UNIVERSIDADE DE LISBOA
Faculdade de Medicina de Lisboa

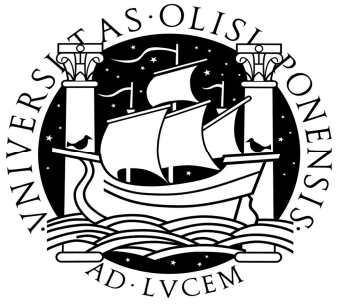
O AUTOCONCEITO DOS IDOSOS

Ana Paula de Melo Figueiredo Rocha

Mestrado em Psicogerontologia

Lisboa, 2007

UNIVERSIDADE DE LISBOA
Faculdade de Medicina de Lisboa



O AUTOCONCEITO DOS IDOSOS

Ana Paula de Melo Figueiredo Rocha

Mestrado em Psicogerontologia

Dissertação orientada pela Professora Doutora Maria Lisete B. de Meneses Parreira de Bruges
Co-orientada pelo Professor Doutor António Barbosa

UNIVERSIDADE DE LISBOA
Faculdade de Medicina de Lisboa

O AUTOCONCEITO DOS IDOSOS

Ana Paula de Melo Figueiredo Rocha

Mestrado em Psicogerontologia

Dissertação orientada pela Professora Doutora Maria Lisete B. de Meneses Parreira de Bruges
Co-orientada pelo Professor Doutor António Barbosa

Todas as afirmações efectuadas no presente documento são da exclusiva responsabilidade do seu autor, não cabendo qualquer responsabilidade à Faculdade de Medicina de Lisboa pelos conteúdos apresentados.

A impressão desta dissertação foi aprovada pela Comissão Coordenadora do Conselho Cientifico da Faculdade de Medicinca de Lisboa em reunião de 18 de Março de 2008.

Dedico este trabalho
ao Helder, à Ana e à Carolina
pelo tempo que lhes foi privado.

Agradecimentos

- À Professora Doutora Lisete Bruges, pela sua paciência, persistência e orientação.
- Ao Professor Doutor António Barbosa pela disponibilidade.
- À Professora Doutora Rosa Ferreira Novo pela cedência da Escala de Autoconceito.
- Ao Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Angra do Heroísmo por autorizar a recolha de dados na sua instituição.
- Ao Conselho de Administração do Centro de Saúde de Angra do Heroísmo por facultar a lista de utentes com 65 e mais anos.
- À Dr.ª Sabina e Dr.ª Ana Cristina pelo apoio na organização da recolha de dados no Lar de Idosos.
- Às encarregadas de piso do Lar, pela preciosa ajuda na localização dos idosos seleccionados.
- Aos Párocos das freguesias em estudo pela divulgação do estudo, na eucaristia dominical.
- Ao Professor José Manuel Marques pelas suas informações na área da estatística.
- À enfermeira Ana Cristina Dias pela sua disponibilidade no esclarecimento de dúvidas e constante apoio.
- À Olga Costa pelo apoio prestado na localização dos idosos na Freguesia dos Altares.
- À Escola Superior de Enfermagem de Angra do Heroísmo por permitir a frequência deste Mestrado.
- À minha mãe e irmã por todo o apoio dado.
- Ao meu marido, um agradecimento especial por nunca me ter deixado desistir e me substituir na minha ausência.
- A todas as pessoas que aceitaram participar, neste estudo, sem as quais este seria impossível de se realizar.

A todos, o meu sincero e reconhecido agradecimento.

Resumo

O autoconceito é um produto estrutural de actividade reflexiva, que é sujeito a mudanças quando o indivíduo enfrenta novos papeis, situações ou transições do curso normal da vida. Tem um papel importante na organização dos dados das experiências de vida, actuando na codificação e elaboração do conhecimento, ao atribuir significado à informação proveniente do meio. É definido como a percepção que cada indivíduo tem de si e está ligado ao bem-estar, o que no idoso tem particular importância pois, de certo modo, condiciona o processo de envelhecimento. Este estudo foi realizado com 267 idosos da Ilha Terceira, Açores, sem défices cognitivos, com idades compreendidas entre os 65 e 94 anos, dos quais 79% residem na comunidade e 21% no lar. Para o efeito utilizou-se a Tennessee Self-Concept Scale, e tivemos como objectivo avaliar o autoconceito e respectivas dimensões do idoso em contexto familiar e institucional. É um estudo quantitativo do tipo descritivo de correlação. Como principais resultados obtivemos: os idosos que residem no lar evidenciam valores de autoconceito mais elevados que os da comunidade; os idosos que referiram maior número de patologias são os que detêm valores mais elevados de autoconceito; as mulheres idosas têm melhor autoconceito que os homens; o autoconceito relaciona-se parcialmente de forma positiva com a idade e o nível de autocrítica entre os idosos é baixo. No que concerne às dimensões do autoconceito, a identidade é a dimensão interna mais baixa em todos os contextos. Quanto às dimensões externas, a mais elevada, em ambos os contextos é o autoconceito familiar enquanto que as mais baixas são o autoconceito físico e o pessoal para o lar e comunidade respectivamente.

Palavras-Chave: idoso; autoconceito; comunidade; institucionalização; *self*.

ABSTRACT

The self-concept is a reflexive activity product that changes whenever the individual face new roles, situations or life course transitions. Has an important role in organization, recoding and storage the knowledge from daily life experiences, producing new significant knowledge with the new environmental information received. It is defined has the individual perception about him or herself being connected to the well-being sense wich is important in the aging process. This study took place, at Terceira Island, Azores, and was applied in 267 elderly without cognitive deficits, with ages between 65 and 94, 79% lives in their homes and 19% are institutionalized. This is a quantitative descriptive correlacional study. The aim was evaluate the elderly self-concept for which we use the Tennessee Self-Concept Scale. The principals results were: the highest self-concept was found on institutionalized elderly, and in the ones that report more illness. The women show a highest self-concept then men; the self-concept it is partially related to age and the self criticism is lower in this group. The identity was the lower internal dimensions in both contexts. The familiar self-concept is the highest external dimensions in both context, as the lower we found physical self-concept and personal self-concept to the institutionalized and community doweling elderly.

Key-words: elderly; self-concept; community; institutionalization; *self*.

SIGLAS E ABREVIATURAS

et al – e outros

INE – Instituto Nacional de estatística

NT – Nota do tradutor

p. - página

pp. - páginas

OMS – Organização Mundial de Saúde.

TSCS – Teneessee Self-Concept Scale

MMPI – Minnesota Multiphasia Personality Inventory

MMSE – Mini-Mental State Examination

ÍNDICE

PARTE I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....16
INTRODUÇÃO.....17
CAPÍTULO I – O ENVELHECIMENTO E A PESSOA IDOSA.....25
1.1 – Breves considerações sobre o Envelhecimento.....25
1.2 – Conceito de Idade.....33
1.3 – Características da Pessoa Idosa.....37
1.3.1 – Aspectos Biológicos do Idoso.....38
1.3.2 – Aspectos Psicológicos do Idoso.....40
1.3.3 – Aspectos Sociais do Idoso.....42
CAPÍTULO II – AUTOCONCEITO.....45
2.1 – Evolução do conceito.....46
2.2- Componentes do autoconceito.....59
2.3 – Estrutura do autoconceito.....61
2.4 – Dimensões do autoconceito.....64
PARTE II – CONTRIBUTO PESSOAL.....72
CAPITULO I – O AUTOCONCEITO E O IDOSO.....73
1.1– Perspectiva de outros autores.....73
1.2– Modelo de Análise.....87
1.3 – Objectivos e hipóteses.....90
1.3.1 – Objectivos.....90
1.3.2 – Hipóteses.....91
CAPÍTULO II - METODOLOGIA.....92
2.1 – Tipo de Estudo.....92
2.2 - População.....93
2.3 – Selecção do Meio.....95
2.4 – Aspectos Éticos.....95
2.5 – Operacionalização das Variavéis.....96
2.6 – Processo de Recolha de Dados.....98
2.6.1 – Instrumento de recolha de dados.....98
2.6.2 – Plano de colheita de dados.....104
2.7 – Plano de Análise de Dados.....106
CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....109
3.1- Consistência Interna da Escala TSCS.....109

3.2 – Caracterização da Amostra.....111
3.3 - Dimensões do autoconceito 120
3.4 - Análise inferencial 130
CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 137
CAPÍTULO V - CONCLUSÃO.....147
5.1 - Conclusões 148
5.2 – Limitações do estudo.....149
5.3 - Implicações 150
5.4 - Recomendações.....152
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS 153
ANEXOS
ANEXO I – Termo de consentimento Informado
ANEXO II – Instrumento de Recolha de Dados
ANEXO III – Profile Sheet e Score Sheet da TSCS

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro1 – Definição operacional das variáveis autoconceito e idoso ……97
Quadro 2 – Relação do número dos itens a que corresponde as diferentes dimensões da TSCS e escala de autocrítica 103
Quadro 3 – Resultados do teste de normalidade dos coeficientes de assimetria e achatamento 107
Quadro 4 – Coeficiente de *alpha* de Cronbach da TSCS 110
Quadro 5 – Correlação das dimensões internas da TSCS 110
Quadro 6 – Correlação das dimensões externas da TSCS 111
Quadro 7 – Medidas de tendência central e de dispersão para a idade 113
Quadro 8 – Medidas de tendência central e de dispersão para o nº de elementos do agregado familiar 115
Quadro 9 – Medidas tendência central e de dispersão para o tempo de reforma 118
Quadro 10 – Medidas de tendência central e de dispersão para o tempo de residência no lar 119
Quadro 11 – Medidas de tendência central e de dispersão do autoconceito total 121
Quadro 12 – Medidas de tendência central e de dispersão para a dimensão identidade 122
Quadro 13 – Medidas de tendência central e de dispersão para a dimensão satisfação 122
Quadro 14 – Medidas de tendência central e de dispersão para a dimensão comportamento 123
Quadro 15 – Medidas de tendência central e de dispersão para a dimensão autoconceito físico 124
Quadro 16 – Medidas de tendência central e de dispersão para a dimensão autoconceito ético-moral 124
Quadro 17 – Medidas de tendência central e de dispersão para a dimensão autoconceito pessoal 125
Quadro18 – Medidas de tendência central e de dispersão para o autoconceito familiar 126
Quadro 19 – Medidas de tendência central e de dispersão para o autoconceito social 126

Quadro 20 – Medidas de tendência central e de dispersão para a escala de autocrítica 127
Quadro 21 – Medidas descritivas referentes às dimensões e ao global da escada TSCS na população total 128
Quadro 22 – Medidas descritivas referentes às dimensões e ao global da escada TSCS na população residente na comunidade..... 129
Quadro 23 – Medidas descritivas referentes às dimensões e ao global da escada TSCS na população residente no lar..... 129
Quadro 24 – Comparação do autoconceito dos idosos em função do tipo de Residência (teste U de Mann-Wnitney)..... 131
Quadro 25 – Comparação do autoconceito dos idosos em função do género (teste U de Mann-Whitney) 132
Quadro 26 – Correlação do autoconceito dos idosos com a idade (coeficiente de Spear-man e teste de significância) 133
Quadro 27 – Correlação do autoconceito dos idosos com o número total de patologias (coeficiente de Spearman e teste de significância) 134
Quadro 28 – Correlação do autoconceito dos idosos com o tempo de residência no Lar (coeficiente de Spearman e teste de significância..... 135
Quadro 29 – Correlação do autoconceito dos idosos com a autocrítica (coeficiente de Spearman e teste de significância)..... 136

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da população segundo o local de residência 111
Tabela 2 – Distribuição da população segundo os grupos etários e o local de residência..... ……..112
Tabela 3 – Distribuição da população segundo o género e o local de residência..... 113
Tabela 4 – Distribuição da população segundo o estado civil e o local de residência 114
Tabela 5 – Distribuição do n.º de elementos do agregado familiar 115
Tabela 6 – Distribuição da população segundo as habilitações académicas e o local de residência ..... ….116
Tabela 7 – Distribuição da população segundo o tipo de Profissão e local de residência 117
Tabela 8 – Distribuição da população reformada segundo o tempo de reforma e o local de residência 118
Tabela 9 – Distribuição da população residente no lar segundo o tempo de residência no lar 119
Tabela 10 – Distribuição da população segundo o número total de patologias 120

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Diagrama Conceptual do estudo "*O Autoconceito dos Idosos*" 88

PARTE I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

INTRODUÇÃO

As Nações Unidas, na Segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, realizada em Madrid, em Abril de 2002, adoptaram um Plano de Acção Internacional sobre o Envelhecimento. O plano responde às oportunidades e aos desafios do envelhecimento da pessoa e da população. A responsabilidade de implementar esse Plano de Acção recai nos Governos, com o apoio e colaboração da sociedade civil.

Uma das prioridades desse plano é promover a saúde e o bem-estar na velhice, pois sabe-se que a população mundial está a envelhecer a um ritmo acelerado, devido à diminuição da taxa de fecundidade e aos avanços científicos observados na segunda metade do século XX o que permitiu um aumento da esperança de vida. Com uma taxa de crescimento anual da população idosa, estimada em cerca de 3.5% para as duas primeiras décadas deste século, o total de pessoas com 60 anos ou mais, atingirá os 194 milhões. Crescendo esse número para 292 milhões até metade do século XXI, segundo dados da Organização Pan-América e da Organização Mundial de Saúde.[85]

Esta tendência tem repercussões na Saúde Pública, devido à sobrecarga dos serviços existentes e à possível concorrência dos poucos recursos entre as gerações. Para se poder tirar partido dos recursos, deverá haver; informação para a formulação de políticas, planos e programas; modelos para a criação de uma linha contínua de serviços que proporcionem cuidados baseados no contexto da comunidade; e coordenação regional para facilitar entre os diferentes países o planeamento e a avaliação desses recursos.[85] Daí que, os estudos, acerca do envelhecimento e sobre os idosos, tenham aumentado consideravelmente nestes últimos anos.

O envelhecimento da população, não deve ser encarado como uma crise, uma vez que as pessoas idosas sadias contribuem significativamente para o desenvolvimento das

suas famílias e comunidades. O envelhecimento e o bem-estar da pessoa idosa, são inseparáveis do processo de desenvolvimento humano pelo que investir na promoção da saúde na velhice e adiar o início de doenças ou formas de incapacidade, significarão não somente um triunfo para a Saúde Pública, mas também um contributo para o desenvolvimento do país. Assim há que adoptar um novo paradigma para o envelhecimento, formulando planos para uma sociedade envelhecida.[85]

Um aspecto integrante do Primeiro Plano de Acção Internacional das Nações Unidas sobre o Envelhecimento, de 1982 e que continua tendo um papel importante no Plano Internacional sobre o Envelhecimento, é encarar o envelhecimento de uma maneira positiva.

O trabalho junto dos meios de divulgação, para desfazer os mitos sobre o envelhecer é essencial para promover imagens de pessoas mais velhas que cuidam de si mesmas, que são produtivas e que contribuem de diversas maneiras para o desenvolvimento da sociedade.[85]

Em Portugal, apesar de se enfrentar a mesma realidade das sociedades ocidentais mais desenvolvidas, só recentemente a sociedade se começou a preocupar com os idosos. Tendo em conta as projecções do Departamento de Estatística da União Europeia (Eurostat), Portugal será o quarto país da União Europeia com maior número de idosos, prevendo-se que a sua percentagem duplique entre 2004 e 2050, atingindo os 31.9% da população.[95]

Apesar de ser inegável que o envelhecimento é um período de perdas, a verdade é que tem-se dado pouca atenção às medidas preventivas, no sentido de controlar e reduzir essas mesmas perdas. Normalmente são acentuados os efeitos negativos da velhice em detrimento das características da pessoa que envelhece, que é, até ao fim da sua vida uma pessoa em desenvolvimento.[35]

Mas, o envelhecimento foi desde sempre motivo de reflexão dos homens e ao longo dos tempos, quer o conceito de envelhecimento quer as atitudes perante os idosos têm vindo a mudar, reflectindo os conhecimentos científicos da época. Assim a criação de uma nova disciplina, a Gerontologia, começou a ganhar terreno na década de 80 e o envelhecimento começou a ser estudado numa perspectiva múltipla, integrando várias ciências.[90]

Um dos problemas psicológicos mais sérios que o envelhecer apresenta, segundo Rosa, [102] é o da preservação da própria identidade do indivíduo. O EU (ou a identidade) é, segundo Paúl [90], uma noção importante da personalidade, uma vez que reflecte a adaptação do indivíduo ao envelhecimento, e está directamente relacionada com o autoconceito. Quer o autoconceito quer a auto-estima fazem parte da nossa personalidade. Lima [71] refere que os estudos indicam, que estes dois construtos são fundamentais na nossa vida, porque estão relacionados com o sucesso e o bem-estar. "*Acreditar e gostar de nós mesmos torna-nos mais felizes, pessoal e profissionalmente, e mais resistentes à rejeição*" (p:107).

O autoconceito é um construto comum nas ciências sociais, em geral, e na ciência psicológica em particular. [82]

Segundo Roid e Fitts[100] (p. 33) o autoconceito é definido como " … *a multifaceted set of perceptions and expectations concerning an individual's competencies, limitations, typical behavior, relationships with others, and feelings of positive or negative personal worth."*[I].

Numa perspectiva de desenvolvimento, e tendo em conta a opinião de Baumeister, [9] o estudo do autoconceito assume particular relevância, uma vez que permite compreender a relação entre o comportamento social e o desenvolvimento cognitivo, proporcionando elevados níveis de satisfação.

[I] NT – "…um conjunto de percepções multifacetadas e expectativas do indivíduo relacionadas com a competência, limitações, comportamento habitual, relações com os outros e sentimentos de valorização negativos ou positivos."

Embora o bem-estar seja consequência de múltiplos factores, Linda George[47], afirma que o autoconceito positivo é considerado não só como antecedente do bem-estar, mas também como mediador das estruturas sociais que afectam a qualidade de vida.

De acordo com Rosenberg e Kaplan[104] e Mead,[78] o autoconceito é um produto da sociedade pois é constituído com base nas relações sociais pessoais, e influenciado constantemente pelas experiências que condicionam os pensamentos e o comportamento. Ao que Stets e Burke (2003) citados em Hattie[54] acrescentam, o facto de ser constituído pela soma dos pensamentos, emoções e imaginação acerca do que somos.

Roid e Fitts[100] acrescentam que o autoconceito influencia, em níveis muito elevados, o comportamento do indivíduo encontrando-se também este directamente relacionado com a saúde mental e a personalidade do próprio.

O autoconceito deve ser visto como uma variável multidimensional quando em conjunto com aspectos clínicos devendo-se ter sempre em conta o contexto da situação. É um construto multifacetado que é utilizado para examinar como as pessoas se sentem acerca delas mesmas nas mais diversas áreas, e demonstra como a percepção individual está relacionada com uma vasta área de qualidades desejáveis.[98]

Logo, o autoconceito é um corpo de conhecimentos, um construto mental.

As funções básicas do autoconceito podem ser sintetizadas, como são referidas em Harter[53] para organizar, motivar e proteger informação.

É um construto que dá sentido aos diversos acontecimentos da nossa vida, pois o ser humano tem capacidade para reflectir acerca dele próprio, sendo os seus pensamentos e acções alvo de reflexão. Estas funções não são processos isolados operando independentemente mas sim complementares uns dos outros actuando simultaneamente.[58,73]

A literatura sobre o autoconceito é um pouco confusa devido à não uniformidade dos termos que utiliza.[54,82,110] Para uns autores, o autoconceito é uma parte do *self*,[II] para outros, é considerado como o próprio *self*, e ainda para outros, é considerado como a auto-estima.

Para a psicologia social, o autoconceito é uma parte do *self*, construído socialmente, uma vez que as pessoas não conseguem ter a percepção de si sem a presença dos outros.[78]

Linda George[47]defende que o *autoconceito* tem algo de protector no envelhecimento, assumindo que: *" a) o processo de envelhecimento e doenças afectam o autoconceito; b) a perca de papéis inerentes ao processo de envelhecimento coloca o autoconceito em risco; c) os estereótipos negativos acerca do envelhecimento/idoso, que são corroborados quer pelos jovens quer pelos próprios idosos, cria uma atmosfera facilitadora de uma diminuição do autoconceito quando comparados com a dita norma"* (p:11).

Na pessoa idosa, os níveis de autoconceito (positivos ou negativos) podem conduzir por um lado a um envelhecimento com sucesso ou por outro, a um envelhecimento difícil e penoso. Alguns estudos apontam no sentido da morbilidade ser um factor que interfere no autoconceito, quer pela sua cronicíssidade, quer pela diminuição da funcionalidade que pode provocar, não facilitando o processo de envelhecimento com sucesso.

A visão da sociedade sobre a velhice, sobre o processo de envelhecimento e a percepção que cada idoso faz de si próprio (autoconceito) são factores que irão condicionar os comportamentos e atitudes dos mais velhos.

Logo, como já foi referido, o autoconceito tem um papel primordial no bem-estar da pessoa.

Nos Açores, os idosos não são diferentes dos idosos dos outros países, apesar da taxa de envelhecimento ser menor do que em Portugal Continental, os idosos encontram-se

[II] Como a literatura é divergente acerca da definição de *self*, no nosso estudo ele refere-se à pessoa na sua totalidade.

distribuídos quer nas suas casas ou em casa de familiares na comunidade quer institucionalizados quando não têm condições que lhes permitam ficar junto das suas famílias. São um grupo em franca expansão em termos de número e o seu impacto começa a fazer-se sentir, em especial na área da saúde.

Assim e numa tentativa de compreender a forma como os idosos se percepcionam surgiu a elaboração desta tese de mestrado integrado no Mestrado em Psicogerontologia (1ª Edição) ministrado pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, intitulada "O Autoconceito dos Idosos".

A apatia que alguns idosos parecem demonstrar, sem razão biológica ou psicológica que aparentemente a justifique, a entrega a um limitar-se a esperar calmamente pelo "fim", o desapego da vida e o pura e simplesmente querer desistir de viver, fez-nos pensar sobre a percepção que têm deles próprios. Com que pensamentos vivem estes idosos?

Tendo em conta todo o processo de envelhecimento e as alterações a nível biopsicossocial do sujeito, estas por si só não justificam o comportamento passivo de muitos idosos, uma vez que a maioria deles aparentemente transmitem uma sensação de bem-estar e de certa tranquilidade, apesar das perdas que sofreram, e apesar das situações de doença, que padecem.

Os idosos, muitas vezes, adoptam comportamentos dependentes porque existem ainda esteriótipos ligados ao envelhecimento e à própria velhice que são interiorizados pelos próprios, dando a sensação de que a imagem que têm de si é negativa.

Estes sentimentos, foram constatados quer nos idosos em domicílio quer nos idosos institucionalizados, durante o período de exercício profissional, na comunidade, e durante os períodos de ensino clínico com estudantes de enfermagem, numa instituição.

A percepção que temos de nós próprios, pode delinear e condicionar todo o nosso comportamento, possivelmente a apatia e a acomodação estão ligados a imagens negativas,

enquanto que níveis positivos se encontram mais ligados a uma transmissão de calma e serenidade e actividades/interesses.

Considerando os aspectos supracitados colocamos a questão de investigação – Qual o autoconceito dos idosos da Ilha Terceira? – Perspectiva dos Idosos no contexto familiar e no contexto institucional.

Quanto à pertinência do estudo, este tem como finalidade a definição de intervenções a serem implementadas, baseadas nos resultados do presente estudo. Assim, e numa sociedade cada vez mais envelhecida urge saber o que pensam os idosos de si mesmos para que as intervenções sejam o mais adequadas possível, tentando melhorar a qualidade de vida destes na medida em que "*A satisfação das necessidades de população idosa implica intervenções diversificadas e adequadas às exigências de cada um*" (p.161).[77]

Este trabalho encontra-se estruturado em duas partes.

A primeira parte corresponde ao enquadramento conceptual onde se faz uma revisão da bibliografia que foi agrupada em dois capítulos. O envelhecimento e a pessoa idosa, onde se aborda algumas considerações gerais acerca do envelhecimento, o conceito de idade e as características da pessoa idosa. No capítulo do autoconceito referimo-nos à evolução, aos componentes, à estrutura e às dimensões do conceito.

Na segunda parte, contributo pessoal, desenvolve-se o capítulo do autoconceito e o idoso dando-nos a perspectiva do que os autores referem acerca do tema e quais os estudos directamente relacionados com a temática em estudo, seguindo-se o modelo de analise proposto para este estudo e os respectivos objectivos e hipóteses. No segundo capitulo encontramos a metodologia, onde se descreve o tipo de estudo, a população, a selecção do meio, os aspectos éticos, a operacionalidade das variáveis e o processo de recolha de dados com a descrição do instrumento de recolha de dados e o plano de análise dos dados. A apresentação e análise dos resultados encontram-se no capítulo seguinte, onde se analisam os resultados em função dos objectivos e hipóteses preconizadas para o estudo. O capítulo

IV refere-se à discussão dos dados. Na elaboração da conclusão serão abordados os aspectos relacionados com as conclusões, as limitações do estudo e apresentação de estratégias a serem implementadas quer em contexto institucional quer na comunidade, e a proposta de novos estudos.

CAPÍTULO I – O ENVELHECIMENTO E A PESSOA IDOSA

Um dos acontecimentos mais importantes actualmente é o processo de envelhecimento da sociedade a nível mundial. É um fenómeno que afecta de diferentes formas praticamente todos os países.

O processo de envelhecimento faz parte integrante do desenvolvimento humano e é algo individual. Toda a pessoa que envelhece, envelhece de forma diferente do outro e a forma como se encara esse processo difere de cultura para cultura.

Neste capítulo tentamos definir a pessoa idosa fazendo inicialmente uma breve abordagem ao envelhecimento em si, ao conceito de idade e por fim algumas características da pessoa idosa, tendo em conta os aspectos biológicos, psicológicos e sociais mais frequentes.

1.1 – Breves considerações sobre o Envelhecimento

O envelhecimento é um fenómeno universal, encarado com alguma expectativa e apreensão, pelo Homem.[62] Paradoxalmente a velhice é um fenómeno jovem [41], suscitando a curiosidade científica dos investigadores em consequência do mesmo ser uma realidade nos nossos dias.[96]

Uma das aspirações de qualquer sociedade, é o envelhecimento da sua população, uma vez que estas desenvolvem continuamente esforços para prolongar a vida, mas por outro lado é um desafio pois há que manter e oferecer condições adequadas aos idosos para que estes possam ter uma qualidade de vida óptima assim como elevados índices de bem-estar. [62]

Enquanto processo global, o envelhecimento ainda é mal compreendido apesar das múltiplas teorias que existem.[93]

As teorias do envelhecimento podem ser agrupadas, segundo Cavanaugh[21] do seguinte modo, em: teorias das ciências biológicas, teorias das ciências comportamentais (psicológicas) e teorias das ciências sociais.

As teorias do envelhecimento biológico tentam explicar três bio-componentes: 1) a multiplicação de células ao longo do tempo; 2) a incapacidade das células se dividirem e/ou renovarem e 3) o controlo dos processos fisiológicos por material não celular. A "teoria única", ainda não foi desenvolvida de forma a explicar quer os mecanismos quer as causas subjacentes ao fenómeno biológico de envelhecer, assim cada uma das teorias é uma pista para essa mesma explicação. Em suma consideram o envelhecimento como um processo exclusivamente associado às mudanças físicas ou biológicas.[123]

As teorias psicológicas do envelhecimento tiveram um grande desenvolvimento com o aparecimento da disciplina de psicogerontologia e Schroots citado por Cavanaugh, [21] refere que as teorias contemporâneas estão relacionadas com os estudos no âmbito da psicologia do envelhecimento e integram semelhanças quer dos estudos das diferenças de comportamentos entre os grupos de idosos quer dos estudos sobre as condições de vida dos mesmos. Descrevendo algumas mudanças que ocorrem com o tempo e a idade no funcionamento psicológico das pessoas.[123]

As teorias das ciências sociais têm longa tradição nas ciências sociais e tentam dar resposta ao que acontece socialmente ao indivíduo à medida que envelhece, havendo duas linhas de desenvolvimento de teorias: as que se centram na adaptação do indivíduo ao seu próprio processo de envelhecimento e as que relacionam o sistema social das sociedades com o envelhecimento dos seus próprios membros. [67,123]

O envelhecimento, para além de variar de acordo com os estilos de vida, também varia tendo em conta, os meios científicos e tecnológicos, época e cultura.[94]

A velhice instala-se sem que o ser humano se aperceba uma vez que o envelhecimento é feito gradualmente e não de uma forma brusca, [62] o que leva Pimentel[94] a

referir que um dos dramas do envelhecimento é o desacordo que existe entre o que é sentido pelo próprio e a imagem que os outros fazem dele.

Este pensamento vem de encontro ao que Rothermund e Brandtstädter [105] pensam relativamente ao envelhecimento, que activa quase de imediato estereótipos negativos, e de acordo com esta posição as pessoas tendem a incorporar gradualmente esses estereótipos negativos.

Mas, o envelhecimento pode ser analisado sob duas grandes perspectivas: demográficamente e individualmente.[62,63]

O envelhecimento demográfico está relacionado com o aumento da proporção das pessoas idosas na população total. Segundo a hipótese média da projecção da população mundial, a proporção de jovens irá diminuir ao contrário da população com 65 ou mais anos, que tem um ritmo de crescimento superior. [63]

O factor mais importante que contribui para o envelhecimento da população é a diminuição da taxa de natalidade, ao que se associam outros como: a baixa taxa de mortalidade e os avanços tecnológicos, o que fez com que a esperança de vida aumentasse substancialmente.[90,101]

Mas o envelhecimento demográfico não evolui de forma uniforme em todas as regiões do mundo. Este fenómeno social é um dos desafios mais importantes do século XXI e obriga à reflexão sobre questões com relevância crescente, como a idade da reforma, a qualidade de vida dos idosos e o estatuto dos idosos na sociedade.[63]

Em Portugal, entre 1960 e 2001, houve um decréscimo de cerca de 36% da população jovem e um incremento de 140% da população idosa, representando actualmente a população idosa 16.4% da população total.

Dentro da própria população idosa, o ritmo de crescimento não é homogéneo, havendo um ritmo maior na população de 85 anos e mais, assistindo-se assim a um envelhecimento dentro da população idosa.[63]

Tendo em conta os dados do INE, [63] há características particulares deste grupo populacional, assim, no que concerne às habilitações literárias, a população idosa é a que detém os níveis mais baixos; a maior parte da população vive com o seu cônjuge, apesar da elevada taxa de viuvez; a maioria da população está reformada e situa-se na categoria de doméstica e a diferença entre os dois sexos é grande sendo predominantemente feminina. Daí falar-se com alguma frequência no envelhecimento feminino.

Quanto ao envelhecimento individual este assenta essencialmente na maior longevidade dos indivíduos. Este conceito está inerente ao conceito de envelhecimento biológico, requerendo grande adaptação por parte do indivíduo.[63]

O envelhecimento por ser um processo bastante individualizado, variando entre os indivíduos é um conceito muito complexo e com diferentes significados para diferentes pessoas.[6,35,122]

Este comporta realidades específicas sob o ponto de vista físico, mental e social, sendo de esperar perdas consideráveis nessas dimensões.[36]

Encarando o envelhecimento como um processo altamente individualizado, Paúl,[90] Freud e Riediger[41] e Fonseca[35] defendem que, com o aumento da idade aumentam as diferenças inter-individuais de base, sendo esta variabilidade superior à constatada noutros grupos etários. É que, com a passagem dos anos e a acumulação de experiências, os idosos acentuam em maior grau as suas diferenças de origem, sublinhando as competências ou as incapacidades que a sua base genética, em interacção com o meio, lhe permitem expressarem. Assim, perceber o processo de envelhecimento é compreender de forma holística os aspectos individuais e colectivos da vida e, por sua vez, ter consciência de que as pessoas não envelhecem todas da mesma maneira.

Baltes e Baltes [6] referem-se à definição de envelhecimento como algo, de difícil e muitas vezes evasiva, na medida em que se pretende caracterizar um processo que se

encontra estreitamente conectado com a vida e a morte. Ao que Pimentel [94] acrescenta que o envelhecimento é uma construção social dependendo dos contextos, culturais e históricos.

Reforçando as opiniões acima descritas, Coleman[25], refere que a experiência de envelhecer é um produto que não depende só dos inevitáveis processos biológicos e psicológicos, ou da história de vida particular do indivíduo, mas também como o resultado das atitudes, expectativas e ideais da sociedade e cultura onde o indivíduo se desenvolve e posterioremente envelhece.

Mas o envelhecimento saudável, normal sem patologias é diferente da senescência e das condições patológicas quase que inerentes ao idoso. Não é o envelhecimento por si só que conduz a incapacidades e a doenças, há que compatibilizar o envelhecimento com uma qualidade de vida que permita o envelhecimento com sucesso[96], daí que embora o envelhecimento possa estar associado a certas limitações, não é uma doença.[94]

Evidentemente que o processo de envelhecimento, acarreta um processo degenerativo, mas não implica uma anulação das capacidades. É necessário manter uma imagem realista, pois o que se perde em velocidade pode-se ganhar em experiência.[87]

O envelhecimento positivo deve reflectir uma reacção à mudança, à doença, ao meio ambiente, não se limita à ausência de diminuição de funcionalidade é também um processo multifacetado.[122]

Sendo "…*de admitir que algumas características de envelhecimento se expressem de modo diferente ou dêem lugar a objectivos e a prioridades de vida diversos, dependendo do contexto cultural e das expectativas validadas socialmente para cada género*" (p.577). [82]

Schroots e Birren (1980) citados por Fonseca [35] preconizam três componentes para o envelhecimento: a biológica – senescência que resulta da vulnerabilidade crescente de uma maior probabilidade de morrer; a social – relativa aos papeis sociais que a sociedade preconiza para esta idade e a psicológica – capacidade de auto-regulação e de tomar decisões adaptando-se ao processo de envelhecimento.

A gerodinâmica procura explicar o envelhecimento com base na ocorrência de uma série de mudanças intrínsecas ao próprio indivíduo que levam ao enfraquecimento das suas capacidades e recursos, acabando por conduzi-lo à morte.[35]

Fernandes, Lima e Viegas citados por Fonseca, [35] caracterizam o envelhecimento como um conceito referido à forma como a sociedade contextualiza esta fase do ciclo de vida, como uma construção social inscrita numa dada conjuntura histórica. Como a maior parte dos indivíduos idosos acaba por envelhecer de forma satisfatória, Schroots, Fernandez-Balesteros e Rudingen[108] consideram ser preferível que o estudo do envelhecimento acentue uma perspectiva "salutogénica", focalizada na evolução da competência e capacidade funcional dos idosos, tendo em atenção as influências sócio-económicas e ambientais.

Tendo como padrões de envelhecimento:

- "*O Envelhecimento primário – mudanças intrínsecas irreversíveis;*
- *O Envelhecimento secundário – refere-se às mudanças causadas pela doença que estão correlacionadas com a idade mas que podem ser reversíveis ou prevenidas;*
- *O Envelhecimento terciário – mudanças que siderem de forma precipitada na velhice*" (p.72). [35]

Pelo que "*Envelhecer é simplesmente transitar para uma nova etapa da vida, que deve ser vivida de forma mais positiva, saudável e feliz"* (p.43). [62]

Segundo Birren (1995) citado por Fonseca [35] – "*o estudo do envelhecimento é rico em dados e pobre em teorias, uma colecção vasta de informação desarticulada*" (p.1).

De acordo com as épocas, as culturas e, consequentemente, os modos de vida e os meios científicos, médicos e tecnológicos, assim ocorrem modificações na forma de envelhecer. "*Toda a situação de vida parece exercer uma influência muito mais decisiva do que a idade cronológica*" (p.45).[62]

O envelhecimento refere-se às mudanças regulares que ocorrem em organismos maturos, genéticamente representativos, vivendo em condições ambientais representativas, na medida em que avançam na idade cronológica (Birren e Renner, 1977 citado em Paúl).[89]

Bortz (1989) citado por Paúl[89] (p.17) "… *põe em causa a noção de envelhecimento como sinónimo de fraqueza, fragilidade, depressão, dependência e desanimo, que não considera características inerentes ao envelhecimento, introduzindo a ideia de que a falta de uso é a entidade patológica que actua no organismo humano*."

Mas o envelhecimento ainda é visto como uma trajectória gradual, descendente, com declínio do funcionamento psicológico e cognitivo, falta de controlo sobre o corpo, uma experiência cumulativa de aumento da vulnerabilidade social e emotiva, um sentimento de desânimo, e perda de controlo do meio psicológico.[89]

Actualmente, é aceite que a experiência de envelhecer é um produto não só dependendo dos inevitáveis processos biológicos e psicológicos, ou da história de vida particular do indivíduo, mas também como resultado das atitudes, expectativas e ideais da sociedade e cultura onde o indivíduo se desenvolve e envelhece. [23]

Na cultura Ocidental o envelhecimento ainda é visto como um declínio generalizado, centrado essencialmente no sistema físico, o que faz com que os idosos adoptem uma forma de explicação convencional, muito centrada na deterioração do sistema corporal, diminuição de várias actividades, procura de alívio no apoio médico e a dependência na relação. Estas explicações, mais do que mecanismos psicológicos, são consideradas construções históricas, abertas à mudança e ao longo do tempo, através da auto reflexão e negociação social, deixando um potencial de mudança ao indivíduo, que o torna capaz de criar outros futuros. [89]

O envelhecimento não é mais do que uma etapa do desenvolvimento humano. Uma vez que o ser humano segundo Abeles (1987) citado por Fonseca, [35] desenvolve-se ao longo

de todo o ciclo de vida. Existindo pelo menos quatro premissas identificadas que emergem desta perspectiva:

O desenvolvimento é um processo ao longo de toda a vida – não é limitado a uma idade em particular, mas sim um processo iniciado no nascimento e terminado com a morte. O que implica que qualquer que seja a idade, esta não é completamente compreendida se for isolada das outras idades precedentes;

- O desenvolvimento é multi-dimensional – ocorre interagindo com os diversos domínios humano como o psicológico, o social, o biológico e o funcional. O envelhecimento não é caracterizado por alterações de um único domínio de forma universal.
- O desenvolvimento é multi-direccional – ocorre sequencialmente de forma diferente consoante os indivíduos, tomando rumos diversos.
- O desenvolvimento é multi-determinado – o comportamento dos indivíduos é condicionado pelos diferentes domínios, e qual a influência que tiveram ao longo do seu próprio processo de maturação

Assim, e de acordo com o mesmo autor, à medida que as pessoas envelhecem, alguns acontecimentos podem afectar as suas vidas: alteração em valores e crenças, alterações da ciência e da medicina, alterações nas normas sociais e institucionais, e também acontecimentos dramáticos como guerra, fome, depressão económica tendo um impacto significativo na trajectória do desenvolvimento da pessoa.

O conceito de envelhecimento deve ser compreendido como um processo contínuo, não segmentado em estádios particulares e exclusivos, é defendido por Hayslip e Panek (1989), citados por Fonseca [35], uma vez que existe uma estreita ligação dinâmica, entre o envelhecimento e o desenvolvimento.

A meia-idade deve ser encarada como um período entre a plena condição de adulto e a percepção de se estar a envelhecer. [35]

A inexistência de uma opinião relativamente às fronteiras da meia-idade e velhice é consensual. [35,82,90]

Mas a tentativa de diferenciar etapas ou períodos de idade e identificar marcadores objectivos da passagem do tempo sobre o organismo humano, remete-nos para uma breve abordagem do conceito de idade.

1.2 – Conceito de Idade

A psicologia parte das várias definições de idade para caracterizar as grandes diferenças inter-individuais no processo de envelhecimento.[82]

O envelhecimento, como processo, torna arbitrária a definição de uma idade específica a partir da qual se inicia. A idade é dos índices mais fáceis de determinar, mas por si só não explica nada, sendo apenas um indicador do tempo da vida, mas não uma variável efectiva da dinâmica associada às mudanças com a idade.[82]

Quando pensamos em idade pensamos habitualmente no tempo que vivemos desde que nascemos, e quando nos perguntam a idade que temos, espontaneamente respondemos, aquela que está registada no nosso bilhete de identidade, isto é, a idade cronológica. [35,37]

Para Cavanaugh[21], Novo[82], e Fonseca,[35] a idade cronológica é importante visto tratar-se de um método simples de organização dos acontecimentos mas insuficiente para a compreensão do envelhecimento.

A aceitação da idade cronológica como conceito pertinente para a investigação no âmbito do envelhecimento é questionada por Bernice Neugarten (1994/1996) citada em Novo [82] porque em termos sociais, a definição de uma idade a partir da qual as pessoas são consideradas velhas, obedece a políticas de assistência social que, não podendo ser aplicadas a todos, são restringidas a um grupo delimitado.

A prática comum de designar as pessoas com mais de 65 anos de idade como "velhas", começou na Alemanha na década de 1880, quando Otto von Bismarck escolheu essa idade como a idade de início de certos benefícios de natureza social. [117]

Segundo a Organização Mundial de Saúde, idoso é aquele que já completou 65 anos e nos países em vias de desenvolvimento ou a ONU optou pelos 60 anos devido à esperança de vida ser mais baixa.

Uma das primeiras investigadoras a preocupar-se com esta questão foi Neugarten (1975, 1979) citado por Fonseca[35], tendo estabelecido duas categorias de velhice: os "jovens-idosos" ("*young-old*"), dos 55 aos 75 anos, e os "idosos-idosos" ("*old-old*"), dos 75 anos em diante. Outros autores distinguem, quatro espécies de velhice: velhos jovens (60-69 anos), velhos de mais idade (70-79 anos), velhos-velhos (80-89 anos) e velhos muito velhos (a partir dos 90 anos). [83] Enquanto que o Gabinete de Recenseamento Americano adopta um modelo de agrupamento semelhante ao atrás referido em que os idosos são distribuídos por três grupos; o dos 65 até aos 74 anos; o dos 75 aos 84 anos e o grupo dos de 85 e mais anos.[25]

Os gerontologistas traçam frequentemente demarcações cronológicas mais apuradas no grupo das pessoas em envelhecimento. Podem fazer-se comparações entre "velhos-jovens" e "velhos-velhos" (geralmente abaixo e acima dos 75 anos de idade) ou entre estes grupos e os "velhos-mais velhos" (geralmente 85 anos ou mais). Estas distinções podem ser úteis para identificar diferenças importantes nos níveis de funcionamento e ajudar a limitar generalizações excessivas sobre as características dos idosos. É também importante ter em mente que os indivíduos podem envelhecer mais rapidamente nalgumas dimensões do que noutras (por exemplo, ser "velho" fisicamente, mas mais jovem psicológica ou socialmente).[117]

Independentemente da tipologia adoptada, qualquer classificação da velhice operada apenas com base na idade cronológica diz-nos muito pouco relativamente aos processos diferenciais de envelhecimento. [32,35,90]

A idade cronológica não deverá ser o único factor a ter em conta no envelhecimento. Ser idoso é um conceito relativo e é baseado na forma de sentir, física, mental e social.[82]

Birren e Cunningham (1985) citados por Fonseca, [35] acharam vantajoso proceder à diferenciação de diferentes "categorias" de idade. Assim propuseram três idades: a **idade biológica**: que se refere ao funcionamento dos sistemas vitais do organismo humano sendo importante na forma como os problemas de saúde afectam os indivíduos; **a idade psicológica**: refere-se às capacidades de natureza psicológica que as pessoas utilizam para se adaptarem às mudanças de natureza ambiental, onde se inclui os sentimentos, as cognições, as motivações, a memória, a inteligência e as outras competências que sustentam o controlo pessoal e a auto-estima; **a idade sociocultural**: refere-se ao conjunto específico de papéis sociais que os indivíduos adoptam relativamente como membros da sociedade e à cultura a que pertencem, idade essa que é julgada com base em comportamentos, hábitos, estilos de relacionamento interpessoal.

Isto significa que as pessoas, independentemente da idade cronológica, apresentam outras idades.

Fernandez-Ballesteros [32] opta por introduzir a noção de **idade funcional**, partindo do princípio que o envelhecimento psicológico resulta de um equilíbrio quer entre a estabilidade e a mudança, quer entre crescimento e declínio, havendo algumas funções que necessariamente diminuem de eficácia (sobretudo as de natureza física, a percepção e a memória), outras que estabilizam (como por exemplo a maior parte das variáveis da personalidade) e outras que, na ausência de doença, experimentam um crescimento ao longo de todo o ciclo de vida (ligadas ao uso da experiência e de conhecimentos prévios). Assim entendida, a idade funcional constitui-se como um conjunto de indicadores (capacidade funcional, tempo de reacção, satisfação com a vida, amplitude das redes sociais) que, na

opinião da autora, permitem compreender como se podem criar condições para um envelhecimento satisfatório.

Fonseca[35] refere que este será, provavelmente, o conceito de idade que talvez mais nos ajude a encarar o envelhecimento como algo que é essencialmente do foro do desenvolvimento, pois permite-nos olhar para o envelhecimento como algo capaz de ser optimizado através de intervenções deliberadas e sistemáticas e porque nos permite contrariar a tendência geral existente no sentido da desvalorização das pessoas.

Levet-Gautrat (1985) citado por Pimentel, [94] ainda nos faz referência a uma outra abordagem ao conceito de idade ligado ao conceito de envelhecimento.

- Idade cronológica – tempo que decorre entre o nascimento e o momento presente, diz muito pouco sobre o indivíduo e não é suficiente para o definir;
- Idade jurídica – necessidade social de estabelecer normas e condutas e de determinar qual a idade em que o sujeito assume direitos e deveres perante a sociedade, mas que não corresponde a uma realidade biopsíquica;
- Idade física e biológica – que tem em conta o ritmo a que cada indivíduo envelhece, há que ter prudência quando se atribui uma doença ou deficiência à idade, é que os problemas muitas vezes advêm do ambiente e das condições sócio-economicas-culturais e não da idade propriamente dita;
- Idade psico-afectiva – reflecte a personalidade e as emoções que não tem limites em função da idade cronológica. A maioria das pessoas idosas não se sente velha e não se reconhece como tal, os outros é que reflectem a imagem da sua velhice, tendo como base a sua aparência;
- Idade social – sucessão de papéis que a sociedade atribui corresponde à condição sócio-económica.

Mas o envelhecimento humano nunca poderá ser descrito, explicado ou previsto sem termos em consideração as dimensões biológicas, psicológicas e sociais que lhe estão inerentes.[32,35,63,82,83] É que mais importante do que o tempo, é compreender que o comportamento humano é afectado por experiências que ocorrem durante a passagem desse mesmo tempo e "*O que estudamos no desenvolvimento durante a idade adulta e a velhice é o resultado dos processos que dependem do tempo – ou da idade -, não o resultado da idade em si mesma*" (p.5).[21]

De qualquer forma a idade cronológica é uma referência necessária à investigação, mas quando estudada sozinha, contribui mais para o fracasso dos estudos do que para o seu sucesso havendo sempre a necessidade de se compreender todos os outros tipos e conceitos de idade, para podermos dar suporte explicativo à investigação.[82]

Nos estudos do INE e em Portugal consideram-se pessoas idosas os homens e mulheres com idade igual ou superior a 65 anos, o que coincide com a idade da reforma no nosso país.[63]

1.3 – Características da Pessoa Idosa

É difícil definir a pessoa idosa como alguém pertencente a um grupo diferente dos outros, com características muito particulares e específicas, pelo que qualquer tentativa de o fazer é geralmente muito imprecisa.[94]

Convém referir que, pelo facto de não podermos considerar os idosos como uma categoria homogénea leva-nos a relativizar todas as afirmações que possamos proferir, pois, "*… cada indivíduo idoso tem uma história, uma personalidade e é condicionada por um conjunto de factores que tornam a sua existência única, ainda que partilhe experiências sociais e outras*" (p.63).[94]

Alguém que tem mais idade do que a maioria das pessoas que a rodeiam, e que tem uma experiência de vida e uma memória mais longa, alguém que tem consciência de que o

tempo que lhe resta para viver é mais curto do que o que percorreu até então é a forma como Philibert (1984) citado por Pimentel,[94] procura definir uma pessoa idosa.

Há muito que os 65 anos deixaram de ser um indicador rigoroso para sinalizar o início da velhice, optando-se por considerar a existência de processos de envelhecimento individuais e diferenciados de pessoa para pessoa, tendo em conta as trajectórias de vida a que cada um esteve sujeito. [36]

Na nossa sociedade, não é particularmente fácil estabelecer os limites em que começa e acaba a terceira idade, pois se a idade da reforma (65 anos) era um marco, artificial, mas seguro do início da velhice, hoje em dia já não o é. [94]

No entanto, existem aspectos de ordem biológica, psicológica e social, que ocorrem com maior frequência neste grupo etário, pelo que iremos sumariar alguns deles.

1.3.1 – Aspectos Biológicos do Idoso

Tendo em conta a vertente biológica é evidente que o decorrer do tempo provoca uma série de limitações e diminuição da capacidade funcional, relativamente às outras etapas da vida. O que não impede que a grande maioria das pessoas desfrute de uma vida satisfatória. [87]

É importante relembrar que todos os seres humanos envelhecem mas, o ritmo e a sequência são diferentes. Algumas pessoas demonstram sinais de envelhecimento mesmo antes da idade cronológica preconizada para o efeito, enquanto que outros com uma idade cronológica mais elevada não demonstram sinais de envelhecimento.[35,41,90]

As mudanças corporais são graduais, e os idosos persistem numa "vida normal", mas quando há perda de competências é necessário repensar o quotidiano e as rotinas – acabando a dependência por ser, em muitos casos, fruto de stress.[35]

As alterações fisiológicas que caracterizam o envelhecimento, levam a uma progressiva deterioração quer estrutural quer funcional em todos os órgãos. Mas o que é mais observável são as típicas alterações na aparência; pele enrugada, cabelo branco,

alterações na estatura, diminuição muscular, insegurança no andar, diminuição da acuidade dos órgãos dos sentidos.[41]

Uma das situações mais dramáticas que o ser humano enfrenta é o facto de poder vir a ter de viver com uma doença crónica. Sendo esta definida como uma doença de longo tempo, progressiva que interfere com a função física, psicológica e social da pessoa.[50,112] Mas hoje, devido aos avanços médicos, é possível, acreditar-se cada vez mais, num envelhecimento biológico sem doenças graves e problemáticas, que condicione a autonomia.[87]

A incidência deste tipo de doenças aumenta com a idade (embora a prevalência das doenças crónicas se acentue com a idade há que ter em conta que só cerca de 45% dos indivíduos mais velhos e com doença crónica sofrem limitações na sua actividade em consequência das mesmas). [22,59,115]

A doença pode ser simultaneamente uma variável histórica e cultural, fazer parte do passado ou presente e pode modificar a percepção que cada individuo tem de si próprio, mas também a percepção que os outros têm de nós, sendo mais acentuado no caso de doenças crónicas ou agudas muito graves. [68]

Devido à natureza imprevisível de muitas doenças crónicas, os indivíduos são confrontados com um processo progressivo de adaptação. Em que no início é necessário aprender a lidar com a doença, tendo em conta as suas capacidades físicas e funcionais mais debilitadas, tendo de encarar a sua vida com uma nova perspectiva.[22] O processo de adaptação é um processo contínuo de ajustamento a novos sintomas, remissões e períodos de boa saúde e a forma como cada qual se adapta é única e individual.[112]

Para além dos factores contextuais e interpessoais que ajudam a pessoa na sua adaptação à doença crónica, há também os factores intra pessoais, como, o valor que cada um dá à sua nova situação. Não esquecendo porém que as pessoas interpretam os sintomas de acordo com os seus conhecimentos, percepções e experiências do passado.[106]

De acordo com Diamond (1984) citado em Sidel,[112] a doença crónica pode ser definida tendo por base três níveis: o clínico (manifestações próprias da doença); o social (família e amigos) e o pessoal (idade, sexo, cultura).

A incerteza do percurso da doença, gera na pessoa, segundo Royer [106] oito medos: perda de controlo, perda de auto-estima, dependência, estigma, abandono, raiva, isolamento e morte.

A presença de uma doença crónica altera significativamente o comportamento do dia-a-dia da pessoa, afectando a sua imagem corporal, função sexual, bem-estar psicológico, identidade social e papel desempenhado na sociedade.[106]

A auto-estima da pessoa é alterada, sendo esta mais evidente tanto quanto mais recente é o seu diagnóstico (Helgeson e Mickelson, 2000 citados em Paúl e Fonseca).[91]

A doença crónica é um problema que não é controlado pela tecnologia moderna. [59] A intervenção médica é paliativa, visando somente o controlo dos sintomas e não a cura.[91]

Para além das doenças crónicas, os idosos são as pessoas que em maior percentagem apresentam múltiplas doenças e as patologias mais frequentes são: a hipertensão, a diabetes, as doenças cardíacas e o cancro. [113]

As pessoas idosas atribuem muitos dos seus problemas ao próprio envelhecimento e apesar das limitações provocadas pelas doenças crónicas serem comuns entre estas, muitas dessas doenças podiam ser prevenidas, algumas tratadas e controladas com sucesso, se as pessoas idosas as reconhecessem como doenças atípicas em qualquer idade e não como fazendo parte do envelhecimento.[106]

1.3.2 – Aspectos Psicológicos do Idoso

A especificidade do envelhecimento psicológico não está perfeitamente estabelecida e os factores psicológicos cruzam-se, quer com os culturais, quer com os sociais e quer com os biológicos, que interagindo entre si acabam por influenciar a forma como cada pessoa vive e envelhece.[35,82,89,119.]

Emocionalmente, os estudos indicam que os adultos mais velhos tendem a tornar-se menos impulsivos e menos afectados pela ansiedade, com maior riqueza afectiva e com reacções mais profundas aos acontecimentos e maior controlo emocional.[71]

Ao nível da personalidade, alguns autores, como Costa e McCrae [26] têm defendido a estabilidade da personalidade na idade adulta. O que também é corroborado por Osório, [87] quando refere que as pessoas mantêm as mesmas disposições básicas ao longo do seu ciclo vital, sempre que existe um bom estado de saúde.

A nível cognitivo há mudanças em todas as capacidades, o vocabulário e a informação podem manter-se estáveis ou até melhorar decrescendo só numa fase muito avançada da vida. As capacidades ligadas ao desempenho começam a declinar mais cedo.[35] Há uma certa diminuição da capacidade de resposta mas só em termos de velocidade e não de conteúdos. O declínio da memória a longo prazo não é um fenómeno característico do envelhecimento; bem pelo contrário, a haver declínio parece ser a memória a curto prazo a que apresenta um défice maior com a idade.[35]

Não existem dados que comprovem de forma absoluta a existência de um declínio cognitivo global inevitavelmente ligado ao envelhecimento normal. [35,91]

Maria Eugénia Silva [114] ao referir-se aos psicólogos de desenvolvimento, refere que estes defendem que o envelhecimento envolve momentos de estabilidade, crescimento e de declínio. O sentimento das mudanças ocorridas pode ser positivo implicando ganhos, negativo implicando perdas ou ter um carácter mais neutro sendo simplesmente diferente do que era antes.

De acordo com Szwabo [119] para a pessoa idosa é importante o processamento de informação, cognição, satisfação de vida e controlo pessoal, dependendo o envelhecimento psicológico bem sucedido da vitalidade mental. Igualmente importante também são as atitudes e crenças que os idosos têm acerca do seu próprio envelhecimento o que reflecte a forma como cada um envelhece.

A saúde física exerce um impacto poderoso no bem-estar psicológico dos indivíduos idosos.[35]

1.3.3 – Aspectos Sociais do Idoso

É no contexto social que se encontram com mais intensidade as alterações de papéis e funções dos grupos etários, sendo o processo de envelhecimento e a pessoa idosa marcada pelas circunstâncias históricas.[87]

A contribuição das relações sociais para a saúde e bem-estar dos idosos é importante para um envelhecimento com sucesso uma vez que contribuem para que o indivíduo se prepare, e recupere das muitas exigências da vida associadas ao próprio envelhecimento.[1]

Socialmente podemos encontrar situações deficitárias nas relações familiares, levando a um isolamento.[63] Também encontramos alterações quer decorrentes do contexto (reforma, institucionalização) quer em consequência do comportamento individual.

A família como unidade fundamental na organização social encontra-se em profunda transformação o que se tornará mais exuberente nos próximos anos, quando as pessoas da época dos Babyboomers atingirem a velhice. Houve um grande aumento de pais solteiros (mais mulheres do que homens), a crescente participação da mulher no mundo do trabalho, a elevada incidência de divórcio e novos casamentos implicam complicadas alterações quer na estrutura familiar quer nas próprias relações familiares.[12] Estas tranformações levarão a uma fragilidade dos sentimentos de parentesco, com consequente diminuição da intensidade das relações familiares, o que poderá implicar um enfraquecimento do sentido de obrigação de cuidar da geração mais velha quando os babyboomers atingirem a idade avançada e a consequente falta de autonomia.

Apesar de tipicamente as relações sociais tenderem a diminuir com o avançar da idade, o número de relações mais próximas e a quantidade de apoio emocional mantém-se relativamente estável até uma idade muito avançada. [41,2] Mas a maioria das pessoas idosas está bem integrada no seio das suas famílias e amigos, e estes têm um papel fundamental servindo de suporte, troca de afectividade e de socialização.[42]

Os idosos que vivem nas suas casas continuam activos nos seus papéis familiares, enquanto que os que se encontram institucionalizados, os seus papéis e contactos com as pessoas mais significativas é mais reduzido.[1]

A teoria da selectividade vê a diminuição da interacção social no idoso como um reflexo de processos selectivos que se iniciam antes da velhice e que são adaptativos. Apesar de haver uma significativa diminuição nas relações sociais nos idosos há certos tipos de contactos sociais que se mantêm relativamente inalterados.[20]

Normalmente é assumido que a institucionalização tem um impacto negativo no bem-estar psicológico dos idosos. Um dos aspectos importantes na transição para a instituição é a percepção de controlo da pessoa sobre a sua própria vida. Os idosos deixam o ambiente familiar das suas casas e entram num mais regulamentado, formal e impessoal. Na instituição, o indivíduo perde a oportunidade de tomar decisões acerca das suas próprias rotinas e actividades diárias. [3,121]

A institucionalização tem como consequência negativa a solidão, a perda de identidade pessoal, a falta de respeito pela sua privacidade e diminuição dos níveis de auto-estima segundo Walker. [124]

Por outro lado, Carp (1987) citado por Baltes, Wahl e Reichert[5] refere que a necessidade de segurança e expectativas de apoio são factores desicivos para a institucionalização do idoso, e que a satisfação de vida nos idosos institucionalizados está altamente correlacionada com os seguintes domínios: estado de saúde; controlo

pessoal e actividades sociais (relações sociais). Assim, desde que o idoso tenha algum controlo de si próprio e consiga predizer qual o seu próximo movimento, tem sentimentos positivos.

A religião pode oferecer ao idoso institucionalizado, e não só, alguma diferença em termos de valorização pessoal. O ritual da religião cria como que uma continuidade do self, porque os rituais são idênticos aos praticados no passado.[69]

A religião é um constructo multifacetado e está interligado a um determinado comportamento, crença e interacção social, de acordo com Krause (2000) citado por Carr, [19] e cada uma dessas dimensões contribui para que o idoso consiga lidar com as suas perdas.

As pessoas que frequentam os serviços religiosos têm mais apoio sócio-emocional e espiritual do que as que não o frequentam.[19]

A religiosidade pode ser definida segundo Emmons e Paloutzian [29] como uma característica da própria pessoa, tal como uma crença, é um sistema estável ao longo do tempo que se manifesta em diversas situações.

Muitos estudos examinam a influência da religião e da adaptação a situações de stress, Koening [69] estudou o efeito que a religião tem na percepção e posterior adaptação da pessoa à sua nova situação e essa tomada de consciência influencia por sua vez o comportamento.

As práticas religiosas são uma das formas pelas quais as mulheres idosas se envolvem em actividades voluntárias, e alguns estudos demonstram que estas têm níveis religiosos mais elevados do que os homens.[65]

CAPÍTULO II – AUTOCONCEITO

O autoconceito é um termo muito utilizado nas ciências sociais com vários significados. Para além deste termo existe uma enorme variedade de conceitos relacionados tais como: self-knowledge; self-theory; self-system; self-description, que muitas vezes são definidos de forma semelhante. [18,82,126] A grande variabilidade de termos faz com que, por vezes, se torne difícil de interpretar grande parte da literatura e de contextualizar o autoconceito. [126]

O autoconceito é um dos factores mais importantes no estudo do comportamento humano,[33,100] porque a forma como os indivíduos se descrevem tem implicações no seu comportamento.

Numa perspectiva de desenvolvimento, o estudo deste constructo assume particular relevância, na medida que permite compreender a relação entre o comportamento social e o desenvolvimento cognitivo, permitindo também, proporcionar bem-estar ao indivíduo.[25]

Nas diferentes abordagens da psicologia (clínica, educativa, social) este tem sido estudado como indicador de bem-estar psicológico e como mediador do comportamento. [51]

O autoconceito, segundo Linda George,[47] é uma determinante do bem-estar, embora esse mesmo bem-estar seja uma consequência de múltiplos factores. O autoconceito positivo é considerado não só como antecedente do bem-estar, mas também é mediador das estruturas sociais que afectam a qualidade de vida do indivíduo.

Bruges[15] também defende que o autoconceito influência o bem-estar da pessoa.

O autoconceito é um produto estrutural da actividade reflexiva, que é susceptível a mudanças, consoante o indivíduo se encontra face a novos papeis, situações ou transições do curso normal de vida. [27]

Assim, este construto tem, segundo Harter,[53] a função de: organizar, motivar e proteger. Organizar no sentido de atribuir significado às experiências de vida e ajudar a

manter o senso de coerência do *self*, organização, essa, que é acompanhada de sentimentos; motivar quando impulsiona o indivíduo a concretizar os seus objectivos tendo a capacidade mental de projectar para o futuro e relembrar os acontecimentos do passado servindo de guia ao comportamento e por último assume o papel de protector ao satisfazer as necessidades e de dar segurança ao indivíduo.

Na prática clínica, o autoconceito tem sido alvo de atenção, quer educacionalmente quer psicologicamente, em termos de intervenções e de tratamento.[98]

Mas, para uma melhor compreensão deste constructo faremos uma abordagem à sua evolução como conceito, estrutura e componentes.

2.1 – Evolução do conceito

O interesse dos filósofos e psicólogos pelo autoconceito remonta há mais de 2000 anos.[15]

Apesar da origem do estudo do *self* remontar aos clássicos gregos, [9] os estudos contemporâneos do autoconceito iniciaram-se no século XX e prestam a sua homenagem a autores como William James (1890, 1892)[64], Baldwin (1992/1897)[4] e aos interaccionistas simbólicos Charles Cooley (1902)[24] e George Mead (1992/1934)[78]. Estes autores contribuíram para o desenvolvimento das teorias sobre o *self*, que ainda permanecem actuais. [53,54,120]

Geralmente reconhece-se William James como o primeiro psicólogo que desenvolveu uma teoria do autoconceito, quando este publicou a obra "Principles of Psychology" com o capítulo "The Consciousness of Self" em 1890.[72,88,120]

Há mais de um século, William James sublinhou a importância deste constructo como sendo fundamental para o comportamento.

Harter [53] refere que William James articulou a sua teoria com base em quatro aspectos fundamentais:

a) a distinção entre o "I" e o "Me";

b) a natureza multidimensional e hierárquica do autoconceito;

c) o conflito entre os diferentes "Me's";

d) a definição da auto-estima como a relação entre os êxitos e as pretensões do indivíduo.

Uma das principais contribuições de William James para o estudo do *self* foi a distinção entre dois aspectos fundamentais: o "I" e o "Me", o *self* como sujeito e o *self* como objecto. Para James, o "I" é o conhecedor, o agente activo responsável pela construção do "Me"; enquanto que o "Me" é o conhecido, o conjunto de coisas objectivamente conhecidas sobre si mesmo.[53,54,64,86]

James (1932/1890)[64] definiu o "I" como aquela parte de si mesmo, que organiza e interpreta as experiências de forma totalmente subjectiva; mas, o "I" também manifesta outro tipo de conhecimento, aquele que está relacionado com a continuidade pessoal do indivíduo através do tempo e o que advém do conhecimento que a singularidade das suas experiências o levam a distinguir-se como pessoa única.

O "Me" foi definido por James (1932/1890), como a soma de tudo o que a pessoa pode chamar de seu. O "Me" era visto como o *self* empírico ou objectivo, na medida em que era um objecto criado pelo "I". Foi este *self* empírico que evoluiu no âmbito psicológico, para dar lugar ao autoconceito tal como agora o conhecemos.[54,64]

Um outro paradigma é o facto do autoconceito ser multidimensional.

Segundo James (1932/1890)[64], o *self* empírico, como objecto de conhecimento, poderia dividir-se em três componentes principais: o *self* material, o *self* social e o *self* espiritual. Em que o *self* material, representa o corpo e tudo o que o "I" pode chamar de seu. No *self* social temos as características do *self* reconhecidas pelos outros e dada a diversidade de opiniões dos outros, James concluiu que " … *a man has many social selves as there are individuals who recognize him and carry an image of him in their mind.*"[III] (p.294). O *self*

[III] NT – "… o homem tem tantos *selves* sociais quantos são os indivíduos que detêm a sua imagem."

espiritual foi definido como um *self* interno composto pelos pensamentos, disposições, juízos morais, entre outros, os quais William James considera que são os aspectos mais duradouras do *self* .

Para entender o "Me", ou o *self* empírico na sua totalidade, William James [64] propõe que há que ter em conta, não só os três elementos apresentados, como também os sentimentos, as emoções que estes três elementos provocam em nós mesmos (*self-appreciation*) e os actos que estes promovem ou incitam a realizar (*self-seeking* e *self-preservation*).

James não só define as dimensões do *self* como também lhe confere uma estrutura hierárquica. Na base da hierarquia encontra-se o *self* material. Num nível superior o *self* social e o nível mais alto é ocupado pelo *self* espiritual. Desta forma, James preparou terreno para os modelos teóricos posteriores em que o *self* é visto como multidimensional e hierárquico.[53,64]

Cabe afirmar que a dinâmica que se estabelece entre os componentes do *self* empírico não é harmoniosa, até pelo contrário, há rivalidade e conflito, o que originou o que James denominou de " conflito dos diferentes "Me's".[53,64]

Este conflito é observado pela diversidade do *self* social pela incompatibilidade dos potenciais papeis que a pessoa pode desejar adoptar na idade adulta, fazendo com que a pessoa tenha de eleger uns papéis em detrimento de outros. James tendo conhecimento da multiplicidade de visões do *self* social, afirma que "… *those multiple selves may not all speak with the same voic*e."[IV] (p.2)[53]

Um outro conceito desenvolvido por William James foi o de auto-estima. Para James, o que é fundamental para o nível de auto-estima do indivíduo são as suas pretensões. E esta não pode reduzir-se simplesmente ao conjunto de êxitos percebidos na vida do indivíduo. Mas representa a relação entre os êxitos e as pretensões ou aspirações do

[IV] NT – "…esses *selves* múltiplos podem nem sempre estar em sintonia".

indivíduo. Assim, se os êxitos forem iguais ou maiores do que as pretensões (ou aspirações) de cada um, a auto-estima será elevada. Pelo contrário, se as pretensões excederem os êxitos, isto é, se o indivíduo é incompetente em determinado âmbito para o qual tem aspirações elevadas, experimenta uma baixa auto-estima.[53]

O autoconceito numa perspectiva sócio-cultural foi apresentado mais tarde por Baldwin (1992/1897), que postula que a construção do *self* é um processo social e dialéctico entre o *self* e os outros indivíduos em que o sentido de si evolui a partir da imitação dos outros. Ao imitar, o indivíduo está transferindo atitudes para o seu *self* de forma a actuar de acordo com os outros. "*… the self that learns, that imitates, that accommodates to new suggestions from persons (…) it is the self that is in part yet 'projective', unfinished, constantly being modified by the influences outside…*"[V](p.225).[4]

A obra de William James, em conjunto com os estudos de Baldwin, influenciou de alguma forma o interaccionismo simbólico, mais concretamente quando se introduziu a dimensão social do autoconceito. Um aspecto valorizado no pensamento dos interaccionistas simbólicos é o da importância da avaliação dos outros para connosco. Isto porque esta escola de pensadores postula a interacção entre o homem e a sociedade, pelo que não é possível a análise dos indivíduos sem se ter em conta a componente social e os outros.[24]

Dos interaccionistas simbólicos destacam-se os estudiosos Charles H. Cooley (1902) e George Herbert Mead (1992/1934), que consideraram que o *self* é primordialmente uma construção social. [53,120]

Cooley (1902) é conhecido por ter introduzido a noção de "*Looking Glass self*"[55.] Segundo o autor, a percepção que cada um tem de si mesmo está determinada pela percepção das reacções que os outros têm em relação a ele próprio. Em que os outros

[V] NT – "… o self que aprende, que imita, que se adapta às novas sugestões das pessoas (…) é o próprio self que é em parte projectado, inacabado sendo constantemente modificado pelas influências exteriores…"

significativos constituem o espelho social no qual o indivíduo se vê, de modo a detectar quais as opiniões que têm perante ele. A percepção destas opiniões é a principal fonte de informação para formação do autoconceito, o "*looking glass*" refere-se apenas a uma parte do que Cooley considera ser a construção do *self* é o que nós imaginamos que os outros pensam da nossa aparência, motivos, acções e carácter.[53]

Assim, o autoconceito desenvolve-se a partir das respostas que o sujeito imagina que os outros emitem e não com base nas respostas reais dadas pelos outros. A informação que o sujeito obtém é real para ele mesmo, independentemente de ser exacta ou não. Cooley não especifica os mecanismos concretos pelos quais se integra a imagem dos outros sobre nós próprios, mas afirma que existe um processo de interpretação subjectiva implicado na interiorização das opiniões dos outros.[53,86]

George Mead (1992/1934), por outro lado, define o *self* num sentido mais social do que James e desenvolve as ideias de Cooley. Mead, tal como William James, encontra a essência do *self* na distinção entre o "I" e o "Me", e tal como Cooley, considera o *self* como um fenómeno social. Para Mead a nossa atitude, mostra o nosso *self*, na medida em que temos de certo modo a postura que os outros esperam de nós. Assim, "*The attitudes of others which ones assumes as affecting his own conduct constitute the "me"…"*[VI]. (p.176)[78]

Ainda, segundo Mead (1992/1934)[78], a consciência do indivíduo depende do assumir a atitude do outro face aos seus próprios gestos. Para que o indivíduo possa ter um conceito de si mesmo (autoconceito), ele tem de ser capaz de se ver como um objecto de análise, quer dizer, tem de ser capaz de se ver na perspectiva do outro. Na sucessão de papéis, a pessoa incorpora o papel específico do outro, generalizando-o. O outro generalizado, é formado por um conjunto organizado de atitudes comuns a um grupo que são assumidas pela pessoa como contexto para o seu próprio comportamento. Em suma, não

[VI] NT – "As atitudes dos outros que são assumidas por nós e que afectam a nossa conduta, constituem o "me" …"

se trata de simplesmente assumir o papel do outro, há que assumir também o papel de um colectivo como um todo.

Desta forma, a pessoa incorpora nela os valores, normas, costumes da sociedade em que vive e vai estabelecendo o marco no qual o "I" tem de se mover. As atitudes dos outros constituem o "Me" organizado. O "I" de Mead é parecido com o de James uma vez que também é um agente, é constituído pelos aspectos criativos e inovadores da pessoa sendo o princípio da acção e o impulso cuja acção influencia a estrutura social.[78] Para Mead, o indivíduo contribui para a configuração da sociedade tão legitimamente como esta contribui para a configuração do proprio indivíduo. "*The self is not something that exists first and then enters into relationship with others, but it is, so to speak, an eddy in the social current and so still a part of the current. It is a process in which the individual is continually adjusting himself in advance to the situation to which he belongs, and reacting back on it.*"[VII] (p.182).[78]

Mesmo assim, Mead (1992/1934)[78], postula um processo de duas etapas a partir da qual a criança adopta as atitudes dos outros frente ao *self*, denominadas como etapas do jogo simbólico (*play*) e etapas do jogo organizado (*game*).

A principal contribuição, deste autor, consistiu em demonstrar que a mente e o *self* são o resultado de um processo social e que a linguagem, (que denomina "*vocal gesture*"), é o que possibilita o mecanismo para o seu desenvolvimento.[78]

Em 1930, na era do behaviorismo o autoconceito era considerado como um conceito ligado ao comportamento e o desenvolvimento do behaviorismo provocou um enfraquecimento dos estudos sobre o *self*. Uma vez que a cognição (*self*) era considerada como uma área não cientifica pelo facto de não ser observada o que fez com que durante a primeira metade do século XX o interesse pelo estudo do autoconceito fosse mínimo. [51]

[VII] NT – " O *self* não é algo que exista primeiro e só depois interaja com os outros, mas é, por assim dizer, fruto da socialização. É um processo no qual o indíviduo se ajusta continuamente fazendo frente às situações à qual pertence ou reagindo a elas."

Mas mesmo durante esta era, o *self* foi consagrado em diferentes teorias, tendo-se afirmado nas ciências comportamentais como um conceito fundamental.

No começo da primeira metade do século XX os constructos hipotéticos, como o autoconceito, começam a ser aceites já que se consideram predictores de condutas para modelos teóricos do que aspectos observáveis directos.[51]

A teoria da actualização de Maslow (1954) e o trabalho de Erikson (1968) sobre o desenvolvimento da identidade, estabeleceram a procura de um sentido para o *self*, como algo fundamental para o desenvolvimento do ser humano saudável.[51] A introdução da teoria de aprendizagem social e da psicologia cognitiva foram pontos-chave para este novo período de interesse pelo estudo do autoconceito.

A teoria de aprendizagem social, de Bandura (1982/1977),[7] ressalta a importância do auto-esforço, introduzindo duas novas variáveis no estudo do autoconceito: a recompensa e o castigo. Através dos processos de aprendizagem social, o indivíduo assume padrões de comportamento e auto administra-se com recompensas ou castigos, de acordo com a sua actuação estar ou não de acordo, com os padrões estabelecidos por ele próprio.

Segundo esta teoria, o autoconceito, a auto-estima ou qualquer outro pensamento referido a si mesmo depende da frequência do auto.[14]

A revolução cognitivista durante os anos 70 trouxe os pensamentos e os processos internos de novo a estudo, começou-se não só a estudar o *self* como objecto mas também a encarar o autoconceito como um aspecto processual, isto é, como o processamento, a aquisição e o armazenamento de informação.[81]

A psicologia cognitiva, com ênfase no processamento da informação, deu um novo rumo ao "I" no estudo do *self*, centrando a sua atenção no modo como este se adquire, se armazena, se recupera e utiliza a informação que é relevante para o indivíduo. Começando-se a considerar o *self* como um esquema, como uma estrutura do conhecimento que nos permite ordenar a informação acerca de nós mesmos. Markus (1977), Neisser (1976) e

Greenwald e Pratkanis (1984) são os principais representantes desta nova concepção do autoconceito como organizador do conhecimento.

Henzel Markus (1977), citada em Markus e Wurf, [75] considera que a tentativa de organizar, resumir e explicar a nossa própria conduta dá lugar à formação de estruturas cognitivas sobre o *self* as quais são denominadas de auto-esquemas. Os auto-esquemas (self-schematas) são generalizações cognitivas sobre o *self*, derivados da experiência passada, que organizam e guiam o processamento da informação relacionada com o *self*, contida na experiência social do indivíduo.

Na opinião de Neisser, [81] um esquema é uma estrutura interna ao preceptor, modificável pela experiência e de alguma maneira específica do que está sendo percebido. O esquema, para além de organizar a informação que vai ser armazenada, também opera como guia, que dirige as actividades relevantes aos esquemas e como executar esses mesmos planos. Os esquemas existem em interdependência dinâmica com o meio, pelo que podem ser alterados e actualizados, desde o momento que são utilizados como base para juízos, decisões, interferências e predições.

Para Greenwald e Pratkanis,[51] o conceito de esquema acompanha tanto o conteúdo do conhecimento como o processo de conhecimento. Assim, os aspectos subjectivos do *self* podem compreender-se em termos dos aspectos do processo de um esquema, somente quando os aspectos objectivos estão identificados como conteúdo do esquema. A estrutura do esquema leva à dualidade sujeito-objecto ou processo-conteúdo.

Neste âmbito o autoconceito como organizador do conhecimento define-se como um esquema complexo, específico da pessoa, central e actual, que engloba as seguintes características: a) o autoconceito é uma estrutura do conhecimento, um esquema que se mantém activo; b) o conteúdo dessa estrutura do conhecimento, varia em cada indivíduo e o esquema é específico de cada pessoa; c) o autoconceito é o centro de atenção afectiva e a estrutura do conhecimento é um esquema de atitudes; d) o autoconceito está constituído por

facetas difusas, publicas, privadas e colectivas. Cada faceta oferece uma base distinta para a autovalorização e a intensidade relativa de cada uma delas varia em função da pessoa e da situação. [51]

Greenwald e Pretakanis [51] referem que a organização cognitiva do *self* varia com os indivíduos.

Assim, os cognitivistas e os behavioristas, como é previsível, abordam o autoconceito de formas diferentes. Na perspectiva dos cognitivistas o autoconceito engloba diversas perspectivas (auto-actualização, autocontrole, autoconfiança e auto-estima). O cerne deste sistema parece ser uma entidade, uma estrutura proposta, no seio do indivíduo e que se denomina de *self*. Este é considerado como quem sente, monitoriza e regula parte do indivíduo.[53]

Noutra perspectiva, os behavioristas defendem que o autoconceito é inferido a partir de padrões individuais de comportamento. Numa espécie de auto-relatório, cada indivíduo faz afirmações pessoais descritivas e avaliativas da sua eficácia, reflectindo os seus comportamentos anteriores e predizendo os comportamentos futuros.[14]

A pessoa é concebida pela psicologia da personalidade de orientação cognitiva como um indivíduo activo que planeia as suas acções para atingir objectivos e metas. Contudo, o atingir dessas metas está influenciado, em grande parte, pelo conceito que a pessoa tem de si mesma.[30]

Como seria de esperar os psicólogos conceptualizam a estrutura do autoconceito como um sistema de atitudes enquanto que os sociólogos como um estrutura de papeis. [27]

A investigação até aos anos 80 centrou-se no estudo da relação do autoconceito com outras variáveis, deixando de lado a análise empírica e teórica da sua utilidade como constructo hipotético.[72] Não obstante, a partir da década de 80 houve grandes avanços quer na teoria, quer na avaliação quer mesmo na investigação deste constructo. O ponto de viragem foi o trabalho de Shavelson, Huber e Stanton, em 1976, quando sentiram a

necessidade de solucionar problemas de definição, instrumentos de avaliação e interpretação do autoconceito antes de analisarem a sua relação com outras variáveis.

Mas descobertas recentes na área fazem com que os investigadores descrevam o autoconceito como um sistema de esquemas ou generalizações acerca do *self* baseado nas experiências e características pessoais (Markus e Senteis, 1992 citados por Demo [27]); como uma associação de processamento de informação na memória (Bower e Gilligan, 1979 citados por Demo[27]); como uma estrutura categorizada hierarquicamente de valores e atitudes (Craver e Scheier, 1981 citados por Demo[27]) e como uma identidade ou um espaço multidimensional.[51]

A crescente influência das abordagens, experimental e cognitivista na psicologia, fez com que a pesquisa científica do autoconceito proliferasse e, desde então, o seu estudo não pára de crescer dando origem a numerosas pesquisas e publicações.[120]

Nos últimos 30 anos o número de pesquisas publicadas triplicou, segundo Tesser (2000) referenciado em Tamayo, [120] sendo a década de 50 caracterizada pela preocupação com a avaliação do autoconceito e com o desenvolvimento e validação de numerosos instrumentos de medida (os quais se encontram, por exemplo, sintetizados nos estudos de Wylie, 1968; 1974).

Paralelamente às pesquisas empíricas, desenvolveu-se a reflexão sobre a natureza do *self* [120.] E as teorias mais antigas contrastam com as recentes, no âmbito da cognição social, onde o *self* é concebido como uma estrutura intrapsiquica e cognitiva, representando o centro da personalidade. [86]

Ao termo autoconceito associa-se a auto descrição, ou seja o fazer referência aos atributos ou características do *self* que são reconhecidas conscientemente pelo indivíduo através da linguagem, ou da forma como o indivíduo se descreve a ele mesmo. [53]

Roid e Fitts, [100] descrevem o autoconceito como um conjunto de percepções acerca do próprio quer ao nível de competências, comportamento, limitações e das relações com os

outros. Ao que Hattie[54] (p.35) acrescenta, "… *self-concept is not merely what we know about ourselves; it also involves the relationships between what we know…..,*"[VIII] E o autoconceito "*involves more than the knower and know, it also relates to the processes of knowing*"[IX] (p.36).[54]

O estudo do autoconceito converteu-se num tema central da personalidade, pois faz parte do centro do indivíduo, determinando as suas aspirações, expectativas, competências regulando também a qualidade da comunicação e das relações que são estabelecidas, exercendo por último um papel importante no comportamento humano.[30]

Na perspectiva do mesmo autor, as pessoas que se auto-valorizam como incapazes ou incompetentes, tendem a comportar-se e a relacionar-se com os outros de forma negativa, ao passo que aquelas que se aceitam a si próprias, estão mais preparadas para a adaptação face aos êxitos ou aos fracassos. O que é corroborado por Roid e Fitts[100] ao defenderem que o autoconceito influencia o comportamento da pessoa e que "…*those people who see themselves as undesirable, worthless, or bad tend to act accordingly*"[X] (p.1).

O autoconceito é entendido por Shavelson *et al* (1976 citado por Hattie[54]) como sendo a percepção que a pessoa tem do seu próprio *self*, formulada através da experiência e com interpretações do meio onde está inserida. Estes autores defendem que o autoconceito não é uma entidade interna da pessoa mas um constructo hipotético que é potencialmente útil na explicação e previsão da forma como a pessoa actua.

Na mesma linha de pensamento, Gégas [45] refere que o autoconceito é produto da reflexão do *self* e "*It is the concept the individual has of himself as a physical, social, and spiritual or moral being*"[XI] (p:3).

[VIII] NT –" … o autoconceito não é meramente o que conhecemos/sabemos sobre nós mesmos, também envolve as relações entre o que sabemos e forma como as articulamos …"
[IX] NT-"… envolve mais do que o conhecido e o conhecimento, está relacionado também com o processo de conhecimento"
[X] NT – "… a pessoa que se vê como indesejada, sem valor ou má, tem tendência a actuar em conformidade"
[XI] NT – "É o conceito que o indivíduo tem de si próprio como um ser físico, social, espiritual e moral."

O autoconceito, na perspectiva de Serra [110] (p.57), é definido como:

> "*… a percepção que um individuo tem de si próprio nas mais variadas facetas, sejam elas de natureza social, emocional, física ou académica. É um construto integrador que leva a reconhecer a unidade, a identidade pessoal e a coerência do comportamento de um indivíduo independentemente das influências do meio ambiente.*"

O autoconceito e o conhecimento que temos de nós próprios, são duas expressões usadas muitas vezes indiferentemente. Nós podemos e, certamente, temos ideias erradas sobre nós próprios e estas também fazem parte do nosso autoconceito. Mesmo sabendo que estas ideias são incorrectas não sendo, deste modo, confirmadas pela realidade ou pelos outros, isto não impede que elas façam parte do nosso autoconceito.[54]

Para Serra[110] (p.57), a formação do autoconceito indica "*a capacidade que o ser humano tem de se construir como objecto da própria observação e abstrair-se dos seus comportamentos específicos de todos os dias e igualmente dos comportamentos dos outros em relação a s*i".

Deste modo, o autoconceito é um constructo hipotético, inferido ou construído a partir de acontecimentos pessoais, tornando-se, contudo, útil na descrição, explicação e predição do comportamento humano (Wells e Marwell, 1976 citado em Serra [100]).

Para Hattie[54], o autoconceito é resultante de apreciações/avaliações cognitivas, usando como argumento base que a concepção do *self* é adquirida com o conhecimento sobre o "I". Segundo o mesmo autor, há ainda muitos escritores contemporâneos que falam sobre o *self*, não em termos de conhecimento mas, em termos de atitudes, avaliações, emoções. Tomando por exemplo, Rosenberg e Kaplan [104] que consideram o "…*self-concept as the totality of the individuals thoughts and feelings having reference to himself as object*"[XII] (p:2). Tendo em conta ainda os mesmos autores, o autoconceito é neutro e motiva o comportamento, a interacção, a percepção e a atenção.

[XII] NT- "…o autoconceito como a totalidade dos pensamentos e sentimentos que o indivíduo tem referentes a si como objecto"

De acordo com Wells e Marwell (1976 citado por Serra,p.58)[110], o modo como "*uma pessoa se apercebe e se avalia pode ditar a forma como se relaciona com os outros, as tarefas que tenta, as tensões emocionais que experimenta e o modo como subsequentemente se percebe"*.

Para Hattie, [54] não há frase ou palavra, que descreva o autoconceito mas sim um conjunto de palavras que não são consistentes umas com as outras e referem-se a uma enorme variedade de situações.

O autoconceito está ligado à acção através das nossas percepções sobre nós próprios. Isto é a avaliação do *self* pode ser afirmada por normas de exactidão que cada pessoa possui. Estas normas são uma "*mental representation of correct behavior, attitude and traits"*[XIII] (Duval e Wicklund, 1972 citado por Hattie p.46)[54.]

A noção de *Working self-concept* foi postulada por Markus e Wurf (1987) baseada nos trabalhos de William James onde assume que o autoconceito consiste num número de auto-representações que não são simultaneamente conscientes. O *working self-concept* é uma parte do autoconceito e é uma característica que só se salienta em situações particulares.

Hattie [55] ao fazer referência à publicação "Principles of Psychology" de William James refere que o centro do autoconceito, corresponde à identidade e pode variar consoante o tempo, desenvolvimento, situação, humor e propósito. O que implica que o autoconceito se desenvolva, mude, adapte e reaja. Pelo que referenciar o *self* sem o contextualizar não é correcto. Um dos maiores sucessos do século XX na área do autoconceito, segundo este autor, é o consenso do entendimento dos constituintes do autoconceito e mais importante é a relação que se estabelece entre todos do que cada um por si. A multidimensionalidade do autoconceito é aceite pela maioria dos investigadores, o mesmo não acontece com a hierarquização dos seus componentes.

[XIII] NT – " representação mental do comportamento correcto, das atitudes e das características. "

2.2- Componentes do autoconceito

O autoconceito é, conforme já foi referido, o conceito que a pessoa faz de si própria como um ser físico, social, espiritual ou moral.

De acordo com Serra [110] a avaliação que a pessoa faz de si própria, do seu estilo de vida, de uma dada aptidão ou de algum pormenor pessoal da sua identidade é importante pela simples razão de que a avaliação positiva permite à pessoa alcançar objectivos desejados, obter reforços que aprecia, evitar o fracasso, ser punido e não se tornar ansioso.

Mas, desde William James que, o autoconceito é visto como um sistema, em que a pessoa compara os seus fracassos e sucessos, um sistema cognitivo/avaliativo sendo este sistema considerado por alguns autores como as componentes do autoconceito. [16.]

Rosenberg e Kaplan[104] referem que o autoconceito engloba: componentes, estruturas, dimensões, foco de atenção, regiões, planos e motivos. Sendo as componentes as partes pelas quais o autoconceito é constituído, são os nomes e os adjectivos, aos quais nos referimos para nos classificar. Tendo as diferentes componentes do autoconceito significados diferentes para indivíduos diferentes.

Compreender o autoconceito envolve o reconhecimento do *self* como uma entidade física, psicológica e social continua no tempo. Assim, ele é um componente central no desenvolvimento do sistema cognitivo das pessoas, intimamente envolvido nas representações dos acontecimentos passados, gerando comportamentos orientados para o futuro e negociando as relações sociais. Sem ele os acontecimentos não teriam sentido sendo dissociados do aqui e agora, o comportamento seria somente uma reacção imediata sem percebermos as consequências do mesmo e a satisfação social seria nula.[79]

Esteban [30] ao considerar o autoconceito como uma organização interna de atitudes, leva-nos a analisar três componentes básicas.

Componente cognitivo – o aspecto perceptivo do autoconceito denomina-se auto-imagem e é referente às crenças ou opiniões que o indivíduo tem de si mesmo. A auto-

imagem é uma componente do autoconhecimento e tem, por sua vez três sub componentes: auto-imagem real, a ideal e a social. A auto-imagem real corresponde à imagem que a pessoa tem das suas próprias características, a imagem ideal representa a imagem que gostaria de ter ou ser e a imagem social é a representação que a própria pessoa tem de si em função da opinião dos outros.[16,30,51,120]

Nesta mesma linha de pensamento, Markus e Nurius [74] descreveram a ideia dos "*Possible selves*". Mais concretamente do *self* ideal, do real e do que gostariam de ser. Os *possible selves* estão relacionados com a forma como as pessoas pensam acerca das suas potencialidades e futuro, são representações cognitivas dos objectivos, aspirações, medos e tem a função de motivar uma vez que se tenta motivar o autoconceito de forma positiva. Estes *selves* desenvolvem-se a partir de comparações sociais prévias ou dos *selves* do passado

Componente avaliativo (afectiva) – o aspecto valorativo ou afectivo do autoconceito denominado de auto-estima. A auto-estima indica o grau em que uma pessoa se sente portadora ou não de valores e qualidades significativas para si própria e para a sociedade.[30,120] Este processo é feito quer por comparação entre a auto-imagem real e a ideal, quer por comparação entre as aspirações e os resultados alcançados, quer por interiorização da avaliação que as pessoas significativas realizam da pessoa.[30] A auto-estima é a faceta do autoconceito mais estudada e muitas vezes referenciada como sinónimo do autoconceito.[104] Esta componente constitui um dos factores mais importantes do bem-estar psicológico e do funcionamento social.[120]

Componente comportamental – Representa o que fazemos. [30] Temos tendência para nos comportarmos em relação a nós próprios de acordo com a aceitação ou recusa dos nossos actos. Tamayo e colaboradores [120,] referem-se a esta componente como uma estratégia de auto-apresentação utilizada pelo indivíduo, com o objectivo de transmitir ao

outro uma imagem positiva de si mesmo. Esta componente está directamente relacionada com a forma como a pessoa se percepciona.[16]

Estas três componentes são diferentes entre si mas estão relacionados. Assim, uma pessoa que se percebe como tendo características indesejáveis, muito provavelmente se avalia de forma desfavorável, mas tenta-se apresentar de forma positiva. Tais componentes não são necessariamente estáveis através do tempo e dos múltiplos eventos que ocorrem na vida quotidiana do indivíduo.[120]

2.3 – Estrutura do autoconceito

No que concerne à estrutura do autoconceito, é aceite universalmente que o autoconceito é multidimensional e hierárquico.

Rosenberg e Kaplan [104] referem que a estrutura é a relação que existe entre as componentes, sendo o mais importante a ordem que elas têm, as dimensões, são as qualidades abstractas que caracterizam quer as componentes específicas, quer o *self* como totalidade (a auto-estima e auto confiança são dimensões distintas, a auto-estima refere-se à medida em que avaliamos o que os outros pensam de nós e a autoconfiança às convicções que temos acerca de nós mesmos para concretizarmos os nossos objectivos baseada nos nossos valores). A auto confiança contribui para a auto-estima; o foco de atenção do autoconceito é o *self* como centro da consciência; as regiões são os sectores onde se insere o autoconceito; o inconsciente e o consciente, o "*real me*"; existem vários planos do autoconceito incluindo um plano da realidade, da possibilidade, da fantasia, da moralidade e da execução; e finalmente quanto aos motivos, é quando as pessoas se esforçam por satisfazer o seu autoconceito tendo preferência pelos diferentes planos.

Shavelson *et al* 1972 citados por Hattie, [54] reviram a bibliografia existente sobre o autoconceito e desenvolveram um modelo de autoconceito baseado no: ser organizado e estruturado; ser multidimensional; ser hierarquizado, sendo estável no vértice e à medida que se desce na hierarquia torna-se mais especifico às diferentes situações e como

consequência menos estável; ser em simultâneo avaliativo e descritivo e ser diferente dos outros constructos. Preconizam que o autoconceito geral se situa no vértice e que depois se divide em autoconceito académico e não académico. O académico é por sua vez subdividido em componentes mais especificas como a leitura e a matemática enquanto que o não académico, em autoconceito social, físico e emocional.

Mais tarde, Hattie[54] elaborou uma série de corolários referentes à estrutura do autoconceito e que passamos a descrevê-los.

- O autoconceito é hierárquico – existem os termos gerais e só depois os atributos específicos, ressalva que o autoconceito geral não é uma simples adição das características que se situam numa ordem mais baixa. "*We climb the ladder of abstracting, moving up this inference levels, leaving out more details, formulating higher, order abstractions (…) can always make an abstraction of an abstraction.*"[XIV] (p.95).
- O autoconceito é multifacetado – os vários aspectos do autoconceito são diferenciáveis
- O autoconceito geral é uma variável latente – não é uma entidade que existe na pessoa, é um conjunto de opiniões e de relações entre opiniões que a pessoa tem sobre si própria.
- O autoconceito é único para cada pessoa – é único e insubstituível. Isto porque todas as pessoas têm uma educação diferente, uma localização no tempo e no espaço também diferente pelo que desenvolvem um sistema de valores diferentes com o qual percepcionam o mundo.

[XIV] NT – "Nós subimos a escada do abstracto, aumentando os níveis inferenciais, deixando para trás mais detalhes, formulando ordens de abstracção cada vez mais altas (…) pode-se sempre fazer uma abstracção de outra abstracção."

- O autoconceito orienta/indica o comportamento – as nossa percepções do *self* podem afectar o modo como nos comportamos, mas não comandam o comportamento.

- O autoconceito é culturalmente limitado – como é construído socialmente está mais relacionado com a cultura do que propriamente com a pessoa. Existem três dimensões do *self* que são comuns a todas as culturas – a privada, a pública e a colectiva, que dependem da complexidade, nível de individualismo e cultura.

- O autoconceito é razoavelmente estável – as pessoas desenvolvem modelos para compreender as suas concepções do *self* através da autoconsciencia e reconhecimento dos seus limites. Assim, este não muda facilmente no topo da hierarquia sendo mais instável nos níveis mais baixos.

Esteban [30] resume a estrutura do autoconceito do seguinte modo: é um sub-sistema de conceitos hierárquicos, organizados internamente e consistentes que está contido num sistema conceptual mais amplo denominado de personalidade; contém diferentes *selves* empíricos como: o material, o pessoal, o adaptativo e o social; é uma organização dinâmica que se relaciona com a experiência; desenvolve-se especialmente em interacção social; é essencial que a sua organização se mantenha para o funcionamento normal do indivíduo; existe uma necessidade básica do autoconceito relacionar-se com os outros aspectos do *self* e os que aparecem subordinados às outras necessidades e cumpre duas funções básicas: organiza os dados da experiência em sequências de acção-reacção previsíveis e tenta satisfazer as necessidades, uma vez que evita a desaprovação e a ansiedade.

Desta análise, podemos concluir que o autoconceito é concebido como uma estrutura, como um processo, é dinâmico e é susceptível de ser modificado. [120]

2.4 – Dimensões do autoconceito

Roid e Fitts (1989) defendem que o autoconceito é um constructo multidimensional e que as dimensões que o integram dizem respeito a vários domínios de percepção do *self*. Assim há dimensões de referência externa que caracterizam a avaliação relativa a diferentes áreas do self (físico, ético-moral, pessoal, familiar e social) e que remete para a relação do sujeito com o seu corpo família e sociedade, e as dimensões de referência interna que reflectem a avaliação pessoal de padrões cognitivos, afectivos e comportamentais (identidade, satisfação e comportamento).

Tendo em conta que o autoconceito é composto por diferentes dimensões e de modo a tornar operacional este constructo, descreveremos muito sumariamente cada uma delas.

Identidade

Apesar das muitas definições e de ser estudado em muitas disciplinas o autoconceito encontra-se relacionado com a identidade. [13,58]

A identidade é uma outra forma de se abordar o *self*. Esta é geralmente referenciada aos aspectos do *self* que reflectem significativamente os investimentos de tempo, energia e compromisso pessoal. Sendo considerada como o elemento mais importante do *self* .[48]

Quando os seres humanos nascem eles não tem identidade, ela resulta dum processo de desenvolvimento que tem lugar num contexto cultural particular. Assim, os indivíduos adquirem a sua identidade através do tempo, cuja origem e significado deriva da interacção pessoal com os grupos e organizações que o rodeiam. Em suma, a identidade uma vez adoptada, têm um papel significativo na organização e regulação da vida das pessoas. [99]

Hoje em dia, na opinião de Ray e Deci,[99] os problemas de identidade são mais evidentes do que outrora. E as razões são claras, uma vez que nas sociedades modernas o número de possíveis identidades é maior e o significado dado aos indivíduos para prosseguirem com essas mesmas identidades é considerável. As pessoas são estimuladas a

ter várias identidades uma vez que são expostas a vários modelos e papeis a que se tem de adaptar. A formação da identidade sempre foi um tema de preocupação entre os investigadores não é um tópico novo na nossa era. Actualmente é um conceito mais expressivo do que outrora, daí ser frequentemente uma questão em aberto. Porque a identidade é tipicamente selectiva e formada para satisfazer as necessidades psicológicas das pessoas, a sua aquisição e manutenção é considerada dinâmica e deve ser entendida como uma expressão complexa de interacções entre as necessidades e as exigências, formando-se ao longo de todo o ciclo de vida e em contexto social. [99]

Daí que, Herzog e Markus [58] defendam, a identidade como um sistema dinâmico com estruturas interpretativas múltiplas, que regulam o comportamento.

Os indivíduos têm várias identidades e cada uma é mais ou menos assimilada pelo seu *self* individual (autoconceito) e podem influenciar o bem-estar como uma função que facilita a satisfação das necessidades psicológicas para a autonomia.[99]

Os seres humanos são seres sociais e os grupos a que pertencem influenciam profundamente a forma como os outros os vêem. Os grupos também influenciam a forma como nos vemos a nós próprios; no tipo de pessoa que somos, nas coisas que fazemos, nas atitudes e valores que temos e na forma como reagimos às pessoas que nos rodeiam. [60] A pessoa ao desenvolver-se também adquire a identidade do grupo a que pertence.[8]

Baumeister[9] (p.8) afirma que "*Identity requires social validation.*"[XV]

Pelo que a identidade no interacionismo simbólico encontra-se associada ao conceito de "papel social" (pai, mãe, filho, …).[45]

Segundo Novo [82] esta é a componente descritiva do *self*, e que representa a faceta interna e privada do autoconceito, predominando a dimensão cognitiva. Ao que Roid e Fitts [100] acrescentam ser a forma como o indivíduo se descreve a ele próprio, se auto-percebe.

[XV] NT – "A identidade requer uma validação social"

A identidade e a auto-estima são duas dimensões do autoconceito que, segundo Gécas,[45] dão significado ao "Eu" (*self*), ligando-o aos sistemas sociais.

É necessário admitir que o autoconceito tem um papel importante na organização dos dados da experiência, de modo que actua na codificação e elaboração do conhecimento, atribuindo significado à informação que é proveniente do meio.[30]

Na perspectiva do mesmo autor, a função central que o autoconceito assume no sistema cognitivo do indivíduo pode manifestar-se nas nossas reacções frente aos acontecimentos causadores de stress, pois uma situação específica adquire um significado stressante em função da forma como o indivíduo a avalia como ameaçadora ou perigosa para a integridade do seu *self* ou para a identidade pessoal

Comportamento

O comportamento é a dimensão segundo a qual, o indivíduo avalia o seu próprio desempenho, em relação às expectativas e normas pessoais e sociais.[82,100]

O comportamento é uma resposta às exigências dos outros em determinado contexto ou situação.[66] Sendo influenciado pelo que as pessoas acreditam acerca da natureza das relações entre os grupos e da eficácia de estratégias comportamentais.[60]

O comportamento pode ser caracterizado em quatro dimensões: acção, objectivo, contexto e tempo, e este é relacionado com as atitudes que são construídas socialmente havendo por isso comportamentos mais previsíveis do que outros. Há como que um "*efeito típico*" referente aos membros de um mesmo grupo, isto porque estes têm interiorizado normas subjectivas relativas ao comportamento, isto é, tem de se comportar da forma como os outros esperam que eles se comportem.[84]

Pode haver modificação dos padrões de comportamentos e de crenças, do próprio, para ir de encontro às expectativas do outro.[8]

Satisfação

Pode ser descrita como sinónimo da autoestima sendo definida como a aceitação que o indivíduo tem de si mesmo, sendo a componente do autoconceito onde prevalece a dimensão afectiva.[82] É a dimensão em que o indivíduo descreve como se sente em relação a si mesmo.[100]

Rosenberg [103] descreve-a como uma atitude e como tal para além da dimensão afectiva, tem também a dimensão cognitiva. As pessoas simplesmente não se percebem de forma favorável ou desfavorável, elas sentem-se bem ou mal consigo próprias.

A satisfação está relacionada com a auto-estima porque as pessoas com baixa auto-estima preocupam-se com a forma como as outras a aceitam ou não, pelo que se torna difícil encontrarem-se satisfeitas consigo próprias. [70]

Esta é um indicador da qualidade das relações sociais do indivíduo que pode ser alterada em consonância com as emoções de momento.[8] Há autores que referem que é a dimensão que mais impacto tem no comportamento humano.

Esta dimensão foi inicialmente descrita por William James (ver capítulo evolução do conceito).

Autoconceito Físico

O autoconceito físico não deve ser considerado nem confundido com "*body-image*"[XVI]. A imagem corporal encontra-se mais directamente ligada à aparência física não havendo relação positiva entre as duas variáveis enquanto que o autoconceito físico está relacionado com o autoconceito global.[118]

[XVI] NT – "imagem corporal"

Stein [118] afirma que "… *physical self-concept is one of the primary building blocks for global self-concept*."[XVII] (p:389). E este assume parte da faceta multidimensional do autoconceito que, segundo o mesmo autor, tem uma única dimensão.

Pelo contrário Shavelson *et al* (1972), citados por Hattie [54] no que concerne a esta dimensão, subdividiram-na em competências físicas e aparência física

Tendo em conta o preconizado por Roid e Fitts [100] o autoconceito fisico representa a forma como o indivíduo percepciona o seu corpo, estado de saúde, aparência, competências e sexualidade.

Ainda segundo o mesmo autor, investigadores demonstraram que a atracção física se encontra correlacionada positivamente com o autoconceito.[118]

Autoconceito Moral

Esta dimensão relaciona-se com as convicções de se ser uma pessoa correcta e ética, e também com a sua satisfação com a vida religiosa ou com a ausência dela. [82,100]

O autoconceito moral tem implicações a nível comportamental, pois guia-o, para que o próprio possa seguir as suas convicções éticas e morais. [82]

Autoconceito Pessoal

O autoconceito pessoal (para muitos autores *self* individual), é diferenciado dos outros uma vez que contem aspectos que distinguem individualmente um indivíduo dos outros.[109]

Sedikides e Gaertner referenciados por Sedikides e Brewer [109] concordam que o *self* individual tem 2 teorias subjacentes: a emocional e a motivacional, fundamentais para as relações interpessoais. As pessoas são motivadas a serem consistentes nos seus comportamentos e crenças e estes são regulados em parte pelo estado emocional.

[XVII] NT- " … o autoconceito físico é o alicerce para a construção do autoconceito global"

O autoconceito pessoal está relacionado com os valores pessoais básicos à vida, independentemente do aspecto físico e das relações que possa ter com os outros, segundo Novo. [82]

Autoconceito Familiar

O termo autoconceito familiar, nem sempre é claro, o que não surpreende pois quer o termo autoconceito quer o de família são muito amplos em termos interpretativos.[31]

A análise do autoconceito familiar é baseada em 4 componentes: o *self* social – segundo o qual o indivíduo se encontra em relação com os outros elementos da família; o sistema social- no qual a família se encontra integrada; o sistema familiar – relações intra familiares que extravasam para o espaço extra familiar e o autoconceito familiar modifica-se com o desenvolvimento dos seus elementos e das relações entre os seus elementos.[31] Refere-se às crenças e aos comportamentos do indivíduo enquanto membro de uma família.[82]

O termo autoconceito familiar é um conceito que sumaria a ideia que o indivíduo tem múltiplos esquemas do *self* consoante é membro de uma família.[31]

Autoconceito Social

O autoconceito social, teve a sua origem com os trabalhos de William James,[64] quando este escreveu " *a man's social self is the recognition which he gets from his mates*"[XVIII], que depois foi desenvolvida por Mead e Cooley.

É difícil pensarmos em nós enquanto pessoas, sem nos referirmos aos outros, as pessoas descrevem-se em termos das relações sociais.[8,14]

James e Cooley, citados por Bernet e Burgy[10], afirmam que o autoconceito social se refere à percepção das pessoas acerca do que os outros pensam delas e que os

[XVIII] NT- " o self do individuo é o reconhecimento que ele recebe dos seus pares"

indivíduos assumem um papel de autoconceito social mais positivo quando sentem que são aceites pelos outros.

O *self* social tem significado no bem-estar: o ser socialmente aceite e estar socialmente integrado. [57]

As pessoas aprendem o que são pelas relações que estabelecem com as outras pessoas, ao mesmo tempo que se desenvolvem. Em parte o *self* é para nos permitir relacionar com os outros, sendo este construído, usado, alterado e mantido como forma de conexão do indivíduo com os outros membros da sua espécie. Sendo esta uma das razões pelas quais as pessoas tem selves.[8]

O sentimento de pertença é fundamental para os humanos e a rejeição social leva a baixos níveis de auto-estima. Contrariamente elevados níveis de autoestima e aceitabilidade social leva a uma protecção do *self* contra os efeitos negativos dos acontecimentos da vida.[8]

Sedikides e Brewer, [109] referem-se ao autoconceito social como o *self* colectivo que tem haver com a inclusão do indivíduo num determinado grupo, fazendo com que os diferentes membros do grupo sejam distintos.

O autoconceito social é referido em Novo [82] como a percepção que o sujeito tem de si mesmo, nas suas relações interpessoais, adaptação e no seu valor na vida social em geral.

Em suma, todos os autores descrevem o *self* social como a relação com os outros e a cultura onde o indivíduo se insere.

Segundo Baumeister,[9] é assumido que as funções do autoconceito são essencialmente: criar identidade no processamento de informação, regulação emocional, promover adaptação e regular o comportamento são comuns às diferentes culturas.

O autoconceito desenvolve-se a par do desenvolvimento humano. Quando nascemos não temos autoconceito, só gradualmente e no decurso da nossa maturação e em interacção com o meio é que ele emerge.[104]

É adquirido através da interacção social. [24,75,78] Inicia-se na família, estende-se aos grupos e depois às instituições.[9]

A forma mais ou menos detalhada acerca da construção do *self* é feita por James Mark Baldwin, em que ele contesta que o *self* não é isolado num corpo, que ambos são mutuamente interdependentes (*self* e corpo) e cada um reflecte o outro. Nos seus estudos afirma que quando a criança imita os outros, sendo ele próprio está a construir o seu *self*.

A construção do *self* é sempre feita com a fusão do *self* velho com novos elementos vindos para o *self* do ambiente externo. [14] Daí que tanto o autoconceito é influenciado pelas relações sociais como também as relações sociais são influenciadas pelo autoconceito.[9]

À medida que a pessoa se desenvolve física e psicológicamente, o autoconceito transforma-se num sistema incluindo pensamentos, atitudes, valores e aspirações.

PARTE II – CONTRIBUTO PESSOAL

CAPITULO I – O AUTOCONCEITO E O IDOSO

Neste capítulo far-se-á uma breve abordagem ao que existe na literatura acerca do autoconceito e da pessoa idosa, dando a perspectiva de outros autores. Essa perspectiva encontra-se ordenada sequencialmente de forma cronológica tendo em conta a data da publicação dos artigos. Dos estudos propriamente ditos, optamos por só incluímos os que tiveram como forma de avaliação do autoconceito a escala de autoconceito de Tennessee e como alvo a população idosa. Por ultimo e com base na revisão da literatura surgiu o modelo de análise preconizado para este estudo assim como os objectivos e respectivas hipóteses.

1.1– Perspectiva de outros autores

Kate Charmaz[22], em 1983, ao estudar o impacto da doença crónica no indivíduo concluiu que estes têm medo, pois a doença crónica normalmente leva a diferentes níveis de dependência requerendo mais apoio por parte de terceiros, o que tem como consequência uma auto imagem negativa da própria pessoa. A doença provoca uma alteração da identidade que o indivíduo possuía acerca de si, este adopta uma nova, a de indivíduo doente. Posteriormente esta é interiorizada no seu autoconceito, o que leva o indivíduo a agir em conformidade com a sua nova identidade.

O desenvolvimento, por Markus e Nurius[74] em 1986, do modelo dos possíveis *selves*, (componente do autoconceito que condicionam o *working self-concept* que é o que se encontra correntemente activo na memória), é importante na compreensão do envelhecimento face aos estereótipos negativos. Estes reportam que os idosos investem cognitiva e emocionalmente nos seus futuros *selves*. Como um dos efeitos do idadismo e dos estereótipos negativos é a opressão do verdadeiro *self*, este modelo faz com que o idoso,

para ser socialmente aceite, tenha algumas vezes de se comportar de uma forma contrária à que desejaria. O conceito do "*working self-concept*" implica que os indivíduos estejam continuamente activos nos seus esforços, de modo a construir um *self* aceitável. Os possíveis *selves* sugerem uma ideia bem estruturada acerca do autoconceito na qual, cada componente do *self* é distinto do "*working self-concept*".

Baltes e Baltes[6] (1990) sugerem que o autoconceito tem um papel fundamental no envelhecimento bem sucedido, na medida em que uma atitude positiva para com o *self*, pode traduzir-se em níveis elevados de auto-estima, (componente central no envelhecimento), que pode ser facilmente mantida se o indivíduo tiver muitos *selves* a que possa recorrer de modo a fazer face às perdas características nesta face da vida. Assim, a alteração que existe no *self* ideal na 3ª idade ajuda a explicar porque os idosos referem elevados níveis de satisfação, felicidade e de bem-estar, apesar de circunstancias de vida piores do que os adultos mais jovens. O declínio do *self ideal* pode também explicar em parte a compensação que teoricamente existe com a optimização selectiva na 3ª idade.

Markus e Herzog[73] (1991) concordam que se o autoconceito tem um papel importante na vida das pessoas idosas, dando sentido, guiando as suas experiências sendo, no entanto, possível que os acontecimentos de vida alterem a estrutura e conteúdo do próprio autoconceito. As autoras, baseadas nos trabalhos de Neugarten (1968) e Perlmutter (1988), assumiram que os adultos mais velhos, pelo facto de terem um autoconceito mais complexo também têm esquemas mais complexos do que os adultos mais novos. Evidenciam que os idosos têm um autoconceito mais forte e delineado, sendo este uma estrutura bem integrada na personalidade destes.

Ryff e Essex[107] (1991) defendem que o envelhecimento saudavél requer um autoconceito positivo, para promover uma adaptação mais facilitada das pessoas às alterações de vida. O facto dos idosos serem capazes de se adaptarem contrasta com as

concepções esteriotipadas de que a pessoa com o avançar da idade torna-se mais rígida e inflexível.

Herzog e Markus[58] (1992) sugeriram que os auto-esquemas dos idosos são mais fortes do que o dos mais jovens porque se baseiam em evidências acumuladas.

Em 1994, Pratt e Norris[97], no seu livro "The Social Psychology of Aging: Understanding Aging" referem que os psicólogos sociais deram alguma atenção ao autoconceito na velhice, sendo este considerado como a percepção que os idosos têm do envelhecimento, deles mesmos e dos outros. Alguns teóricos, como Kuyper e Bengtson, (1973) citados pelos autores, propuseram que a auto-estima pode ser influenciada negativamente pelo contexto social e posteriormente incorporada no autoconceito. O indivíduo ao interagir com a sociedade cria e mantêm um autoconceito apropriado à sua idade, tendo este, um impacto importante no bem-estar psicológico na velhice. Salientam também o facto dos idosos aparentemente lidarem com a informação de forma mais lenta e menos eficiente do que os mais novos. Sabe-se que o efeito directo do processamento de informação acerca do *self* envolve a actividade social e o processamento dessa mesma informação social. No entanto se existem défices no processamento, as pessoas idosas podem ser preventivas adaptando o seu comportamento social. Os autores partilham da opinião da maioria dos investigadores gerontologicos e estão preocupados com as alterações que o autoconceito pode ter face às perdas que estão associadas ao processo de envelhecimento, e indicam 4 grande áreas de investigação: 1) ajustamento à velhice e as estratégias de cooping; 2) alguns estudos longitudinais preconizam que a personalidade altera-se através da vida adulta; 3) as narrativas ou reminiscências utilizadas pelos idosos para que a sua vida faça sentido e 4) metacognição (como é que os idosos pensam acerca dos seus processos cognitivos). A literatura acerca do controlo e coping sugere que as alterações no *self* mais velho são em consequência do ajustamento a novas circunstâncias. Ryff (1993), ao ser citada pelos autores, sugere que o desenvolvimento dos possíveis *selves*

podem promover o envelhecimento com sucesso dado que todos eles se encontram interligados de modo a fazerem sentido quando há alterações nas circunstâncias. Diffmann-Kohli's (1990), no mesmo estudo, concluiu que as pessoas idosas trabalham no seu *self* físico apesar das suas limitações e restrições, reorganizando *à posteriori* os seus *selves* psicológicos. Apesar do autoconceito aparentar permanecer estável, as suas características são claramente o produto, quer das influências sociais imediatas quer das globais.

Brandtsadter e Grave[13] (1994), preconizaram o modelo do "*aging self*" em que é um modelo de controlo pessoal, no qual as alterações relacionais com a idade alteram por sua vez os pensamentos e comportamentos. De acordo com este modelo, a habilidade de manter o senso positivo é o resultado de estratégias assimilativas e acomodativas. As assimilativas são definidas como as que mantêm os aspectos desejáveis do *self* de forma a manter os objectivos e as acomodativas são o desligar dos objectivos iniciais e ajustar a novos objectivos, em função das capacidades. Na velhice, os indivíduos passam das estratégias assimilativas para as acomodativas com o aumento da idade, mas para um envelhecimento com sucesso é necessário equilíbrio entre as duas estratégias, caso contrário o mínimo obstáculo pode resultar no abandono de algo que o faz feliz, ou por outro lado exigir em demasia do próprio individuo, não sendo ele capaz, o que leva à exaustão e a ter sentimentos de impotência e/ou inferioridade.

O envelhecimento com sucesso, segundo Coleman,[23] (1995), envolve não só a manutenção da auto-estima, mas também a percepção de continuidade do sentido da vida. O que mantém o que somos (identidade) é o contacto com os outros, os nossos papéis, actividades no mundo (sociedade) em que vivemos. As grandes alterações com o envelhecimento fazem com que isto seja um desafio para os idosos, quando há um grande número de perdas. As pessoas idosas geralmente mantêm um elevado grau de auto-estima, que está relacionado com um gradual ajustamento às expectativas e auto-aceitação da sua nova condição.

Troll e Skaff,[121] (1997) ao se referirem à institucionalização dos idosos afirmam que a mudança para a instituição, retira-os dos seus hábitos de viver alterando o seu autoconceito. Mas Tobin e Lieberman, citados no mesmo estudo, encontraram manutenção do seu *self* através da evidência para com o seu passado, provocando a alteração de algumas actividades diárias em função dos seus interesses passados, quando os idosos transitavam para as instituições.

Linda George[46], em 1998, afirma que o envelhecimento como processo biológico, psicológico e social coloca desafios ao próprio *self.* A doença e a diminuição de capacidades que são esperadas nesta fase da vida podem evidenciar sentimentos negativos quer em termos de pertença quer em termos de competência. As possíveis alterações nos processos psicológicos decorrentes do próprio processo de envelhecimento (memória-cognição-personalidade) são vistas como potenciais fontes de alteração da auto-percepção. Três modelos sustentam a hipótese anterior: estereotipo, teoria dos papéis e o stress. Os estereótipos que são subscritos pelos idosos e pelos não idosos. Uma vez que a resposta dos outros com base nos estereótipos, pode ser negativa, há tendência em se adoptar o mesmo tipo de comportamento/atitude. Como parte do nosso *self* é construído tendo por base o que é, em parte, esperado de nós, os idosos adoptam esses mesmos comportamentos negativos face a eles mesmos só porque é o que deles é esperado socialmente. A teoria dos papéis onde cada um tem um determinado papel social a desempenhar, vai influenciar o desenvolvimento da identidade e do autoconceito visto o envelhecimento ser uma época de perdas tudo leva a crer que exista uma diminuição da autovalorização. O stress é um dos modelos utilizados para examinar o *self* na velhice. De acordo com esta perspectiva e porque as alterações e opressão dos mecanismos de cooping, acontecimentos de vida sujeitos a stress, colocam a pessoa em risco para a diminuição da sua auto-eficácia. Os três modelos assumem que existe declínio de competência e auto-valorização na velhice. Tendo em conta a auto-estima esta manteve-se relativamente estável ao longo do tempo. Também

refere que os idosos recorrem a estratégias comportamentais de modo a protegerem o seu *self.*

Em 1998, Royer[106] afirmou que as alterações decorrentes das doenças crónicas têm efeitos profundos no autoconceito da pessoa, e consequentemente nas suas relações sociais.

Herzog, Markus, Franks e Holmberg [57] (1998) dão ênfase à parte social dos mais velhos como tendo significado muito importante para o bem-estar, nomeadamente o facto de se estar socialmente envolvido e de se ser socialmente aceite. Ao longo do tempo as pessoas seleccionam, ajustam e refinam as suas actividades de forma a harmonizar o *self-system*, de modo a promoverem a continuidade do *self* e do seu estilo de vida. Assim e consoante a forma como cada qual se interpreta, o seu comportamento é modificado e reflectido no contexto social.

Esperando-se que a velhice, com uma grande carga negativa entre o equilíbrio ganhos-perdas, possa reflectir numa correlação positiva entre a idade e o número de aspectos negativos e uma correlação negativa entre a idade e os aspectos positivos é o que referem Freund e Smith [42](1999). Mas o facto é que quer os idosos como os mais idosos reportam mais avaliações positivas do que negativas. L'Ecuyer (1990) citados pelos autores, sugere que a reorganização do *self* dá-se por volta dos 60-77 anos e que após os 80 anos, o processo de auto definição está completo. No que concerne à imagem corporal (aparência) e segundo Peck (1969) citados por Freund e Smith, esta é menos importante para a definição do próprio, porque o declínio físico e a aproximação da morte levam o indivíduo para um âmbito mais transcendente do que a importância de ter aspecto bom.

Heidrich[56] (1999) afirma que a diminuição da saúde na 3ª idade ou outra perda, atingem o *self*, e diferentes aspectos do autoconceito são alterados tentando manter o equilíbrio entre o self ideal e o actual, reduzindo o stress psicológico. Birren e Renner, 1980, citados em Heidrich, 1999, concordam que a adaptação bem sucedida à velhice está relacionada com a congruência entre o ideal e actual *self*. O que reforça a ideia de Baltes e

Baltes[6] (1990) de que os idosos compensam as perdas em determinadas áreas optimizando as suas habilidades em aspectos acerca deles mesmos. Heidrich é da opinião de que o papel do *self*, como mecanismo central para manter o bem-estar psicológico e a saúde mental na 3ª idade, é central na parte psicológica do indivíduo.

Herzog e Markus,[58] (1999) defendem que para a especificidade dos aspectos desejados ou temidos, o modelo dos possíveis *selves* sustenta a visão positiva ou negativa servindo em simultâneo para organizar e dar energia às acções pessoais. Os possíveis *selves* ilustram o quão longe o indivíduo pode ir, sendo através destes possível delinear uma trajectória futura do caminho a seguir ou tendo em conta os *selves* passados, construir a sua historia organizando as experiências de vida. O autoconceito é influenciado pela sociedade e também é construído nessa mesma sociedade, reflecte e incorpora o que os outros pensam da pessoa, como a pessoa é tratada, quem são os outros significativos e o que é que a própria pessoa faz com tudo isto. A forma como os mais velhos mantêm o bem-estar ao longo da sua vida pode ser explicado pelo ajustamento de novos objectivos para a sua vida, estratégias personalizadas de controlo, e os processos de selecção, compensação e optimização. A experiência de envelhecer depende em grande parte da forma como o *self* é invocado para estruturar os eventos e dar-lhe sentido. Porque o autoconceito está relacionado com as experiências, comportamento e bem-estar, faz sentido explica-lo através da investigação que se faz acerca da adaptação e do envelhecimento.

Susan Whitbourne[125] (2000) explicita que os idosos têm limitações nas suas capacidades e têm de decidir onde gastar as suas energias e atenção. A teoria desenvolvida pela autora em 1996, postula uma relação cíclica entre o *self* ou identidade e as experiências. Os indivíduos podem alterar a sua identidade em resposta a novas informações do *self*. A teoria da identidade de Whitbourne propõe que as alterações do processo de envelhecimento são negociadas através de processos de assimilação de identidade, acomodação da identidade e do equilíbrio da identidade. A assimilação da

identidade- refere-se à interpretação das experiências de acordo com as suas convicções. O indivíduo mantém o senso de self-consistency mesmo quando confrontado com experiências discrepantes ou informação acerca do *self*. Usar exclusivamente este processo de assimilação poderá resultar numa forma rígida de encarar novas experiências e de processar informação consistente com o autoconceito corrente. A acomodação da identidade é o processo de mudar de identidade de forma a responder a novas experiências que são contrárias às convicções do *self*. Um uso excessivo deste processo faz com que o indivíduo seja demasiado reactivo às influências externas. Quando as discrepâncias da identidade ocorrem, primeiro são desencadeados os processos de assimilação e quando estes não resultam os de acomodação são desencadeados posteriormente. Um equilíbrio entre os dois processos é o mais adequado. Os indivíduos adoptam processos de acomodação face ao seu comportamento de forma a sustentarem a sensação de competência e de estarem activos. As alterações físicas do envelhecimento apresentam um grande desafio à identidade porque estão associadas a sentimentos de incompetência.

Elena Antonelli, Vittorio Rubini e Cristina Fassone[1] (2000) no estudo "The Self-Concept in Institutionalized and Non-Institutionalized Elderly People", chegaram aos resultados de que os idosos institucionalizados tem um autoconceito mais negativo, uma auto-estima com níveis inferiores e um *self* inter-pessoal mais restrito do que aqueles que vivem na comunidade. Também referem que os papeis familiares e religiosos são mencionados com maior frequência pelos idosos institucionalizados e que as mulheres descrevem-se mais em termos religiosos do que os homens. Em suma os efeitos da institucionalização são piores para os homens do que para as mulheres.

Giarrusso, Mabry e Bengtson[49], (2001) também são a favor de que a forma como os idosos se vêem, na velhice, tem um papel importante na sua saúde e bem-estar, assim como nas tendências sociais dos mesmos. Fazem referência aos estudos acerca da auto-estima não serem consensuais havendo alguns que reportam que a auto-estima diminui com a idade,

enquanto que outros referem que esta aumenta, e alguns estudos indicam uma relação curvilínea entre a auto-estima e a idade.

Pinquart e Sorensen[95], 2001 na meta analise acerca das diferenças de género no autoconceito e bem-estar na velhice, sintetizam 5 razões pelas quais as mulheres idosas tem um bem-estar subjectivo mais baixo e um autoconceito mais negativo quando comparado com o dos homens. As primeiras 3 razões focalizam-se na desvantagem das mulheres face ao bem-estar, integração social, boa saúde, competência, aumento de auto-estima são predictores importantes do bem-estar subjectivo e autoconceito nos idosos: 1ª razão – desvantagem no que concerne à sua saúde, tem taxas de morbilidade mais elevadas e requerem mais cuidados de saúde ao longo da sua vida do que os homens; 2ª razão – viuvez a razão é de cerca de 3 para 1 contra os homens em parte devido à esperança de vida e ao facto de normalmente casarem com homens mais velhos; 3ª razão – menos recursos materiais, uma vez que a actividade laboral nestes grupos etários estava mais consagrada ao sexo masculino, e ao enviuvarem as suas pensões são as mais baixas; 4ª razão – a maior percentagem de sentimentos negativos que ocorrem mais no sexo feminino em especial nas idades mais avançadas e 5ª razão – as mulheres são menos atraentes e menos valorizadas enquanto que os homens podem ganhar algum prestígio com a idade.

Levey, Slade e Kasl,[70] (2002), citando Neugarten, 1996, mencionam que a forma como o indivíduo desenvolve a percepção de si próprio na velhice engloba 2 formas de expectativas: expectativas que são desenvolvidas e interiorizadas durante o ciclo de vida e precedem com o avançar da idade. Nesta trajectória haverá pontos mais altos e outros baixos e as expectativas ocorrem do encontro dos idosos com outros idosos no seu dia-a-dia sendo estes muito vulneráveis às expectativas. Em consequência das auto percepções negativas acerca do envelhecimento, as expectativas e comportamentos do indivíduo que envelhece podem ser também negativas

Bertrand e Lachman,[11] em 2003, afirmam que os indivíduos modificam a sua forma de pensar e agir de forma a preservar o seu autoconceito, sendo esta normalmente feita de forma positiva, mas nos idosos, ela tem um forte potencial negativo. O modelo de Whitbourne é útil para se compreender a complexidade e dinâmica da personalidade durante a última fase da vida. Outro aspecto importante do autoconceito está relacionado com as ideias que cada um tem sobre quem se pode tornar, quem gostaria de ser e de quem tem medo de se tornar que foi desenvolvida por Markus e Nurius (1986) e incorpora esperanças e sonhos para o *self* assim como medos e ansiedades para os não desejados. Os idosos (60-80 anos) têm poucas expectativas acerca das escolhas positivas das suas vidas, face ao elevado número de perdas que sofrem. Os idosos podem tentar dissociar o seu autoconceito dos estereótipos negando os efeitos negativos dos mesmos estereótipos ou negando a própria idade. A forma como se vêem pode ser defendida contra a influencia dos estereótipos negativos, alterando os critérios de importância das suas experiências e atributos. Utilizando para isso processos acomodativos de modo a facilitar uma atitude positiva acerca do envelhecimento. Os processos acomodativos ajudam na protecção do autoconceito.

A doença, segundo Kelly e Millward[68] (2004), não só pode modificar a percepção que se tem de si próprio como também a percepção que os outros têm acerca dela própria sendo mais acentuado no caso de doenças crónicas. As doenças crónicas são mais aceitáveis num grupo etário mais velho do que num mais novo.

O autoconceito, de acordo com Garcia-Blanco *et al*,[44] (2004), está relacionado com o grau de satisfação da vida é constituído pela percepção do indivíduo acerca de si mesmo e inclui quer juízos e valores, como comportamentos e aparência. As pessoas desenvolvem uma série de conhecimentos o que faz com que se possam adaptar eficientemente aos diferentes contextos. Devido a determinadas circunstâncias que ocorrem com o processo de envelhecimento, tais como isolamento, diminuição das relações interpessoais, aparecimento

de doenças crónicas e outros factores de stress, podem contribuir para uma percepção negativa acerca de si mesmo. Do estudo que realizaram, as pessoas que vivem em instituições têm índices mais baixos de autoconceito e de auto-estima do que os que vivem em suas casas, tendo em conta Fernandez-Ballasteros, (1997) citada pelos autores. Diener, (1995), no mesmo estudo, refere que a um elevado grau de satisfação de vida está ligado a uma boa autoestima e autoconceito.

Para Sneed e Whitbourne[116] (2005), em geral a maioria dos idosos referem uma avaliação positiva acerca de si mesmo e das suas vidas, e esta visão não diminui com o avançar da idade. Um certo número de teorias explicam como é que os idosos conseguem viver de modo muito satisfatório numa sociedade com alguns estereótipos negativos acerca do envelhecimento, assim como com o declínio das suas funções. Estas teorias são divididas em dois grandes grupos, segundo os autores, num primeiro grupo encontramos as relacionadas com o senso de controlo por parte do idoso perante o seu meio ambiente e num segundo grupo as relacionadas com o seu próprio *self* , que os guia face às suas experiências de vida. A perda de controlo nos domínios físico, psíquico e social é um facto que acontece com o aumento da idade e de modo a optimizar o rácio entre as perdas e os ganhos, de forma a manter o bem-estar e uma satisfação na vida, as pessoas tendem a ajustar os seus objectivos de acordo com as suas capacidades. Cartesen *et al* (1999), citados pelos autores, ao referirem-se à teoria selectiva sócio-emocional, dizem que os modelos de envelhecimento não devem só ser baseados na idade em si, mas sim na percepção que cada um tem do passar do tempo, uma vez que é a percepção que se tem que é motivadora socialmente. Quando as pessoas percebem o tempo como algo limitado, tendem a regular os seus objectivos vivendo de modo mais saudável emocionalmente. Por outro lado, a teoria do processo de identidade preconizada por Whitbourne em 1996, propõe que as mudanças relacionadas com a idade no idoso são negociadas através do processo de acomodação, assimilação e equilíbrio de identidade. Os indivíduos podem utilizar os 3 processos ou só

um deles. Assim, a assimilação da identidade é a interpretação das experiências de modo a estabilizar o sistema do *self* em termos afectivos e cognitivos. A acomodação da identidade é um processo de alteração da identidade em resposta a novas experiências. Esta forma de adaptação é utilizada normalmente em indivíduos com baixa auto-estima que geralmente são muito influenciáveis acomodando-se com facilidade. A acomodação só ocorre quando a assimilação falha. As pessoas que mantêm um equilíbrio entre a acomodação e assimilação tendem a alterar favoravelmente o seu autoconceito, avaliando-se realisticamente. Os idosos tendem a usar estratégias assimilativas para se protegerem do reconhecimento das alterações físicas e cognitivas inerentes à sua identidade. O equilíbrio da identidade está ligado a situações de elevada auto-estima. Cross e Madson (1997), no mesmo estudo, postularam que o autoconceito das mulheres é caracterizado pela interdependência (baseada nas suas relações pessoais e nas dos membros do grupo que faz parte) enquanto que nos homens é caracterizado pela independência (baseada na autonomia e separação dos outros). Esta forma de concepção é importante e condiciona o comportamento dos mais velhos, especialmente se tivermos em conta que os grupos de idosos com mais idade são do sexo feminino.

Townsend, Wyke e Hunt, (2006), afirmam que a doença, quando provoca a perda de controlo do indivíduo perante as suas próprias rotinas provoca uma perda de si próprio com alterações profundas no seu autoconceito. Aparentemente as pessoas tentam continuar com todas as suas actividades, ao mesmo tempo que lutam contra os sintomas cada vez mais evidentes. O facto de não serem capazes de desempenhar os papéis que antes tinham desencadeia implicações existenciais e mudança de identidade.

Relativamente aos estudos do autoconceito nos idosos com a Teneesee Self-Concept Scale descrevemos somente três. O de L.Gaber (1984), o de Shu, Huang e Chen (2003), e o de Novo (2003).

L. Gaber[43] (1984) no seu estudo intitulado "*Structural dimensions in aged self-concept: A Tennessee Self-Concept Study*" tentou estudar a dimensão estrutural do autoconceito numa população de idosos residentes na comunidade. O estudo foi efectuado com uma amostra de 82 indivíduos de ambos os sexos, residentes em Newcastle, tendo como média de idades os 79.57 anos e desvio padrão de 5.17. Como resultados refere que, o *self* moral tem uma progressiva importância no período final da vida e interpreta-o no sentido de um mecanismo compensatório para fazer face ao relativo enfraquecimento de outras facetas do autoconceito. A referência a uma baixa autocrítica ocorre a par da verificação de elevados níveis de autoestima e de autoconceito, a qual pode ser interpretada como uma manifestação de mecanismos de defesa para enfrentar o conflito que o conhecimento das próprias fragilidades implicaria. Os resultados do estudo de Gaber sugerem a existência de uma distorção defensiva no grupo dos idosos, ao que o autor interpreta como um mecanismo de redução da ansiedade envolvida na percepção da proximidade do fim da vida. Emergindo três componentes como resultado do estudo: a auto aceitação, a resolução *vs* defesa e a integração conflituosa.

Bih-Ching Shu, Chingchaw Huang e Bor-Chih Chen[111] (2003) realizaram um estudo intitulado "*Factors Related to Self-Concept of Elderly Residing in a Retirement Center*" no Sul de Taiwan. Este estudo teve como objectivo explorar o autoconceito dos idosos residentes num centro e ver qual a sua relação com outras variáveis nomeadamente o bem-estar subjectivo e as actividades de vida diária. O estudo teve por base a constituição de dois grupos de idosos com 65 e mais anos, um grupo de 42 idosos a residirem num centro e outro grupo de controlo com 33 idosos a residirem com as suas famílias. A média de idades situa-se nos 74.8 anos com um desvio padrão de 7.8 e com uma amplitude entre os 65 e 94 anos para ambos os sexos. Os instrumentos utilizados foram a TSCS para medição do autoconceito e a Multidimensional Funcional Assessment Questionnaire Chinese Version (MFAQ) para avaliação da funcionalidade das actividades de vida (ADL). Ambos os

instrumentos foram aplicados por dois investigadores treinados para o efeito (inter-fidelidade 0.87) após a obtenção do respectivo consentimento informado. A análise foi feita recorrendo à estatística descritiva e regressão linear e ao programa informático SPSS. Obtiveram como principais resultados, níveis mais baixos no autoconceito pessoal e familiar nos idosos residentes no Centro e quer as ADL quer o bem-estar subjectivo influenciavam o autoconceito total. As mulheres obtiveram resultados mais significativos nas sub escalas: *self* ético-moral, *self* familiar, *self* social, identidade e satisfação do que os homens e estas tem um autoconceito global mais elevado do que os homens; o idosos residentes na instituição tem um autoconceito pessoal e familiar mais baixo do que os que vivem com as suas famílias. Neste estudo não houve diferenças significativas no que concerne ao autoconceito global e ao local de residência, mas a média do autoconceito global foi mais elevada nos idosos residentes no centro (256.8) do que nos residentes fora deste (247.2), o desvio padrão foi de 20.0. Como limitações do estudo os autores apontaram a falta de controlo acerca do tempo de institucionalização e o facto de não ser possível a generalização dos resultados uma vez que a amostra foi por conveniência.

Rosa Ferreira Novo[82] (2003) no seu estudo "*Para além da* eudaimonia*: o bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*", utilizou a TSCS em conjunto com outras escalas, a escala de Bem-Estar Psicológico de Carol Ryff e as escala de Integridade e Interioridade desenvolvidas por Carol Ryff e S. Heincke em 1983. Teve como objectivo clarificar as relações entre as medidas que as escalas proporcionam, diferenciando-as entre si e salientar as especificidades dos constructos que se supõe avaliar. A amostra foi constituída por 69 participantes do sexo feminino com idades compreendidas entre os 65 anos e os 75 anos. O método utilizado foi o de entrevista em 3 sessões, uma primeira sessão constituída por entrevista propriamente dita, uma segunda sessão aplicação das escalas e uma na terceira sessão com a aplicação do Rocharch. Dos resultados obtidos só salientaremos os referentes à aplicação da TSCS. Assim, os três grupos apresentaram

globalmente valores na zona da normalidade isto é valores entre a média e o desvio padrão entre T_{40} e T_{60}. A amostra total tem uma média de 64.29 (desvio padrão de 9.31) para o autoconceito físico; 80.03 (desvio padrão de 6.29) para o autoconceito ético-moral; 71.16 (desvio padrão de 9.22) para o autoconceito pessoal; 74.54 (desvio padrão de 7.33) para o autoconceito familiar; 73.49 (desvio padrão de 8.01) para o autoconceito social; 124.52 (desvio padrão de 10.24) para a identidade; 119.64 (desvio padrão de 13.02) para a satisfação; 119.35 (desvio padrão de 10.81) para o comportamento e 363.51 (desvio padrão de 30.40) para o autoconceito total. Refere que existe uma superioridade da Identidade face à satisfação e ao comportamento, o autoconceito ético-moral é o mais elevado enquanto que o autoconceito físico é o mais baixo. A autora refere também como algo limitativo da análise a ausência de normas específicas para o grupo etário em estudo, o que deixa em aberto a possibilidade de identificar o significado particular que os índices de validade podem assumir na idade adulta avançada.

1.2– Modelo de Análise

O autoconceito, como já foi referido, é algo que faz parte da natureza humana e assume particular importância na velhice uma vez que se relaciona com o bem-estar. A pessoa idosa com as limitações que lhe são características, e os estereótipos sociais que lhe estão associados, pode ter uma percepção negativa de si própria.

De acordo com a problemática em estudo, e considerando as definições de autoconceito e de pessoa idosa/idoso, elaboramos o seguinte modelo de análise representado na figura 1.

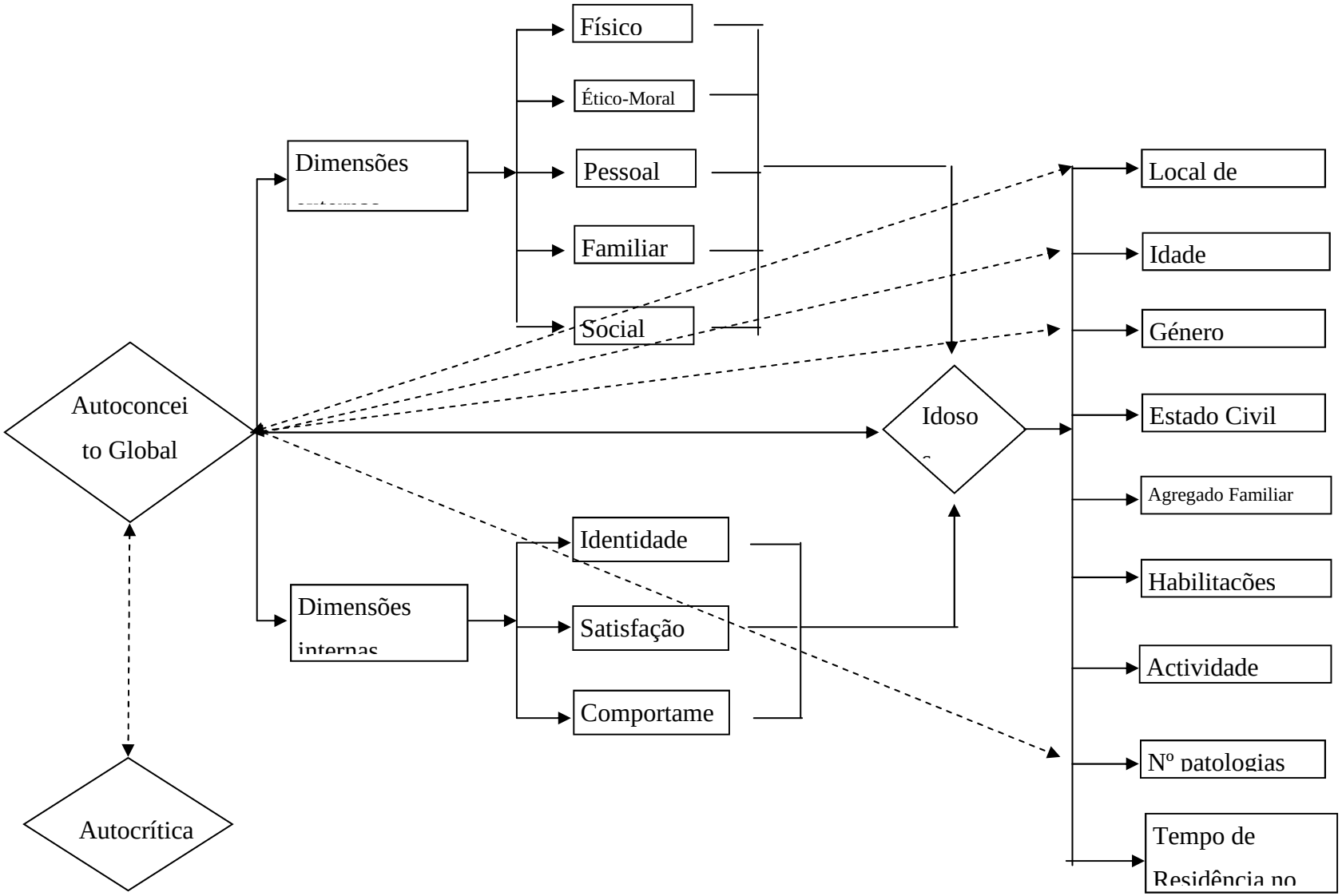


Fig.1.—Diagrama Conceptual do estudo O Autoconceito dos Idosos

O autoconceito é composto por dimensões e é interpretado como a percepção que o indivíduo tem de si próprio nas diferentes dimensões que o compõem. Assim o autoconceito global é composto por dimensões internas e dimensões externas que, neste estudo é influenciado pelo local de residência, idade, género, número de patologias, o tempo de residência no lar e nível de autocrítica do idoso. Para além de pretendermos analisar quais os níveis de autoconceito que os idosos possuem nas diferentes dimensões pretendemos também analisar o efeito que as variáveis acima descritas têm no autoconceito global dos mesmos.

As pessoas em geral e os idosos em particular identificam-se com o local onde residem e a transição do local onde habitualmente se vive, para uma instituição exige elevados níveis de adaptação, para os quais a pessoa idosa pode não estar preparada, condicionando negativamente percepção que este tem de si próprio, fazendo-nos supor que **os idosos que residem no lar têm um nível de autoconceito inferior aos que habitam no seu meio familiar/comunidade,** indo ao encontro de resultados encontrados em diferentes estudos. [1.32]

Como o autoconceito é desenvolvido durante o processo de socialização da pessoa e é culturalmente influenciado, diferencia-se em relação ao género, retratando as tendências sociais e culturais onde o indivíduo se encontra inserido. A literatura sugere que as mulheres têm uma auto-estima mais baixa do que os homens nesta faixa etária, o que poderá então pressupor que **o autoconceito dos idosos do género masculino é mais elevado do que os idosos do género feminino**.

Mas há medida que se envelhece o conhecimento acerca da própria pessoa torna-se mais estruturado, existe uma percepção mais real das capacidades, pelo que **o autoconceito dos idosos poderá evoluir positivamente com a idade.**

Por outro lado, a doença crónica com o seu impacto negativo, na psicologia do indivíduo e no próprio autoconceito, pode também ser vista como algo de inevitável durante o processo de envelhecimento pela própria pessoa. Mas devido às suas características de doença incurável, e à elevada taxa de morbilidade dentro deste grupo etário, sugere-se que **quanto mais patologias a pessoa idosa possuir mais baixo será o seu autoconceito.**

Nos idosos institucionalizados, as rotinas impostas pela própria instituição vão de certo modo promover uma aculturação do indivíduo, pelo que ele deixa de ser quem era e passa por meio de estratégias de adaptação a interiorizar as regras da instituição, perdendo ao longo do tempo a sua identidade. Assim à medida que o tempo passa e as regras são mais interiorizadas poderá dar-se **uma associação negativa entre o autoconceito dos idosos que residem no lar e o tempo de institucionalização,** por outras palavras, os idosos que residem há mais tempo tem um autoconceito inferior ao dos que residem há menos tempo.

A autocrítica faz parte da avaliação que fazemos acerca de nós próprios. Tendo em conta o facto de o autoconceito ser mais realista à medida que avançamos na idade, faz-nos crer que quanto melhor for o nível de autocrítica melhor será o autoconceito global, levando-nos a sugerir uma **associação positiva entre a autocrítica e o autoconceito.**

1.3 – Objectivos e hipóteses

Para este estudo e tendo como referencia o quadro teórico elaborado, foram preconizados os seguintes objectivos e hipóteses.

1.3.1 – Objectivos

O objectivo geral deste estudo é avaliar os níveis de autoconceito dos idosos em contexto familiar e institucional.

Como objectivos específicos:

1 – Caracterizar a população;

2 – Descrever os níveis da dimensão identidade dos idosos;

3 – Descrever os níveis da dimensão satisfação dos idosos;

4 – Descrever os níveis da dimensão comportamento dos idosos;

5 – Descrever os níveis da dimensão física do autoconceito dos idosos;

6 – Descrever os níveis da dimensão ético-moral do autoconceito dos idosos;

7 – Descrever os níveis da dimensão pessoal do autoconceito dos idosos,

8 – Descrever os níveis da dimensão familiar do autoconceito dos idosos;

9 – Descrever os níveis da dimensão social do autoconceio dos idosos;

10 – Analisar qual a dimensão interna e externa da escala que apresenta valores mais elevados e qual a que apresenta valores mais baixos;

11 – Descrever os níveis de autocrítica dos idosos;

12 – Definir estratégias com a finalidade de ajudar os idosos a estruturar um envelhecimento bem sucedido.

1.3.2 – Hipóteses

H1 – Os idosos residentes no Lar evidenciam níveis de autoconceito inferiores aos residentes na Comunidade;

H2 – Os idosos do género masculino têm níveis de autoconceito mais elevados que os idosos do género feminino;

H3 – Existe associação positiva entre o autoconceito dos idosos e a idade;

H4 – Existe uma associação negativa entre o autoconceito dos idosos e o número total de patologias;

H5 – Existe associação negativa entre o autoconceito dos idosos e o tempo de residência no lar;

H6 – Existe uma associação positiva entre a autocrítica e o autoconceito dos idosos.

CAPÍTULO II - METODOLOGIA

A metodologia nos estudos científicos não é mais do que uma descrição clara e justificada de cada fase da pesquisa de modo a preservar a integridade e o rigor da mesma (Roberts e Bruke, 1989). É uma etapa estruturante do trabalho de investigação e é onde " … *o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação* …" [39] (p. 40).

Neste capítulo iremos descrever o tipo de estudo, a população, o meio onde realizará o estudo, os aspectos éticos, o processo de recolha de dados, o plano de recolha de dados e o plano de análise de dados.

2.1 – Tipo de Estudo

O tipo de estudo é determinado de acordo com a problemática a estudar e com os objectivos da investigação.

O presente estudo, "***O Autoconceito dos Idosos***", tem como objectivos descrever o autoconceito dos idosos (nas suas diferentes dimensões) e examinar algumas relações entre as variáveis inserindo-se nos estudos descritivos, correlacionais do tipo quantitativo.

Descritivo porque segundo Duhamel e Fortin[28] (p.164) este tipo de estudo "*consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população*", o que vai de encontro a um dos objectivos do trabalho.

Para além de descritivo também é correlacional uma vez que irá examinar as relações existentes entre algumas variáveis explorando-as.[38]

Uma vez que os dados utilizados para obter informação são numéricos e a análise dos mesmos é feita através de procedimentos estatísticos, o estudo insere-se no tipo de investigação quantitativa.[17,39]

2.2 - População

Uma população "*… é uma colecção de elementos ou sujeitos que partilha características comuns, definidas por um conjunto de critérios*"[39] (p.202). De acordo com a temática e objectivos do estudo são elaborados critérios com vista à escolha dos sujeitos a estudar.

A população alvo, foi a inscrita no Centro de Saúde de Angra do Heroísmo pertencente a cinco freguesias do Concelho de Angra e a residente no Lar de Idosos da Santa Casa da Misericórdia de Angra do Heroísmo. As freguesias foram seleccionadas de forma aleatória com excepção da freguesia da Conceição que é onde se encontra situado o Lar de Idosos.

Neste estudo tivemos como critérios de inclusão a idade dos sujeitos ser igual ou superior a 65 anos e estes não apresentarem défices cognitivos.

O critério da não apresentação de défices cognitivos prendeu-se com o facto da escala de avaliação de autoconceito utilizada (Tennessee Self-Concept Scale – TSCS) ser uma escala de auto-administração, e que para o seu correcto preenchimento os participantes têm de ter a capacidade de a compreender de forma a assinalar a resposta adequada.

Assim, após a sinalização dos idosos quer no Lar quer na Comunidade os que foram incluídos no estudo foram os que satisfizeram as exigências dos critérios de inclusão, que para o efeito foi utilizado o Mini Mental State Examination (MMSE) de Folstein *et al* de 1975, adaptado à população portuguesa por Guerreiro e colaboradores em 1996.

O MMSE consiste numa entrevista semi-estruturada, que permite uma avaliação do estado mental do indivíduo e tem sido muito utilizado enquanto instrumento de investigação na detecção de perturbações cognitivas. [34]

A escala é composta por seis provas. Uma prova de orientação, uma de retenção, uma de atenção e cálculo, uma de evocação, uma de linguagem e uma de habilidade construtiva. O MMSE demora entre cinco e dez minutos e a sua cotação é fácil. A pontuação total é obtida com o somatório das pontuações parcelares de cada uma das provas.

O valor de cotação máximo é de trinta. Existe uma relação inversa entre os resultados do MMSE e a idade, e os participantes mais escolarizados tendem a obter resultados mais elevados. Este dado é importante para a utilização deste instrumento na população portuguesa, uma vez que existe uma grande percentagem de pessoas idosas com baixo nível de escolaridade. Os pontos de corte para a população portuguesa a partir dos quais se considera como tendo défice cognitivo são: Analfabetos ≤ 15; de 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22 e com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27.[52]

Foi com base nestes critérios que o MMSE foi interpretado neste estudo.

O 1º total da amostra foi de 1050 sujeitos na Comunidade. Conseguimos a morada de 988 sujeitos e destes foram contactados 425 sujeitos. Dos sujeitos contactados **211** participaram no estudo. Os restantes não participaram por: não se encontrarem em casa após 2 tentativas (38), terem mudado de residência, estando a viver com outros familiares noutra freguesia (9); terem sido transferidos para o lar de idosos (7); estarem a passar férias fora da ilha (14); recusaram-se a participar no estudo (64); depois de aceitarem preferiram ser retirados do estudo alegando que a escala era muito grande (27); e 9 as moradas incorrectas e foram detectados 22 casos de défice cognitivo. Da totalidade dos questionários recolhidos 24 foram retirados por terem mais de 10 perguntas em branco (ver Manual de Roid e Fitts[100]).

Da totalidade dos 194 utentes, de todas as idades, que residem no Lar de Idosos, foi seleccionada uma primeira amostra de 73 utentes (37.63%) com 65 e mais anos e que inicialmente não teriam défices cognitivos, pis não estavam sinalizados como tal na avaliação psicológica feita na própria instituição pela psicóloga. Destes, 7 não aceitaram participaram no estudo e 6, após a aplicação do MMSE, obtiveram pontuação que não lhes permitiu continuar. Houve 3 utentes que por vontade própria quiseram retirar-se a meio do estudo. O total de participantes entrevistados no lar foi de **56** perfazendo 28.87% da totalidade dos residentes do lar.

Assim, a população em estudo é de 267 participantes, 211 residentes na Comunidade e 56 residentes no Lar.

2.3 – Selecção do Meio

O meio seleccionado para a recolha dos dados foi o local de residência dos idosos, Lar de Idosos e Domicilio, o que de certa forma é positivo conforme preconizado por Abelellah e Lavine citados por Fortin, [39] porque o indivíduo sente-se no seu meio. O meio natural é o meio mais utilizado nos estudos descritivos de correlação e é definido pelas situações não controladas da vida.

2.4 – Aspectos Éticos

As considerações éticas devem estar presentes em todos os aspectos, desde a preparação e durante toda a execução do estudo. Quando seres humanos são usados como sujeitos nas investigações há que assegurar os direitos humanos desses mesmos participantes.[39] Segundo Burns e Grove [17] esses direitos são: a autodeterminação, a privacidade, o anonimato e a confidencialidade.

Para a condução ética de qualquer investigação há que obter o consentimento informado dos sujeitos.[17,39]

O consentimento informado visa transmitir as ideias essenciais do estudo, e obter a participação voluntária do sujeito no estudo.17

Durante o respectivo estudo foram respeitados todos os aspectos éticos. Os sujeitos para participarem no estudo deram previamente o seu consentimento, assinando o termo de consentimento informado (ver anexo I), os dados foram todos codificados não sendo relacionados com os sujeitos e a quando da recolha dos dados, a privacidade e a confidencialidade foram asseguradas e a autodeterminação foi respeitada.

2.5 – Operacionalização das Variavéis

Para que se possam medir os conceitos estes têm de ser transformados em indicadores, pelo que elaboramos o quadro 1, que ilustra a operacionalização dos conceitos.

Quadro1 - Definição operacional das variáveis autoconceito e idoso

Conceitos	Definições Operacionais	Indicadores
Autoconceito	Escala de Autoconceito de Tennessee	Dimensões Internas (90 enunciados) Dimensões Externas (90 enunciados) Escala de Autocrítica (10 enunciados)
Idoso	Idade	65 – 74 75 – 84 85 e mais anos
	Género	Feminino Masculino
	Estado Civil	Casado Solteiro Divorciado Viúvo
	Nº Elementos do Agregado Familiar	De 1 a 14
	Local de Residência	Lar de Idosos Comunidade
	Habilitações Literárias	Sem instrução Ensino Primário Ensino Preparatório Ensino Secundário Ensino Superior
	Profissão	(em aberto)
	Tempo de Reforma	Até 1 ano 1 – 2 Anos 3 -5 Anos Mais de 5 anos
	Tempo Residência Lar	Menos de 1 ano 1 – 4 Anos 5 – 9 Anos 10 e mais anos
	Nº de Patologias	De 1 a 8

2.6 – Processo de Recolha de Dados

Iniciaremos este sub capítulo, com uma descrição do instrumento proposto para avaliar o autoconceito, seguindo-se a forma como se procedeu para a colheita dos dados e os procedimentos estatísticos a adoptar.

2.6.1 – Instrumento de recolha de dados

O autoconceito foi avaliado recorrendo à Tennessee Self-Concept Scale (TSCS) (anexo II), originariamente construída por Fitts *et al* 1965. William Fitts defende que o autoconceito pode ser explicado em termos de dois sistemas separados; o interno e o externo. Esta escala permite obter vários índices que constituem os processos de avaliação de um indivíduo. É um instrumento que avalia a multidimensionalidade do autoconceito sendo considerado um dos mais completos.[82]

A TSCS foi originalmente publicada em 1965 como um instrumento unidimensional sendo revista em 1989 por Gale Roid e William Fitts de modo a promover um instrumento mais pequeno e multidimensional. É constituída por 100 itens. Os itens são afirmações sobre a própria pessoa, sendo algumas formuladas na negativa e outras de forma positiva de modo a controlar a resposta. A escala é do tipo Likert constituída por 5 hipóteses, colocadas desde o inteiramente falso (1) até ao inteiramente verdadeiro (5).

O autor teve como intenção examinar a percepção do indivíduo avaliado. A escala não se encontra sobordinada a nenhum modelo de personalidade ou teoria, pelo que pode ser interpretada à luz de diferentes modelos teóricos. A TSCS inclui sub escalas de Identidade, satisfação, comportamento, autoconceito físico, autoconceito ético-moral, autoconceito pessoal, autoconceito familiar e autoconceito social.

Adaptação Portuguesa da Escala

A adaptação da escala à população portuguesa foi feita pela Professora Rosa Ferreira Novo em 1995-1998. A escala depois de traduzida sofreu alterações no seu formato

original, integrando a folha de respostas no caderno dos itens, com a finalidade de facilitar a inscrição das respostas no espaço contínuo ao respectivo item. A sequência dos itens foi mantida mas a sua numeração foi alterada apresentando-se sequencialmente de 1 a 100.

Após estas alterações foi feito o estudo de equivalência linguística, que no final apresentou resultados com valores entre 0.64 e 0.86 (significativos para p <0.001), revelando uma relação satisfatória entre as respostas dadas ao instrumento original e à versão Portuguesa.[82]

O estudo da escala versão experimental

As características psicométricas foram obtidas em dois estudos. A amostra principal foi de 619 adultos com idades entre 18 e 82 anos de ambos os sexos, com uma média de 45 anos. Para efeitos do estudo de adaptação da escala Rosa Novo apenas considerou o resultado do autoconceito total, das oito escalas básicas e da escala de validade de autocrítica.

Na consistência temporal, os coeficientes de correlação teste reteste, para os resultados da escala e para o autoconceito total com valores entre 0.64 e 0.77 (significativos com p< 0.001), são " … *moderados mas significativos de relativa estabilidade das medidas*"[82] (p.226).

Na consistência interna foram encontrados coeficientes alpha de Cronbach com valores entre 0.72, para a autocrítica e 0.92 para o resultado total. Sendo estes valores, segundo Novo [82] semelhantes aos encontrados na versão original.

As correlações entre as escalas, e destas com o resultado total mostram valores significativos (p <0.05) em todos os casos, variando entre 0.57 para o autoconceito físico e 0.80 para o autoconceito pessoal.

Nas inter-correlações entre as escalas verifica-se que as relações são fracas a moderadas respectivamente no grupo das cinco escalas externas e no grupo das três escalas internas.

No que concerne às diferenças relativas ao sexo e idade, os resultados mostram uma diferença favorável ao sexo masculino em quase todas as dimensões; as diferenças são significativas ao nível do resultado total e em quase todas as escalas, com excepção do autoconceito moral e do familiar. Resultados diferentes dos da amostra norte-americana em que o sexo feminino é o mais favorecido. Relativamente à idade, não existem diferenças entre os diversos grupos etários no resultado total. As diferenças são ao nível do autoconceito físico, autoconceito moral, identidade e escala de autocrítica. Com o avançar da idade, Novo [82] refere que é aceitável um decréscimo de satisfação com o corpo e saúde, com a competência e com a aparência física, o mesmo não se passando com a identidade. Refere também que há uma elevação do autoconceito moral no grupo dos mais idosos.

Quanto à autocrítica, com a idade, há uma menor critica de si próprio, mas não se associa a uma elevação do nível do autoconceito total.

Os valores da média e do desvio padrão, encontrados para cada dimensão, para o grupo com idade superior a 64 anos, foram os seguintes: autoconceito físico, 62.24 (desvio padrão, 9.28); autoconceito ético-moral, 74.19 (desvio padrão, 8.43); autoconceito pessoal, 68.11 (desvio padrão, 9.26); autoconceito familiar, 68.34 (desvio padrão, 8.45); autoconceito social, 67.59 (desvio padrão, 8.97); identidade, 118.17 (desvio padrão, 12.42); satisfação, 110.86 (desvio padrão, 13.97); comportamento, 114.44 (desvio padrão, 12.24); autoocnceito total, 340.47 (desvio padrão 33.66) e escala de autocrítica, 30.85 (desvio padrão, 6.25).

Novo [82] concluiu que os resultados obtidos são satisfatórios, havendo indicação de equivalência, do conteúdo e de estrutura interna, os índices de precisão das medidas finais são adequadas, indicando homogeneidade dos conteúdos e estabilidade das medidas.

Descrição da escala

Gale Roid e William Fitts [100] referem que o autoconceito pode ser explicado em termos de 2 sistemas separados que reflectem o quadro de referência de cada um individualmente. Os dois sistemas são denominados de interno e de externo cada um constituído por diversas dimensões. Enquanto que o interno indica como a pessoa se descreve a si própria o externo indica a forma como a pessoa utiliza essa mesma fonte para se descrever. Cada uma das dimensões é composta por afirmações que pretendem ajudar o indivíduo a descrever-se tal como se vê a si próprio.

As dimensões internas da escala de autoconceito de Tennessee são: a identidade, a satisfação e o comportamento. A totalidade das dimensões internas englobam 90 itens, cada uma das dimensões é constituídas por 30 itens, sendo 15 positivos e 15 negativos. A sua pontuação é dada pelo somatório das pontuações obtidas em cada um dos itens, variando entre 30 e 150. A **identidade** é constituída pelos itens onde o indivíduo se descreve com base na forma como se percebe "*what I am*", é a componente descritiva do *self*, representa a face interna e privada do autoconceito e é onde predomina a dimensão cognitiva; a **satisfação** consagra os itens que reflectem a auto aceitação, o quanto o individuo se sente satisfeito e se aceita, podendo ser utilizada como sinónimo de auto-estima é também definida como o nível de apreço que o indivíduo tem de si, sendo a dimensão da afectividade. Por último, o **comportamento** com os itens que reflectem "*what I do*" e "*the way I act*", reproduzindo a percepção do individuo do seu comportamento ou da forma como funciona, é onde o indivíduo faz uma avaliação do seu próprio comportamento e da adequação do seu comportamento face às expectativas das normas sociais e pessoais.

No que diz respeito à dimensão externa esta é constituída pelos autoconceitos físico, ético-moral, pessoal, familiar e social. Cada uma destas dimensões é constituída por 18 itens, em que 9 são positivos e 9 negativos. O somatório da pontuação obtida em cada item

é que dá a pontuação da dimensão podendo esta oscilar entre 18 e 90. O **autoconceito-físico** engloba itens relacionados com a saúde, aparência, sexualidade, competências, capacidades físicas e percepção relativamente à vivência do corpo. O **autoconceito ético-moral** é constituído por itens acerca da sua valorização moral, relação com Deus; religiosidade, sentimentos de ser uma boa ou má pessoa e de ser correcto ou não do ponto de vista ético. Os itens que dizem respeita à percepção dos valores pessoais, dos sentimentos de adequação como indivíduo independentemente da sua relação com os outros formam o **autoconceito pessoal**. Quanto ao **autoconceito familiar** este envolve sentimentos de valorização e crenças enquanto membro de uma família. Por último, o **autoconceito social** dando uma panorâmica do sentido de pertença, adequação e valor como elemento num determinado contexto social.

A escala de Tennessee engloba também uma escala de autocrítica composta por 10 itens retirados da L-Scale de Minnesota Multiphasia Personality Inventory (MMPI). O somatório das pontuações oscila entre 10 e 50 e este somatório não contribui para o valor do autoconceito total. Esta escala é um dos indicadores de validade das respostas dos sujeitos. Cujos itens correspondem a afirmações de algumas "fraquezas comuns" que a grande maioria dos sujeitos quando responde com sinceridade reconhece. [82]

O quadro 2 sintetiza os itens que fazem parte de cada uma das sub escalas e da escala de autocrítica. A numeração aqui referida é a que está na escala da versão experimental portuguesa.

Quadro 2 - Relação do número dos itens a que corresponde as diferentes dimensões da TSCS e a escala de autocrítica.

Autoconceito Físico	1,2,3,18,19,20,35,36,37,52,53,54,69,70,71,85,86,87
Autoconceito Ético-moral	4,5,6,21,22,23,38,39,40,55,56,57,72,73,74,88,89,90
Autoconceito Pessoal	7,8,9,24,25,26,41,42,43,58,59,60,75,76,77,91,92,93
Autoconceito Familiar	10,11,12,27,28,29,44,45,46,61,62,63,78,79,80,94,95,96
Autoconceito Social	13,14,15,30,31,32,47,48,49,64,65,66,81,82,83,97,98,99
Identidade	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32
Satisfação	35,36,37,38,39,40,41,42,43,44,45,46,47,48,49,52,53,54,55,56,57,58,59,60,61,62,63,64,65,66
Comportamento	69,70,71,72,73,74,75,76,77,78,79,80,81,82,83,85,86,87,88,89,90,91,92,93,94,95,96,97,98,99
Escala de Autocrítica	16,17,33,34,50,51,67,68,84,100

O esquema teórico da TSCS, é representado numa grelha de 2 dimensões (3x5) em que as 3 dimensões internas constituem as linhas e as 5 dimensões externas são representadas em colunas resultando em 15 categorias interrelacionadas, cada uma com 3 itens negativos e 3 positivos, permitindo assim a unidade de medida da TSCS.

A combinação dos valores das 15 categorias resulta no valor do autoconceito total.

A TSCS tem duas formas a **Forma C** (Counseling) e a **Forma C & R** (Clinical & Research). Estas duas escalas diferem na forma como são cotadas e na sua análise mas utilizam exactamente os mesmos itens. A forma C permite obter valores para 14 sub-escalas enquanto que a C&R para 29. Com a utilização da forma C obtém-se medidas globais para as escalas acima referidas, resultando em informação útil para uma situação de aconselhamento e avaliação, sendo esta a forma de utilização preferencial. A forma C&R normalmente é utilizada em contextos específicos.

Para além das medidas apresentadas, a TSCS proporciona outros indicadores que são expressos por *rationes* onde comparam as frequências de respostas em diferentes categorias dando a conhecer a variabilidade e a consistência da descrição que cada indivíduo faz acerca de si. [82,100]

Neste estudo a forma utilizada é a Forma C e são analisadas as oito sub escalas, o valor total do autoconceito e a escala de autocritica.

As normas norte-americanas de interpretação da TSCS são expressas em nota T; a distribuição T segue a curva teórica normal de Laplace-Gauss, com média de 50 e desvio padrão de 10. Embora a interpretação das notas T deva ser feita escala a escala, genericamente, resultados entre T_{40} (percentil 20) e T_{60} (percentil 80) são considerados dentro da zona média e constituem indicadores de normalidade clínica.[82,100]

Do instrumento de recolha de dados (Anexo II) também faz parte a descrição das variáveis socio-demográficas tais como: data de nascimento, idade; sexo; estado civil; agregado familiar (nº de elementos e parentesco); área de residência; habilitações académicas; profissão e se for reformado indicar há quanto tempo. Optou-se por inserir uma outra variável em substituição da do agregado familiar nos questionários recolhidos no lar que foi o tempo de residência no lar.

No fim foi também incluído uma pergunta aberta de modo a saber o número de patologias que o indivíduo possuía., através da enumeração das mesmas.

2.6.2 – Plano de colheita de dados

O processo de recolha de dados efectuou-se de dois modos distintos consoante se tratou da recolha dos dados no lar ou na comunidade, os quais passamos a descrever.

No Lar de Idosos enviou-se o projecto ao Senhor Provedor do Lar de Idosos da Santa Casa da Misericórdia assim como o pedido de autorização para efectuar a recolha de dados naquela instituição.

Todo o processo foi encaminhado para a psicóloga e para a socióloga da Instituição, com as quais foi marcada uma reunião onde todo o projecto foi apresentado e discutida a melhor forma de recolher os dados. Nesta reunião decidiu-se marcar outra com as encarregadas de piso no sentido de as pôr a par do estudo uma vez que estas tinham um

conhecimento mais profundo dos utentes e poderiam depois ajudar na localização dos idosos.

Na segunda reunião, ficou decidido que cada encarregada elaboraria uma lista dos utentes a participarem no estudo, no qual não incluiriam os que apresentassem défices cognitivos confirmados (devidamente registado no processo do utente no exame psicológico). Nos casos em que houvesse duvidas, o utente seria incluído e far-se-ia à posteriori o MMSE.

Combinou-se a melhor hora para a recolha dos dados e por que piso da instituição iniciar a colheita.

A cada utente, foi explicado individualmente o projecto, e solicitado a sua participação no estudo, através da assinatura do formulário do consentimento informado. Explicou-se também como se deveria preencher a escala e realizou-se a sua aplicação, através de entrevista, verificando-se no fim se a escala estava devidamente respondida.

As entrevistas foram todas realizadas pela investigadora.

Na comunidade, foi inicialmente solicitada uma reunião com o Conselho de Administração do Centro de Saúde, na qual foi apresentado o projecto de tese e depois pedida a autorização ao Centro de Saúde para facultar a lista de utentes de 65 anos e mais inscritos nesse Centro e que pertencessem às cinco freguesias em estudo, assim como as respectivas moradas de modo a serem contactados posteriormente.

Depois de obtida a lista, que englobou todos os utentes de todas as freguesias da Ilha Terceira sem as respectivas moradas, foi feita uma primeira selecção dos que pertenciam às freguesias em estudo. Depois de agrupados, foram procuradas as respectivas moradas quer na lista telefónica, quer junto dos líderes das comunidades (Juntas de Freguesia e Centros de Convívio) e enfermeiros.

Para cada freguesia foram elaboradas duas cartas. Uma para o presidente da Junta de Freguesia a dar conhecimento da realização do estudo na freguesia e outra para o Pároco para que o estudo pudesse ser anunciado durante a eucaristia.

Os sujeitos foram todos contactados pela investigadora, com a finalidade desta obter o seu consentimento para participarem no estudo e para a aplicação do MMSE. O instrumento de recolha de dados, foi explicado ao sujeito e seu modo de preenchimento. Os critérios utilizados foram os seguintes: Deveriam ser identificadas as situações nas quais os sujeitos tivessem dificuldade de responder à escala e, nesses casos a própria investigadora apoiaria os sujeitos; nos casos nos quais, não necessitassem de apoio seriam proporcionadas as escalas para o respectivo preenchimento.

Dos 267 questionários preenchidos, só 33 (12.36%) é que foram preenchidos pelo próprio. A maioria dos inquiridos mesmo tendo habilitações preferiu o apoio da investigadora, que executou no total 224 entrevistas em ambos os contextos.

2.7 – Plano de Análise de Dados

O instrumento de recolha de dados depois de completo, foi codificado, atribuindo-se um número a cada questionário. Depois de se ter acertado a numeração das perguntas, uma vez que a versão portuguesa tem uma numeração diferente da original, foi preenchida manualmente a "Score sheet" e a "Profile sheet" da "Counselling Form" da TSCS (Anexo III).

1 – Criada a base de dados de dados no programa de tratamento estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Science) na versão 15.0 de 2006.

2 – Para descrever as características da população planeou-se utilizar estatística desctitiva com:

- FREQUÊNCIAS: absolutas (n) e relativas (%) (tabelas e quadros);

- MEDIDAS DE TENDÊNCIA CENTRAL: médias aritméticas ($\bar{x}$), médias ordinais ($\bar{x}_{ord}$) e medianas (Md);
- MEDIDAS DE DISPERSÃO OU VARIABILIDADE: desvios padrão (s).

3– Determinação da consistência interna da escala no presente estudo, através do coeficiente de *alpha* de Cronbach (α).

4 – Análise exploratória e dedutiva dos resultados comparando os valores.

5 – Previamente à tomada de decisão relativamente aos testes a serem utilizados para comprovarem as hipóteses, determinou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov (como teste de normalidade de uma distribuição). Os resultados do teste Kolmogorov-Smirnov evidenciam que as dimensões, e o próprio global, da escala TSCS não apresentam distribuição normal ($p < 0.05$) e os coeficientes de assimetria e de achatamento revelam que as distribuições são muito assimétricas e com um achatamento muito afastado do da curva normal (valores absolutos superiores a 1.960), levou-nos a optar pela aplicação de testes não paramétrico (Quadro 3).

Quadro 3

Resultados do teste de normalidade dos coeficientes de assimetria e achatamento

Dimensão	Teste Kolmogorov-Smirnov p	Coeficiente de assimetria	Coeficiente de achatamento
Identidade	0.004	+0.550	+4.350
Satisfação	0.012	-6.020	+14.751
Comportamento	0.013	-3.282	+11.677
Autoconceito físico	<0.001	-2.497	+3.875
Autoconceito ético-moral	<0.001	-2.188	+7.502
Autoconceito pessoal	<0.001	+3.570	+3.283
Autoconceito familiar	<0.001	-5.181	+13.616
Autoconceito social	0.001	+0.611	+2.498
Autoconceito total	0.003	-3.477	+14.488

6 – Tendo-se verificado pelo teste de Kolmogorov-Smirnov que as distribuições eram muito assimétricas e com achatamento muito afastado da curva normal, optou-se pela aplicação de testes não paramétricos. Para testar as hipóteses que estabelecem associações entre as variáveis utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman. Para as análises comparativas, seleccionou-se o teste de U de Mann-Whitney.

CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo fazemos uma apresentação dos resultados onde cada variável será analizada tendo em conta o tipo de análise estatística indicada no capítulo da metodologia.

Após a caracterização da amostra procedemos à análise descritiva e inferencial dos resultados obtidos sobre o autoconceito total e todas as suas dimensões (internas e externas) assim como para a escala de autocrítica.

Nos quadros e tabelas não é indicada a fonte de colheita de dados por ser sempre a escala de autoconceito de Tenessee. Também será omitida nos seus títulos, a referência aos grupos inquiridos e a data abrangida pelo estudo por já terem sido definidos.

A maioria dos quadros e tabelas apresentam os valores em três colunas, de acordo com, a população residente na comunidade, lar e população total.

3.1- Consistência Interna da Escala TSCS

No que se refere à consistência interna da escala, os coeficientes de *alpha* de Cronbach variam de 0.307 e 0.525 para as diferentes dimensões (Quadro 4). O autoconceito total apresenta um valor de 0.68 e a escala de autocrítica de 0.72. O valor obtido na escala de autocrítica é idêntico ao de Novo[82], no estudo de adaptação da escala à população portuguesa, o mesmo não se passa com o valor do autoconceito total que é mais baixo (0.92).

Quadro 4 - Coeficiente de *alpha* de Cronbach da TSCS

	α
Autoconceito Físico	0.33
Autoconceito Ético-Moral	0.42
Autoconceito Pessoal	0.30
Autoconceito Familiar	0.37
Autoconceito Social	0.36
Identidade	0.42
Satisfação	0.52
Comportamento	0.48
Autoconceito Total	0.68
Escala de Autocrítica	0.72

Da correlação entre as diferentes escalas da dimensão interna o coeficiente de Spearman oscila entre 0.55 e 0.57 (Quadro 5) sendo todas as correlações altamente significativas com $p < 0.001$.

Quadro 5 - Correlação das dimensões internas da TSCS

Dimensão		Identidade	Satisfação	Comportamento
Identidade	n	267		
	r_s	1.00		
	p	---		
Satisfação	n	267	267	
	r_s	0.56	1.00	
	p	<0.001	---	
Comportamento	n	267	267	267
	r_s	0.55	0.57	1.00
	p	<0.001	<0.001	---

O coeficiente de Spearman para as dimensões externas (Quadro 6) varia entre 0.24 e 0.64 sendo altamente significativo em todas as situações com $p < 0.001$.

Quadro 6 - Correlação das dimensões externas da TSCS

Dimensão		Autoconceito físico	Autoconceito etico-moral	Autoconceito pessoal	Autoconceito familiar	Autoconceito social
Autoconceito físico	n	267				
	r_s	1.00				
	p	---				
Autoconceito etico-moral	n	267	267			
	r_s	0.43	1.00			
	p	<0.001	---			
Autoconceito pessoal	n	267	267	267		
	r_s	0.30	0.46	1.00		
	p	<0.001	<0.001	---		
Autoconceito familiar	n	267	267	267	267	
	r_s	0.40	0.50	0.48	1.00	
	p	<0.001	<0.001	<0.001	---	
Autoconceito social	n	267	267	267	267	267
	r_s	0.24	0.42	0.64	0.50	1.00
	p	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	---

3.2 – Caracterização da Amostra

A caracterização da amostra baseia-se na análise descritiva, mais concretamente na determinação de frequências absolutas e relativas e de medidas de tendência central e dispersão. A sequência das variáveis é a que vem descrita no instrumento de recolha de dados com excepção do local de residência.

Local de residência

Dos 267 sujeitos que fazem parte deste estudo (Tabela 1), 211 (79%) residem na Comunidade e 56 (21%) residem no Lar de Idosos.

Tabela 1 – Distribuição da população segundo o local de residência

Local de residência	N	%
Comunidade	211	79.0
Lar	56	21.0
Total	267	100.0

Idade

As idades foram agrupadas em três grupos etários de modo a facilitar a análise dos dados. Para tal teve-se em consideração a "*classificação do Gabinete de Recenseamento dos Estados Unidos da América: 65-74 anos, idosos jovens; 75 -84 anos, idosos e mais de 85 anos, muito idosos"*[25] (p.53*).*

Da análise da tabela 2 e do quadro 7, verificamos que 53.2 % da população encontra-se no grupo etário dos 65 -74 anos (142 sujeitos), seguindo-se 90 sujeitos (33.7%) no grupo dos 75 -84 anos e o grupo dos sujeitos com 85 e mais anos com 35 elementos e uma percentagem de 13.1 %. A média de idades da população total é de 74.75 anos e um desvio padrão de 7.02, as idades oscilam entre os 65 e os 94 anos com uma mediana de 74 anos.

No que se refere à população residente na comunidade verifica-se que 59.7% se situa dentro do grupo etário dos 65-74 anos, e 31.3% no grupo 75-84 anos, apenas 9% dos sujeitos residentes na comunidade apresentam 85 e mais anos. A idade mínima é de 65 anos enquanto que a máxima é de 94 anos, com uma média de idades de 73.58 anos, desvio padrão de 6.54 e uma mediana de 73 anos. Quanto aos sujeitos residentes no Lar, a maioria (42.9%) situa-se no grupo dos 75-84 anos, seguindo-se o grupo dos 65-74 e os mais de 85 anos com percentagens idênticas 28.6%. A média de idades é de 79.13 anos, com uma mediana situada nos 79.5 anos, um desvio padrão de 7.07, uma idade mínima de 65 anos e uma máxima de 92 anos. Os residentes do Lar apresentam média de idades mais elevada que os da comunidade.

Tabela 2 – Distribuição da população segundo os grupos etários e o local de residência

	Comunidade n=(211)		Lar n=(56)		Total N=267	
Grupo etário	N	%	N	%	N	%
65 - 74	126	59.7	16	28.6	142	53.2
75 - 84	66	31.3	24	42.9	90	33.7
85 e +	19	9	16	28.6	35	13.1
Total	211	100	56	100	267	100

Quadro 7 - Medidas de tendência central e de dispersão para a idade

Medidas	Comunidade n=(211)	Lar n=(56)	População Total n=(267)
Média	73.58	79.13	74.75
Mediana	73	79.5	74
Desvio Padrão	6.54	7.07	7.02
Mínimo	65	65	65
Máximo	94	92	94

Género

No que concerne ao género, e pelos dados apresentados na tabela 3 verificamos que a maioria dos sujeitos da população total pertencem ao género feminino com uma percentagem de 63.3 correspondente a 169 sujeitos. O género masculino é representado por 98 sujeitos perfazendo uma percentagem de 36.7. O género feminino também é o mais representativo na população residente na comunidade com 62.6% contra 37.4% do género masculino. No que diz respeito aos sujeitos residentes no Lar, há também uma maior representatividade do género feminino em detrimento do género masculino com 66.1% e 33.9% respectivamente. Assim, há uma predominância do género feminino em todos os contextos face ao género masculino.

Tabela 3 – Distribuição da população segundo o género e o local de residência

Género	Comunidade n=(211)		Lar n=(56)		Total N=267	
	N	%	N	%	N	%
Feminino	132	62.6	37	66.1	169	63.3
Masculino	79	37.4	19	33.9	98	36.7
Total	211	100	56	100	267	100

Estado civil

O estado civil com maior representatividade na amostra é o de casado com 46.4%, seguindo-se o de viúvo com 44.9%, com 124 e 120 sujeitos cada um respectivamente. O

estado de solteiro apresenta uma percentagem de 7.9% com 21 sujeitos e o de divorciado com 2 sujeitos (0.7%). Na população da comunidade, prevalece o estado de casado com 57.8%, seguindo-se o de viúvo com 35.1%, o estado de solteiro está representado com 6.6% e o de divorciado com 0.5%. Quanto aos residentes no Lar o estado mais representado é o de viúvo com 82.1%, seguindo-se o de solteiro com 12.5%. O estado de casado e de divorciado encontra-se representado com 3.6% e 1.8% respectivamente (Tabela 4). Na comunidade o estado civil predominante é o de casado seguindo-se o de viúvo, enquanto que no lar é o de viúvo o que tem maior expressão seguindo-se o de solteiro.

Tabela 4 – Distribuição da população segundo o estado civil e o local de residência

Estado Civil	Comunidade n=(211)		Lar n=(56)		Total N=267	
	N	%	N	%	N	%
Solteiro	14	6.6	7	12.5	21	7.9
Casado	122	57.8	2	3.6	124	46.4
Divorciado	1	0.5	1	1.8	2	0.7
Viúvo	74	35.1	46	82.1	120	44.9
Total	211	100	56	100	267	100

Número de elementos do agregado familiar

O número de pessoas que fazem parte do agregado familiar só foi inquirido para os residentes na comunidade (n=211) e oscilou entre 1 pessoa e um máximo de 14 pessoas, com uma média de 2.67 pessoas por agregado familiar (Quadro 8). Os agregados familiares com dois elementos têm uma percentagem de 46%, seguindo-se os que vivem sós, os com 3 elementos e os com 4 elementos com 19.4%, 15.2% e 9.0% respectivamente (Tabela 5). Os agregados familiares que possuem 14 elementos são em número de dois perfazendo 0.9% da população.

Tabela 5- Distribuição do n.º de elementos do agregado familiar

Nº de elementos do agregado familiar	N	%
1	41	19.4
2	97	46.0
3	32	15.2
4	19	9.0
5	9	4.3
6	4	1.9
7	3	1.4
9	2	0.9
10	2	0.9
14	2	0.9
Total	211	100,0

Quadro 8 - Medidas de tendência central e de dispersão para o nº de elementos do agregado familiar

Medidas	
Média	2.67
Mediana	2
Desvio Padrão	1.93
Mínimo	1
Máximo	14

Habilitações académicas

Pela análise da tabela 6, a maior percentagem 73.4% corresponde a indivíduos com o ensino primário completo, seguindo os que não têm instrução académica com 14.2%. Nesta população 3 indivíduos possuem ensino superior o que equivale a uma percentagem de 1.1%.O ensino preparatório e secundário está representado com 4.5% e 6.7% respectivamente. Nos residentes na comunidade, a maior percentagem detêm como habilitação académica o ensino primário com 72.5%, seguindo-se os que não têm instrução com 15.6%, o ensino preparatório faz-se representar com 4.3% enquanto que o ensino secundário detém 6.6% dos sujeitos, e o ensino superior com 0.9%. Quanto às habilitações académicas dos sujeitos que residem no lar, é também o ensino primário o que tem maior

representatividade 76.8%, seguindo-se os sem instrução com 8.9%, o ensino preparatório, secundário e superior com 5.4%, 7.1% e 1.8% respectivamente. Quer no lar quer na comunidade os sujeitos na sua maioria detêm como habilitações literárias o ensino primário completo seguindo-se os que não têm instrução académica.

Tabela 6-Distribuição da população segundo as habilitações académicas e o local de residência

Habilitações Académicas	Comunidade n = (211)		Lar n = (56)		Total N = (267)	
	N	%	N	%	N	%
Sem instrução	33	15.6	5	8.9	38	14.2
Ensino Primário	153	72.5	43	76.8	196	73.4
Ensino Preparatório	9	4.3	3	5.4	12	4.5
Ensino Secundário	14	6.6	4	7.1	18	6.7
Ensino Superior	2	0.9	1	1.8	3	1.1
Total	211	100	56	100	267	100

Profissão

No que se refere à profissão/actividade a maioria da população está reformada 53.2% ou é doméstica 41.6% e 2.2% (n=6) inválidos. A restante população ainda se encontra activa tendo como actividades as que se encontram registadas na tabela 7. Quanto aos residentes na comunidade a maioria 54.5% está reformada seguindo-se a categoria das domésticas com 39.8% (n=84). Existindo seis sujeitos que se encontram activos (2.8%). No Lar de idosos, obtivemos a mesma percentagem quer para os reformados quer para as domésticas, 48.2%, existindo dois sujeitos que se encontram ainda activos. Em ambos os contextos as duas situações mais comuns foram a de domésticas (só constituída por elementos do género feminino) e a de reformado (inclui elementos de ambos os géneros).

Tabela 7 – Distribuição da população segundo o tipo de Profissão e local de residência

Profissão	Comunidade n = (211)		Lar n = (56)		Total N = (267)	
	N	%	N	%	N	%
Bordadeira	2	0.9	0	0	2	0.7
Carpinteiro	1	0.5	0	0	1	0.4
Comerciante	1	0.5	0	0	1	0.4
Padre	0	0	1	1.8	1	0.4
Pintor	0	0	1	1.8	1	0.4
Doméstica	84	39.8	27	48.2	111	41.6
Lavrador	2	0.9	0	0	2	0.7
Reformado	115	54.5	27	48.2	142	53.2
Inválido	6	2.8	0	0	6	2.2
Total	211	100	56	100	267	100

Tempo de reforma

O tempo de reforma só foi analisado em 142 indivíduos. O tempo médio é de 8.17 anos, com um desvio padrão de 5.68, um mínimo de 1 ano e um máximo de 25 anos. A mediana é os 6 anos (Quadro 9).

O tempo de reforma foi agrupado em quatro grupos, uma vez que os primeiros anos após a reforma requerem por parte do indivíduo uma grande adaptação à sua nova condição social, assim até um ano temos uma percentagem de 9.2 (n_{142}=13), no grupo do 1 aos 2 anos também temos uma percentagem de 9.2 (n_{142}=13), no grupo de 3 a 5 anos encontram-se 28 sujeitos (19,7%) e finalmente no grupo de mais de 5 anos temos uma percentagem de 62% com 88 sujeitos (Tabela 8).

Dos 115 sujeitos reformados da comunidade, 55.7% está reformada há 5 ou mais anos; 22.6% está reformada entre 3-5 anos; 10.4% entre 1-2 anos e 11% encontram-se reformados há menos de um ano. Estes sujeitos têm como média de tempo de reforma 7.28 anos e mediana de 6 anos, com um máximo de 20 anos.

No que diz respeito aos residentes no lar, 88.9% está reformada há 5 ou mais anos, 7.4% entre 3-5 anos e 3.7% entre 1-2 anos. A média de tempo de reforma é de 11.96 anos com uma mediana de 12 anos, oscilando o tempo de reforma entre 1 e 25 anos.

O tempo de reforma é mais elevado nos idosos do lar do que nos da comunidade.

Quadro 9- Medidas tendência central e de dispersão para o tempo de reforma

Medidas	Comunidade	Lar	População Total
Média	7.28	11.96	8.17
Mediana	6	12	6
Desvio Padrão	5.14	6.36	32.28
Mínimo	1	2	1
Máximo	20	25	25

Tabela 8 – Distribuição da população reformada segundo o tempo de reforma e o local de residência

Tempo de reforma	Comunidade n =(115)		Lar n = (27)		Total N = 142	
	N	%	N	%	N	%
Até 1 ano	13	11	0	0	13	9.2
1 - 2 Anos	12	10.4	1	3.7	13	9.2
3 - 5 Anos	26	22.6	2	7.4	28	19.7
5 Anos e mais	64	55.7	24	88.9	88	62
Total	115	100	27	100	142	100

Tempo de residência no lar

O tempo de residência no lar, só foi inquirido para os residentes no lar (n=56) e foi agrupado em quatro grupos (menos de 1 ano; 1-4 anos; 5-9 anos e 10 e mais anos). A maioria dos sujeitos 57.1% (n_{56}=32) residem no lar entre um e quatro anos, e o grupo que reside entre 5-9 anos tem uma percentagem de 17.9% (n_{56}=10) (Tabela 9). Havendo 6 sujeitos (10.7%) que reside há 10 e mais anos e 14.3% há menos de 1 ano.

Tendo em conta o quadro 10, que mostra as medidas de tendência central para o tempo de residência no lar temos como média o valor de 3.78 anos, mas como mediana o valor de um ano, com um desvio padrão de 4.98. o tempo de permanência no lar oscila entre 1 e 28 anos e a maioria dos idosos posiciona-se no grupo que reside entre 1-4 anos.

Tabela 9 – Distribuição da população residente no Lar segundo o tempo de residência no lar

Tempo de residência no lar	n (56)	%
Menos de 1 ano	8	14.3
1-4 anos	32	57.1
5-9 anos	10	17.9
10 + anos	6	10.7
Total	56	100.0

Quadro 10- Medidas de tendência central e de dispersão para o tempo de residência no lar

Medidas	
Média	3.78
Mediana	1
Desvio Padrão	4.98
Mínimo	1
Máximo	28

Número de patologias

O número de patologias oscila entre o zero e as 8 patologias, com uma média de 2.08 (desvio padrão de 1.335) e uma mediana de 2 para a população total.

Da análise da tabela 10, verificamos que 37.1% possui 2 patologias, seguindo-se os que referiram possuir só uma patologia 22.1%. Vinte e sete sujeitos (10,1%) referiram não possuir nenhuma patologia. Com sete e oito patologias temos um sujeito para cada uma das situações correspondendo a 0.4% cada. Na comunidade o número de patologias oscila entre zero e oito. A maioria (35.1%) refere possuir 2 patologias, 21.8%; uma patologia e 10.9% nenhuma patologia. Os sujeitos que referem 5 ou mais patologias são em número de 12 correspondendo a 5.7%.

No lar o número de patologias oscila entre zero e quatro. A maioria dos residentes possui 2 patologias (44.6%), seguindo-se 1 patologia (23.2%); 3 patologias 21.4%);

nenhuma patologia (7.1%) e 4 patologias (3.6%). Os sujeitos do lar referem possuir menos patologias do que os da comunidade

Tabela 10 – Distribuição da população segundo o número total de patologias

Nº de Patologias	Comunidade n= (211)		Lar n=(56)		Total N = 142	
	N	%	N	%	N	%
0	23	10.9	4	7.1	27	10.1
1	46	21.8	13	23.2	59	22.1
2	74	35.1	25	44.6	99	37.1
3	38	18	12	21.4	50	18.7
4	18	8.5	2	3.6	20	7.5
5	6	2.8	0	0	6	2.2
6	4	1.9	0	0	4	1.5
7	1	0.5	0	0	1	0.4
8	1	0.5	0	0	1	0.4
Total	211	100	56	100	142	100

3.3 – O Autoconceito e suas dimensões

As dimensões do autoconceito são descritas de acordo com o tratamento estatístico preconizado na metodologia, medidas de tendência central e medidas de dispersão. Iniciamos pelo autoconceito total seguindo-se as dimensões internas e externas e por fim a escala de autocrítica.

Autoconceito total

O autoconceito neste estudo é definido como a percepção que o indivíduo tem de si próprio nos diversos domínios. Este tem como média o valor de 289.24 e desvio padrão de 25.69 para a população total. O valor máximo é o de 366 e o mínimo de 151 (Quadro 11). Nos residentes na comunidade a média situa-se nos 284.79, com uma mediana de 285.00, um mínimo de 151 e um máximo de 337. Nos residentes no lar a média do autoconceito total é superior situando-se nos 306.04 com uma mediana de

303.00, um mínimo de 249 e um máximo de 366. Os sujeitos do lar possuem um autoconceito total mais elevado que os da comunidade. Estes valores são inferiores ao preconizados no manual da TSCS pois as notas T são T_{32}, T_{36} e T_{32}, para a comunidade, lar e população total respectivamente.

Quadro 11 – Medidas de tendência central e de dispersão do autoconceito total

Medidas	Comunidade	Lar	População Total
Média	284.79	306.04	289.24
Mediana	285.00	303.00	287.00
Desvio Padrão	23.49	26.89	25.69
Mínimo	151	249	151
Máximo	337	366	366

Identidade

A identidade é considerada como a forma descritiva do *self*, em que os itens que a constituem reflectem "quem sou eu?", é constituída por 30 itens.

Na dimensão identidade, tendo em consideração o Quadro 12, obtivemos como média o valor de 91.60 (desvio padrão = 9.72), um mínimo de 51 e um máximo de 122 para a população total. Para os sujeitos que residem na comunidade o valor médio da dimensão identidade é de 89.58 e a mediana é de 90.00, o valor mínimo é de 51 e o valor máximo é de 112. Quanto aos residentes no lar o valor médio é de 99.21 com uma mediana de 98.50, o valor máximo situa-se nos 122 e o mínimo nos 78.

Os valores médios para a dimensão identidade são mais elevados nos sujeitos que residem no lar que nos que vivem na comunidade.

Quadro 12 – Medidas de tendência central e de dispersão para a dimensão identidade

Medidas	Comunidade n=(211)	Lar n=(56)	População Total n=(267)
Média	89.58	99.21	91.6
Mediana	90.00	98.50	91.00
Desvio Padrão	8.59	10.05	9.72
Mínimo	51	78	51
Máximo	112	122	122

Satisfação

A dimensão satisfação tem um valor máximo de 123 e um mínimo de 42. Apresenta, segundo o Quadro 13, uma média de 98.65 com um desvio padrão de 10.07. Para a comunidade o valor médio da dimensão satisfação é de 97.41 com uma mediana de 98.00, um máximo de 121 e um mínimo de 42. Os residentes no lar apresentam um valor mais elevado nesta dimensão, com uma média de 103.32, mediana de 103.50, com um máximo de 123 e um mínimo de 84.Os itens da satisfação reflectem a auto-aceitação do indivíduo. Esta é a única dimensão com valores T que se encontram dentro dos níveis que os autores da escala referem com estando dentro da normalidade. Na comunidade obtivemos T_{44}, no lar T_{48} e na população total $T_{45.}$

Quadro 13 – Medidas de tendência central e de dispersão para a dimensão satisfação

Medidas	Comunidade n=(211)	Lar n=(56)	População Total n=(267)
Média	97.41	103.32	98.65
Mediana	98.00	103.50	99.00
Desvio Padrão	10.06	8.72	10.07
Mínimo	42	84	42
Máximo	121	123	123

Comportamento

O comportamento reproduz a percepção do indivíduo acerca da forma como funciona e actua.

Os valores da dimensão comportamento oscilam entre o 45 de mínimo e o 130 de máximo, com uma média de 99.00 e desvio padrão de 9.71 (Quadro 14). Tendo em conta o mesmo quadro e no que diz respeito aos residentes na comunidade, a média foi de 97.8, a mediana de 98.00, um máximo de 130 e um mínimo de 45. Os residentes no lar obtiveram nesta dimensão valores médios mais elevados (103.5), um máximo e mínimo de 122 e 84 respectivamente.

Quadro 14 – Medidas de tendência central e de dispersão para a dimensão comportamento

Medidas	Comunidade n=(211)	Lar n=(56)	População Total n=(267)
Média	97.8	103.5	99
Mediana	98.00	103.50	99.00
Desvio Padrão	9.52	9.16	9.71
Mínimo	45	84	45
Máximo	130	122	130

Autoconceito físico

A dimensão externa, autoconceito físico, engloba itens rlacionados com a saúde, aparência, sexualidade, competência e capacidade física. Considerando o quadro 15 para a população total, tem como média o valor de 58.74, e uma mediana de 59.00. O valor máximo é de 78 e o mínimo de 29.

Para a população residente na comunidade, a média para o autoconceito físico é de 58.8, com uma mediana de 59.00, um desvio padrão de 7.19. No concerne aos residentes no Lar o valor médio situa-se nos 58.52, a mediana é de 60.00, com um valor máximo de 78 e um mínimo de 36. Os indivíduos da comunidade apresentam uma média mais elevada.

Quadro 15 – Medidas de tendência central e de dispersão para a dimensão autoconceito físico

Medidas	Comunidade n=(211)	Lar n=(56)	População Total n=(267)
Média	58.8	58.52	58.74
Mediana	59.00	60.00	59.00
Desvio Padrão	7.193	7.16	7.174
Mínimo	29	36	29
Máximo	78	78	78

Autoconceito ético-moral

O valor médio do autoconceito ético-moral para a população total situa-se no valor de 57.24, com uma mediana de 56.00, um desvio padrão de 7.01. O valor máximo é de 83 e o mínimo de 56. Os sujeitos residentes na comunidade obtiveram como média o valor de 56.4, mediana de 56.00 e desvio padrão de 6.42 enquanto que os que residem no lar obtiveram um valor médio mais elevado de 60.43, com uma mediana de 60.50, um máximo de 83 e um mínimo de 33 (Quadro 16). Esta dimensão é constituída por itens que se referem à valorização moral, relação com Deus, sentimentos de ser boa ou má pessoa e de ser correcto ou não do ponto de vista ético.

Quadro 16 - Medidas de tendência central e de dispersão para a dimensão autoconceito ético-moral

Medidas	Comunidade n=(211)	Lar n=(56)	População Total n=(267)
Média	56.4	60.43	57.24
Mediana	56.00	60.50	56.00
Desvio Padrão	6.42	8.17	7.01
Mínimo	27	33	27
Máximo	75	83	83

Autoconceito Pessoal

O autoconceito pessoal diz respeito à percepção de valores pessoais e dos sentimentos relativos à própria pessoa. Da análise do quadro 17, verificamos que a dimensão autoconceito pessoal tem como valor médio 52.94 para a população total, a mediana o valor de 52.00, um desvio padrão de 8.05, um máximo de 86 e um mínimo de 30.

Para os idosos residentes na comunidade a média é de 50.68, mediana de 50.00, mínimo de 30 e máximo de 72. No que concerne aos residentes no lar, estes apresentam um valor médio mais elevado (61.45), com uma mediana similar com o valor de 61.50, o desvio padrão é de 8.39, com um máximo de 86 e um mínimo de 33. Esta dimensão no lar obteve valores T_{44}, que se encontram dentro da zona de normalidade da escala

Quadro 17 - Medidas de tendência central e de dispersão para a dimensão autoconceito pessoal

Medidas	Comunidade n=(211)	Lar n=(56)	População Total n=(267)
Média	50.68	61.45	52.94
Mediana	50.00	61.50	52.00
Desvio Padrão	6.26	8.39	8.05
Mínimo	30	33	30
Máximo	72	86	86

Autoconceito Familiar

O autoconceito familiar envolve os sentimentos de valorização e de crenças enquanto o indivíduo é membro de uma família. A população total obteve como média o valor de 62.52 com um desvio padrão de 7.43, um máximo de 89 e um mínimo de 25. A mediana situa-se no valor de 62.00. Os residentes na comunidade apresentam como valor médio o de 61.74, uma mediana de 62.00, um máximo de 89 e um mínimo de 25, o desvio padrão é de 6.99. No que se refere aos residentes no lar a média é de 65.45, com um desvio padrão situado nos 8.33 um máximo se 85, um mínimo de 36 (Quadro 18). Os sujeitos do

lar apresentam um autoconceito familiar mais elevado que os da comunidade e o valor da nota T está dentro da normalidade $T_{43.}$

Quadro18 - Medidas de tendência central e de dispersão para o autoconceito familiar

Medidas	Comunidade n=(211)	Lar n=(56)	População Total n=(267)
Média	61.74	65.45	62.52
Mediana	62.00	66.00	62.00
Desvio Padrão	6.99	8.33	7.43
Mínimo	25	36	25
Máximo	89	85	89

Autoconceito Social

Quanto ao autoconceito social, e tendo em consideração os valores do quadro 19, para a população total temos uma média de 57.39, uma mediana de 56.00, um desvio padrão de 7.82, um máximo de 80 e um mínimo de 3. Para a comunidade a média da dimensão autoconceito social é de 55.93, a mediana de 56.00, o desvio padrão de 6.87, com um máximo de 72 e um mínimo de 30. Quanto aos residentes no lar, estes apresentam um valor médio superior (62.88), uma mediana de 63.00, um desvio padrão de 8.75, um mínimo de 36 e um máximo de 80. O autoconceito social dá uma panorâmica do sentido de pertença, adequação e valor do indivíduo como elemento num determinado contexto. A nota T, nesta dimensão para os idosos institucionalizados, foi de T_{40} nos outros contextos os valores foram abaixo do que está preconnizado como normal.

Quadro 19 - Medidas de tendência central e de dispersão para o autoconceito social

Medidas	Comunidade n=(211)	Lar n=(56)	População Total N= (267)
Média	55.93	62.88	57,39
Mediana	56.00	63.00	56.00
Desvio Padrão	6.87	8.75	7.82
Mínimo	30	36	30
Máximo	72	80	80

Autocrítica

A escala de autocrítica, é consttuida por 10 itens cuja pontuação não contribui para a ttalidade do autoconceito. Esta escala serve de validação dos dados recolhidos uma vez que corresponde a afirmações de algumas "fraquezas comuns", que são reconhecidas pela maioris das pessoas quando responde com sinceridade. A sua pontuação oscila entre 10 e 50 (média de 30). Assim, pela observação do quadro 20, na população total ela tem como valor médio (28.54), mediana de 28.00, desvio padrão de 6.73, máximo de 47 e mínimo de 12. No que concerne aos sujeitos residentes na comunidade, o valor da média e de 29.20, com uma mediana de 29.00, um desvio padrão de 7.01 um máximo de 47 e um mínimo de 12. Os residentes no lar apresentam uma média inferior aos da comunidade (26.04), o valor da mediana é de 24.00, o desvio padrão tem como valor 4.89, um mínimo de 20 e um máximo de 47. Da análise efectuada podemos concluir que os idosos têm um nível de autocrítica baixo.

Quadro 20- Medidas de tendência central e de dispersão para a escala de autocrítica

Medidas	Comunidade n=(211)	Lar n=(56)	PopulaçãoTotal N= (267)
Média	29.20	26.04	28.54
Mediana	29.00	24.00	28.00
Desvio padrão	7.01	4.89	6.73
Mínimo	12	20	12
Máximo	47	40	47

O quadro 21, resume as médias, desvio-padrão e medianas obtidas pela população total.

Observando os resultados podemos constatar que ao nível do autoconceito interno a dimensão identidade foi aquela que os idosos evidenciaram nível mais baixo, situando-se as restantes duas dimensões (satisfação e comportamento) em níveis semelhantes.

Ao nível externo, os idosos evidenciaram níveis mais baixos de autoconceito pessoal e níveis mais elevados de autoconceito familiar.

Em todas as dimensões e no total do autoconceito os valores médios e medianos situam-se próximo dos valores centrais das respectivas escalas..

Quadro 21 - Medidas descritivas referentes às dimensões e ao global da escada TSCS na população total

Dimensão	$\bar{x}$	Md	s
Identidade	91.60	91.00	9.73
Satisfação	98.65	99.00	10.08
Comportamento	99.00	99.00	9.71
Autoconceito físico	58.74	59.00	7.17
Autoconceito ético-moral	57.24	56.00	7.01
Autoconceito pessoal	52.94	52.00	8.05
Autoconceito familiar	62.52	62.00	7.44
Autoconceito social	57.39	56.00	7.82
Autoconceito total	289.24	287.00	25.70

O quadro 22 apresenta o resumo da análise descritiva das dimensões do autoconceito para a população residente na comunidade.

Assim, as dimensões internas mais elevadas são o comportamento e a satisfação com valores médios muito semelhantes (97.80 e 97.41 respectivamente) enquanto que a identidade obteve valores mais baixos, 89.58. Nas dimensões externas, a que obteve um valor médio mais elevado, foi o autoconceito familiar e a mais baixa o autoconceito pessoal com 61.74 e 50.68 respectivamente.

Quadro 22 - Medidas descritivas referentes às dimensões e ao global da escada TSCS na população residente na comunidade

Dimensão	$\bar{x}$	Md	s
Identidade	89.58	90.00	8.58
Satisfação	97.41	97.00	10.07
Comportamento	97.80	98.00	9.52
Autoconceito físico	58.80	59.00	7.19
Autoconceito ético-moral	56.40	56.00	6.43
Autoconceito pessoal	50.68	50.00	6.26
Autoconceito familiar	61.74	62.00	6.99
Autoconceito social	55.93	56.00	6.87
Autoconceito total	284.79	288.00	23.49

Dos resultados observados no quadro 23, os idosos residentes no lar apresentam, na dimensão interna identidade os valores médios mais baixos (99.21), seguindo-se a satisfação e o comportamento com valores muito semelhantes. A nível externo, a dimensão mais elevada é o autoconceito familiar (65.45) e a mais baixa corresponde ao autoconceito físico (58.52).

Quadro 23 - Medidas descritivas referentes às dimensões e ao global da escada TSCS na população residente no lar

Dimensão	$\bar{x}$	Md	s
Identidade	99.21	99.00	10.05
Satisfação	103.32	103.00	8.72
Comportamento	103.50	103.00	9.16
Autoconceito físico	58.52	58.00	7.16
Autoconceito ético-moral	60.43	60.00	8.17
Autoconceito pessoal	61.45	61.00	8.39
Autoconceito familiar	65.45	65.00	8.37
Autoconceito social	62.88	62.00	8.75
Autoconceito total	304.04	301.00	26.81

3.4 - Análise inferencial

Todas as hipóteses formuladas no estudo foram testadas para o autoconceito total e respectivas dimensões da escala.

Relação do autoconceito com a residência

Foi testada a hipótese «**os idosos residentes no Lar evidenciam autoconceito inferior ao dos idosos residentes na Comunidade**» através do teste U de Mann-Whitney. Analisando os resultados apresentados no quadro 24 verificamos que apenas na dimensão autoconceito físico a diferença observada não pode ser considerada significativas ($p > 0.05$). Nas restantes dimensões, bem como no autoconceito total, as diferenças são altamente significativas ($p< 0.001$). Apesar destes resultados evidenciarem a existência de diferença estaticamente significativas entre o autoconceito dos idosos que residem na Comunidade e o autoconceito dos que residem no Lar, os dados não confirmam a hipótese formulada. Comparando os valores das medidas de tendência central (média ordinal, média aritmética e mediana) verificamos que os idosos que residem no Lar evidenciam autoconceito mais elevado do que os que vivem na Comunidade, ou seja, confirma-se a hipótese contrária à formulada.

Quadro 24 - Comparação do autoconceito dos idosos em função do tipo de residência (teste U de Mann-Wnitney)

Dimensão / Tipo de residência	n	$\bar{x}_{ord}$	$\bar{x}$	Md	z	p*
Identidade						
Comunidade	211	119.08	89.58	90.00	-6.132	**<0.001**
Lar	56	190.21	99.21	98.50		
Satisfação						
Comunidade	211	124.04	97.41	98.00	-4.096	**<0.001**
Lar	56	171.54	103.32	103.50		
Comportamento						
Comunidade	211	124.56	97.80	98.00	-3.882	**<0.001**
Lar	56	169.58	103.50	103.50		
Autoconceito físico						
Comunidade	211	133.98	58.80	59.00	-0.010	0.496
Lar	56	134.09	58.52	60.00		
Autoconceito ético-moral						
Comunidade	211	125.42	56.40	56.00	-3.532	**<0.001**
Lar	56	166.34	60.43	60.50		
Autoconceito pessoal						
Comunidade	211	113.49	50.68	50.00	-8.438	**<0.001**
Lar	56	211.29	61.45	61.50		
Autoconceito familiar						
Comunidade	211	124.95	61.74	62.00	-3.723	**<0.001**
Lar	56	168.10	65.45	66.00		
Autoconceito social						
Comunidade	211	120.17	55.93	56.00	-5.686	**<0.001**
Lar	56	186.11	62.88	63.00		
Autoconceito total						
Comunidade	211	121.43	284.79	285.00	-5.162	**<0.001**
Lar	56	181.35	306.04	303.00		

* teste unilateral

Relação do autoconceito com o género

Aplicámos também o teste U de Mann-Whitney para testar a hipótese «**os idosos do género masculino têm valores de autoconceito mais elevados que os idosos do género feminino**». Os resultados apresentados no quadro 25 revelam a existência de diferenças significativas ($p < 0.05$) no autoconceito total e nas dimensões identidade, comportamento, autoconceito físico e autoconceito pessoal. Verificamos ainda a existência de diferença altamente significativa ($p < 0.001$) na dimensão autoconceito ético-moral. Comparando os valores das medidas de tendência central constatamos que

os idosos do género feminino tendem a evidenciar maior autoconceito que os do género masculino. Este facto leva-nos a concluir que os dados confirmam a hipótese contrária à que formulámos, ou seja, os idosos do género feminino têm valores de autoconceito mais elevados que os idosos do género masculino.

Quadro 25 - Comparação do autoconceito dos idosos em função do género
(teste U de Mann-Whitney)

Dimensão / Género	n	$\bar{x}_{ord}$	$\bar{x}$	Md	z	p*
Identidade						
Feminino	169	141.96	92.39	92.00	-2.214	**0.014**
Masculino	98	120.27	90.23	89.00		
Satisfação						
Feminino	169	139.56	99.28	100.00	-1.547	0.061
Masculino	98	124.41	97.55	96.50		
Comportamento						
Feminino	169	141.12	99.77	100.00	-1.981	**0.024**
Masculino	98	121.71	97.66	97.00		
Autoconceito físico						
Feminino	169	141.59	59.39	60.00	-2.112	**0.018**
Masculino	98	120.91	57.62	58.50		
Autoconceito ético-moral						
Feminino	169	145.72	58.24	58.00	-3.262	<**0.001**
Masculino	98	113.79	55.52	55.00		
Autoconceito pessoal						
Feminino	169	140.32	53.56	52.00	-1.759	**0.040**
Masculino	98	123.10	51.86	51.00		
Autoconceito familiar						
Feminino	169	138.38	63.01	63.00	-1.220	0.112
Masculino	98	126.44	61.67	62.00		
Autoconceito social						
Feminino	169	136.66	57.66	56.00	-0.740	0.230
Masculino	98	129.41	56.92	56.50		
Autoconceito total						
Feminino	169	142.06	291.44	291.00	-2.239	**0.012**
Masculino	98	120.11	285.45	283.00		

* teste unilateral

Relação do autoconceito com a idade

Para o teste da hipótese «**existe associação positiva entre o autoconceito dos idosos e a idade**» procedemos ao estudo da relação entre as duas variáveis através do coeficiente de correlação de Spearman e do respectivo teste de significância. Os resultados apresentados no quadro 26 permitem-nos verificar que nas dimensões

autoconceito ético-moral, pessoal e social as correlações são significativas ($p < 0.05$). Atendendo ao facto das correlações serem positivas, somos levados a concluir que se confirma parcialmente a hipótese formulada, ou seja, os idosos mais velhos tendem a evidenciar autoconceito ético-moral, pessoal e social mais elevado.

Quadro 26 - Correlação do autoconceito dos idosos com a idade
(coeficiente de Spearman e teste de significância)

Dimensão	Idade		
	n	r_s	p*
Identidade	267	0.08	0.108
Satisfação	267	-0.01	0.479
Comportamento	267	-0.02	0.361
Autoconceito fisico	267	-0.02	0.352
Autoconceito ético-moral	267	0.12	**0.026**
Autoconceito pessoal	267	0.11	**0.035**
Autoconceito familiar	267	-0.02	0.367
Autoconceito social	267	0.13	**0.016**
Autoconceito total	267	-0.01	0.472

* teste unilateral

Relação do autoconceito com o número de patologias

Também o teste da hipótese «**existe associação negativa entre o autoconceito dos idosos e o número total de patologias**» foi realizado através do coeficiente de correlação de Spearman e do respectivo teste de significância. Os resultados apresentados no quadro 27 permitem-nos afirmar que existe correlação significativa ($p < 0.05$) ao nível do autoconceito global e das dimensões identidade e satisfação, existe correlação muito significativa ($p < 0.01$) nas dimensões do autoconceito ético-moral e autoconceito familiar e correlação altamente significativa ($p < 0.001$) no autoconceito físico. O facto de todas estas correlações serem positivas leva-nos a concluir que os dados não confirmam a hipótese formulada mas sim a hipótese contrária, ou seja, existe uma associação positiva entre o autoconceito dos idosos e o número total de patologias,

sendo os idosos que referiram maior número de patologias aqueles que tendem a evidenciar autoconceito mais elevado.

Quadro 27 - Correlação do autoconceito dos idosos com o número total de patologias (coeficiente de Spearman e teste de significância)

Dimensão	Número total de patologias		
	n	r_s	p*
Identidade	267	0.12	**0.027**
Satisfação	267	0.11	**0.032**
Comportamento	267	0.09	0.072
Autoconceito fisico	267	0.26	**<0.001**
Autoconceito etico-moral	267	0.20	**0.001**
Autoconceito pessoal	267	0.01	0.451
Autoconceito familiar	267	0.19	**0.001**
Autoconceito social	267	0.02	0.345
Autoconceito total	267	0.14	**0.011**

* teste unilateral

Relação do autoconceito com o tempo de residência no lar.

Para o teste da hipótese «**existe associação negativa entre o autoconceito dos idosos e o tempo de residência no Lar**» procedemos também ao estudo da correlação através do coeficiente de correlação de Spearman e do teste da sua significância. Os resultados constantes do quadro 28 permitem-nos constatar que todas as correlações são fracas e não significativa ($p > 0.05$). Concluímos que os dados não corroboram a hipótese, ou seja, não existem evidências estatísticas que nos permitam afirmar que os idosos que residem no Lar há mais tempo evidenciam autoconceito mais baixo.

Quadro 28- Correlação do autoconceito dos idosos com o tempo de residência no Lar
(coeficiente de Spearman e teste de significância)

Dimensão	Idade		
	n	r_s	p*
Identidade	56	-0.07	0.310
Satisfação	56	-0.08	0.273
Comportamento	56	-0.03	0.404
Autoconceito fisico	56	0.03	0.419
Autoconceito etico-moral	56	0.09	0.261
Autoconceito pessoal	56	0.05	0.346
Autoconceito familiar	56	-0.16	0.125
Autoconceito social	56	-0.02	0.452
Autoconceito total	56	-0.08	0.289

* teste unilateral

Relação entre a autocrítica e o autoconceito total

Testámos a hipótese «**existe associação positiva entre a autocrítica e o autoconceito dos idosos**» através do coeficiente de correlação de Spearman e do respectivo teste de significância. Os resultados obtidos (quadro 29) permitem-nos afirmar que existe correlação muito significativa ($p < 0.01$) ao nível do autoconceito global e das dimensões satisfação, comportamento e autoconceito familiar e existe correlação altamente significativa ($p < 0.001$) na dimensão autoconceito físico. O facto de todas estas correlações serem positivas leva-nos a concluir que os dados confirmam a hipótese formulada, ou seja, existe uma associação positiva entre a autocrítica e o autoconceito dos idosos, sendo os que revelaram maior autocrítica, aqueles que tendem a evidenciar autoconceito mais elevado (quadro 28).

Quadro 29- Correlação do autoconceito dos idosos com a autocrítica
(coeficiente de Spearman e teste de significância)

Dimensão	Autocrítica		
	n	r_s	p*
Identidade	267	-0.03	0.292
Satisfação	267	0.19	**0.001**
Comportamento	267	0.16	**0.005**
Autoconceito físico	267	0.22	<**0.001**
Autoconceito etico-moral	267	0.08	0.084
Autoconceito pessoal	267	-0.01	0.409
Autoconceito familiar	267	0.20	**0.001**
Autoconceito social	267	0.10	0.053
Autoconceito total	267	0.15	**0.009**

* teste unilateral

CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão dos dados estabelece a ligação entre as diversas partes do estudo. Neste capítulo faremos a interpretação dos resultados mais significativos. Como os estudos similares são escassos a interpretação dos dados será apoiada na bibliografia consultada e em dados interpretativos da escala utilizada (TSCS) descriminados no manual da mesma.

Começaremos, no entanto, por proceder de forma muito resumida, a uma caracterização da amostra e principais resultados obtidos, necessária para dar resposta a alguns dos objectivos traçados para este estudo. De seguida a discussão dos resultados seguirá a ordem da análise dos dados.

O nosso estudo é baseado nos 267 sujeitos que o constituem, onde 21% reside no lar e 79% na comunidade. Em ambos os contextos, há uma predominância do género feminino face ao género masculino (63.3% e 36.7%, respectivamente), o que está de acordo com os dados estatísticos, que referem existir mais mulheres que homens, falando-se no Envelhecimento Feminino, e ao qual, Portugal não é alheio.[63] Este dado é importante porque as mulheres tem um índice de incapacidade maior que os homens, o que se reflecte no processo de envelhecimento. A média de idades dos idosos residentes no lar é mais elevada do que, a dos que vivem na comunidade (79.13 e 73.58 respectivamente). Médias estas superiores à da esperança de vida para os homens em Portugal (72.4).[63] Quanto à distribuição dos sujeitos, pelos grupos etários definidos, a maioria dos residentes na comunidade encontra-se no grupo dos "*idosos jovens*" enquanto que os do lar se encontram maioritariamente no grupo dos "*idosos*". O que reforça o facto dos idosos institucionalizados serem normalmente mais velhos do que os que vivem na comunidade.

No lar, o estado civil de viúvo é o mais representativo (82.1%), seguindo-se o de solteiro. Enquanto que na comunidade o estado mais representativo é o de casado (57.8%) seguindo-se o de viúvo (35.1%). Quarenta e seis por cento dos agregados familiares são constituídos por duas pessoas e a percentagem de pessoas idosas a viverem sozinhas é de 19.4%.

Em Portugal as habilitações literárias para este grupo étario em Portugal são baixas, tendo em conta os dados do INE,[63] onde 55.1% não detêm qualquer nível de instrução e 37% possuem o nível 1 [XIX], sendo ainda menor o nível de escolaridade nas mulheres que nos homens. No nosso estudo, constactou-se que as habilitações literárias são superiores às apontadas pelos dados do INE, assim no nivel 0 obtivemos 14.2% e no nível 1, 77.9% dos indivíduos.

O mesmo inquérito do INE, aponta para cerca de 81.0% dos sujeitos estarem inactivos sendo a sua maioria reformados. Situação, esta que é também semelhante na população estudada onde os reformados representam a maioria (53.2%) oscilando o tempo de reforma entre menos de um ano e os 25 anos, com uma média situada nos 8.17 anos. No lar, não existe nenhum sujeito com tempo de reforma inferior a um ano, enquanto que na comunidade existem 11%. A maioria dos idosos de ambos os contextos situa-se na categoria de mais de 5 anos de reforma.

Dos sujeitos estudados, a média de patologias referida foi de duas. No entanto, 10.1% dos sujeitos referem não possuir patologias. Os idosos residentes na comunidade apontam entre nenhuma e oito patologias, enquanto os que residem no lar só referem até um máximo de quatro. Salienta-se o facto de neste grupo etário ser frequente a

[XIX] - Os níveis de instrução da população são com base nas categorias da International Standard Classification of Education (ISCDE), utilizadas pelas Nações Unidas. O nível 0 corresponde à educação pré-escolar (a não frequência escolar também se enquadra neste nível); o nível 1 aos 1º e 2º ciclos do ensino básico; o nível 3 ao ensino secundário; nível 4 não encontra correspondência no sistema educativo em Portugal; o nível 5 ensino superior, bacharelato, pos-licenciatura e mestrado e nível 6 grau de doutoramento.[63]

comorbilidade e em especial a prevalência de doenças crónicas que condicionam o proceso de envelhecimento.

O autoconceito, neste estudo e como já foi referido anterioremente, é definido como sendo a percepção que as pessoas fazem de si, quer a nivel interno (identidade, satisfação e comportamento) quer a nível externo (fisico, ético-moral, pessoal, familiar e social). Tendo em conta a opinião de George[47] e Bruges,[15] este conceito está relacionado com o bem-estar da pessoa idosa. Daí a importância da pessoa idosa, ter uma percepção positiva acerca de si, o que decerto irá contribuir para um envelhecimento com sucesso.

O valor médio do autoconceito total, é de 287.24 para a totalidade da população. Valor este mais baixo, do que o preconizado por Roid e Fitts [100] como dentro da normalidade e do valor encontrado por Novo[82] no estudo de adaptação da escala a Portugal (340.00). Mas uma diminuição dos valores da escala está referida, em Roid e Fitts,[100] como uma possível consequência de escassos recursos pessoais e de condições de vida desfavorecidas. Se tivermos em conta o estudo do INE[63] sobre o envelhecimento em Portugal, os agregados com idosos registam índices de pobreza superiores aos encontrados para o total dos agregados sem idosos, os níveis de autoconceito dos nossos idosos tenderão a ser inferiores aos da população norte-americana. Na amostra portuguesa os sujeitos com 65 anos e mais, obtiveram como média de autoconceito total 340.47, mas a média das habilitações literárias é superior à média da população portuguesa (11 anos), o que condicionará os recursos e apoios, levando de certo modo a índices de autoconceito inferiores.

Quanto às diferenças de género, os idosos do género feminino obtiveram valores de autoconceito superiores aos do género masculino. Resultados semelhantes também foram encontrados no estudo de Shu, Huang e Chen [111] e na amostra norte-americana [100] que serviu de base para a elaboração das normas da TSCS. No estudo de adaptação à população portuguesa, os homens é que evidenciaram níveis médios mais elevados que as mulheres.

Numerosos estudos afirmam que as diferenças de género podem ser explicadas numa perspectiva de desenvolvimento, de socialização e de cultura (Kitayama e Markus; 1999; Westrhot, Dittmann-Kohli e Katzkd, 2000; Kabayashi e Greenwald, 2003). O que tem lógica uma vez que o autoconceito é construído durante o processo de socialização do indivíduo, e todas as sociedades tem estereótipos acerca do que é ser homem ou mulher. Cross e Madson (1997) referenciados por Sneed e Whitbourne [116] referem que o autoconceito das mulheres é caracterizado pela interdependência nas relações sociais e pessoais enquanto que o dos homens caracteriza-se pela independência. O facto do autoconceito ser mais elevado nas mulheres pode ser explicado por estas normalmente se encontrarem mais envolvidas na vida familiar e o sentimento de pertença gerado, que é fundamental para todos os seres humanos, é protector do *self*, protegendo-as assim eficazmente dos efeitos negativos dos acontecimentos de vida, elevando o seu nível de bem-estar e como consequência o autoconceito.[70] Quanto aos homens, como o seu papel social é muito importante na criação da sua identidade, quando há a passagem à reforma, ele é perdido e é acompanhado por uma diminuição da identidade e da auto-estima. No estudo de Shu, Huang e Chen [111] as mulheres obtiveram resultados mais significativos nas dimensões: autoconceito ético-moral, familiar, social, identidade e satisfação. Enquanto que no nosso estudo as diferenças foram significativas para o autoconceito total, autoconceito físico, autoconceito pessoal, identidade e comportamento ($p < 0.05$) e altamente significativas ($p < 0.001$) para o autoconceito ético-moral.

Ao fazer-se a associação entre o autoconceito e a idade, verificamos que esta condição só se verifica para algumas dimensões externas, mais concretamente para o autoconceito: ético-moral, pessoal e social, onde as correlações são significativas ($p<0.05$). O autoconceito das pessoas mais velhas é mais forte e delineado, sendo uma estrutura bem integrada na personalidade destas, porque se baseia na experiência de vida acumulada ao longo dos anos. Ao que Freund e Smith [42] ao citar L'Ecuyer referem

haver uma reorganização do *self* por volta do 60-77 anos e por volta dos 80 anos este processo está completo, tendo como reflexo o idoso referir mais avaliações positivas do que negativas. O modelo dos possíveis *selves* desenvolvido por Markus e Nuris,[74] incorpora esperanças e sonhos para o *self* desejado, assim como medos e ansiedade para o *self* não desejado, uma vez que os idosos têm poucas expectativas acerca das escolhas positivas das suas vidas (sendo estas cada vez mais reduzidas à medida que a idade avança) e face ao elevado número de perdas que sofrem, eles utilizam os processos acomodativos facilitando uma atitude positiva face ao que são capazes de fazer, elevando o seu grau de competência e eficácia, aumentando o autoconceito.

O facto dos idosos do lar evidenciarem um autoconceito superior ao dos idosos que residem na comuniade confirma o resultado encontrado por Shu, Huang e Chen[111], no estudo "Factors related to self-concept of elderly residing in a retirement center". Por outro lado, os resultados obtidos nos estudos de Antonelli, Rubini e Fassone [1] e o de Fernandez-Ballasteros (1997) citado em Garcia-Blanco e colaboradores [44] indicam resultados contrários, onde os níveis de autoconceito mais baixos situam-se entre os residentes nos lares. As diferenças encontradas nestes dois últimos estudos podem ser explicadas inicialmente pelo facto do autoconceito ter sido avaliado com instrumentos diferentes do nosso. Mas, retomando o estudo de Shu, Huang e Chen[110] as médias que obtiveram foram 256.8 para os residentes no centro e 247.2 para os residentes fora deste. No nosso estudo as médias foram superiores, 306.04 e 284.79 para os residentes no lar e comunidade, respectivamente, mantendo-se de igual forma os valores mais elevados para os residentes no lar.

A manutenção do autoconceito no idoso pode ser feita através das reminiscências (reviver o passado) o que é reforçado quando Colleman[23] afirma que a gradual adaptação da pessoa às expectativas e a auto-aceitação da sua nova condição faz

com que exista um elevado grau de satisfação. Um factor que pode ser decisivo para estes resultados, mas que não foi estudado, relaciona-se com a segurança que os idosos residentes no lar têm, uma vez que o lar em questão oferece óptimas condições.

O tempo de residência no lar não se mostrou ser significativo para o autoconceito.

Tendo em conta que o número de patologias aumenta com a idade e estas alteram de modo significativo o dia-a-dia da pessoa, a sua imagem corporal e a sua identidade.[106] A morbilidade tem um impacto negativo na auto-estima.[91] Mas no nosso estudo, curiosamente, as pessoas idosas que referiram ter um maior número de patologias foram as que evidenciaram níveis de autoconceito mais elevados, possivelmente por acreditarem que ao processo de envelhecimento se encontram inevitavelmente associadas um numero elevado de patologias.

A identidade foi a dimensão interna com níveis mais baixos quer no lar quer na comunidade (91.60). Este resultado é diferente do encontrado no estudo de Novo[82] em que esta dimensão foi a de maior expressão (118.17). Através do teste U de Mann-Wnitney, a identidade assume valores significativos quando relacionada com o género e o tipo de residência (0.014 e <0.001 respectivamente). Também apresenta valores significtivos quando comparada com o número de patologias (0.027 para $p<0.05$).

A teoria da identidade de Whitbourne propõe que as alterações do processo de envelhecimento são negociadas através de processos de assimilação e de acomodação e que através dos processos de acomodação o individuo muda de identidade de forma a responder às novas exigências, normalmente contrárias ao próprio *self*. Daí que Markus e Nuris[74] defendam que os idosos investem cognitiva e emocionalmente nos seus futuros selves para se defenderem dos estereótipos de que são alvo. Os idosos que estão institucionalizados, encontram-se em condições que são desfavoráveis assumindo na

maior parte dos casos as regras da instituição que são despersonalizadas podendo desta forma evidenciar uma identidade mais baixa, mas tal não se verificou uma vez que os idosos da comunidade demonstraram uma identidade inferior aos do lar.

A satisfação está relacionada com sentimentos positivos acerca de si próprio, sendo muitas vezes interpretada como auto-estima. Os idosos face às estratégias que utilizam para se adptarem ao processo de envelhecimento normalmente mantém um elevado grau de satisfação.[13,23] Baltes e Baltes[6] fazem referência a uma diminuição por parte do *self ideal*, na 3ª idade, como explicação para os elevados níveis de satisfação, felicidade e bem-estar apesar das circunstâncias da vida adversas. Sneed e Whitbourne,[116] corroboram as ideias dos autores acima citados e acrescentam que na maioria dos idosos esta visão positiva não diminui com a idade. Mas, esta dimensão não apresentou valores significativos quando relacionada com a idade (0.497 para $p < 0.05$). Sendo sim, altamente significativa quando relacionada com o tipo de residência (<0.001) mostrando valores mais elevados nos idosos institucionalizados. Embora a institucionalização tenha como consequência negativa uma diminuição da auto-estima[24] é sabido que os idosos através de um processo de selecção optimizada conseguem compensar as suas perdas.[6]

A necessidade de apoio e de segurança dos idosos promove sentimentos de satisfação e de bem-estar. Necessidade, essas que se encontram minimamente satisfeitas nos idosos institucionalizados.[5] Por outro lado a satisfação dos idosos institucionalizados encontra-se, segundo o mesmo autor, correlacionado com o estado de saúde, controlo pessoal e actividades sociais (relações interpessoais). Se tivermos em conta que no nosso estudo os idosos que referiram menos patologias foram os institucionalizados (um máximo de 4 patologias enquanto que os da comunidade referiram 8), que embora não tenha sido alvo de estudo, o nível de funcionalidade dos

idosos entrevistados pode ser considerado bom (relembramos que o estudo foi efectuado com idosos sem défices cognitivos) e que a instituição proporciona diversas actividades no âmbito social, poderá estar justificado em parte os níveis de autoconceito serem positivos. Quanto aos residentes na comunidade, foram estes, os que evidenciaram maior número de patologias, o que implica um estado de saúde mais debelitado e possivelmente alguma perda de controlo pessoal, o facto de 35.1% ser viúvo, e estar provavelmente a viver com familiares (só 19.4% vivem sós), onde não tem controlo do seu próprio espaço, poderá contribuir para sentimentos mais negativos, e menor satisfação.

A relação da satisfação com o número de patologias é significativa ($p < 0.05$), podendo ter como explicação o facto de muitas pessoas idosas encararem a morbilidade como fazendo parte inerente do processo de envelhecimento, aceitando-as.

Herzog e Markus[58] referem que a forma como os mais velhos mantêm o bem-estar ao longo da sua vida pode ser explicado pelos novos objectivos que são formulados, estratégias de controlo e processos de selecção, optimização e compensação.

O comportamento é a dimensão segundo a qual o indivíduo avalia o seu desempenho em relação às expectativas e normas pessoais e sociais. O comportamento relaciona-se de forma mais significativa no género feminino e nos idosos residentes no lar. Quer para o lar como para a comunidade o controlo que os idosos possuem sobre si próprios, que apesar das limitações que eventualmente possuem faz com que consigam concretizar os seus objectivos, sendo esta dimensão mais expressiva entre as mulheres..

O autoconceito físico como dimensão externa mais baixa, coincide com a literatura[22,106] uma vez que a este autoconceito estão ligados os aspectos da morbilidade, aparência, estado de saúde que neste grupo etário assumem particular expressão. Porque

o número de doenças aumenta, a capacidade funcional encontra-se mais debilitada e quando se fala de aspecto ou aparência comparam-se de forma mais negativa com o que eram anteriormente. Charmaz[22] explica que face a uma nova identidade, a de doente, o idoso tem uma percepção mais negativa de si. O autoconceito físico na idade adulta avançada, segundo Novo,[82] manifesta-se como alvo mais negativo de auto-avaliação.

A doença crónica no idoso requer na maior parte das vezes apoio familiar, e que o próprio recorre à dimensão religiosa com frequência, no sentido de ter algum alívio, foi confirmado no nosso estudo quando as dimensões do autoconceito familiar e ético-moral apresentam correlações muito significativas ($p < 0.01$).

O autoconceito ético-moral é um alicerce importante no autoconceito na idade adulta avançada, sendo interpretado como um mecanismo compensatório para fazer face ao enfraquecimento de outras facetas do autoconceito[43]. Perdas, sofrimento e questões existenciais acerca da vida após a morte podem ter diferentes interpretações a que tradicionalmente a religião pode trazer respostas. As práticas religiosas são uma das formas que os idosos têm de se envolverem em actividades sociais em especial as mulheres. O facto de pertencerem a um determinado grupo e se encontrarem socialmente integrados é muito significativo para o autoconceito social, visto este ser baseado nas relações interpessoais e no papel que a pessoa tem para com a sociedade.[57,86,109]

As crenças religiosas alteram a percepção da pessoa para com a sua própria doença, protegendo-a psicologicamente, e o facto de praticarem o acto de rezar segundo Koening [69] pode melhorar a sua saúde pelo efeito relaxante que tem.

Na comunidade a dimensão externa mais baixa foi o autoconceito pessoal. Este autoconceito refere-se ao valor que cada um atribui a si próprio, em função das normas pessoais e dos sentimentos de adequação como pessoa. O valor de si próprio é

determinado pelo modo como interioriza a informação externa e veiculada na relação interpessoal.[82] A dimensão pessoal obteve valores mais significativos nas mulheres, nos idosos mais velhos e nos residentes no lar.

A dimensão familiar encontra-se relacionada de forma positiva com o número de patologias (<0.001). Os idosos quando se encontram doentes recebem apoio dos seus familiares, sendo esse apoio tanto mais evidente quanto as necessidades impostas pela patologia de que sofre. Quanto maior for a comorbilidade, maior será a dependência de apoio. Esta dimensão tem mais expressão nos idosos residentes no lar que nos da comunidade (<0.001).

A crescente participação da mulher no mundo do trabalho, a elevada incidência de divórcio e novos casamentos implicam complicadas alterações quer na estrutura familiar quer nas próprias relações familiares. Estas tranformações levarão a uma fragilidade nos sentimentos de parentesco, com consequente diminuição da intensidade das relações familiares, o que poderá implicar um enfraquecimento do sentido de obrigação de cuidar da geração mais velha. [12]

Quanto ao autoconceito social ele é fundamental para todo o ser humano e em especial na velhice. O sentido que cada indivíduo dá à sua vida tem em conta o contexto social onde está inserido. Mead considera o *self* como um fenómeno social, em que temos em consideração os outros que nos rodeiam e valorizamos o que pensam acerca de nós. Baumeister e Twenge[8] afirmam que é o *self* social que nos permite relacionar com os outros ao que Leary e colegas acrescentam que o sentimento de pertença a um determinado grupo é fundamental nos idosos e eleva os níveis de autoconceito. A literatura também sugere que há diminuição das relações sociais à medida que a idade avança mas há aspectos que a teoria da selectividade explica como aumentando. Nem todas as relações sociais diminuem com a idade, os idosos tornam-se mais selectivos

onde realmente querem investir a nível relacional. [20]Assim no nosso estudo a dimensão social apresentou-se com correlações significativas para os idosos residentes no lar e para os mais velhos.

Quanto à autocritica podemos constactar que a uma maior autocrítica se associam valores mais elevados de autoconceito. Resultado, este contrário ao encontrado por Roid e Fitts[100] que a par de uma diminuição de autoconceito houve elevação da autocritica podendo ser interptetado como um mecanismo defensivo e contrário também, ao encontrado por Novo [82] em que a elevação de autoconceito não se fez acompanhar de uma menor autocritica. Mas os autores, Gaber,[43] Roid e Fitts[100] e Novo,[82] concordam que os idosos têm respostas que vão no sentido de uma menor capacidade de autocrítica. O que é comprovado no nosso estudo pois os idosos tem níveis de autocrítica baixos. A escala de autocrítica indentifica uma atitude de resposta no sentido de dar uma boa imagem de si, representando o desejo de parecer bem diante dos outros, e não uma vontade consciente e deliberada de falsear os resultados. Está subjecente uma forte valorização dos juízos dos outros.

CAPÍTULO V - CONCLUSÃO

Neste capítulo abordaremos as principais conclusões do estudo, as suas limitações e implicações na prática e finalmente faremos algumas sugestões.

5.1 - Conclusões

Após o *terminus* deste estudo, salientamos as seguintes conclusões.

- A média de idades dos sujeitos é 74.75 anos com um desvio padrão de 7.02;
- 79% dos idosos vivem em contexto familiar e 21% estão institucionalizados;
- 63.3% dos idosos pertencem ao género feminino e 36.7% ao género masculino;
- O número máximo de patologias referido pelos idosos foi de 8, mas 10.1% não tem patologias;
- A maioria é reformada ou doméstica;
- Na população total a dimensão identidade é a que evidência valores mais baixos a nível interno. A nível externo o autoconceito pessoal foi o que obteve valores mais baixos e o autoconceito familiar valores mais elevados;
- Os idosos residentes no lar evidenciam um autoconceito com valores superiores aos que residem na comunidade em todas as dimensões com excepção do autoconceito fisico;
- A dimensão interna mais baixa nos idosos residentes no lar é a identidade, enquanto que nas dimensões externas, o autoconceito familiar obteve os valores mais elevados e o autoconceito físico os valores mais baixos;

- Na comunidade, a identidade é também a dimensão mais baixa a nível interno, a nível externo o autoconceito familiar é também o mais elevado mas o mais baixo é o autoconceito pessoal;
- No que concerne ao género, há diferenças significativas favoráveis ao género feminino em quase todas as dimensões com excepção da satisfação, autoconceito familiar e autoconceito social, mas pode-se afirmar que as mulheres têm um autoconceito superior ao dos homens;
- Há uma associação positiva entre a idade e o autoconceito ético-moral, pessoal e social. Nas outras dimensões não se verifica a associação;
- Os idosos que referiram maior número de patologias são aqueles que evidenciaram um autoconceito mais elevado para as dimensões autoconceito total, autoconceito familiar, autoconceito ético-moral, autoconceito físico, satisfação e identidade,
- E os idosos têm um nível de autocrítica baixo.

5.2 – Limitações do estudo

Este estudo tem como limitações: o facto de ser o único na área a ser efectuado nos Açores não permitindo uma comparação dos dados; o instrumento de recolha de dados embora muito completo tornou-se extenso em especial para este grupo etário, o que fez com que o processo de recolha de dados fosse muito para além do que estava inicialmente previsto; dificuldade na aplicação da escala aos idosos por causa do tipo de resposta que a escala assume (desde inteiramente falso até completamente verdadeiro); a ausência de normas específicas de interpretação da TSCS para este grupo étario e o facto de ser uma amostra por conveniência não nos permite generalizar os dados.

5.3 - Implicações

Tendo em conta os resultados do estudo, pensamos que estes poderão servir de base para a definição de estratégias no sentido de envolver mais os idosos, fazendo com que estes sejam mais activos, se sintam úteis e pessoas de pleno direito na sociedade. Como proposta sugerimos o seguinte: em primeiro lugar, a divulgação dos resultados para que sejam do conhecimento de um maior número de pessoas, em particular dos líderes da comunidade e dos funcionários do lar onde foi efectuado. Depois definir estratégias para cada um dos contextos considerando as actividades que já decorrem e os recursos que têm disponíveis. A nossa aposta vai essencialmente para as actividades de animação.

A animação é uma actividade interdisciplinar e intergeracional que actua em diversas áreas e que influencia a vida do indivíduo e do grupo. O objectivo das actividades de animação pode resumir-se por quatro modalidades: cultural, educativa, económica e social. Enquanto modalidade cultural a animação surge como entidade criadora, geradora e construtora de um produto cultural, arististico ou criativo. Como educativa, a animação surge como promotora da educação e formação, inicial e ao longo da vida. Na sua dimensão económica, a animação aparece como geradora de meios económicos e financeiros, como sejam a criação do próprio emprego ou ela própria como fonte de receitas. Por fim, na sua dimensão social, a animação e o animador renascem como meios de superar as desiguldades sociais e é veiculo de promoção da pessoa e da própria comunidade.

Nos idosos a animação facilita a sua inserção na comunidade, a sua particiação na vida social e, sobretudo, permitir-lhes desempenhar um papel, inclusive, reactivar papéis sociais.

Mas, antes de pensar num plano de actividade, há que realizar uma avaliação psicológica, social e física de cada um dos indivíduos, no sentido de perceber quais as capacidades e motivações reais de cada idoso em relação a cada uma das actividades eventualmente propostas. Tendo por base a heterogeneidade do processo de envelhecimento, deve-se dar oportunidade aos idosos de serem eles próprios, a propôr actividades que sejam do seu agrado. A participação dos idosos em qualquer actividade deve ser monitorizada e vigiada em termos de saúde.

As actividades deverão ser organizadas em função de quatro categorias fundamentais: difusão cultural, actividades artísticas não profissionais; actividades lúdicas e actividades sociais. Assim passamos a descrinimar para as diferentes dimensões do autoconceito, somente algumas actividades que pensamos que podem elevar os níveis de autoconceito dos idosos quer institucionalizados quer na comunidade (qualquer actividade, tem efeitos positivos em mais do que uma dimensão).

Identidade – contar histórias, atelier de ofícios, participação na organização de festas tradicionais, participar nas tarefas da instituição (ex.fazer a sua cama);

Satisfação – jogos de pensamentos positivos, grupos de partilha de experiências, voluntariado;

Comportamento – Dança, jogos com regras (respeito pelo outro);

Autoconceito físico – desporto e exercício físico, cabeleireiro, programas de promoção da saúde;

Autoconceito ètico- moral – participação em actividades religiosas;

Autoconceito pessoal – tapeçaria, bordados, leitura, universidade sénior, visitas culturais, hobbies;

Autoconceito familiar – proporcionar a interacção com os outros familiares de diferentes gerações, ser responsável por tarefas que contribuam para o bem-estar

familiar, ir buscar as crianças à escola, estender roupa, fazer almoço ou jantar, pequenos arranjos de costura;

Autoconceito social – interacção com outras pessoas, turismo.

Para mais actividades com idosos sugerimos a consulta de dois livros. "*Animação de Idosos: actividades"*, de Luís Jacob da Âmbar, e "*Posso Participar? Actividades de desenvolvimento pessoal para idosos"*, de Margarida Pedroso de Lima também da Âmbar.

A nível de estratégias de enfermagem propomos as seguintes: ensinar técnicas de relaxamento e de coping porque pode permitir a reestruturação do autoconceito, sessões de educação para a promoção da saúde; estratégias de controlo das doenças crónicas que eventualmente o idoso padeça de modo a conviver com a doença o mais normalmente possível no seu dia-a-dia; adequar recursos de modo a facilitar a autonomia dos idosos perante as actividades de vida; rastreios para diagnóstico precoce de doenças e envolver os familiares.

5.4 - Recomendações

Como recomendações, sugere-se a continuação da realização de estudos dentro desta temática neste grupo étario. Mais concretamente, aprofundar este estudo nas dimensões que os idosos obtiveram valores mais baixos, de modo a compreender onde se poderá intervir mais adequadamente. Alargar o estudo a outras populações (outras ilhas dos Açores, Portugal Continental), para obtermos valores de referência específicos para os idosos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

1 Antonelli, E.; Rubini, V. & Fassone, C. (2000). The Self Concept in Institutionalized and non-institutionalized elderly people. *Journal of Environmental Psychology*, 20, 151-164.

2 Antonucci, T. (2001). Social Relations: An examination of social and sense of control. In J. Birren & W. Shaide (Eds), *Handbook of the Psychology of aging*, (pp. 427-453). Academic Press.

3 Arling, G.; Harins, E. & Capitman, J. (1986). Institutionalization and Personal Control: A Panel Study of Impaired Older People. *Research on Aging*, 8, 38-56.

4 Baldwin, J. (1990). *Social and Ethical interpretations in mental development*. New York: MacMillan. (Texto original publicado em 1897).

5 Baltes, M., Wahal, H. & Reichert, M. (1991). Successful aging in Long-Term Care Institutions. In K.W. Schaide & M.P.Lawton (Eds), *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, vol.11, (pp. 311-337). New York. Springer.

6 Baltes, P. & Baltes, M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective, optimization with compensation. In P. Baltes & M. Baltes, *Successful Aging – Perspectives from the behavioural sciences*, (pp. 1-34). Canada. Cambridge University Press.

7 Bandura, A. (1982). Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. In, M. Rosenberg & Howard Kaplan (Eds) (pp. 28-49) Social Psychology of the Self-Concept. USA. Harlan Davidson, Inc. (Trabalho orginal publicado em 1977).

8 Baumeister, R. & Twenge, J. (2003). The Social Self. In M. Theodore & M. Lerner, *Handbook of Psychology – Volume 5 – Personality and Social Psychology* (pp.327-352). USA. John Wiley & Sons, Inc.

9 Baumeister, R. (1999). The nature and Structure of the self: An over-view. In R. Baumeister (Ed), *The Self in Social Psychology* (pp.1-20). Cleveland USA. Psychology Press. Taylor and Francis Group.

10 Berndt, T & Burgy, L. (1996). Social self – concept. In C. Bracken, *Handbook of self concept – Developmental, Social and Clinical Considerations,* (pp. 171-209). New York. John Wiley and Sons.

11 Bertrand, R. & Lachman, M. (2003). Personality development in Adulthood and Old Age. In I. Weiner, *Handbook of Psychology – Developmental Psychology* (pp. 463-484). Wiley Publisher.

12 Binstock, R. (1999). Public Policy Issues. In. J. Cavanaugh & S. Whitbourne, (Eds.) *Gerontology: An interdisciplinary Perspective,* (pp.414-447), Oxford, New York. Oxford University Press.

13 Brandtstädter, J & Grave, W. (1994). The Aging self: Stabilizing and Protective Processes. *Developmental Review,* 14, 52-80.

14 Bretherto, I. (1991). Pouring New Wine into old Bottles: The Social Self as internal working model. In M. Gunnar & L. Sroufe, (Eds) – *Self Process and Development* (pp. 1-41). New Jersey. Laurence Erlbaum Associates.

15 Bruges, M. (2003). *Mastectomia e Autoconceito*. Tese de doutoramento, defendida no Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar – Universidade do Porto.

16 Bruges, M. (2006). Autoconceito e auto-estima: Abordagem de Enfermagem centrada na Família. *Cadernos de Bioética,* 40, 65-85.

17 Burns, N. & Grove, S. (1997). *The Practice of Nursing Research – Conduct, Critique & Utilization*, 3ª Edition, Philadelphia. W.B. Sauders Company.

18 Byrne, B. (1996). *Measuring Self-concept Across Life Span: Issues and Instrumentation* – 2nd Edition, USA. American Psychological Association, British Library.

19 Carr, D. (2004). Black/White Differences in Psychological Adjustment to spousal loss Among Older Adults. *Research on Aging*, 26, 591-622.

20 Cartensen, L. (1991). Selectivity Theory: Social Activity in Life-Span Context. In K.W. Schaide & M.P.Lawton (Eds), *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, vol.11, (pp. 195-217). New York. Springer.

21 Cavanaugh, J. (1999). Theories of Aging in the Biological, Behavioral and Social Sciences. In, J. Cavanaugh & S. Whitbourne, (Eds.) *Gerontology: An interdisciplinary Perspective*, (pp.1-32), Oxford, New York. Oxford University Press.

22 Charmaz, K. (1983). Loss of self: a fundamental form of suffering in the cronically ill. *Sociology of Health and Illness*, 5(2), 168-195.

23 Coleman, P. (1995). Facing the challenges of Aging: Development coping and reading in life. In J. Coupland & J. Nussbaum (Eds) *Handbook of Communication and Aging Research*, (pp. 39-74). New Jersey. Lawrence Erlbaum Associates,

24 Cooley, C. (1902). *Human nature and the social order*. New York. Scribner's.

25 Correia, J. (2003). *Introdução à Gerontologia*. Lisboa. Universidade Aberta.

26 Costa, P. e McCrae, R. (1998). Six approaches to the explication of facet-level traits: Examples from conscientiousness. *European Journal of Personality*, 12, 117-134.

27 Demo, D. (1992). The self-concept over time: Research Issues and Directions. *Annual Review of Sociology*, 18, 303-326.

28 Duhamel, F. & Fortin, MF. (2003). Os estudos de tipo descritivo. In, MF. Fortin, *O Processo de Investigação – da concepção à realização,* (3ªed), (pp. 161-172), Loures, Lusociência.

29 Emmons, R. & Paloutzian, R. (2003). The Psychology of Religion. *Annual Review of Psychology,* 54, 377-402.

30 Esteban, B. (1996). *Ciencias Psicosociales Aplicads a la Salud*. Madrid, Interamericana, McGraw-Hill.

31 Feiring, C. &Taskal, L. (1996). Family Self-concept: Ideas on its meaning. In C. Braken, *Handbook of Self-concept: Development, Social and Clinical Considerations,* (pp. 317-373). New York. John Wiley and Sons.

32 Fernandez-Ballesteros, R. (2000). Gerontología social. Una Introducción. In R. Fernandez-Ballesteros (Dir), *Gerontologia Social* (pp. 31-54), Madrid. Ediciones Pirámide.

33 Fitts, W. (1972). *The Self-concept and Behaviour: overview and supplement*. Tennessee. Dede Wallace Centre, Monograph nºVII.

34 Folstein, M.; Folstein, M. & McHugh, P. (1975). Mine-mental state: A practical method for grading the state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.

35 Fonseca, A. (2004). *O envelhecimento: Uma abordagem psicológica*. Coimbra. Universidade Católica Editora, Campus do saber nº8.

36 Fonseca, A. (2006). O envelhecimento: Algumas questões de Bioética, *Cadernos de Bioética*, 40,105-121.

37 Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa. Climepsi.

38 Fortin, MF. & Ducreine, F. (2003). Os estudos do tipo correlacional. In, MF. Fortin, *O Processo de Investigação – da concepção à realização*, (3ªed), (pp. 173-182), Loures, Lusociência.

39 Fortin, MF. (2003). Métodos de Amostragem. In, MF. Fortin, *O Processo de Investigação – da concepção à realização*, (3ªed), (pp. 201-214), Loures, Lusociência.

40 Fortin, MF.; Coté, J. & Visandjcé, B. (2003). A Investigação Cientifica. In MF. Fortin, *O Processo de Investigação – da concepção à realização*, (3ªed), (pp. 15-24), Loures, Lusociência.

41 Freund, A. & Riediger, M. (2003). Successful Aging. In I. Weiner (Eds) *Handbook of Psychology - Developmental Psychology*, (pp. 601-623). Wiley Publisher.

42 Freund, A. & Smith, J. (1999). Content and Function of the Self-Definition in Old and Very Old Age. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 54B (1), P55-P67.

43 Gaber, L. (1984). Structural Dimensions in Aged – Self-concept: A Tennessee self concept study. *British Journal of Psychology*, 75, 207-212.

44 Garcia-Blanco, M., Garre-Olmo, J., Marco-Arbonés, M. & Monreal Bosch, P. (2004). Analysis of Self-Concept in Older Adults in Different Contexts: Validation of Subjective Aging Perception Scale (SAPS). *European Journal of Psychology Assessment*; 20 (4), 262-274.

45 Gécas, V. (1982). The Self- Concept. *Annual Review of Sociology*, 8, 1-33.

46 George, L. (1998). Self and Identity in Later Life: Protecting and Enhancing the Self. *Journal of Aging and Identity*, 3(3), 133-152.

47 George, L. (2000). Well-being and sense of self: What we know and what we need to know In Shaide & Hendricks (Eds.) *The Evolution of the Aging self: The Societal*

Impact on the Aging Process, (pp. 1- 35). New York. Societal Impact on Aging Series. Springer Publishing Company Inc.

48 George, L. (2001). The Social Psychology of Health. In R. Binstock & L. George (Eds), *Handbook of Aging and Social Sciences* (pp. 217-237). New York. Academic Press.

49 Giarrusso, R.; Mabry, J. & Bengtson, V. (2001). The Aging Self in Social Contexts. In R.Binstock & L. George (Eds.) (pp. 295-312) *Handbook of Aging and Social Sciences* (5ªed) New York, Academic Press.

50 Gordon, P. (2002). The role of religious beliefs in coping with chronic illness. *Counselling and Volumes,* 46,126-138.

51 Greenwald W.G. & Pratkanis, A.R. (1984). The self. In, S.Wyer & T. Srull(Eds), *Handbook of social cognition* (pp. 129-178). Hillsdale, NJ. Erlbaum.

52 Guerreiro, I. (1996). *Contriburo da Neuropsicologia para o estudo das Demências*, Dissertação de Doutoramento: Lisboa, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

53 Harter, S. (1996). Historical Roots of Contemporary Issues Involving Self-concept. In Bruce Bracken, (Ed) *Handbook of Self-concept*, (pp. 1-37). USA. John Wiley and Sons, INC.

54 Hattie, J. (1992). *Self-Concept*. Hillsdale. New Jersey. Lawrence Erlbaum Associates.

55 Hattie, J. (2000). Getting Back on the Correct Pathway for Self-Concept Research in the New Millennium: Revisiting Misinterpretations of and Revitalising the Contribuition of Jame's Agenda for Research on the Self. In. H. March, R. Craven & D. McInerney (Eds.) *Self-Concept Theory, Research and Practice: Advances from the New Millennium* (pp. 42-66). USA. IAP- Information Age Publishing Inc.

56 Heidrich, S.(1999). Self-Discrepancy across the Life Span. *Journal of Adult Development*, 6(2), 119-130.

57 Herzog, AR., Markus, H., Franks, M. & Holmberg, D. (1998). Activities and Well-Being in Older Age: Effects of Self-Concept and Educational Attainment. *Psychology and Aging*, 13(2), 179-185.

58 Herzog, R & Markus, H. (1999) .The Self-Concept in Life Span and Aging Research. In: L. Bengtson & K. Warner Shaie (Eds), *Handbook of Theories of Aging*, (pp.227-252). USA. Springer Publishing Company.

59 Hodges, H; Keeley, A & Grier, E. (2001). Masterworks of Art and Chronic illness experiences in the elderly. *Journal of Advanced Nursing*, 36(3), 389-398.

60 Hogg, M. (2001). Social Identity and the Sovereignty of the Group – A Psychology of Belonging. In Sedikides & Brewer (Eds), (pp. 123-143). *Individual Self, Relational Self, Collective Self*. Psychology Press Taylor and Francis.

61 Hoog, M. (2005). Social identity. In, M. Leary & J. Tangney (Eds), *Handbook of Self and Identity*, (pp. 462-479), New York. The Guilford Press.

62 Imaginário, C. (2004). *O Idoso Dependente em contexto familiar – Uma análise de visão da família e do cuidador principal* – Edições Formasau – Coimbra. Formação e Saúde, Lda.

63 INE – Instituto Nacional de Estatística. (2002) - O *envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas.*Lisboa. DECP/Serviço de Estudos sobre a População.

64 James, W. (1890). *The Principles of Psychology*. Cambridge, MA: Havard University Press.

65 Kahn, A & Neilli, C. (1999). The Role of Spirituality and Religious Social Activity on the Life Satisfaction of Older Widowed Women. *Sex Roles: A Journal of Research,* l.4.

66 Kanagawa, C; Cross, S. & Markus, H. (2001).“Who am I?” The Cultural Psychology of the Conceptual Self. *Personality and Social Psychology Bulletin,* 27, 90-103.

67 Kart, C. & Kinney, J. (2001). *The Realities of Aging: An Introduction to Gerontology*. (6ª Ed), USA. Allyn e Bacon.

68 Kelly, M & Millward, L. (2004). Identity and illness. In D.Kelleher and G. Leavey, *Identity and Health* (pp. 1-18). New York. Routledge.

69 Koening, H. (1988). Religion and Health in Later Life. In M. Kimble; S. McFadden; J. Ellor & J. Seeber (Eds.) (pp. 5-29), *Aging, Spirituality, and Religion – A Handbook*. Minneapolis. Fortress Press.

70 Levy, B., Slade, M. & Kasl, S. (2002).Longitudinal Benefit of Positive Self-Perceptions of Aging on Functional Health. *The Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 57B (5), P409-P417.

71 Lima, M. (2004). *Posso Participar – Actividades de desenvolvimento pessoal*. Porto.Editora Âmbar.

72 March, H & Hattie, J. (1996). Theoretical Perspectives on Structure of Self-Concept. In, Bruce Bracken (Ed) *Handbook of Self-Concept – Developmental, Social and Clinical Considerations*, (pp. 38-90), New-York. John Wiley & Sons.

73 Markus, H. & Herzog, R. (1991). The role of the Self-Concept in Aging. In K.W. Schaide & M.P.Lawton (Eds), *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, vol.11, (pp. 110-143). New York. Springer.

74 Markus, H. & Nuris, P. (1986). Possible Selves. *American Psychologist*, 41, 954-969.

75 Markus, H. & Wurf, E. (1987). The Dynamic self-concept: a social psychology perspective. *Annual Review of Psychology*, 38, 299-337.

76 Markus, H. (1982). Self-Schemata and Processing Information about the Self. In, M. Rosenberg & Howard Kaplan (Eds) (pp. 50-66) Social Psychology of the Self-Concept. USA. Harlan Davidson, Inc. (Trabalho orginal publicado em 1977)

77 Martins, R. (2005). A Emergência de um cuidar Gerontologico. *Servir*, 53(4), 160-165.

78 Mead, G. (1992). *Mind, Self, and Society from Standpoint of a social Behaviorist*. (Traduzido por Charles Morris).USA. The University of Chicago Press. (Trabalho original publicado em 1934).

79 Moore, C. & Lemmon, K. (2001). The nature and utility of the temporally Extend Self. In, C. More & K. Lemmon (Eds), (pp. 1-14), *The Self in time: Developmental Perpectives*, Hillsdale, NJ. Erlbaum.

80 Musitu, Gonzalo & Garcia, José. (2005). Consequences of Family Socialization in Spanish Culture. *Psychology in Spain*. 9, 34-40.

81 Neisser, U. (1976). *Cognition and Reality*. San Francisco: Freeman.

82 Novo, R. (2003). *Para além da Eudaimonia – O Bem-estar Psicológico em mulheres na idade Adulta avançada*. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian.

83 Oliveira, J. (2005). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*. 2ª Edição. Porto. Livpsic.

84 Olson, J. & Maio, G. (2003). Attitudes in Social Behavior. In M. Theodore & M. Lerner, *Handbook of Psychology – Volume 5 – Personality and Social Psychology* (pp.299-352). USA. John Wiley & Sons, Inc.

85 OMS (2002). *Active Aging*. A policy Framework, Genebra. OMS

86 Onorato, R. & Turner, J. (2001). The "I", the "ME" and the "US" – Psychological Group and Self-Concept Maintenance and change. In C. Sedikides & M. Brewer, *Individual self, relational self, collective self* (pp. 147-170).Psychology Press. Taylor and Francis Group.

87 Osório, A. (2007). Os idosos na sociedade actual. In: A. Osório e F. Pinto (coord.) *As pessoas idosas: Contexto social e intervenção educativa*, Instituto Piaget.

88 Pajares, F. & Schunk, D. (2005). Self-Efficacy and Self-Concept Beliefs: Jointly Contributing to the Quality of Human Life. In H. March, R. Craven & D. McInerney (Eds.) *New Frontiers for Sel Research* (pp. 95-121). USA. IAP- Information Age Publishing Inc.

89 Paúl, C. (1977). *Lá para o fim da vida. Idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Almedina.

90 Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In C. Paúl & A. Fonseca (coords), *Envelhecer em Portugal*, (pp. 21-41). Lisboa. Climepsi.

91 Paúl, C. & Fonseca, A. (2001). *Psicossociologia da Saúde*, Lisboa. Climepsi.

92 Paúl, C. & Fonseca, A. (2005). Apresentação. In C. Paúl & A. Fonseca (coords), *Envelhecer em Portugal*, (pp. 15-18). Lisboa. Climepsi.

93 Paúl, C.; Fonseca, A.; Cruz, F. & Cerejo, A. (2001). EXCELSA – Estudo piloto sobre envelhecimento humano em Portugal. *Psicologia, Teoria, Investigação e Prática*, 2, 415-426.

94 Pimentel, L. (2001). *O lugar do Idoso na família: contextos e trajectórias*. Quarteto Editora, Coimbra. Colecção Teses, nº 11.

95 Pinquart, M & Sörensen, S. (2001). Gendar Differences in Self-Concept and Psychological Well-being in old age: A meta-analysis. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 56B (4), P195-P213.

96 Pinto, A. (2001). Envelhecimento: das Teorias à Fisioterapia In, A. Pinto (Coord). *Envelhecer Vivendo* (pp.13-29), Coimbra, Quarteto Editora.

97 Pratt, M & Norris, J. (1994). *The Social Psychology of Aging: Understanding Aging*. Oxford, UK. Blacwell.

98 Prout, T & Prout, S. (1996). Global Self-Concept and it's relationship to stressful life condition. In C, Bracken, Handbook *of Self-Concept, Social e Clinical Considerations*, (pp.259-286). New York. John Wiley and Sons.

99 Ray, R. & Deci, E. (2005). On Assimilating Identities to the Self: A Self-Determination Theory Perspective on Internalization and Integrity within Cultures. In, M. Leary & J. Tangney (Eds), *Handbook of Self and Identity,* (pp. 253-272), New York. The Guilford Press.

100 Roid, G. & Fitts, W. (1989.*Tennessee Self-Concept Scale (TSCS), Revised Manual*. 2nd Edition. California. WPS.

101 Romero-Rizos, L *et al. (*2006). El pacient anciano: demografia, epidemiologia y utilizacion de recursos. In SEGG (Eds), *Tratado de Geriatria para residentes*, (pp. 33-46). Sociedade Española de Geriatria e Gerontologia.

102 Rosa, M. (1994). *Psicologia Evolutiva – Psicologia da Idade Adulta*, (7ª Edição). Petrópolis. Editora Vozes.

103 Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York, Basic Books.

104 Rosenberg, M. & Kaplan, H. (1982). *Social Psychology of the Self-Concept.* USA. Halan Davidson Inc.

105 Rothermund, K & Brandtstädter, J. (2003). Cooping with deficits and losses in later life: from compensatory action to accomodation. *Psychology and Aging*, 18, 896-905.

106 Royer, A. (1998). *Life with Chronic Illness: Social and Psychological Dimensions*. London. Westport. Praeger Publishers.

107 Ryff, C. & Essex, M. (1991). Psychological well-being in adulthood and old age: Descriptive markers and explanatory Process. In K.W. Schaide & M.P.Lawton (Eds), *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, vol.11, (pp. 144-171). New York. Springer.

108 Schroots, J.; Fernandez-Ballesteros, R & Rudingen, G. (1999). From EuGeron to EXCELSA. In J. Schroots, R. Fernandez-Ballesteros & G. Rudinger (Eds), *Aging in Europe*. Amestardão. IOS Press.

109 Sedikides, C & Brewer, M. (2001). Individual self, relational self and collective self – Partners, opponents, or strangers. In C. Sedikides & M. Brewer (Eds) (pp. 1-4). *Individual self, Relational self and collective self*. Psychology Press Taylor and Francis.

110 Serra, António. (1986). A Importância do autoconceito. *Psiquiatria Clínica*, 7, 57:66.

111 Shu, Bih-Ching, Huang, C. & Chen, B. (2003). Factors related to self-concept of elderly residing in a retirement centre. *Journal of Nursing Research*, 11, 1-7.

112 Sidel, N. (1997) .Adult Adjustment to chronic illness: a review of the Literature. *Health and Social Work*, 22, 5-14.

113 Siegler, I., Bosworth, H. & Elias, M.(2003). Adult Development and Aging. In I. Weiner, *Handbook of Psychology- vol 9 Health Psychology*. Retired 14 out 2006 on http:// www.myilibrary.com/Browse/open. asp>.ID=34310&loc=487.

114 Silva, M. (1998). A psicogerontologia no comportamento e na afectividade do idoso: uma reflexão. *Geriatria,* 11 (107), 18-22.

115 Simões, A. (2006). *A nova velhice: Um novo público a educar*. Porto. Âmbar.

116 Sneed, J. & Whitebourne, S. (2005). Models of the Aging Self. *Journal of Social Issues*, 61(2), 375-388.

117 Spar, J. & La Rue. A. (2005). *Guia Prático Climepsi de Psiquiatria Geriátrica*. Lisboa Climepsi.

118 Stein, R. (1996). Physical Self-Concept. In C. Bracken, *Handbook of self-concept – Developmental, social and clinical considerations*, (pp.374-394). New York. John Wiley and Sons.

119 Szwabo, P. (2006), Psychological Aspects of Aging. In J. Pathy; E. Sinclair & J. Morley (Eds), (pp.52-57), *Principles and Practice of Geriatric Medicine* – (4ºEdição). New York. John Wiley and Sons.

120 Tamayo, A.; Campos, A.; Matos, D.; Mendes, G.; Santos, J. & Carvalho, N. (2001). A influência da atividade física regular sobre oautoconceito, *Estudos de Psicologia*, 6 (2), 157-165.

121 Troll, L & Skaff, M. (1997). Perceived continuity of self in very old. *Psychology and Aging*, 12,162-169.

122 Vaillant, G. (2003). *Aging well: Surprising Guide points to a Happier life from the Landmark – Harvard Study of Adult Development.* EUA. ED. Little, Brown and Company.

123 Vallespir, J. & Morey, M. (2007). A participação dos idosos na sociedade: integração *vs* segregação. In A. Osório & F. Pinto (coord.) (pp. 225-251). *As pessoas idosas: Contexto social e intervenção educativa*. Instituto Piaget.

124 Walker, A. (2005). A European perspective on quality of life in old age. *European Journal of Aging*, 2, 2-12.

125 Whitbourne, S. (1999). Physical Changes. In J. Cavanaugh & S. Whitbourne (Eds) (pp. 91-122), *Gerontology: an interdisciplinary perspective.* New York. Oxford University Press.

126 Wylie, R. (1974). *The self-concept: A review of methodological Considerations and Measuring Instruments*. Revised Edition. University of Nebraska Press.

ANEXOS

ANEXO I

Termo de consentimento informado

Consentimento Informado

Exmo/Exma Senhor(a)

Ana Paula de Melo Figueiredo Rocha, Assistente do 1º Triénio da Escola Superior de Enfermagem de Angra do Heroísmo, aluna do Mestrado em Psicogerontolgia da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, está a efectuar o estudo para a sua tese, intitulada "O Autoconceito dos Idosos".

Este estudo tem como objectivo avaliar os níveis de autoconceito das pessoas com mais de 65 anos, em cinco freguesias do Concelho de Angra do Heroísmo e os dados servirão para se delinear intervenções adequadas de enfermagem, de modo que todos os sujeitos possam envelhecer de uma forma mais positiva e saudável.

A sua participação neste estudo é voluntária, podendo retirar-se a qualquer momento do estudo sem danos nem prejuízos para si. A colheita de dados é efectuada através do preenchimento de uma escala e de um formulário e tomará, aproximadamente, 20 minutos do seu tempo. Poderá expor qualquer questão ao investigador, podendo telefonar a Ana Paula Rocha para 295331122 (residência) ou para 295204400 (trabalho).

Os dados deste estudo serão codificados, pelo que não serão relacionados com o seu nome, e este não será mencionado em qualquer fase do trabalho de investigação, assegurando-se assim o anonimato e a confidencialidade dos mesmos.

Li o presente formulário de consentimento informado e voluntariamente aceito participar no estudo.

Data __/___/____

Assinatura do Participante_____

Ana Paula Rocha

ANEXOS II

Instrumento de Recolha de Dados

T.S.C.S. *

(Versão experimental)

Instruções

As afirmações neste caderno pretendem ajudá-lo(a) a descrever-se tal como se vê a si próprio(a). Responda como se estivesse a descrever-se para si mesmo. Leia cada frase cuidadosamente e, em seguida, escolha uma das cinco respostas:

RESPOSTAS:

Inteiramente falso	Em grande parte falso	Em parte falso e em parte verdadeiro	Em grande parte verdadeiro	Inteiramente verdadeiro
1	2	3	4	5

Na sua folha de respostas, coloque uma cruz (X) no número que melhor corresponde à resposta que escolheu. Se quizer alterar uma resposta já anotada, risque-a e faça de novo uma cruz no número que lhe parecer mais adequado.

Comece por inscrever os dados de identificação solicitados no final desta folha.

Quando estiver pronto(a) a começar a responder às frases das páginas seguintes, registe a hora do começo no espaço da sua folha de respostas que se refere ao inicio. Quando terminar, registe, de novo, a hora em que terminou, no espaço da sua folha de respostas que se refere ao fim.

Lembre-se de que deve colocar uma cruz no número da resposta escolhida para cada frase. *Não deixe nenhum item por responder.*

Nome:..... Data: ...../...../.....
Data de Nascimento:...../...../..... Idade:..... Sexo:.....
Estado Civil:.....
Agregado Familiar (nº de elementos e parentesco):.....
.....
Área de Residência: .....
Habilitações Académicas:.....
Profissão:.....
(Se for reformado(a) indique há quanto tempo passou à reforma): .....

Tempo de Resposta: Início - ..... Fim - .....

* Tennessee Self-Concept Scale, William Fitts, Copyright ©1964
Tradução e adaptação de Rosa Ferreira Novo (Assistente da F.P.C.E.-U.L.), autorizada pela WPS, U.S.A.

	Inteiramente falso	Em grande parte falso	Em parte falso e em parte verdadeiro	Em grande parte verdadeiro	Inteiramente verdadeiro
1. Tenho um corpo saudável	1	2	3	4	5
2. Sou uma pessoa atraente	1	2	3	4	5
3. Considero-me uma pessoa desmazelada	1	2	3	4	5
4. Sou uma pessoa decente	1	2	3	4	5
5. Sou uma pessoa honesta	1	2	3	4	5
6. Sou uma pessoa má	1	2	3	4	5
7. Sou uma pessoa alegre	1	2	3	4	5
8. Sou uma pessoa calma e despreocupada	1	2	3	4	5
9. Sou um Zé-Ninguém	1	2	3	4	5
10. Tenho uma família que me ajudaria sempre em qualquer problema	1	2	3	4	5
11. Sou um membro de uma família feliz	1	2	3	4	5
12. Os meus amigos não têm confiança em mim	1	2	3	4	5
13. Sou uma pessoa amável	1	2	3	4	5
14. Sou popular entre os homens	1	2	3	4	5
15. Não me interessa o que os outros fazem	1	2	3	4	5
16. Nem sempre digo a verdade	1	2	3	4	5
17. Às vezes zango-me	1	2	3	4	5
18. Gosto de me apresentar sempre bem arranjado(a) e cuidado(a)	1	2	3	4	5
19. Ando sempre cheio de dores e sofrimento	1	2	3	4	5
20. Sou uma pessoa doente	1	2	3	4	5
21. Sou uma pessoa religiosa	1	2	3	4	5
22. Moralmente sou uma pessoa falhada	1	2	3	4	5

	Inteiramente falso	Em grande parte falso	Em parte falso e em parte verdadeiro	Em grande parte verdadeiro	Inteiramente verdadeiro
23. Sou uma pessoa moralmente fraca	1	2	3	4	5
24. Tenho muito autocontrolo	1	2	3	4	5
25. Sou uma pessoa detestável	1	2	3	4	5
26. Estou a ficar maluco(a)	1	2	3	4	5
27. Sou uma pessoa importante para os meus amigos e para a minha família	1	2	3	4	5
28. Não sou amado(a) pela minha família	1	2	3	4	5
29. Sinto que a minha família não confia em mim	1	2	3	4	5
30. Sou popular entre as mulheres	1	2	3	4	5
31. Estou furioso(a) com tudo e todos	1	2	3	4	5
32. É difícil fazer amizade comigo	1	2	3	4	5
33. De vez em quando penso em coisas demasiado más para falar delas	1	2	3	4	5
34. Às vezes, quando não me sinto bem, fico de mau humor	1	2	3	4	5
35. Não sou nem demasiado gordo(a) nem demasiado magro(a)	1	2	3	4	5
36. Gosto da minha aparência tal como ela é	1	2	3	4	5
37. Gostaria de mudar algumas partes do meu corpo	1	2	3	4	5
38. Estou satisfeito(a) com o meu comportamento moral	1	2	3	4	5
39. Estou satisfeito(a) com a minha relação com Deus	1	2	3	4	5
40. Devia ir mais à igreja	1	2	3	4	5
41. Gosto de ser tal como sou	1	2	3	4	5
42. Sou tão simpático(a) quanto devia ser	1	2	3	4	5

	Inteiramente falso	Em grande parte falso	Em parte falso e em parte verdadeiro	Em grande parte verdadeiro	Inteiramente verdadeiro
43. Tenho desprezo por mim próprio(a)	1	2	3	4	5
44. Estou satisfeito(a) com as minhas relações familiares	1	2	3	4	5
45. Compreendo a minha família tão bem quanto devia	1	2	3	4	5
46. Devia confiar mais na minha família	1	2	3	4	5
47. Sou tão sociável quanto gostaria de ser	1	2	3	4	5
48. Tento agradar aos outros mas não exagero	1	2	3	4	5
49. Do ponto de vista social não presto para nada	1	2	3	4	5
50. Das pessoas que conheço, há algumas de quem não gosto	1	2	3	4	5
51. De vez em quando, rio-me com uma piada ordinária	1	2	3	4	5
52. Não sou nem demasiado alto(a), nem demasiado baixo(a)	1	2	3	4	5
53. Não me sinto tão bem quanto devia	1	2	3	4	5
54. Devia ser mais atraente sexualmente	1	2	3	4	5
55. Sou tão religioso(a) quanto gostaria de ser	1	2	3	4	5
56. Gostaria de poder ser mais digno(a) de confiança	1	2	3	4	5
57. Não devia dizer tantas mentiras	1	2	3	4	5
58. Sou tão esperto(a) quanto desejo ser	1	2	3	4	5
59. Não sou a pessoa que gostaria de ser	1	2	3	4	5
60. Gostaria de não desistir tão facilmente como desisto	1	2	3	4	5
61. Trato os meus pais tão bem quanto devia (ou, caso os pais já tenham falecido, tratava os meus pais tão bem quanto devia)	1	2	3	4	5

	Inteiramente falso	Em grande parte falso	Em parte falso e em parte verdadeiro	Em grande parte verdadeiro	Inteiramente verdadeiro
43. Tenho desprezo por mim próprio(a)	1	2	3	4	5
44. Estou satisfeito(a) com as minhas relações familiares	1	2	3	4	5
45. Compreendo a minha família tão bem quanto devia	1	2	3	4	5
46. Devia confiar mais na minha família	1	2	3	4	5
47. Sou tão sociável quanto gostaria de ser	1	2	3	4	5
48. Tento agradar aos outros mas não exagero	1	2	3	4	5
49. Do ponto de vista social não presto para nada	1	2	3	4	5
50. Das pessoas que conheço, há algumas de quem não gosto	1	2	3	4	5
51. De vez em quando, rio-me com uma piada ordinária	1	2	3	4	5
52. Não sou nem demasiado alto(a), nem demasiado baixo(a)	1	2	3	4	5
53. Não me sinto tão bem quanto devia	1	2	3	4	5
54. Devia ser mais atraente sexualmente	1	2	3	4	5
55. Sou tão religioso(a) quanto gostaria de ser	1	2	3	4	5
56. Gostaria de poder ser mais digno(a) de confiança	1	2	3	4	5
57. Não devia dizer tantas mentiras	1	2	3	4	5
58. Sou tão esperto(a) quanto desejo ser	1	2	3	4	5
59. Não sou a pessoa que gostaria de ser	1	2	3	4	5
60. Gostaria de não desistir tão facilmente como desisto	1	2	3	4	5
61. Trato os meus pais tão bem quanto devia (ou, caso os pais já tenham falecido, tratava os meus pais tão bem quanto devia)	1	2	3	4	5

	Inteiramente falso	Em grande parte falso	Em parte falso e em parte verdadeiro	Em grande parte verdadeiro	Inteiramente verdadeiro
62. Sou demasiado sensivel às coisas que a minha família diz	1	2	3	4	5
63. Devia gostar mais da minha família	1	2	3	4	5
64. Estou satisfeito(a) com a maneira como trato as outras pessoas	1	2	3	4	5
65. Devia ser mais educado(a) com os outros	1	2	3	4	5
66. Devia dar-me melhor com as outras pessoas	1	2	3	4	5
67. Às vezes digo mal dos outros	1	2	3	4	5
68. Por vezes apetece-me dizer palavrões	1	2	3	4	5
69. Cuido bem de mim fisicamente	1	2	3	4	5
70. Tento ser cuidadoso(a) com a minha aparência	1	2	3	4	5
71. Muitas vezes comporto-me desajeitadamente	1	2	3	4	5
72. No meu dia a dia ajo de acordo com a minha religião	1	2	3	4	5
73. Tento mudar quando sei que estou a fazer coisas que são erradas	1	2	3	4	5
74. Às vezes faço coisas muito más	1	2	3	4	5
75. Sou sempre capaz de tomar conta de mim em qualquer situação	1	2	3	4	5
76. Aceito as minhas culpas sem ficar zangado(a)	1	2	3	4	5
77. Faço coisas sem pensar nelas primeiro	1	2	3	4	5
78. Tento ser leal com os meus amigos e com a minha família	1	2	3	4	5
79. Interesso-me verdadeiramente pela minha família	1	2	3	4	5
80. Cedo perante os meus pais (ou, caso os pais já tenham falecido, cedia perante os meus pais)	1	2	3	4	5

MORBILIDADE:

Escreva qual ou quais as doenças que tem.	Há quanto tempo(indique o Numero de anos ou meses

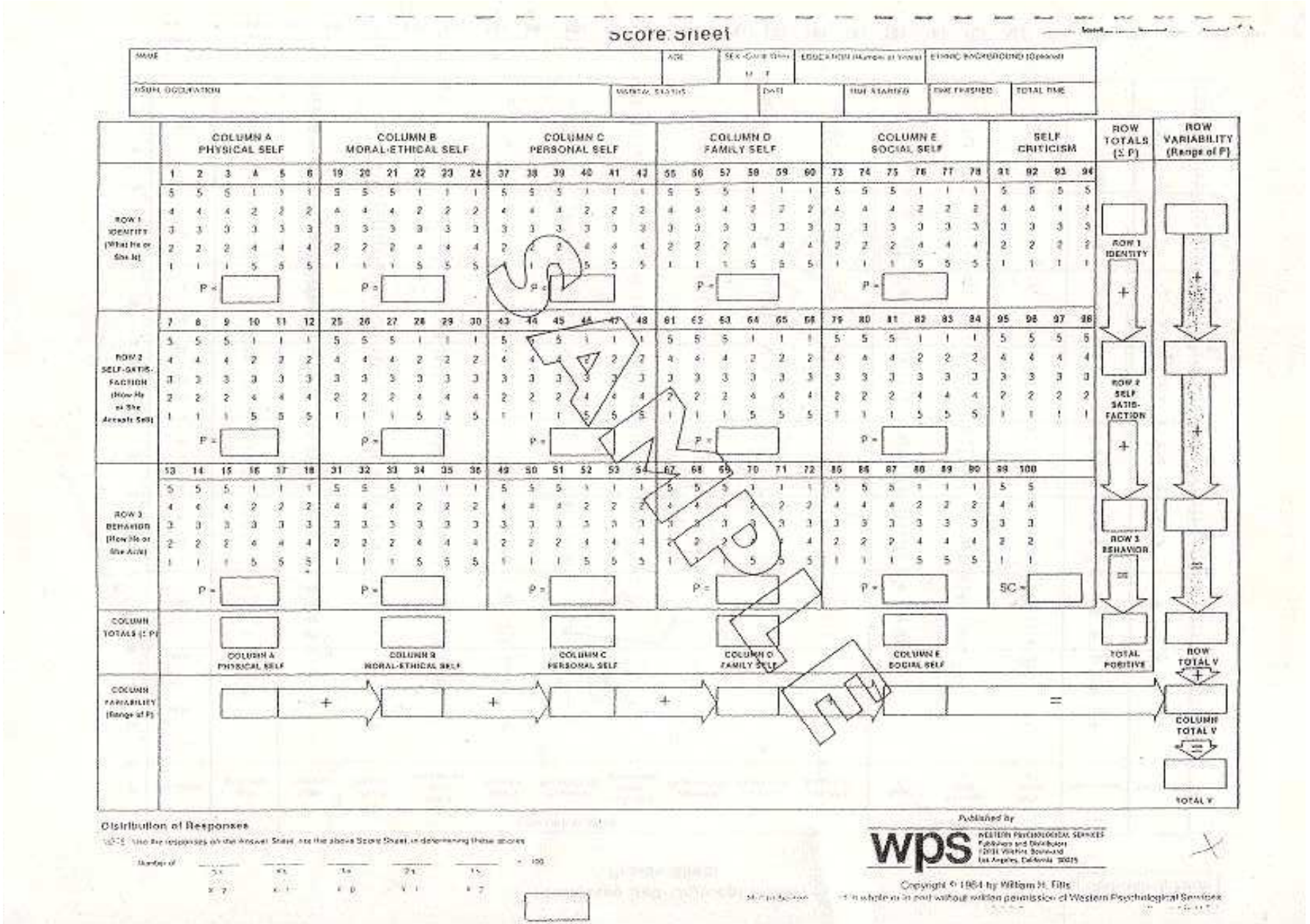
Questionário preenchido por:
(Assinale com uma cruz a opção correcta)
____ Pelo Próprio
____ Pelo Investigador
____ Por um Familiar
____ Outro

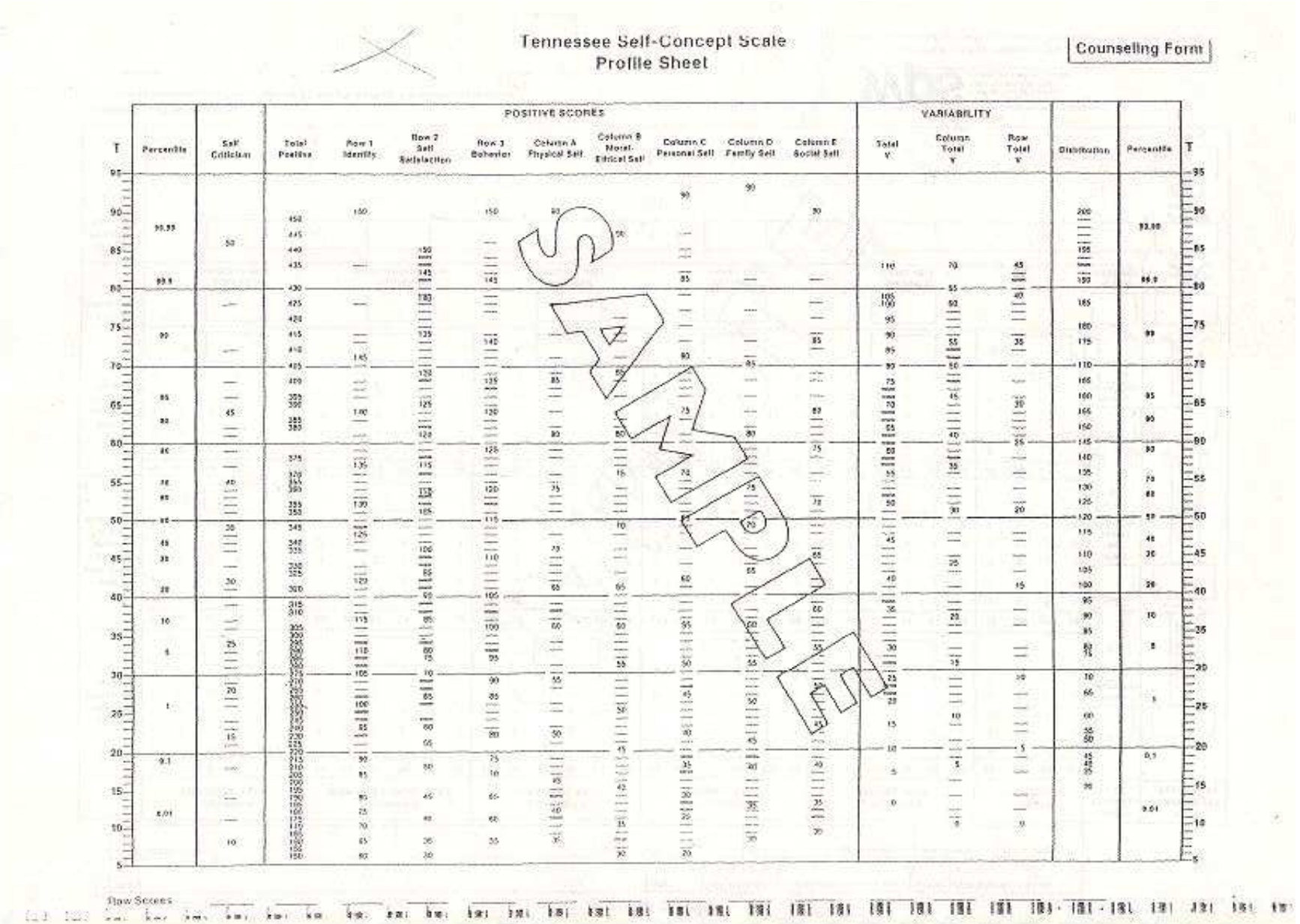
Muito Obrigada pela Colaboração
Ana Paula Figueiredo Rocha

Ana Paula Rocha

ANEXO III

Profile Sheet e Score sheet da TSCS


Score Sheet
NAME
AGE
SEX
EDUCATION
ETHNIC BACKGROUND
USUAL OCCUPATION
MARITAL STATUS
DATE
TIME STARTED
TIME FINISHED
TOTAL TIME
COLUMN A PHYSICAL SELF
COLUMN B MORAL-ETHICAL SELF
COLUMN C PERSONAL SELF
COLUMN D FAMILY SELF
COLUMN E SOCIAL SELF
SELF CRITICISM
ROW TOTALS (Σ P)
ROW VARIABILITY (Range of P)
ROW 1 IDENTITY (What He or She Is)
ROW 2 SELF-SATISFACTION (How He or She Accepts Self)
ROW 3 BEHAVIOR (How He or She Acts)
COLUMN TOTALS (Σ P)
COLUMN VARIABILITY (Range of P)
ROW 1 IDENTITY
ROW 2 SELF SATISFACTION
ROW 3 BEHAVIOR
TOTAL POSITIVE
ROW TOTAL V
COLUMN TOTAL V
TOTAL V
Distribution of Responses
Published by
wps
Copyright © 1964 by William H. Fitts


Tennessee Self-Concept Scale
Profile Sheet
Counseling Form
POSITIVE SCORES
VARIABILITY
T
Percentile
Self Criticism
Total Positive
Row 1 Identity
Row 2 Self Satisfaction
Row 3 Behavior
Column A Physical Self
Column B Moral-Ethical Self
Column C Personal Self
Column D Family Self
Column E Social Self
Total V
Column Total V
Row Total V
Distribution
Percentile
SAMPLE
Raw Scores