

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE GERONTOLOGIA**

**ANABEL MACHADO CARDOSO**

**A AUTOIMAGEM E A AUTOESTIMA: PERCEPÇÕES DE MULHERES IDOSAS  
USUÁRIAS DE UM SERVIÇO DE SAÚDE**

São Carlos - SP  
2021

ANABEL MACHADO CARDOSO

**A AUTOIMAGEM E A AUTOESTIMA: PERCEPÇÕES DE MULHERES IDOSAS  
USUÁRIAS DE UM SERVIÇO DE SAÚDE**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Universidade Federal de São Carlos, para obtenção do título de bacharel em Gerontologia.

**Orientador:** Professor Dr. Wilson José Alves Pedro

São Carlos - SP  
2021

Universidade Federal de São Carlos  
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Departamento de Gerontologia

**Folha de aprovação**

Assinatura dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a monografia da candidata Anabel Machado Cardoso, realizada em 08/01/2021:

---

Prof. Dr. [nome]

Instituição

---

Prof. Dr. [nome]

Instituição

---

Prof. Dr. [nome]

Instituição

## DEDICATÓRIA

À toda a minha família que sempre me incentivou e apoiou a me dedicar aos estudos, fazendo com que o sonho da graduação se tornasse real.

## **AGRADECIMENTO**

Agradeço a Deus, o meu grande mestre, guia, e orientador da minha jornada. Sem a sua força, eu não teria chegado até aqui. Agradeço ao meu pai e professor Lúcio, que desde criança tanto me ensinou e me inspirou a estudar e me dedicar à universidade. A minha mãe, Graciana, por lutar minhas batalhas ao meu lado, me apoiar na universidade, e em todos os desafios da minha vida. Em especial, dedico este trabalho ao meu avô Josenilton (in memoriam) que, durante sua vida, se orgulhou de mim, e me encorajou a trabalhar e lutar pela causa do envelhecimento saudável e ativo. Aos meus avós Alcides, Arlete e Sebastiana, por todo o amor, incentivo e carinho ao longo da vida, e por me ensinarem de perto, os ganhos da fase da velhice. Dedico também, às minhas madrinhas Fabiana e Fernanda, por nunca deixarem de acreditar em mim.

Agradeço a minha grande amiga da graduação, Larissa, pela nossa parceria e por dividir momentos tão ricos na universidade comigo. Gratidão ao meu companheiro, Gabriel, por caminhar ao meu lado, durante os meus maiores desafios da graduação. Dedico esta monografia a todos os meus amigos da universidade, grandes companheiros de jornada. Em especial a Caroline, Nicolle, Matheus, Rubens e Mateus, pelo apoio e incentivo que me deram durante a pesquisa. Agradeço ao meu professor e orientador Dr. Wilson Pedro, pelas valiosas e incontáveis horas dedicadas ao projeto, sempre com uma presença cheia de otimismo. Agradeço a todo o grupo de pesquisa NIEPGS, por cada vivência e conhecimento construídos em conjunto. À fisioterapeuta Nathália pelo apoio na pesquisa. Ao departamento de Gerontologia da UFSCar, e as pessoas com quem convivi nele ao longo desses anos. Gratidão aos meus professores, pela experiência da minha formação acadêmica.

*“Somos do mesmo material do que se  
tecem os sonhos, nossa pequena vida  
está rodeada de sonhos.”*

*William Shakespeare*

## RESUMO

O processo de envelhecimento é heterogêneo e interfere nas diversas dimensões biológicas, psicológicas, sociais e culturais. Homens e mulheres vivenciam distintamente este processo. A autoestima e a autoimagem são dimensões importantes de serem analisadas, cujas especificidades, no contexto da sociedade contemporânea são relevantes e apontam potenciais demandas para o trabalho do profissional gerontólogo. O presente estudo teve por objetivo compreender alguns aspectos sobre autoestima e autoimagem da mulher idosa. Trata-se de um estudo de natureza exploratória e descritiva, com a adoção de procedimentos metodológicos quali-quantitativos. Foram participantes do estudo mulheres (n=32) com sessenta anos ou mais, usuárias de um serviço público de saúde de um município do interior do Estado de São Paulo, localizado na região geográfica de abrangência da DRS III - Araraquara. Também foi realizada uma entrevista semiestruturada com uma profissional do local de coleta. No estudo exploratório realizado, foram identificados indícios de que idosas praticantes de atividade física possuem uma autoestima de nível normal, com tendências ao nível elevado e que raramente são apresentados níveis de autoestima baixos. Pode-se perceber também, variações de autoestima de acordo com a raça/etnia autodeclarada, tendo as mulheres pardas, níveis menores de autoestima, se comparadas com as brancas. O grau de escolaridade e situação econômica também se demonstraram como fatores importantes na definição da autoestima de mulheres idosas.

**Palavras-chave:** Mulheres idosas. Autoimagem. Autoestima.

## **ABSTRACT**

The aging process is heterogeneous and interferes in several biological, psychological, social and cultural dimensions. Men and women experience this process distinctly. Self-esteem and self-image are important dimensions to be analyzed, whose specificities, in the context of contemporary society are relevant and point out potential demands for the work of the gerontologist. This study aims to understand some aspects about self-esteem and self-image of elderly women. It is an exploratory and descriptive study, with the use of quali-quantitative methodological procedures. Participants of the study will be women (n=32) aged sixty or over, users of a public health service in a countryside city of the State of São Paulo, located in the geographic region of DRS III - Araraquara. It is also proposed a semi-structured interview with a professional who works there. In the exploratory study carried out, evidence was identified that elderly women who practice physical activity have a normal level of self-esteem, with tendencies at a high level and that low levels of self-esteem are rarely presented. It can also be noticed, variations of self esteem according to the race/ethnic self declared, being that the women brown lower levels of self esteem, if compared with the white women. The degree of schooling and economic situation have also been shown to be important factors in defining the self-esteem of older women.

**Key Words:** Elderly women. Self-image. Self-esteem.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>FIGURA 1</b> - Gráfico de barras da Situação econômica.....	30
<b>FIGURA 2</b> - Gráficos de barras das perguntas enunciadas negativamente.....	33
<b>FIGURA 3</b> - Gráficos de barras das perguntas enunciadas positivamente.....	34
<b>FIGURA 4</b> - Gráficos de barras de escores totais.....	35

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1** - Variáveis em estudo

**Tabela 2** - Estatísticas resumo da variável Idade

**Tabela 3** - Tabela de frequências da variável Raça/Etnia

**Tabela 4** - Tabela de frequências da variável Estado Civil

**Tabela 5** - Tabela de frequências da variável Religião

**Tabela 6** - Tabela de frequências da variável em relação a moradia

**Tabela 7** - Tabela de frequências da variável Frequência de visitas

**Tabela 8** - Tabela de frequências da variável Frequência de visitas

**Tabela 9** - Tabela de frequências da variável em relação à solidão

**Tabela 10** - Tabela de frequências da variável Grau de Escolaridade

**Tabela 11** - Tabela de frequências da variável situação empregatícia

**Tabela 12** - Tabela de frequências da variável Renda mensal

**Tabela 13** - Tabela de frequências da Opinião de Situação Econômica

**Tabela 14** - Tabela de frequências da variável estado geral da saúde

**Tabela 15** - Tabela de frequências das patologias

**Tabela 16** - Estatísticas resumo de cada pergunta da Escala de Autoestima de Rosenberg

**Tabela 17** - Estatísticas resumo do escore de autoestima

**Tabela 18** - Participantes com escore de autoestima baixa

**Tabela 19** - Estatísticas resumo da variável Idade, para o nível normal do escore

**Tabela 20** - Estatísticas resumo de cada pergunta da Escala de Autoestima de Rosenberg, para o nível normal

**Tabela 21** - Perguntas com respostas mais comuns, em cada nível do escore

## LISTA DE SIGLAS

<b>DRS</b>	Departamento Regional de Saúde
<b>DRS III</b>	Departamento Regional de Saúde Região de Saúde de Araraquara
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>PNI</b>	Política Nacional do Idoso

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>15</b>
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	<b>19</b>
3.1 OBJETIVOS GERAIS.....	19
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	19
<b>4 MATERIAIS E MÉTODO</b> .....	<b>20</b>
4.1 ETAPAS .....	20
4.2 LOCAL DE COLETA .....	22
4.3 CRITÉRIOS .....	22
4.4 ASPECTOS ÉTICOS .....	22
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>24</b>
5.1. IDADE DAS RESPONDENTES .....	24
5.2. RAÇA/ETNIA DAS RESPONDENTES .....	24
5.3. ESTADO CIVIL DAS RESPONDENTES.....	24
5.4 RELIGIÃO DAS RESPONDENTES .....	25
5.5 COMPANHIA HABITACIONAL DAS RESPONDENTES .....	25
5.6 NÚMERO DE FILHOS DAS RESPONDENTES .....	25
5.7 FREQUÊNCIA DE VISITAS ÀS RESPONDENTES .....	26
5.8 SENTIMENTO DE SOLIDÃO .....	26
5.9 GRAU DE ESCOLARIDADE .....	27
5.10 SITUAÇÃO TRABALHISTA DAS RESPONDENTES .....	<b>27</b>
5.11 ESTADO DE SAÚDE DAS RESPONDENTES .....	<b>29</b>
5.12 PATOLOGIAS ASSOCIADAS DAS RESPONDENTES .....	<b>30</b>
5.13 PERFIL GERAL DAS PARTICIPANTES .....	<b>31</b>
5.14 ESCORES DE AUTOESTIMA DAS RESPONDENTES .....	<b>31</b>

5.15 COMPARAÇÃO POR NÍVEL DE AUTOESTIMA .....	35
<b>5.15.1 Autoestima baixa .....</b>	<b>35</b>
<b>5.15.2 Autoestima “normal” .....</b>	<b>37</b>
<b>5.15.3 Autoestima elevada .....</b>	<b>39</b>
5.16 DISCUSSÃO DOS DADOS COLETADOS .....	40
5.17 ENTREVISTA COM UM PROFISSIONAL .....	41
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>44</b>
<b>REFERÊNCIA .....</b>	<b>46</b>
<b>APÊNDICE .....</b>	<b>49</b>
<b>APÊNDICE A .....</b>	<b>49</b>
<b>APÊNDICE B .....</b>	<b>50</b>
<b>ANEXO .....</b>	<b>51</b>
<b>ANEXO 1 .....</b>	<b>51</b>
<b>ANEXO 2 .....</b>	<b>53</b>
<b>ANEXO 3 .....</b>	<b>55</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Hoje, no Brasil, de acordo com a Política Nacional do Idoso (PNI), Lei nº 8.842, de janeiro de 1994 e o Estatuto do Idoso, Lei no 10.741, de 1 de outubro de 2003, em conformidade com proveniente da definição estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), define-se, no Brasil e em países em desenvolvimento, "idosa" a pessoa com sessenta (60) anos ou mais. Em países desenvolvidos, o idoso é aquele com sessenta e cinco (65) anos ou mais. Sabe-se ainda que, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população idosa hoje no Brasil corresponde a 14,3% da população brasileira, e que, em 2060 esse percentual pode chegar a 23%, ultrapassando a população de jovens entre 0-14 anos (ALVARENGA; BRITO, 2018).

O envelhecimento populacional pode ser entendido como o aumento relativo do peso etário de uma população, como, por exemplo, a transição demográfica que acontece hoje, no Brasil, de forma acelerada. Esse é um fenômeno que vem crescendo em diversos países, e mesmo ocorrendo em escala mundial isto ocorre de maneira diferente para cada pessoa, mudando a dinâmica das sociedades (WHO, 2015). Sabe-se que uma população é considerada envelhecida quando o percentual de idosos é igual ou superior a 7%. Em nível mundial, em meados de 1950, a população idosa era de 8% do total de habitantes, passando em 2020 para 13,5%, e com estimativas de chegar a 28,2% da população mundial no ano de 2100 (ALVES, 2019).

Considera-se que o envelhecimento é heterogêneo, e ocorre nas dimensões biológica, psicológica e social. Pode-se afirmar, com clareza, que o envelhecimento é um fato global, e que pode ser entendido de duas maneiras, sendo elas o envelhecimento populacional (demográfico) e o envelhecimento individual, que é natural, irreversível e intrínseco à pessoa (NERI, 2008).

Concomitante ao processo de transição demográfica e envelhecimento populacional, ocorre a feminização da velhice, em caráter universal. Define-se feminização da velhice como a maior taxa de mulheres idosas, se comparada a homens, numa mesma população, ou seja, quanto mais a população envelhece,

mais feminina ela se torna (SALGADO, 2002), estimando-se, ainda, que as mulheres vivem, em média, entre cinco e sete anos a mais do que os homens (NICODEMO; GODOI, 2010). Estudos demonstram que, no Brasil, a população feminina com sessenta anos ou mais, em 2010, correspondia a 6% da população brasileira, e que em 2050, as mulheres continuarão sendo a maioria, ultrapassando a população masculina, em até 7 milhões de pessoas (WHO, 2015).

A feminização da velhice ocorre por diversos motivos, como por exemplo o maior acompanhamento médico ao longo da vida de mulheres, se comparado com homens; e as mortes violentas (como assassinatos e acidentes), cujo as vítimas, quando jovens e adultas, são homens em mais de 90% dos casos (BANDEIRA; MELO; PINHEIRO, 2010).

Mulheres idosas vivenciam aspectos complexos e desafiadores frente ao processo de envelhecimento, que permeia pelos âmbitos psicológico, sociológico e biológico, implicando diretamente na sua qualidade de vida, levando-as a viver, por vezes, situações delicadas de fragilidade e vulnerabilidade (MAXIMIANO-BARRETO, et al., 2019). Assim sendo, percebe-se a relevância da atenção da saúde, social e de políticas públicas voltadas para o perfil da mulher idosa. A temática ainda potencializa e introduz frentes de atuação para o profissional gerontólogo, integrando possibilidades às novas demandas da velhice.

Neste contexto, o presente trabalho de conclusão de curso de graduação em Gerontologia, priorizou o tema autoestima e autoimagem da mulher idosa, considerando a relevância de estudos focalizados na questão da feminização da velhice, uma vez que, estudos relacionados à mulher idosa e ao envelhecimento feminino ainda são pouco explorados e escassos em contexto brasileiro. Ainda, diante do contexto da pandemia de COVID-19, momento o qual este trabalho é redigido, propõe-se estudos posteriores, que visem relacionar a questão da autoestima e autoimagem da mulher idosa, frente ao contexto de distanciamento social, imposto pelo cenário pandêmico.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

A elaboração deste trabalho deu-se na investigação de construtos e componentes da autoimagem e autoestima de mulheres idosas participantes de um serviço de saúde numa cidade do interior do estado de São Paulo. Assim, muito se avançou na pesquisa, na busca pela compreensão teórica da qualidade de vida, autoimagem e autoestima.

A autoestima é compreendida como o sentimento, o apreço e a consideração que uma pessoa sente por si própria, sendo um construto sociopsicológico de grande importância para a saúde do indivíduo (ROSENBERG, 1965), podendo ser considerada também como o sentimento de poder, de satisfação e de valor estável que uma pessoa pode ter de si mesma (DORSCH, 2001). Ainda, a autoestima é uma expressão psicológica que expressa à autoconfiança e o respeito a si mesmo, atuando como um fator de proteção importante, estando relacionado com o bem estar psicológico e aspectos de saúde mental em geral (MEIRA, 2017).

Diversos fatores podem influenciar e interferir na autoestima, como por exemplo a faixa etária, gênero, orientação sexual, etnia, renda, estado civil, estado de saúde, dentre outros. Fatores negativos relativos à saúde mental, como a depressão, estão associados à baixa autoestima. Ademais, a autoestima relaciona-se com a qualidade de vida, e por consequência, a autoestima se faz indispensável para que se tenha uma vida satisfatória, com disposição, autoconfiança, autorrespeito e valorização pessoal. Não obstante, a autoestima pode ser considerada como um sentimento em que se tem a respeito de si mesmo, o qual é expresso através das atitudes que se tem para consigo (MEIRA, 2017).

Define-se autoimagem como a representação do corpo de um indivíduo formada em sua mente, ou seja, o modo pelo qual o corpo se apresenta para si próprio (SCHILDER, 1981). Ainda, a autoimagem de um indivíduo está sempre em mudança na proporção em que o indivíduo adquire experiências e vivências no seu dia a dia, tal como na vida ocupacional e, caso o indivíduo não se adapte a estas mudanças (o processo de envelhecimento pode ser entendido como uma dessas mudanças), haverá insatisfação permanente com a vida (MOSQUERA, 1976). Tanto

o conceito da autoestima quanto o da autoimagem serão relacionados à questão do envelhecimento ativo no trabalho em questão, afinal, o desenvolvimento de uma autoimagem e de uma autoestima positivas contribuem para que o indivíduo seja capaz de levar uma vida realizada, sem a preocupação com a imagem que deve ser apresentada à sociedade (ZANI, 1998).

O envelhecimento humano é o processo que gera alterações nos aspectos biológico, psicológico e social no ser humano; sendo, no aspecto biológico, associado ao acúmulo de uma variedade de danos moleculares e celulares, e que, com o passar do tempo, pode levar à quebra da homeostase, e perda gradual das reservas fisiológicas. Conforme há um avanço na idade etária do indivíduo, diversas perdas no aspecto biológico ocorrem, impactando, diretamente, nos aspectos psicológico e social do mesmo, e podendo gerar desfechos tanto positivos, quanto negativos. Com o processo de envelhecimento, o indivíduo assume diferentes papéis sociais, tendendo, então, à seleção de um menor número de metas ou atividades, porém, que sejam mais significativas para si (WHO, 2015).

Nesse contexto, cabe pontuar que, ao contrário do que se acreditou por muito tempo, a saúde não é a ausência de doenças (SILVA, 2019). A palavra saúde, originada do latim *salus*, que significa “bom estado físico, saudação” é definida pela OMS como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades” (WHO, 1946, p.01).

O conceito de envelhecimento bem sucedido individual foi citado pela primeira vez nos Estados Unidos, no ano de 1984, por um grupo de estudiosos da Fundação MacArthur, fundamentando este conceito em três componentes: baixa probabilidade de doenças e incapacidades relacionadas a ela; manutenção das funcionalidades físicas e mentais; vontade de viver associada à produtividade e interação social. Entretanto, é importante ressaltar, que nessa fase não era explícito o conhecimento de que os fatores sociais e influências macrosociais, como: raça, gênero, condição socioeconômica, acesso a rede de saúde, influenciavam no processo de envelhecimento (ROWE; KAHN, 2015).

Após a publicação do modelo, muitos artigos foram escritos sobre o conceito e seus componentes, porém, com variações acerca da definição do conceito, de quais são os fatores que influenciam o processo de envelhecimento, qual o reflexo

das experiências vivenciadas no curso de vida e seus efeitos no envelhecimento e na percepção individual do envelhecimento. Ademais esse Modelo MacArthur incentivou publicação de outros artigos, de áreas específicas que também visam o envelhecimento, como é o caso do Modelo de Compensação por Otimização de Seleção (SOC); (BALTES; SMITH, 2003 apud ROWE; KAHN, 2015) e Teoria de Seletividade Socioemocional, ambos fundamentados na psicologia (CARSTENSEN, 1992 apud ROWE; KAHN, 2015).

A definição mais atual do tema foi realizada em 2015, pela Organização Mundial de Saúde, a qual esclarece:

[...] envelhecimento saudável é definido como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar na idade avançada (WHO, 2015, p.28).

O envelhecimento saudável está relacionado com as escolhas ao longo da vida, como adotar e manter hábitos saudáveis durante a trajetória de vida; com o acesso que o indivíduo possui aos serviços de saúde, que devem garantir um cuidado integral e multidimensional; e também com o ambiente de apoio que se dispõe, isso é, sua rede de suporte e apoio social. Os seis determinantes-chave para um envelhecimento ativo são fatores: pessoal, comportamental, social, econômico, ambiente físico e serviços sociais e de saúde (WHO, 2015).

A OMS classifica o envelhecimento ativo como o processo de envelhecimento em que se envelhece com saúde, autonomia e independência, objetivando o aumento da expectativa de vida de maneira saudável, numa perspectiva de garantia de qualidade de vida no processo de envelhecimento. O envelhecimento ativo, ainda, pode ser determinado por variantes como condições materiais, recursos financeiros e fatores sociais, que podem interferir no comportamento, sentimentos e percepções do indivíduo (WHO, 2005). Já o envelhecimento saudável é o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada (WHO, 2015).

Dentre as políticas que fundamentam a promoção e garantia de um envelhecimento saudável, o Estatuto do Idoso (Lei N° 10.741/2003), que tem objetivo assegurar e regular os direitos das pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, em seu Capítulo I, Do Direito à Vida, Art° 9 dispõe que:

É obrigação do Estado garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade (BRASIL, 2003).

O Estatuto do idoso também certifica o direito à cultura, esporte, lazer, diversões, espetáculos, educação, produtos e serviços que respeitam as peculiaridades e condições da idade e afirma que o Poder Público deve criar oportunidades para os idosos terem acesso à educação (BRASIL, 2003).

O Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde, de 2015, proposto pela OMS reitera a importância e fomento de políticas públicas que proporcionem a pessoa idosa um envelhecimento saudável e ativo. Segundo o documento, são necessárias ações como o alinhamento dos sistemas de saúde a populações atendidas, o desenvolvimento de sistemas de cuidado à pessoa idosa de longo prazo e a criação de ambientes favoráveis e planejados à pessoa idosa, para que se possa alcançar o objetivo do envelhecimento saudável (WHO, 2015).

A qualidade de vida trata-se de um construto não observável, e que ao longo dos anos, desde a Segunda Guerra Mundial, deteve vários conceitos. A qualidade de vida seria, então, a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Ainda, a qualidade de vida engloba as dimensões física, psicológica, social, ambiental e espiritual, apresentando inúmeras possibilidades e desfechos (SEIDL; ZANNON, 2004). Fatores como autoestima e autoimagem estão diretamente incluídos no conceito e na percepção da qualidade de vida (FLECK, 2008). Mulheres em idade avançada tem um bem estar subjetivo, e por consequência a qualidade de vida diminui, em relação aos homens na sua mesma faixa etária (PINQUART; SORESEN, 2001).

### 3 OBJETIVOS

Para responder à problemática foram estipulados um objetivo geral e dois específicos, elucidados a seguir.

#### 3.1 GERAL

Realizar um estudo de caso sobre aspectos psicossociais - autoimagem e autoestima -, junto a um grupo de mulheres participantes de um serviço público de saúde, de um município do interior do estado de São Paulo.

#### 3.2 ESPECÍFICOS

- Investigar aspectos da autoestima e da autoimagem de um grupo de mulheres idosas, usuárias de um serviço público de saúde, explorando dimensões subjetivas e sociais.
- Investigar aspectos sociodemográficos desse mesmo grupo de mulheres idosas, identificando pontos de convergência.

## 4 MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de um estudo de caráter exploratório (investigativo), transversal, sendo definido pela observação, durante um curto período de tempo, sendo ainda de natureza quali-quantitativa. Quanto aos aspectos qualitativos, têm por objetivo as significações ou os sentidos do comportamento ou das práticas realizadas pelos participantes do estudo. Quanto aos aspectos quantitativos se deu através de aplicação de instrumento, tabulando-se as informações e realizando análise descritiva (DA FONSECA, 2002).

### 4.1 ETAPAS

O estudo exploratório foi realizado por meio de investigação bibliográfica em diversas plataformas de pesquisa, como Google Acadêmico, SciELO, PubMed e Portal da CAPES. Foram identificados materiais a partir do cruzamento de informações de busca dos descritores: autoimagem, autoestima, mulheres idosas e envelhecimento, na língua inglesa e no português.

A pesquisa de campo foi realizada através de Visita Técnica e entrevista (ANEXO 1) com profissional da área da fisioterapia, do município de Ribeirão Bonito/SP, seguido de levantamento de informações utilizando instrumentos: a) roteiro de entrevista semiestruturada e Escala de Autoestima de Rosenberg (ROSENBERG, 1965): (ANEXO 2 e 3) junto às usuárias de um serviço público de saúde (n=32), do município em estudo. As informações foram registradas em papel pela pesquisadora e ao término da coleta de dados, foram validadas e avaliadas pela pesquisadora.

Ainda, por se tratar de um estudo sem financiamento, e com o local de coleta distante da cidade em que reside a pesquisadora, foram levantadas voluntárias (n=3), estudantes do bacharel em Gerontologia pela UFSCar, para o auxílio na coleta. A coleta foi realizada no espaço da Guarda Mirim da cidade de Ribeirão Bonito/SP, onde são realizadas as atividades do grupo de dança circular, ligado à Secretaria de Saúde. A pesquisa de campo ocorreu no dia 12 de março, e teve duração de 2h.

Para construir um perfil das entrevistadas, foi aplicado um questionário com todas as participantes (ANEXO 2). Foram realizadas 15 perguntas, contendo perguntas abertas e fechadas, permitindo análises quali-quantitativas. Algumas são nominais, ou seja, não existe uma ordenação entre as possíveis categorias das respostas. Outras são ordinais, ou seja, existe uma ordenação entre as possíveis categorias das respostas. Cada uma foi analisada de forma gráfica e por estatísticas de resumo.

Na finalidade da avaliação da autoestima, foi utilizada a escala de Autoestima de Rosenberg (1965). O instrumento é composto por 10 itens, contendo conteúdos referentes aos sentimentos de respeito e aceitação de si mesmo, sendo que metade dos itens é enunciada positivamente e a outra metade negativamente. Para cada afirmação existem quatro opções de resposta, tipo *Likert* (concordo totalmente = 4; concordo = 3; discordo = 2 e discordo totalmente = 1). A soma das respostas aos 10 itens fornece um escore da escala cuja pontuação total oscila entre 10 e 40 sendo que quanto maior o escore, maior o “nível” de autoimagem da pessoa.

Conforme metodologia, para a análise descritiva, foram utilizados gráficos de barras, tabelas resumo e tabelas de frequência; tais em sua máxima importância visual, retirando o maior número de informações possíveis dos dados em análise. Os participantes foram classificados com autoestima baixa (10 a 24 pontos), normal (25 a 35 pontos) ou elevada (36 a 40 pontos). As variáveis em estudo, são identificadas da seguinte maneira:

**Tabela 1:** Variáveis em estudo.

<b>Variável</b>	<b>Tipo</b>
Idade	Quantitativa contínua
Raça/Etnia	Qualitativa nominal
Estado civil	Qualitativa nominal
Religião	Qualitativa nominal
Com quem a senhora mora?	Qualitativa nominal
Número de filhos	Quantitativa discreta
Com que frequência é visitada por filhos ou parentes?	Qualitativa ordinal

Sente-se sozinha em algum momento?	Qualitativa ordinal
Grau de escolaridade	Qualitativa ordinal
Como a senhora classifica a sua situação econômica atual?	Qualitativa ordinal
Qual a sua atual situação?	Qualitativa nominal
Poderia declarar qual a sua renda mensal média?	Qualitativa ordinal
Como considera o estado geral da sua saúde?	Qualitativa ordinal
Utiliza algum medicamento? Qual?	Qualitativa nominal
Realiza quais atividades? (físicas, culturais, religiosas, etc.)	Qualitativa nominal

Fonte: Elaborado pela autora.

A análise dos dados foi realizada a partir da sistematização em planilha Excel e Word, possibilitando a identificação e análise de aspectos emergentes no tema autoimagem e autoestima.

#### 4.2 LOCAL DE COLETA

A coleta de dados foi realizada em instalações dos equipamentos de atenção primária em saúde, utilizadas em uma estratégia de promoção de saúde, da Secretaria Municipal de Saúde, junto a um grupo de mulheres idosas participantes desta, no município de Ribeirão Bonito, localizado no interior do Estado de São Paulo/SP, especificamente na DRS III - Araraquara.

#### 4.3 CRITÉRIOS

Foram critérios de inclusão: Ser mulher, ter sessenta anos ou mais, participar ativamente de um grupo de atividade física da referida estratégia de promoção de saúde.

Foram critérios de exclusão: Possuir menos de sessenta anos, não ser participante ou estar com a matrícula inativa do referido grupo, bem como declinar do interesse em participar, garantido pelo termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO 5).

#### 4.4 ASPECTOS ÉTICOS

Considerando as diretrizes e princípios estabelecidos na Resolução nº 510/2016 e normas complementares sobre a ética em pesquisa com seres humanos, os aspectos éticos estão previstos neste estudo que se caracteriza com uma pesquisa em ciências humanas e sociais, no interfaces na saúde da pessoa idosa. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1. IDADE DAS RESPONDENTES

**Tabela 2:** Estatísticas resumo da variável Idade.

Mínimo	Média	Mediana	Máximo
60	68,84	68	80

Fonte: Elaborado pela autora.

Como visto na Tabela 2, o intervalo de idade das pacientes respondentes varia de 60 a 80 anos de idade. A média e a mediana estão próximas, indicando que as idades estão bem distribuídas no intervalo.

### 5.2. RAÇA/ETNIA DAS RESPONDENTES

**Tabela 3:** Tabela de frequências da variável Raça/Etnia.

Categorias	Frequência absoluta	Frequência relativa
Branca	22	68,75%
Negra	3	9,375%
Parda	7	21,875%
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborado pela autora.

Em relação à raça/etnia, 68,75% das entrevistadas (n=22) se autodeclararam como brancas, 21,875% se autodeclararam como pardas (n=7) e 9,375% se autodeclararam como negras (n=3). Caso a raça/etnia seja uma característica importante da autoestima, para estudos futuros é indicado que a distribuição dessa variável seja fixada, para garantir comparações mais fiéis.

### 5.3. ESTADO CIVIL DAS RESPONDENTES

**Tabela 4:** Tabela de frequências da variável Estado Civil.

Categorias	Frequência absoluta	Frequência relativa
Casada/União estável	18	56,25%
Divorciada	3	9,37%
Viúva	11	34,38%
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborado pela autora.

Quanto ao estado civil, 56,25% das mulheres entrevistadas declararam estar casadas ou em união estável (n=18). 34,38% são viúvas (n=11), e 9,37% divorciadas (n=5); ou seja, existe uma considerável variabilidade entre os estados civis amostrados.

#### 5.4 RELIGIÃO DAS RESPONDENTES

**Tabela 5:** Tabela de frequências da variável Religião.

<b>Categorias</b>	<b>Frequência absoluta</b>	<b>Frequência relativa</b>
Católica	29	90,63%
Evangélica	3	9,37%
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborado pela autora.

No que diz respeito à religião, 90,63% das entrevistadas se consideram católicas (n=29), e 9,37% se identificam na religião protestante (n=3). Novamente, existe uma considerável variabilidade entre as religiões amostradas, caso essa variável venha a apresentar algum impacto nas análises dessa pesquisa, para estudos futuros é indicado que tal distribuição seja fixada e até mesmo inclusas outras religiões, para garantir comparações mais fiéis. Destaca-se ainda, que o grupo era de totalidade cristã.

#### 5.5 COMPANHIA HABITACIONAL DAS RESPONDENTES

**Tabela 6:** Tabela de frequências da variável em relação à moradia.

<b>Categorias</b>	<b>Frequência absoluta</b>	<b>Frequência relativa</b>
Marido	12	37,5%
Marido e filhos/netos	6	18,75%
Filhos/netos	4	12,5%
Sozinhas	8	25%
Outros familiares	2	6,25%
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborado pela autora.

Quanto à moradia, 37,5% alegam morar com o marido, 25% das idosas moram sozinhas, 18,75% com o marido e filhos ou netos, 12,5% alegam morar com filhos ou netos e 6,25% moram com outros familiares.

## 5.6 NÚMERO DE FILHOS DAS RESPONDENTES

**Tabela 7:** Tabela de frequências da variável Frequência de visitas.

<b>Categorias</b>	<b>Frequência absoluta</b>	<b>Frequência relativa</b>
1 filho	7	21,87%
2 filhos	9	28,12%
3 filhos	7	21,87%
4 filhos	2	6,25%
5 filhos	5	15,62%
6 filhos	2	6,25%
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborado pela autora.

Como visto na Tabela 7, o intervalo que contém a quantidade de filhos das respondentes varia de 1 até 6 filhos. A mediana está próxima da média, que é de 2,84 filhos.

## 5.7 FREQUÊNCIA DE VISITAS ÀS RESPONDENTES

**Tabela 8:** Tabela de frequências da variável Frequência de visitas.

<b>Categorias</b>	<b>Frequência absoluta</b>	<b>Frequência relativa</b>
Diariamente	11	34,37%
Semanalmente	11	34,37%
Quinzenalmente	4	12,5%
Mensalmente	2	6,25%
Raramente	2	6,25%
Nunca	2	6,25%
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborado pela autora.

Em relação a frequência de visitas que a idosa recebe, as maiores frequências são para visitas diárias ou semanais. Considerando as visitas em

intervalos mais curtos entre si (Diariamente, semanalmente, quinzenalmente) a frequência encontrada é de 81,25%. Ou seja, a maioria das idosas recebem visitas constantes. Porém, 12,5% disseram receber raramente ou nunca qualquer tipo de visita.

## 5.8 SENTIMENTO DE SOLIDÃO

**Tabela 9:** Tabela de frequências da variável em relação à solidão.

<b>Categorias</b>	<b>Frequência absoluta</b>	<b>Frequência relativa</b>
Sempre	4	12,5%
Muitas vezes	4	12,5%
Algumas vezes	3	9,37%
Raramente	6	18,75%
Nunca	15	46,87%
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborado pela autora.

Das entrevistadas, 25% disseram se sentir sozinha muitas vezes ou sempre; 9,37% sentiu essa solidão algumas vezes, enquanto que 18,75% raramente. No entanto, a maior frequência (46,87%) nunca se sentiu sozinha.

## 5.9 GRAU DE ESCOLARIDADE

**Tabela 10:** Tabela de frequências da variável Grau de Escolaridade.

<b>Categorias</b>	<b>Frequência absoluta</b>	<b>Frequência relativa</b>
Ensino superior	5	15,62%
Ensino médio	5	15,62%
Primário	17	53,12%
Ler e escrever	3	9,37%
Analfabeto	2	6,25%
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborado pela autora.

Em relação à escolaridade, a maioria das respondentes (53,12%) cursaram apenas o ensino primário; 15,62% estudaram até o ensino médio; 15,62% cursaram ensino superior; 9,37% alegam saber ler e escrever e 6,25% são analfabetas.

## 5.10 SITUAÇÃO TRABALHISTA DAS RESPONDENTES

**Tabela 11:** Tabela de frequências da variável situação trabalhista.

<b>Categorias</b>	<b>Frequência absoluta</b>	<b>Frequência relativa</b>
Aposentada	21	65,62%
Aposentada/Pensionista	4	12,5%
Pensionista	1	3,12%
Aposentada/Trabalha	2	6,25%
Trabalha	2	6,25%
Sem renda	2	6,25%
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborado pela autora.

Das idosas entrevistadas, 65,62% são apenas aposentadas; 12,5% são aposentadas e pensionistas; 6,25% somente trabalham; 6,25% são aposentadas e exercem algum tipo de atividade remunerada e 6,25% não possuem nenhuma fonte de renda; e 3,12% são pensionistas. Para identificação da situação econômica das respondentes, foram aplicadas perguntas mais diretas.

**Tabela 12:** Tabela de frequências da variável Renda mensal.

<b>Categorias</b>	<b>Frequência absoluta</b>	<b>Frequência relativa</b>
Acima de R\$6000,00	3	9,375%
Entre R\$5000,00 – R\$6000,00	3	9,375%
Entre R\$3000,00 – R\$4000,00	4	12,5%
Entre R\$2000,00 – R\$3000,00	11	34,375%
Entre R\$1000,00 – R\$2000,00	3	9,375%
Salário Mínimo	5	15,625%

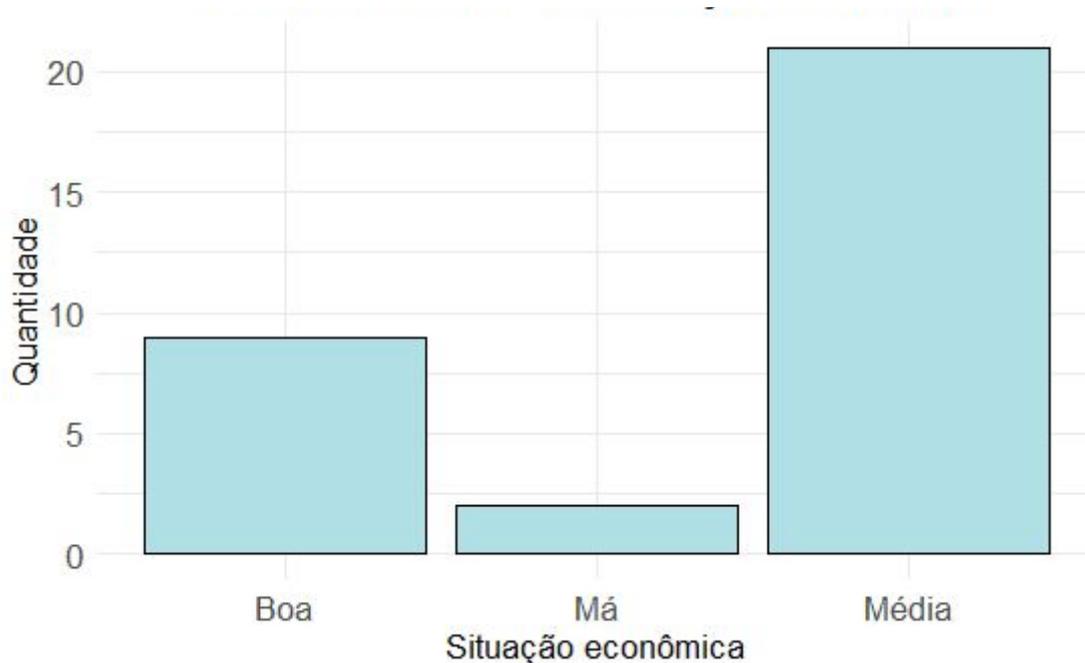
Menos de 1 Salário Mínimo	1	3,125%
Não sabe informar	2	6,25%
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborado pela autora.

**Tabela 13:** Tabela de frequências da Opinião de Situação Econômica.

<b>Categorias</b>	<b>Frequência absoluta</b>	<b>Frequência relativa</b>
Boa	9	28,12%
Média	21	65,62%
Má	2	6,25%
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborado pela autora.

**Figura 1:** Gráfico de barras da Situação econômica.

Fonte: Elaborado pela autora.

Primeiramente, em relação a faixa de renda mensal, a maior concentração foi entre R\$2000,00 e R\$3000,00 mensais. Em contrapartida, 18,75% delas disseram viver com 1 salário mínimo ou menos mensalmente. Em segundo ponto, visualiza-se como elas consideram a própria situação econômica. A maioria, 65,625%, considera ter uma situação econômica média, enquanto somente 2 aposentadas consideram ter uma situação ruim.

#### 5.11 ESTADO DE SAÚDE DAS RESPONDENTES

**Tabela 14:** Tabela de frequências da variável estado geral da saúde.

<b>Categorias</b>	<b>Frequência absoluta</b>	<b>Frequência relativa</b>
Muito boa	2	6,25%
Boa	16	50%
Mediana	12	37,5%
Ruim	1	3,12%
Muito ruim	1	3,12%
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborado pela autora

Considerando o próprio estado de saúde, a maioria das entrevistadas opinou ter uma saúde “Boa” (50%) e “Mediana” (37,5%). Somente 2 idosas, o que representa apenas 6,25% do grupo, consideram o estado de saúde “Ruim” ou “Muito ruim”.

## 5.12 PATOLOGIAS ASSOCIADAS DAS RESPONDENTES

Para melhor entender o estado de saúde das respondentes foi perguntado sobre os medicamentos utilizados e, com base nisso, categorizou-se cada uma quanto às patologias associadas.

**Tabela 15:** Tabela de frequências das patologias.

<b>Categorias</b>	<b>Frequência absoluta</b>	<b>Frequência relativa</b>
Cardiovascular	14	20,59%
Diabetes	10	14,71%
Tireoidites, hipotireoidismo ou hipertireoidismo	8	11,765%
Hipertensão	7	10,295%
Depressão e ansiedade	6	8,824%
Dislipidemias	5	7,353%
Colesterol	4	5,882%
Osteoporose e patologias ósseas	3	4,411%
Nenhuma	2	2,94%
Problemas com sono	2	2,94%
Gastrite	2	2,94%
Demência	1	1,47%
Dor de cabeça	1	1,47%
Dor na coluna	1	1,47%
Bronquite	1	1,47%
Queixas de Memória	1	1,47%
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborado pela autora

Dentre todas as respondentes, algumas tomam mais de um medicamento para tratar a mesma patologia. Além disso, algumas entrevistadas sofrem com mais de uma patologia, por isso a quantidade é superior ao número de entrevistadas.

As doenças cardiovasculares (20,58%), Diabetes Mellitus tipo 2 (14,70%) e tireoidites, hipotireoidismo ou hipertireoidismo (11,76%) são as patologias que aparecem com maior frequência. Hipertensão, depressão e ansiedade, dislipidemias e colesterol também apresentam frequência relativa superior a 5%. Temos que apenas 2 entrevistadas não tomam medicamento para tratar alguma patologia, o que representa apenas 2,94% do grupo.

### 5.13 PERFIL GERAL DAS PARTICIPANTES

Com base nas variáveis descritas, cria-se um “perfil” das idosas em estudo, baseado na distribuição das respostas em cada análise. Sendo assim, retrata-se uma amostra que:

- Possui entre 60 e 80 anos, bem distribuída por todo o intervalo;
- Em sua maioria, é branca (68,75%);
- É bem representada por idosas casadas e viúvas;
- Quase que toda católica (90,625%);
- 75% mora acompanhada e 25% mora sozinha;
- Sua maioria possui apenas até 3 filhos (65,625%);
- 81,25% é visitada ao menos uma vez na quinzena;
- Pouco mais da metade (65,625%), raramente ou nunca se sentiu sozinha;
- 31,25% estudou além do ensino primário;
- Apenas 12,5% trabalha;
- Em sua maioria, considera uma média situação econômica (65,625%);
- Apenas 6,25% se considera em um estado de saúde ruim ou péssimo;
- As doenças cardiovasculares (20,59%), Diabetes Mellitus tipo 2 (14,71%) e tireoidites, hipo ou hipertireoidismo (11,765%) são as patologias que aparecem com maior frequência e apenas 2 idosas (2,94%) não tomam remédios para tratar alguma patologia;
- Além de físicas, participam de atividades religiosas e culturais.

#### 5.14 ESCORES DE AUTOESTIMA DAS RESPONDENTES

Como principal motivação à pesquisa, na amostra foram analisadas as respostas de cada uma das afirmações da Escala de Autoestima de Rosenberg. Afirmações estas que seguem listadas:

1. Eu sinto que sou uma pessoa de valor, no mínimo, tanto quanto as outras pessoas;
2. Eu acho que eu tenho várias boas qualidades;
3. Levando tudo em conta, eu penso que eu sou um fracasso;
4. Eu acho que sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das pessoas;
5. Eu acho que eu não tenho muito do que me orgulhar;
6. Eu tenho uma atitude positiva com relação a mim mesmo;
7. Em linhas gerais, eu estou satisfeita comigo;
8. Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesma;
9. Às vezes eu me sinto inútil;
10. Às vezes eu acho que não presto para nada.

Na tabela 16, são apresentadas as estatísticas resumidas de cada afirmação, que foram discretizadas para fortalecer a análise gráfica. Entre os 10 itens, metade é enunciado positivamente e a outra metade negativamente. As perguntas 3, 5, 8, 9 e 10 são anunciadas negativamente, ou seja, concordar com elas somam menos pontos ao escore escalado.

**Tabela 16:** Estatísticas resumo de cada pergunta da Escala de Autoestima de Rosenberg.

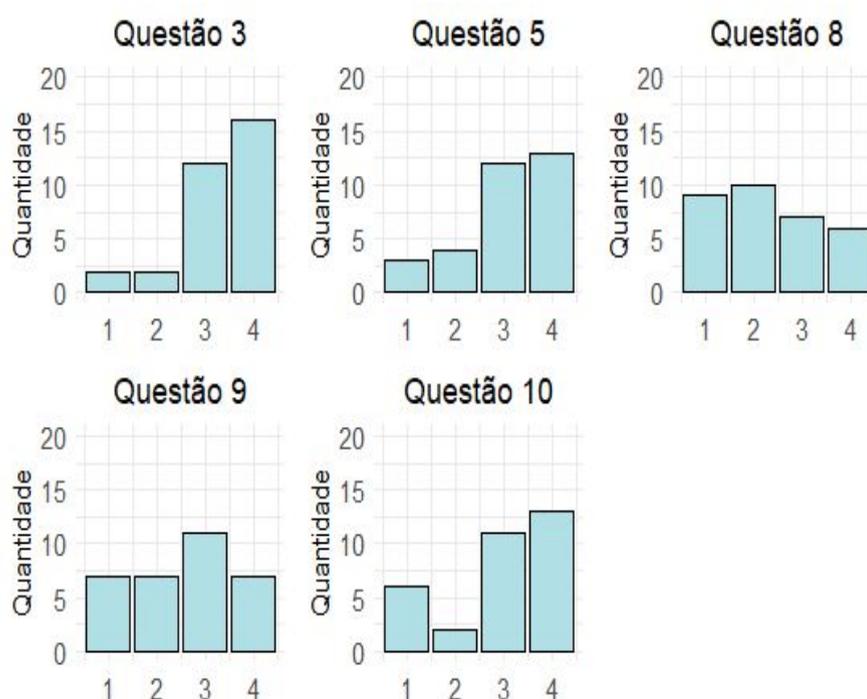
Questão	Mínimo	Mediana	Média	Máximo
1	3	4	3,56	4
2	3	3	3,43	4
3	1	3,5	3,31	4
4	1	4	3,31	4
5	1	3	3,09	4
6	2	4	3,46	4

7	3	3	3,43	4
8	1	2	2,31	4
9	1	3	2,56	4
10	1	3	2,96	4

Fonte: Elaborado pela autora

Considerando então, por serem afirmações de cunho negativo, “Discordo Totalmente” =4, “Discordo” =3, “Concordo” =2 e “Concordo Totalmente” =1, tem-se:

**Figura 2:** Gráficos de barras das perguntas enunciadas negativamente.



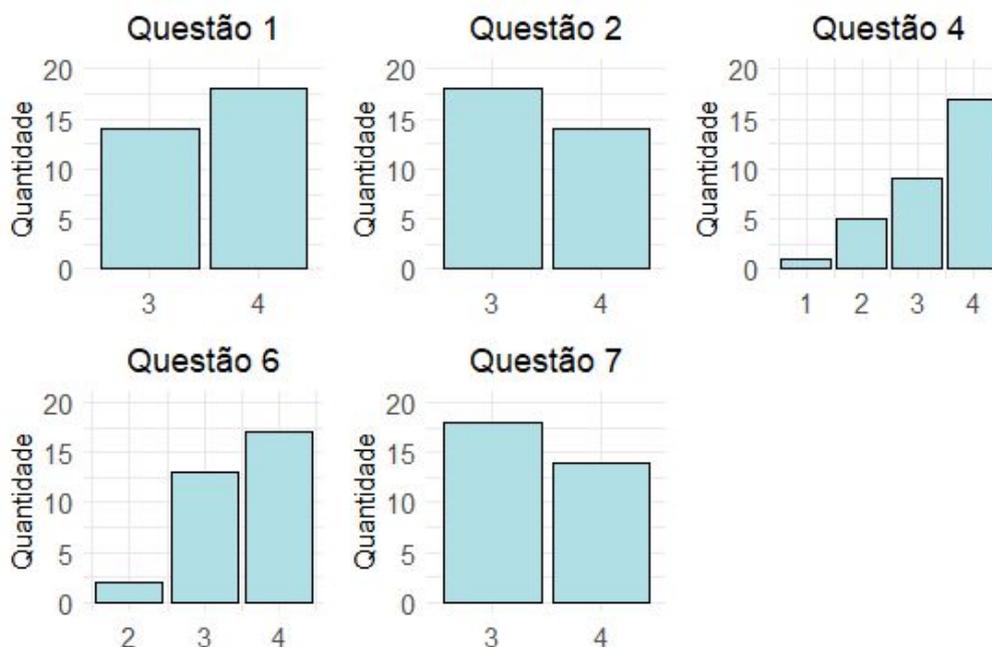
Fonte: Elaborado pela autora.

Como mostra a tabela 16, as questões 3, 5 e 10 apresentam média e mediana próximas a 3 e 5, e como visto nos gráficos, para essas situações, os respondentes em média discordam da situação elencada.

Entretanto, para as perguntas 8 e 9 (“Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesma” e “Às vezes eu me sinto inútil”) as médias das respostas estão mais próximas de 2, o que indica que os respondentes concordam com a situação elencada. São pontos críticos que podem até ser base para soluções e melhorias na qualidade de vida e autoestima desse público.

Considerando, por serem afirmações de cunho positivo, “Discordo Totalmente” =1, “Discordo” =2, “Concordo” =3 e “Concordo Totalmente” =4, tem-se:

**Figura 3:** Gráficos de barras das perguntas enunciadas positivamente.



Fonte: Elaborado pela autora.

Para tais afirmações, que possuem um enunciado de cunho positivo, as médias das respostas são todas maiores que 3, ou seja, como evidencia os gráficos, os respondentes concordam com as situações elencadas; o que são afirmações positivas à autoestima e somam mais pontos na escala de Rosenberg.

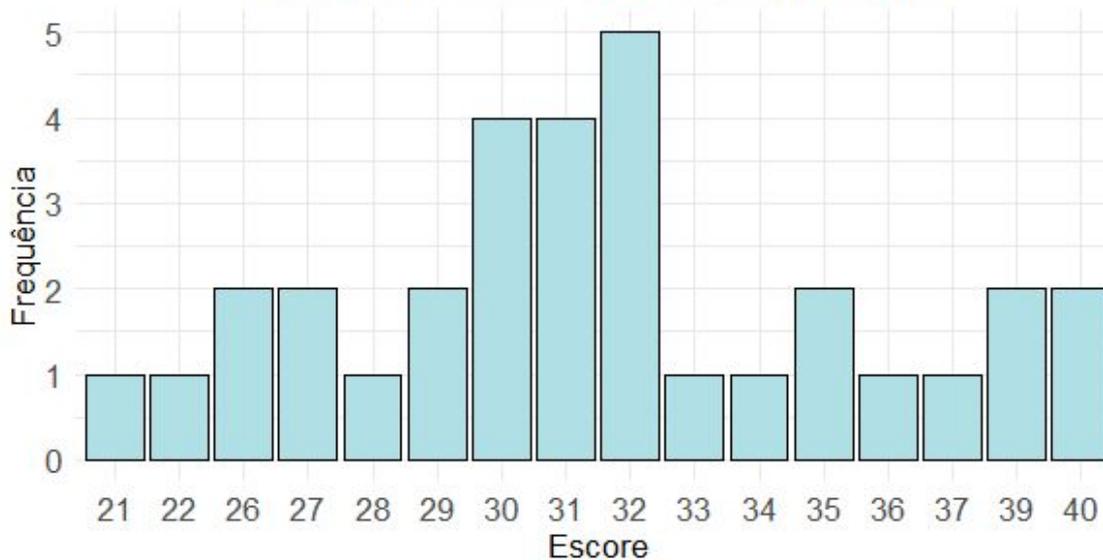
Como proposto no estudo, o escore foi separado em três níveis. Para cada afirmação existem quatro opções de resposta tipo Likert, como apresentadas. A soma das respostas aos 10 itens fornece um escore da escala cuja pontuação total oscila entre 10 e 40 sendo que quanto maior o escore, maior o “nível” de autoimagem da pessoa. As participantes foram classificadas com autoestima baixa (10 a 24 pontos), normal (25 a 35 pontos) ou elevada (36 a 40 pontos).

Inicialmente, o intuito é analisar o escore considerando todos os participantes. Na tabela a seguir, são apresentadas as estatísticas resumo:

**Tabela 17:** Estatísticas resumo do escore de autoestima.

Mínimo	Média	Mediana	Máximo
21	31,47	31	40

Fonte: Elaborado pela autora.

**Figura 4:** Gráficos de barras de escores totais.

Fonte: Elaborado pela autora.

Na Tabela 17, nota-se que o menor escore observado foi de 21, que se encaixa no nível de autoestima baixa, e o escore máximo observado foi 40, que é o máximo que pode ser obtido. A média e a mediana estão próximas ( $=30$ ) e encontram-se no nível de autoestima normal, o que representa que, em média, as participantes possuem uma autoestima normal.

### 5.15 COMPARAÇÃO POR NÍVEL DE AUTOESTIMA

Para entender melhor o perfil de quem se encontra em cada um dos níveis do escore de autoestima e para que assim seja possível, de forma exploratória, traçar indícios de impactos das variáveis na autoestima, cada nível será analisado separadamente.

### 5.15.1 Autoestima baixa

Somente 2 participantes tiveram um escore total entre 10 e 24 pontos. Sendo assim, será apresentado as informações destas na tabela a seguir.

**Tabela 18:** Participantes com escore de autoestima baixa

<b>Questão</b>	<b>Participante 1</b>	<b>Participante 2</b>
<b>Idade</b>	65	74
<b>Raça/Etnia</b>	Parda	Parda
<b>Estado civil</b>	Casada/União Estável	Viúva
<b>Religião</b>	Evangélica	Católica
<b>Com quem a senhora mora?</b>	Marido e neta	Sozinha
<b>Número de filhos</b>	6	3
<b>Com que frequência é visitada por filhos ou parentes?</b>	Raramente	Diariamente
<b>Sente-se sozinha em algum momento?</b>	Sempre	Muitas vezes
<b>Grau de escolaridade</b>	Primário	Primário
<b>Como a senhora classifica a sua situação econômica atual?</b>	Média	Boa
<b>Qual a sua situação atual?</b>	Aposentada	Aposentada
<b>Poderia declarar qual a sua renda mensal média?</b>	R\$1000-R\$2000	R\$3000-4000
<b>Como considera o estado geral da sua saúde?</b>	Mediana	Mediana
<b>Utiliza algum medicamento? Qual?</b>	Enalapril (Cardiovascular) e Hidroclorotiazida (Cardiovascular)	Losartana (Cardiovascular), Citac (Depressão e Ansiedade), Puran (Tireoidites, hipo ou hipertireoidismo), Zolpidem (Problemas com sono), Glifage (Diabetes) e AAS (Cardiovascular)

<b>Realiza quais atividades? (físicas, culturais, religiosas, etc.)</b>	Física e religiosa	Física, cultural e religiosa
<b>Escore</b>	21	22

Fonte: Elaborado pela autora.

Uma das participantes é viúva e mora sozinha, considera que tem uma boa situação econômica. Recebe visitas diárias de familiares ou filhos, mas sente-se sozinha e teve um escore de apenas 22, sem responder “Concordo totalmente” para as perguntas positivas ou “Discordo Totalmente” para as perguntas negativas.

A outra participante é casada e mora com o marido e uma neta, e considera a situação econômica média. Raramente recebe visitas de familiares ou filhos e, mesmo não morando sozinha, sempre se sente sozinha. Teve um escore de apenas 21, sem responder “Concordo totalmente” para as perguntas positivas ou “Discordo Totalmente” para as perguntas negativas.

Por ter somente 2 respostas que se encaixam no nível de autoestima baixa, não é possível criar um perfil. Mas para algumas perguntas as respostas foram semelhantes, como para:

- “Raça/Etnia”;
- “Grau de escolaridade”;
- “Qual sua situação atual?”;
- “Como considera o estado geral da sua saúde?”;
- “Sente-se sozinha em algum momento?”.

Portanto, são variáveis que talvez causem impactos na autoestima e serão comparadas posteriormente aos outros níveis.

### **5.15.2 Autoestima “normal”**

Para o nível de autoestima “normal” 26 participantes obtiveram o escore entre 25 a 35 pontos. Como a quantidade de observações é considerável, será feita uma análise de frequência para construir um perfil das participantes que se encaixam nessa faixa de escore.

**Tabela 19:** Estatísticas resumo da variável Idade, para o nível normal do escore.

Mínimo	Média	Mediana	Máximo
60	69,29	68,5	80

Fonte: Elaborado pela autora.

Em relação ao grupo geral, para o grupo com o nível normal no escore os resultados foram bem semelhantes. A mediana é a mesma, 31, enquanto que a média caiu para 30,54 de 31,47 no grupo geral.

**Tabela 20:** Estatísticas resumo de cada pergunta da Escala de Autoestima de Rosenberg, para o nível normal.

Questão	Mínimo	Mediana	Média	Máximo
1	3	3,5	3,5	4
2	3	3	3,375	4
3	1	3	3,208	4
4	2	3	3,25	4
5	1	3	3,042	4
6	2	3,5	3,458	4
7	3	3	3,75	4
8	1	2	2,125	4
9	1	3	2,417	4
10	1	3	2,792	4

Fonte: Elaborado pela autora.

Em todas as questões anunciadas negativamente, observamos que os mínimos e máximos observados são 1 e 4, respectivamente. Ou seja, nestas 5 questões alguns participantes concordavam totalmente e outros discordavam totalmente da situação apresentada pelas perguntas.

As questões 3 e 5 apresentam média e mediana próximas de 3. Para essas situações, os respondentes em média discordam da situação elencada. Já para as perguntas 8, 9 e 10 as médias das respostas estão mais próximas de 2, o que indica que os respondentes concordam com a situação elencada.

Para as demais questões, que possuem um enunciado de cunho positivo, as médias das respostas são todas maiores que 3, assim como para o grupo geral.

Desse modo, os respondentes concordam com as situações elencadas, o que vai de acordo com a média total vista na Tabela 1.

Em relação à raça/etnia, 70,833% das entrevistadas se autodeclararam como brancas, 16,67% se autodeclararam como pardas e 12,5% se autodeclararam como negras. Em relação ao grupo total, houve um leve aumento na porcentagem de entrevistadas que se autodeclararam brancas.

Em relação a frequência de visitas que a idosa recebe, as maiores frequências são para visitas diárias ou semanais. Considerando as visitas em intervalos mais curtos entre si (Diariamente, semanalmente, quinzenalmente) a frequência encontrada é de 83,33%. Ou seja, a maioria das idosas recebem visitas constantes, o que é bem semelhante ao grupo total. Porém, 8,334% disseram receber raramente ou nunca receber qualquer tipo de visita.

Considerando o próprio estado de saúde, a maioria das entrevistadas declarou ter uma saúde "boa" (50%) e "mediana" (37,5%). Somente 1 idosa, o que representa apenas 4,167% do grupo, consideram o estado de saúde "Muito ruim".

### **5.15.3 Autoestima elevada**

Somente 6 participantes tiveram um escore total entre 36 e 40 pontos. Como são poucas observações, não será possível criar um perfil desse nível analisando as respostas de cada pergunta.

O nível elevado de autoestima é muito importante para o estudo. Por conta disso, foram analisadas individualmente cada entrevistada que pertence a esse grupo. Dentre as participantes, 5 se autodeclararam como brancas e todas dizem seguir a religião católica. Além disso, 2 são viúvas enquanto as outras 4 são casadas ou estão em uma união estável.

Nenhuma delas mora sozinha e apenas uma disse que nunca recebe alguma visita de algum parente ou familiar. Justamente essa entrevistada disse sempre se sentir sozinha (e é a única nesse nível que considera ter um estado de saúde ruim), enquanto as outras raramente ou nunca sentem solidão.

Todas as 6 entrevistadas completaram ao menos o ensino primário e estão aposentadas no momento. Todas disseram ter uma condição econômica média ou

melhor e, em relação aos outros níveis, apresentam uma renda mensal média maior (já que nenhuma declarou viver com 1 salário mínimo ou menos).

A maioria (5 das 6) realizam alguma outra atividade (religiosa ou cultural) além da atividade física. 3 delas obtiveram o escore máximo de 40 e apenas 1 ficou no limite inferior, com um escore de 36.

Ou seja, as perguntas que possuem respostas em grande quantidade comuns, são:

- “Raça/Etnia”;
- “Religião”;
- “Número de filhos”;
- “Grau de escolaridade”;
- “Situação econômica”;

Portanto, são variáveis que talvez causem impactos na autoestima e sejam comparadas aos outros níveis.

## 5.16 DISCUSSÃO DOS DADOS COLETADOS

Através da pesquisa realizada, há indícios de que idosas praticantes de atividade física possuem, então, uma autoestima de nível normal, com tendências ao nível elevado e que raramente é baixo.

Para que o presente estudo também sirva às demais pesquisas, foi analisado o perfil das idosas entrevistadas dentro de cada grupo de autoestima, para que seja capaz de se introduzir, de forma exploratória, outras possíveis variáveis que impactam na autoestima ou que são impactadas por ela.

Para comparações, observa-se as variáveis que mais se destacaram ou que apresentaram mudanças, em cada nível de autoestima:

**Tabela 21:** Perguntas com respostas mais comuns, em cada nível do escore.

<b>Baixo</b>	<b>Normal</b>	<b>Elevado</b>
Raça/Etnia	Raça/Etnia	Raça/Etnia
Grau de escolaridade	Religião	Religião
Qual sua situação atual?	Número de filhos	Número de filhos

Como considera o estado geral da sua saúde?	Sente-se sozinha em algum momento?	Grau de escolaridade
Sente-se sozinha em algum momento?	Grau de escolaridade	Situação econômica
	Situação econômica	
	Como considera o estado geral da sua saúde?	

Fonte: Elaborado pela autora.

Quanto à “Raça/Etnia” percebe-se variações de predomínio Parda no nível baixo de autoestima, enquanto nos níveis Normal e Elevado as entrevistadas são predominantemente Brancas. Portanto, tal variável pode exercer impactos na autoestima, sendo sujeita a estudos mais direcionados.

Duas variáveis que, são relacionadas, e também variam perante os níveis, são: “Grau de escolaridade” e “Situação econômica”. Percebe-se que no nível baixo de autoestima, tanto a escolaridade quanto a situação econômica se mostraram abaixo da média; no nível normal de auto estima, ambas variáveis se distribuem de forma mediana; e no nível elevado, as respondentes possuem grau de escolaridade mais avançado e uma melhor situação econômica. Portanto, tais variáveis podem exercer impactos na autoestima, sendo sujeitas a estudos mais direcionados.

Por fim, outra característica que demonstra impactos mais diretos na autoestima é referente ao sentimento de solidão. Nos níveis elevado e normal de autoestima, as respondentes declaram que raramente ou nunca se sentem sozinhas, enquanto no nível baixo a solidão é quase sempre presente. Ou seja, mais uma variável sujeita a estudos direcionados.

#### 5.17 ENTREVISTA COM UM PROFISSIONAL

Realizou-se também, uma visita técnica ao espaço utilizado para as atividades propostas, seguido de uma entrevista (Anexo 1) pela profissional responsável pelo grupo. A seguir, pode-se conferir a entrevista na íntegra:

**1- Você poderia nos contar o histórico do projeto no município, e a sua vinculação com a área da saúde e a saúde da pessoa idosa?**

*Informante:* “O Projeto chama Agita São Paulo, e tem parceria com a Secretaria de Estado da Saúde. Em meados de 2005 eles fizeram uma proposta para que a gente fizesse um trabalho de promoção da saúde através da atividade física. Então em 2005 a gente começou os grupos. A princípio era uma queixa encaminhada nos postos de saúde que permitem às pessoas da terceira idade serem convidadas a participar. Ao longo desses 15 anos, a gente tinha a disponibilidade de alguns professores para ajudar, de educação física... então o município tinha verba para contratar esses professores. Esses professores eram contratados e a gente tinha outras atividades. Lembro da ginástica. A gente chegou a ter dança... a gente chegou a ter várias atividades físicas... Com o passar dos anos e também as regras do Governo Federal pararam de vir. O município ficou sem dinheiro para pagar os professores que saíram. Mas como eu era concursada eu continuei com algumas atividades. E como eu sou fisioterapeuta, para não entrar na atividade de outros profissionais, eu dou aulas de alongamento. São grupos terapêuticos, então são pacientes que são encaminhados. A gente faz alongamentos em grupos de massagem, em grupos de dança circular... Hoje em dia é isso que a gente está disponibilizando, mas porque agora só fiquei eu no projeto por uma série de fatores. A gente tinha professores que não estão mais contratados, tinha os agentes comunitários de saúde que foram desvinculados da prefeitura e tinha um médico que também foi retirado do programa Saúde da Família. Então hoje em dia a gente trabalha com poucas pessoas sendo atendidas. Só eu sou a responsável no momento atual. Já é a minha rotina assim... na segunda-feira eu atendo um grupo no Centenário (bairro) e um grupo nas Malvinas. De terça e quinta eu atendo dois grupos no Centro. Então ficou estruturado assim, eu já me acostumei. Eu sou fisioterapeuta, tenho formação e graduação de fisioterapia. Então eu também sou concursada pelo Departamento de Saúde na prefeitura. Então quem mantém essa atividade é o Departamento de Saúde; é ele quem fornece os espaços, é ele que dá as camisetas... e como é vinculado com o programa da Secretaria da Saúde quando tem alguma atividade de saúde que tem que ser feita, como por exemplo na campanha de vacinação... Então a gente começa na prevenção da dengue... prevenção do coronavírus... então a gente vai usar esse grupo para educação em saúde porque eles vão disseminando informação também. Então a gente faz esse tipo de trabalho vinculado”.

## **2 - Qual é o público alvo do projeto?**

*Informante:* “É a partir de 60 anos. mais daí vai pra lá para um relatório de fisioterapia: Uma senhora de 50 anos sedentária no quadro de dor... procurou a psicóloga Aline, que me diz que tem uma senhora com quadro de depressão muito grande e disse que precisava de um grupo de apoio como não tem nenhum serviço... manda pra atividade física! Então o grupo perde aquele homogêneo que ele tinha, né? Então acabou sendo um grupo que se for ver, acho que a mais nova deve ter uns quarenta e poucos anos. Mas são poucas, a maioria mesmo acima de 60 anos. Tanto que quando a gente tem que oferecer algum serviço que é mais controlado, aí a gente fala "gente, é acima de 60 anos, o grupo é da terceira idade".

A gente já explica para os mais novos que é um grupo da terceira idade. Dentro do possível a gente tenta agregar todo mundo, a gente tenta não excluir. A gente pensa que eles já sofrem tanta coisa nesse processo de envelhecimento, que a gente tenta ser acolhedor. Mesmo quando foge do perfil a gente tenta acolher. A cidade é pequena, a oferta de serviços de saúde oferta serviços sociais, a oferta é muito pequena, a gente tenta acolher e agregar outras coisas; por exemplo, na prática de atividade física voltada para a terceira idade mais vezes a gente faz caminhada ecológica. A gente faz passeio, vai no cinema e nas visitas a gente faz outros trabalhos pensando no grupo, entendeu? Porque a cidade é carente. Então a gente acaba sentindo a oportunidade de fazer muito mais, e a gente faz”.

### **3- Quais são os recursos humanos envolvidos?**

*Informante:* “No momento, somente eu. E daí quando eu preciso para grandes eventos, a secretaria de saúde vai disponibilizar aos agentes comunitários de saúde. Ela disponibiliza alguém do serviço de limpeza para ajudar. A Secretaria da Saúde me disponibiliza outros profissionais. Eventualmente a gente faz um trabalho de saúde bucal. Daí os dentistas vieram para essas atividades pontuais. Agora nas atividades permanentes sou só eu. E lá na Malvinas, que é um bairro de alta vulnerabilidade social, os agentes comunitários de saúde vão até as atividades e participam junto com os idosos, mas pelo menos elas estão lá”.

### **4- Quais são as ações e atividades desenvolvidas?**

*Informante:* “Nós temos a dança circular, as turmas de alongamento, de massagem e automassagem, e vai começar um novo grupo de yoga, mas só no mês de abril”.

### **5- Vocês têm algum relatório que demonstre os resultados do trabalho desenvolvido?**

*Informante:* “Nos primeiros anos, em meados de 2007, 2008... A gente fazia algumas avaliações, mas porque o dinheiro vinha do Ministério da Saúde. A gente tinha que prestar contas, a gente precisava de alguns dados para mandar para eles. Melhora de índice de massa corporal, peso, redução de medidas, essas coisas, sabe? Aí depois conforme fui ficando sozinha, eu não consigo mais fazer. Porque não tem como chutar a bola e ir lá defender o gol... Aí fica difícil fazer sozinha. O que eu tenho é o seguinte: no ano passado a gente fez uma oficina de prevenção de quedas... vários idosos relataram quedas, e o maior número de idosos relatando quedas era do bairro das Malvinas, como a gente introduziu atividades lá que não tinha. Aí no final todo mundo foi questionado a respeito de redução de quedas, e realmente diminuiu o número de quedas. Aí a gente teve uma vez que a gente pesquisou a respeito de dores musculares, então foi feito um pequeno levantamento de dados para esse momento daí ele tem alguém pra mensurar e a gente faz. Pra gente fazer ciência a gente tem o melhor, que é o público, então a gente poderia fazer muita ciência. Só que a gente não tem mão de obra para colher dados. Se a gente for colher dados, demora, e aí você não vai fazer o atendimento. Se você for

parar para colher dados, o pessoal vai ficar sem o atendimento. Então entre entregar o atendimento e colher os dados, a gente escolhe ficar do lado do atendimento. Nosso serviço é atender. Então a gente tem que passar isso na prevenção de quedas”.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do presente estudo, entende-se a relevância de se compreender a autoestima da mulher idosa, visto que, para um envelhecimento saudável, são necessários não somente uma boa saúde física, mas também a saúde mental e relações sociais, para que o mesmo consiga ter a sensação de pertencimento à comunidade. Assim, a autoaceitação, e por consequência a autoestima e a autoimagem da pessoa idosa se tornam fundamentais para um envelhecimento saudável, bem como demonstrou o estudo.

A feminização da velhice, bem como a prevalência de mulheres idosas na utilização de serviços de saúde, se comparadas a homens idosos, foi ressaltada no estudo. O estudo indicou, ainda, um possível padrão de autoestima em nível normal, com tendências ao nível elevado, entre mulheres idosas praticantes de atividade física, no contexto da cidade de Ribeirão Bonito/SP. Foram percebidos alguns fatores que podem ter relação com as variações dos níveis de autoestima, como a raça/etnia, grau de escolaridade, situação econômica e sentimento de solidão. Portanto, tais variáveis podem exercer impactos na autoestima, sendo sujeitas a estudos mais direcionados.

Aponta-se ainda, a questão da prevalência da autoestima baixa em mulheres pardas, enquanto há uma predominância de mulheres brancas com nível de autoestima normal e elevada. Ademais, cabe apontar a possível relação da baixa autoestima com o sentimento de solidão, e até mesmo, nesse sentido, com possíveis sintomas depressivos.

Cabe ressaltar, que na execução da coleta dos dados, houveram barreiras limitadoras, como a distância da cidade em que a pesquisadora reside e o local do estudo, visto que esse foi um estudo sem financiamento; e o advento da pandemia do COVID-19, que impediu a finalização da coleta de dados, reduzindo o n da pesquisa de 50 participantes, para 32 participantes.

Recomenda-se, para estudos futuros, que haja o delineamento da pesquisa, com a observação além do grupo de interesse (mulheres idosas praticantes de atividades físicas), um grupo controle, na finalidade de comparação direta de resultados, bem como estudos comparativos da autoestima da mulher ao longo dos anos, desde a fase da infância à velhice. Ainda, sugere-se a realização de um

estudo qualitativo, relacionado à questão da autoestima e autoimagem da mulher idosa, frente ao cenário da pandemia de COVID-19.

Vale ressaltar também, como especificado na metodologia, que o planejamento amostral não foi trabalhado de maneira probabilística, pois se trata de uma análise exploratória. Sendo assim, também é de importância, que para se obter conclusões à uma determinada população, a amostra deverá seguir requisitos estatísticos de probabilidade e amostragem.

## REFERÊNCIA

- ALVARENGA, Darlan; BRITO, Carlos. 1 em cada 4 brasileiros terá mais de 65 anos em 2060, aponta IBGE. **G1**, 25 jul 2018. Disponível em: <<https://g1.globo.com/economia/noticia/2018/07/25/1-em-cada-4-brasileiros-teramais-de-65-anos-em-2060-aponta-ibge.ghtml>> Acesso em: 16 de dezembro de 2020.
- ALVES, José Eustáquio Diniz. Envelhecimento populacional no Brasil e no mundo. **Revista Longeiver**, 2019.
- APPOLINÁRIO, F. **Dicionário de Metodologia Científica**: um guia prático para a produção do conhecimento científico. São Paulo: Atlas, 2007.
- BALTES, Paul B.; SMITH, Jacqui. **New frontiers in the future of aging**: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, v. 49, n. 2, p. 123-135, 2003.
- BANDEIRA, L; Melo, H. P; Pinheiro, L. S. “Mulheres em dados: o que informa a PNAD/IBGE”, 2008. in **Observatório Brasil da Igualdade de Gênero**, julho, 2010, p. 107- 119.
- BRASIL. **Estatuto do Idoso**: Lei Federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003.
- BRASIL. Ministério da Justiça. **Política Nacional do Idoso**: Lei nº 8.842, de janeiro de 1994. Brasília, DF: Imprensa Nacional, 1994.
- CARSTENSEN, Laura L. Social and emotional patterns in adulthood: support for socioemotional selectivity theory. **Psychology and aging**, v. 7, n. 3, p. 331, 1992.
- DA FONSECA, João José Saraiva. **Apostila de metodologia da pesquisa científica**. João José Saraiva da Fonseca, 2002.
- FLECK, M.P.A. et al. A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais de saúde. Porto Alegre: **Artmed**, 2008.
- FREITAS, E.V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. 1666 p.
- MARTINS, Gilberto de Andrade. **Estudo de Caso. Uma Estratégia de Pesquisa**. 2ª Ed. São Paulo, Atlas, 2008.

MAXIMIANO-BARRETO, Madson Alan et al. A feminização da velhice: uma abordagem biopsicossocial do fenômeno. **Interfaces Científicas-Humanas e Sociais**, v. 8, n. 2, p. 239-252, 2019.

MEIRA, Saulo Sacramento et al. Autoestima e fatores associados às condições sociais em idosos. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 9, n. 3, p. 738-744, 2017.

MOSQUERA, J.J.M. Autoimagem e autoestima: sentido para a vida humana. Porto Alegre: **Estudos Leopoldenses**, 1976.

NERI, Anita Liberalesso. **Palavras-chave em Gerontologia**. 3ª ed. Campinas: Alínea, 2008.

NICODEMO, D.; GODOI, M. P. Juventude dos anos 60-70 e envelhecimento: estudo de casos sobre feminização e direitos de mulheres idosas. **Revista Ciência em Extensão**, v.6, n.1, 2010.

PEDRO, W. J. A. Reflexões sobre a promoção do Envelhecimento Ativo. **Kairós Gerontologia**, v.16, n. 5, p.09-32. 2013.

ROSENBERG, M. Society and the adolescent self image. Princeton: **Princeton University Press**, 1965.

ROWE, J.W.; KAHN, R.L. Successful aging 2.0: conceptual expansions for the 21st century. **The Journals of Gerontology: Series B**, v. 70, n. 4, p. 593-96, 2015.

SALGADO, C. D. S. **Mulher idosa**: a feminilização da velhice. Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento, v. 4, 2002.

SEIDL, Eliane Maria Fleury; ZANNON, Célia Maria Lana da Costa. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de saúde pública**, v. 20, p. 580-588, 2004

SIANI S. R, CORREA D. A.; LAS CASAS A. L. Fenomenologia, método fenomenológico e pesquisa empírica: o instigante universo da construção de conhecimento esquadrihada na experiência de vida. **Rev Adm UNIMEP**. 2016;14(1):193- 219.

SILVA, Marcelo José de Souza; SCHRAIBER, Lilia Blima; MOTA, André. O conceito de saúde na Saúde Coletiva: contribuições a partir da crítica social e histórica da produção científica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, p. e290102, 2019.

PINQUART, Martin; SÖRENSEN, Silvia. Gender differences in self-concept and psychological well-being in old age: A meta-analysis. **The Journals of Gerontology Series B: Psychological sciences and social sciences**, v. 56, n. 4, p. P195-P213, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. New York: **WHO**, 1946. Disponível em: <[https://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf)>. Acesso em 17 de dezembro de 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Resumo: Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**. 2015.

ZANI, R. Beleza & auto-estima. Rio de Janeiro: **Revinter**, 1998.

## **APÊNDICE**

### **APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista com o profissional**

Poderia nos descrever em linhas gerais:

1. Histórico do Projeto no Município e a vinculação com área da saúde e saúde da pessoa idosa;
2. Público Alvo;
3. Recursos Humanos envolvidos (equipe de trabalho);
4. Ações;
5. Resultados;

**APÊNDICE B - Roteiro da Entrevista (participantes)**

## PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E AUTO-PERCEPÇÃO

IDADE	ANOS				
SEXO	MASCULINO		FEMININO		
RAÇA ETNIA					
ESTADO CIVIL	SOLTEIRO	CASADO	VIÚVO	DIVORCIADO	OUTROS
RELIGIÃO					
COM QUE O SENHOR MORA					
NÚMERO DE FILHOS					
COM QUE FREQUÊNCIA É VISITADO POR FILHOS OU PARENTES					
SENTE-SE SÓ EM ALGUM MOMENTO	SEMPRE	MUITAS VEZES	ALGUMAS VEZES	RARAMENTE	NUNCA
ESCOLARIDADE	ANALFABETO	SABE LER/ESCREVER	ENSINO PRIMÁRIO	ENSINO SECUNDÁRIO	ENSINO SUPERIOR
COMO O SR (a) CLASSIFICA A SUA SITUAÇÃO ECONÓMICA?		MÁ	MÉDIA	BOA	OUTRA
QUAL A SUA ATUAL SITUAÇÃO?		TRABALHO	APOSENTADO		OUTRO

			PENSIONIST A		
PODERIA DECLARAR QUAL SUA RENDA MÉDIA MENSAL?					
COMO CONSIDERA O SEU ESTADO GERAL DE SUA SAÚDE?	MUITO MÁ	MA	NEM BOA NEM MÁ	BOA	MUITO BOA
Realiza algum tipo de atividade	FÍSICA	CULTURA L	RELIGIOS A		

## ANEXO

### ANEXO 1 - Questionário de Autoestima de Rosenberg (1965):

A seguir apresenta-se um conjunto de questões. Solicita-se que indique seu grau de concordância. Como a Senhora avalia estas questões:

<b>a) De uma forma geral (apesar de tudo), estou satisfeito(a) comigo mesmo(a).</b>			
1 <i>Concordo plenamente</i>	2 <i>Concordo</i>	3 <i>Discordo</i>	4 <i>Discordo plenamente</i>
<b>b) Às vezes, eu acho que eu não sirvo para nada (desqualificado(a) ou inferior em relação aos outros).</b>			
1 <i>Concordo plenamente</i>	2 <i>Concordo</i>	3 <i>Discordo</i>	4 <i>Discordo plenamente</i>
<b>c) Eu sinto que eu tenho um tanto (um número) de boas qualidades.</b>			
1 <i>Concordo plenamente</i>	2 <i>Concordo</i>	3 <i>Discordo</i>	4 <i>Discordo plenamente</i>
<b>d) Eu sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das outras pessoas(desde que me ensinadas).</b>			

1 Concordo plenamente	2 Concordo	3 Discordo	4 Discordo plenamente
<b>e) Não sinto satisfação nas coisas que realizei. Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar.</b>			
1 Concordo plenamente	2 Concordo	3 Discordo	4 Discordo plenamente
<b>f) Às vezes, eu realmente me sinto inútil (incapaz de fazer as coisas).</b>			
1 Concordo plenamente	2 Concordo	3 Discordo	4 Discordo plenamente
<b>g) Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano igual (num mesmo nível) às outras pessoas.</b>			
1 Concordo plenamente	2 Concordo	3 Discordo	4 Discordo plenamente
<b>h) Não me dou o devido valor. Gostaria de ter mais respeito por mim mesmo(a).</b>			
1 Concordo plenamente	2 Concordo	3 Discordo	4 Discordo plenamente

**ANEXO 2 - Termo de consentimento livre e esclarecido (participantes profissionais)****Você está sendo convidado para participar da pesquisa “A AUTOIMAGEM E A AUTOESTIMA: PERCEPÇÕES DE MULHERES IDOSAS USUÁRIAS DE UM SERVIÇO DE SAÚDE.**

O objetivo geral deste estudo: realizar um estudo de caso sobre aspectos psicossociais - autoimagem e autoestima -, junto a um grupo de mulheres participantes de um serviço público de saúde, de um município do interior do estado de São Paulo. Completam ainda os objetivos: a) Caracterizar o trabalho realizado junto ao serviço municipal de saúde, no âmbito da saúde da pessoa idosa, de um município do interior do Estado de São Paulo; b) Investigar aspectos da autoestima e da autoimagem de um grupo de mulheres idosas, usuárias de um serviço público de saúde, explorando dimensões subjetivas e sociais. Trata-se de um trabalho de conclusão de Curso de Graduação em Gerontologia, desenvolvida pela estudante Anabel Machado Cardoso, com a Supervisão do Prof. Dr. Wilson José Alves Pedro.

Você foi escolhido por participar de um trabalho junto à Secretaria Municipal de Saúde ao qual se vincula. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento o (a) senhor (a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. A sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os dados.

Sua participação nesta pesquisa consistirá na realização de uma entrevista semiestruturada, com questões abertas sobre o tema em estudo. Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos e, em nenhum momento, será divulgado seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada.

A participação nesta pesquisa oferece riscos mínimos imediatos, ou seja, são riscos subjetivos, pois algumas perguntas podem remeter a algum desconforto, evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis ou levar a um leve cansaço após responder o questionário. Caso algumas dessas possibilidades ocorram, a senhora poderá optar pela suspensão imediata da coleta de dados. Você não terá nenhum custo ou compensação financeira ao participar do estudo. Entretanto, todas as

despesas com o transporte decorrentes da sua participação na pesquisa, quando for o caso, serão ressarcidas no dia da coleta.

Este trabalho não trará nenhum benefício direto ao participante em curto prazo, mas contribuirá na ampliação do conhecimento sobre a temática em estudo.

Informações sobre o acompanhamento da pesquisa e para contato quando necessário Prof. Dr. Wilson José Alves Pedro: (16) 997555556 wilsonpedro@ufscar.br

Você receberá uma via deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento com o Prof. Dr. Wilson José Alves Pedro. Departamento de Gerontologia/ UFSCar, Rod. Washington Luís, Km 235, São Carlos/SP Fone: (16) 33066669, e-mail wilsonpedro@ufscar.br.

**Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.**

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

São Carlos, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

**ANEXO 3: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (participantes com sessenta anos ou mais)**

**Você está sendo convidado para participar da pesquisa “A AUTOIMAGEM E A AUTOESTIMA: PERCEPÇÕES DE MULHERES IDOSAS USUÁRIAS DE UM SERVIÇO DE SAÚDE**

O objetivo geral deste estudo: realizar um estudo de caso sobre aspectos psicossociais - autoimagem e autoestima -, junto a um grupo de mulheres participantes de um serviço público de saúde, de um município do interior do estado de São Paulo. Completam ainda os objetivos: a) Caracterizar o trabalho realizado junto ao serviço municipal de saúde, no âmbito da saúde da pessoa idosa, de um município do interior do Estado de São Paulo; b) Investigar aspectos da autoestima e da autoimagem de um grupo de mulheres idosas, usuárias de um serviço público de saúde, explorando dimensões subjetivas e sociais. Trata-se de um trabalho de conclusão de Curso de Graduação em Gerontologia, desenvolvida pela estudante Anabel Machado Cardoso, com a Supervisão do Prof. Dr. Wilson José Alves Pedro.

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento o (a) senhor (a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. A sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os dados.

Sua participação nesta pesquisa consistirá na realização de uma entrevista semiestruturada, com questões abertas sobre o tema em estudo e resposta a um questionário. Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos e, em nenhum momento, será divulgado seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada.

A participação nesta pesquisa oferece riscos mínimos imediatos à senhora, ou seja, riscos subjetivos, pois algumas perguntas podem remeter a algum desconforto, evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis ou levar a um leve cansaço após responder o questionário. Caso algumas dessas possibilidades ocorram, a senhora poderá optar pela suspensão imediata da coleta de dados. A

senhora não terá nenhum custo ou compensação financeira ao participar do estudo. Entretanto, todas as despesas com o transporte decorrentes da sua participação na pesquisa, quando for o caso, serão ressarcidas no dia da coleta.

Este trabalho não trará nenhum benefício direto ao participante em curto prazo, mas contribuirá na ampliação do conhecimento sobre a temática em estudo.

Informações sobre o acompanhamento da pesquisa e para contato quando necessário Prof. Dr. Wilson José Alves Pedro: (16) 997555556 wilsonpedro@ufscar.br

Você receberá uma via deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento com o Prof. Dr. Wilson José Alves Pedro. Departamento de

Gerontologia/ UFSCar, Rod. Washington Luís, Km 235, São Carlos/SP Fone: (16) 33066669, e-mail wilsonpedro@ufsca.br.

**Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.**

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

São Carlos, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador