

A auto-estima de idosos e as doenças crônico-degenerativas

The self-esteem of seniors and the degenerative chronic diseases

*Eliane Vitoreli**

*Salete Pessini***

*Maria Júlia Paes da Silva****

Resumo

O presente estudo visa verificar o escore de auto-estima em idosos e a relação com as doenças crônico-degenerativas para melhor compreender a relação entre essas doenças e a auto-estima na população idosa institucionalizada. Para tanto, foi utilizada a Escala para Medida de Sentimento de Auto-Estima, validada por Dela Coleta (1996), aplicada em trinta indivíduos com idade igual ou superior a sessenta anos, numa instituição asilar. Dentre os achados verificou-se que apenas 6,6% não possuíam nenhuma doença crônica; os homens apresentam maior auto-estima que as mulheres e o número de doenças crônicas interfere na auto-estima do idoso.

Palavras-chave: idoso, auto-estima, doença crônico-degenerativa.

Introdução

A redução da mortalidade e da fecundidade no mundo contribuiu para o fenômeno do envelhecimento populacional, causado pelas melhorias nas condições sanitárias e de assistência médica (PASCHOAL, 1996).

O aumento da expectativa de vida, no entanto, não garantiu, necessariamente, melhora nas condições de vida da população geriátrica (PAPALÉO e PONTES, 1996). Em nosso país, por exemplo, a população modificou-se muito rapidamente em virtude da introdução de tecnologia importada, como vacinação e esterilização

* Acadêmica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; bolsista Pibic-CNPq.

** Enfermeira-técnica responsável do Recanto São Camilo, Cotia - SP.

*** Professora, Livre Docente do Departamento de Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Recebido em set. 2004 e avaliado em nov. 2004

em massa. Por esse motivo, o envelhecimento populacional não foi percebido a tempo pelos governantes e pela sociedade, o que impossibilitou a reorganização perante as novas necessidades (PASCHOAL, 1996).

A estimativa para o país é de que, em 2025, existam 31,8 milhões de idosos com sessenta anos ou mais. Considerando que em 1950 o país apresentava apenas 2,1 milhões, o crescimento total será de 1 514% (JACOB, 2000), o que trará sérios problemas em termos de recursos financeiros e sociais, sobretudo na área da saúde, em razão das complicações das doenças crônico-degenerativas que acompanham a maior sobrevida (PASCHOAL, 1996).

Os fatores de risco para qualquer doença crônica não transmissível (DCNT) no grupo geriátrico são os mesmos encontrados em grupos de qualquer idade. O idoso, no entanto, em razão de uma maior longevidade, encontra-se exposto mais prolongadamente a esses fatores, o que contribui para aumentar a prevalência, incidência e mortalidade de DCNT nessa fase da vida (LESSA, 1998).

Dessa forma, é comum em idosos a ocorrência de várias patologias ao mesmo tempo. Para ilustrar, numa pesquisa de 1993 na cidade de São Paulo, 14% dos idosos entrevistados disseram estar livres de doenças crônicas, ao passo que 15% afirmaram possuir cinco ou mais moléstias (LESSA, 1998).

Embora sejam passíveis de controle, as doenças crônicas podem levar a uma drástica alteração no estilo de vida dos indivíduos acometidos devido às várias incumbências impostas por seu tratamento, como regime alimentar, incômodos

físicos, perdas das relações sociais e financeiras, e nas atividades como locomoção, trabalho e lazer, além da ameaça à aparência individual, à vida e à preservação da esperança (MARTINS, FRANÇA e KIMURA, 1996).

Tem-se a necessidade de discernir com precisão os efeitos da senescência (envelhecimento normal), da senilidade (alterações causadas por patologias que atacam os idosos), para que o envelhecimento não seja diagnosticado e tratado como doença ou que as patologias deixem de receber o devido tratamento (PAPALÉO e PONTES 1996; PASCHOAL, 1996).

O envelhecimento não é apenas a velhice, mas um processo irreversível que ocorre durante toda a vida, do nascimento à morte (PONTE, 1996); é acompanhado do declínio das funções biológicas da maior parte dos órgãos, como a redução do fluxo renal, do *clearance* de creatina, do débito cardíaco, da tolerância à glicose, da capacidade vital dos pulmões, da massa corpórea e da imunidade celular. Tais características contribuem para o aumento da frequência de várias das DCNT e modificam a capacidade de resposta dos idosos aos fármacos, causando uma alta frequência de reação adversa severa em razão do excesso de medicação (LESSA, 1998; PASCHOAL, 1996).

Nos idosos hospitalizados esses fatores podem ainda ser agravados pela menor capacidade de adaptação desses indivíduos a meios não familiares e a complicações na mobilização e na função mental (WEYDT et al., 2004).

A velhice saudável, no entanto, não depende só de fatores biológicos, mas também de psicológicos, como laços afe-

tivos satisfatórios, tolerância ao estresse, espontaneidade e otimismo (GAVIÃO, 2000).

Por não existir um papel para os velhos na sociedade e por prevalecer uma imagem pejorativa associada à velhice, muitas pessoas negam o próprio envelhecimento, recusando-se a pensá-lo e planejá-lo (PASCHOAL, 1996). Com isso, deixam de encarar a velhice como mais uma etapa da vida com o seu devido valor, na qual se pode alcançar o equilíbrio saudável.

Segundo Gaiarsa (1986, p. 18), em nossa sociedade, “ser velho, além de um fato, é um conjunto de convenções sociais da pior espécie”. Em países como o nosso, muitos dos idosos tendem ao isolamento social, vivendo sós ou em abrigos e instituições para crônicos incapacitados. Mesmo quando vivem em ambiente familiar, podem estar sofrendo com a solidão, esta muitas vezes fruto de mudanças sociais ocorridas no Brasil nas últimas décadas, como a redução do núcleo familiar, a participação da mulher no mercado de trabalho e a desestruturação dos casamentos, que afetam o idoso através da falta de apoio, afeto, atenção e cuidados (LESSA, 1998).

Contribui também para um maior sentimento de solidão a rejeição da sociedade capitalista, que tende a valorizar os mais jovens, por sua capacidade produtiva (GAIARSA, 1986; MONTEIRO et al., 2001). Assim, o idoso, apesar de sua experiência, é ignorado porque não está mais no processo de produção e por absorver recursos sem nada devolver para a sociedade (GAIARSA, 1986).

Diante de tal quadro, na determinação de doença e de morte, a história social do

idoso é relevante mais do que o próprio estilo de vida. Mudanças de categoria social, como a redução da renda decorrente da aposentadoria, podem expor o indivíduo ao desequilíbrio físico, mental ou intelectual. A viuvez pode levar a séria depressão, causando anormalidades orgânicas ou desenvolvendo caráter intencional de adoecer ou morrer, com o que o deixa de se alimentar ou não adere propositalmente ao tratamento (LESSA, 1998).

Além do declínio da saúde, das dificuldades financeiras e da viuvez, outras perdas significativas, como morte de amigos e parentes próximos, ausência de papéis sociais valorizados, desvio da imagem corporal do ideal, podem afetar a auto-estima do idoso de maneira a causar uma situação séria de crise emocional (GATTO, 1996; ROCHA e CUNHA, 1994; BALDESSIM, 1996; DIOGO, 1990). Devem ser consideradas também como causa de crise as perdas que os idosos nunca tiveram antes e que, com a velhice, far-se-ão inevitavelmente presentes (GAVIÃO, 2000).

Deprimidos pela imagem que fazem de si mesmos, muitos velhos que rejeitam o próprio envelhecimento, desenvolvendo sentimento de baixa auto-estima e de autodesvalorização, ignoram as próprias limitações físicas impostas pela idade, expondo-se a situações inadequadas e de risco para a saúde. Alguns buscam condutas autodestrutivas e, até mesmo, o suicídio (ROCHA e CUNHA, 1994).

Essas atitudes relacionam-se, geralmente, com os esforços do indivíduo para sobreviver, para proteger o “eu” e para manter o equilíbrio, evitando a dor e o medo. Mesmo tendo escolhido o caminho da autodestruição, inconscientemente,

há um certo cuidado do indivíduo para consigo mesmo. O suicida, no caso, tenta escapar de uma dor intolerável (BRANDEN, 1995).

Muitos idosos que sofrem de sentimento de inadequação, insegurança, dúvida, culpa e medo de uma participação plena na vida podem nunca chegar a uma visão feliz de si mesmos, em razão de informações negativas vindas dos outros e de, durante sua vida, falhado em sua própria honestidade, integridade, responsabilidade e auto-afirmação. Nenhum julgamento é tão importante quanto o que o “eu” faz de si mesmo (BRANDEN, 1995).

A auto-aceitação é fundamental para uma recusa de negar ou rejeitar qualquer aspecto do “eu”. À medida que o indivíduo passa a querer ver, saber e se conscientizar de sua realidade e passa de uma orientação passiva para uma ativa, começa a gostar mais de si mesmo e a confiar mais em si, sentindo-se competente para viver e merecedor da felicidade (BRANDEN, 1995).

Para uma vida satisfatória, é indispensável a presença de uma auto-estima positiva, que leva o indivíduo a sentir-se confiante, adequado à vida, competente e merecedor, pois a auto-estima é composta de sentimentos de competência e de valor pessoal, acrescida de auto-respeito e auto-confiança (BRANDEN, 1995).

Diante do estigma da idade, da rejeição pela família, do esquecimento pela sociedade e da institucionalização, este trabalho tem por objetivo verificar o escore de auto-estima em idosos com e sem doenças crônico-degenerativas para melhor compreender a relação entre DCNT e baixa auto-estima na população geriátrica.

Para a enfermagem, é de fundamental importância compreender o idoso de forma global, como condição para um planejamento adequado do processo de cuidado desses indivíduos. Dessa forma, o trabalho teve como objetivo verificar o escore de auto-estima em idosos institucionalizados e a relação com as doenças crônico-degenerativas.

Material e método

Tipo de estudo

O estudo apresenta uma abordagem quantitativa uma vez que o foco é determinado e o elemento básico de análise é o número e a estatística comparativa entre os diferentes resultados. É exploratório, descritivo e de campo.

Local de estudo

Foi realizado no Recanto São Camilo, instituição privada localizada no município de Cotia, que funciona como clínica geriátrica e presta serviços de Hospital de Retaguarda. O local possui condições para uma assistência completa aos idosos por contar com os serviços de médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, enfermeiras e terapeuta ocupacional, estando preparado para receber pacientes convalescentes, neurológicos, pós-cirúrgicos, além de crônicos e geriátricos. O Recanto São Camilo de Cotia foi instalado no antigo Seminário São Pio X, construído em 1959 pela Província Camiliana Brasileira com o intuito de formação de candidatos a religiosos camelianos. Em 1975 todas as dependências do seminário foram reformadas e adaptadas para rece-

ber pessoas idosas em regime de internato. Posteriormente, novo pavilhão foi edificado, ampliando sua capacidade. Sua área construída é de 11 450 m², com uma área verde de 64 750 m². A capacidade total de acomodação é de 211 leitos, dos quais 11 são de Unidade de Cuidados Especiais (UCE). Atualmente, a instituição abriga 135 idosos distribuídos em diferentes acomodações, que podem variar de pequenos apartamentos a quartos coletivos. O serviço prestado é semelhante para todos os internos. O Recanto São Camilo foi escolhido em razão do interesse da enfermeira responsável técnica do local em participar da pesquisa e auxiliar na abordagem dos idosos a serem entrevistados.

População

Era objetivo do estudo trabalhar com uma população de trinta idosos com doenças crônico-degenerativas e trinta sem doenças crônico-degenerativas. Porém, em virtude da exclusão dos idosos que não atendiam aos critérios de seleção, como apresentarem orientação temporo-espacial, consciência, memória recente e pregressa preservadas, fluxo e conteúdo do pensamento organizado e capacidade de verbalização, além da recusa em participar do estudo por alguns idosos conscientes e orientados, a população ficou constituída de trinta indivíduos com idade igual ou superior a sessenta anos. Desse total apenas dois não apresentam nenhuma doença; nove, uma; nove, duas; cinco, três; um, quatro; dois, cinco e dois, seis doenças ou mais.

Procedimentos de coleta de dados

Para a coleta de dados foi solicitada, inicialmente, a autorização de duas instituições. A primeira instituição recusou-se por não possuir a população necessária para o estudo; a segunda aprovou a coleta de dados, mas não tinha o levantamento feito de quantas doenças degenerativas e idosos abrigava. Após a aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa, deu-se início à coleta de dados, observando-se, já de início, a gravidade dos idosos internados. Por cuidado, aplicou-se inicialmente um teste (Mini-Exame do Estado Mental – MEEM) (CARAMELLI e NITRINI, 2000), para verificação do estado mental dos sujeitos entrevistados e rastreio de déficit cognitivo (SILVA et al. [s.d.]).

A pontuação exigida para se considerar um estado mental adequado para responder às questões da pesquisa foi de 22 pontos para indivíduos alfabetizados e de 17 pontos para analfabetos, sendo a pontuação máxima igual a trinta pontos. Esse teste possibilita avaliar as funções cognitivas do indivíduo, uma vez que as múltiplas doenças podem causar alterações no funcionamento das funções psíquicas e comprometer a personalidade e o comportamento do idoso (VENTURA e CAMPOS, 1996). Para a verificação de quem possuía doença crônico-degenerativa ou não, foram consultados os prontuários da instituição.

Os idosos foram abordados pela aluna responsável pelo estudo, com o auxílio da enfermeira responsável técnica do local, e foram esclarecidos e questionados quanto ao interesse em participar da pesquisa. Os que aceitaram assinaram o Termo de Con-

sentimento Livre e Esclarecido, autorizando a utilização dos dados coletados. Ao idoso impossibilitado de assinar o termo foi encaminhada carta ao seu responsável, solicitando sua autorização para estudo. Os idosos responderam individualmente a um questionário de dados gerais de caracterização pessoal e às questões da Escala para Medida de Sentimento de Auto-Estima, validada por Dela Coleta (1996). Este instrumento permite estabelecer graus de adequação da auto-estima por meio de afirmações referentes a acontecimentos da vida diária; é constituído de afirmações do tipo certo – errado, que, a partir de um gabarito, resultam no escore de auto-estima do indivíduo, o qual pode variar de 0 a 15 pontos. As classificações de auto-estima equivalem a uma pontuação de 0 a 5 pontos para baixa auto-estima de 6 a 10 para média auto-estima e de 11 a 15 para alta auto-estima.

Considerando o risco de sofrimento psíquico por parte dos sujeitos da pesquisa, levou-se em conta o preparo da aluna responsável pelo projeto na abordagem destes, uma vez que já cursara as disciplinas Ações Interpessoais Básicas de Saúde Mental e Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica na Saúde do Adulto. Além disso, a instituição conta com a presença de uma psicóloga, que poderia ser acionada em caso de necessidade.

Tratamento dos dados

Os dados foram expostos numericamente e proporcionalmente aos grupos pesquisados, levando-se em conta as características pessoais de cada sujeito entrevistado.

Apresentação e análise dos dados

Como na instituição campo de pesquisa não havia o perfil dos idosos ali internados, realizou-se, primeiramente, o levantamento de dados para a caracterização dessa população, baseado nos prontuários dos internos. Nesse levantamento, foram verificados o sexo, a idade, a quantidade de doenças de cada indivíduo e o número de vezes que cada doença aparecia no conjunto da população. Verificou-se que a população, na sua maioria, é composta por mulheres (60%), conforme com o que é descrito na literatura sobre a maior frequência de morte precoce em homens. Do total de 81 mulheres, 52 (64,1%) têm idade acima de oitenta anos, ao passo que, de um total de 54 homens, apenas 25 (46,4%) têm idade acima de oitenta anos (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição da população por faixa etária segundo o sexo

Faixa etária	Homens		Mulheres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Até 70 anos	12	22,2	6	7,4	18	13,3
71-75 anos	8	14,8	12	14,8	20	14,8
76-80 anos	9	16,7	11	13,6	20	14,8
81-85 anos	11	20,4	22	27,1	33	24,4
86-90 anos	9	16,7	17	21	26	19,3
> de 90 anos	5	9,3	13	16	18	13,3
Total	54	100	81	100	135	100

Pelos prontuários, foi observado que a maioria da população idosa apresenta de uma a três doenças, sendo essa frequência semelhante entre os homens (74,1%) e mulheres (75,3%) (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição da população idosa pelo número de doenças encontradas segundo o sexo

Doenças	Homens		Mulheres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Nenhuma	2	3,9	5	6,2	7	5,2
Uma doença	15	27,8	20	24,7	35	25,9
Duas doenças	13	24,1	22	27,1	35	25,9
Três doenças	12	22,2	19	23,5	31	23
Quatro doenças	8	14,8	5	6,2	13	9,6
Cinco doenças	1	1,9	7	8,6	8	5,9
Seis ou mais	3	5,6	3	3,7	6	4,4
Total	54	100	81	100	135	100

Com relação aos tipos de doenças encontradas, de acordo com o que é referido na literatura (PAPALÉO e PONTES, 1996; JACOB, 2000; LESSA, 1998), a maior frequência é de HAS (hipertensão arterial sistêmica), encontrada em 58 pessoas (22,5%), seguido de AVC (acidente vascular cerebral), em 31 idosos (12%) e de doenças cardíacas, em 31 indivíduos (12%) (Tabela 3). Essas doenças foram também as mais frequentes no levantamento feito pela Fapesp sobre a população idosa residente no município de São Paulo no ano de 2000 (PIVETTA, 2004), o que reafirma tal prevalência. No estudo 53,3% da população de idosos apresentaram HAS; 19,5%, problemas cardíacos e 7,2%, AVC.

Outras doenças encontradas em maior frequência no campo em estudo foram DM (diabete *mellitus*) em 21 idosos (8,1%), arteriosclerose em 20 (7,8%), Alzheimer em outros 20 (7,8%), IV (insuficiência vascular) em 14 (5,4%) doenças oculares em 12 (4,7%), doenças pulmonares em nove (3,5) e artrose em nove (3,5%). É possível verificar uma frequência maior de arteriosclerose e IV em mulheres do que em homens: para 15 (9,6%) mulheres existem

cinco (4,9%) homens com arteriosclerose e, para dez (6,4%) mulheres, quatro (3,9%) com IV. O contrário acontece com as doenças pulmonares, que são mais frequentes em homens: do total de homens, cinco (4,9%) apresentavam doença pulmonar, contra apenas quatro (2,6%) do total de mulheres com a mesma doença.

Tabela 3. Distribuição da população pelas doenças encontradas segundo o sexo

Doenças mais comuns	Homens		Mulheres		Total	
	n	%	n	%	n	%
HAS	20	19,6	38	24,4	58	22,5
AVC	14	13,7	17	10,9	31	12
Cardiopatias	12	11,8	19	12,2	31	12
DM	10	9,8	11	7,1	21	8,1
Demência	9	8,8	12	7,7	21	8,1
Arteriosclerose	5	4,9	15	9,6	20	7,8
Alzheimer	9	8,8	11	7,1	20	7,8
IV	4	3,9	10	6,4	14	5,4
Doenças oculares	5	4,9	7	4,5	12	4,7
Parkinson	5	4,9	7	4,5	12	4,7
Doenças pulmonares	5	4,9	4	2,6	9	3,5
Artrose	4	3,9	5	3,2	9	3,5
Total	102	100	156	100	258	100

Pensou-se, inicialmente, em trabalhar com uma população de trinta idosos com doenças crônico-degenerativas e trinta sem doenças crônico-degenerativas. No entanto, da população total de 135 idosos, verificou-se que 53 apresentavam déficit cognitivo, com comprometimento das funções psíquicas, após aplicação do teste MEEM. Outros 28 idosos também foram excluídos do estudo por apresentarem dificuldade na comunicação, como surdez ou impossibilidade de verbalização. Ainda, recusaram-se a participar da pesquisa 14 indivíduos conscientes e orientados,

alegando motivos como cansaço, dor, problema de saúde, receio de se comprometer com a pesquisa ou de desagradar aos filhos e responsáveis por sua internação. Não puderam participar do estudo sete idosos em estado grave e três que vieram a óbito ou receberam alta hospitalar durante a coleta de dados. Por esse motivo, a população ficou constituída de trinta indivíduos com idade igual ou superior a sessenta anos, sendo 14 homens e 16 mulheres.

A maioria dos idosos entrevistados é proveniente do estado de São Paulo, num total de 18 (60%) indivíduos; os demais, oito (26,7%), eram oriundos de outros estados do Brasil e quatro (13,3%) são estrangeiros.

Ao contrário da caracterização geral, a maioria dos idosos entrevistados apresen-

tou idade igual ou inferior a oitenta anos (63,3%). Esse dado comprova que, apesar da expectativa de vida ter aumentado, o idoso nem sempre possui qualidade de vida, pois, quanto maior a sobrevida, maior a possibilidade de desenvolver doenças crônicas, que podem contribuir para ocorrência de pensamento alterado, com déficit cognitivo. Esse fator é ainda agravado quando se trata de idosos institucionalizados, que são prejudicados pela inatividade física e mental e pelo isolamento social (FERNANDES e ALMEIDA, 2001).

Relacionando a faixa etária dos idosos com a auto-estima, percebe-se que, nas mulheres, as mais novas apresentam maior auto-estima que as mais velhas (Tabela 4).

Tabela 4. Caracterização da amostra pelo escore de auto-estima segundo sexo e faixa etária

Faixa etária	Homens						Mulheres					
	Alta		Média		Baixa		Alta		Média		Baixa	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Até 70 anos	3	21,4	1	7,1	-	-	2	12,5	1	6,2	-	-
71 – 75 anos	1	7,1	2	14,3	-	-	1	6,2	-	-	1	6,2
76 – 80 anos	1	7,1	1	7,1	2	14,3	2	12,5	-	-	1	6,2
81 – 85 anos	1	7,1	1	7,1	-	-	2	12,5	1	6,2	-	-
86 – 90 anos	-	-	1	7,1	-	-	-	-	2	12,5	2	12,5
> de 90 anos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	6,2
Total	6	42,9	6	42,9	2	14,3	7	43,8	4	25	5	31,3

Em relação às doenças crônicas encontradas na amostra da população, apenas dois não apresentavam nenhuma doença; nove tinham uma doença; nove, duas; cinco, três; um, quatro; dois, cinco e dois seis doenças ou mais (Tabela 5).

Tabela 5. Caracterização da amostra por faixa etária, sexo e presença de DCNT

Doenças	Homens		Mulheres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Nenhuma	-	-	2	12,4	2	6,7
Uma	6	42,6	3	18,6	9	30
Duas	3	21,3	6	37,2	9	30
Três	4	28,4	1	6,2	5	16,7
Quatro	-	-	1	6,2	1	3,3
Cinco	-	-	2	12,4	2	6,7
Seis ou mais	1	7,1	1	6,2	2	6,7
Total	14		16	100	30	100

Ao analisar a amostra coletada, percebeu-se que as mulheres apresentam menor auto-estima que os homens. Do total de mulheres, 5 (31,3%) demonstraram baixa auto-estima, contra apenas 2 (14,3%) do total de homens (Tabela 6).

Considerando a amostra total da população entrevistada, constata-se que os

idosos com menor número de doenças têm melhor auto-estima que os mais doentes. Apresentaram alta auto-estima dois (6,7%) idosos sem nenhuma doença, quatro (13,3%) com uma doença, quatro (13,3%) com duas, um (3,3%) com três, um (3,3%) com cinco e um (3,3%) com seis doenças crônico-degenerativas. Com média auto-estima houve cinco (16,7%) idosos com uma doença, dois (6,7%) com duas, dois (6,7%) com três e um (3,3%) com cinco. Demonstraram baixa auto-estima três (10%) idosos com duas doenças, três (6,7%) com três, um (3,3%) com quatro e um (3,3%) com seis. Pode-se concluir, portanto, que a maioria dos idosos entrevistados, ou seja, 13 (43,3%) indivíduos, apresentou um alto escore de auto-estima; 10 (33,3%), média auto-estima e sete (23,3%), baixo auto-estima (Tabela 7).

Tabela 6. Caracterização da amostra pelo escore de auto-estima segundo sexo e número de doenças crônicas

Número de doenças	Homens						Mulheres					
	Alta		Média		Baixa		Alta		Média		Baixa	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nenhuma	-	-	-	-	-	-	2	12,5	-	-	-	-
Uma	3	21,4	3	21,4	-	-	1	6,2	2	12,5	-	-
Duas	2	14,3	1	7,1	-	-	2	12,5	1	6,2	3	18,7
Três	1	7,1	2	14,3	1	7,1	-	-	-	-	1	6,2
Quatro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	6,2
Cinco	-	-	-	-	-	-	1	6,2	1	6,2	-	-
Seis ou mais	-	-	-	-	1	7,1	1	6,2	-	-	-	-
Total	6	42,9	6	42,9	2	14,3	7	43,8	4	25	5	31,3

Tabela 7. Caracterização total da amostra pelo escore de auto-estima segundo número de doenças crônicas

Número de doenças	Auto-estima					
	Alta		Média		Baixa	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nenhuma	2	6,7	-	-	-	-
Uma	4	13,3	5	16,7	-	-
Duas	4	13,3	2	6,7	3	10
Três	1	3,3	2	6,7	2	6,7
Quatro	-	-	-	-	1	3,3
Cinco	1	3,3	1	3,3	-	-
Seis ou mais	1	3,3	-	-	1	3,3
Total	13	43,3	10	33,3	7	23,3

As doenças crônicas podem interferir na auto-estima em razão das alterações do estado emocional, como tristeza, desânimo, desmotivação, nervosismo, aborrecimento, perda de prazer, insegurança, sensação de inutilidade e insatisfação com a auto-imagem (MARTINS, FRANÇA e KIMURA, 1996). No entanto, a qualidade de vida não é, necessariamente,

inversamente proporcional ao número de enfermidades, já que esse fator depende do controle que se tem sobre essas patologias por tratamento adequado (PIVETTA, 2004).

Em relação ao estado civil dos idosos entrevistados, 12 (40%) são viúvos, 10 (33,3%), casados, seis (20%), solteiros e apenas dois (6,7%), separados ou divorciados. É interessante perceber que os homens casados apresentaram maior auto-estima que as mulheres casadas: para seis (42,8%) homens casados, três demonstraram alta auto-estima, ao passo que para quatro (24,9%) mulheres casadas, três revelaram baixa auto-estima (18,7%). Já, para os viúvos, a situação se inverte: para quatro (28,5%) homens viúvos, três apresentam média auto-estima, ao passo que para oito (50%) viúvas, quatro demonstraram alta auto-estima (Tabela 8).

Tabela 8. Caracterização da amostra pelo escore de auto-estima segundo sexo e estado civil

Estado civil	Homens						Mulheres					
	Alta		Média		Baixa		Alta		Média		Baixa	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Solteiro	1	7,1	1	7,1	1	7,1	2	12,5	1	6,2	-	-
Casado	3	21,4	2	14,3	1	7,1	1	6,2	-	-	3	18,7
Separado	1	7,1	-	-	-	-	-	-	1	6,2	-	-
Viúvo	1	7,1	3	21,4	-	-	4	25	2	12,5	2	12,5
Total	6	42,9	6	42,9	2	14,3	7	43,8	4	25	5	31,3

Não foram encontradas diferenças na análise da auto-estima e escolaridade ou religião. Três frases chamaram a atenção nas respostas obtidas durante as entrevistas em razão da alta discordância em relação ao gabarito da escala validada por Dela Coleta (1996). As respostas às questões 11 - “Há coisas em mim que eu gostaria de mudar, se fosse possível” -, 12 - “Sinto necessidade de reconhecimento e aprovação dos meus atos” - 14 - “Eu certamente me sinto inútil às vezes” - foram comparadas com a auto-estima dos idosos para verificar possível relação ou diferença entre as respostas dadas e a sua auto-estima (Tabela 9).

Tabela 9. Distribuição das variáveis das respostas às afirmações 11, 12 e 14, segundo a classificação da auto-estima

Questão	Auto-estima												Total			
	Alta				Média				Baixa							
	C		D		C		D		C		D		C		D	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
11	9	69,2	4	30,7	8	80,0	2	20,0	7	100	-	-	24	80,0	6	20,0
12	7	53,8	6	46,2	4	40,0	6	60,0	5	71,4	2	28,6	16	53,3	14	46,7
14	4	30,7	9	69,2	8	80,0	2	20,0	7	100	-	-	19	63,3	11	36,7

C = Concordâncias com o gabarito

D = Discordância com o gabarito

Percebe-se que os pacientes com maiores escores de auto-estima apresentaram maior porcentagem de acertos nessas questões quando comparados aos com média e baixa auto-estima, o que pode significar que idosos com alta auto-estima estão satisfeitos consigo mesmos, sentem-se capazes de realizar atividades em geral e, portanto, não sentem necessidade de mudar algo em si ou necessidade de reconhecimento e aprovação de seus atos. Isso porque o indivíduo com auto-estima saudável sente-se confiante, adequado à vida, competente e merecedor da felicidade (BRANDEN, 1995). Para um envelhecimento saudável é preciso que o idoso apresente não só um bom estado de saúde físico e mental, mas, também, sinta-se seguro, independente, respeitado, reconhecido por sua experiência e participante de sua comunidade (SILVA e DUARTE, 2001).

Considerações finais

O envelhecimento é um processo natural da vida que tem seu devido valor, pode ser pensado e planejado. Maior longevidade não é garantia de qualidade de vida, a que vai depender de fatores biológicos,

psicológicos, sociais e espirituais, que vão determinar ou não a vivência de uma velhice saudável.

A auto-aceitação é fundamental para que o indivíduo goste de si mesmo e se recuse a negar ou rejeitar o próprio “eu”. Uma auto-estima positiva na velhice conduz a que o indivíduo se sinta seguro, independente, respeitado, reconhecido, adequado à vida e merecedor da felicidade.

Por sua vez, a alta prevalência de doenças crônicas na terceira idade pode comprometer o estilo de vida dos indivíduos acometidos em razão das diversas limitações impostas pelo tratamento e pelas complicações na sua mobilização e na função mental, como foi verificado neste trabalho. No entanto, a qualidade de vida vai depender do controle dessas patologias com o tratamento adequado.

Diante do aumento da população idosa no Brasil e de suas crescentes demandas, cabe à enfermagem considerar os aspectos biopsicossociais e espirituais vivenciados pelo idoso e sua família para um planejamento adequado do processo de cuidado no âmbito individual e da promoção da saúde no âmbito coletivo, o que irá contribuir para um envelhecimento saudável.

O estudo enriqueceu-nos com as diversas experiências de vida dos idosos entrevistados e permitiu-nos perceber a importância da auto-aceitação e da conscientização sobre a própria realidade como fator decisivo para a nossa felicidade em todas as fases da vida, seja qual for.

Abstract

The present study aims to verify the result of self-esteem in aged and the relation with the degenerative chronic diseases, better to understand this relation between these illnesses and self-esteem in the institutionalized aged population. The Scale for Measure of Feeling of Self-Esteem in was used, validated for Dela Coleta (1996), applied 30 individuals with equal or superior age the 60 years, of a asylum. Amongst the findings it was verified that only 6,6% did not have chronic diseases, the men present greater self-esteem that the women and the number of chronic diseases intervenes with self-esteem of the aged one.

Key words: seniors, self-esteem, degenerative chronic diseases.

Referências

- BALDESSIM, A. O idoso: viver e morrer com dignidade. In: PAPALÉO NETTTO, M. (Org.). *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 491-498.
- BRANDEN, N. *Auto-estima: como aprender a gostar de si mesmo*. 18. ed. São Paulo: Saraiva, 1995.
- CARAMELLI, P.; NITRINI, R. Como avaliar de forma breve e objetiva o estado mental de um paciente? *Revista Associação Médica Brasileira*, v. 46, out./dez. 2000.
- DELA COLETA, J. A.; DELA COLETA, M. F. *Escala para medida de atitude e outras variáveis psicossociais*. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, 1996.
- DIOGO, M. J. D. *A problemática do idoso submetido à amputação de membros inferiores*. 1990. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1990.
- FERNANDES, M. G. M.; ALMEIDA, C. B. Processo de pensamento alterado em idosos na vivência asilar. *Nursing* (Ed. Brasileira), v. 34, p. 25-5, mar. 2001.
- GAIARSA, J. A. *Como enfrentar a velhice*. São Paulo: Ícones; Campinas: Unicamp, 1986.
- GATTO, I. B. Aspectos psicológicos do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. (Org.). *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 109-113.
- GAVIÃO, A. C. D. Aspectos psicológicos e o contexto domiciliar. In: DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D. (Org.). *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 173-180.
- JACOB FILHO, W. Envelhecimento e atendimento domiciliário. In: DUARTE, Y. A. O. DIOGO, M. J. D. (Org.). *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 19-25.
- LESSA, I. (Org.). *O adulto brasileiro e as doenças da modernidade*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1998.
- MARTINS, L. M.; FRANÇA, A. P. D.; KIMURA, M. Qualidade de vida de pessoas com doenças crônicas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 3, p. 5-18, dez. 1996.
- MONTEIRO, E. M. L. M. et al. Vivenciando o envelhecimento: percepção do idoso institucionalizado. *Nursing* (Ed. bras.), v. 38, p. 20-24, jul. 2001.
- PAPALÉO NETTO, M.; PONTES, J. R. Envelhecimento: desafio na transição do Século. In:

PAPALÉO NETTO, M. (Org.). *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 3-12.

PASCHOAL, S. M. P. Epidemiologia do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. (Org.). *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 26-43.

_____. Autonomia e independência. In: PAPALÉO NETTO, M. (Org.). *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 313-323.

PIVETTA, M. Retratos do entardecer. *Pesquisa Fapesp Especial* – São Paulo 450 anos, 2004. p. 38-45.

PONTE, J. R. Aspectos psicanalíticos do envelhecimento normal. In: PAPALÉO NETTO, M. (Org.). *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 114-123.

ROCHA, F. L.; CUNHA, U. G. V. Aspectos psicológicos e psiquiátricos das quedas do idoso. *Arquivos Brasileiros de Medicina*, 68, p. 9-13, jan./fev. 1994.

SILVA, A. et al. *Implicação do uso do mini-exame de estado mental (MEEM) na prática clínica multiprofissional em um setor de reabilitação gerontológica*. [s.d.]. Disponível em: <http://www.neurosp.com.br/download/03_19.doc>.

Acesso em: 27 jan. 2004.

SILVA, M. J.; DUARTE, M. J. R. S. O autocuidado do idoso: intervenções de enfermagem e melhor qualidade de vida. *Revista Enfermagem Uerj*, v. 3, p. 248-253, set./dez. 2001.

VENTURA, M. M. B.; CAMPOS, C. M. avaliação cognitiva em pacientes idosos. In: PAPALÉO NETTO, M. (Org.). *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 174-89.

WEYDT, C. P. et al. Grupo de convivência com idosos hospitalizados: um relato de experiências. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, v. 1, p. 116-134, jan./jun. 2004.

Endereço

Maria Júlia Paes da Silva
Escola de Enfermagem - Departamento
de Enfermagem Médico-Cirúrgica
Universidade de São Paulo
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
CEP 05403-000
São Paulo - SP