



Centro Universitário de Brasília – UniCEUB  
Faculdade de Ciências da Educação e da Saúde – FACES  
Curso de Psicologia

**Depressão Geriátrica e Autoconceito: Estudo comparativo entre idosos  
institucionalizados e não institucionalizados.**

Luiza Matsuko Yamasaki Lins

Brasília  
Dezembro de 2013



Centro Universitário de Brasília – UniCEUB  
Faculdade de Ciências da Educação e da Saúde – FACES  
Curso de Psicologia

**Depressão Geriátrica e Autoconceito: Estudo comparativo entre idosos  
institucionalizados e não institucionalizados.**

Luiza Matsuko Yamasaki Lins

Monografia apresentada à Faculdade de  
Psicologia do Centro Universitário de Brasília  
– UniCEUB como requisito parcial à  
conclusão do curso de Psicologia.  
Professor-orientador: Dr. Sergio Henrique de  
Souza Alves

Brasília  
Dezembro de 2013



Centro Universitário de Brasília – UniCEUB  
Faculdade de Ciências da Educação e da Saúde – FACES  
Curso de Psicologia

## **FOLHA DE AVALIAÇÃO**

Autor: Luiza Matsuko Yamasaki Lins

Título: Depressão Geriátrica e Autoconceito: Estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados.

### **Banca Examinadora**

---

Prof. Dr. Sergio Henrique de Souza Alves  
Professor-Orientador

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria do Carmo de Lima Meira  
Professora-Examinadora

---

Prof<sup>o</sup> Alexandre de Souza Russo  
Professor-Examinador

Brasília  
Dezembro de 2013

À minha irmã, Vera Lucia (in memorium), pelo exemplo de luta e força interior.

## **Agradecimentos**

Agradeço à minha família, em especial ao meu esposo, Isaac, pelo apoio em todos os momentos.

Às instituições asilares e aos idosos que possibilitaram esta pesquisa.

A todos os professores do curso, em especial ao Profº Sergio Henrique, pela paciência e orientação para a conclusão deste trabalho.

A todos os meus amigos de curso, por partilharem alegrias e tristezas, em especial ao Alexandre Vieira e Marcia Mattar pelo carinho e atenção.

A todos aqueles que acreditaram em mim e tornaram minha vida maravilhosa.

## Sumário

Introdução.....	1
Capítulo 1 - Envelhecimento .....	3
Capítulo 2 - Depressão .....	9
Capítulo 3 – Autoconceito.....	12
Método .....	21
Participantes .....	21
Locais.....	21
Instrumentos.....	21
Procedimentos .....	23
Análise de dados.....	24
Resultados.....	26
Análise Descritiva .....	26
Análises Correlacionais .....	27
Análises Comparativas .....	29
Discussão.....	30
Considerações Finais.....	34
Referências .....	38
Anexos.....	41
Anexo 1 - Modelo do termo de Consentimento Livre e Esclarecido: .....	42

## Resumo

O envelhecimento é um processo biológico e natural que resulta na deteriorização das funções celulares causando declínio da capacidade funcional que depende de fatores fisiológicos, sociais e psicológicos. Todos esses aspectos do envelhecimento podem levar um indivíduo a desencadear um estado de depressão, resultando de uma imagem negativa de si mesmo influenciando o autoconceito da pessoa, quanto mais baixo o nível de autoconceito em idosos, maiores são os níveis de depressão e ansiedade. O presente estudo teve por objetivo comparar os níveis de depressão geriátrica e autoconceito em idosos institucionalizados e não institucionalizados. Os idosos institucionalizados eram de uma instituição do Distrito Federal e uma de Goiás e os não institucionalizados eram residentes em Brasília e São Paulo. O estudo foi feito utilizando duas escalas: uma de depressão geriátrica, “Escala de Depressão Geriátrica-GDS 15”, e outra de autoconceito, “Inventário Clínico de Autoconceito - VAZ SERRA”. Em relação aos níveis de depressão geriátrica pode-se concluir que os idosos institucionalizados foram que apresentavam maiores incidências. A correlação entre institucionalização e depressão é significativa ( $r = 0,38$ ,  $p < 0,01$ ). No que concerne variável Institucionalização apresenta correlação negativa significativa com o fator Autoeficácia ( $r = -0,27$ ;  $p < 0,05$ ), e correlação positiva significativa com Depressão Geriátrica ( $r = 0,38$ ;  $p < 0,01$ ). A presente pesquisa traz informações que podem contribuir futuramente para a melhoria nas estratégias de assistência, qualidade de vida e para o aperfeiçoamento no atendimento desta população com previsão de aumento nos próximos anos.

**Palavras-chave:** depressão, autoconceito, idosos institucionalizados.

## Introdução

Conforme as projeções estatísticas da Organização Mundial de Saúde (OMS), o número de idosos do Brasil no período de 1950 a 2025 deverá ter aumentado 15 vezes, tornando o Brasil, em 2025, o 6º país com o maior contingente de idosos, projetando-se por volta de 32 milhões de pessoas com mais de 60 anos (Cerqueira & Oliveira, 2002). O governo brasileiro, visando proporcionar melhores condições de atendimento à população brasileira que está envelhecendo, criou o Estatuto do Idoso em 2003, que instituiu a Política Nacional do Idoso – Lei nº 8.842 de 1994.

Por toda a história, o idoso é visto de forma estigmatizada, como uma pessoa que não tem mais utilidade. É esquecido e muitas vezes rejeitado pela família, pelo menos na visão dos mais jovens, que se cansam de sua nostalgia nas falas que transmitem. Essa postura se faz presente, como também os maus-tratos e a falta de valorização do indivíduo, levando-o à margem da sociedade. Envelhecer significa ter perdas gradativas das capacidades fisiológicas globais, não somente modificações corporais. E para potencializar mais ainda estas perdas acontecem as perdas na área psicossocial, como as relações sócio-familiares, financeiras, além de perdas cognitivas, resultando em uma velhice patológica que o distancia cada vez mais da aceitação do envelhecimento como processo natural da vida (Costa, 1998).

Conforme Mello e Teixeira (2011), a sociedade contemporânea valoriza muito o consumo e a produção. O idoso não produz tanto como antes e, com a perda do poder aquisitivo, devido principalmente à aposentadoria, consome menos, levando a sociedade a não valorizá-los. Como resultado desta desvalorização, o autoconceito destas pessoas torna-se negativo, indicando um sentimento de impotência perante sua situação. O autoconceito baixo e outros fatores podem levar o idoso a evoluir para um quadro mais grave que é a depressão.

Segundo Almeida e Almeida (1999), a depressão é frequente na condição de saúde do idoso. Entre os idosos, as taxas prevalentes são de 1 a 16% nos idosos não institucionalizados e em pessoas com doenças clínicas tornam-se mais elevadas. Os sintomas depressivos, no entanto, são confundidos como comportamento normal de pessoas que estão envelhecendo, o que dificulta seu diagnóstico e, por conseguinte, o seu tratamento, causando angústia e sofrimento ao idoso que não se trata.

Quando os idosos necessitam viver em uma instituição asilar, eles se defrontam com diferentes aspectos que potencializam os efeitos advindos do processo de envelhecimento. Segundo Oliveira, Santos, Cruvinel, e Néri (2006), pessoas com transtornos depressivos tendem a verem a si mesmo, o mundo e seu futuro com visão negativa, moldando uma velhice com um modelo frágil e impotente, faltando ao idoso institucionalizado perspectivas positivas em relação a sua própria vida.

O presente estudo teve como justificativa trazer informações que possa contribuir futuramente para a melhoria nas estratégias de assistência, qualidade de vida e para o aperfeiçoamento no atendimento da população de idosos com previsão de aumento para os próximos anos, e teve como objetivo comparar os níveis de depressão geriátrica e autoconceito em idosos institucionalizados e não institucionalizados. Para isso, utilizou-se escalas validadas, uma de depressão geriátrica – GDS-15 e outra de Autocontrole – Vaz Serra, que foram aplicadas dentro das instituições e nas residências dos idosos não institucionalizados.

## Capítulo 1 - Envelhecimento

O envelhecimento populacional no mundo e principalmente no Brasil tem gerado grande preocupação com relação às políticas sociais e de saúde com o objetivo de proporcionar saúde e qualidade de vida. No Brasil, uma das áreas mais afetada é a da Saúde, que gasta 25% do orçamento com assistência hospitalar para pacientes com 60 ou mais anos de idade (Linhares, Coelho, Guimarães, Campos, & Carvalho, 2003).

Além do gasto crescente na área da saúde, essa faixa populacional tem uma grande tendência ao crescimento. Pelo Estatuto do Idoso de 2003, no Brasil, considera-se um indivíduo idoso, com idade igual ou superior a 60 anos de idade. É importante ressaltar, no entanto, que a Organização Mundial da Saúde (OMS) leva em julgamento o nível econômico do país para definir a faixa etária da população idosa.

Segundo Fontaine (2000), o envelhecimento se dá nos níveis biológico, psicológico e social. O biológico é caracterizado por aumento de doenças, por alterações no aspecto físico, como as rugas, e pela dificuldade de locomoção pelo desgaste do próprio corpo. O psicológico com as alterações decorrentes das atividades intelectuais e motivações. Por último o social com a mudança da própria posição social e profissional como resultado da passagem à aposentadoria ou reforma.

Ainda conforme Fontaine (2000), Charcot e outros grandes investigadores do século XIX passaram uma imagem negativa do envelhecimento. Utilizaram sinônimos como decadência, deterioração ou desestruturação, seduzidos pelas definições patológicas orgânicas ou psicológicas. A velhice ideal está ligada a três categorias de condições: a primeira está ligada à probabilidade reduzida de doenças, principalmente aquelas ligadas a perdas de autonomia; a segunda está ligada a um elevado nível funcional nos planos cognitivos e físico; a terceira consiste em uma boa competência social e bem-estar subjetivo. O envelhecimento é

um processo diferencial que nos mostra concomitantemente informações objetivas (deteriorização física, perceptivas, dificuldades mnésicas, etc.) e informações subjetivas que o próprio indivíduo faz do seu processo de envelhecimento.

Para Erikson (1998), o ciclo de vida é composto por oito estágios no desenvolvimento psicossocial, sendo que os seis primeiros estágios se referem desde o período de bebê até a idade adulta jovem, o sétimo se refere à idade adulta e apresenta como tema da crise Generatividade versus Estagnação, são temas que preparam a pessoa jovem a entrar no ciclo geracional e o adulto a terminá-lo.

Conforme Erikson (1998), o conflito principal na velhice e o tema da última crise são Integridade do Ego versus Desespero, onde os idosos necessitam avaliar e aceitar a sua vida para ter condições de admitir a morte. Dependendo dos sete estágios anteriores, podem contar com um senso de coerência e inteireza, o qual pode ser muito afetado nas condições terminais que inserem uma perda de vínculos nos três processos organizadores: no soma, a deteriorização geral e gradativa dos vasos que distribuem o sangue e do sistema muscular; na Psique, a diminuição paulatina da coerência mnemônica da experiência, passada e presente e no Etos, a súbita perda quase total da função responsável pela interação generativa, que envolve a procriatividade, produtividade e criatividade, ou seja a geração de novos seres, novos produtos e idéias.

Pelas palavras de Erikson (1998), em antítese ao Desespero vem a Sabedoria com um tipo de “preocupação informada e imparcial com a vida em si diante da morte em si” (p. 55). Aceitar a vida como ela é, a forma como se viveu, sem maiores culpas, sem ficar pensando no que deveria e poderia ser feito, aceitar a sua história de vida. Ver os pais como pessoas que fizeram o melhor que podiam fazer naquele momento e que merecem, por isso, a consideração e a afetividade, não exigindo que tenham sido perfeitos. Enfim, aceitar-se e aos outros como seres imperfeitos que viveram sua vida como conseguiram viver.

Segundo Erickson (1985, citado por Papalia, Olds, & Feldman, 2008), o adulto idoso tem a necessidade de compreender, analisar e aceitar sua trajetória de vida para que possa ter condições de encarar essa fase de vida com mais tranquilidade. Os idosos que não conseguem ter este entendimento – a aceitação da vida como se viveu – sem grandes arrependimentos, sem estagnar na cobrança do que podia ter feito ou podia ser feito, aceitar que não é perfeito, e que levou a vida do melhor jeito que pode viver, caminham para o desespero, sabendo que o tempo é pouco para ter a chance de novos caminhos para a Integração do Ego.

Conforme Groult (2006, citado por Ribeiro, 2012):

Envelhecer é o destino comum, todos sabem vagamente. O conceito segue sendo abstrato, e esta consciência do destino coletivo da espécie não prepara de forma alguma para a experiência solitária da SUA velhice e da dilacerante vivência da SUA morte... E depois, um dia, é absolutamente necessário admitir que somos definitivamente velhos. É aí que realmente balançamos e que é necessário reaprender tudo (p. 35).

Para Erikson (1959/1976, citado por Oliveira, Pasian & Jacquemin, 2001) que possui uma visão mais positiva em relação ao envelhecer, considera a crise dos idosos, mesmo com enfraquecimento corporal, como possibilidade de resultar em ganhos na área individual e coletiva, substituindo o paradigma social de dependência desta etapa de vida para o de transmissão de conhecimentos e relatos de experiências adquiridas.

De acordo com Camarano e Kalso (2010), o envelhecimento populacional está inserido em grandes transformações nas áreas socioeconômicas, culturais, institucionais e nos sistemas familiares, especificamente nos seus valores e configuração. Há grande crescimento da população de idosos, mas não existem ações que visem condições de cuidados para os futuros idosos. Mesmo tendo uma legislação brasileira que afirma ser das famílias a responsabilidade de cuidar dos membros que apresentam dependência, o cuidado familiar se

torna cada vez menor, devido à diminuição da família nuclear com a redução dos níveis de fecundidade, das formas de casamento e emancipação feminina no mercado de trabalho, deixando a posição de tradicional cuidadora para assumir novas posições profissionais.

Na nossa atual conjuntura, pode-se verificar que indivíduos com 60 anos ou mais que vivem em instituições, são na sua maioria solteiros ou viúvos, sem família, sem parentes próximos ou porque optaram pelo isolamento social, o que resulta em situações de abandono dessas pessoas, surgindo a necessidade de apoio externo, como as instituições asilares (Oliveira et al., 2001).

Conforme Chella (1992, citado por Oliveira et al., 2001), para tentar sanar essa situação de vulnerabilidade de vida são criados mecanismos sociais como instituições e asilos, com o propósito de segurança e condições de sobrevivência mínima de vida para os idosos.

De acordo com Tier, Fontana, e Soares (2004), alguns idosos, devido ao estado de abandono, dependência em que se encontram, são internados em asilos ou casas de repouso, o que provoca um distanciamento de lugares familiares em que viveram sua existência por muito tempo, mesmo que tenha sido uma experiência difícil. Muitas vezes, são internados contra a sua própria vontade, perdendo assim sua autonomia, tornando-se “prisioneiros” desta instituição. É comum após a internação do idoso os familiares se distanciarem, deixando para a instituição a responsabilidade de cuidar desse idoso.

Conforme Perline, Leite, e Furini (2007), os dados demográficos brasileiros apontam para um acelerado processo de envelhecimento da população. Neste caso, com o passar dos anos, acontece um aumento significativo do número de idosos em nosso país. Esse fato, aliado às modificações na estrutura de nossa sociedade e na família, principalmente na inclusão da mulher no mercado de trabalho, resulta na decisão de institucionalização da pessoa idosa.

Ainda segundo Perline et al. (2007), o atendimento ao idoso tem como prioridade a modalidade não asilar. Entretanto nas situações em que o idoso não possa ter garantia de sua própria sobrevivência é responsabilidade do Estado assumir esta demanda e para isto deve manter instituições asilares para abrigar os idosos.

Neste patamar, o Estado e o mercado privado assumem as responsabilidades, junto com a família, dos cuidados com os longevos, surgindo uma das alternativas de cuidados fora do núcleo familiar em Instituições de Longa Permanência (ILPI). De acordo com Tier et al. (2004), a institucionalização se torna necessária, mas o Estado deve cumprir com seu papel de financiador e fiscalizador destas instituições, para que a qualidade seja adequada para atender a demanda. Que haja o cumprimento das normas necessárias para o atendimento com qualidade, segurança e preservando a integridade dos idosos. Com as mudanças ocorridas na sociedade atual, as instituições asilares beneficentes que tinham o objetivo básico de acolher idosos sem condições econômicas para se manter, assumem também o cuidado de idosos com várias outras deficiências, como perdas funcionais que provocaram no idoso dependência por cuidadores, pois já não conseguem executar as atividades da vida diária. Muitos são os casos dos familiares que não têm condições de cuidar destes idosos e são obrigados a internarem, mesmo contra a vontade do idoso, em instituições asilares, da qual dificilmente sairão.

Segundo Papalia et al. (2008), a probabilidade de ir morar em uma instituição aumenta com a idade. A maioria são mulheres, moram sozinhas, têm dificuldades nas atividades primárias do dia-a-dia como tomar banho, alimentar-se, vestir-se, higienizar-se após fazer suas necessidades fisiológicas, e andar, devido a uma saúde debilitada ou deficiência.

Segundo Camarano e Kanso (2010), no Brasil ainda não existe um acordo comum para o que seja uma ILPI. Seu nascimento está ligado aos asilos, que primeiramente eram criados para a população carente que necessitava de acolhimento, com o emblema da caridade cristã, na falta de políticas públicas. Conforme a ANVISA (Agência Nacional de

Vigilância Sanitária), as ILPI's são instituições governamentais ou não governamentais, com perfil de moradia, originadas em domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou acima de 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de autonomia, cidadania e integridade. Em resumo, definição de ILPI's segundo a ANVISA é uma residência coletiva, que acolhe idosos que não eram dependentes, mas que vivem em situação de carência de renda e/ou de família, ou de indivíduos com dificuldades para execução de suas atividades diárias, que precisam de cuidados duradouros.

## Capítulo 2 - Depressão

É importante compreender o processo de envelhecimento e sua relação com a Depressão. De acordo com Papalia et al. (2008), o início do processo de envelhecimento ou senescência é determinado por um período de declínios evidentes no funcionamento do corpo, que varia de indivíduo para indivíduo. As teorias biológicas de envelhecimento podem ser divididas em duas categorias: teorias de programação genética que indicam que os corpos envelhecem conforme um plano normal de desenvolvimento inseridos nos genes, e as teorias de taxas variáveis (teorias de erro) que sustentam que o envelhecimento se deve ao resultado de processos que variam de pessoa para pessoa, que dependem de fatores internos e externos, erros causais nos sistemas biológicos ou ataques ambientais respectivamente.

Segundo Bruno, Marques e Silva (2006), com o progresso do envelhecimento existe uma chance maior do aparecimento das doenças crônico-degenerativas e dos distúrbios de comportamento. Podemos citar a depressão, que junto com a demência e o delírio são as doenças que mais se manifestam nesta faixa etária de idosos, conhecidas como os 3 D's da geriatria, conforme o Ministério da Saúde. Além disso, a depressão pode vir associada à dificuldade ou facilidade para chorar, descrédito com relação à melhora de sua saúde, desesperança, autopiedade, pensamentos negativos persistentes, queixas ou sentimento de culpa, podendo apresentar boca ressecada, constipação, falta de apetite e falta de movimento, tornando o idoso inativo.

Além disso, a depressão, vista pela saúde mental, é um sintoma considerado comum na terceira idade, potencializando os impactos negativos em todos os aspectos da vida, sendo encarada erroneamente como normal ao processo de envelhecimento. Os custos advindos da depressão na terceira idade são grandes, associados ao declínio funcional, estresse na família,

maior risco de doenças, dificuldades na recuperação de doenças e morte prematura por suicídio ou outras causas (Ferrari & Dalacorte, 2007).

Segundo Oliveira et al. (2006), pelo

Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM IV, para o diagnóstico de Episódio Depressivo Maior é preciso que a pessoa apresente, durante um período de pelo menos duas semanas, cinco ou mais dos sintomas descritos a seguir: humor deprimido na maior parte do dia e em quase todos os dias; falta de interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia; perda ou ganho de peso sem estar de dieta; insônia ou hipersonia quase todos os dias; agitação ou retardo psicomotor; fadiga ou perda de energia; sentimento de inutilidade ou de culpa; indecisão e dificuldade de concentração; pensamentos de morte ou tentativas de suicídio. Além disso, os sintomas devem causar sofrimento ou prejuízo ao funcionamento do indivíduo e não devem ser consequência de uso de substâncias como drogas ou algum tipo de medicamento, nem ocorrer em função de uma condição médica ou de luto (p. 353).

Na depressão estão inseridos uma série de comprometimentos que podem afetar o funcionamento de uma pessoa, principalmente no idoso, que está mais vulnerável. Importante salientar que o próprio processo de envelhecimento apresenta sintomas característicos da depressão, o que leva o profissional da saúde a ter dificuldades de avaliar um diagnóstico preciso para esta faixa etária (Oliveira et al., 2006).

Conforme Guz (1999), a popularização do termo depressão é utilizada de forma indiscriminada, originando equívocos no que concerne à sua significação. Na verdade, segundo o autor, existem três situações diferentes características da depressão, sendo a terceira a mais preocupante. Essas situações são: estado de humor rebaixado, de breve duração e pouca intensidade; uma reação a um determinado evento externo, antes, durante ou

depois do seu acontecimento, onde há uma resposta adaptativa da pessoa; e por último, um estado patológico onde o distúrbio é caracterizado pela presença de sintomas e sinais, com duração e intensidade bem definidas, que depende da história pessoal e familiar do indivíduo,

Por isso, mecanismos genéticos que em determinadas situações podem ser ativados podem causar depressão, por períodos de alguns meses ou anos, sem alteração da personalidade, causando mudanças nas perspectivas pessoais e no estado de ânimo, podendo surgir alterações do sono, apetite, inconstâncias no humor e na libido, originando no indivíduo uma visão pessimista da vida com desvalorização pessoal e incapacidade em gerir sua vida (Sacoto, 2010).

Bandura (1977, citado por Bahls, 1999), ressalta que indivíduos deprimidos apresentam altas taxas de expectativas de desempenho, o que resulta em experimentar muitos insucessos, levando-os a focarem em eventos negativos, inculcando um autoconceito negativo. O autor diz que as pessoas depressivas, com visão pessimista, geralmente causam repúdio de outras pessoas, o que causa uma maior autodesaprovação, tornando-as mais pessimistas e, assim, retroalimentando o ciclo vicioso dos deprimidos.

### Capítulo 3 – Autoconceito

De acordo com Vaz Serra (1988, citado por Sacoto, 2010), o autoconceito é a percepção que cada pessoa tem de si mesmo, sendo a sua identidade, possibilitando a compreensão da continuidade e coerência do comportamento humano em sua vida, clareando a forma de como a pessoa interage com as outras e como age com aspectos relacionados as suas necessidades e motivações, o autoconceito é um traço da personalidade com caráter estável. A desvalorização pessoal pode ser entendida como uma das características de autoconceito.

Segundo Albuquerque e Oliveira (2002), o autoconceito tem sido estudado por vários teóricos nos diversos segmentos da Psicologia, por sua enorme importância na compreensão do processo do desenvolvimento humano. Entre esses autores podemos citar: Burns (1986, citado por Albuquerque & Oliveira, 2002), em Psicologia Escolar; Gecas (1982, citado por Albuquerque & Oliveira, 2002) em Psicologia Social; e, finalmente, Vaz Serra (1986, citado por Albuquerque & Oliveira, 2002) em Psicologia Clínica.

Para Gecas (1982, citado por Albuquerque & Oliveira, 2002), o autoconceito é o próprio julgamento que a pessoa faz dela mesma, como um indivíduo coletivo, físico, espiritual ou moral. Segundo Gecas (1982, citado por Albuquerque & Oliveira, 2002), o autoconceito é composto por três fatores: as avaliações feitas por outras pessoas com relação ao sujeito; as observações e os resultados dos comportamentos da pessoa; e as comparações que a pessoa faz entre o seu comportamento e o dos outros.

Segundo Burns (1986, citado por Albuquerque & Oliveira, 2002), o autoconceito se compõe por imagens acerca do próprio indivíduo: o que pensa sobre ele mesmo, o que pensa que consegue realizar, o que pensa que os outros pensam sobre ele e também de como gostaria de ser.

O autoconceito tem na sua formação os seguintes aspectos: os julgamentos que os outros fazem da pessoa, as observações e os resultados do próprio comportamento, o paralelo que o indivíduo deduz entre o seu comportamento e o comportamento considerado aceitável por grupos normativos e a avaliação que a pessoa compõe entre o seu comportamento e o dos seus pares (Vaz Serra, 1986a).

Conforme estudos realizado por Ferreira (2009), quanto mais baixo o nível de autoconceito em idosos, maiores são os níveis de depressão e ansiedade. Com o envelhecimento, o idoso confronta-se com perdas significativas que influenciam em sua autoestima e autoconceito, como viuvez, morte de familiares e amigos, declínio da saúde, solidão, perda de identidades sociais, principalmente com a aposentadoria que na maioria das vezes não supre suas necessidades financeiras.

Ainda de acordo com Ferreira (2009), outro fator que influencia no autoconceito é a passagem pela experiência da reforma, de um modo geral, a reforma marca a mudança de um período de atividade para o de isolamento e supressão desta atividade, resultando na perda de identidade profissional e papéis sociais e, conseqüentemente, na perda de poder aquisitivo, o que pode contribuir para sua restrição social, que resulta em uma espécie de morte no sentido de pertencer à comunidade.

De acordo com Paulo e Fonseca (1991, citado por Magalhães, 2004), a passagem à reforma é um marco na vida da pessoa, com influência na estrutura psicológica dela. Entretanto, não há concordância quanto a estas implicações, há anuências quanto ao fato desta transição compor para o indivíduo ganhos e perdas, cujo produto final é a adaptação do indivíduo a esta situação, ou não, fato que dependerá de como cada um processa o acontecimento.

Vega, Vega, e Bueno Martinez (2000, citados por Magalhães, 2004), afirmam que a reforma pode ser definida de vários modos, como a seguir: ausência da participação no

trabalho; aceitação de uma pensão; redução das horas de trabalho ou da própria carreira profissional. Na atualidade, a reforma tornou-se um fator de controle da organização social, emprego e produtividade. Ela pode ser voluntária ou não voluntária, antecipada ou no tempo próprio, parcial ou completa.

Como uma parte importante da personalidade humana, o autoconceito muda com o passar da idade, cada vez mais se torna específico. Deve ser interpretado como uma soma de percepções que a pessoa tem de si mesmo, e que se transforma e fica diferenciado à medida do envelhecimento do indivíduo (Albuquerque & Oliveira, 2002).

Ainda, de acordo com Vaz Serra (1988, citado por Sacoto, 2010), o baixo autoconceito estabelece relação negativa com ansiedade social, sentimentos depressivos na maioria da população, em indivíduos com distúrbios emocionais e que apresentem ansiedade, fobia, depressão e somatização. Por outro lado, se relaciona de forma positiva e expressiva com perspectivas positivas em relação ao ambiente e autoafirmação e com estratégias de enfrentamento.

Segundo Vaz Serra (1988), o autoconceito ocupa uma função importante na totalidade do funcionamento da pessoa, interferindo de muitas maneiras no aspecto particular desta pessoa. Vaz Serra (1986a) se utiliza da seguinte definição: autoconceito é uma definição psicológica que permite o discernimento da individualidade da pessoa na sua consistência e coerência. Ainda, o autor afirma que o autoconceito é um constructo que nos auxilia a compreender as várias facetas do comportamento humano, o qual: esclarece sobre a forma como o indivíduo interage com as outras pessoas e lida com áreas que envolvem as suas carências e estimulações; revela os aspectos do autocontrole, apontando o porquê de que certas reações emocionais surgem em determinadas situações, ou o motivo que leva um sujeito a inibir ou desenvolver determinado comportamento; e, por último, possibilita-nos

compreender a continuidade, uniformidade e coerência de certos estereótipos de ação ao longo do tempo.

Vaz Serra (1986a) afirma que esse constructo envolve o que se compreende por identidade, permitindo entender a coerência e a continuidade do modo de agir de cada um ao longo do tempo. O autor afirma ainda que o autoconceito é capaz de esclarecer as maneiras como um sujeito interage socialmente, além de mostrar a forma como cada pessoa lida com as suas necessidades e motivações. É a partir do autoconceito que se percebem aspectos relativos ao autocontrole – como um indivíduo desenvolve ou inibe certos comportamentos, ou como emoções são sentidas em determinados contextos. Traços e atitudes da personalidade de cada um também se relacionam com a definição de autoconceito. Fitts (1972, citado por Vaz Serra, 1986a) afirma que, uma vez sendo o autoconceito um elemento capaz de capturar a essência de muitas variáveis pertencentes a cada indivíduo, ele se torna um artifício mais simples de ser usado e avaliado.

Vaz Serra (1986a) considera, ao analisar a contribuição de outros autores, que existem quatro fatores importantes para a construção do autoconceito. O primeiro deles seria a forma como o comportamento de um indivíduo é visto e julgado pelos demais, já que esses comentários, quando feitos de maneira depreciativa à sua identidade, podem interferir no autojulgamento daquele que ainda não desenvolveu por completo a sua capacidade de pensamento lógico (Nelson-Jones, 1994, citado por Vaz Serra, 1986a).

Ainda de acordo com Vaz Serra (1986b), o segundo fator seria a conclusão de que a família desempenha um papel de suma importância na construção do autoconceito. Seriam as figuras dos pais, tanto como modelos a serem seguidos quanto com o uso de reforçadores, que têm o poder de influenciar os filhos na sua história pessoal, tanto em relação aos seus próprios sentimentos quanto em relação à construção do tipo de pessoa em que eles próprios queriam se tornar.

Um terceiro fator, capaz de exercer grande influência na formação do autoconceito, seria o feedback que o próprio indivíduo realiza sobre o seu desempenho. Vaz Serra (1986a) afirma que quando uma pessoa acredita que obtem êxito em grande parte de seus afazeres e soluções de problemas, esse desenvolve um bom autoconceito, enquanto que aquele que não é capaz de reconhecer seu próprio mérito tende a cultivar um baixo autoconceito.

Segundo Vaz Serra (1988), o quarto fator é que o autoconceito é formado de autoimagem e autoestima. Considera-se por autoimagem os resultados das observações que a pessoa faz de si próprio, e constitui estas observações distribuindo-as de maneira hierárquica em relação às autoimagens anteriores que fez de si mesmo. A hierarquização de suas autoimagens faz a pessoa passar a valorizar aquelas com maior significado para si.

Para Wells e Marwell (1976, citados por Vaz Serra, 1988), a autoestima está atrelada às formas avaliativas, emocionais e motivacionais do autoconceito. E existem duas grandes subdivisões da autoestima: a primeira é a autoestima situada num significado de competência, poder ou eficácia, que está relacionada à execução eficaz aos processos de autoatribuição e de comparação social. Na segunda, a autoestima é referenciada num significado de valor moral ou de virtude, que está relacionada às normas e valores respeitando o comportamento pessoal e interpessoal, em termos de justiça, reciprocidade e de honra.

De acordo com Albuquerque e Oliveira (2002), a autoestima é um processo de julgamento que a pessoa faz de seus desempenhos e qualidades, considerado como um dos mais importantes fatores do autoconceito. Para Vaz Serra (1986a), a autoestima é definida como a relação existente entre os objetivos que uma pessoa formula e o sucesso que encontra quando os alcança. Quando a pessoa não consegue alcançar estes objetivos, por se encontrar além das suas possibilidades de execução (podem ser reais ou subjetivas) o indivíduo tem a tendência de se autodepreciar, surgindo, assim, a baixa autoestima. Para o autor, essa

definição ilustra mais uma vez a importância da autoeficácia para a construção de uma boa autoimagem.

Segundo Palenzuela (1982, citado por Albuquerque & Oliveira, 2002), autoeficácia refere-se às auto percepções em que a pessoa confia e acredita na sua competência, aptidão e eficácia para encarar o meio em que vive com capacidade e sucesso, resultando assim em objetivos desejados.

Para Tubesing, Tubesing, Christian et al. (1983, citados por Magalhães, 2004), autoestima deve ser um aspecto a ser levado em conta em relação ao "*stress*". A pessoa com uma boa autoestima tem a disposição de aceitar-se como é, a sentir o próprio valor, que tem direito à amizade e consideração de outras pessoas. Tem maior aptidão em lidar com o stress, possui uma autoconfiança característica, tem a capacidade de encarar os acontecimentos desagradáveis mais como um desafio que pode resolver do que como uma ameaça. De modo contrário, uma pessoa com uma baixa autoestima não se sente capaz de enfrentar situações estressantes, pois reage mal às críticas, fica abalado quando não é bem recebido, assume uma postura passiva perante a vida e sente-se menos competente em relação aos outros, podendo até chegar a invejar o que as outras pessoas tenham como bens, círculo de amigos, aptidões. Outra característica que pode ter é ser muito possessivo com relação a amigos e familiares, o que pode provocar o afastamento desses. Não consegue ver facilmente seus próprios erros, mesmos os mais visíveis para os outros, tem muita insegurança no enfrentamento de suas responsabilidades; não consegue ser espontânea por causa do medo das críticas alheias.

De acordo com Zimbardo (1972, citado por Vaz Serra, 1988), a autoestima pode ser trabalhada através de algumas ações tais como: saber reconhecer os seus aspectos vulneráveis e fortes; aceitar que aspectos físicos, sociais, econômicos ou políticos afetam seus comportamentos, que não se trata de deficiências em sua personalidade; não falar coisas autodepreciativas e negativas sobre si próprio (ex: sou um fracassado, sou feio, não tenho

jeito); estabelecer metas a longo prazo para a sua vida, dividindo-as em tarefas menores para cumprir em curto prazo; não aceitar pessoas, empregos e situações que o façam sentir-se diminuído, buscando modificar essas situações e, não sendo possível, usando do afastamento e da evitação; fazer uma lista das suas personagens que tem dentro de si, sempre as atualizando conforme o espaço psicológico que tenha no momento em que se encontra de forma a poder chegar onde quer.

Retomando os fatores citados por Vaz Serra (1986a), o autoconceito recebe forte influência da comparação que o sujeito faz entre o seu comportamento e o daqueles a quem considera pessoas importantes em seu círculo social. Essa comparação faz com que o indivíduo se coloque em uma posição relativa com o outro, definindo-se mais ou menos capaz, melhor ou pior que aqueles a quem se compara. O autor ressalta que o indivíduo também é influenciado pelo julgamento que faz de seu próprio comportamento, baseando-se em regras estabelecidas pelo grupo normativo ao qual pertence, podendo esse grupo ser de natureza religiosa ou política. Esse julgamento traria satisfação a partir do momento em que o sujeito se sente agindo de acordo com as regras que preza. Um desacordo acarreta a situação inversa, ou seja, o sujeito não se sentiria satisfeito com as suas atitudes.

Ainda Vaz Serra (1986a), ao elaborar o Inventário Clínico de Autoconceito, com o intuito de criar uma escala direcionada para a aplicação clínica e que avaliasse aspectos emocionais e sociais do autoconceito, o autor destacou quatro fatores. Esses fatores estão divididos da seguinte maneira: fator de aceitação/rejeição social; fator de autoeficácia; fator de maturidade psicológica e fator de impulsividade/atividade. Vaz Serra (1986a) ressalta que o estudo da validade para o autoconceito é extremamente difícil em si próprio, uma vez que este é um fenômeno íntimo e privado, portanto não é diretamente exteriorizável ou mesmo mensurável. É considerado, ainda, uma característica que resulta do produto da abstração de uma grande variedade de comportamentos, o que corrobora a dificuldade de sua mensuração.

Nota-se, portanto, que o autoconceito abrange diversas características em sua definição, sendo um constructo bastante amplo e de significativa importância para o melhor entendimento da personalidade e do comportamento humano. Pode-se afirmar então que o autoconceito possui múltiplas facetas, sendo estável, distinto, avaliativo e com potencial para se aperfeiçoar e se estruturar em níveis hierárquicos (Shavelson & Bolus, 1982, citado por Albuquerque & Oliveira, 2002). Os mesmos autores trazem ainda que o aspecto avaliativo permite que o sujeito se autoavale, possibilitando a retrospectiva dos seus comportamentos diante de uma determinada conjuntura, tornando possível ao indivíduo analisar quais comportamentos anteriores foram mais adequados e utilizar essa informação em novas experiências. Já em relação ao aspecto organizativo do autoconceito, os autores afirmam que, ao se depararem com informações sobre elas próprias, as pessoas estabelecem categorias que vão se refletir em diferentes facetas, o que torna o autoconceito multifacetado. Quando se encara o autoconceito em sua totalidade, percebe-se a estabilidade que os autores citam como característica do construto. Tal estabilidade diminui à medida que as facetas do autoconceito se tornam mais específicas e diferenciadas em uma determinada situação.

Havendo concordância entre os diversos autores de que o autoconceito é entendido, basicamente, como o conjunto de concepções que a pessoa possui de si própria, Shavelson e Bolus (1982, citado por Albuquerque & Oliveira, 2002) trazem que tais concepções são criadas pelas apreciações e estímulos de pessoas que são relevantes para o próprio indivíduo, pelas autoatribuições que o sujeito efetua em seu modo de ser e pela vivência e julgamentos que o indivíduo faz do ambiente onde se insere. Trabalha-se com a possibilidade de que o autoconceito é uma característica hierárquica e multifacetada, e que é entendido como a totalidade de avaliações que cada pessoa faz dela mesma, ou seja, são como estruturas em formato de pirâmide, sendo que na base da pirâmide estão as avaliações comportamentais de

cada um, no meio as conclusões relativas ao autoconceito e em cima a avaliação total de si mesmo, Byrne e Shavelson (1986, citado por Albuquerque & Oliveira, 2002).

## **Método**

### **Participantes**

Foram avaliados 30 idosos institucionalizados, sendo 17 do sexo masculino e 13 do sexo feminino e 30 idosos não institucionalizados, sendo 5 do sexo masculino e 25 do sexo feminino, todos na faixa etária de 60 a 90 anos.

### **Locais**

As escalas foram aplicadas nas dependências de duas Instituições: uma das instituições asilares localiza-se no Distrito Federal e é uma sociedade civil, sem fins lucrativos e mantida por Obras Assistenciais; a outra instituição localiza-se em Luziânia, Goiás, órgão pertencente ao Ministério Público do Estado de Goiás. As instituições somente disponibilizaram as dependências físicas necessárias à aplicação das escalas, ficando a cargo da pesquisadora a responsabilidade de custear todo e qualquer material referente à aplicação das escalas. No caso dos idosos não institucionalizados, foram aplicados os instrumentos nas dependências de suas respectivas residências, localizadas no Distrito Federal e São Paulo.

### **Instrumentos**

Para apoio à pesquisa utilizamos uma escala e um inventário. Para medir a variável Depressão Geriátrica foi usada a “Escala de Depressão Geriátrica-GDS 15”, ferramenta que foi criada e validada em 1983, por Yesavage e colaboradores, como um instrumento de triagem para depressão. A GDS possui uma versão longa e uma curta, composta de 30 e 15

questões respectivamente, as duas versões são validadas internacionalmente e extremamente utilizadas para avaliação geriátrica global. As respostas dadas vão caracterizar ou não sintomas de depressão. A contagem total da GDS-15 é a partir da soma dos pontos obtidos, o menor escore é zero e o maior é 15. Será utilizada a versão da escala em português Yesavage et al. (1983, citado por Ferrari & Dalacorte, 2007). Para computar os resultados da versão GDS-15, deve-se pontuar negativamente, ou seja para cada resposta “Não” deve-se atribuir um ponto aos itens 1, 5, 7, 11 e 13. Os itens 2, 3,4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 e 15 terão atribuído um ponto às respostas positivas, ou seja, para cada resposta “Sim”.

O instrumento de avaliação utilizado para medir a variável Autoconceito foi o “Inventário clínico de autoconceito – ICAC - VAZ SERRA”, criado em 1986 por Adriano Vaz Serra, professor doutor com nacionalidade portuguesa, que tem o seu foco na pesquisa do autoconceito. O Inventário Clínico de Autoconceito (Vaz Serra 1986a, 1986b) é uma escala unidimensional de tipo Likert, onde uma frase é mostrada e o participante poderá escolher entre cinco alternativas, que medem a concordância ou discordância da pessoa em relação à frase apresentada, criada com o objetivo de medição dos aspectos emocionais e sociais do autoconceito. É um instrumento de autoavaliação que mede o modo de ser do indivíduo, e não o momento transitório que está passando. É constituída de 20 frases.

Ainda segundo Vaz Serra (1986b), o Inventário Clínico de autoconceito - ICAC é composto por fatores de análise que estão abaixo definidos:

- Fator 1 - Aceitação/Rejeição Social- relacionado tanto ao grau de aceitação e agrado como com a rejeição social (ex: “Sou uma pessoa usualmente bem aceita pelos outros”)

- Fator 2 -Autoeficácia – como enfrenta e resolve problemas e dificuldades (ex: Tenho por hábito ser persistente na resolução das minhas dificuldades”)

- Fator 3 -Maturidade Psicológica – características que exprimem o grau de maturidade psicológica (ex: “Sou capaz de assumir uma responsabilidade até ao fim, mesmo que isso me traga conseqüências desagradáveis”)

- Fator 4 -Impulsividade/ atividade- relacionado com o grau de impulsividade/atividade (ex: “Quando tenho uma ideia que me parece válida gosto a pôr em prática)

- Fatores 5 e 6 – são fatores mistos

O inventario de autoconceito é analisado somando-se um conjunto específico de questões que englobam as características afins, conforme a seguir: F1 (1 + 4 + 9 + 16 + 17); F2 (3 + 5 + 8 + 11 + 18 + 20); F3 (2 + 6 + 7 + 13); F4 (10 + 15 + 19). As questões 12 e 14 não se agregam a nenhum Fator específico, uma vez que o autor as considera itens isolados e com atributos que podem ser relacionados a mais de um Fator, sendo chamados então de Fatores mistos.

As questões 03, 12 e 18 são somadas de maneira invertida, ou seja, a marcação 5 equivale a 1 ponto, a marcação 4 equivale a 2 pontos, e assim por diante.

## **Procedimentos**

Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, as instituições e os idosos não institucionalizados foram contatados e convidados a participarem da pesquisa. Após isso foram feitos os devidos agendamentos para aplicação das escalas nas instituições com os devidos responsáveis. Com os idosos não institucionalizados, em suas residências ou locais por eles escolhidos, foram aplicadas as escalas, mas antes os idosos tiveram uma breve explicação da pesquisa e assinaram o TCLE (Anexo 1). Posteriormente, a escala GDS-15 e o Inventário de Autoconceito foram respondidos.

Foram realizadas as aplicações das escalas, os dados das escalas foram tabelados e submetidos estatisticamente utilizando a correlação de Pearson e análise univariada de variância (ANOVA) para comparação entre grupos. A seguir foi realizada a análise dos resultados e discussão teórica.

### **Análise de dados**

A análise dos dados foi realizada por meio do software estatístico *StatisticalPackage for the Social Sciences* (SPSS) versão 20. Após a apuração dos dados, seguiu-se a análise descritiva para o levantamento das características das variáveis da pesquisa de campo. Em seguida foi realizado o teste de correlação de Pearson para comparar a existência de relação entre depressão e autoconceito.

O teste de correlação de Pearson é uma ferramenta que proporciona um modo adequado de verificar a presença ou não de associação linear entre duas variáveis, ou seja, tem por objetivo medir o grau da correlação entre duas variáveis e a direção dessa relação (se é positiva ou negativa). A correlação será positiva quando as variáveis crescerem no mesmo sentido, portando, quando uma variável crescer a outra crescerá também. E a correlação será negativa quando as variáveis crescerem em sentido oposto, isto é, quanto maior o valor de uma variável, menor é o da outra variável.

Após o procedimento anterior, foi utilizado o teste da análise univariada de variância (ANOVA), que é uma técnica estatística que permite avaliar afirmações sobre as médias de populações. Tem como objetivo verificar a existência de diferença significativa entre as médias e os fatores que exercem influência em alguma variável dependente para comparação entre grupos. Utilizamos a variável institucionalização com o seguinte padrão:

- Grupo 1 – não institucionalizado

- Grupo 2 – institucionalizado

Para a relação dos fatores do Inventário Clínico de Autoconceito foram utilizados os seguintes fatores:

- Fator 1 - Aceitação Social
- Fator 2 - Autoeficácia
- Fator 3 - Maturidade Psicológica
- Fator 4 - Impulsividade/Atividade
- Fator 5 - Outros Aspectos

## Resultados

### Análise Descritiva

O presente estudo envolveu 60 idosos, dentre os quais 30 são institucionalizados e 30 não institucionalizados, sendo que os dados foram coletados no 2º semestre de 2013.

Tabela 1:  
*Dados Brutos da Escala de Depressão Geriátrica - GDS15*

Escores	Institucionalizado	Não institucionalizado
<b>Sem depressão</b>	20	26
<b>Depressão leve a moderada</b>	10	4
<b>Depressão grave</b>	0	0
<b>Total</b>	30	30

Conforme Tabela 1, em um total de 30 idosos de cada grupo, 10 idosos institucionalizados apresentaram depressão de leve a moderada, enquanto 4 idosos não institucionalizados apresentaram depressão leve a moderada. Nenhum idoso de ambos os grupos apresentou depressão severa. A Figura 1 apresenta um gráfico que auxilia a visualização da diferença do índice de depressão entre os grupos.

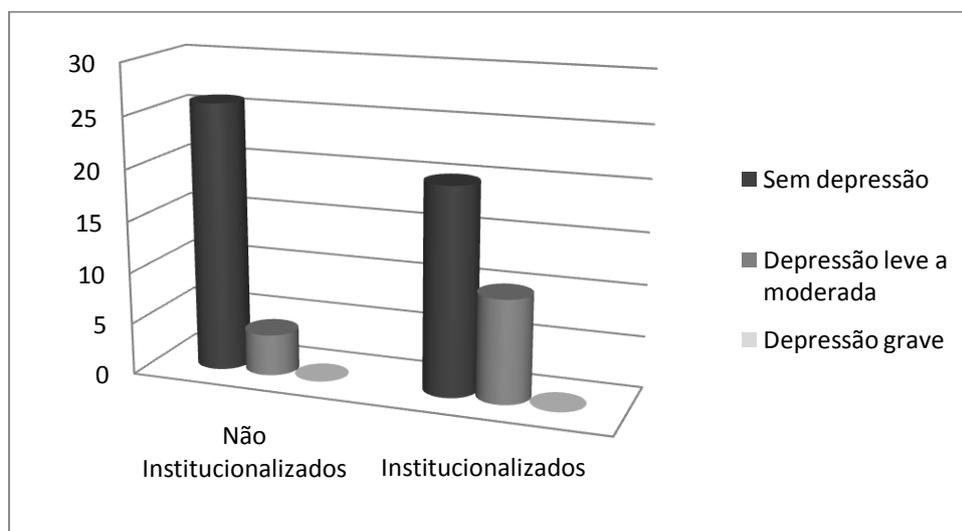


Figura 1. Dados totais da escala GDS-15

## Análises Correlacionais

A existência de relações entre os valores dos Fatores (F1, F2, F3 e F4) da escala do inventário de autoconceito e da escala de depressão geriátrica foram verificadas por meio do coeficiente de correlação de Pearson, dado que essa é uma técnica estatística indicada para a relação entre variáveis quantitativas e número grande de observações.

Tabela 2

*Correlação de Pearson para escala de autoconceito e GDS-15*

		<b>Aceitação Social</b>	<b>Autoeficácia</b>	<b>Maturidade Psicológica</b>	<b>Impulsividade/Atividade</b>	<b>Outros Aspectos</b>
<b>Autoeficácia</b>	Correlação de Pearson	0,091				
	Sig. (bilateral)	0,491				
	N	60				
<b>Maturidade Psicológica</b>	Correlação de Pearson	0,570**	0,278*			
	Sig. (bilateral)	0,000	0,032			
	N	60	60			
<b>Impulsividade/Atividade</b>	Correlação de Pearson	0,346**	0,401**	0,453**		
	Sig. (bilateral)	0,007	0,002	0,000		
	N	60	60	60		
<b>Outros Aspectos</b>	Correlação de Pearson	0,183	0,104	-0,031	0,045	
	Sig. (bilateral)	0,163	0,429	0,814	0,733	
	N	60	60	60	60	
<b>Depressão Geriátrica</b>	Correlação de Pearson	-0,136	-0,312*	0,010	-0,095	-0,273*
	Sig. (bilateral)	0,301	0,015	0,939	0,469	0,035
	N	60	60	60	60	60

\*A correlação é significativa no nível 0,05

\*\* A correlação é significativa no nível 0,01

Conforme a Tabela 2, percebe-se que a variável Depressão Geriátrica apresentou correlação negativa significativa com os fatores Autoeficácia ( $r = -0,312$ ;  $p < 0,05$ ) e Outros Aspectos ( $r = -0,273$ ;  $p < 0,05$ ). O fator Maturidade Psicológica apresentou correlação positiva significativa com os fatores Autoeficácia ( $r = 0,278$ ;  $p < 0,05$ ) e Aceitação Social ( $r = 0,57$ ;  $p < 0,01$ ). O fator Impulsividade/Atividade apresentou correlação positiva significativa com os fatores Aceitação Social ( $r = 0,346$ ;  $p < 0,01$ ), Autoeficácia ( $r = 0,401$ ;  $p < 0,01$ ) e Maturidade Psicológica ( $r = 0,453$ ;  $p < 0,01$ ).

Para a realização da análise de dados pelo SPSS, foi atribuído um número para cada grupo a fim de criar a variável para gerar os dados correlacionais. Ao grupo não institucionalizado foi atribuído o número 1 e ao institucionalizado foi atribuído o número 2. A Tabela 3 apresenta os resultados da Correlação de Pearson para a variável Institucionalização.

Tabela 3

*Correlação de Pearson para Institucionalização, escala de autoconceito e GDS-15.*

		Aceitação Social	Autoeficácia	Maturidade Psicológica	Impulsividade/Atividade	Outros Aspectos	Depressão Geriátrica
<b>Institucionalização</b>	Correlação de Pearson	-0,042	-0,270*	0,230	0,129	-0,210	0,380**
	Sig. (bilateral)	0,752	0,037	0,077	0,325	0,107	,0003
	N	60	60	60	60	60	60

\*A correlação é significativa no nível 0,05

\*\* A correlação é significativa no nível 0,01

Na Tabela 3 nota-se que a variável Institucionalização apresenta correlação negativa significativa com o fator Autoeficácia ( $r = -0,27$ ;  $p < 0,05$ ), e correlação positiva significativa com Depressão Geriátrica ( $r = 0,38$ ;  $p < 0,01$ ).

## Análises Comparativas

A Tabela 4 teve como foco comparar os níveis de Depressão Geriátrica com fatores de Autoconceito. Foi utilizado o teste da Análise Univariada de Variância (ANOVA), que é uma técnica estatística que permite avaliar afirmações sobre as médias de populações.

Tabela 4  
ANOVA para comparação entre grupos.

		Soma de quadrados	gl	Média quadrada	F	Sig.
<b>Aceitação Social</b>	Intergrupos	1,667	1	1,667	0,101	0,752
	Intragrupos	956,333	58	16,489		
	Total	958,000	59			
<b>Autoeficácia</b>	Intergrupos	68,267	1	68,267	4,549	0,037*
	Intragrupos	870,333	58	15,006		
	Total	938,600	59			
<b>Maturidade Psicológica</b>	Intergrupos	22,817	1	22,817	3,233	0,077
	Intragrupos	409,367	58	7,058		
	Total	432,183	59			
<b>Impulsividade/Atividade</b>	Intergrupos	4,267	1	4,267	0,987	0,325
	Intragrupos	250,733	58	4,323		
	Total	255,000	59			
<b>Outros Aspectos</b>	Intergrupos	4,817	1	4,817	2,682	0,107
	Intragrupos	104,167	58	1,796		
	Total	108,983	59			
<b>Depressão Geriátrica</b>	Intergrupos	52,267	1	52,267	9,764	0,003*
	Intragrupos	310,467	58	5,353		
	Total	362,733	59			

\*Diferença entre as médias é significativa no nível 0,05.

Nota-se, na Tabela 4, que os fatores que apresentaram diferença estatisticamente significativa entre os grupos foram Autoeficácia e Depressão Geriátrica ( $p < 0,05$ ). Para outros fatores a diferença não é significativa, pois valor  $p$  é maior que 0,05.

## Discussão

Pelos resultados obtidos com as escalas na presente pesquisa, foi demonstrado que os idosos institucionalizados apresentaram maior depressão comparada aos idosos não institucionalizados. Conforme Tabela 1 e Figura 1, em um montante de 30 idosos institucionalizados 10 apresentaram depressão leve a moderada e em relação a 30 idosos não institucionalizados, 4 apresentaram depressão leve a moderada. Em nenhum dos dois grupos houve caso de depressão severa. Dados parecidos podem ser encontrados na pesquisa feita por Oliveira et al. (2006), que apresentaram que idosos institucionalizados tiveram maior incidência de sintomas depressivos, com depressão leve, corroborados pela pesquisa de Davim et al. (2004, citados por Oliveira et al., 2006) com idosos asilares que demonstraram que pessoas que moram em instituições estão mais propensas a apresentar dificuldades relacionadas à saúde física e psicológica.

A partir dos resultados apresentados, e tendo como foco principal observar a relação existente entre o Autoconceito do idoso e Depressão Geriátrica, foi possível encontrar números que, estatisticamente, comprovam a problemática inicial deste trabalho. De fato, observou-se que a Depressão Geriátrica está relacionada em maior grau à Institucionalização e baixo Autoconceito. Conforme demonstrado na Tabela 4, com relação aos níveis de Depressão Geriátrica, pode-se concluir que os idosos institucionalizados foram os que apresentaram maiores escores, já que a correlação entre institucionalização e Depressão Geriátrica é positiva ( $r = 0,38; p < 0,01$ ). Existe correlação significativa, também, entre Institucionalização e Autoeficácia ( $r = -0,27; p < 0,05$ ). Como é uma correlação negativa, pode-se deduzir que o Grupo 1 – não institucionalizados – teve escores maiores do que o Grupo 2 – institucionalizados – no fator Autoeficácia, sugerindo que os não

institucionalizados atribuíram uma autoeficácia menor para si, sendo a autoeficácia um feedback que o indivíduo tem do seu próprio desempenho.

Vaz Serra et al. (1986, citados por Albuquerque & Oliveira, 2002) demonstraram, em pesquisa, que indivíduos com pobre autoconceito desenvolvem sintomas de depressão. Tal constatação é compatível com os resultados obtidos na presente pesquisa, pois foi encontrado que a Depressão Geriátrica está correlacionada negativamente com a autoeficácia, conforme Tabela 4.

Analisando as variáveis entre si, a variável Depressão Geriátrica apresentou correlação negativa com o fator Outros Aspectos ( $r = -0,273$ ;  $p < 0,05$ ), o que significa que, quanto maior os escores de Depressão Geriátrica, menor serão os escores do fator Outros Aspectos. O fator Maturidade Psicológica apresentou correlação positiva significativa com o fator Autoeficácia ( $r = 0,278$ ;  $p < 0,05$ ) e Aceitação Social ( $r = 0,57$ ;  $p < 0,01$ ), o que significa que quanto maior é a pontuação no fator Maturidade Psicológica maior será a pontuação no fator Autoeficácia e Aceitação Social. O fator Impulsividade/Atividade apresentou correlação positiva significativa como os fatores Aceitação Social ( $r = 0,346$ ;  $p < 0,01$ ), Autoeficácia ( $r = 0,401$ ;  $p < 0,01$ ) e Maturidade Psicológica ( $r = 0,453$ ;  $p < 0,01$ ).

Portanto, no que concerne à correlação entre as variáveis Autoconceito e Depressão Geriátrica, os fatores que apresentaram correlação significativa entre si foram Autoeficácia ( $r = -0,312$ ;  $p < 0,05$ ) e Outros Aspectos ( $r = -0,273$ ;  $p < 0,05$ ). Pode-se inferir a partir desses dados que, quanto maior o nível de depressão, menor é o autoconceito sobre a sua eficácia e aspectos não contemplados nos outros fatores do inventário. Vaz Serra (1986a) cita que um dos aspectos proeminentes do autoconceito é a autoeficácia, ou seja, um feedback que o indivíduo tem do seu próprio desempenho. Se o feedback é positivo e se a pessoa acreditar que frequentemente obtêm sucesso na concretização de suas tarefas, este é um sinal de que ela possui um bom autoconceito e vice-versa.

A comparação entre grupos apontou diferença significativa na variável Depressão Geriátrica e no fator Autoeficácia da variável Autoconceito ( $p < 0,05$ ), mostrando que estatisticamente há diferença na pontuação entre aqueles que estão institucionalizados e aqueles que não estão. Nos outros fatores as diferenças não são significativas, pois o nível de significância é maior que 0,05 ( $p > 0,05$ ).

Conforme Vaz Serra (1988, citado por Sacoto, 2010), o autoconceito baixo estabelece relação negativa com ansiedade social, sentimentos depressivos na maioria da população, em indivíduos com distúrbios emocionais e que apresentem ansiedade, fobia, depressão e somatização. Por outro lado, relaciona-se de forma positiva e expressiva com perspectivas positivas em relação ao ambiente e autoafirmação e com estratégias de enfrentamento.

Segundo pesquisa feita por Garbin e Montewka (2000, citado por Oliveira et al., 2006) com o objetivo de investigar a autonomia do idoso institucionalizado, na qual foram entrevistados 306 idosos de uma instituição geriátrica do Estado de São Paulo, obteve-se resultado evidente de que instituições asilares que oferecem condições que incentivam a autonomia dos idosos têm como resultado mais motivação e menos percepções negativas relacionadas à velhice.

De acordo com Beck, Rush, Shaw, e Emery, (1997, citados por Oliveira et al., 2006), nessa conjuntura, sentimentos derrotistas e percepções negativas levam o idoso a sentir-se sem esperanças, com visão negativa do futuro, sintomas que estão intimamente ligados à depressão. Idosos com transtornos depressivos tendem a se autoavaliar negativamente, bem como o mundo e o seu futuro. Esse sentimento de desesperança pode estar relacionado ao sentimento de fracasso, que ocorre com maior frequência na velhice do que na juventude. Skinner e Vaughan (1985, citados por Oliveira et al., 2006) dizem que o idoso pode deixar de fazer aquilo que não consegue realizar com sucesso, já que considera que irá fracassar novamente, o que resulta no sentimento de desesperança. Sob este prisma, Davim et al.

(2004, citados por Oliveira et al., 2006) apregoam que com o envelhecimento ocorre uma perda de capacidade física, mental e social que levam o indivíduo a sentimentos de abandono. A velhice, enfim, toma a característica de fragilidade e impotência.

## Considerações Finais

O presente estudo foi realizado com a imersão da pesquisadora no contexto, com o objetivo de comparar os níveis de depressão geriátrica e autoconceito em idosos institucionalizados e não institucionalizados. Procurou-se levantar resultados que venham a contribuir com a área da Psicologia e suas intervenções em relação aos idosos, para elaboração futura de estratégias de auxílio, melhoria da qualidade de vida e para o aperfeiçoamento do atendimento em instituições asilares, inclusive.

Foi verificada a correlação entre Autoconceito e Depressão Geriátrica na vida de idosos institucionalizados e não institucionalizados, os quais responderam duas escalas, uma de depressão geriátrica – GDS-15 e outra de Autocontrole – Vaz Serra. As escalas foram aplicadas dentro das instituições e nas residências dos idosos não institucionalizados. Demonstrou-se diferença significativa em relação aos índices de depressão, sendo esses maiores em idosos institucionalizados.

No que concerne aos resultados obtidos, foi significativa a correlação entre o fator Autoeficácia e Depressão Geriátrica ( $r = -0,312$ ;  $p < 0,05$ ). O fator Autoeficácia e a variável Depressão Geriátrica apresentaram diferença significativa entre grupos ( $p < 0,05$ ). Esse fato foi observado principalmente nos idosos não institucionalizados que foram enfáticos em responder a muitas perguntas, por exemplo: Não desisto das minhas tarefas quando encontro dificuldades; costumo resolver os meus problemas; sou persistente em resolver as dificuldades.

Levando em conta a variável Institucionalização, podemos notar que os idosos institucionalizados foram os que apresentaram maiores escores em Depressão Geriátrica, já que a correlação entre Institucionalização e Depressão Geriátrica é positiva ( $r = 0,38$ ;  $p < 0,01$ ).

Tendo como base os resultados da presente pesquisa, pôde-se concluir que as hipóteses de que os idosos institucionalizados apresentam maior índice de depressão e que quanto mais alto o autoconceito menor é o índice de depressão foram confirmadas.

Os idosos institucionalizados, apesar de possuírem doenças altamente incapacitantes e estarem a maioria em cadeiras de rodas, tendo o abandono da família e perda total da autonomia, inseridos em um contexto que proporciona muito mais o aparecimento da depressão, ainda assim demonstraram acreditar em si mesmo e ter uma energia para enfrentar suas dificuldades, o que nos leva a questionar: esta energia é real ou uma espécie de compensação pela própria situação?

Vale ressaltar que houve significativa dificuldade na aplicação das escalas com os idosos institucionalizados, devido às condições de saúde deles, como paralisias parciais dos membros (resultados de AVC), a maior parte estar em cadeiras de roda, cegueira, problemas auditivos. Houve falecimento de idoso agendado e dois internamentos hospitalares. Os demais eram analfabetos.

Os idosos não institucionalizados demonstraram melhor disposição em encarar a vida, apresentavam autonomia, com motivação para cuidar de si e continuar ativos no mercado de trabalho, pois a maioria possui família que os acolhem, grupo de amigos e atividades. Os idosos não institucionalizados apresentavam diferenças de nível socioeconômico e cultural com os institucionalizados, pois sabiam ler e a maioria respondeu as escalas de próprio punho. Porém, a maioria, tanto institucionalizados como não institucionalizados, demonstrou achar, mesmo com todas as dificuldades encontradas, que a “vida é maravilhosa”, Demonstração novamente de um paradoxo, pois o discurso é real ou trata-se novamente de uma compensação? Aspectos que podem ser investigados com outras pesquisas.

Devido a essas dificuldades, foi aberto um espaço de escuta para os idosos, onde foram ouvidos sobre suas histórias de vida, seus sonhos e desejos. Por causa da imersão no

contexto, a pesquisadora teve a oportunidade de observar as suas rotinas diárias, viu como eram cuidados e comparou os cuidados oferecidos nas instituições. Em uma instituição com mais recursos financeiros, o cuidado era profissional: alimentar, dar banho, enfim os cuidados básicos eram feitos de maneira padronizada. Em outra instituição, sem apoio do governo, sobrevivendo com doações, o cuidar era diferenciado, eram tratados com mais afeição, eram aparentemente respeitados e os cuidadores sempre diziam o que iriam fazer com eles, o tratamento era mais humanizado. Essa constatação pode ser um indicativo para pesquisa futura sobre o cuidado mais humanizado e o que poderá influenciar nos aspectos da saúde física, mental e psicológica.

Algumas escalas aplicadas tiveram que ser descartadas, pois alguns idosos apresentaram crises demenciais, como estarem respondendo as escalas e começarem a falar coisas aparentemente não ligadas às perguntas, outros por terem algum tipo de crise e irem para outro lugar na instituição, e ainda outros por motivo de terem agendado fisioterapia, médicos e cuidados primários.

Os resultados da presente pesquisa indicam a necessidade de realizar-se mais pesquisas quantitativas e qualitativas para aprofundar o conhecimento que se tem sobre esta parcela da população. É necessário diversificar os tipos de tratamentos existentes, investigar mais as causas que levam à depressão e as ações que podem ser implantadas. Além disso, é importante ressaltar que esta pesquisa foi feita com uma amostra específica de duas instituições e o contingente de idosos institucionalizados e não institucionalizados apresentaram nível socioeconômico e cultural diferente nas duas amostras, portanto os resultados devem ser considerados de maneira cuidadosa.

Há necessidade de comparação: entre instituições, como por exemplo, instituições particulares e governamentais, qual o tipo de serviços que oferecem; aquelas que possuem psicólogos em seu quadro funcional; quais os benefícios que o psicólogo traz para o idoso?

Qual é o papel da psicologia na instituição? E de quê modo poderia atuar? Quais os benefícios que traria para os idosos e a instituição a atuação do psicólogo? Isto tudo será possível com pesquisas que possam ser suporte para uma possível mudança nas políticas públicas.

Neste contexto, é necessário um trabalho voltado para o aprimoramento das capacidades de enfrentamento inerentes ao ser humano. Acreditar em si mesmo e ter motivação em trabalhar suas potencialidades. Importante ter um olhar diferenciado, o olhar humanizado, que é ver o indivíduo na sua integridade, além de sua deficiência física, mental e psicológica para ser um potencial iniciador de um processo de mudança no paradigma da velhice. Dar escuta para esse idoso, que tem uma sabedoria imensa para transmitir, ser a voz de um idoso que já não pode gritar por tratamento humanizado, apontar para o governo possibilidades de mudanças, através de pesquisas que comprovem a necessidade de um tratamento digno, que apontem com dados concretos uma fotografia do atual cenário de institucionalização, promovendo intervenções que vão ser uma vitória na conquista e afirmação de direitos, com um trabalho interdisciplinar e multiprofissional.

Sugere-se que sejam abordados em trabalhos futuros diversos temas relacionados ao idoso, visando a melhoria de atendimento em instituições asilares e qualidade de vida aos que vivem na comunidade. É necessário criar estudos voltados para a relação do autoconceito com a depressão, que tem sido vista como o “mal do século” na sociedade contemporânea, de modo que tenha possibilidade de proporcionar intervenções no campo psicológico para que o idoso tenha condições de ter uma vida plena e íntegra.

## Referências

- Almeida, O. P., & Almeida, S. A. (1999). Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 57(2b), 421-426.
- Albuquerque, C. M. S., & Oliveira, C. P. F. (2002). Características psicológicas associadas à saúde: a importância do autoconceito. *Revista Millenium*, 26, 79-84.
- Bahls, S. C. (1999). Depressão: uma breve revisão dos fundamentos biológicos e cognitivos. *InterAÇÃO*, 3(1), 49-60.
- Bruno, C. T. S., Marques, M. B., & Silva, M. J. (2006). Transtornos depressivos em idosos: o contexto social e ambiente como geradores. *Rev Rene*, 7(1), 35-42.
- Camarano, A. A., & Kanso, S. (2010). As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 27(1), 233-235.
- Cerqueira, A. T. A. R., & Oliveira, N. I. L. (2002). Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. *Psicologia USP*, 13(1), 133-150.
- Costa, E. M. S. (1998). *Gerontodrama: A velhice em cena, estudos clínicos e psicodramáticos sobre o envelhecimento e a terceira idade*. São Paulo: Ágora.
- Erikson, E. H., (1998). *O ciclo de vida completo*. Porto Alegre: ArtMed.
- Ferrari, J., & Dalacorte, R. (2007). Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados. *Scientia Medica*, 17(1), 3-8.
- Ferreira, S. (2009). *Solidão e Autoconceito na Idade Adulta e Velhice* (Dissertação de Mestrado). Retirado de <http://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/225>
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.

- Guz, I. (1999). *Depressão: o que é, como se diagnostica e trata*. São Paulo: Roca.
- Linhares, C. R. C., Coelho, V. L. D., Guimarães, R. M., Campos, A. P. M., & Carvalho, N. R. (2003). Perfil da Clientela de Um Ambulatório de Geriatria do Distrito Federal. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(2), 319-326.
- Magalhães, E. E. R. (2004). *Causas pessoais e sociológicas no idoso residente em lares, frequentador de centros de dia e residente no domicílio no distrito de Bragança* (Tese de Doutorado). Retirado de <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/6796>
- Mello, E., & Teixeira, M. B. (2011). Depressão em idosos. *Revista Saúde-UNG*, 5(1), 42-53.
- Oliveira, E. A., Pasian, S. R., & Jacquemin, A. (2001). A vivência afetiva em idosos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 21(1), 68-83.
- Oliveira, K. L., Santos, A. A. A., Cruvinel, M., & Néri, A. L. (2006). Relação entre ansiedade, Depressão e Desesperança entre grupos de idosos. *Psicologia em Estudo*, (11)2, 351-359.
- Papalia, D., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2008). *Desenvolvimento humano* (8. ed.). Porto Alegre: ArtMed.
- Perlini, N. M. O., Leite, M. T., & Furini, A. C. (2007). Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(2), 229-236.
- Ribeiro, L. (2012). *Um outro envelhecer é possível*. São Paulo: Idéias & Letras.
- Sacoto, C. F. C. B. (2010). *As experiências depressivas da personalidade e auto-conceito na idade adulta avançada* (Dissertação de Mestrado). Retirado de [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2771/2/ulfp037538\\_tm\\_tese.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2771/2/ulfp037538_tm_tese.pdf)
- Tier, C. G., Fontana, R. T., & Soares, N. V. (2004). Refletindo sobre idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57(3), 332-335.
- Vaz Serra, A. (1986a). A importância do autoconceito. *Psiquiatria clínica*, 7(2), 57-66.

Vaz Serra, A. (1986b). O Inventário Clínico de Autoconceito. *Psiquiatria Clínica*, 7(2), 67-84.

Vaz Serra, A. (1988). O auto-conceito. *Análise Psicológica*, 6(1), 101-110.

## **Anexos**

**Anexo 1 - Modelo do termo de Consentimento Livre e Esclarecido:**

**Faculdade de Ciências da Educação e Saúde – FACES**

**Curso de Psicologia**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), de uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra será recolhida pelo pesquisador responsável.

**Informações Importantes:**

- Título da Pesquisa: Depressão Geriátrica e Autoconceito: Estudo comparativo entre idosos institucionalizados e idosos não institucionalizados.
- Pesquisador Responsável: Luiza Matsuko Yamasaki Lins,
- Professor Orientador: Sergio Henrique Alves de Souza
- E-mail para Contato: [luizaymlins@gmail.com](mailto:luizaymlins@gmail.com)
- A pesquisa consiste em responder a dois questionários;
- A pesquisa respeita o princípio do sigilo, apenas o pesquisador responsável e o professor orientador terão acesso aos dados recolhidos;
- A qualquer momento o participante pode desistir da pesquisa e se retirar, sem que ocorra nenhum dano ou prejuízo para quem desistir;
- Como essa pesquisa é simples e não envolve nada perigoso, não são esperados riscos, prejuízos, desconfortos ou lesões para o participante;
- Caso algum participante se sinta prejudicado pela pesquisa, não estão previstas nenhum tipo de compensações financeiras. Nesses casos, entre em contato com o pesquisador responsável para que o desconforto ou inquietação seja resolvido.

Assinatura \_\_\_\_\_ Brasília, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Declaro que fui informado sobre os procedimentos da pesquisa e que recebi de forma clara e objetiva as explicações pertinentes ao projeto.

Declaro que fui informado que posso me retirar do estudo a qualquer momento. Nome por extenso

\_\_\_\_\_