dias (2006, p.168), as competências científicas e os processos de pensamento crítico “*são tanto mais complexos quanto mais influenciam a expressão dos comportamentos, atitudes e desempenho profissional não obstante terem que preparar para a mestria*”. Este núcleo de competências exige, assim, a capacidade para manter e desenvolver o método de resolução de problemas, utilizando ferramentas que facilitem a reflexão, selecção e a produção de conhecimentos.

## Competências Morais

Segundo Kohlberg (1976) citado por Ribeiro (1998) a competência de juízo moral é “*a capacidade de realizar juízos e decisões morais (isto é baseados em princípios internos) e de agir em concordância com esses juízos*”. Kohlberg (1976) refere a existência de três níveis de desenvolvimento moral: pré-convencional, convencional e pós-convencional.

**Quadro 5** – Níveis de desenvolvimento moral segundo Kohlberg

Nível pré-convencional	Nível convencional	Nível pós-convencional
Estádio 1 <i>moral do castigo</i> - os sujeitos relacionam-se em termos de obediência inquestionável à autoridade e no sentido de evitar o castigo	Estádio 3 <i>moral do bom menino</i> - os sujeitos relacionam-se em função da aprovação social e interpessoal	Estádio 5 <i>moral do contrato</i> - os sujeitos relacionam-se de forma autónoma
Estádio 2 <i>moral do interesse</i> - os sujeitos relacionam-se em termos de orientação para fins concretos e individualistas	Estádio 4 <i>moral da lei</i> - os sujeitos relacionam-se em função da ordem, lei e progresso social	Estádio 6 <i>moral dos princípios</i> - os sujeitos relacionam-se com base em princípios auto escolhidos, reversíveis e universalizáveis

A competência moral desdobra-se em diversos componentes (Nunes, 2002):

1. Componente da sensibilidade moral, que consiste na habilidade para identificar quando algo que se fez afectou o bem-estar de outra pessoa, quer tenha sido positiva ou negativamente;
2. Componente do juízo moral que ajuíza o que deve ser feito em determinada situação;
3. Componente da intenção moral que preside à deliberação e decisão;
4. Componente do comportamento moral (ao executar a decisão).

Na revisão da literatura encontrámos ainda referência a um novo tipo de competências não especificamente técnicas, mas sim de âmbito pessoal e relacional. Pires (2004) agrupa estes contributos pessoais e em três tipos de competências: *competências genéricas, soft skills ou competências – chave e competências de terceira geração.*

*As competências genéricas são definidas como “as características do indivíduo que acentuam o seu funcionamento eficaz durante a sua vida, e determinam um comportamento, não sendo no entanto o seu sinónimo. Os comportamentos são reveladores de características pessoais, podendo algumas serem directamente observáveis e outras latentes. Implicam o reconhecimento de capacidades pessoais que o sujeito desenvolve na sua vida, através de experiências vividas, em oposição à aquisição tradicional de conhecimentos por aprendizagem escolar” (Pires, 1994, p.11).*

Pires (1994), identificou onze *competências genéricas* principais:

1. O espírito de iniciativa – consiste na capacidade para realizar e propor acções, sem que para tal, seja forçado por acontecimentos ou por solicitação de alguém.
2. A perseverança – realização de acções repetidas, ou de diversas formas, na tentativa de superar obstáculos que se interpõem à consecução dos objectivos a que o indivíduo se propõe.
3. A criatividade – criação de ideias e produtos originais, com imaginação.
4. O sentido de organização – habilidade para desenvolver planos considerados lógicos, sujeitos a detalhe, de forma a orientar acções relativamente a um objectivo.

5. O espírito crítico – habilidade para pensar de forma analítica e sistemática, aplicar princípios ou conceitos de análise de situações problemáticas, com a finalidade de descrever um conjunto de conhecimentos.
6. O auto-controlo – manter-se calmo controlando-se em situações emotivas ou desencadeadoras de stress.
7. A atitude de liderança – capacidade hábil de responsabilizar-se por um grupo ou por uma actividade e de organizar eficazmente os esforços colectivos.
8. A persuasão – habilidade para persuadir os outros, ou para obter o seu apoio.
9. A autoconfiança – desenvolver certezas das suas próprias capacidades, habilidades e julgamentos, vontade aberta de defender o seu próprio julgamento de valores, face à oposição.
10. A percepção e intercepção nas relações pessoais – habilidade para reconhecer e interpretar as preocupações, os interesses, os estados emotivos dos outros, sem que ele os verbalize.
11. A preocupação e solicitude em relação aos outros – preocupação pelos outros, pelas suas necessidades, bem-estar e uma vontade afirmada para escutar os seus problemas, encorajá-los e dar-lhes segurança.

Pires (1994), considera que estas competências se desenvolvem a longo do percurso de vida de cada indivíduo, tanto a nível pessoal como profissional, através da formação, das actividades de trabalho e das actividades sociais e familiares. Característica fundamental seria a transferibilidade, facilitando a sua utilização em diversas funções.

As *soft skills* ou *competências* – *chave* agregam um conjunto de competências fundamentais como: flexibilidade, adaptabilidade, autonomia, responsabilidade, criatividade, iniciativa, abertura a novas ideias, motivação, liderança, capacidades de trabalho em grupo, de comunicação, de análise e de aprendizagem.

As *competências de terceira geração* segundo Aubrun e Orofiamma (cit. por Pires, 1994) podem agrupar-se em quatro categorias:

1. Comportamentos profissionais e sociais - relacionados com tarefas concretas, num determinado contexto socioprofissional. Englobam desde a análise do trabalho, organizando as competências a partir da descrição das sub-capacidades

e identificando o modelo ideal, até à articulação das competências com situações profissionais específicas, que vão sendo enriquecidas com desafios e projectos.

2. Atitudes - abrangem as atitudes relacionais e de comunicação, as capacidades de adaptação e as de mudança. São compostas por dimensões afectivas, emocionais e cognitivas, originando diferentes dimensões e concepções próprias, que se traduzem em comportamentos e formas de estar.
3. Capacidades criativas - resposta face ao imprevisto, com recurso à intuição implica mobilizar capacidades intelectuais, emocionais e sensoriais.
4. Atitudes existenciais ou éticas - inclui as referências, os valores e a perspectiva existencial do indivíduo, traduz-se pela capacidade de se situar como actor social, com uma carga social e cultural. Capacidade de análise crítica para transformar as situações, construindo o seu próprio projecto pessoal.

O estudo do desenvolvimento de competências envolve um conjunto alargado de áreas do conhecimento que lhe dão suporte e lhe conferem credibilidade. No entanto, este facto confirma a complexidade e abrangência da temática ao mesmo tempo que reafirma a necessidade de reflexão e investigação no âmbito das profissões e das suas competências específicas.

## **PARTE II**

### **ESTUDO EMPÍRICO**

Durante o delineamento metodológico do estudo empírico verificou-se a presença de uma variável parasita, a atractividade, que poderia enviesar todos os resultados. Assim, e no sentido de minimizar o impacto desta variável, foi efectuado um estudo empírico preliminar.

Na presente parte apresentam-se os estudos empíricos efectuados, preliminar e principal, dando relevo aos seus desenhos metodológicos e respectivos resultados bem como à discussão dos mesmos.

## **CAPITULO 6**

### **ESTUDO EMPÍRICO PRELIMINAR**

#### **6.1 – INTRODUÇÃO**

A face exhibe muitas características potencialmente importantes para os indivíduos no sentido em que podem determinar o sucesso da reprodução e assim, a continuidade da espécie (Mealey, Brigstock e Townsend ,1999 cit. por Silva, 2005). As características nela exibidas revelam a qualidade dos genes (Miller, 2000 cit. por Silva, 2005) bem como a imunocompetência e a quantidade e qualidade das hormonas sexuais (Perrett *et al*, 1998). Segundo Silva (2005), a atractividade é considerada um forte determinante para a escolha sexual de parceiros sendo que esta, constituindo um conceito ambíguo, *“não seria uma propriedade da face em si, mas um subproduto do processo de reconhecimento da mesma, ou seja variações dentro de mesmo estímulo padrão.”* (Enquiste *et al* cit. por Silva, 2005, p. 4). A atractividade é um dos mais importantes factores envolvidos na atracção interpessoal e na interacção (Berscheid e Walster, 1974 e Finck, 1891 cit. por Mueser *et al*, 1984).

Diversos estudos comprovaram a relação entre o grau de atractividade percebida no indivíduo e as qualidades individuais e sociais que lhe eram atribuídas. Indivíduos percebidos como mais atractivos eram relacionados com qualidades positivas e os considerados pouco atractivos com qualidades negativas (Omote, 1992 cit. por Silva, 2005; Dion, Berscheid e Walster, 1972 cit. por Pansu e Dubois, 2002). Os estudos realizados permitiram comprovar que indivíduos considerados mais atractivos eram julgados de forma mais favorável em categorias como: sociabilidade, popularidade, extroversão, inteligência, capacidade para o trabalho e eficiência (Mueser *et al*, 1984; Olson e Marshuetz, 2005; Dion, Berscheid e Walster 1972, Miller, 1970; Stroebe, Insko, Thompson e Layton, 1971, Dion e Stein, 1978; Goldman e Lewis, 1977, Larose, Tracy e McKelvie, 1993; Cole, Maxwell e Martin, 1997; Hazlett e Hoehn-Saric, 2000 cit. por Pansu e Dubois, 2002).

Assim, e considerando que a atractividade constitui, no âmbito do estudo principal desta dissertação, uma variável perturbadora e enviesante, desenhou-se um estudo empírico que permitisse identificar o grau de atractividade facial nas fotografias inicialmente recolhidas. O presente estudo tem como objectivo seleccionar as seis faces (três homens e três mulheres) mediamente mais atractivas para integrarem o instrumento de recolha de dados do estudo principal a fim de uniformizar os estímulos no que à atractividade diz respeito.

## **6.2 – METODOLOGIA**

### **6.2.1 – DESIGN DO ESTUDO**

Para dar cumprimento à finalidade deste estudo empírico preliminar desenhou-se um estudo transversal de tipo exploratório (Gil, 1999). Optou-se por este *design* visto que se pretendia apenas identificar as seis faces (três homens e três mulheres) mediamente mais atractivas e não explicar as razões das preferências expressas pelos participantes.

### **6.2.2 - INSTRUMENTOS E MEDIDAS**

Dada a finalidade do estudo foi construído um formulário no qual foram inseridas 32 fotografias de faces, cada uma delas seguida de uma escala (Anexo 1).

Utilizou-se uma escala ordinal tipo Likert de 7 pontos em que 1 corresponde a “Nada Atractivo” e 7 a “Muito Atractivo”. Esta escala permite que os participantes julguem e classifiquem as faces emitindo a sua opinião e escolhendo o ponto da escala que a ela corresponde dentro do intervalo previamente definido (Almeida e Freire, 2003;Ribeiro, 1999 e Gil, 1999). Optou-se por 7 pontos para diluir o efeito de tendência central assinalado na literatura como frequente na escala de 5 pontos (Laveault e Grégoire, 2002).

As fotografias a inserir no formulário foram seleccionadas de entre um conjunto de 336 fotografias da face de 48 indivíduos, inicialmente realizadas, cumprindo os seguintes critérios de elegibilidade:

- Os indivíduos retratados pertencem à raça caucasiana.

- As faces apresentam expressão neutra – sem sorriso.
- A idade dos indivíduos situa-se entre os 30 e os 45 anos.

Seleccionadas as faces de homens verificou-se que apenas 16 indivíduos cumpriam os critérios de elegibilidade pelo que se seleccionou, de forma aleatória, dentro das elegíveis, igual número para as faces de mulheres. Verificou-se que, para as idades, se encontrou um mínimo em 27 anos e um máximo em 44 anos situando-se a média em 34,5 anos para os homens e 37,0 anos para as mulheres.

### **6.2.3 - PROCEDIMENTO**

Definiu-se como suficiente que o número de participantes neste estudo fosse de 150 indivíduos divididos equitativamente pelos três grupos etários definidos para o estudo principal (jovens – 16-25 anos; adultos – 26-64 anos e idosos -  $\geq 65$  anos). A técnica de amostragem utilizada foi não probabilística do tipo amostra por redes ou amostra em bola de neve (Ribeiro, 1999) por cotas (Gil, 1999). Como forma de difusão do formulário utilizou-se o correio electrónico, tendo sido criada conta para o efeito (estudo.preliminar@gmail.com).

O formulário foi lançado por correio electrónico no dia 27 do mês de Julho de 2007. O correio electrónico contendo o formulário em anexo, as instruções de preenchimento e o pedido de colaboração foi enviado inicialmente para uma lista de 52 pessoas a quem se pedia que reencaminhassem para a sua lista de contactos. Verificou-se uma adesão pouco significativa no início devido ao período de férias, cenário que reverteu para os grupos Jovens e Adultos a partir do meio do mês de Setembro. No grupo idosos registaram-se maiores dificuldades pela baixa taxa de utilização da Internet nesta faixa etária, facto que determinou que algumas recolhas fossem efectuadas presencialmente.

### **6.2.4 – PARTICIPANTES**

Foram recebidos 164 formulários preenchidos dos quais se validaram 162 por 2 se encontrarem desformatados. Apesar de inicialmente se ter considerado suficiente 150 participações, foram trabalhadas todas as recebidas visto que as diferenças entre grupos não eram expressivas e o alargamento do número daria mais consistência ao estudo.

**Quadro 6 – Distribuição dos participantes por idade e género.**

<b>Jovens</b>				
<b>Idade</b>	<b>Mulher</b>	<b>Homem</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
16	2	0	2	1,2
17	3	2	5	3,1
18	8	3	11	6,8
19	2	7	9	5,6
20	3	1	4	2,5
21	4	5	9	5,6
22	2	1	3	1,9
23	1	5	6	3,7
24	2	0	2	1,2
25	3	0	3	1,9
<b>Média - 20,5</b>	<b>Total - 30</b>	<b>Total - 24</b>	<b>Total - 54</b>	<b>Total- 33,5</b>
<b>Adultos</b>				
<b>Idade</b>	<b>Mulher</b>	<b>Homem</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
26	0	1	1	0,6
27	1	1	2	1,2
28	2	0	2	1,2
29	4	1	5	3,1
30	1	1	2	1,2
31	0	3	3	1,9
34	1	0	1	0,6
35	2	0	2	1,2
36	3	0	3	1,9
37	4	1	5	3,1
38	3	1	4	2,5
40	4	2	6	3,7
41	1	1	2	1,2
42	2	0	2	1,2
43	0	1	1	0,6
44	1	2	3	1,9
45	1	0	1	0,6
46	2	1	3	1,9
47	1	2	3	1,9
49	2	1	3	1,9
55	1	0	1	0,6
58	1	0	1	0,6
62	0	1	1	0,6
<b>Média - 40,1</b>	<b>Total - 37</b>	<b>Total - 20</b>	<b>Total - 57</b>	<b>Total- 35,2</b>
<b>Idosos</b>				
<b>Idade</b>	<b>Mulher</b>	<b>Homem</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
65	4	1	5	3,1
66	2	0	2	1,2
67	2	1	3	1,9
68	1	0	1	0,6
69	3	1	4	2,5
70	3	3	6	3,7
71	2	2	4	2,5
72	1	3	4	2,5
73	3	2	5	3,1
74	1	1	2	1,2
75	1	1	2	1,2
76	2	0	2	1,2
77	1	2	3	1,9
78	1	2	3	1,9
79	1	0	1	0,6
80	0	2	2	1,2
82	0	1	1	0,6
85	1	0	1	0,6
<b>Média - 73,7</b>	<b>Total - 29</b>	<b>Total - 22</b>	<b>Total - 51</b>	<b>Total - 31,5</b>
<b>Total Geral</b>	<b>96</b>	<b>66</b>	<b>162</b>	<b>100</b>

O Quadro 6 permite analisar a distribuição dos participantes por grupo etário e por género. Dos 162 participantes 33,5% encontram-se no grupo Jovens com uma média de idade de 20,5 anos (dp 3,0), 35,2% no grupo Adultos, com uma média de idade de 40,1 anos (dp 9,9) e 31,5% no grupo Idosos, com uma média de idade de 73,7 anos (dp 5,7).

No que se refere ao género verificou-se que, no total da amostra, 59,26% representam as mulheres e 40,74% representam os homens.

### 6.3 - RESULTADOS

Os dados recolhidos foram tratados a partir de uma base de dados construída no programa informático SPSS (*Statistical Package for Social Science*) versão 15.0 para *Windows*.

De acordo com o objectivo deste estudo foi calculada a média das classificações efectuadas pelos participantes para cada uma das fotografias incluídas no formulário. Porque se pretendia escolher 3 faces de mulheres e 3 faces de homens, os resultados apresentam-se em quadros separados (Quadros 7. e 8.) para melhor visualização.

**Quadro 7 - Grau de Atractividade - Homens**

Fotografias	N	M	DP
F1	162	3,79	1,778
F2	162	2,96	1,572
F3	162	3,74	1,514
F4	162	3,27	1,495
F5	162	2,79	1,493
F6	162	2,36	1,341
F7	162	2,93	1,345
F8	162	4,56	1,568
F9	162	3,06	1,525
F10	162	3,78	1,741
F11	162	2,96	1,422
F12	162	2,65	1,326
F13	162	2,61	1,509
F14	162	2,57	1,572
F15	162	1,88	1,339
F16	162	2,40	1,306

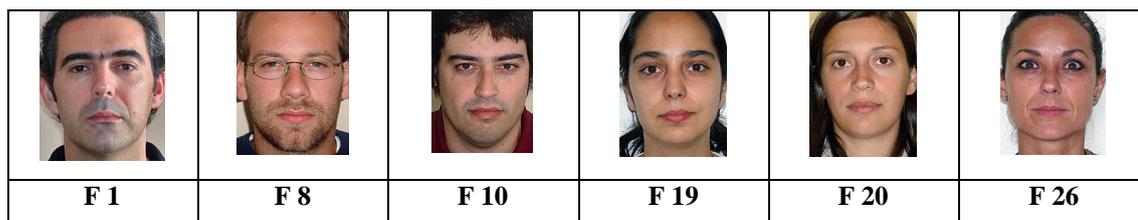
**Quadro 8 - Grau de Atractividade - Mulheres**

Fotografias	N	M	DP
F17	162	4,10	1,579
F18	162	4,01	1,576
F19	162	5,10	1,412
F20	162	4,90	1,553
F21	162	3,15	1,371
F22	162	2,81	1,578
F23	162	2,17	1,188
F24	162	3,40	1,472
F25	162	2,99	1,297
F26	162	4,55	1,619
F27	162	2,58	1,274
F28	162	3,70	1,588
F29	162	2,38	1,242
F30	162	3,45	1,623
F31	162	4,06	1,745
F32	162	2,73	1,378

Conforme se pode visualizar, a classificação das faces quanto à atractividade não atingiu valores muito elevados, situando-se a média de classificações mais elevada em 5,10 numa escala de 7 pontos.

Da análise da média das classificações, verificou-se que as fotografias com média de classificações mais elevada foram para os homens F1 (3,79), F8 (4,56) e F10 (3,78) e para as mulheres F19 (5,10), F20 (4,90) e F26 (4,55).

Assim sendo, as faces escolhidas para integrar o instrumento de recolha de dados do Estudo Principal são as que se apresentam na Figura 7.



**Figura 7** - Faces escolhidas para integrar o instrumento de recolha de dados do Estudo Principal

## **CAPITULO 7**

### **ESTUDO EMPÍRICO PRINCIPAL**

#### **7.1 – INTRODUÇÃO**

A revisão teórica efectuada, apresentada na Parte I do presente estudo, permite verificar a importância do impacto dos sinais não verbais e particularmente do sorriso na percepção do outro. Este impacto pode determinar a diferença entre uma relação terapêutica facilitadora ou a recusa e indisponibilidade para estabelecer qualquer tipo de relação.

Os profissionais de saúde, por imperativo da sua profissão, necessitam de estabelecer com os seus clientes uma relação que facilite o sucesso do encontro terapêutico. A qualidade desta relação será determinante para que o cliente possa em conjunto com o técnico desenvolver as operações e mecanismos necessários ao regresso à homeostasia o mais rapidamente possível.

Actualmente, em virtude da crescente especialização, existem diversos profissionais que actuam na área da saúde. As expectativas dos clientes relativamente a estes, variam em função dos estereótipos associados à profissão mas também em função das experiências anteriores. Para o nosso estudo seleccionamos três grupos diferentes de profissionais: médicos, enfermeiros e psicólogos.

Pretende-se que, a partir da observação de fotografias de indivíduos representando profissionais (médico, enfermeiro, psicólogo) exibindo: face sem sorriso, sorrisos verdadeiros (fechado, superior e largo) e sorrisos falsos (fechado, superior e largo), os sujeitos que participarem no estudo escolham os profissionais que prefeririam para cuidar de si e da sua saúde. Assim, os objectivos deste estudo são:

- Averiguar se as escolhas do tipo de sorriso são diferentes em função do grupo profissional;
- Apurar se existe preferência tendo em conta a classificação do sorriso (*e.g.* sorrisos verdadeiros *vs* sorrisos falsos);

- Verificar se a escolha de um determinado tipo de sorriso está relacionada com a atribuição de competências.

## **7.2 – METODOLOGIA**

### **Questão Científica**

Atribuição de competências aos profissionais de saúde através da observação do tipo de sorriso exibido.

Da questão científica apresentada emergem as variáveis em estudo:

#### **1. Variável Dependente**

- Hetero-percepção do Tipo de Sorriso exibido:
  - Sem Sorriso
  - Sorriso Fechado
  - Sorriso Superior
  - Sorriso Largo

#### **1. Variáveis Independentes**

- Grupo Profissional dos estímulos
- Género dos estímulos
- Género dos respondentes
- Grupo etário dos respondentes
- Sorriso verdadeiro vs sorriso falso
- Atribuição de competências:
  - Relacionais e de Comunicação Interpessoal
  - Afectivas

Em função das variáveis definidas foram construídas as hipóteses, principal e secundárias, a testar neste estudo empírico:

## 1. Hipótese Principal

H<sub>1</sub> – Verifica-se relação estatisticamente significativa entre a hetero-percepção do tipo de sorriso exibido pelos profissionais de saúde e a atribuição de competências aos mesmos.

H<sub>0</sub> – Não se verifica relação estatisticamente significativa entre a hetero-percepção do tipo de sorriso exibido pelos profissionais de saúde e a atribuição de competências aos mesmos.

## 2. Hipóteses Secundárias

H<sub>2</sub> – O grupo profissional e o género dos estímulos determinam escolhas diferentes.

H<sub>3</sub> – O género e o grupo etário dos respondentes determinam escolhas diferentes.

H<sub>4</sub> – Verifica-se globalmente uma maior preferência por sorrisos verdadeiros em detrimento dos sorrisos falsos.

## **Definição de Termos**

Para melhor clarificação define-se que, no contexto desta dissertação e em concordância com o enquadramento teórico e revisão da literatura, os seguintes termos assumem as seguintes significações:

Sem sorriso - Lábios juntos; sem elevação das comissuras labiais; sem exibição das fileiras dentárias, o conjunto do rosto não apresenta alterações fisiológicas; não há movimento dos músculos.

Sorriso fechado - Lábios juntos; elevação das comissuras labiais; sem exibição das fileiras dentárias, o conjunto do rosto não apresenta alterações fisiológicas significativas; o movimento dos músculos é reduzido.

Sorriso superior - Lábios separados; elevação das comissuras labiais; exibição da fileira dentária superior, o conjunto do rosto apresenta alterações fisiológicas significativas; o movimento dos músculos ocorre com menor intensidade.

Sorriso largo - Lábios separados; elevação das comissuras labiais; exibição das fileiras dentárias, o conjunto do rosto apresenta alterações fisiológicas significativas; verifica-se movimento dos músculos.

Sorriso verdadeiro - sorriso resultante de emoções positivas.

Sorriso falso - sorriso posado ou resultante de outras emoções.

Grupo etário – foram considerados 3 grupos:

- Jovens – dos 16 aos 25 anos
- Adultos – dos 26 aos 64 anos
- Idosos – 65 ou mais anos

Competências Relacionais e de Comunicação Interpessoal – capacidades e aptidões individuais mobilizadas no contexto da relação e da comunicação interpessoal.

Competências Afectivas – capacidades para estabelecer relações afectivas com o seu ambiente, com os seus semelhantes e consigo mesmo, inclui a expressividade.

### **7.2.1 – DESIGN DO ESTUDO**

Pretende-se ir para além da mera descrição da realidade encontrada estabelecendo relações entre as variáveis. Assim, optou-se pelo estudo transversal de tipo descritivo por ser o que permite dar resposta aos objectivos do estudo a realizar (Almeida e Freire, 2003; Ribeiro, 1999; Gil, 1999).

### **7.2.2 - INSTRUMENTOS E MEDIDAS**

No presente estudo foram utilizados os seguintes instrumentos:

- a) Questionário de caracterização sócio demográfica da amostra acrescido de questões sobre experiências anteriores com profissionais das áreas escolhidas (Anexo 2).

Para a operacionalização da variável de caracterização da amostra “profissão” foi usada a Classificação Nacional de Profissões (IEFP, 2001) à qual foram acrescentadas 3 categorias que, não constituindo profissão, eram representativas na nossa amostra: estudante, desempregado e reformado.

- b) Quadros com fotografias de indivíduos representando profissionais (médico, enfermeiro, psicólogo) exibindo: face sem sorriso, sorrisos verdadeiros (fechado, superior e largo) e sorrisos falsos (fechado, superior e largo)

O objectivo dos quadros é exibir todos os tipos de sorriso – fechado, superior e largo – nas versões verdadeiros e falsos, para que os participantes escolham de entre eles o tipo de sorriso que preferem nos profissionais de saúde em estudo. Para a construção dos quadros foram usadas fotografias dos participantes seleccionados no estudo preliminar. As fotografias foram escolhidas para após a catalogação e tipificação dos sorrisos efectuada pelo director do Laboratório de Expressão Facial da Emoção da Universidade Fernando Pessoa (Anexo 3). As fotografias foram trabalhadas com o programa informático Photoshop versão 6.0 para corte e uniformização de cor e brilho.

A construção dos quadros teve como preocupação minimizar o impacto de dois aspectos potencialmente enviesantes:

- A escolha igual e mantida - que determinaria a escolha da mesma face e/ou do mesmo tipo de sorriso para todas as opções
- A escolha do diferente - que determinaria a escolha de faces e/ou de tipos de sorriso diferentes para cada uma das opções apenas para não repetir as escolhas.

Assim, optou-se por construir 3 quadros diferentes para cada género nos quais tanto as faces como os tipos de sorriso foram colocados de forma a que:

- Todos os quadros contenham todos os tipos de sorriso nas versões verdadeiro e falso;

- Todos os quadros contenham apenas um exemplar de cada tipo de sorriso nas versões verdadeiro e falso;
- Todos os quadros contenham as 3 faces dos 3 participantes escolhidos no estudo preliminar;
- Os tipos de sorriso e as faces estão dispostos nos quadros de forma aleatória.

Ainda para minimizar o impacto do efeito de habituação ao instrumento, uma vez que os quadros serão observados de forma sequencial, optou-se por, na sua aplicação, exibir alternadamente quadros contendo fotografias de homens e quadros contendo fotografias de mulheres.

c) Escala de Percepção do Sorriso (Freitas-Magalhães, 2003) adaptada ao presente estudo.

A Escala de Percepção do Sorriso (SPS), criada, testada e validada por Freitas–Magalhães, (2003) é uma escala de diferencial semântico constituída por 19 dípolos cotados numa escala de sete pontos, que varia entre 1 e 7 (Anexo 4). Avalia a heteropercepção do sorriso em dois factores: Avaliação e Movimento Expressivo (Quadro 9).

**Quadro 9** – Factores da Escala de Percepção do Sorriso

<b>Factores</b>	<b>Dípolos</b>	<b>nº Dípolo</b>
<b>AVALIAÇÃO</b>	feliz-infeliz	16
	bonito-feio	1
	social-tímido	17
	apaziguador-conflituoso	2
	atractivo-não atractivo	3
	bom-mau	4
	tolerante-intolerante	5
	sincero-falso	6
	justo-injusto	7
	satisfeito-insatisfeito	18
forte-fraco	19	
emotivo-não emotivo	9	
<b>MOVIMENTO EXPRESSIVO</b>	estúpido-inteligente	10
	tenso-descontraído	11
	triste-alegre	12
	passivo-activo	13
	racional-intuitivo	8
	desafectuoso-afectuoso	14
	inoperante-eficaz	15

Para o presente estudo, considerando que pretendemos avaliar competências a partir da aplicação da SPS, foram analisados os factores da mesma e feito o cotejo com as competências definidas no enquadramento teórico e revisão da literatura. Assim, após análise dos mesmos, encontramos convergência entre os factores da SPS e as competências: Relacionais e de Comunicação Interpessoal e Afectivas conforme o que se apresenta no Quadro 10.

**Quadro 10** – Equivalência das competências com os factores e dípolos da Escala de Percepção do Sorriso

<b>Factores da SPS</b>	<b>Dípolos</b>	<b>Competências</b>
<b>AVALIAÇÃO</b>	feliz-infeliz bonito-feio social-tímido apaziguador-conflituoso atractivo-não atractivo bom-mau tolerante-intolerante sincero-falso justo-injusto satisfeito-insatisfeito forte-fraco emotivo-não emotivo	<b>RELACIONAIS E DE COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL</b>
<b>MOVIMENTO EXPRESSIVO</b>	estúpido-inteligente tenso-descontraído triste-alegre passivo-activo racional-intuitivo desafectuoso-afectuoso inoperante-eficaz	<b>AFECTIVAS</b>

### **7.2.3 - PROCEDIMENTO**

Para aplicação dos instrumentos de recolha de dados foram privilegiados espaços onde os respondentes se encontrassem reunidos em número mais ou menos alargado. Assim, a maior parte das recolhas foram realizadas em contexto escolar (Universidades Sénior e Centro de Formação Profissional) tendo as outras decorrido no local de trabalho ou na residência dos respondentes.

Após uma breve exposição sobre o estudo e os seus objectivos, era pedido colaboração para a participação no mesmo. Seguidamente era distribuído o questionário contendo os instrumentos de recolha de dados aos indivíduos que expressamente manifestassem o seu consentimento para a participação no estudo e solicitado o preenchimento da parte

A, que se refere aos dados sócio-demográficos, e da parte B que se refere às experiências anteriores com os grupos profissionais em estudo.

Depois de todos terem terminado o preenchimento das partes A e B, era explicada detalhadamente a fase seguinte que consistia na observação do Quadro, escolha da fotografia e preenchimento da SPS para cada um dos grupos profissionais em estudo em ambos os géneros. Era dito aos participantes que não havia escolhas certas ou erradas e que não deveriam comenta-las com os outros para não os influenciarem.

Relativamente à SPS foram dadas aos respondentes as instruções para o seu preenchimento, utilizando termos que não constassem na escala para não induzir respostas (*e.g.* claro-escuro, quente-frio), era pedido também para lerem atentamente todos os dípolos a fim esclarecerem possíveis dúvidas sobre os significados dos adjectivos que os compõem. Só após a verificação de que todos tinham compreendido todo o processo de preenchimento da escala se passava à fase seguinte.

Antes da observação dos Quadros era pedido aos respondentes que se concentrassem, durante cerca de 30 segundos, na necessidade de serem cuidados/atendidos pelo profissional em análise e nele retratado. A ordem de observação dos quadros foi: enfermeiro, enfermeira, médico, médica, psicólogo, psicóloga.

Para a observação simultânea dos quadros optou-se pela sua projecção utilizando o videoprojector ou o retroprojector. Quando o número de participantes era reduzido optou-se por apresentar os quadros impressos em papel fotográfico.

Seguidamente era pedido aos respondentes para escolher, de entre as fotografias do quadro, aquela que correspondesse à imagem que mais se aproximasse do profissional que prefeririam para os cuidar/atender. Após assinalarem o número da fotografia escolhida no questionário prosseguiam para o preenchimento da SPS para a fotografia escolhida.

Em todas as sessões de recolha efectuadas, só tivemos uma situação em que a respondente desistiu a meio da tarefa por considerar que não tinha “*capacidades para responder*” (*sic*).

No que se refere à duração, o processo de recolha de dados oscilou entre 15 e 35 minutos sendo a média de aproximadamente 20 minutos. Salienta-se que os maiores tempos foram necessários no grupo etário Idosos.

Após o preenchimento dos questionários era comum os participantes debaterem o tema de forma entusiástica.

#### **7.2.4 – PARTICIPANTES**

Foram seleccionadas amostras constituídas por indivíduos de ambos os géneros representando todas as etapas do desenvolvimento excluindo as crianças. Utilizou-se como técnica de amostragem a amostra não probabilística sequencial que consiste em incluir na amostra todos os indivíduos elegíveis à medida que vão aparecendo (Ribeiro, 1999 p. 55).

Para uma maior uniformidade da amostra e para dar resposta às variáveis e hipóteses definidas, previa-se incluir 50 indivíduos de cada um dos géneros em cada grupo etário, obtendo-se, assim, um total de 300 indivíduos. Tinsley e Tinsley (1987 cit. por Ribeiro, 1999 p. 59) afirmam que *“no âmbito da análise multivariada, uma amostra de 100 é pobre, de 200 é razoável, de 300 é boa, de 500 é muito boa e de 1000 é excelente”*. Tendo em linha de conta as limitações de tempo disponível para a realização da investigação optou-se pelo número que, sendo exequível, permitiria um bom grau de precisão.

No entanto, apesar dos esforços envidados para o efeito, não foi possível atingir o número previsto para o grupo etário Idosos. Contactamos 10 Universidades Sénior para solicitar autorização para a recolha de dados e só obtivemos resposta favorável de duas delas. Salienta-se que as Universidades Sénior recebem alunos com idade inferior à estipulada para o grupo etário definido. Nos Centros de Dia e Lares de Terceira Idade encontramos muito poucos idosos com capacidades físicas e mentais bem como com motivação para participar. Assim, a amostra que conseguimos obter é constituída por 265 indivíduos distribuídos conforme se apresenta no Quadro 11.

**Quadro 11** – Distribuição por género e grupo etário

Grupo Etário	Género		Total	Média de idade	DP
	Mulheres	Homens			
Jovens	52	53	105	19,40	1,98
Adultos	67	51	118	39,07	10,16
Idosos	29	13	42	71,43	5,29
Total	148	117	265	36,40	19,10

O Quadro 11 permite analisar a distribuição dos participantes por grupo etário e por género. Dos 265 participantes encontraram-se 105 no grupo etário Jovens, dos quais 52 são mulheres e 53 homens, com uma média de idade de 19,40 anos (dp 1,98), 118 no grupo etário Adultos, dos quais 67 são mulheres e 51 homens, com uma média de idade de 39,07 anos (dp 10,16) e 42 no grupo Idosos, dos quais 29 são mulheres e 13 homens, com uma média de idade de 71,43 anos (dp 5,29).

**Quadro 12** – Distribuição por estado civil

	N	%
Solteiro	156	58,9
Casado	78	29,4
Viúvo	11	4,2
Divorciado /Separado	14	5,3
União de Facto	6	2,3
Total	265	100,0

No que se refere ao estado civil, a distribuição (Quadro 12) de frequências revela um maior peso da categoria Solteiro com 58,9% seguido da categoria Casado com 29,4%. Com menor peso na amostra encontram-se Divorciado /Separado (5,3%), Viúvo (4,2%) e União de Facto (2,3%)

**Quadro 13** – Distribuição por Formação Académica

	N	%
1º Ciclo	31	11,7
2º Ciclo	17	6,4
3º Ciclo	100	37,7
Secundário	57	21,5
Bacharelato	16	6,0
Licenciatura	40	15,1
Mestrado ou Doutoramento	4	1,5
Total	265	100,0

Relativamente à formação académica (Quadro 13), verifica-se uma maior preponderância do 3º Ciclo com 37,7% seguido por Secundário com 21,5% e Licenciatura com 15,1%. Nas restantes categorias encontraram-se frequências mais baixas: 1º Ciclo com 11,7%, 2º Ciclo com 6,4%, Bacharelato com 6% e Mestrado ou Doutoramento com 1,5%.

**Quadro 14 – Distribuição por Profissão**

	N	%
Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresas	7	2,6
Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	29	10,9
Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio	5	1,9
Pessoal Administrativo e Similares	4	1,5
Pessoal dos Serviços e Vendedores	11	4,2
Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas	1	0,4
Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	2	0,8
Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem	5	1,9
Trabalhadores não Qualificados	5	1,9
Estudantes	139	52,5
Membros das Forças Armadas	6	2,3
Reformado	32	12,1
Desempregado	19	7,2
Total	265	100,0

No que às profissões se refere, verifica-se pela análise do Quadro 14 que 52,5% da amostra são Estudantes. Encontraram-se também frequências mais elevadas nas categorias Reformado com 12,1%, Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas com 10,9% e Desempregado com 7,2%. Para as categorias restantes verifica-se uma frequência muito baixa.

**Quadro 15 – Distribuição por resposta à questão “Ao longo da sua vida já teve contacto com os seguintes profissionais de saúde?”**

Médico(a)			Enfermeiro(a)			Psicólogo(a)		
	N	%		N	%		N	%
Sim	259	97,7	Sim	257	97,0	Sim	126	47,5
Não	6	2,3	Não	8	3,0	Não	139	52,5
Total	265	100,0	Total	265	100,0	Total	265	100,0

Da análise do Quadro 15, ressalta a evidência de que um maior número de indivíduos da amostra teve contacto com os profissionais Médico(a) (97,7%) e Enfermeiro(a) (97%). Relativamente à categoria Psicólogo(a), os dados mostram que a maioria da amostra (52,5%) não teve contacto com este grupo profissional e 47,5% teve contacto.

**Quadro 16** – Distribuição por resposta relativa ao grupo Médico(a) à questão “Como classifica, globalmente, esses momentos?”

Resposta	Frequência	Percentagem
Não tive contacto	4	1,5
Negativos	5	1,9
Mais negativos que positivos	16	6,0
Indiferentes	23	8,7
Mais positivos que negativos	55	20,8
Positivos	122	46,0
Muito positivos	40	15,1
Total	265	100,0

Da análise do Quadro 16 verifica-se que, quando inquiridos sobre como classificam globalmente os momentos de contacto com o grupo profissional Médico(a), os respondentes referem maioritariamente serem Positivos (46,0%) seguido de Mais Positivos que Negativos (20,8%). Relativamente às outras categorias encontrou-se: Muito Positivos com 15,1%; Indiferentes com 8,7%, Mais Negativos que Positivos com 6,0% e Negativos com 1,5%.

**Quadro 17** – Distribuição por resposta relativa ao grupo Enfermeiro(a) à questão “Como classifica, globalmente, esses momentos?”

Resposta	Frequência	Percentagem
Não tive contacto	7	2,6
Negativos	5	1,9
Mais negativos que positivos	5	1,9
Indiferentes	27	10,2
Mais positivos que negativos	51	19,2
Positivos	121	45,7
Muito positivos	49	18,5
Total	265	100,0

Da análise do Quadro 17 verifica-se que, quando inquiridos sobre como classificam globalmente os momentos de contacto com o grupo profissional Enfermeiro(a), os respondentes referem maioritariamente serem Positivos (45,7%) seguido de Mais

Positivos que Negativos (19,2%) e Muito Positivos (18,5%). Relativamente às outras categorias encontrou-se: Indiferentes com 10,2%, Mais Negativos que Positivos com 1,9% e Negativos com 1,9%.

**Quadro 18** – Distribuição por resposta relativa ao grupo Psicólogo(a) à questão “Como classifica, globalmente, esses momentos?”

Resposta	Frequência	Percentagem
Não tive contacto	139	52,5
Negativos	4	1,5
Mais negativos que positivos	8	3,0
Indiferentes	15	5,7
Mais positivos que negativos	14	5,3
Positivos	49	18,5
Muito positivos	36	13,6
Total	265	100,0

Da análise do Quadro 18 verifica-se que quando inquiridos sobre como classificam globalmente os momentos de contacto com o grupo profissional Psicólogo(a), os respondentes referem maioritariamente serem Positivos (18,5%) seguido de Muito Positivos (13,6%). Relativamente às outras categorias encontramos: Indiferentes com 5,7%, Mais Positivos que Negativos com 5,3%; Mais Negativos que Positivos com 3,0% e Negativos com 1,5%. De salientar que 52,5% da amostra não teve contacto com este grupo profissional.

### **7.3 - RESULTADOS**

Após a recolha de dados, os mesmos foram introduzidos numa base de dados construída no programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 15.0 no qual foi também efectuado o tratamento estatístico. Após o tratamento estatístico os dados produziram os resultados que a seguir se apresentam organizados segundo as hipóteses definidas para o estudo.

**H<sub>1</sub> – Verifica-se relação estatisticamente significativa entre a hetero-percepção do tipo de sorriso exibido pelos profissionais de saúde e a atribuição de competências aos mesmos.**

Para a análise e validação da  $H_1$  procedeu-se ao teste de ANOVA univariada do qual se apresentam quadros resumo para comparação de médias e F ratio em todos os grupos profissionais em estudo em ambos os géneros.

**Quadro 19** – Médias por competência e tipos de sorriso nos grupos profissionais

Competências	TS	Médias					
		Enfermeiro	Enfermeira	Médico	Médica	Psicólogo	Psicóloga
Relacionais e de Comunicação Interpessoal	Sem Sorriso	4,9	5,1	4,8	5,1	4,4	5,5
	Fechado Verdadeiro	5,2	5,7	5,1	5,3	4,8	5,6
	Fechado Falso	5,0	5,5	5,0	5,6	5,2	5,4
	Superior Verdadeiro	5,1	5,7	5,2	5,8	5,6	5,8
	Superior Falso	5,8	5,9	5,0	5,7	5,6	5,8
	Largo Verdadeiro	5,4	5,8	5,5	6,2	5,4	5,8
	Largo Falso	5,0	5,8	5,2	5,9	5,0	5,9
	Total	5,2	5,6	5,2	5,6	5,1	5,7
Afectivas	Sem Sorriso	4,7	4,8	4,7	4,8	4,4	5,1
	Fechado Verdadeiro	4,9	5,1	4,8	4,7	4,6	5,0
	Fechado Falso	4,8	4,9	4,9	5,2	5,0	5,1
	Superior Verdadeiro	4,4	5,0	5,0	5,1	5,1	5,2
	Superior Falso	5,2	5,2	5,0	5,1	5,2	5,3
	Largo Verdadeiro	5,1	5,2	5,2	5,3	5,1	5,2
	Largo Falso	4,8	5,5	4,9	5,2	4,9	5,2
	Total	4,9	5,1	4,9	5,0	4,9	5,1

Da análise do Quadro 19, verifica-se que para todos os grupos profissionais e em ambos os géneros as médias globais são superiores para as Competências Relacionais e de Comunicação Interpessoal, variando entre 5,1 e 5,7, do que para as Competências Afectivas nas quais se verificou uma variação entre 4,9 e 5,1.

Para as Competências Relacionais e de Comunicação Interpessoal e por grupo profissional constatou-se uma distribuição heterogénea das médias sendo que as mais baixas foram encontradas nos tipos de sorriso: Sem Sorriso para Enfermeiro (4,9), Enfermeira (5,1), Médico (4,8), Médica (5,1) e Psicólogo (4,4) e Fechado Falso para Psicóloga (5,4). As médias mais elevadas foram encontradas nos tipos de sorriso: Superior Falso para Enfermeiro (5,8), Enfermeira (5,9) e Psicólogo (5,6); Largo Verdadeiro para Médico (5,5) e Médica (6,2); Superior Verdadeiro para Psicólogo (5,6) e Largo Falso para Psicóloga (5,9).

Para as Competências Afectivas encontrou-se igualmente distribuição heterogénea verificando-se as médias mais baixas nos tipos de sorriso: Sem Sorriso para Enfermeira (4,8), Médico (4,7) e Psicólogo (4,4); Fechado Verdadeiro para Médica (4,7) e Psicóloga (5,0) e Superior Verdadeiro para Enfermeiro (4,4). As médias mais elevadas verificaram-se nos tipos de sorriso: Superior Falso para Enfermeiro (5,2), Psicólogo (5,2) e Psicóloga (5,3); Largo Verdadeiro para Médico (5,2) e Médica (5,3) e Largo Falso para Enfermeira (5,5).

**Quadro 20** – F ratio para as competências por grupo profissional

Competências	Enfermeiro		Enfermeira		Médico		Médica		Psicólogo		Psicóloga	
	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p
Relacionais e de Comunicação Interpessoal	6,6	0,000	2,3	0,038	1,8	0,110	5,4	0,000	11,5	0,000	1,4	0,229
Afectivas	3,9	0,001	2,6	0,019	2,0	0,061	2,3	0,039	6,7	0,000	1,0	0,450

A análise do Quadro 20 permite verificar a existência de relação estatisticamente muito significativa ao nível da atribuição de Competências Relacionais e de Comunicação Interpessoal nos grupos profissionais Enfermeiro ( $F(1,258)=6,6$   $p=0,000$ ), Médica ( $F(1,258)=5,4$   $p=0,000$ ) e Psicólogo ( $F(1,258)=11,5$   $p=0,000$ ) e a existência de relação estatisticamente significativa no grupo Enfermeira ( $F(1,258)=2,3$   $p=0,038$ ). Não se verificou relação estatisticamente significativa nos grupos Médico ( $F(1,258)=1,8$   $p=0,110$ ) e Psicóloga ( $F(1,258)=1,4$   $p=0,229$ ).

No que concerne à atribuição de Competências Afectivas verificou-se relação estatisticamente muito significativa nos grupos profissionais Enfermeiro ( $F(1,258)=3,9$   $p=0,001$ ) e Psicólogo ( $F(1,258)=6,7$   $p=0,000$ ) e relação estatisticamente significativa nos grupos Enfermeira ( $F(1,258)=2,6$   $p=0,019$ ) e Médica ( $F(1,258)=2,3$   $p=0,039$ ). Não se verificou relação estatisticamente significativa nos grupos Médico ( $F(1,258)=2,0$   $p=0,061$ ) e Psicóloga ( $F(1,258)=1,0$   $p=0,450$ ).

Assim sendo, os resultados permitem aceitar  $H_1$  “Verifica-se relação estatisticamente significativa entre a hetero-percepção do tipo de sorriso exibido pelos profissionais de saúde e a atribuição de competências aos mesmos” para os grupos profissionais Enfermeiro, Enfermeira, Médica e Psicólogo e rejeitar, aceitando  $H_0$ , para Médico e

Psicóloga. Verifica-se portanto uma validação parcial de H<sub>1</sub> uma vez que nela não se discriminavam os grupos profissionais.

**H<sub>2</sub> – O grupo profissional e o género dos estímulos determinam escolhas diferentes.**

Para a validação da Hipótese secundária número 2 foi analisada a distribuição da frequência do tipo de sorriso escolhidos para cada grupo profissional e para cada género.

**Quadro 21** - Tipo de Sorriso escolhido para Enfermeiro

TS	N	%
Fechado Falso	52	19,6
Largo Falso	49	18,5
Superior Falso	43	16,2
Superior Verdadeiro	5	1,9
Sem Sorriso	29	10,9
Largo Verdadeiro	42	15,8
Fechado Verdadeiro	45	17,0
Total	265	100,0

**Quadro 22** - Tipo de Sorriso escolhido para Enfermeira

TS	N	%
Largo Falso	8	3,0
Sem Sorriso	10	3,8
Fechado Verdadeiro	68	25,7
Largo Verdadeiro	59	22,3
Superior Verdadeiro	27	10,2
Fechado Falso	77	29,1
Superior Falso	16	6,0
Total	265	100,0

A análise dos Quadros 21 e 22 permite verificar que, para o grupo profissional Enfermeiro(a) não existe diferença na escolha do tipo de sorriso em função do género do estímulo. Assim, verificamos que o sorriso Fechado Falso é o mais escolhido com 19,6% para os homens (Enfermeiro) e 29,1% para as mulheres (Enfermeira).

**Quadro 23 - Tipo de Sorriso escolhido para Médico**

TS	N	%
Superior Verdadeiro	59	22,3
Sem Sorriso	31	11,7
Superior Falso	12	4,5
Fechado Verdadeiro	59	22,3
Largo Falso	45	17,0
Fechado Falso	13	4,9
Largo Verdadeiro	46	17,4
Total	265	100,0

**Quadro 24 - Tipo de Sorriso escolhido para Médica**

TS	N	%
Sem Sorriso	47	17,7
Superior Falso	105	39,6
Largo Falso	25	9,4
Fechado Verdadeiro	14	5,3
Fechado Falso	23	8,7
Largo Verdadeiro	12	4,5
Superior Verdadeiro	39	14,7
Total	265	100,0

Os resultados expostos nos Quadros 23 e 24 permitem verificar que, para o grupo profissional Médico(a) existe diferença na escolha do tipo de sorriso em função do género do estímulo. Assim, verifica-se que para Médico existem dois tipos de sorriso, Superior Verdadeiro e Fechado Verdadeiro, com igual frequência (22,3%) e que o sorriso Superior Falso é o mais escolhido para Médica (39,6%).

**Quadro 25 - Tipo de Sorriso escolhido para Psicólogo**

TS	N	%
Largo Verdadeiro	38	14,3
Superior Falso	43	16,2
Largo Falso	16	6,0
Fechado Falso	47	17,7
Fechado Verdadeiro	8	3,0
Superior Verdadeiro	37	14,0
Sem Sorriso	76	28,7
Total	265	100,0

**Quadro 26** - Tipo de Sorriso escolhido para Psicóloga

TS	N	%
Superior Verdadeiro	16	6,0
Fechado Verdadeiro	86	32,5
Largo Verdadeiro	35	13,2
Largo Falso	42	15,8
Sem Sorriso	34	12,8
Fechado Falso	17	6,4
Superior Falso	35	13,2
Total	265	100,0

Os resultados apresentados nos Quadros 25 e 26 permitem verificar que, para o grupo profissional Psicólogo(a) existe diferença na escolha do tipo de sorriso em função do género do estímulo. Assim, verifica-se que para Psicólogo o tipo de sorriso com maior frequência (28,7%) foi Sem Sorriso e que o sorriso Fechado Verdadeiro é o mais escolhido para Psicóloga (32,5%).

**Quadro 27** - Tipo de Sorriso escolhido por grupo profissional

TS	Versão	Grupo Profissional					
		Enfermeiro	Enfermeira	Médico	Médica	Psicólogo	Psicóloga
Sem Sorriso						X	
Fechado	Verdadeiro			X			X
	Falso	X	X				
Superior	Verdadeiro			X			
	Falso				X		
Largo	Verdadeiro						
	Falso						

A análise global dos resultados (Quadro 27) permite afirmar que, no que diz respeito ao género dos estímulos, apenas para o grupo profissional Psicólogo(a) são escolhidos tipos de sorriso diferentes, Sem Sorriso para homem e Fechado Verdadeiro para mulheres. Para o grupo profissional Enfermeiro(a) foi escolhido o mesmo tipo de sorriso, Fechado, na versão falso, e para o grupo Médico(a) encontrou-se o sorriso Superior em ambos os géneros diferindo apenas no facto de para os homens ter sido escolhida a versão verdadeiro e para as mulheres a versão falso. Em todos os grupos profissionais encontramos como opção mais escolhida o sorriso Fechado embora em versão falso para Enfermeiro(a) e em versão verdadeiro para Médico(a) e Psicólogo(a).

Assim sendo, não é possível validar e aceitar H<sub>2</sub> “O grupo profissional e o género dos estímulos determinam escolhas diferentes”.

### H<sub>3</sub> – O género e o grupo etário dos respondentes determina escolhas diferentes.

Para a validação da Hipótese secundária número 3 foi efectuado cruzamento das variáveis tipo de sorriso, género e grupo etário dos respondentes. Para melhor verificação efectuou-se, ainda, comparação de médias das escolhas por género e por grupo etário.

**Quadro 28** – Frequência dos tipos de sorriso escolhidos para Enfermeiro por grupo etário e por género

GE	TS	Género		Total
		M	H	
Jovens	Fechado Falso	9	10	19
	Largo Falso	11	13	24
	Superior Falso	9	4	13
	Superior Verdadeiro	3	2	5
	Sem Sorriso	7	4	11
	Largo Verdadeiro	7	11	18
	Fechado Verdadeiro	6	9	15
	Total	52	53	105
Adultos	Fechado Falso	14	10	24
	Largo Falso	10	9	19
	Superior Falso	15	6	21
	Sem Sorriso	7	7	14
	Largo Verdadeiro	7	8	15
	Fechado Verdadeiro	14	11	25
	Total	67	51	118
Idosos	Fechado Falso	7	2	9
	Largo Falso	5	1	6
	Superior Falso	7	2	9
	Sem Sorriso	2	2	4
	Largo Verdadeiro	7	2	9
	Fechado Verdadeiro	1	4	5
	Total	29	13	42

**Quadro 29** – Comparação das médias dos tipos de sorriso escolhidos para Enfermeiro por grupo etário

	N	M	DP
Jovens	105	3,8	2,2
Adultos	118	3,9	2,3
Idosos	42	3,7	2,2
Total	265	3,8	2,2

**Quadro 30** – Comparação das médias dos tipos de sorriso escolhidos para Enfermeiro por género

	N	M	DP
Mulher	148	3,7	2,1
Homem	117	4,0	2,3
Total	265	3,8	2,2

Da análise do Quadro 28 verifica-se que a distribuição por género e grupo etário dos tipos de sorriso escolhidos não apresenta grande disparidade. No entanto quando comparadas as médias (Quadros 29 e 30) das escolhas verificamos diferenças significativas entre os grupos em ambas as situações sendo esta diferenças significativas na variável género com médias de 3,7 (dp=2,1) para as mulheres e 4,0 (dp=2,3) para os homens. Relativamente ao grupo etário encontramos médias de 3,8 (dp=2,2) para os jovens, 3,9 (dp=2,3) para os adultos e 3,7 (dp=2,2) para os idosos.

**Quadro 31** – Frequência dos tipos de sorriso escolhidos para Enfermeira por grupo etário e por género

GE	TS	Género		Total
		M	H	
Jovens	Largo Falso	0	1	1
	Sem Sorriso	2	1	3
	Fechado Verdadeiro	19	11	30
	Largo Verdadeiro	12	13	25
	Superior Verdadeiro	9	6	15
	Fechado Falso	7	19	26
	Superior Falso	3	2	5
	Total	52	53	105
Adultos	Largo Falso	4	0	4
	Sem Sorriso	3	4	7
	Fechado Verdadeiro	18	10	28
	Largo Verdadeiro	12	9	21
	Superior Verdadeiro	6	3	9
	Fechado Falso	18	25	43
	Superior Falso	6	0	6
	Total	67	51	118
Idosos	Largo Falso	2	1	3
	Fechado Verdadeiro	9	1	10
	Largo Verdadeiro	11	2	13
	Superior Verdadeiro	3	0	3
	Fechado Falso	2	6	8
	Superior Falso	2	3	5
	Total	29	13	42

**Quadro 32** – Comparação das médias dos tipos de sorriso escolhidos para Enfermeira por grupo etário

	N	M	DP
Jovens	105	4,4	1,4
Adultos	118	4,5	1,6
Idosos	42	4,4	1,7
Total	265	4,4	1,5

**Quadro 33** – Comparação das médias dos tipos de sorriso escolhidos para Enfermeira por género

	N	M	DP
Mulheres	148	4,2	1,5
Homens	117	4,7	1,5
Total	265	4,4	1,5

Da análise do Quadro 31 verifica-se que a distribuição por género e grupo etário dos tipos de sorriso escolhidos para Enfermeira não apresenta grande disparidade. Quando comparadas as médias (Quadros 32 e 33) das escolhas verificam-se diferenças significativas entre os grupos na variável género com médias de 4,2 (dp=1,5) para as mulheres e 4,7 (dp=1,5) para os homens. Relativamente ao grupo etário não se encontraram diferenças significativas apresentando as médias valores de 4,5 para adultos (dp=1,6) e 4,4 para jovens (dp=1,4) e idosos (dp=1,7).

**Quadro 34** – Freqüência dos tipos de sorriso escolhidos para Médico por grupo etário e por género

GE	TS	Género		Total
		M	H	
Jovens	Superior Verdadeiro	13	11	24
	Sem Sorriso	7	4	11
	Superior Falso	3	4	7
	Fechado Verdadeiro	11	12	23
	Largo Falso	7	11	18
	Fechado Falso	4	2	6
	Largo Verdadeiro	7	9	16
	Total	52	53	105
Adultos	Superior Verdadeiro	22	7	29
	Sem Sorriso	6	7	13
	Superior Falso	3	2	5
	Fechado Verdadeiro	13	11	24
	Largo Falso	8	8	16
	Fechado Falso	4	2	6
	Largo Verdadeiro	11	14	25
	Total	67	51	118
Idosos	Superior Verdadeiro	4	2	6
	Sem Sorriso	5	2	7
	Fechado Verdadeiro	9	3	12
	Largo Falso	6	5	11
	Fechado Falso	1	0	1
	Largo Verdadeiro	4	1	5
	Total	29	13	42

**Quadro 35** – Comparação das médias dos tipos de sorriso escolhidos para Médico por grupo etário

	N	M	DP
Jovens	105	3,8	2,1
Adultos	118	3,9	2,2
Idosos	42	3,9	1,9
Total	265	3,8	2,1

**Quadro 36** – Comparação das médias dos tipos de sorriso escolhidos para Médico por género

	N	M	DP
Mulheres	148	3,6	2,1
Homens	117	4,1	2,1
Total	265	3,8	2,1

A análise do Quadro 34 permite verificar que a distribuição por género e grupo etário dos tipos de sorriso escolhidos para Médica não apresenta grande disparidade. Quando comparadas as médias das escolhas (Quadros 35 e 36) verificam-se diferenças significativas entre os grupos na variável género com médias de 3,6 (dp=2,1) para as mulheres e 4,1 (dp=2,1) para os homens. Relativamente ao grupo etário não se encontraram diferenças significativas apresentando as médias valores de 3,8 para jovens (dp=2,1) e 3,9 para adultos (dp=2,2) e idosos (dp=1,9).

**Quadro 37** – Frequência dos tipos de sorriso escolhidos para Médica por grupo etário e por género

GE	TS	Género		Total
		M	H	
Jovens	Sem Sorriso	4	14	18
	Superior Falso	15	27	42
	Largo Falso	13	3	16
	Fechado Verdadeiro	4	1	5
	Fechado Falso	5	2	7
	Largo Verdadeiro	1	2	3
	Superior Verdadeiro	10	4	14
	Total	52	53	105
Adultos	Sem Sorriso	10	13	23
	Superior Falso	26	20	46
	Largo Falso	4	4	8
	Fechado Verdadeiro	4	1	5
	Fechado Falso	9	6	15
	Largo Verdadeiro	7	1	8
	Superior Verdadeiro	7	6	13
	Total	67	51	118
Idosos	Sem Sorriso	2	4	6
	Superior Falso	14	3	17
	Largo Falso	1	0	1
	Fechado Verdadeiro	3	1	4
	Fechado Falso	1	0	1
	Largo Verdadeiro	1	0	1
	Superior Verdadeiro	7	5	12
	Total	29	13	42

**Quadro 38** – Comparação das médias dos tipos de sorriso escolhidos para Médica por grupo etário

	N	M	DP
Jovens	105	3,1	2,0
Adultos	118	3,2	2,0
Idosos	42	3,7	2,4
Total	265	3,2	2,1

**Quadro 39** – Comparação das médias dos tipos de sorriso escolhidos para Médica por género

	N	M	DP
Mulheres	148	3,5	2,1
Homens	117	2,8	2,0
Total	265	3,2	2,1

Da análise do Quadro 37 verifica-se que a distribuição por género e grupo etário dos tipos de sorriso escolhidos para Médica não apresenta grande disparidade. No entanto quando comparadas as médias das escolhas (Quadros 38 e 39) verificamos diferenças significativas entre os grupos em ambas as situações sendo esta diferenças significativas na variável género com médias de 3,5 (dp=2,1) para as mulheres e 2,8 (dp=2,0) para os homens. Relativamente ao grupo etário encontraram-se médias de 3,1 (dp=2,0) para os jovens, 3,2 (dp=2,0) para os adultos e 3,7 (dp=2,4) para os idosos.

**Quadro 40** – Frequência dos tipos de sorriso escolhidos para Psicólogo por grupo etário e por género

GE	TS	Género		Total
		M	H	
Jovens	Largo Verdadeiro	5	10	15
	Superior Falso	8	9	17
	Largo Falso	4	5	9
	Fechado Falso	9	9	18
	Fechado Verdadeiro	3	2	5
	Superior Verdadeiro	12	4	16
	Sem Sorriso	11	14	25
	Total	52	53	105
Adultos	Largo Verdadeiro	9	8	17
	Superior Falso	10	10	20
	Largo Falso	5	2	7
	Fechado Falso	14	9	23
	Fechado Verdadeiro	0	3	3
	Superior Verdadeiro	9	5	14
	Sem Sorriso	20	14	34
	Total	67	51	118
Idosos	Largo Verdadeiro	3	3	6
	Superior Falso	6	0	6
	Fechado Falso	3	3	6
	Superior Verdadeiro	7	0	7
	Sem Sorriso	10	7	17
	Total	29	13	42

**Quadro 41** – Comparação das médias dos tipos de sorriso escolhidos para Psicólogo por grupo etário

	N	M	DP
Jovens	105	4,2	2,2
Adultos	118	4,3	2,3
Idosos	42	4,8	2,4
Total	265	4,4	2,3

**Quadro 42** – Comparação das médias dos tipos de sorriso escolhidos para Psicólogo por género

	N	M	DP
Mulheres	148	4,5	2,2
Homens	117	4,2	2,3
Total	265	4,4	2,3

A análise do Quadro 40 permite verificar que a distribuição por género e grupo etário dos tipos de sorriso escolhidos para Psicólogo não apresenta grande disparidade. No entanto quando comparadas as médias das escolhas (Quadros 41 e 42) verificamos diferenças significativas entre os grupos em ambas as situações, sendo esta diferenças significativas na variável género com médias de 4,5 (dp=2,2) para as mulheres e 4,2 (dp=2,3) para os homens. Relativamente ao grupo etário encontraram-se médias de 4,2 (dp=2,2) para os jovens, 4,3 (dp=2,3) para os adultos e 4,8 (dp=2,4) para os idosos.

**Quadro 43** – Frequência dos tipos de sorriso escolhidos para Psicóloga por grupo etário e por género

GE	TS	Género		Total
		M	H	
Jovens	Superior Verdadeiro	3	2	5
	Fechado Verdadeiro	14	20	34
	Largo Verdadeiro	10	9	19
	Largo Falso	11	6	17
	Sem Sorriso	1	6	7
	Fechado Falso	5	1	6
	Superior Falso	8	9	17
	Total	52	53	105
Adultos	Superior Verdadeiro	5	2	7
	Fechado Verdadeiro	25	18	43
	Largo Verdadeiro	9	5	14
	Largo Falso	6	6	12
	Sem Sorriso	9	11	20
	Fechado Falso	1	6	7
	Superior Falso	12	3	15
	Total	67	51	118
Idosos	Superior Verdadeiro	3	1	4
	Fechado Verdadeiro	6	3	9
	Largo Verdadeiro	2	0	2
	Largo Falso	8	5	13
	Sem Sorriso	5	2	7
	Fechado Falso	2	2	4
	Superior Falso	3	0	3
	Total	29	13	42

**Quadro 44** – Comparação das médias dos tipos de sorriso escolhidos para Psicóloga por grupo etário

	N	M	DP
Jovens	105	3,7	1,9
Adultos	118	3,6	1,9
Idosos	42	3,8	1,7
Total	265	3,7	1,9

**Quadro 45** – Comparação das médias dos tipos de sorriso escolhidos para Psicóloga por género

	N	M	DP
Mulheres	148	3,7	2,0
Homens	117	3,7	1,8
Total	265	3,7	1,9

A análise do Quadro 43 permite verificar que a distribuição por género e grupo etário dos tipos de sorriso escolhidos para Psicóloga não apresenta grande disparidade. No entanto quando comparadas as médias das escolhas (Quadros 44 e 45) verificam-se diferenças significativas apenas no que diz respeito à variável grupo etário. Na variável género as médias encontradas foram de 3,7 para as mulheres (dp=2,0) e para os homens (dp=1,8). Relativamente ao grupo etário encontraram-se médias de 3,7 (dp=1,9) para os jovens, 3,6 (dp=1,9) para os adultos e 3,8 (dp=1,9) para os idosos.

A análise global dos resultados encontrados para H<sub>3</sub> “O género e o grupo etário dos respondentes determinam escolhas diferentes” permite verificar que para a variável género se encontram diferenças significativas nos grupos profissionais: Enfermeiro, Enfermeira, Médico, Médica e Psicólogo, e não se encontraram diferenças significativas no grupo Psicóloga.

Para a variável grupo etário, encontraram-se diferenças significativas nos grupos profissionais: Enfermeiro, Médica, Psicólogo e Psicóloga, e não se encontraram diferenças significativas nos grupos Enfermeira e Médico.

Pode, portanto, afirmar-se que existem diferenças significativas nas escolhas do tipo de sorriso efectuadas para os grupos profissionais Enfermeiro, Médica e Psicólogo determinadas pelo género e pelo grupo etário dos respondentes e que o mesmo não se verifica nos grupos profissionais Enfermeira, Médico e Psicóloga.

Os resultados apresentados permitem aceitar e validar parcialmente H<sub>3</sub> “O género e o grupo etário dos respondentes determinam escolhas diferentes”.

**H<sub>4</sub> – Verifica-se globalmente uma maior preferência por sorrisos verdadeiros em detrimento dos sorrisos falsos.**

Para validação de H<sub>4</sub> foi efectuada a análise do Quadro 27 que resume as escolhas dos tipos de sorriso por grupo profissional e por versão Verdadeiro ou Falso.

Os resultados apresentados não permitem validar H<sub>4</sub> “Verifica-se globalmente uma maior preferência por sorrisos verdadeiros em detrimento dos sorrisos falsos” porque não se verifica preferência pelos tipos de sorriso na versão verdadeiro.

Quadro 27 - Tipo de Sorriso escolhido por grupo profissional

TS	Versão	Grupo Profissional					
		Enfermeiro	Enfermeira	Médico	Médica	Psicólogo	Psicóloga
Sem Sorriso						X	
Fechado	Verdadeiro			X			X
	Falso	X	X				
Superior	Verdadeiro			X			
	Falso				X		
Largo	Verdadeiro						
	Falso						

Encontrou-se um grupo profissional, Psicólogo, em que as preferências incidiram no tipo Sem Sorriso e nos outros grupos as preferências dividiram-se por Verdadeiro para Psicóloga e Médico e Falso para Enfermeiro, Enfermeira e Médica.

## **CAPITULO 8**

### **DISCUSSÃO E CONCLUSÃO**

Os resultados apresentados no capítulo anterior permitem verificar o efeito do sorriso emitido pelos profissionais de saúde em estudo na imagem que deles constroem os utilizadores de cuidados.

No âmbito da formação de impressões, o primeiro contacto e a *primeira leitura* do outro são determinantes para o sucesso da relação e facilitadores de todo o processo terapêutico. Como afirmado no enquadramento teórico, não são necessários muitos itens informativos para formar uma impressão complexa e detalhada e quando o percebido pertence a um determinado grupo profissional a tarefa é facilitada pelo reportório de atributos que são associados a essa profissão e aos que a exercem. Acrescem ainda as experiências anteriores e as memórias e vivências circunstanciais com esses profissionais que determinam as expectativas para novos encontros terapêuticos.

Solicitou-se aos participantes do presente estudo que, com base apenas na observação da fotografia de um rosto apresentando um determinado tipo de sorriso, emitissem sobre o profissional nela representado um julgamento. Esta tarefa implicava não só analisar e avaliar o rosto de uma pessoa num curto período de tempo, mas também evocar as representações associadas ao profissional identificado e atribuir-lhe competências. Salienta-se que, quando inquiridos sobre as suas experiências anteriores com os profissionais em estudo, os respondentes classificaram-nas maioritariamente como positivos ou muito positivos.

Os resultados encontrados vão, na maior parte das situações analisadas, de encontro ao esperado e permitem estabelecer relações estatisticamente significativas entre o tipo de sorriso percebido e a atribuição de competências.

Verificámos médias globais mais elevadas para a atribuição de competências Relacionais e de Comunicação Interpessoal do que para competências Afectivas o que

pode ser explicado pela maior valorização das primeiras no contexto da relação profissional. A afectividade é geralmente associada a relações de maior proximidade e intimidade e, embora esteja presente na relação terapêutica, não é tão imediatamente percebida e valorizada num primeiro contacto. No entanto Mehrabian (1971, cit. por Richmond, McCroskey e Hickson, 2008, p. 206) afirma que os indivíduos, geralmente, comunicam melhor com as pessoas de quem gostam e que lhes inspiram afectos positivos e que tal facto leva a que as estratégias e competências de comunicação e relação sejam melhor implementadas potenciando assim a afectividade. Ou seja, as duas dimensões de competências aqui analisadas influenciam-se mutuamente no sentido de promover o desenvolvimento de uma conexão entre as pessoas capaz de produzir um encontro terapêutico proficiente.

A hipótese que previa a relação estatisticamente significativa entre a atribuição de competências e os tipos de sorriso foi validada para todos os grupos profissionais, sendo que no grupo Médico(a) apenas o foi para as mulheres e no grupo Psicólogo(a) para os homens. O caso da não validação para o grupo profissional Médico pode ser explicado pelo facto de, para este grupo, se ter encontrado um empate entre dois tipos de sorriso o que teria provocado uma polarização das respostas à SPS. O caso do grupo Psicóloga, pode ser explicado pelo menor contacto com este tipo de profissional, na amostra apenas 47,5% dos respondentes afirmaram tê-lo feito. No entanto, a hipótese foi validada com relações estatisticamente muito significativas para Psicólogo o que pode indiciar duas questões: a primeira que os respondentes associam o género nesta profissão mais aos homens que às mulheres, e a segunda ter origem no cansaço provocado pela extensão do instrumento de recolha de dados o que produziria uma aleatoriedade das respostas no sexto e último preenchimento da SPS.

Relativamente às escolhas do tipo de sorriso efectuadas pelos respondentes adiantámos a hipótese de encontrar diferenças em função do grupo profissional e do género dos estímulos. Os resultados mostraram que só para o grupo profissional Psicólogo(a) essas diferenças foram encontradas entre os géneros (Sem Sorriso para homens e Fechado para mulheres). Esse facto pode ser explicado, mais uma vez, pelo pouco contacto referido pelos participantes com este grupo profissional, centrando-se a expectativa nas diferenças esperadas relativas apenas ao género dos estímulos. A literatura é unânime no reconhecimento de uma maior frequência na emissão de sorriso por parte das

mulheres e do seu uso mais contido e controlado por parte dos homens (Frank, Ekman e Friesen, 1993; Freitas-Magalhães, 2006 e 2007). Este comportamento esperado para o género pode ter determinado estas escolhas. Por outro lado, tratando-se de uma área profissional em que o cliente/utilizador de cuidados expõe a sua intimidade, assumindo que o que o corpo será a parte mais pública da nossa identidade, a face neutra ou um sorriso mais empático e afectuoso é preferido a manifestações mais enfáticas. A convicção de Otta (Brennan-Parks *et al*, 1991 cit. por Freitas-Magalhães, 2006, p.111) de que na mulher o sorriso é um gesto de apaziguamento e no homem é indicador de dominância poderá explicar as preferências e diferenças nas escolhas para homens e mulheres neste grupo profissional.

Verificámos nos resultados unanimidade na escolha do tipo de sorriso Fechado em todos os grupos profissionais exceptuando no grupo Médico(a) para as mulheres e no grupo Psicólogo(a) para os homens. A literatura refere o sorriso fechado como mais afectivo, *“entendendo a afectividade como processo que facilita a interacção social, e permite a proximidade inter pessoal, (...) o sorriso fechado é o tipo de expressão facilitador dessa atitude”* (Freitas-Magalhães, 2004, p.282).

No grupo profissional Enfermeiro(a) verificou-se a escolha do sorriso Fechado para ambos os géneros. A não existência de diferenças entre géneros pode ser explicada pelas características próprias da profissão que privilegia a relação de proximidade e parceria com o cliente/utilizador de cuidados. Estudos antropossociológicos (Collière, 1989) comprovam que a enfermagem evoluiu a partir dos cuidados associados à mulher, mãe e zeladora do bem estar da sua família, e que posteriormente alargou o seu âmbito de intervenção convertendo-se no que Collière designou como *“mulher de virtude”*. Os cuidados foram posteriormente apropriados pelas religiosas e só com a profissionalização em finais do século XIX se deu a laicização e só depois passou a integrar homens como prestadores de cuidados. Acreditamos ser nesta herança histórica e cultural que reside a génese da máxima importância atribuída pelos profissionais de Enfermagem à relação afectiva com os seus clientes/utilizadores de cuidados.

No grupo profissional Médico(a), e apesar de ter ocorrido para os homens a escolha *ex aequo* dos tipos de sorriso Fechado e Superior, verificou-se concordância para ambos os géneros na escolha do sorriso Superior. A posição dominante dos Médicos no âmbito

das profissões de saúde tem sido tradicional e culturalmente marcante. Carapinheiro (1998, p. 197) afirma que “(...) *face aos doentes, o capital técnico dos médicos traduz-se numa autoridade moral e social e num poder indisputável que confere ao exercício do acto clínico a forma de violência simbólica, cujos mecanismos (...) são justificados e legitimados pelo seu imanente valor científico, transfigurando-se nos sinais e nos símbolos do poder carismático de curar*”. Encontrámos aqui uma aparente dissonância face à literatura consultada que refere que os indivíduos em posição dominante sorriem menos (Deutsch e Carey, 1990 cit. por Freitas-Magalhães, 2006, p.115). No entanto, foi pedido aos participantes que escolhessem em função do que entendiam ser o que melhor servisse os seus interesses de cliente/utilizador de cuidados e acreditamos que a escolha do sorriso Superior pode ser explicada pela escolha de um tipo de sorriso que indiciasse maior proximidade, menos tensão e menor demonstração de status. Ainda um outro motivo pode ser associado a esta escolha e que se prende com a auto-protecção: são os Médicos que transmitem aos doentes o *veredicto* (diagnóstico e prognóstico) e ninguém exibirá um sorriso superior para transmitir más notícias...

Avançámos também a hipótese de encontrar diferenças significativas na escolha do tipo de sorriso em função do género e grupo etário dos respondentes. Os resultados permitem validar parcialmente a hipótese em todos os grupos profissionais mas apenas para um dos géneros dentro de cada grupo. As diferenças encontradas entre médias permitem validar a hipótese, mas a análise estatística efectuada não apresenta um padrão que nos permita justificar as diferenças encontradas.

Relativamente à hipótese que previa que os respondentes preferissem sorrisos verdadeiros, a análise dos resultados mostra que as escolhas se repartem entre verdadeiro e falso de igual forma. Podemos afirmar que este achado nos resultados está relacionado com a suficiência do sorriso social no contexto da relação do profissional de saúde com o cliente/utilizador de cuidados. Factor coadjuvante para estes resultados poderá ser também o facto de que os respondentes não conheciam *a priori* a existência nos quadros de sorrisos verdadeiros e falsos.

Analizados os resultados, cumpre falar das limitações a eles inerentes. No presente estudo para além dos constrangimentos decorrentes de um trabalho académico sujeito a

normas e prazos, há a considerar em primeiro lugar o tamanho da amostra, em particular no grupo etário idosos, e que não nos permite generalizar resultados para além dela.

Outras opções estatísticas poderiam concorrer no sentido de responder às questões que permanecem após a análise dos resultados. De facto, os dados recolhidos podem ser trabalhados de forma estatisticamente mais complexa, atendendo ao número de variáveis passíveis de cruzamento e relação, por forma a responder mais eficazmente às questões iniciais. A opção por um tratamento estatístico mais simples, mas que permite de forma clara extrair conclusões dos resultados, foi efectuada de forma consciente e adequada ao nível de uma dissertação de Mestrado.

Estudar uma temática pouco explorada, não só à escala nacional mas mundial, implica um esforço acrescido na recolha de informação. Encontrámos poucas fontes principais pelo que recorremos a muitas fontes secundárias. Congratulamo-nos com a evidência de que, na extensa pesquisa que realizámos, os estudos mais recentes encontrados são portugueses e efectuados na população portuguesa.

Acreditamos que, se outro não houver, o maior mérito do presente estudo é sem dúvida a nova linha de investigação que dele emerge e que pretendemos explorar em trabalhos futuros com maior complexidade e abrangência.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, J. L. Pio (1998). *Comunicação e Medicina*. Coimbra: Virtualidade.
- Adler, R. B., e Towne, N. (1999). *Comunicação interpessoal*. Rio de Janeiro: LTC Editora.
- Almeida, L. S. e Freire, T. (2003). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. Braga: Psiquilíbrios.
- Andersen, P. *et al.* (1998). An empirical comparison of three theories of nonverbal immediacy exchange. *Human Communication Research*, 24(4), 501-536.
- Caetano, A. (2006). Formação de Impressões. In J. Vala & M. B. Monteiro (Eds.), *Psicologia social* (pp. 89-124). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Carapinheiro, G. (1998). *Saberes e poderes no hospital*. Porto: Edições Afrontamento.
- Courtine, J., & Haroche, C. (1988). *História do rosto*. Lisboa: Editorial Teorema.
- Damásio, A. (1998). *O erro de Descartes*. Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Davis, F. (1979). *A comunicação não verbal*. São Paulo: Summus Editorial.
- Dias, F. (2006). *Construção e validação de um inventário de competências – contributos para a definição de um perfil de competências do enfermeiro com grau de licenciado*. Lisboa: Lusociência.
- Dias, J M. (2004). *Formadores: Que desempenho*. Lisboa: Lusociência.
- Eco, U., *et al* (1989). *Psicologia do vestir*. Lisboa: Assirio e Alvin.

- Ekman, F., Friesen, W., & Ancoli, S. (1980). Facial signs of emotional experience. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(6), 1125-1134.
- Ekman, P., Friesen, W. C., & O'Sullivan, M. (1988). Smiles when lying. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(3), 414-420.
- Ekman, P. & Friesen, W. V. (2002). Chapter 1: Background, development, and overview - measuring facial movement. In P. Ekman, W. V. Friesen, & J. C. Hager (Eds.), *FACS Investigator's guide* [em linha] <http://face-and-emotion.com/dataface/facs/guide/InvGuideTOC.html> em 03/02/2007.
- Ekman, P., Friesen, W. V., & Hager, J. C. (2002). *Facial action coding system the manual*. Salt Lake City: A Human Face. [em linha] <http://face-and-emotion.com/dataface/facs/manual/TitlePage.html> em 03/02/2007.
- Ekman, P. (2003). Introduction. In P. Ekman, J. Campos, & R. J. Davidson; De Waals, F (Eds.), *Emotions inside out* (pp. 1-6). New York: Annals of the New York Academy of Sciences [em linha] <http://www.paulekman.com/pdfs/introduction.pdf> em 11/08/2006.
- Ekman, P. (2003). Darwin, deception, and facial expression. In P. Ekman, J. Campos, & R. J. Davidson; De Waals, F (Eds.), *Emotions inside out* (pp. 205-221). New York: Annals of the New York Academy of Sciences [em linha] <http://www.paulekman.com/pdfs/darwin.pdf> em 11/08/2006.
- Fisher, G. (2002). *Os conceitos fundamentais da psicologia social*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Freitas -Magalhães ,A. (2003). *O efeito do sorriso na percepção psicológica da pessoa*. Tese de Doutoramento. Lisboa: IEPG-UA.
- Freitas-Magalhães, A. (2003). *Smile Perception Scale (SPS)*. Porto: Facial Emotion Expression Lab (FEELab).

- Freitas -Magalhães, A. & Castro, E. (2006). Expressão facial: o efeito do sorriso no tratamento da depressão. Estudo empírico com portugueses. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa*, 3, 28-37.
- Freitas-Magalhães, A. (2006). *A psicologia do sorriso humano*. Porto: FEELab UFP.
- Freitas-Magalhães, A. (2007). *A psicologia das emoções: o fascínio do rosto humano*. Porto: FEELab UFP.
- Galvão, I. (2001). Expressividade e emoção: Ampliando o olhar sobre as interações sociais. *Revista Paulista De Educação Física*, 4, 15-31. [em linha] <http://www.usp.br/eef/rpef/Supl42001/v15s4p15.pdf> em 2370572006.
- Gil, A. C. (1999). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Editora Atlas.
- Guéguen, N. (1999). *Manual de estatística para psicólogos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Hager, J. C. & Ekman, P. (1983). The inner and outer meanings of facial expressions. In J. T. Cacioppo & R. E. Petty (Eds.), *Social psychophysiology: A sourcebook*. New York: The Guilford Press. [em linha] [http://www.face-and-emotion.com/dataface/misctext/inner\\_outer.html](http://www.face-and-emotion.com/dataface/misctext/inner_outer.html) em 10/07/2007
- Heller, E. (2005). *Psicología del color* (J. Mielke, Trans.). Barcelona: Editorial Gustavo Gili, SA
- IEFP (2001). *Classificação nacional de profissões*. INSTITUTO DO EMPREGO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL, Lisboa. [em linha] <http://www.iefp.pt/formacao/CNP/Paginas/CNP.aspx> em 16/07/2008.
- Laveault, D. e Grégoire, J. (2002). *Introdução às teorias dos testes em ciências humanas*. Porto: Porto Editora.
- Soriano, J. (2005). *Los procesos de la relación de ayuda*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.

- Matsumoto, D. (1987). The role of facial response in the experience of emotion: more methodological problems and a meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(4), 769-774.
- Maroco, J. (2003). *Análise Estatística – Com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Mueser, K.; Grau, B.; Sussman, S. Rosen, A. (1984). You're only as pretty as you feel: facial expression as a determinant of physical attractiveness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 2, 469-478.
- Olson, I. e Marshuetz, C. (2005). Facial attractiveness is appraised in a glance. *Emotion*, 5, 4, 498–502.
- Pansu, P.; Dubois, M. (2002). The effects of face attractiveness on pre-selective recruitment. *Swiss Journal of Psychology* 61 (1), 15–20.
- Pease, A. (2002). *O pequeno livro da linguagem corporal: como ler os pensamentos dos outros através dos seus gestos*. Lisboa: Editorial Bizâncio.
- Penton-Voak, S. *et al* (1999). Menstrual cycle alters face preference. *Nature*, 399 , 741-742.
- Pereira, A. (1999). *SPSS guia prático de utilização*. Lisboa: Edições Silabo.
- Pestana, M. H.; Gageiro, J. N. (2000). *Análise de Dados para Ciências Sociais*. 2ª Edição. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pires, A. O. (1994). As novas competências profissionais. *Formar*, 10(Jan./Mar/ Abr), 4-19.
- Quivy, R.; Campenhoudt, L. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 2ª Edição. Lisboa: Gradiva.

- Ribeiro, J. L. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: CLIMEPSI Editores
- Ribeiro, L. (1998). Valores e desenvolvimento em enfermagem ou de como dar lugar à ética. *Pensar Enfermagem*, 1(2), 4-9.
- Richmond, V., McCroskey, J., & Hickson, M. (2008). *Nonverbal behavior in interpersonal relations*. Boston: Allyn & Bacon.
- Rodrigues, A. D. (1993). Apresentação. *Revista de Comunicação e Linguagens*, 17/18, 7-9.
- Silva, L. (2005). *Simetria e atratividade facial* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de S. Paulo). [em linha] <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59134/tde-07022007-232710/> em 13/11/07.
- Silva, M. P. (2005). O aprendizado da linguagem não-verbal e o cuidar. In M. C. Stefanelli & E. C. Carvalho (Orgs.), *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem* (pp. 47-61). Barueri - SP: Manole.
- Soussignan, R. (2002). Duchenne smile, emotional experience, and autonomic reactivity: a test of the facial feedback hypothesis. *Emotion*, 2(1), 52-74.
- Schubert, S. (2006). A look tells all. *Scientific American Mind*, Outubro /Novembro. [em linha] <http://www.sciam.com/article.cfm?id=a-look-tells-all> em 20/04/2008.
- Tonetto, A. M. & Gomes, W. (2007). Competências e habilidades necessárias à prática psicológica hospitalar. *Arquivos Brasileiros De Psicologia*, 59(1), 38-50. [em linha] <http://seer.psicologia.ufrj.br/seer/lab19/ojs/viewarticle.php?id=80> em 25/06/2008.
- Williams, L. M.; *et al* (2001). In search or the "Duchenne smile": evidence from eye movements. *Journal of Psychophysiology*, 15(2), 122-127.

Zusman, W. (2000). Revisitando a Darwin: Filogenia de las emociones. *Revista Portuguesa De Psicossomática*, 2(002), 45-50.

## ANEXOS

## ANEXO 1 – FORMULÁRIO DO ESTUDO PRELIMINAR

# Avaliação do Grau de Atractividade Facial

Data de preenchimento

Idade

Género      Feminino       Masculino

Observe atentamente as fotografias e classifique cada uma das faces utilizando os seus próprios critérios de **Atractividade**. Expresse a sua opinião assinalando o quadrado correspondente segundo a escala colocada abaixo de cada uma das fotos conforme o exemplo:


Muito Atractiva <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pouco Atractiva


Pouco Atractiva <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Muito Atractiva

Por favor leia sempre a escala pois ela varia de foto para foto.

Recorde que queremos saber a sua opinião, não há respostas certas ou erradas. Por favor classifique todas as faces para podermos validar a sua participação.

Obrigada por participar









## ANEXO 2 - QUESTIONÁRIO DO ESTUDO PRINCIPAL



**Universidade Fernando Pessoa**  
www.ufp.pt

Praça 9 de Abril, 349 | 4249-004 Porto | Portugal



Faculdade de Ciências da Saúde  
Laboratório de Expressão Facial da Emoção  
Facial Emotion Expression Lab  
FEELab

## **Mestrado em Psicologia**

### ***“Atribuição de competências técnicas e relacionais aos profissionais de saúde através da observação do tipo de sorriso exibido”***

#### **Por favor leia as seguintes instruções:**

- Não coloque nos questionários nenhum elemento passível de identificação. Esta recolha de dados é **anónima e confidencial**. Os dados recolhidos serão usados apenas no contexto da presente investigação.
- Os questionários que vai realizar têm ordem e tempos de execução predefinidos, por isso não troque a ordem nem inicie ou termine antes da ordem respectiva e dos tempos designados. Após terminar o questionário não volte atrás para verificações ou correcções.
- Todos os questionários serão alvo de explicação prévia. Certifique-se que compreendeu claramente todas as instruções antes de iniciar e não hesite em colocar as questões que entender pertinentes. Após o início do questionário não será fornecida qualquer informação ou esclarecimento.

A sua colaboração é imprescindível para a realização da investigação em curso. Os resultados serão colocados à disposição dos participantes.

Muito obrigado pela sua disponibilidade e colaboração.

A Mestranda

EUGÉNIA MENDES

## A – DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

1 - Idade

2 - Género:

Feminino

Masculino

3 - Estado civil:

Solteiro

Casado

Viúvo

Divorciado /Separado

União de Facto

4 – Formação académica

1º Ciclo (até à 4ª classe)

2º Ciclo (até ao 6ª ano)

3º Ciclo (até ao 9ª ano)

Secundário (até ao 12º ano)

Bacharelato

Licenciatura

Mestrado ou Doutoramento

5 – Profissão \_\_\_\_\_

## B – EXPERIÊNCIAS ANTERIORES

6 - Ao longo da sua vida já teve contacto com os seguintes profissionais de saúde?

6.1 - Médico(a)	6.2 - Enfermeiro(a)	6.3 - Psicólogo(a)
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

7 – Como classifica, globalmente, esses momentos?

7.1 - Médico(a)	7.2 - Enfermeiro(a)	7.3 - Psicólogo(a)
Muito positivos <input type="checkbox"/> Positivos <input type="checkbox"/> Mais positivos que negativos <input type="checkbox"/> Indiferentes <input type="checkbox"/> Mais negativos que positivos <input type="checkbox"/> Negativos <input type="checkbox"/> Não tive contacto <input type="checkbox"/>	Muito positivos <input type="checkbox"/> Positivos <input type="checkbox"/> Mais positivos que negativos <input type="checkbox"/> Indiferentes <input type="checkbox"/> Mais negativos que positivos <input type="checkbox"/> Negativos <input type="checkbox"/> Não tive contacto <input type="checkbox"/>	Muito positivos <input type="checkbox"/> Positivos <input type="checkbox"/> Mais positivos que negativos <input type="checkbox"/> Indiferentes <input type="checkbox"/> Mais negativos que positivos <input type="checkbox"/> Negativos <input type="checkbox"/> Não tive contacto <input type="checkbox"/>













## ANEXO 3 – QUADROS

## ENFERMEIROS



EM 01  
Fechado Falso



EM 02  
Largo Falso



EM 03  
Superior Falso



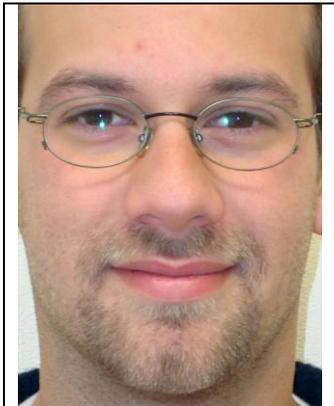
EM 04  
Superior Verdadeiro



EM 05  
Sem Sorriso



EM 06  
Largo Verdadeiro



EM 07  
Fechado Verdadeiro

## MÉDICOS



MM 01  
Superior Verdadeiro



MM 02  
Sem Sorriso



MM 03  
Superior Falso



MM 04  
Fechado Verdadeiro



MM 05  
Largo Falso



MM 06  
Fechado Falso



MM 07  
Largo Verdadeiro

## PSICÓLOGOS



PM 01  
Largo Verdadeiro



PM 02  
Superior Falso



PM 03  
Largo Falso



PM 04  
Fechado Falso



PM 05  
Fechado Verdadeiro



PM 06  
Superior Verdadeiro

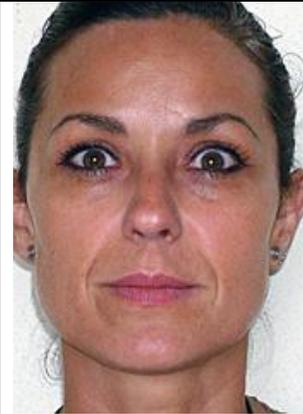


PM 07  
Sem Sorriso

## ENFERMEIRAS



EF 01  
Largo Falso



EF 02  
Sem Sorriso



EF 03  
Fechado Verdadeiro



EF 04  
Largo Verdadeiro



EF 05  
Superior Verdadeiro



EF 06  
Fechado Falso

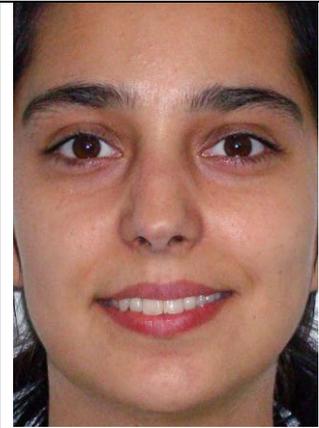


EF 07  
Superior Falso

## MÉDICAS



MF 01  
Sem Sorriso



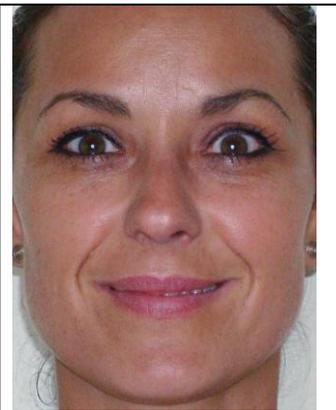
MF 02  
Superior Falso



MF 03  
Largo Falso



MF 04  
Fechado Verdadeiro



MF 05  
Fechado Falso



MF 06  
Largo Verdadeiro



MF 07  
Superior Verdadeiro

## PSICÓLOGAS



PF 01  
Superior Verdadeiro



PF 02  
Fechado Verdadeiro



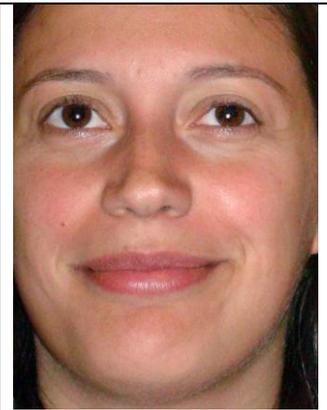
PF 03  
Largo Verdadeiro



PF 04  
Largo Falso



PF 05  
Sem Sorriso



PF 06  
Fechado Falso



PF 07  
Superior Falso

## ANEXO 4 – ESCALA DE PERCEPÇÃO DO SORRISO

## **Escala de Percepção do Sorriso (EPS)**

**(formato diferenciador semântico)**

(Freitas-Magalhães, 2003)
---------------------------

INSTRUÇÕES: Pretendemos saber a sua opinião sobre a face neutra e o sorriso. Após a exibição do dispositivo fotográfico, assinale (julgue) o tipo de expressão facial tendo em conta a série de adjectivos opostos e a escala de 1 a 7 itens correspondente. Limite-se a assinalar a sua opção a cada tipo de sorriso apresentado. Não há respostas boas nem más. Assinale com um  $x$  as características psicológicas por cada exibição do dispositivo fotográfico. Use o espaço do meio quando achar que nenhum dos objectivos se aplica. Deve colocar o  $x$  entre barras. Desta forma: |X|. Agradecemos a colaboração prestada.





UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA  
**Laboratório de Expressão Facial da Emoção**  
Facial Emotion Expression Lab  
FEELab

## ESCALA DE PERCEPÇÃO DO SORRISO

(EPS)

SMILE PERCEPTION SCALE

(SPS)

Autor:	<a href="#">Prof. Doutor Freitas-Magalhães</a>
Versão:	Portuguesa
População:	Portuguesa
Aplicação:	Expressão Facial da Emoção
Tempo de aplicação:	2 m
Idade:	>18
Preço:	Para fins académicos

A EPS é uma Escala constituída por 19 itens em formato diferenciador semântico para avaliação da percepção psicológica do sorriso nos factores Movimento Expressivo e Avaliação.

A cotação da escala é feita pela soma das respostas dadas, de acordo com o exemplo:

feliz \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ infeliz

(7) (6) (5) (4) (3) (2) (1)  
+3 +2 +1 0 -1 -2 -3

A EPS está em formato PDF e é enviado por e-mail.

FEELab/UEFP



More info:

<http://feelab.ufp.pt>