



ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE / ORIGINALE
Self-esteem of elderly patients in geriatric ambulatory

Autoestima de idosos atendidos em ambulatórios de geriatria
La autoestima de los pacientes de edad avanzada en ambulatorio geriátrica

Sheila Katia Cozin¹, Cristina Silva Sousa², Vanessa de Brito Poveda³, Ruth Natalia Teresa Turrini⁴

ABSTRACT

Objective: To identify the frequency of self-esteem in elderly patients in two outpatient geriatric and characterize the socio-demographic and morbidity profile of those with low self-esteem. **Method:** Descriptive study with individuals with over 60 years attended two geriatric clinics - Health Center (CSE) reference in the care of elderly and one (HP) Public Hospital, both located in the southern part of the municipality of São Paulo. Was approved by the Ethics Committee in Research of the School of Nursing, University of São Paulo (Protocol No 700/ 2007). **Results:** Of 665 elderly addressed, 6.2% (41) had low self-esteem (score 0-5), 24.2 % (161) Average self-esteem (score 6-10) and 69.6 % (463) High self-esteem (score 11-15). The average self-esteem displayed by the elderly in both study sites was very close, 11.2 and 11.6 in the CSE HP. **Conclusion:** The majority of the population had high self-esteem, contrary expected for Brazilian elderly who still experience many losses and theft on the part of society that is still adapting to the aging population.

Descriptors: Aged, Geriatric Nursing, Self-concept.

RESUMO

Objetivo: identificar a frequência de autoestima em idosos atendidos em dois ambulatórios de geriatria e caracterizar o perfil sociodemográfico e de morbidade dos idosos com baixa autoestima. **Metodologia:** estudo descritivo, realizado com indivíduos com mais de 60 anos atendidos em dois ambulatórios geriátricos: no Centro de Saúde-Escola referência no atendimento de idosos e em um Hospital Público, ambos localizados na zona sul do município de São Paulo. Recebeu aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Processo n. 700/2007). **Resultados:** dos 665 idosos abordados, 6,2% (41) apresentaram baixa autoestima (escore de 0 a 5), 24,2% (161) média autoestima (escore de 6 a 10) e 69,6% (463) alta autoestima (escore de 11 a 15). A média de autoestima apresentada pelos idosos em ambos os locais de estudo foi muito próxima, 11,2 no primeiro ambulatório e 11,6 no segundo. **Conclusão:** a maioria da população apresentou autoestima elevada, contrariando o esperado para os idosos brasileiros, os quais vivenciam muitas perdas e espoliação por parte da sociedade, que ainda está se adequando para o envelhecimento da população.

Descritores: Idoso, Enfermagem Geriátrica, Autoimagem.

RESUMÉN

Objetivo: Identificar la frecuencia de la autoestima en los pacientes de edad avanzada en dos clínicas de geriatría y caracterizar la situación socio-demográfica y la morbilidad de las personas mayores con baja autoestima. **Método:** Estudio descriptivo con las personas mayores de 60 años atendidos en dos clínicas geriátricas - Docente de Centros de Salud (CSE) de referencia en el cuidado de ancianos y un hospital público (HP), ambos ubicados en la parte sur del municipio de São Paulo . Fue aprobado por el Comité Ético de Investigación de la Universidad de São Paulo Escuela de Enfermería (caso N° 700/2007). **Resultados:** De los 665 ancianos discuten, el 6,2% (41) tenían baja autoestima (puntuación de 0 a 5), 24,2% (161) promedio autoestima (puntuación 6 a 10) y 69,6% (463) de alta autoestima (puntuación de 11 a 15). La autoestima promedio presentado por las personas mayores en ambos sitios de estudio era muy similar, el 11,2 y el 11,6 en el HP CSE. **Conclusión:** La mayoría de la población tenía una alta autoestima, contrariamente esperado para los ancianos brasileños, que todavía experimentan muchas pérdidas y robos por la sociedad que todavía se está ajustando a la población que envejece.

Descriptor: Anciano, Enfermería Geriátrica, Autoimagen.

¹ Enfermeira. Mestre em Ciências pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP (2009). Professora Assistente da Graduação e Pós-Graduação *Lato sensu* em Enfermagem no Centro Universitário Padre Anchieta (UniAnchieta). Jundiá, São Paulo, Brasil. Email: sheilacozin@usp.br

² Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem na Saúde do Adulto pela Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, São Paulo, Brasil. Email: thicoteco@bol.com.br

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Pós-doutorado pela Universidade de São Paulo (2010). Docente do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, São Paulo, Brasil. Email: vbpoveda@usp.br

Enfermeira. Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP. Atualmente é Professor Livre Docente da Universidade de São Paulo (2012). Vice-coordenadora do Programa de Pós-graduação Enfermagem na Saúde do Adulto da USP. Email: rturrini@usp.br

INTRODUÇÃO

Desde a década de 1950, as populações idosas dos países de terceiro mundo apresentam um crescimento expressivo. No Brasil, os idosos, que representavam 3,9% da população total em 1999, em 2009 atingem 5,1%⁽¹⁾. A expectativa média de vida em países desenvolvidos varia de 78 anos, no Brasil, a média já atingiu 72,8 anos em 2008 e a taxa de crescimento dessa população é cerca de 5,4%⁽²⁾. Os avanços em tecnologia e ciência, as melhorias de condições sanitárias, a redução nas taxas de fecundidade e mortalidade possibilitaram o aumento da expectativa de vida e conseqüentemente o aumento da população idosa⁽³⁾.

No entanto, o envelhecimento para a maioria dos idosos é desprovido de qualidade de vida quando se consideram interação entre saúde física, mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica. Nessa faixa etária, os indivíduos podem apresentar maior frequência de doenças crônicas, tendência ao isolamento e vulnerabilidade a fatores de ordem social⁽⁴⁾.

O envelhecimento é uma trilha natural, inevitável e irreversível. Pode ser percebido por quem o vivencia a partir de diferentes prismas, dependendo de experiências, objetivos e perspectivas que integram a vida de cada um⁽⁵⁾.

As múltiplas perdas vivenciadas pelos idosos, agregadas a presença de doenças e incapacidades, podem levar o indivíduo a um estado de tristeza progressivo e recorrente, que pode determinar o estabelecimento da "Tristeza Crônica". Em um estudo realizado com idosos em uma área de abrangência da Estratégia Saúde da Família no interior paulista, esse diagnóstico foi encontrado em 37,6% dos participantes. Esse estado emocional contribui para a expressão posterior de baixa autoestima, além de depressão, solidão, raiva e frustração -sentimentos também muito negativos para o vivência da velhice⁽⁶⁾.

Além de lidar com as perdas sociais, o idoso experimenta durante o passar do tempo uma problemática narcísico-depressiva. O corpo na velhice é o lugar privilegiado de desilusão, prometido à decadência e à morte, e palco do adoecer, empurrando o sujeito a enfrentar o desafio de manter-se vivo⁽⁷⁾. É sabido que a sociedade moderna tende a tratar o idoso com desprezo, devido ao declínio em suas forças e capacidades⁽⁷⁾, e ao mesmo tempo que o marginaliza por considerá-lo incapaz e improdutivo, impede que ele volte a ser capaz e produtivo⁽⁸⁾. A incapacidade de continuar desempenhando uma vida ativa é o primeiro impacto do envelhecimento para o indivíduo, a perda de seu papel social e o vazio experimentado por não encontrar funções levam a angústia, decepção e sofrimento⁽⁸⁾.

A imagem que estabelecem de si mesmos e a rejeição ao próprio envelhecimento podem desenvolver nos idosos sentimentos de baixa autoestima e autodesvalorização, o último esforço

inconsciente do indivíduo para sobreviver à espoliação de sua autonomia e de seu relacionamento com a sociedade (peso morto), e tentar proteger o EU, evitando a dor e o medo⁽⁹⁾.

O idoso com autoestima suficiente é capaz de se conscientizar e aceitar sua realidade e suas limitações; modificar sua atitude de passiva para ativa, passando a confiar e a gostar mais de si mesmo e resgatando seu sentimento de competência, autonomia, dignidade e felicidade, mesmo que ainda algumas limitações inerentes a essa fase da vida e restrições ditadas pela sociedade ainda persistam⁽¹⁰⁾. Logo, a autoestima é um sentimento importante para o idoso, pois lhe garante uma condição importante para alcançar a satisfação com sua vida: a sensação de ser capaz de ajustar-se às suas realidades, de desenvolver novos papéis sociais, de se autoconhecer, de se aceitar e poder ter um propósito de vida⁽¹⁰⁾.

A autoestima é definida como a avaliação que o indivíduo sustenta sobre si mesmo, indicando a intensidade que acredita ser valiosa e importante para si⁽¹¹⁾. É o grau de valor, respeito e amor que os indivíduos prestam a si mesmos, como se fossem seres humanos únicos no mundo⁽¹⁰⁾. Também pode ser vista como a soma da autoconfiança com o autorespeito, formatando na esfera do consciente a avaliação que o indivíduo apresentará sobre sua própria capacidade de lidar com os desafios de vida (entender e dominar os problemas) e de sentir-se merecedor de felicidade (respeitar e defender os próprios interesses e necessidades).⁽¹⁰⁾ Ter a autoestima elevada, então, é sentir-se confiantemente adequado à vida, reagindo ativa e positivamente às oportunidades - no trabalho, no amor, no lazer e no envelhecer⁽¹¹⁾.

A autoestima é ainda alicerçada em seis grandes pilares. Quando um ou mais pilares está(ão) comprometido(s), a autoestima diminui; quando estão sendo corretamente utilizados e desenvolvidos, a autoestima se fortalece. São esses os pilares⁽¹⁰⁾:

A Prática de Viver Conscientemente: vivenciar conscientemente o presente, os fatos e a vida, para manter seu senso de merecimento.

A Prática da Auto aceitação: autovalorização ou expressão do indivíduo sobre si, mesmo quando não há total admiração.

A Prática da Autoresponsabilidade: senso de controle sobre sua própria existência, para que o indivíduo adquira responsabilidade pelos próprios atos e possa alcançar seus objetivos.

A Prática da Autoafirmação: é o oposto da timidez e da submissão, ela garante a priorização das próprias necessidades e vontades.

A Prática da Vida com Propósitos: organização dos próprios comportamentos, dando a eles foco e direcionamento, podendo, assim, controlar a própria existência.

A Prática da Integridade: coerência entre as ideias, convicções, padrões, crenças e comportamentos, impedindo que o indivíduo engane a si próprio.

Os alicerces da autoestima de um indivíduo serão influenciados positiva ou negativamente durante toda a vida através das experiências proporcionadas pelas

peças significativas de seu meio de convívio. Entre os fatores que podem interferir na autoestima de um indivíduo ao longo do tempo estão: o valor que o indivíduo recebe dos outros em direção a si, expresso em afeto, elogios e atenção; a experiência do indivíduo com sucessos ou fracassos, bem como as aspirações e exigências que a pessoa coloca a si mesma a partir de exemplos para determinar o que constitui o seu sucesso; e a forma com que o indivíduo é ensinado a reagir a críticas ou comentários negativos desde a infância⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Algumas condições contribuem para a melhora da autoestima em alguns indivíduos: experimentar uma total aceitação de seus pensamentos, sentimentos e valores pessoais; estar inserido num contexto com limites justos (e não opressores) claramente definidos; não ser tratado ou manipulado com autoritarismo e violência; não ser vítima de humilhação, ridicularização ou alvo de altos padrões e altas expectativas em termos de comportamentos e desempenhos; e conviver com outros indivíduos que apresentem elevada autoestima⁽¹¹⁾.

Considerando que a autoestima, influencia o bem-estar e a saúde do idoso, sua caracterização nessa parcela da população é importante, por possibilitar a avaliação da necessidade de implantar ações de saúde que possam interferir positivamente ou regenerar a autoestima de indivíduos com mais de 60 anos de idade. Este estudo teve como objetivos identificar a frequência de autoestima em idosos atendidos em dois ambulatórios de geriatria e caracterizar o perfil sociodemográfico e de morbidade dos idosos com baixa autoestima.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, realizado com indivíduos com mais de 60 anos de idade atendidos em dois ambulatórios geriátricos: um inserido em um Centro de Saúde-Escola (CSE) referência no atendimento de idosos e o outro em um Hospital Público (HP), ambos localizados na zona sul do município de São Paulo.

Embora o CSE seja referência para o atendimento do idoso, a clientela atendida no local reflete o *status* socioeconômico da região caracterizada por indivíduos de classe média. Ao contrário, o HP, um serviço assistencial do funcionalismo público, tem como maior clientela idosa professores de primeiro grau aposentados ou pais de professores de primeiro grau.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob o protocolo n. 700/2007, e obedeceu à Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os participantes foram informados sobre os objetivos e finalidades do trabalho e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Este estudo utilizou como fonte de informação o banco de dados do projeto "Idosos e Florais de Bach: em busca do reestabelecimento da autoestima", com auxílio regular Fapesp (Processo n.08/50477-0).

A população de estudo foi constituída de indivíduos idosos de ambos os sexos, atendidos

regularmente nos ambulatórios de atendimento geriátrico, com capacidade de verbalização e que referiram interesse em participar da pesquisa. Ao longo da coleta de dados, no período de abril/2008 a julho/2009, foram abordados para avaliação da autoestima 237 (35,6%) idosos no CSE e 428 (64,4%) no HP, totalizando 665 idosos avaliados. Os critérios de inclusão foram: idoso com 60 anos ou mais, com capacidade de compreensão determinado pelo escore >24 pelo teste do Mini Mental⁽¹²⁾. Este foi o ponto de corte escolhido em base a uma meta-análise que envolveu a revisão de 34 estudos de demência e cinco de moderado déficit cognitivo⁽¹²⁾.

Para a avaliação da autoestima, utilizou-se uma escala elaborada e validada por Dela Coleta⁽¹³⁾, constituída de quinze afirmações sobre as avaliações que o sujeito faz sobre si mesmo. Para cada afirmação, o sujeito escolheu concordo (C) ou discordo (D). O grau de autoestima foi fornecido através de um gabarito, que atribuiu um ponto para cada resposta em desacordo e zero ponto para cada resposta em acordo, exceto para as questões invertidas. A pontuação máxima é de quinze pontos e a mínima é de zero ponto. Considerou-se baixa autoestima o escore entre 0 e 5, média autoestima entre 6 e 10 e alta autoestima o escore entre 11 e 15. Essa escala foi escolhida por ser mais abrangente, pela boa confiabilidade (alfa de Cronbach = 0,78)⁽¹³⁾ e por ter sido construída na língua portuguesa, evitando erros de tradução ou inadequação cultural.

Para os idosos que apresentaram escore de baixa autoestima (0 a 5) e concordaram em continuar no estudo foi aplicado um questionário com perguntas fechadas e abertas para obter informações referentes aos dados sociodemográficos (sexo, idade, estado civil, número de filhos, com quem reside, se exerce alguma atividade profissional e que trabalho desenvolve, renda e religião), dados de morbidade (problemas de saúde, uso de medicamentos) e alguns hábitos de vida (atividade de lazer e ocupação diária). Os resultados obtidos no estudo foram expressos por frequências absolutas e relativas e medidas de tendência central.

RESULTADOS

De modo geral, 65,4% (435) dos idosos abordados apresentavam idade entre 70 e 84 anos, com mediana em 74 anos, sendo que no CSE a média de idade dos idosos abordados foi menor que a encontrada entre os idosos do HP (73,3 e 75,3 anos, respectivamente).

O comportamento da autoestima nos 665 idosos segundo sexo e local de atendimento mostrou que no HP houve maior presença de baixa autoestima entre as mulheres, enquanto no CSE a diferença entre os sexos foi menor com maior proporção de homens com média autoestima em relação às mulheres (Tabela 1).

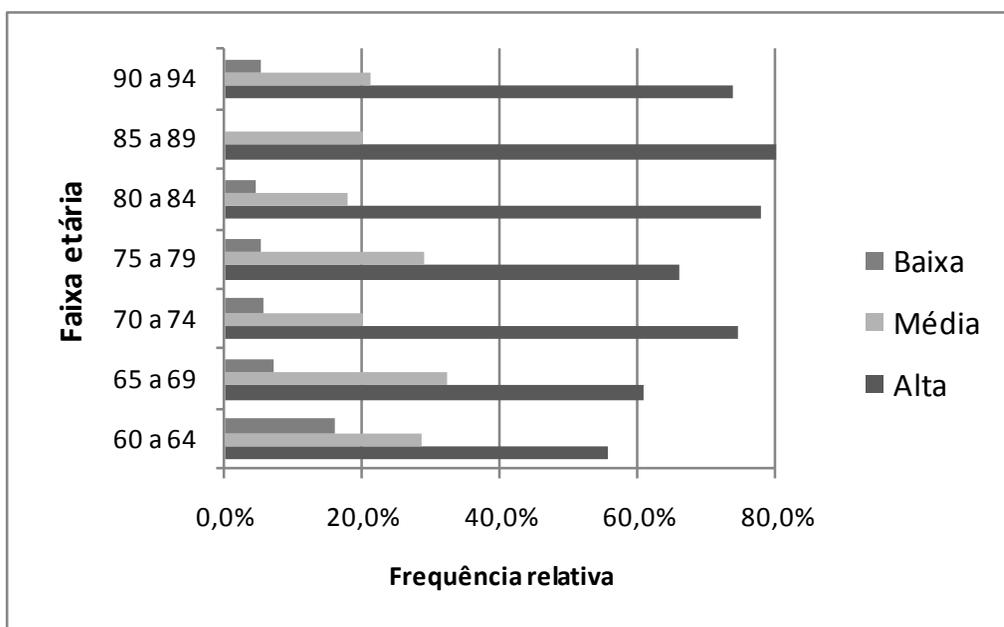
Tabela 1- Distribuição de idosos segundo local de estudo, sexo e grau de autoestima. São Paulo, SP, 2008/2009.

Variáveis	Baixa		Média		N	Alta		Total	
	n	%	n	%		n	%		
HP	Fem	24	8,1%	68	22,8%	206	69,1%	298	69,6%
	Masc	2	1,5%	25	19,2%	103	79,2%	130	30,4%
	Total	26	6,1%	93	21,7%	309	72,2%	428	100,0%
CSE	Fem	12	7,2%	45	27,1%	109	65,7%	166	70,0%
	Masc	3	4,2%	23	32,4%	45	63,4%	71	30,0%
	Total	15	6,3%	68	28,7%	154	65,0%	237	100,0%
TOTAL	41	6,2%	161	24,2%	463	69,6%	665	100,0%	

De todos os idosos abordados, 41 (6,2%) apresentaram baixa autoestima (escore de 0 a 5), 161 (24,2%) média autoestima (escore de 6 a 10) e 463 (69,6%) alta autoestima (escore de 11 a 15). Os

idosos com melhores escores de autoestima foram os mais longevos e o inverso se observou para a baixa autoestima(Figura 2).

Figura 2 - Frequência relativa dos idosos abordados por grau de autoestima, segundo a faixa etária. São Paulo, SP, 2008/2009.



Dentre os 41 idosos avaliados que apresentaram escore de baixa autoestima, 31(75,6%) concordaram em responder ao questionário para a caracterização sociodemográfica e de morbidade (dez idosos atendidos no CSE e 21 no HP).

Dos idosos que apresentaram baixa autoestima (escore ≤ 5), nove (29,0%) possuíam de 60 a 64 anos, seis (19,4%) de 65 a 69 anos, nove (29,0%) de 70 a 74 anos, cinco (16,1%) de 75 a 79 anos e dois (6,5%) idosos estavam na faixa etária entre 80 e 84 anos. Quanto ao grau de escolaridade, 25 idosos entrevistados possuíam até o ensino médio completo (80,7%), sendo que destes a maioria (32,3%) possuía ensino fundamental incompleto. Outros (5/16,0%) tinham ingressado no curso superior, sendo que um não havia concluído o curso.

Para o estado civil, dezessete (54,8%) responderam serem casados, um (3,2%) desquitado, um (3,2%) solteiro e doze (38,7%) viúvos. Em relação

a com quem residiam, nove idosos (29,0%) disseram com o cônjuge, cinco (16,1%) com o cônjuge e os filhos, três (9,7%) com os filhos, três (9,7%) moravam sozinhos e onze (35,5%) referiram residir com outros familiares, como netos ou irmãos.

Dos idosos com baixa autoestima, um (3,2%) referiu não ter filhos, cinco (16,1%) disseram ter um filho, quinze (48,4%) dois filhos, seis (19,4%) três filhos, dois (6,44%) quatro filhos, um (3,2%) seis filhos e um (3,2%) dez filhos.

Todos tinham uma religião, sendo que catorze idosos (45,2%) disseram ser católicos, sete (22,6%) espíritas, nove (29,0%) protestantes e um (3,2%) de outra religião. Dos idosos, 24 (77,4%) disseram ser religiosos praticantes.

O número médio de comorbidades apresentadas pelos idosos com baixa autoestima foi de 2,7 afecções por idoso e mais da metade deles (64,5%) apresentavam mais de três afecções. As afecções mais prevalentes foram hipertensão arterial

sistêmica (27,1%), dislipidemia (17,6%) e alterações da tireoide (10,6%). A quantidade média de medicações utilizadas por eles foi de 3,5 medicações por idoso.

DISCUSSÃO

Quando este resultado é avaliado pelo arcabouço teórico da autoestima dada por Branden⁽¹⁰⁾ encontram-se algumas características que, provavelmente, fortalecem alguns pilares de sustentação de sua autoestima, como sua condição de autonomia, que garante a *prática da autoresponsabilidade e da autoafirmação*: locomover-se por conta própria, responsabilizar-se por afazeres de casa diariamente, pelo seu autocuidado, pelas suas próprias despesas e, por vezes, pelas despesas da família toda, o que de alguma forma assegura seu poder de decisão sobre acontecimentos familiares; ou ainda, da consciência de que são indivíduos marginalizados pela sociedade, preparando-se, então, para o pré-julgamento dos outros o tempo todo, que garante a eles a *prática do viver consciente*.

Autonomia, independência e liberdade de decisão favorecem uma vida social e emocional saudável. Os idosos abordados chegavam, na maioria das vezes, sozinhos para suas consultas com o geriatra, vindo de ônibus ou até dirigindo; alguns deles ainda trabalhavam e muitos deles eram responsáveis por parte ou totalidade das despesas familiares; e nenhum deles estava institucionalizado (em situação asilar) ou passara por esta situação até o momento - todos moravam sozinhos ou com familiares, em casa própria ou alugada. Esses fatos estabelecem uma situação de, pelo menos, mínima independência, que obviamente determina a sensação de ser útil, já que ocupa uma posição na família e na sociedade próxima da que mantinha anteriormente.

Entre os idosos avaliados no CSE, 166 (70,0%) eram do sexo feminino e 71 (30,0%), masculino; e no HP, 298 (69,6%) eram do sexo feminino e 130 (30,4%), masculino. Os idosos do sexo masculino, em ambos os locais de atendimento, apresentaram melhor autoestima que as idosas. Apesar da menor presença de idosos no serviço de saúde, a recusa em participar da avaliação da autoestima foi maior entre aqueles do sexo masculino. Além disso, a distribuição dos idosos de acordo com a classificação de autoestima, local de estudo e sexo foi semelhante, elucidando que a condição financeira, principal diferença entre os dois grupos, não interferiu na condição de autoestima apresentada.

A média de autoestima apresentada pelos idosos em ambos os locais de estudo foi muito próxima, 11,2 no CSE e 11,6 no HP. Esse achado aponta para uma condição de autoestima elevada.

Quanto mais jovem era o idoso, menor o grau de autoestima observado. Esse movimento pode estar relacionado com o fato de que o indivíduo demora alguns anos para se adaptar à nova fase da vida, com suas limitações intrínsecas e estereótipos negativos.

A convicção de que se é competente para viver e ser merecedor da vida após os 60 anos de idade garante aos idosos uma boa autoestima⁽¹⁰⁾ e, neste estudo, percebeu-se que os idosos conseguem estabelecer tal convicção, mas que ela pode ser destruída se o meio os obriga à perda de autonomia.

Estudo realizado com idosas da região rural no Ceará observou que para o envelhecimento saudável elas precisavam acreditar em si próprias e assumirem as alterações inerentes ao processo de envelhecimento, aceitando as perdas, mas percebendo-se com possibilidades de desenvolver novos interesses e oportunidades de continuar aprendendo e experimentando situações novas⁽¹⁴⁾.

Pela diversidade de graus de escolaridade encontrados entre os entrevistados, pressupõe-se que a escolaridade não interfira no grau de autoestima do idoso. Nessa fase da vida, o conhecimento valorizado pelo idoso é o que ele adquiriu na prática durante toda a vida - é a sua experiência que pode torná-lo uma referência familiar diferenciada, mantendo sua dignidade e seu senso de autoafirmação⁽¹⁰⁾.

A maioria dos idosos com baixa autoestima era casada e morava com o cônjuge ou com outros familiares próximos. Nas falas dos idosos, reconheceu-se a sobrecarga de cuidar do companheiro com demência, muitas vezes sem ajuda dos filhos, sobretudo considerando a idade desses idosos ou os problemas de saúde presentes nessa fase de vida. Além disso, a presença de familiares não garante afeto ou companhia.

Os alicerces da autoestima, nas situações de conflito, serão influenciados negativamente pela falta de afeto ou compreensão expressa pelos indivíduos que estão mais próximos ao idoso - o cônjuge e seus filhos ou parentes muito próximos⁽¹¹⁾.

Na maioria dos discursos dos idosos entrevistados, a maior causa de tensão e insegurança era o bem-estar dos filhos, que não davam mais satisfação sobre suas vidas, mas traziam os problemas aos pais como problemática de inserção no mercado de trabalho ou retorno à casa dos pais após a separação, além de droga, adição de filhos ou netos. Dessa forma, a vida dos idosos era centrada nos problemas dos filhos, além da dificuldade em manter sua individualidade e estabelecer limites nas relações de dependência.

Tendo que a maioria praticava uma religião, pode-se supor que a religião não é capaz por si só de manter a autoestima no idoso, mas também não interfere negativamente neste sentimento. Estudo de abordagem fenomenológica com idosos de centros de convivência observou que a manifestação da religiosidade aparece nas expressões de gratidão a Deus pelos anos já vividos, pela família, pelos

recursos materiais adquiridos e também pela manifestação de atividades religiosas⁽¹⁵⁾.

O não envolvimento em atividades de convívio social pela maioria dos idosos entrevistados pode contribuir para sua baixa autoestima. A maioria dos idosos entrevistados não realizava qualquer atividade de lazer, esportiva ou da terceira idade. A prática dessas atividades garante melhor condição de saúde para o idoso pela melhora do seu condicionamento físico, sua memória e do seu humor. Esses fatores também foram levantados pelos idosos em um estudo realizado em Juiz de Fora/MG como o mais importante para um envelhecimento saudável⁽¹⁶⁾.

Os idosos entrevistados estavam mais predispostos a desenvolverem debilidades quanto ao seu grau de dependência e autonomia - idosos com musculatura fraca, memória falha e sentimentos negativos não são capazes de manter no seu dia a dia as atividades rotineiras e, quando isso acontece, sua autoimagem será prejudicada e sua autoresponsabilidade e autoafirmação não se sustentarão, diminuindo sua autoestima⁽¹⁰⁾.

A presença de problemas de saúde, além de representar a deterioração física, implica na alteração de rotinas, como a alimentação e a necessidade de diversas medicações, o que pode vir acompanhado de menor autonomia e maior dependência, visto que os familiares tendem a assumir as responsabilidades acerca das medicações por não confiarem no idoso para essa tarefa (lembrar de tomá-las no horário correto, enxergá-las para distingui-las etc.).

CONCLUSÃO

Ao fim deste estudo, foi possível verificar que a autoestima da maior parte dos participantes da pesquisa foi elevada, contrariando o esperado para os idosos brasileiros, que ainda vivenciam muitas perdas e espoliação por parte da sociedade que ainda está se adequando para o envelhecimento da população.

Observou-se também que os idosos mais jovens eram os mais acometidos pela baixa autoestima, fato relacionado provavelmente ao enfrentamento inicial da velhice e suas consequências (aposentadoria, distanciamento dos filhos, morte de seus próximos, restrição financeira, entre outros), condição que melhora à medida que os idosos superam esses obstáculos, quando se dão conta que são somente pré-julgamentos de uma fase ainda desconhecida. Ou seja, o idoso não apresenta baixa autoestima por estar mais velho, e sim por ter de enfrentar um estereótipo negativo estabelecido pela sociedade, pela família e por si mesmo.

Quando se avaliou as características dos idosos que apresentaram baixa autoestima por meio do questionário, identificaram-se alguns fatores que podem deteriorar a autoestima do idoso: o enfrentamento dos estereótipos negativos da velhice, a falta de compreensão e apoio do cônjuge e familiares, a preocupação exagerada com os filhos e a consequente anulação de suas próprias necessidades em prol dos filhos, a não ocupação de

um papel na sociedade (falta de trabalho) e a não prática de atividades para a terceira idade, esportivas e de lazer. Por outro lado, a escolaridade, a religiosidade e o poder aquisitivo parecem não interferir no grau de autoestima do indivíduo nessa fase da vida.

A prevalência de baixa autoestima nos idosos mais jovens indica que o idoso precisa se preparar emocionalmente para a aposentadoria, mas também mostra que essa fase é transitória, como em qualquer situação de adaptação à mudança.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de indicadores sociais - uma análise das condições de vida da população brasileira. Brasil: 2010. [Acesso em 2015 jun 30]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/sinteseindicso ciais2010/SIS_2010.pdf
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Projeção da população do Brasil por sexo e idade, 1980-2050: revisão 2008. Rio de Janeiro; 2008.
3. Brasil GLP, Formiga LMF, Oliveira EAR, Oliveira AKS, Silva RN, Lopes CM. Perfil dos idosos participantes dos grupos de promoção à saúde. Rev Enferm UFPI. 2013;2(4):28-34.
4. Lourenço TM, Lenardt MH, Kletemberg DF, Seima MD, Tallmann AEC, Neu DKM. Capacidade funcional no idoso longevo: uma revisão integrativa. Rev Gaúcha Enferm. 2012;33(2):176-85.
5. Missias Moreira R, Santos CES, Couto ES, Teixeira JRB, Souza RMMM. Qualidade de vida, saúde e política pública de idosos no Brasil: uma reflexão teórica. Rev Kairós Gerontologia. 2013,16(2):27-38.
6. Marin MJS, Cecilio LCO, Rodrigues LCR, Ricci FA, Druzian S. Diagnósticos de enfermagem de idosas carentes de um programa de saúde da família (PSF). Esc Anna Nery. 2008;12(2):278-84.
7. Vilhena J, Novaes JV, Rosa CM. Ensaio - a sombra de um corpo que se anuncia: corpo, imagem e envelhecimento. Rev Latinoam Psicopat Fund. 2014;17(2):251-64.
8. Almeida MAB, Pavan B. Os benefícios da musculação para a vida social e para aumento da autoestima na terceira idade. R Bras Qual Vida. 2010;2(2):9-17.
9. Branden N. The psychology of self-esteem: a revolutionary approach to self-understanding that launched a new era in modern psychology. 32ªed. São Francisco: Jossey-Bass; 1996.
10. Coopersmith S. The Antecedents of self-esteem. São Francisco: Freeman & Co; 1967
11. Folstein MF, Folstein SE, Mchugh PR. Minimal state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psych Res. 1975;12(3):189-98.
12. [Mitchell](#) AJ. A meta-analysis of the accuracy of the mini-mental state examination in the detection of dementia and mild cognitive impairment. J Psychiatr Res. 2009; 43(4):411-31.

13. Dela Coleta JA, Dela Coleta MF. Escalas para medida de atitude e outras variáveis psicossociais. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP; 1996.
14. Freitas MC, Queiroz TA, Sousa JAV. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. Rev Escola Enferm USP. 2010;44(2):407-12
15. Silva MG, Boemer MR. Vivendo o envelhecer: uma perspectiva fenomenológica. Rev Latino-Am Enfermagem. 2009;17(3):380-6.
16. Cupertino APFB, Rosa FHM, Ribeiro PCC. Definição de envelhecimento saudável na perspectiva de indivíduos idosos. Psicol Reflex Crit. 2007;20(1):81-6.

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2015/05/04
Accepted: 2015/08/14
Publishing: 2015/09/01

Corresponding Address
Sheila Katia Cozin
Universidade de São Paulo
Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, São Paulo, São Paulo, Brasil.
CEP: 05403-000