

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE EDUCAÇÃO

TESE DE DOUTORADO

**AJUSTAMENTO PSICOLÓGICO, PERSPECTIVA DE ENVELHECIMENTO  
PESSOAL E SATISFAÇÃO COM A VIDA EM ADULTOS E IDOSOS COM  
DEFICIÊNCIA FÍSICA**

Marineia Crosara de Resende

Orientadora: Dr.<sup>a</sup> Anita Liberalesso Neri

Campinas

2006

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

TESE DE DOUTORADO

**AJUSTAMENTO PSICOLÓGICO, PERSPECTIVA DE ENVELHECIMENTO  
PESSOAL E SATISFAÇÃO COM A VIDA EM ADULTOS E IDOSOS COM  
DEFICIÊNCIA FÍSICA**

Este exemplar corresponde à redação final da tese defendida por  
Marineia Crosara de Resende e aprovada pela Comissão Julgadora.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura Orientadora: \_\_\_\_\_

**Comissão Julgadora:**

\_\_\_\_\_  
Dra. Anita Liberalesso Neri

\_\_\_\_\_  
Dra. Maria José D'Elboux Diogo

\_\_\_\_\_  
Dra. Mônica Sanches Yassuda

\_\_\_\_\_  
Dra. Roberta Gurgel Azzi

\_\_\_\_\_  
Dra. Sueli Aparecida Freire

Campinas

2006

**Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca  
da Faculdade de Educação/UNICAMP**

R311a	Resende, Marineia Crosara de. Ajustamento psicológico, perspectiva de envelhecimento pessoal e satisfação com a vida em adultos e idosos com deficiência física / Marineia Crosara de Resende. – Campinas, SP: [s.n.], 2006.  Orientador : Anita Liberalesso Neri. Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação.  1. Envelhecimento. 2. Deficiência física. 3. Ajustamento (Psicologia). 4. Satisfação. 5. Resiliência (Psicologia). 6. Atitudes. I. Neri, Anita Liberalesso. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Educação. III. Título.  06-317-BFE
-------	---

**Título em inglês :** Psychological adjustment, personal aging perspective, and life satisfaction in adults and older adults with physical disability

**Keywords :** Aging ; Physical disability ; Adjustment (Psychology) ; Satisfaction ; Resilience (Psychology) ; Attitudes

**Área de concentração :** Psicologia, Desenvolvimento Humano e Educação

**Titulação :** Doutora em Educação

**Banca examinadora :** Profa. Dra. Anita Liberalesso Neri (orientadora)  
Profa. Dra. Monica Yassuda Sanchez  
Profa. Dra. Roberta Gurgel Azzi  
Prof. Dr. Wilson Jacob Filho  
Profa. Dra. Maria José D'Elboux Diogo  
Profa. Dra. Sueli Aparecida Freire  
Profa. Dra. Evely Boruchovich

**Data da defesa:** 19/09/2006

**Programa de Pós-Graduação :** Educação

**e-mail :** marineiarsende@gmail.com

## AGRADECIMENTOS

À Dra. Anita Liberalesso Neri, por ter propiciado oportunidades ao meu crescimento profissional e científico, pelas orientações pelo rigor acadêmico, pelo incentivo em ampliar os horizontes do conhecimento científico, pelo exercício da geratividade.

À amiga Dra. Sueli Aparecida Freire, que com sua experiência acadêmica, sua índole generosa e humilde, tem acompanhado minha trajetória e meu crescimento profissional desde a graduação, incentivando, esclarecendo e orientando, e também por sua disponibilidade em compartilhar afeto, conhecimentos e tempo.

As amigas Cinara Sommerhalder e Nelma Caires Querosz pela cumplicidade, generosidade e oportunidade de convivência e apoio constante. Pela disponibilidade em serem juízes desta pesquisa.

À Diretoria da APARU e a coordenação do Programa de Atendimento à Pessoa com Deficiência da Faculdade de Educação Física da UFU, por permitir a coleta de dados nas instituições.

Às pessoas com deficiência física que prontamente dispuseram-se a participar desta pesquisa, pela contribuição para se compreender aspectos relacionados ao envelhecer com deficiência.

As colegas Andréa Cristina Garofe Fortes e Samila Sathler Tavares Batistoni que também foram juízes desta pesquisa.

Ao estatístico Helymar da Costa Machado, pela cuidadosa análise dos dados.

A Doris Firmino Rabelo pelo auxílio na leitura dos dados estatísticos.

Aos funcionários da Faculdade de Educação, da Biblioteca/FE e da Gerontologia pelo pronto auxílio.

Aos auxiliares de pesquisa Ana Luisa Ribeiro Ferreira Braga, Ana Paula Brunetta Souza, Cláudia Soares, Cleusa Perpétua Boaventura da Cunha, Daniela Maria Rodrigues Mendonça, Júlio César Menezes da Silva, Liliana de Fátima Rodrigues, Luciana de Barros Alves Silva Cardoso, Mara Girardi Alves, Maria Elcy Fernandes, Mariana Santos Pinheiro, Samanta Cristina Braga, Paula Carolina Coimbra de Mesquita, Vanessa Mistieri Bones pela colaboração na coleta de dados.

Aos meus alunos e colegas do Centro Universitário do Triângulo, pelo incentivo e reconhecimento de meu empenho no cumprimento de meus compromissos acadêmicos.

À colaboração preciosa de tantos outros colaboradores que ficam no anonimato, mas nem por isso são menos importantes.

## **AGRADECIMENTOS ESPECIAIS**

Ao meu companheiro de todas as horas, Roosevelt Leão Júnior, por me ajudar em todos os sentidos, pelo suporte afetivo, pelo carinho, pelo apoio em busca dos meus objetivos e pelo incentivo em seguir em frente, pela paciência e disponibilidade em agüentar minhas constantes mudanças de humor.

Aos meus pais, José Jacob Netto e Dora Lúcia Crosara de Resende, por estarem sempre presentes, nos momentos difíceis e principalmente, nos momentos alegres. Por me incentivarem a ir sempre além... superando barreiras, ultrapassando limites.

À minha irmã, Ana Paula Crosara de Resende, que me ajudou a ampliar os horizontes em relação à deficiência, pelo exemplo de persistência e insistência na busca por um mundo melhor para as pessoas, principalmente as com deficiência. Pela leitura e correção do português.

RESENDE, M. C. *Ajustamento psicológico, perspectiva de envelhecimento pessoal e satisfação com a vida em adultos e idosos com deficiência física*. 129 p. Campinas, SP: 2006. Tese (Doutorado em Educação - Área de concentração Psicologia, Desenvolvimento Humano e Educação), Faculdade de Educação da UNICAMP, Campinas, 2006.

## RESUMO

Foram investigadas relações entre senso de ajustamento psicológico, perspectiva de velhice e satisfação com a vida em adultos e idosos com deficiência física. *Materiais e Método:* Participaram 90 pessoas, de ambos os sexos, com idade entre 25 e 84 anos ( $M = 42,49$  anos  $\pm 12,27$ ), que responderam aos instrumentos: Questionários sociodemográfico, sobre a deficiência física, o grau de incapacidade e as estratégias de manejo; Inventário Sheppard de Atitudes em Relação à Velhice Pessoal; escalas de satisfação global referenciada a domínios e a critérios temporais e de comparação social; Escala de Desenvolvimento Pessoal (ajustamento psicológico). *Resultados:* A maioria relatou incapacidade moderada para o desempenho de atividades cotidianas, necessidade de ajuda, principalmente de familiares, e uso de estratégias compensatórias. As mulheres apresentaram mais dificuldades para realizar atividades cotidianas e mais necessidade de ajuda. Os idosos apresentaram mais dificuldades para tarefas domésticas. Os índices de ajustamento pessoal foram de moderados a altos, mas as mulheres pontuaram mais baixo. Para toda a amostra, quanto maior o senso de ajustamento, mais positiva a perspectiva de velhice pessoal. Os escores de satisfação foram altos na presença de todos os critérios. Os mais novos, mais independentes e mais ajustados eram os mais satisfeitos. Os com deficiência congênita e os mais ajustados psicologicamente mostraram perspectivas mais positivas de velhice pessoal. *Conclusão:* Envelhecer com uma deficiência física é um processo que exige competência adaptativa e resiliência frente aos eventos de vida e aos desafios acarretados pela deficiência.

Palavras-chave: Envelhecimento; Deficiência Física; Ajustamento psicológico; Satisfação com a vida; Seleção, otimização e compensação; Atitudes.

RESENDE, M. C. *Psychological adjustment, personal aging perspective, and life satisfaction in adults and older adults with physical disability*. 165 p. Campinas, SP: 2006. Tese (Doutorado em Educação - Área de concentração Psicologia, Desenvolvimento Humano e Educação), Faculdade de Educação da UNICAMP, Campinas, 2006.

#### ABSTRACT

We carried out an investigation to analyze the relationships between perceived psychological adjustment, perspective of personal aging and life satisfaction in adult and aged people with physical disability. *Materials and Method:* 90 participants, both genders, aged 25 to 84 ( $M = 42,49 \pm 12,27$ ), answered questionnaires asking for information on socio demographic characteristics, impairment, degree of disability and behavioral efforts to manage disability; the Sheppard Inventory of attitudes toward own aging; measures of global life satisfaction and satisfaction with physical and mental health, physical and mental ability and social involvement, all them referenced to temporal and social comparison criteria, and a scale assessing perceived psychological adjustment. *Results:* The majority of the participants reported moderate disability affecting their independence and determining necessity of help, usually from the family. The majority reported the adoption of compensatory strategies. The women reported more difficulty to accomplish daily activities, as well as the oldest to perform domestic tasks, and both reported more demand for help. The indexes of personal adjustment were moderate and high. The women had the lowest scores. There were observed positive correlations between positive psychological adjustment and positive attitudes toward own aging. The satisfaction scores were high in the presence of all of the criteria. The youngest and the more independent were the ones who reported more life satisfaction. Those that had congenital disability and reported higher psychological adjustment showed more positive perspectives of personal aging. *Conclusion:* Aging with physical disability is a complex process that demands adaptive competence, and resilience to cope with life events and the personal, social and environmental challenges produced by disability.

Key-words: Aging; Physical Disability; Psychological Adjustment; Life Satisfaction; Selection, optimization and compensation; Attitudes.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	01
ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO	03
DEFICIÊNCIA FÍSICA E ENVELHECIMENTO	09
DEFICIÊNCIA FÍSICA, INCAPACIDADE, ENVELHECIMENTO E FRAGILIDADE	16
DEFICIÊNCIA FÍSICA E AJUSTAMENTO	20
DEFICIÊNCIA FÍSICA E VELHICE BEM SUCEDIDA	29
PERSPECTIVA DE VELHICE PESSOAL E VELHICE BEM SUCEDIDA	32
<b>OBJETIVOS</b>	36
<b>MÉTODO</b>	39
PARTICIPANTES	39
INSTRUMENTOS	40
PROCEDIMENTO	45
<b>RESULTADOS</b>	47
AUTO-RELATOS SOBRE A DEFICIÊNCIA E SOBRE OS APOIOS DISPONÍVEIS	47
DOENÇAS CRÔNICAS RELATADAS, DIAGNOSTICADAS POR MÉDICOS	49
ANÁLISE DE CONSISTÊNCIA INTERNA DAS ESCALAS	50
GRAU DE INCAPACIDADE PARA AS ATIVIDADES COTIDIANAS	52
MANEJO DE DIFICULDADES PARA AS ATIVIDADES COTIDIANAS	55
AJUSTAMENTO PSICOLÓGICO	59
PERSPECTIVA DE VELHICE PESSOAL	63
SATISFAÇÃO COM A VIDA	65
COMPARAÇÕES POR GÊNERO E IDADE, CONSIDERANDO-SE TODAS AS MEDIDAS	67
CORRELAÇÕES ENTRE AS MEDIDAS: ANÁLISES BIVARIADAS	68

ANÁLISE DE REGRESSÃO: COMPARAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, AS RELACIONADAS À DEFICIÊNCIA E À INCAPACIDADE E AS VARIÁVEIS PSICOLÓGICAS	71
RESUMO DOS RESULTADOS	75
<b>DISCUSSÃO</b>	79
<b>CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES</b>	96
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	101
<b>ANEXOS</b>	117
ANEXO 1 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA	119
ANEXO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	121
ANEXO 3 - FICHA DE INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS	123
ANEXO 4 - DADOS SOBRE A DEFICIÊNCIA	125
ANEXO 5 - MEDIDA DO GRAU DE INCAPACIDADE E MANEJO DE ATIVIDADES	127
ANEXO 6 - INVENTÁRIO SHEPPARD	133
ANEXO 7 - ESCALA DE DESENVOLVIMENTO PESSOAL	135
ANEXO 8 - ESCALA DE MEDIDA DE SATISFAÇÃO COM A VIDA	137
ANEXO 9 - PERCENTUAL DE INCAPACIDADE/DIFICULDADE POR ATIVIDADE	139
ANEXO 10 - CORRELAÇÕES ENTRE ESCORES DE PERSPECTIVAS DE VELHICE PESSOAL E DE AJUSTAMENTO PSICOLÓGICO	140
ANEXO 11 - CORRELAÇÕES ENTRE ESCORES DE GRAU DE INCAPACIDADE E MANEJO EM COMPARAÇÃO COM OS ESCORES EM AJUSTAMENTO PSICOLÓGICO	141
ANEXO 12 - CORRELAÇÕES ENTRE OS ESCORES NA MEDIDA DO GRAU DE INCAPACIDADE E MANEJO E AS MEDIDAS SATISFAÇÃO COM A VIDA.	142
ANEXO 13 - CORRELAÇÕES ENTRE ESCORES DO GRAU DE INCAPACIDADE E MANEJO E AS MEDIDAS PERSPECTIVAS DE VELHICE PESSOAL (SHEPPARD).	143
ANEXO 14 - CORRELAÇÕES ENTRE ESCORES DE SATISFAÇÃO COM A VIDA AS MEDIDAS DE PERSPECTIVAS DE VELHICE PESSOAL	144

ANEXO 15 - COMPARAÇÃO DOS ESCORES ENTRE AS FAIXAS ETÁRIAS 145

ANEXO 16 - CORRELAÇÕES DOS ESCORES DAS ESCALAS COM IDADE E TEMPO DE DEFICIÊNCIA. 147

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição das variáveis relativas à deficiência	48
Tabela 2. Distribuição das variáveis relativas à ajuda disponível	49
Tabela 3. Distribuição das variáveis relativas às doenças crônicas relatadas	49
Tabela 4. Índices de consistência interna da Medida do grau de incapacidade	50
Tabela 5. Índices de consistência interna do Inventário Sheppard	51
Tabela 6. Índices de consistência interna da Escala de Satisfação de vida	51
Tabela 7. Índices de consistência interna da Escala de desenvolvimento pessoal	51
Tabela 8. Grau de incapacidade por categoria de atividades	52
Tabela 9. Frequência e tipo de comportamentos adaptativos auto-relatados	59
Tabela 10. Análise descritiva e comparativa dos escores da EDEP	61
Tabela 11. Resultados da análise de regressão linear univariada para escore total da EDEP	72
Tabela 12. Resultados da análise de regressão linear múltipla para escore da EDEP	72
Tabela 13. Resultados da análise de regressão linear univariada para escore de satisfação	73
Tabela 14. Resultados da análise de regressão linear múltipla para escore de satisfação	74
Tabela 15. Resultados da análise de regressão linear univariada para escore de Sheppard	75
Tabela 16. Resultados da análise de regressão linear múltipla para escore de Sheppard	75

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Os elementos de um gráfico de caixa e seu significado	55
Figura 2 – Distribuição dos valores das variáveis indicadoras do grau de incapacidade nas categorias de atividades	56
Figura 3 – Distribuição dos valores das variáveis indicadoras das atividades em que precisa de ajuda.	57
Figura 4 – Distribuição dos valores das variáveis indicadoras dos valores obtidos para a variável manejo de atividades.	57
Figura 5 – Distribuição dos valores das variáveis indicadoras de ajustamento psicológico avaliadas pela EDEP	59
Figura 6 – Distribuição dos valores das variáveis indicadoras de geratividade e escore total em ajustamento psicológico avaliado pela EDEP	61
Figura 7 – Distribuição dos valores das variáveis indicadoras da perspectiva de velhice pessoal avaliada pelo Inventário Sheppard.	63
Figura 8 – Distribuição dos valores das variáveis indicadoras de satisfação com a vida referenciada a domínios.	65
Figura 9 – Distribuição dos valores das variáveis indicadoras de satisfação com a vida, segundo critérios de comparação temporal e social.	67
Fig. 10 – Frequências de resposta e valores de p para os itens em que foram observadas diferenças estatisticamente significantes, nas comparações por gênero.	67

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Itens e Domínios Conceituais do Inventário Sheppard para Avaliação de Atitudes em Relação à Velhice	43
Quadro 2. Dimensões dos construtos bem-estar psicológico e geratividade, na Escala de Desenvolvimento Pessoal (EDEP).	44

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento é caracterizado como o processo de mudanças universais pautado geneticamente para a espécie e para cada indivíduo, que se traduz em diminuição da plasticidade comportamental, em aumento da vulnerabilidade, em acumulação de perdas evolutivas e no aumento da probabilidade de morte. Compreende os processos de transformação do organismo que ocorrem após a maturação sexual e que implicam em diminuição gradual de probabilidade de sobrevivência. Esses processos são de natureza interacional, iniciam-se em diferentes épocas, têm diferentes ritmos e acarretam resultados distintos para as diversas partes e funções do organismo.

Segundo Birren e Schroots (1996), a literatura gerontológica reconhece três padrões de envelhecimento: o primário, o secundário e o terciário. O envelhecimento primário, senescência ou envelhecimento normal é um fenômeno universal e progressivo cujo resultado é diminuição na capacidade de adaptação. Comporta gradações, porque está sujeito à influência concorrente de muitos fatores, como por exemplo, dieta, exercício, estilo de vida, exposição a eventos estressantes, educação, traços de personalidade que se relacionam com a saúde, exercício de papéis e posição social, dentre outros aspectos que podem ocasionar diferentes maneiras de envelhecer. São indicadores de envelhecimento normal alterações físicas, tais como cabelos brancos, rugas, flacidez muscular; alterações cognitivas tais como a redução na amplitude da atenção e os problemas de memória e alterações biomecânicas, tais como diminuição de força e mobilidade. Indivíduos que nasceram ou que adquiriam alguma deficiência física antes da velhice podem atingir a idade de envelhecer, desde que tenham podido contar com bons cuidados à saúde. Sem dúvida, os desafios do envelhecimento normal interagirão com suas limitações físicas e exigirão mais deles e de seu entorno, para que vivam e se desenvolvam da melhor maneira possível.

O segundo padrão de envelhecimento considerado pela literatura, e que interessa a este trabalho, é o do envelhecimento secundário ou patológico, relaciona-se com alterações ocasionadas por doenças associadas ao envelhecimento, alterações essas que não se confundem com as mudanças normais desse processo (por exemplo, a esclerose múltipla, devida a fatores genéticos). A deficiência física pré-existente pode potencializar ou ser potencializada pela fragilidade no envelhecimento, condição multifatorial que compreende tanto prejuízos biomédicos quanto comportamentais, os quais competem com a adaptação. O impacto da deficiência física e da fragilidade sobre a adaptação depende sobremaneira das condições médicas, tecnológicas, ergonômicas, arquitetônicas, econômicas e sociais.

O terceiro padrão é o do envelhecimento terciário ou terminal, relacionado a um padrão de declínio terminal caracterizado por um grande aumento nas perdas físicas e cognitivas, num período relativamente curto, que no final resulta na morte da pessoa, seja por causa de doenças típicas da idade, seja pela acumulação dos efeitos do envelhecimento normal e do patológico.

De acordo com a perspectiva de desenvolvimento humano ao longo de toda a vida (*life-span*), os três padrões descritos pela literatura têm um valor descritivo interessante, mas não se deve perder de vista a noção de que cada um deles comporta forte variabilidade nos âmbitos mental, social e comportamental. Também, não se deve perder de vista a noção de que há gradientes de normalidade e patologia e nem o pressuposto de que há reservas de capacidade que podem ser ativadas por meio de treino, de reabilitação e de condições ambientais favoráveis do ambiente de modo geral (BALTES, 1987; 1997).

O envelhecimento que a grande maioria das pessoas almeja é o bom envelhecimento, no qual a busca é por condições e variantes para se envelhecer com qualidade de vida. Entre essas variantes está o envelhecimento ótimo, que corresponde a condições de aparência e funcionalidade comparáveis às de indivíduos não-idosos (BALTES e BALTES, 1990).

Envelhecer bem ou otimamente requer ajustamento pessoal e social, que pode ser comprometido por condições deficitárias de saúde e educação ao longo do curso de vida.

Se o indivíduo tiver alguma deficiência física, congênita ou adquirida, antes da velhice suas condições de desenvolver-se e envelhecer com sucesso sofrerão prejuízo, maior ou menor, mais ou menos controlável, dependendo da extensão e da natureza de sua deficiência, dos recursos de apoio que o ambiente sócio-cultural lhe oferecer ao longo de toda a vida e de seus recursos psicológicos. Este texto é dedicado a discutir as condições que permitem e que dificultam o envelhecimento bem-sucedido para pessoas com deficiência física congênita ou adquirida antes da velhice. Acredita-se que existem analogias entre ser idoso e ter uma deficiência física, porque ambas as condições impõem desafios aos recursos pessoais e sociais que permitem a boa adaptação.

#### ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO

O termo envelhecimento bem sucedido e seus análogos, envelhecimento produtivo, efetivo e ativo são abundantemente citados na literatura gerontológica dos últimos 50 anos, que os utiliza para descrever a velhice com uma conotação positiva, em contraste com os clássicos estereótipos negativos que associam velhice à dependência, à decrepitude, à passividade e a declínio.

O termo envelhecimento bem sucedido foi introduzido como fundamento do *Kansas City Study of Adulthood and Aging*, conduzido por Havighurst, na década de 1950, no contexto da teoria da atividade. A teoria da atividade tem como pressuposto que o idoso bem-sucedido é aquele que mantém os níveis de atividades da vida adulta e busca substitutos para os papéis perdidos com o envelhecimento. As atividades gerais e as atividades interpessoais são consistentemente importantes para predizer o senso de bem estar do indivíduo. A proposição da teoria da atividade foi contestada pela teoria do afastamento (CUMMING e HENRY, 1961), segundo a qual os idosos mais capazes de se afastarem dos papéis sociais adultos e da sociedade de modo geral, adaptam-se com maior sucesso ao envelhecimento do que aqueles que não conseguem desengajar-se. A teoria propõe que o afastamento é natural, desejável, mutuamente consentido, universal e inevitável, uma norma social transmitida de geração em geração, por meio de aprendizagem social. Em

conjunto as duas teorias chamaram a atenção para a possibilidade de existir ajustamento positivo na velhice, ajustamento esse definido como o esforço do indivíduo em satisfazer suas necessidades pessoais. O indivíduo bem ajustado é capaz de satisfazer suas necessidades, rápida e adequadamente quando elas aparecem; o ajustamento pobre implica em incapacidade de satisfação das necessidades.

Segundo os críticos, o uso do termo velhice bem sucedida implica na idéia de que se pode envelhecer com ou sem sucesso, criando categorias de pessoas vencedoras e perdedoras, daquelas que conseguem o intento de envelhecer com saúde e sem incapacidades, e das que envelhecem mal, com desvantagens, deficiências ou doenças, experimentando apenas aspectos negativos associados à velhice. Glass (2003) alerta para a ambigüidade do termo, dizendo que, de um lado, traduz uma proposta promissora, prevendo o funcionamento excepcional (ótimo) como possível, mas de outro reflete o estereótipo de que doença e dependência pressupõem fracasso no processo de envelhecer.

Pesquisas longitudinais hoje consideradas como clássicas interessaram-se pelos fatores associados ao envelhecer bem, entre elas os *MacArthur Studies of Successful Aging* (ROWE e KAHN, 1997, 1998), que identificaram três antecedentes da velhice bem sucedida: a) baixo risco para doença e incapacidade funcional, b) funcionamento físico e mental excelentes, e c) engajamento ativo com a vida. Esse padrão é possível para aqueles idosos que mantêm excelente saúde física e mental; que apresentam autonomia, independência, envolvimento ativo com a vida e produtividade; que conservam papéis sociais; que se descrevem como satisfeitos e psicologicamente ajustados; que são reconhecidos por oferecerem contribuições à sociedade ou ao grupo familiar e por serem modelos de velhice boa e saudável. De acordo com os autores, o número de pessoas capazes de atingir tal padrão é muito pequeno.

De acordo com Featherman, Smith e Peterson (1990), o envelhecimento bem sucedido é uma competência adaptativa do indivíduo e um fenômeno de natureza multidimensional. Suas dimensões mais representativas são: a) a emocional, envolvendo, por exemplo, a presença de estratégias e habilidades para lidar com eventos estressantes; b) a cognitiva,

expressa na capacidade para resolução de problemas; e c) a comportamental, em termos de desempenho e competência social.

Para muitos analistas, mas não para todos, a saúde é o componente mais importante do envelhecimento bem sucedido. Para os humanistas, a saúde pode ser menos relevante do que a realização de um desejo ou então, no máximo, pode ajudar o indivíduo a ativar suas metas, que podem não precisar de saúde e longevidade para serem cumpridas (CALLAHAN e McHORNEY, 2003). Brouwer, Exel e Stolk (2005) acrescentam que boa saúde tem diferentes significados, dependendo da idade do indivíduo. Portanto, a avaliação do estado de saúde deveria considerar as expectativas e habilidades individuais.

Glass (2003) descreveu o desenvolvimento do termo saúde segundo duas escolas: a da psicologia social, que primeiramente o definiu como estado de bem-estar mental (por exemplo, aceitação da morte, satisfação com a vida); e a escola biomédica, que o define como ausência de doença e incapacidade funcional. O autor relata que, apesar de não haver um consenso sobre a definição exata e o sentido do termo saúde, existe concordância, que permitem concluir que o envelhecimento bem sucedido é fenômeno que se localiza num contínuo de saúde e longevidade; está incluído na definição de uma boa vida na velhice; refere-se à capacidade funcional em vários domínios, incluindo o cognitivo, o social e o emocional.

Resenhando a literatura, Baltes e Baltes (1990) apontam as seguintes condições para envelhecimento bem sucedido: a) engajar-se em um estilo de vida saudável – praticar atividades físicas, boa alimentação, não fumar – para reduzir a probabilidade de ocorrência de condições que levem a um envelhecimento com dependência; b) evitar soluções simples e encorajar a flexibilidade individual e social, considerando que o envelhecer é processo heterogêneo; c) reforçar as capacidades de reserva por meio de atividades educacionais, motivacionais e relacionadas à saúde, bem como do fomento às redes de relações sociais; d) aumentar os suportes compensatórios às perdas em capacidade adaptativa; e) usar estratégias que facilitem o ajustamento à realidade objetiva, sem perda da individualidade – mudanças nas aspirações e metas.

Baltes e Baltes (1990) desenvolveram um modelo de envelhecimento bem sucedido cujo pressuposto principal é que envelhecer bem exige a combinação de fatores biológicos e psicológicos de natureza individual, em interação com as oportunidades que o indivíduo teve ao longo da vida para a sua sobrevivência e o seu desenvolvimento, incluindo as associadas aos cuidados com a educação, a saúde, a habitação e o trabalho. Os autores consideram que cada pessoa, cada sociedade, cada grupo social e cada coorte têm seus próprios critérios e valores, a partir dos quais será avaliado o seu grau de saúde, envolvimento e independência na velhice, ou seja, o grau em que o seu envelhecimento é bem sucedido.

Para os autores, um bom envelhecimento depende da seleção de domínios comportamentais onde o indivíduo detém melhor nível de funcionamento, e da otimização desse funcionamento por meio de estratégias que compensem as perdas do envelhecimento. Esse processo geral de adaptação pode ser entendido como uma tática para se envelhecer bem. Os indivíduos utilizam-se da otimização e da compensação durante toda a vida, mas é na velhice que elas adquirem uma nova dinâmica em função da perda de reservas biológicas, mentais e sociais. O modelo dos dois autores reflete a interação dinâmica entre ganhos e perdas, entre a plasticidade orientada para o desenvolvimento e as fronteiras relacionadas com a plasticidade, fronteiras essas relativas à idade. O modelo é baseado no processo de otimização seletiva com compensação (SOC). Nessa perspectiva, o envelhecimento bem sucedido é definido como a maximização de habilidades para obtenção de resultados positivos ou desejáveis e a minimização ou eliminação de resultados negativos ou indesejáveis (FREUND e BALTES, 1998).

O modelo SOC aplica-se não somente à velhice, mas oferece uma estrutura conceitual geral para entender as mudanças evolutivas e a resiliência ao longo do ciclo vital. É baseado na perspectiva segundo a qual, ao longo de toda a vida, as pessoas encontram oportunidades (por exemplo, as decorrentes da educação), bem como limitações em recursos (por exemplo, as produzidas por doenças). Os recursos e as limitações podem ser administrados por meio de ações que se traduzem em seleção dos domínios em que o indivíduo mantém

funcionalidade e maestria, otimização do funcionamento desses domínios e a conseqüente compensação de perdas em outros. O grau de maestria que cada pessoa tiver ao manejar estas três condições ou componentes poderá produzir maior ou menor adaptação ou sucesso no seu envelhecimento (BALTES e BALTES, 1990).

A limitação de recursos como tempo e energia, a qual é inerente à condição humana, torna necessária a seleção de domínios de funcionamento porque nem todas as metas evolutivas podem ser alcançadas a qualquer tempo, nem no desenvolvimento e nem no envelhecimento. A seleção envolve dois sub-processos: a) a seleção eletiva, que se refere ao processo regulador de selecionar dentre uma gama de alternativas evolutivas aquela que é mais adaptativa; b) a seleção baseada em perda, que ocorre em resposta ao declínio de recursos ou a supressão de uma meta relevante e significativa anteriormente disponível. A seleção baseada em perda envolve processos de reconstrução da hierarquia de metas a serem alcançadas ou de busca de novas metas (BALTES e BALTES, 1990).

A seleção refere-se à crescente constrição em alguns domínios da funcionalidade porque no envelhecimento ocorrem perdas que têm impacto no potencial adaptativo. É adaptativo para a pessoa que envelhece concentrar-se nos domínios de alta prioridade e de alta demanda ambiental e fazer convergir para eles motivações individuais, habilidades e capacidades biológicas. Embora a seleção tenha conotação de redução no número de domínios de auto-eficácia, ela também pode envolver domínios novos ou transformados. O processo de seleção implica em que as expectativas do indivíduo sejam ajustadas para permitir a experiência subjetiva de satisfação bem como a de controle pessoal (BALTES e BALTES, 1990).

A otimização é definida como a alocação e o refinamento de recursos internos e externos como meio de conseguir elevados níveis de funcionamento em domínios selecionados. A otimização reflete a visão de que, ao longo do curso de vida, as pessoas podem engajar-se no enriquecimento ou no aumento de suas reservas e na maximização de suas condições de funcionamento, tanto em termos quantitativos como qualitativos. Estudos de intervenção sobre a plasticidade têm demonstrado que os idosos retêm a capacidade de acionar e de

implementar seus processos de seleção e otimização, o que acarreta aumento na chance de compensar as perdas associadas ao envelhecimento. Quando ocorrem perdas em recursos, em plasticidade ou em adaptabilidade, ou então, quando ocorre declínio de metas significativas, torna-se necessário acionar processos substitutivos para manter um bom nível de funcionamento no domínio-alvo. A seleção e a otimização tornam-se operativas quando capacidades comportamentais específicas são perdidas ou reduzidas abaixo do padrão requerido para o funcionamento adequado. Esta restrição é experimentada particularmente quando metas específicas requerem uma ampla escalada nas atividades e um alto desempenho (por exemplo, escalar montanhas, esportes competitivos, situações de risco no trânsito, complicações diárias e situações que requerem pensamento rápido e memorização). O elemento compensação pode envolver aspectos tecnológicos, expressos, por exemplo, no uso de equipamentos, aparelhos, mobílias e adaptações ambientais. Esforços compensatórios psicológicos incluem, por exemplo, o uso de novas estratégias mnemônicas, quando mecanismos de memória interna são insuficientes (BALTES e BALTES, 1990).

Marsiske e col. (1995) dizem que o modelo de otimização seletiva com compensação pode ser entendido como um meta-modelo para o estudo da adaptação das pessoas ao longo do ciclo de vida, visando ao desenvolvimento bem sucedido. Esses autores concluíram que pessoas com deficiências que utilizam essas estratégias podem envelhecer melhor que outras, cujos déficits não são compensados.

Embora se saiba que a velhice normalmente implica em diminuição da independência e da autonomia, em virtude de fatores físicos, sociais, econômicos e psicológicos, em algumas pessoas essa perda é mínima, em comparação com o seu *status* funcional, econômico, social e cognitivo na vida adulta. Em outras é mais acentuado, quer por causa do agravamento de doenças que tiveram início na vida adulta, quer por causa de doenças típicas da velhice. Durante o processo normal de envelhecimento, os indivíduos podem envolver-se em esforços para compensar as perdas evolutivas. Tais esforços adaptativos podem produzir ganhos evolutivos. Quanto mais antigas as deficiências, maior a chance de

adaptação. Resende (2004) mostrou que as pessoas que adquiriram a deficiência na infância possuem maior adaptação pessoal à cidade e à existência de barreiras arquitetônicas.

De um ponto de vista estritamente biomédico, as pessoas com deficiência física não podem alcançar um envelhecimento bem sucedido, já que seu pleno funcionamento biológico é comprometido. Porém, indo além do domínio biológico, e admitindo-se a interveniência de fatores psicológicos e sociais, é possível admitir que pessoas com deficiência física podem desenvolver mecanismos compensatórios que lhes garantirão boa adaptação ao longo de seu desenvolvimento e envelhecer bem.

#### DEFICIÊNCIA FÍSICA E ENVELHECIMENTO

A definição de deficiência é um assunto sujeito à controvérsias. Compreende-la pode facilitar sua aceitação (POPE e TARLOV, 1991 *apud* LIANG e cols., 2003). A definição amplamente acatada da Organização Mundial de Saúde (OMS) faz distinção entre: a) deficiência (em inglês *impairment*), que é relativa a qualquer perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica); b) incapacidade (em inglês *disability*), que reflete as conseqüências das deficiências em termos de desempenho e da funcionalidade do indivíduo); e c) desvantagem (em inglês – *handicap*), que é a perda ou limitação das oportunidades de participar na vida em comunidade, em igualdade de condições com as demais pessoas que não têm deficiência (CORDE, 1997; RESENDE, 2001).

Em 2001, a OMS aprovou um modelo de classificação revisado, denominado Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Este modelo foi elaborado para uniformizar os conceitos de funcionalidade e de incapacidade (OMS, 2003 *apud* FARIAS e BUCHALLA, 2005). A CIF identifica três componentes de funcionalidade, assim denominados: funções e estruturas do corpo, atividade e participação. Baseado na CIF, os modelos de reabilitação definem saúde em termos mais amplos, considerando o ambiente, os fatores sociais e psicológicos, diferente do modelo médico, que centra a

atenção nos sinais e sintomas da doença. O modelo proposto pela OMS reflete a mudança de uma abordagem baseada na patologia, prioriza a funcionalidade como um componente da saúde e considera a interação entre o ambiente e as tecnologias assistivas para determinar a deficiência. É preciso considerar que, embora indicadores médicos sejam necessários, eles não são suficientes para explicar completamente a incapacidade. O funcionamento de uma pessoa e sua deficiência são concebidos como uma interação dinâmica entre a limitação e o ambiente (CHAVES et al., 2004; PETERSON, 2005).

No Brasil, o Decreto 5.296, de 2 de dezembro de 2004, estabelece que deficiência física é a alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de: paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções (BRASIL, 2004). Segundo o mesmo documento, as causas das deficiências físicas são diversas, podendo estar ligadas a problemas genéticos, a complicações na gestação ou gravidez, a doenças infantis e a acidentes; pode ocorrer após lesão medular, aneurisma, acidente vascular cerebral ou outros problemas.

Segundo Resende (2001), utilizando dados da Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, a deficiência física também pode ser definida como sendo a alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, tendo como consequência o comprometimento da função motora. Esta definição apresenta algumas fragilidades, como a falta de relação entre as dimensões que a compõe e a não abordagem de aspectos psicossociais e ambientais.

O envelhecimento não é necessariamente acompanhado de deficiência (MEDEIROS e DINIZ, 2004), embora o envelhecer seja associado com vários declínios fisiológicos e funcionais que podem contribuir para a incapacidade e a fragilidade (SEGUIN e NELSON, 2003). Apesar de a velhice não ser sinônimo de doença e de incapacidade, é significativo o

efeito da idade avançada associada a certas condições causadoras de incapacidades físicas e mentais sobre a adaptação (CALDAS, 2003; KARSCH, 2003). Em pesquisa com amostra de 3000 pessoas, Andresen e col. (1999) relataram que à medida que a idade progride, aumenta a possibilidade de haver limitações. Por exemplo, mulheres com idade entre 55 a 64 anos informaram que sentiam estar em boa condição de saúde em média 23,8 dias nos últimos 30 dias, enquanto mulheres com idade entre 75 a 84 anos informaram que sentiam estar em boa condição de saúde em 21,7 entre 30 dias.

Como as pessoas estão vivendo mais, as condições crônicas que levam à incapacidade e que podem gerar uma deficiência também têm aumentado, particularmente entre os idosos. Nos Estados Unidos, entre as condições crônicas mais comuns na velhice (75 anos e mais) estão a deficiência auditiva, a artrite, as doenças cardíacas, a hipertensão e a catarata (NACIONAL ACADEMY ON AN AGING SOCIETY, 1999). No Brasil, o Censo de 2000 constatou que 14,5% da população têm algum tipo de deficiência (IBGE, 2000). Presume-se que entre eles há uma parcela de adultos e idosos que deve crescer nos próximos anos, fato que deve ser suficiente para chamar a atenção dos estudiosos dessas etapas do ciclo de vida, dos administradores, de educadores e de políticos. Camarano (1999) descreveu que as informações colhidas no Censo, sobre as principais causas de deficiência na população idosa brasileira, não permitem avaliar em que medida essas deficiências físicas acarretam algum tipo de dependência de cuidados pessoais, e que mesmo considerando que todas as deficiências impliquem dependência de cuidados pessoais, essa dependência, tal como declarada no Censo, não atinge mais do que 8,1% da população idosa.

As pessoas com deficiência envelhecem e, às vezes, pessoas que são velhas adquirem deficiências. Com base nos dados do Censo Demográfico de 2000, com relação as pessoas com deficiência e de pessoas com percepção de incapacidade<sup>1</sup>, Neri e Soares (2004)

---

<sup>1</sup>Convencionou-se chamar de pessoas com percepção de incapacidade, aquelas com pelo menos alguma incapacidade de andar, ouvir ou enxergar, pessoas com deficiências mentais, com paraplegia, com falta de membro ou parte dele, deixando de fora aqueles com alguma ou grande dificuldade de caminhar, ouvir ou enxergar. O termo incapaz aparece no Censo Demográfico de 2000 representando um grau mais alto de um dado tipo de deficiência em relação às categorias grande dificuldade, ou alguma dificuldade, tal como percebido pelo entrevistado e levando em conta o ambiente externo.

afirmam que dentre o grupo de indivíduos com idade inferior a 45 anos, aqueles com menos de 15 anos têm chances mais elevadas de adquirir tanto deficiência quanto incapacidade, e, a partir dessa idade, o acúmulo dos anos de vida é preponderante para adquirir deficiências em geral, mas não tanto para o advento das incapacidades. Um exemplo é que indivíduos com mais de 67 anos de idade têm 495% a mais de chance de ter uma deficiência quando comparados aos indivíduos com até 15 anos de vida, ao passo que para as pessoas perceberem uma incapacidade a estimativa é de 225%. A este respeito, Strawbridge, Wallhagen e Cohen (2002) alertam para o fato de que perdas acentuadas em funcionalidade no processo de envelhecimento são freqüentemente interpretadas como efeitos da idade quando, na verdade, estão associadas à doenças. Ou seja, em virtude dos estereótipos vigentes a respeito da relação entre velhice e incapacidade, as pessoas idosas tendem a perceber limitações físicas como decorrências normais do envelhecer e não como incapacidade.

A probabilidade de ocorrência de uma deficiência física resultando em incapacidade funcional aumenta com a idade (REINHARDT, BOERNER e BENN, 2003). Segundo Neri (2003), no Brasil o envelhecimento relaciona-se com a presença de deficiências e também de incapacidades, embora as incapacidades tenham menor associação com a idade, quando comparadas com as deficiências definidas como “alguma ou grande dificuldade de ouvir, andar ou enxergar”, cuja relação com o processo natural do envelhecimento tende a ser mais acentuada. A taxa de deficiência aumenta à medida que os indivíduos ficam velhos, o que confirma o forte impacto do processo de envelhecimento na incidência das deficiências. Neri e Soares (2004) afirmam que entre as pessoas com mais de 60 anos a possibilidade de contrair uma deficiência é de 49,64% e a taxa de incapacidade é de 7,3%, número esse bastante inferior do encontrado para a deficiência em geral.

Medeiros e Diniz (2004) descrevem que se faz importante compreender a relação entre envelhecimento e deficiência. Em primeiro lugar, notam, estaria o aumento dos custos previdenciários e de saúde acarretado pela crescente presença de pessoas com deficiência física entre os idosos que compõem o contingente de pessoas com longevidade ampliada graças aos progressos científicos e sociais e indicam que o envelhecimento vem

acompanhado de algumas limitações nas capacidades físicas e, às vezes, intelectuais; no entanto, apesar do envelhecimento crescente de quase todas as populações do mundo, na maioria delas pouco ou nada se tem feito para que essas limitações não se tornem causa de deficiências. Os autores mostram que, na ausência de mudanças na forma como as sociedades organizam seu cotidiano, todos seguem em direção a uma fase da vida em que apresentarão uma deficiência, o que motiva, ainda que por meio da defesa de interesses egoístas, a melhoria das políticas públicas voltadas à deficiência. Lembram também que a interdependência e o cuidado não são algo necessário apenas diante de situações excepcionais, mas sim, em vários momentos da vida de todas as pessoas. Por fim, afirmam que a previsibilidade do envelhecimento permite entender que em boa parte, a deficiência é resultado de um contexto social e econômico que se reproduz no tempo, pois a deficiência no envelhecimento é, em parte, a expressão de desigualdades surgidas no passado e que são mantidas. No Brasil, há poucos estudos sobre o assunto, apesar de estar ocorrendo um aumento do interesse sobre o tema, como afirmam Medeiros e Diniz (2004), que apontam as seguintes razões para esse incremento: a) o envelhecimento populacional, que força o reconhecimento de que a experiência da deficiência não pertence apenas ao universo do inesperado e, sim, que faz parte da vida de grande número de pessoas e b) as mudanças na definição de deficiência e na forma de entender a responsabilidade da sociedade para com ela.

Krause e Steinberg (1997) relatam que os avanços na área de reabilitação e saúde ocorridas no último quartel do século XX contribuíram substancialmente para o aumento da expectativa de vida de pessoas com deficiência física. Como resultado de aumento da expectativa de vida, houve um aumento considerável no número de pessoas que envelhecem com uma deficiência física. Este novo fenômeno demográfico, o envelhecimento de pessoas com deficiência física, que estão vivendo o suficiente para fazerem parte do grupo de velhos (CAMPBELL, 1996; RESENDE, 2001; PUTNAM, 2002) pode constituir-se em novo foco de atenção de profissionais de saúde, de serviços sociais e de políticas públicas (WINBLAD et al., 2001), bem como de investigações.

Diferentemente do que ocorre na infância e na adolescência, na velhice a probabilidade de ocorrência de perdas físicas, psicológicas e sociais é maior do que a ocorrência de vantagens evolutivas, justamente porque o envelhecimento normal prevê um processo de contração. Além disso, há fatores que tanto as pessoas com deficiência física como as idosas experimentam, como por exemplo, viver em um ambiente inóspito, sem adaptações arquitetônicas e sem condições ergonômicas adequadas, bem como ter que lidar com estereótipos de incapacidade e de dependência.

O medo da dependência é a grande inquietação, praticamente universal, que acompanha o processo de envelhecimento. Este medo pode ser maior entre as pessoas com deficiência física, pois sabem que as perdas inerentes ao processo de envelhecimento acumulam-se sobre as desvantagens decorrentes de eventos ocorridos em fases precedentes. De fato, o envelhecimento em si mesmo pode acarretar incapacidade física e pode complicar a situação de pessoas que já tinham algum tipo de deficiência. Nesse caso, somam-se as dificuldades típicas da idade, as dificuldades eventualmente acarretadas por doenças associadas ao envelhecimento e as limitações pré-existentes em virtude de deficiências congênitas ou adquiridas antes da velhice (RESENDE, 2001).

No âmbito internacional, a pesquisa disponível sobre envelhecer com deficiência enfatiza principalmente o envelhecimento como um processo de declínio biológico e há pouco entendimento sobre a experiência de envelhecer com uma deficiência existente desde a infância (HARRISON, 2004).

Segundo Bishop (2005), há evidências de que pessoas com deficiência física congênita e adquirida se desenvolvem de forma diferente, no que tange ao autoconceito. Parece que as pessoas com deficiências congênitas vivenciam um processo de desenvolvimento da auto-percepção e da identidade bem semelhante ao de crianças sem deficiências. Porém, pessoas que adquirem uma doença crônica ou uma deficiência mais tarde na vida tendem a experimentar desafios relacionados à auto-imagem, alterações nas relações sociais e familiares e nos papéis sociais e, ao mesmo tempo, angústia psicológica, dor física, tratamento médico prolongado e restrições no desempenho de atividades de vida diária.

Entender como as pessoas lidam com essa transição em suas vidas, adaptando-se às mudanças acarretadas pela incapacidade, e aplicar este conhecimento a intervenções clínicas efetivas, é importante foco da pesquisa sobre reabilitação (BISHOP, 2005).

O desenvolvimento de doenças crônicas e de incapacidades na vida adulta e na velhice é associado à deterioração, à redução de competências e à dor física e emocional associadas à perda da independência e ao aumento de necessidade de assistência (GIGNAC e COTT, 1998). Erp (1998) afirma que a deficiência é uma fonte prolongada de estresse para o indivíduo e a família. A incapacidade que produz prejuízos físicos e dependência trás mudanças no estilo de vida e nas atividades de uma pessoa. Esta incapacidade pode acontecer de maneira repentina, como consequência de uma lesão ou de um acidente, como resultado da evolução de uma doença crônica e como decorrência de mudanças fisiológicas associadas ao envelhecimento. Em todos os casos há risco de perdas sociais, psicológicas e físicas. A perda física, em particular, pode ter um efeito maior sobre as rotinas diárias: a pessoa precisa reaprender a executar tarefas triviais, tais como caminhar e o auto cuidado, que pode se tornar uma barreira opressiva, por comprometer o funcionamento físico e acarretar maiores dificuldades à vida em comunidade (ERP, 1998).

Gignac e Cott (1998) afirmam que a deficiência é um fenômeno multidimensional e que por esse motivo, devem ser reconhecidos os diferentes domínios de atividades em que as pessoas apresentam dificuldades físicas. Os autores apontam sete desses domínios: a) cuidados pessoais, incluindo atividades básicas de vida diária, como por exemplo, comer, tomar banho, vestir-se, usar o banheiro; b) tarefas domésticas, mobilidade pessoal em casa, incluindo preparar refeições, limpar a casa, providenciar as compras da casa, entre outras atividades instrumentais de vida diária; c) mobilidade em casa, fazer transferência da cama e da cadeira de rodas, andar sozinho pela casa, levantar-se, subir e descer escadas; d) mobilidade na comunidade, participar de atividades comunitárias relacionadas a sair de casa sozinho, entrar e sair do carro, usar outros meios de transporte como ônibus e metrô, andar pela cidade, em avenidas principais, prédios e áreas abertas; e) atividades prazerosas, incluindo atividade de lazer, passatempos, socialização com outras pessoas, entretenimento em casa e viajar por prazer. Essas atividades parecem ter importantes implicações para o

bem estar dos indivíduos e podem estar relacionadas ao senso de dependência e independência; f) cuidar de outras pessoas, como crianças e outros parentes; g) ter um emprego.

Segundo os mesmos autores, considerar esses domínios permite entender melhor o impacto que as doenças crônicas e as deficiências exercem sobre a vida do indivíduo e sobre sua percepção de dependência ou independência: a) algumas variáveis estão relacionadas a entender se a pessoa precisa ou não de assistência, b) outras estão relacionadas a se a pessoa receberá ou não assistência, e c) outras ainda, relacionam-se à percepção da pessoa sobre sua autonomia.

#### DEFICIÊNCIA FÍSICA, INCAPACIDADE, ENVELHECIMENTO E FRAGILIDADE

As primeiras definições de fragilidade em idosos que apareceram na literatura médica, nos anos 1980, estabeleceram relações de equivalência entre a incapacidade e a fragilidade. Descreveram fragilidade por meio de expressões tais como: incapacidade decorrente de patologias crônicas, comorbidades, idosos institucionalizados, idade avançada e condição pré-óbito. Na década de 1990, essa concepção deu lugar à idéia de que a condição de fragilidade pode ocorrer independente de patologias crônicas, dependência funcional e necessidade de receber assistência (TEIXEIRA e NERI, 2006). Para Campbell e Buchner (1997), diferentemente de incapacidade, a fragilidade refere-se a uma condição instável que implica em risco de declínio funcional. Aos poucos o conceito de “ser frágil” foi substituído pelo de “tornar-se frágil”, com base em três pressupostos: a) nem todas as pessoas com limitações no desempenho das atividades seriam frágeis; b) nem todas as pessoas frágeis apresentariam limitações no desempenho das atividades; c) a existência de potencial para prevenção.

Fried e Walston (2003) sugeriram que três mudanças relacionadas ao envelhecimento são subjacentes à fragilidade: a) alterações neuromusculares, principalmente a sarcopenia; b) desregulação do sistema neuroendócrino; c) disfunção do sistema imunológico. Ou seja, a

relação entre os mecanismos primários relativos à idade e os secundários relativos à patologias associadas ao envelhecimento podem desencadear a entidade clínica fragilidade, segundo Fried et al (2001) caracterizada por: a) perda de peso não intencional:  $\geq 4,5\text{kg}$  ou  $\geq 5\%$  do peso corporal no ano anterior; b) exaustão: avaliada por auto-relato de fadiga, indicado por duas questões da Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D); c) diminuição da força de preensão, medida com dinamômetro na mão dominante e ajustada segundo gênero e índice de massa corporal (IMC); d) baixo nível de atividade física, medida pelo dispêndio semanal de energia em kilocalorias (com base no auto-relato das atividades e exercícios físicos realizados) e ajustado segundo o gênero, e) lentidão, medida pela velocidade da marcha indicada em segundos (distância de 4,6 m) e ajustada segundo gênero e altura. Idosos com três ou mais dessas características estariam frágeis, mas aquelas com uma ou duas características estariam em um estágio anterior à fragilidade. Idosos que preenchem esses critérios estão susceptíveis às quedas, ao declínio funcional, à hospitalização e à morte, em um período de três anos (FRIED et al., 2001).

Segundo Hogan, MacKnight e Bergman (2003), os critérios utilizados para definir fragilidade em idosos podem ser classificados em três grupos: a) dependência nas atividades de vida diária (AVDs) e nas atividades instrumentais de vida diária (AIVDs); b) vulnerabilidade aos estresses ambientais, às patologias e às quedas e c) estados patológicos agudos e crônicos, presença de comorbidades. O termo fragilidade é comumente usado para identificar as pessoas que estão sob risco aumentado de doenças e de óbito. É descrito como precursor de incapacidade funcional, de hospitalizações, de institucionalização e de morte (MORAN e POUYA, 2004).

A despeito da variedade de definições, a noção de fragilidade mais aceita inclui: ser dependente de outras pessoas, estar num nível de alto risco para dependência e para outras condições adversas de saúde, experimentar perda de reservas fisiológicas, ter várias doenças crônicas, ter problemas médicos e psicológicos complexos, apresentar doenças atípicas e experimentar envelhecimento acelerado (ROCKWOOD, HOGAN e MACKNIGHT, 2000). Para estes autores, existe associação entre deficiência e envelhecimento, principalmente em idades avançadas. Os dois fenômenos compartilham

similaridades, principalmente quando pensados em termos de condições crônicas de doença e em termos de que ter deficiências na vida adulta é visto como algo negativo (GIGNAC e COTT, 1998).

No entanto, Lluís Ramos e Llibre Rodríguez (2004) ressaltam que, embora vários pesquisadores usem os termos deficiência e fragilidade como sinônimos e embora a prevalência de ambas aumente na idade avançada, acarretando maior risco de dependência e morte, existem diferenças entre os conceitos. A deficiência que causa incapacidade para desempenhar pelo menos uma atividade de vida diária, difere de fragilidade pelo menos em três aspectos: a) a deficiência pode acontecer a partir da disfunção de um ou vários sistemas fisiológicos, entre outras causas, enquanto a fragilidade sempre acontecerá pela disfunção de múltiplos sistemas; b) a deficiência pode manter-se estável por anos, enquanto a fragilidade progride com o tempo; c) a fragilidade pode apresentar-se em um número considerável de adultos mais velhos que não apresentam uma deficiência.

Segundo os mesmos autores, os dois últimos aspectos justificam descrever a fragilidade como uma deficiência sub-clínica ou pré-clínica. A fragilidade que pode causar deficiência, independentemente da existência ou não de enfermidades, possivelmente apresenta um precursor fisiológico e um fator etiológico para a deficiência. Considera-se também a fragilidade como a perda de homeostase funcional, ou a habilidade de um indivíduo para resistir à doença sem perda funcional (WELLS et al., 2003) ou a falta de adaptação. A adaptação é entendida como o conjunto de respostas de um organismo vivo a situações que a cada momento o modificam, permitindo a manutenção de sua organização, compatível com a vida, na solução de problemas (SIMON, 2005).

A definição de fragilidade evoluiu de uma conceituação apenas biológica e da associação obrigatória com dependência para um modelo mais dinâmico que abrange aspectos biomédicos e psicossociais. Considera-se hoje que a fragilidade é melhor descrita como um construto multidimensional e o produto de uma interação complexa entre o que uma pessoa consegue realizar e seus déficits, refletindo condições de saúde e doença, atitudes, práticas, recursos e dependência a outras pessoas. As pessoas ajustam-se à incapacidade funcional

negociando níveis de interdependência com sua rede de suporte, aceitando ajuda quando necessária e mantendo algum nível de independência (REINHARDT, BOERNER e BENN, 2003).

Conforme Grenier (2005), considerar a deficiência física e o declínio apenas sob a ótica da incapacidade funcional reduz a compreensão do fenômeno, pois é preciso considerar o modo como as pessoas acometidas vivenciam a deficiência, o declínio e a fragilidade e que condições o ambiente lhes oferece para lidar com elas. A partir das narrativas de doze idosas falantes da língua inglesa, residentes em Montreal, a autora discute as experiências de fragilidade e afirma que ela é conectada aos contextos ambientais, dentro dos quais evidenciam e promovem incapacidade e declínio. As histórias destas idosas foram contadas a partir de suas experiências em suas casas e nos trajetos de ônibus, e revelam o abismo entre as compreensões dominantes de fragilidade e as experiências sociais no ambiente. Os dados revelaram que viver em contextos ambientais não-amigáveis tende a potencializar as desvantagens dos idosos.

Saúde e doença são condições que comportam forte variabilidade. Em qualquer idade, a heterogeneidade nas condições de saúde de um grupo de indivíduos reflete tanto a variabilidade dos perfis de fragilidade quanto a variabilidade de outros fatores que predis põem a condições indesejáveis de saúde. Alguns indivíduos podem atingir idades avançadas em excelente estado de saúde, sem nenhuma doença crônica, mas este fato não é regra e sim exceção. No entanto, a presença de uma doença crônica não implica em que o idoso não possa gerir sua própria vida e encaminhar o seu dia-a-dia de forma totalmente independente. Negri e colaboradores (2004) afirmam que estudos de base populacional demonstraram que, no Brasil, cerca de 80,0% dos idosos apresentam, pelo menos, uma enfermidade crônica e, cerca de 33,0%, pelo menos três enfermidades. Relatam também que, no entanto, ao se perguntar aos idosos sobre sua saúde, a metade considerou-a regular; 32,0% classificaram-na como boa ou ótima; e somente 22,6% referenciaram seu estado de saúde como ruim ou muito ruim, o que indica a importância das avaliações subjetivas de saúde para a adaptação. Dado semelhante foi encontrado por Strawbridge, Wallhagen e

Cohen (2002), comparando avaliações subjetivas de idosos sobre sua saúde e sua funcionalidade com dados objetivos obtidos em exames clínicos e laboratoriais.

Nesse sentido, Stineman et al. (2003) relataram que a percepção de dependência funcional depende dos valores de quem a está avaliando. Citam o estudo de Kane et al. (1977) que compararam as respostas dos residentes de instituições de longa permanência com as de seus cuidadores profissionais quanto à avaliação da eficácia na realização de tarefas simples pelos idosos, e encontraram diferenças na forma e na extensão em que ambos os grupos percebiam as limitações no desempenho de atividades de básicas e instrumentais de vida diária que levavam à dependência.

A condição de ser idoso com incapacidade física é análoga a de indivíduos mais jovens que apresentam limitações físicas congênitas ou adquiridas. Ambos os grupos podem ter dificuldades de adaptação proporcionais às suas limitações e às condições oferecidas pelo ambiente para compensá-las (RESENDE, 2001) e ambos estão expostos a atitudes preconceituosas e a auto-crenças disfuncionais. O idoso com incapacidade física sofre prejuízos adicionais associados ao envelhecimento e é um candidato mais forte à fragilidade. No entanto, a incapacidade física dos jovens e adultos mimetiza muitas condições vividas pelos idosos, em parte porque o ambiente responde de forma muito ineficaz às necessidades de uns e de outros, em parte porque pessoas de todas as idades têm a autonomia e o domínio sobre o ambiente como aspirações capitais. A luta por autonomia e por controle é tema central ao seu ajustamento.

#### DEFICIÊNCIA FÍSICA E AJUSTAMENTO

O ajustamento pode ser biologicamente definido como uma resposta a uma mudança no ambiente, a qual permite ao organismo adaptar-se à mudança. Esta definição tem uma dimensão temporal, uma vez que considera que o ajustamento acontece com o passar do tempo. Em Psicologia, o conceito de ajustamento refere-se basicamente a um estado

desejável (BRENNAN, 2001 *apud* SHARPE e CURRAN, 2006) e tem nos conceitos de autonomia e domínio sobre o ambiente seus temas centrais.

A partir da síntese de teorias clássicas sobre a personalidade elaboradas por Maslow, Jung, Rogers, Allport, Erikson, Buhler, Neugarten e Jahoda, Ryff (1989) propôs um modelo multidimensional de bem-estar psicológico como sinônimo de ajustamento, uma condição do *self* relacionada a seis domínios do funcionamento psicológico: auto-aceitação, relações positivas com os outros, autonomia, domínio sobre o ambiente, propósito na vida e crescimento pessoal. Ryff (1989) e Ryff e Keyes (1995) acreditam que esse modelo multidimensional de bem-estar psicológico corresponde a funcionamento psicológico positivo e descrevem-no como sinônimo de ajustamento.

A auto-aceitação significa uma atitude positiva do indivíduo em relação a si próprio e a seu passado; significa reconhecer e aceitar características positivas e negativas. O sentimento de aceitação gera estima, confiança e segurança em si e nos outros (RYFF, 1989). A forma como o indivíduo se vê e se descreve, suas crenças sobre como é visto pelos outros; a similaridade que percebe, entre o que é e o que acredita que os outros pensam dele, e o grau em que valoriza suas competências em comparação com os outros são forças orientadoras para os esforços de adaptação (LEÃO JÚNIOR e RESENDE, 2004).

A aceitação da deficiência é definida como um dos melhores indicadores de ajustamento positivo após uma deficiência e caracterizada por: a) capacidade de o indivíduo com deficiência perceber valor em habilidades e metas que não foram perdidas em consequência da deficiência; b) avaliação do próprio valor, de atributos e capacidades, baseada não apenas em aspectos físicos, mas também em outros (por exemplo, persistência, inteligência); c) mesmo quando o indivíduo é influenciado por percepções, atitudes e linguagem de outras pessoas, foca a sua própria atitude em relação à deficiência, enxergando sua deficiência como sendo mais uma de suas características, e não a única; d) em seu nível mais básico, ocorre quando o indivíduo reconhece o valor único da junção de suas características e habilidades, mais do que quando faz comparações com padrões externos e freqüentemente inatingíveis (ELLIOTT, KYRLO e RIVERA, 2002 *apud*

SCHMITT e ELLIOTT, 2004). Ou seja, a aceitação da deficiência é um estado interno alcançado através de processos cognitivos expressos por crenças e valores pessoais (SCHMITT e ELLIOTT, 2004).

Ter relações positivas com os outros dizem respeito a manter com os outros uma relação de qualidade, uma relação calorosa, satisfatória e verdadeira; preocupar-se com o bem-estar do outro e ser capaz de manter relações afetuosas e agradáveis sejam elas familiares, de intimidade ou de amizade (RYFF, 1989). Os elementos centrais do suporte social são dar e receber, ou reciprocidade. De acordo com Ramos (2002), o receber e o dar suporte a outras pessoas beneficiam psicologicamente e enriquecem o sentimento de auto-valorização dos envolvidos.

Os relacionamentos sociais são interações freqüentes, com certa durabilidade no tempo e certo padrão. Abrangem sentimentos positivos e negativos, percepção de si e do outro, diferentes graus de envolvimento afetivo e intermináveis intercâmbios (ERBOLATO, 2001). Relações sociais significativas permitem o desenvolvimento do *self*, dão sentido às experiências e podem oferecer apoio, importantes elementos no processo de adaptação, principalmente em momentos de transição da vida adulta (NOGUEIRA, 2001). Crescem as evidências de que as relações sociais contribuem para o senso de bem-estar ao longo do ciclo vital (FREIRE, RESENDE e RABELO, 2004). Revisando a literatura, Capitanini (2000) afirma que o suporte social ajuda a aumentar a competência adaptativa, por meio do manejo das emoções e de orientação afetiva e cognitiva.

Em estudo envolvendo 1668 pessoas com tetraplegia, Ville e Ravaud (2001) relataram que pessoas que vivem com um companheiro ou que têm filhos apresentam maior senso de bem-estar, particularmente aquelas que se uniram a um parceiro ou que tiveram filhos após adquirirem a deficiência. Descrevem também que os escores de bem-estar subjetivo aumentam de acordo com a freqüência com que estas pessoas se encontram com os amigos. Recursos psicossociais e ambientais tangíveis podem influenciar positivamente comportamentos de promoção de saúde e melhorar a qualidade de vida. Em particular, o apoio social tem sido descrito como um fator crucial no enfrentamento de limitações físicas

e da deficiência (STUIFBERGEN et al., 2005). A necessidade e a importância das relações sociais podem ser observadas ao longo de todo o ciclo vital. As pessoas buscam relacionamentos sociais que confirmem suas auto-percepções. No caso específico das pessoas com deficiência física, o apoio social pode tornar-se mais significativo. O indivíduo se sente mais amado e estimado com sensação de controle sobre sua própria vida (NOGUEIRA, 2001).

A autonomia implica em ser auto-determinado e independente, mesmo que para isso a pessoa necessite de apoio para operacionalizar suas escolhas e, às vezes, até para o exercício de atividades de vida diária. Implica em tomar decisões de acordo com o que acredita ser melhor, dentro de seus próprios padrões e em não ser influenciado por pressões sociais para pensar e agir (RYFF, 1989). O conceito de autonomia pode ser comparado aos conceitos de autodeterminação, independência, *locus* de controle interno, individuação e regulação interna do comportamento, aos quais subordinam-se as crenças que os pensamentos e ações são próprios à pessoa e não são determinados por causas independentes do próprio controle. Está relacionado ao conceito de liberdade, e como teorizou Kant, é a capacidade de autonomia que traz aos seres humanos dignidade (CRISTOPHER, 1999).

De acordo com a teoria de auto-determinação de Deci e Ryan, as pessoas têm uma necessidade psicológica inata para sentirem-se autônomas, o que produz uma variedade de condições nos contextos interpessoais. Para esses autores, o construto autonomia não é necessariamente sinônimo de independência, separação, evitação ou rebeldia, pelo contrário reflete um endosso pessoal das ações de uma pessoa e do envolvimento com outros e se relaciona a melhor ajustamento pessoal e social (KNEE et al., 2005).

Segundo Ryff (1989), o senso de domínio sobre o ambiente significa ter competência para manejar o ambiente; usufruir as oportunidades que surgem ao redor; apresentar habilidades para escolher ou criar contextos adequados às suas necessidades e valores; eliminar barreiras e fazer adaptações pessoais ou no ambiente, quando necessárias. É necessário que seja compatível com as capacidades físicas e com as competências comportamentais das

peessoas para permitir melhor adaptação. Pessoas que apresentam maior habilidade para manejar o ambiente têm senso de controle mais elevado. Teorias de adaptação cognitiva à adversidade sugerem que crenças de controle têm um papel central na vida do indivíduo. De acordo com estas teorias, manter o senso de controle pode ajudar a compensar os sentimentos de desamparo e angústia trazidos por situações adversas, bem como pode ajudar a restauração de bem-estar. Questões sobre controle podem ser particularmente importantes no contexto de déficits na saúde tendo em vista que em alguns casos de doenças crônicas as oportunidades de controle estão limitadas, mesmo que sejam sobre o ambiente (SIROIS, DAVIS e MORGAN, 2006).

Propósito na vida significa ter metas na vida e um senso de direção; a pessoa percebe que há sentido em sua vida presente e passada; tem crenças que dão propósito à vida; acredita que a vida é significativa e, a despeito de todos os obstáculos, tem motivação para continuar vivendo (RYFF, 1989). Janoff-Bulman e Frantz (1997 *apud* PAKENHAM, 2005) propuseram que a adaptação positiva em face da adversidade envolve uma tentativa de encontrar sentido num evento traumático e achar algum benefício nesta experiência.

O senso de sentido de vida habilita a pessoa a manter sua saúde mental e sua integridade ainda que viva sob condições adversas, como é o caso de pessoas que viveram traumas de longa duração em campos de concentração. A busca e a realização do sentido pessoal representam uma nova perspectiva de promoção de bem-estar, de enfrentamento e de adaptação, principalmente para as pessoas em condição de fragilidade, uma das poucas áreas em que o indivíduo experimenta uma continuidade no crescimento pessoal, mesmo vivendo as perdas e o declínio físico associados ao envelhecimento (FREIRE e RESENDE, 2001).

Segundo Ryff (1989), pessoas ajustadas têm alto senso de desenvolvimento e crescimento contínuo; estão abertas a novas experiências; reconhecem seu potencial de realização, e suas mudanças refletem autoconhecimento e auto-eficácia. Bauer e McAdams (2004) citam Maslow (1968), para ressaltar que pessoas orientadas para o crescimento ou para a segurança em suas vidas têm melhor saúde psicológica e mais alto senso de bem-estar

psicológico. Psicólogos de orientação humanista reivindicam que as pessoas que pensam predominantemente em suas vidas em termos de certos valores (por exemplo, inteireza, justiça, autonomia, empatia) estão no caminho do crescimento pessoal para maiores níveis de saúde psicológica e bem-estar. Os dados de Pakenham (2005) são consonantes com essas noções. Segundo o autor, pacientes com longo histórico de problemas médicos relataram ganhos a partir de suas adversidades, inclusive percepções de crescimento pessoal, fortalecimento de relações e mudança nas prioridades de vida e metas pessoais.

Cada uma das dimensões do bem-estar psicológico articula diferentes possibilidades de mudanças individuais, encontradas quando alguém procura funcionar de maneira positiva. Isto é, a pessoa se esforça para sentir-se bem com ela mesma, mesmo tendo consciência de suas limitações (auto-aceitação). Também busca desenvolver e manter relações interpessoais calorosas e verdadeiras (relações positivas com os outros); e adequar o ambiente para que atenda suas necessidades pessoais e desejos (manejo sobre o ambiente). Para manter sua personalidade sem perder de vista o contexto social, busca senso de autodeterminação e independência (autonomia). Um desejo vital é encontrar sentido em seus esforços e mudanças (propósito na vida). Outro é desenvolver ao máximo os seus talentos e capacidades (crescimento pessoal) (KEYES, SHMOTKIN e RYFF, 2002).

Outro aspecto importante que está associado ao ajustamento psicológico é o conceito de geratividade de Erikson (1950). O autor propôs uma teoria do desenvolvimento psicossocial que descreve tarefas a serem realizadas em diferentes estágios da vida, cada estágio com seus objetivos, conflitos e realizações, expressos em forma de uma crise ou conflito evolutivo entre duas condições opostas e complementares. A maneira como o indivíduo vivencia cada crise e desenvolve maneiras de lidar com os conflitos evolutivos de determinada fase terá um efeito na auto-imagem e na visão de sociedade sobre a pessoa.

A geratividade é um conceito amplo que abarca ter e criar filhos e tudo mais que se relaciona à produtividade no campo do trabalho e à criatividade no campo das idéias, ou seja, à atuação como pais, profissionais e cidadãos. Inclui a preocupação com o meio ambiente e sua preservação para as futuras gerações. Pode também ser expressa na

preocupação e nas ações envolvidas em gerar, manter e doar aos indivíduos, grupos e instituições sociais e à sociedade de modo amplo (NERI, 1999; FREIRE, 2001; QUEROZ e NERI, 2005).

Definida como a preocupação com passar o bastão para a geração seguinte, segundo Erikson (1950), a geratividade é um tema típico da meia-idade; definida como deixar um legado espiritual para as próximas gerações, ela é vista como um tema central da velhice (ERIKSON, ERIKSON e KIVINICK, 1986). A realização da geratividade é um desafio evolutivo que contrasta com o seu oposto, a estagnação, e que deve ser enfrentado durante a vida adulta, mas de modo especial nos anos mais avançados da vida humana. A resolução deste conflito entre geratividade *versus* estagnação resulta na força básica que é o cuidado. Para ser gerativo é preciso dedicar-se a algo, acreditar e se empenhar. O sentido da geratividade é de preservação da espécie, de deixar sua marca no mundo. Pode-se dizer que a geratividade é um conceito psicossocial multifacetado que existe de diferentes formas e que se manifesta tanto individual quanto socialmente.

McAdams, Hart e Maruna (1998) propõem uma análise das origens da geratividade, baseado em dois princípios. O primeiro é interno e corresponde à tendência ontogenética de garantir simbolicamente a própria imortalidade. O segundo é cultural e traduz as expectativas dos grupos humanos quanto à transmissão e à continuidade cultural. A partir desses dois elementos surgem sentimentos relacionados às preocupações pelo bem-estar atual e da próxima geração, à crença no futuro da humanidade e ao compromisso com o bem-estar da humanidade. A geratividade se expressa em termos de preocupações e de ações, ambas correspondentes às dimensões criar ou gerar, manter e oferecer.

Vandewater, Ostrove e Stewart (1997), Erikson, Erikson e Kvinick (1986) e Levinson (1978) propuseram que a habilidade para o cuidado, se desenvolve antes da meia-idade, auxilia o desenvolvimento de papéis e contribui para o crescimento da personalidade, que conduzirá o adulto, mais tarde, à felicidade e ao bem-estar.

McAdams, St. Aubin e Logan (1993) compararam a geratividade em jovens, adultos e idosos (22-27; 37-42 e 67-72 anos) e verificaram que, se por um lado a preocupação e o compromisso com a geratividade emergem já na vida adulta inicial, é na meia idade e na velhice que são encontradas mais ações generativas. Num estudo longitudinal envolvendo medidas de geratividade num grupo de mulheres aos 43 e aos 53 anos de idade, Peterson (2005) relatou que quanto mais desenvolvida a geratividade aos 43 anos, maior o envolvimento em papéis intergeracionais aos 53 anos, mas não em papéis não intergeracionais. As mulheres mais generativas foram as que relataram menos sobrecarga ao cuidar de pais idosos e também as que mostraram ter mais conhecimentos sobre programas comunitários de cuidado a idosos. Além disso, elas mostraram-se mais ajustadas a relações recíprocas de cuidado, ou seja, aquelas em que davam e recebiam cuidados.

Foram encontradas correlações altas e significativas entre geratividade, satisfação com a vida e nível de desenvolvimento do ego, bem como com os traços de personalidade agradabilidade, extroversão e abertura à experiência, avaliados pelo teste de Cinco Grandes Fatores (McCRAE e COSTA, 1990). Por outro lado, foram relatadas correlações negativas entre preocupação generativa e depressão (McADAMS, HART e MARUNA, 1998). No Brasil, Queroz e Neri (2005) relataram ter encontrado correlações positivas e significantes entre geratividade, senso de ajustamento pessoal e inteligência emocional entre adultos e idosos. Bellizzi (2004) investigou se sobreviventes de câncer apresentam relatos de crescimento psicológico depois de terem se recuperado, imaginando que o risco de morrer por câncer replica a condição de busca de aperfeiçoamento pessoal dos últimos anos da vida. O autor enviou questionários a uma amostra casualizada de 400 pacientes sobreviventes de câncer de um hospital especializado e recebeu um retorno de 21,0%. Três coortes etárias foram examinadas – 26 a 41, 42 a 54 e 55 anos e mais. A análise mostrou que os grupos de idade não se diferenciaram em expressão gerativa, mas que os mais jovens se engajaram mais em ações gerativas do que os mais velhos. As mulheres apresentaram mais crescimento pós-traumático do que os homens e os mais velhos apresentaram menores índices desse crescimento do que os mais jovens.

O ajustamento psicológico contribui para o bem-estar subjetivo, o sucesso na vida e a longevidade (STAUDINGER e KUNZMANN, 2005). Indivíduos bem ajustados têm mais habilidade para ajustar-se às demandas sociais e emocionais da vida cotidiana (BAUER e McADAMS, 2004). Como vimos neste texto, é vantajoso entender ajustamento positivo como um conceito multifacetado que inclui cognição, afeto e componentes comportamentais. Os indicadores de bem-estar (tais como satisfação com a vida) devem ser vistos como reflexo do lado afetivo e cognitivo da adaptação positiva, definição que deverá considerar como a pessoa desempenha seu papel (o grau em que a pessoa está apta a lidar com as exigências circunstanciais e ambientais). Um exemplo de papel a ser desempenhado é o de pessoa com deficiência física (LENT, 2004). Esses conceitos aplicam-se tanto ao desenvolvimento quanto ao envelhecimento bem sucedidos e à presença e à ausência de deficiências físicas.

De acordo com Schmitt e Elliot (2004), o ajustamento psicológico à deficiência física comporta dimensões positivas, embora historicamente as pesquisas tenham focalizado o aspecto negativo desse ajustamento, expresso em termos de ansiedade e depressão, indisposição e doença, ou seja, o conceito de deficiência tem sido visto predominantemente como evento negativo com efeitos adversos. Segundo esses autores, em anos mais recentes, pesquisadores têm reconhecido aspectos positivos no ajustamento à deficiência, incluindo constructos como satisfação com a vida, crescimento pessoal, bem estar e aceitação da deficiência.

A partir dos conceitos que resultaram da investigação sistemática sobre o ajustamento pessoal e social na velhice, Neri (1993; 2001) afirma que é preciso considerar os indicadores subjetivos de funcionamento pessoal e bem-estar, tais como a satisfação com a vida, emoções positivas e ausência de solidão; a atividade - competência comportamental e capacidade funcional; o envolvimento social - na forma de dar e receber suporte afetivo; as condições ambientais – acesso as tecnologias compensatórias, suporte social e instrumental e docilidade ambiental, ou seja, o quanto o ambiente está adequado para atender as necessidades da pessoa. Esses indicadores refletem uma avaliação individual do senso de bem-estar e uma importante faceta da eficácia pessoal, que dão uma perspectiva de

desenvolvimento psicológico bem sucedido ao longo de toda a vida. Segundo essa autora, envelhecer bem tem relação com estar satisfeito com a vida atual e ter expectativas positivas em relação ao futuro.

Mesmo na presença de perdas, que podem ser reduzidas ou ampliadas de acordo com as condições da pessoa, o ser humano sempre aspirou viver longamente, com autonomia e com boa saúde. A pesquisa gerontológica tem apontado que isso é possível e que, de fato, uma boa velhice está associada à existência de saúde física e mental, à atividade e ao envolvimento com a vida, condições essas relacionadas à influência combinada de eventos genético-biológicos, sociais e psicológicos (ROWE e KAHN, 1998), bem como das avaliações subjetivas das pessoas que estão envelhecendo.

#### DEFICIÊNCIA FÍSICA E VELHICE BEM SUCEDIDA

Um dos indicadores de um bom envelhecimento é o senso de bem-estar subjetivo, que pode ser medido através da satisfação com a vida, construto bastante estudado desde os anos 1950, na busca de indicadores de qualidade de vida para monitorar mudanças sociais e melhorar as políticas sociais (LAND, 1985 *apud* LENT, 2004).

Na taxonomia de Lawton (1991), o bem-estar subjetivo é um dos quatro domínios da qualidade de vida, que engloba também as competências comportamentais, as condições objetivas do ambiente externo e a qualidade de vida percebida. Para esse autor, o bem-estar subjetivo é uma avaliação complexa dessas condições, que considera valores, expectativas pessoais, sociais, condições orgânicas e psicológicas atuais. O senso de bem-estar subjetivo reflete a avaliação pessoal sobre o conjunto das competências em interação com as possibilidades objetivas do ambiente físico e social e com as crenças, opiniões e valores sobre as competências, as oportunidades e as satisfações e sobre a dinâmica das relações entre os outros três domínios.

Para Diener (1984), o conceito de bem-estar subjetivo deve ser entendido em termos de três significados: virtude, satisfação com a vida e afetos positivos. O bem estar subjetivo, na

condição de virtude, é visto em termos ideais, quando o que está em questão é a posse de uma qualidade desejável. Pode-se dizer que essa é uma concepção normativa, porque define o que é bom, desejável e aceitável.

O bem estar subjetivo considerado como satisfação com a vida foca a avaliação que cada um faz de sua existência, segundo seus próprios critérios. Para Veehofen (1994), o conceito de satisfação é provavelmente universal, quer visto como fruto de virtude quer como um aspecto da qualidade de vida.

A avaliação subjetiva da satisfação com a vida reflete as expressões de cada pessoa quanto a seus próprios critérios de satisfação do todo e em domínios específicos, como saúde, trabalho, condições de moradia, relações sociais e outros. Assim, reflete o bem estar individual, o modo e os motivos que levam as pessoas a viverem suas experiências de vida de maneira positiva (DIOGO, 2003).

No bem-estar subjetivo relacionado a afetos positivos a ênfase é sobre experiências ou predisposições emocionais prazerosas. Embora não haja dúvida sobre a existência de relações recíprocas entre bem estar subjetivo e afetos positivos, não se pode afirmar que as experiências de felicidade, bem estar, satisfação ou qualidade de vida excluem estados emocionais negativos. A experiência empírica mostra sempre uma mescla entre afetos positivos e negativos, os quais dão uma sensação especial à vida emocional e à vida de relações (DIENER e LARSEN, 1993).

Para Neri (2002), pautada na descrição de bem-estar subjetivo de Diener, há três aspectos centrais nesse conceito: pertence ao âmbito da experiência privada, é relativamente independente de saúde, conforto, virtude e riqueza e inclui tanto avaliação global quanto avaliações particulares referenciadas a domínios específicos, tais como saúde física e mental, relações sociais, espiritualidade, sexualidade e outros. O bem estar subjetivo inclui medidas positivas e negativas.

De acordo com Diener e Suh (1998), bem-estar subjetivo é um indicador importante da qualidade de vida de um indivíduo e refere-se à forma pela qual as pessoas avaliam suas vidas. Para esses autores, este construto possui dois componentes básicos: o cognitivo e o afetivo. O componente cognitivo está ligado às avaliações que o indivíduo faz da própria vida como um todo e é indicado por satisfação global ou relativa a domínios específicos da vida, tais como trabalho e casamento. O componente afetivo caracteriza o tipo de experiência emocional que o indivíduo pode vivenciar: experiências emocionais agradáveis, como por exemplo, sentir-se alegre, feliz, satisfeito, apaixonado; e experiências emocionais desagradáveis, como sentir-se triste, desanimado, angustiado, desmotivado.

O bem-estar subjetivo implica em avaliações globais de satisfação, afetos e qualidade de vida. Investigações sobre bem-estar subjetivo têm esclarecido possibilidades de adaptação ao envelhecimento e têm permeado discussões em uma variedade de disciplinas sociais e da saúde interessadas em qualidade de vida (KEYES, SHMOTKIN e RYFF, 2002).

Shmotkin (2005) define bem-estar subjetivo como um sistema dinâmico em face às possíveis adversidades. Esse autor relata que o bem estar subjetivo constitui um ambiente psicológico favorável, é um estado positivo da mente que permite ao indivíduo manter tarefas contínuas sem ruptura mental. Apesar de todo progresso e avanço tecnológico, o ser humano ainda vive em constante iminência de perigo, guerra, violência, desnutrição, violação de direitos, epidemias, poluição, transtornos políticos, perdas, doenças, problemas interpessoais, entre outros. Esse autor sublinha o bem estar subjetivo como um processo permanente ao invés de ser apenas um estado passageiro de felicidade.

Segundo Freire (2000), a vida pode ser satisfatória, com qualidade e bem-estar, especialmente quando há disposição para enfrentar os desafios da vida, lutar pelos direitos individuais e coletivos dos cidadãos e por em prática projetos viáveis dentro das condições pessoais e do meio ambiente em que se vive. Este fato altera inclusive a perspectiva de envelhecimento pessoal.

## PERSPECTIVA DE VELHICE PESSOAL E VELHICE BEM SUCEDIDA

O significado da velhice é construído a partir da percepção pessoal, por intermédio dos valores e experiências, crenças e atitudes que cada um internaliza e também a partir da história interacional do indivíduo com eventos contextuais de natureza reforçadora, avaliativa e diretiva (NERI, 1991).

Por ser construído socialmente, o envelhecimento adquire significado diferente, com relação ao gênero, à etnia, à cultura e a condições específicas de cada indivíduo. Apesar da variabilidade, o significado de envelhecer foi compartilhado entre pessoas da cultura ocidental e este fato pode influenciar as percepções individuais de envelhecimento ao longo do tempo (LEVY, 2003 *apud* HARRISON, 2004).

O envelhecimento tem sido interpretado de diferentes maneiras por diferentes pessoas em diferentes contextos. Harrison (2004) cita que Covey (1992) revisou o significado de velhice ao longo da história e encontrou diferenças significativas em diferentes épocas e entre gêneros. Por exemplo, na interpretação bíblica, o envelhecimento estava focado no estado funcional e na possibilidade de se viver uma vida boa e ainda era associado ao padecimento do corpo. Posteriormente, a visão sobre o envelhecimento sofreu alterações para coincidir com a aposentadoria e a proximidade do tempo de vida restante estimado (HARRISON, 2004). Atualmente, como as pessoas vivem muito tempo e precisam permanecer na força de trabalho por mais tempo, a velhice passou a ser medida cronologicamente, 65 anos, nos países desenvolvidos e 60 anos para os países em desenvolvimento, como estipulado pela Organização Mundial de Saúde (RESENDE, 2001).

O envelhecimento é um processo adaptativo que depende da interação de fatores genéticos, biológicos e socioculturais. O envelhecimento e a velhice são cercados de inúmeras falsas crenças, de estereótipos e preconceitos, todos solidamente arraigados nos indivíduos, nos grupos e nas instituições sociais. Fundamentalmente, eles derivam do medo e da rejeição que as pessoas sentem em relação à velhice, em parte por motivos infundados, em parte

porque de fato a velhice prenuncia aquilo que as pessoas mais rejeitam: afastamento, dependência e morte (NERI, CACHIONI e RESENDE, 2002).

Dessa forma, o preconceito em relação à velhice e ao envelhecimento esteve presente, não só no cotidiano dos indivíduos e na sociedade, como nas produções científicas. McTavish (1971 *apud* NERI, 1991) realizou uma importante revisão de pesquisas feitas nas décadas de 1950 e 1960 e, confirmou a predominância de pesquisas que desde o seu início possuem tendências preconceituosas.

As atitudes em relação à velhice refletem os conhecimentos do senso comum e os conhecimentos científicos disponíveis sobre essa fase da vida humana. Até os anos 1960, entre leigos e profissionais, predominava um ponto de vista essencialmente negativo sobre a velhice. No entanto, sempre existiram expectativas de controlar os efeitos deletérios da velhice, de estender a vida e prolongar a juventude. Elas ganharam destaque na ciência e nas sociedades quando o envelhecimento populacional e a possibilidade de envelhecer bem tornaram-se nítidas realidades em muitos países. Desde então, vêm crescendo o número de indivíduos e sociedades que investem numa velhice saudável ou que, pelo menos, reconhecem a necessidade de fazê-lo (RESENDE, 2001).

Houve uma evolução nas atitudes encontradas em pesquisas nos últimos 50 anos, Neri, Cachioni e Resende (2002) notificam que, de maneira geral, nas pesquisas apresentadas, os adultos maduros e os idosos apresentam atitudes e crenças mais positivas em relação à velhice. Indivíduos não idosos apresentaram expectativas muito positivas quanto a se manterem ativos, produtivos e valorizados na velhice, e todos os idosos e não-idosos mostraram atitudes mais negativas, em relação aos aspectos que definem agência humana, funcionalidade cognitiva e inserção social. Segundo essas autoras, os dados relatados contrariam o senso comum segundo o qual predominam atitudes negativas em relação aos idosos e ao envelhecimento na sociedade brasileira. Sugerem que há muitas possibilidades quando se trata das cognições, dos sentimentos e das experiências diretas de envelhecimento, e que as atitudes e crenças de homens e mulheres em diversas faixas de idades em diferentes níveis de ocupação e escolaridade refletem essa variabilidade.

Em pesquisa com 660 indivíduos com 50 ou mais, Levy et al. (2002) verificaram que os indivíduos mais velhos com auto-percepções mais positivas sobre o envelhecer, avaliados há 23 anos atrás, viveram em média 7,5 anos a mais do que os com baixa auto-percepção. Mesmo depois de controlar as variáveis idade, gênero, estado socioeconômico, solidão e saúde funcional, a vantagem se manteve. Também foi constatado que este efeito é mediado parcialmente pelo desejo de viver. Os resultados sugerem que as auto-percepções aumentam a longevidade e influenciam a longevidade de grupos estigmatizados.

A preponderância de estereótipos negativos sobre o envelhecimento na sociedade não garante automaticamente, a interiorização destes estereótipos, nem de auto-percepções negativas sobre o envelhecimento. Dentro da categoria de velhos, subgrupos podem ter diferentes exposições aos estereótipos do envelhecimento. Como um exemplo, indivíduos mais velhos com surdez descreveram atitudes mais positivas em relação ao envelhecimento do que indivíduos sem incapacidade auditiva (LEVY e LANGER, 1994).

Resende (2001) estudou 242 pessoas com deficiência física, que tinham entre 24 e 39 anos de idade. Foram investigadas as atitudes em relação aos idosos, às pessoas com deficiência física e a própria velhice. A análise estatística mostrou superioridade de atitudes positivas e de atitudes moderadas ou pouco negativas em relação aos três objetos. Em relação aos idosos, as atitudes mais positivas foram: das mulheres, dos sujeitos de baixo nível de escolaridade e das pessoas com deficiências congênitas; as atitudes mais negativas foram as dos sujeitos com nível mais alto de dependência. Atitudes negativas predominaram nos domínios da escala definidos como agência, cognição e relações sociais.

Com relação às pessoas com deficiência física, as atitudes mais positivas foram das mulheres, dos divorciados e dos que conviviam com a deficiência há mais de 30 anos. Foram encontradas atitudes negativas entre dependência física e atitudes negativas em relação a pessoas com deficiência física. As atitudes em relação à própria velhice foram mais positivas do que as relativas aos idosos. Quanto mais positivas as atitudes em relação as pessoas com deficiência, mais positivas as atitudes em relação aos idosos. Segundo essa

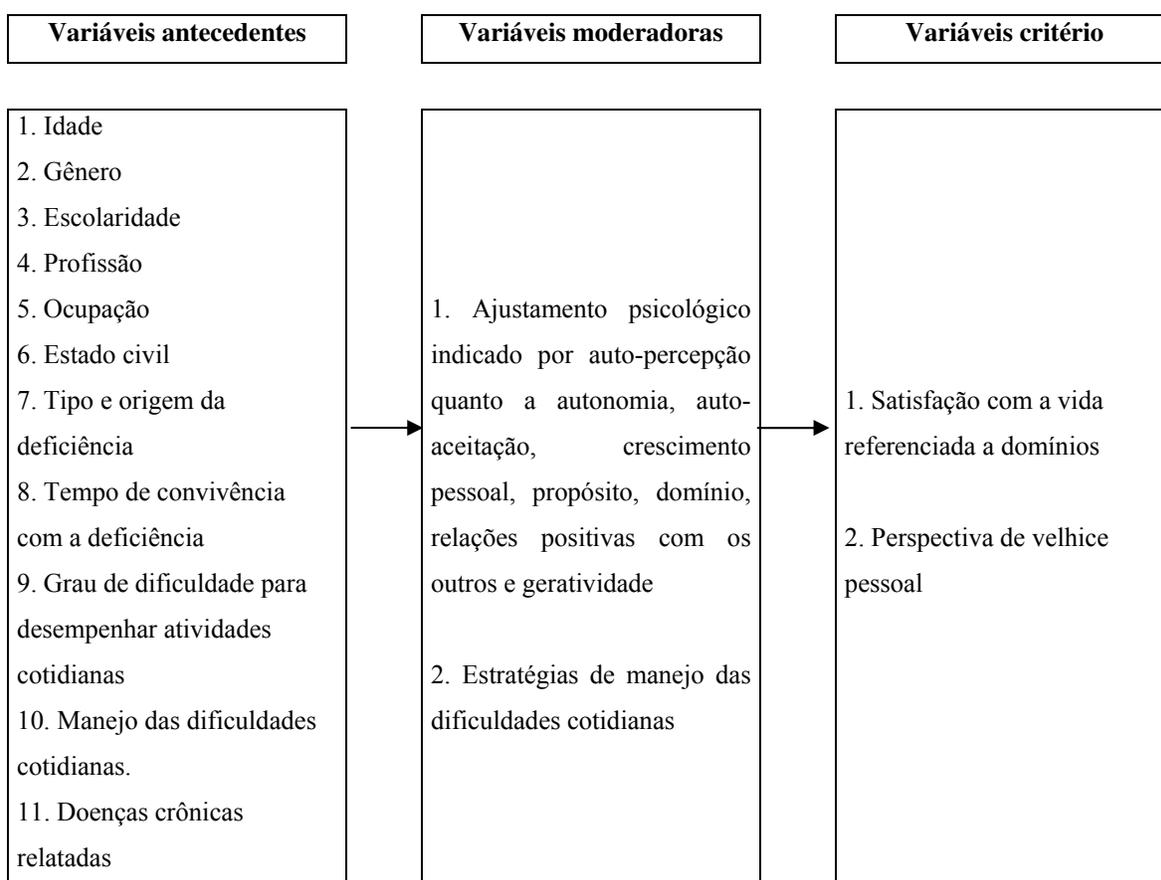
autora, os resultados indicam a presença de elementos auto-protetores e de processos adaptativos mediados por mecanismos de comparação social. Além disso, sugerem o controle por conhecimentos socialmente compartilhados sobre a natureza e a seqüência das mudanças evolutivas (RESENDE, 2001; RESENDE e NERI, 2005).

Admite-se que pessoas com deficiência, qualquer que seja a idade, são mais frágeis do que as que não apresentam nenhuma deficiência, mas que podem desenvolver-se e envelhecer relativamente bem, graças à adoção de adequadas estratégias de ativação, manutenção e compensação de recursos ou potencialidades. Acredita-se que podem ter senso de bem-estar, serem produtivas e engajadas com a vida e que podem ter senso de autonomia na velhice. Mesmo que não apresentem padrões ótimos de funcionamento em determinados domínios, poderão obtê-los em outros, utilizando-se de estratégias de SOC, que resultarão em ajustamento psicológico, condição necessária para a presença de saúde mental. É relevante investigar as condições contextuais e pessoais que permitem a elas terem semelhantes resultados.

São necessárias mais investigações para esclarecer quais são as condições efetivas para um bom envelhecimento, especificamente das pessoas com deficiência física. Como diz Freire (2001), cabe aos profissionais da Psicologia, Saúde e Educação buscarem essas condições, haja vista o interesse pela compreensão do comportamento humano, pela descoberta dos determinantes do comportamento saudável e adaptado, bem como das ações para se prevenir o desajustamento, a doença e a incapacidade.

Esta pesquisa pretende contribuir para a compreensão do processo do envelhecimento psicológico de adultos com deficiência física, congênita ou adquirida, em diferentes graus de independência funcional. Considerando os resultados de pesquisa anterior (RESENDE, 2001; RESENDE e NERI, 2005), parece importante perguntar se as pessoas com deficiência física apresentam desenvolvimento pessoal positivo, senso de bem-estar e uma perspectiva positiva de envelhecimento, ou seja, será que adultos com deficiência física estão envelhecendo bem, com ajustamento psicológico?

Realizamos uma investigação sobre bem-estar subjetivo, senso de ajustamento psicológico, estratégias de manejo das dificuldades cotidianas e variáveis associadas à deficiência em amostra de adultos e idosos com deficiência física, com o objetivo de descrever essas variáveis e as relações entre elas. A utilidade de um modelo operacional reside no fato de expressar a direção das relações que o pesquisador acredita existir entre as variáveis. Nesse sentido, exerce um papel orientador em relação ao delineamento da pesquisa e a interpretação dos dados. Propomos o modelo operacional que aparece abaixo e, a seguir, os objetivos específicos da pesquisa.



## OBJETIVOS

- 1) Caracterizar a natureza da deficiência física relatada pelos participantes, em termos de origem e duração.

- 2) Analisar o grau de dificuldade no desempenho de atividades cotidianas, os apoios disponíveis e as estratégias de manejo das dificuldades por eles relatadas.
- 3) Identificar as doenças crônicas relatadas.
- 4) Descrever e analisar a consistência interna das escalas utilizadas.
- 5) Descrever as auto-percepções quanto ao próprio ajustamento psicológico, ajustamento esse indicado por medidas de autonomia, domínio, auto-aceitação, crescimento pessoal, propósito, relações positivas com os outros e geratividade.
- 6) Investigar a perspectiva de velhice pessoal, em termos de atitudes indicativas de avaliações positivas e negativas em diferentes domínios do envelhecimento.
- 7) Investigar o senso de bem-estar subjetivo referenciado à satisfação global com a vida e à satisfação com a saúde e capacidade física; saúde e capacidade mental e envolvimento social, do sujeito e comparando-se com pessoas de sua idade, tomando-se como critérios de avaliação, os baseados em comparações temporais e sociais.
- 8) Identificar a natureza da covariação entre as variáveis psicológicas comparadas duas a duas.
- 9) Comparar os desempenhos de grupos de idade e gênero nas variáveis consideradas.
- 10) Identificar relações entre idade, gênero, número de doenças auto-relatadas, tempo de convivência com a deficiência física, grau de dependência, estratégias de manejo e as variáveis senso de ajustamento pessoal, satisfação e perspectiva de velhice pessoal.



## MÉTODO

### PARTICIPANTES

Esta pesquisa foi realizada com uma amostra intencional e sistemática retirada do universo da Associação dos Paraplégicos de Uberlândia - APARU (69 pessoas) e do Programa de Atendimento à Pessoa com Deficiência, da Faculdade de Educação Física da Universidade Federal de Uberlândia (21 pessoas). Os critérios de inclusão para participação na pesquisa foram: ter idade acima de 25 anos; ter deficiência física e utilizar auxílio ortopédico (cadeira de rodas, muleta, órtese ou andador) para realizar as atividades básicas e instrumentais de vida diária; ser alfabetizado; não apresentar deficiência mental ou comprometimento cognitivo.

A participação no estudo foi voluntária e foi garantido o sigilo dos dados individuais aos participantes. Foi dito a eles que a participação na pesquisa não trazia riscos e nem benefícios diretos e imediatos, apenas a necessidade de dispor de algum tempo. Os participantes foram também informados sobre os objetivos e sobre o caráter voluntário da participação. Seguindo as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas com seres humanos, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde: este projeto foi submetido a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia, tendo sido aprovado, conforme parecer nº 203/05 (Anexo 1); foi solicitado a cada participante que aceitou o convite para participar da pesquisa, que lesse e assinasse o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 2).

Participaram 90 pessoas, de ambos os sexos, com idade entre 25 e 84 anos ( $M = 42,49$  anos  $\pm 12,27$ ). Os participantes eram adultos jovens (45,5%) ou adultos de meia-idade (44,4%), 56,7% dos quais do sexo masculino; 42,2% eram solteiros e 40% casados; 33,3% tinham escolaridade correspondente ao ensino básico e 31,3% ao ensino médio; 58,9% não

trabalhavam; 62,2% eram aposentados e, entre eles, 85,2% por invalidez; 58,9% não informaram a profissão e entre os que informaram, sete trabalhavam na construção civil ou na prestação de serviços de baixa qualificação profissional, nove trabalhavam em administração ou no comércio (três dos quais como proprietários), cinco trabalhavam como vigias, seis prestavam serviços comunitários, cinco trabalhavam em profissões de nível universitário e dois não tinham ocupação.

## INSTRUMENTOS

Os dados foram coletados mediante os seguintes instrumentos:

1) *Ficha de informações sócio-demográficas* - Questionário para coleta de informações sobre idade, gênero, estado civil, escolaridade, profissão, ocupação, se é aposentado ou não. (Anexo 3)

2) *Ficha de informações sobre a deficiência física* - Questionário para coleta de dados sobre a deficiência: nome e origem (congenita ou adquirida); se adquirida, idade e motivo da aquisição da deficiência; utilização de auxílio ortopédico e de outros tipos de apoio (Anexo 4).

3) *Medida do grau de incapacidade* - Perguntou-se aos participantes o grau de dificuldade que eles apresentam para desempenhar 30 atividades que lhes foram apresentadas com o fito de evocar respostas estruturadas e que permitissem comparar os participantes entre si. Para cada uma dessas atividades, perguntou-se sobre a necessidade de ajuda, com a seguinte questão: “*é sem nenhuma ajuda de outras pessoas ou com a ajuda de algum dispositivo ou equipamento?*”. As atividades foram extraídas e adequadas de instrumentos de medida de atividades básicas de vida diária e atividades instrumentais de vida diária de Gignac, Cott e Badley (2000) e divididas em cinco domínios:

3.a) *Cuidados pessoais*: vestir-se/despir-se, cuidar da própria aparência (toalete pessoal - lavar o rosto e as mãos, pentear-se, escovar os dentes e arrumar-se, fazer a barba/maquiarse), alimentar-se, banho, cortar as unhas, uso do banheiro (sentar-se e levantar-se do vaso, tirar e colocar a roupa).

3.b) *Mobilidade dentro de casa*: levantar-se de uma cadeira sem braços, fazer transferências (deitar-se e levantar-se da cama), ficar de pé por longos períodos, ficar sentado por longos períodos, andar dentro de casa, subir e descer as escadas.;

3.c) *Mobilidade na comunidade*: fazer pequenas caminhadas pelo bairro, entrar e sair de um automóvel, utilizar outros tipos de transporte (ônibus, por exemplo).

3.d) *Atividades domésticas*: cozinhar/preparar refeições, fazer limpeza leve da casa (por exemplo tirar o pó), fazer limpeza pesada (faxina), cuidar do jardim, anotar recados.

3.e) *Atividades prazerosas*: preparar refeições para receber os amigos, passatempos (mais de dois), socialização, viajar por prazer, atividades externas (por exemplo ir à igreja e sair para comer fora) fazer atividades físicas (mais que 3), dedicar-se a atividades de lazer (como assistir TV e ouvir música).

As respostas foram pontuadas como: 0 (nenhuma dificuldade), 1 (alguma dificuldade); 2 (muita dificuldade); 3 (incapaz de realizá-la) (Anexo 5).

4) *Manejo de atividades* - Para os participantes que relataram ter alguma, muita ou total incapacidade de realização, foram apresentadas questões complementares, para cada atividade em que tivesse sido relatado algum desses graus de incapacidade:

4.a) *Você precisa de ajuda de outra pessoa ou de algum dispositivo ou equipamento?*

4.b) *Você teve que fazer alguma adaptação (na casa, em equipamentos) para realizar esta atividade (ou seja, você a realiza de um jeito diferente)?*

As respostas deviam ser *Sim* ou *Não*. Aqueles que responderam sim foram solicitados a detalhar o tipo de modificação ou de ajuda que recebem: “*Que tipo de modificação você fez ou que tipo de ajuda/equipamento você utiliza?*” - Para esta pergunta, as respostas foram abertas, devendo indicar quais esforços comportamentais eram utilizados para manejar a incapacidade frente à deficiência física (Anexo 5).

As respostas sobre o tipo de manejo ou de adaptação utilizados foram analisadas conforme o modelo de seleção e otimização com compensação de Baltes e Baltes (1990). Três juízes analisaram o conteúdo da transcrição literal das respostas e categorizaram-nas segundo os seguintes critérios:

- a) Seleção: o indivíduo restringe ou limita a atividade, executa-a menos frequentemente ou evita envolver-se com ela.
- b) Compensação: o indivíduo modifica as atividades; substitui uma atividade ou objeto por outra; usa recursos tecnológicos, dispositivos, mobília ou equipamento para dar conta de uma limitação.
- c) Otimização: intensificação dos investimentos, canalização dos esforços e das habilidades, planejamento da ação, dispêndio de mais esforço ou tempo, movimentos que evitam ou diminuem a dificuldade, intercalar períodos de descanso.

5) *Inventário Sheppard de Atitudes em Relação à Velhice Pessoal* (NERI, 1986; NERI, 1991; RESENDE, QUEIROZ e FREIRE 1997; NERI, CACHIONI e RESENDE, 2002).

Serve para discriminar as pessoas com visão positiva sobre velhice daquelas com visão negativa. Adaptado semanticamente para o português e validado fatorialmente por Neri (1986), seus itens são categorizados em quatro fatores: 1) *É possível ser feliz na velhice*, 2) *a velhice denuncia dependência, morte e solidão*, 3) *é melhor morrer cedo do que sentir a angústia e a solidão da velhice*, e 4) *a velhice pode propiciar sentimentos de integridade*. Consiste em vinte afirmações, cujas respostas devem ser dadas numa escala Likert de

quatro pontos (de "discordo muitíssimo" a "concordo muitíssimo"). No quadro 1 aparecem os itens distribuídos pelos fatores, assim como sua tipologia no instrumento. (Anexo 6).

Quadro 1. Itens e Domínios Conceituais do Inventário Sheppard para Avaliação de Atitudes em Relação à Velhice:

---

*Fator 1 - É possível ser feliz na velhice*

---

- 1. É na juventude que se pode ter o máximo de satisfação na vida (P)
- 3. Existem poucas possibilidades de ter sentimentos de realização na velhice (S)
- + 4. É possível ter vida sexual ativa na velhice (F)
- + 5. Espero poder desfrutar a minha velhice (P)
- + 6. Não há motivos para que um idoso não possa permanecer ativo (F)
- + 9. Quando eu for velho, espero ter mais tempo livre e menos responsabilidades (S)
- + 12. Espero continuar a sentir-me bem comigo mesmo, independentemente da idade (S)
- 14. Quando eu for velho, a maioria das coisas que farei serão chatas e desinteressantes (S)
- + 18. Quando eu for velho espero sentir-me tão feliz quanto na minha juventude (P)
- + 19. É possível encontrar companheirismo na velhice (S)

---

*Fator 2 - A velhice prenuncia dependência, morte e solidão*

---

- 2. Fico preocupado quando penso que um dia vou ficar velho (P)
- 7. É difícil enfrentar a idéia da própria morte (F)
- 10. Sinto medo ao pensar na debilidade física ocasionada pela velhice (F)
- 16. Acho que vou sentir-me solitário na velhice (S)
- 17. Detesto pensar que meu cônjuge ou companheiro poderá morrer antes de mim (S)

---

*Fator 3 - É melhor morrer cedo do que sentir a angústia e a solidão da velhice*

---

- 8. A vida oferece pouco aos velhos, além de preocupação e desconforto (S)
- 13. É melhor morrer cedo do que enfrentar a velhice nesta sociedade (F)

---

*Fator 4 - A velhice pode propiciar sentimentos de integridade*

---

- + 15. Quando eu for velho, espero sentir-me satisfeito com o que realizei na vida (P)
- + 20. Na velhice é possível perceber como a vida vale a pena ser vivida (P)

---

Aspectos da velhice avaliados pelo Inventário são: F=físicos; P=psicológicos; e S=sociais. Os itens assinalados com o sinal - devem ser invertidos na tabulação dos dados.

6) *Escala de Desenvolvimento Pessoal (EDEP)* (CACHIONI, 2002; QUEROZ, 2003; QUEROZ e NERI, 2005).

Consiste em 30 itens, cujas respostas devem ser dadas numa escala de cinco pontos (de “pouquíssimo” a “muitíssimo”); 18 itens referem-se aos domínios relações positivas com outros, autonomia, propósito de vida, crescimento pessoal, auto-aceitação, domínio sobre o

ambiente, extraídas do modelo de Ryff (1989) e 12 ao conceito de geratividade e suas dimensões criar, manter e oferecer, estas referenciadas à teoria de Erikson (1950; 1998) e ao modelo de McAdams e St Aubin (1992) (Anexo 7).

Quadro 2. Dimensões dos construtos bem-estar psicológico e geratividade, na Escala de Desenvolvimento Pessoal (EDEP).

---

*Fatores do bem-estar psicológico (Ryff, 1989)*

---

*Relações positivas com outros:* possuir relações de satisfação, de confiança e afetivas com os outros. (Itens 6, 14 e 16)

---

*Autonomia:* ter um *self* determinado e independente, tendo em si padrões de avaliação e de aprovação pessoal, sendo capaz de seguir suas próprias opiniões. (Itens 1 e 9)

---

*Sentido de vida:* ter objetivos na vida e senso de direção, administrando o passado e o presente, com metas significativas à vida. (Itens 3,13 e18)

---

*Domínio sobre o ambiente:* ser capaz de administrar as atividades complexas da vida, no âmbito profissional, familiar e pessoal. (Itens 2,10 e 17)

---

*Crescimento pessoal:* ser capaz de manter continuamente seu processo de desenvolvimento, estar aberto às novas experiências, auto-atualização, aperfeiçoamento e realização de suas próprias potencialidades. (Itens 4, 5 e11)

---

*Auto-aceitação:* ser capaz de ter uma aceitação de si e dos outros, com uma atitude positiva sobre si e sobre os acontecimentos anteriores. (Itens 7, 8 e 12)

---

*Dimensões conceituais de geratividade (Neri, 1999)*

---

*Criação ou geração:* de indivíduos, coisas, ações e idéias que sirvam para perpetuar a espécie humana, no sentido biológico e sociocultural. (Itens 19, 27 e 28)

---

*Manutenção:* expressa-se em cuidar, amar, responsabilizar-se, cultivar, preservar, proteger, apoiar, ajudar, socorrer, promover e restaurar e se aplica a indivíduos, grupos, instituições, produtos culturais e à Natureza. (Itens 22, 23 e 24)

---

*Oferta:* expressa-se na transmissão do que foi criado; em ensino, aconselhamento, orientação e modelação; em desejo de deixar um legado pessoal, permitindo que os beneficiários o usem livremente. (Itens 20, 21, 25, 26,29 e 30).

---

7) *Escala para Medida de Satisfação de Vida* (NERI, 1998; FREIRE, 2001; NOGUEIRA, 2001; NERI, 2002; LEÃO JÚNIOR, 2003) - Avalia bem-estar subjetivo, indicado por satisfação referenciada a três domínios - saúde e capacidade física; saúde e capacidade mental e envolvimento social, do sujeito e dele próprio comparando-se com pessoas de sua

idade. A avaliação é feita numa escala de cinco pontos ("muito pouco satisfeito" a "muitíssimo satisfeito") (Anexo 8).

## PROCEDIMENTO

### *Para coleta de dados*

Após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Uberlândia, foi feito contato com a APARU, solicitando autorização para a realização da pesquisa. Antes de iniciar a coleta dos dados, dez alunos de um curso de graduação em Psicologia foram treinados para a aplicação dos instrumentos.

Foi feito contato com os participantes desta instituição, nos dias de reunião ou atividade, para explicar os objetivos da pesquisa, convidar para participar, esclarecer sobre o caráter voluntário da participação e a garantia de sigilo dos dados individuais, e para agendar datas, horários e locais para a coleta de dados. A aplicação dos instrumentos foi feita individualmente, em entrevista face-a-face. Antes, cada sujeito foi convidado a ler e a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

Foram selecionados todos os indivíduos que compareceram às reuniões mensais nos meses de julho, agosto, setembro e outubro de 2005, que atendiam aos critérios de inclusão.

Após a coleta na APARU foi contatada a coordenação do Programa de Atendimento à Pessoa com Deficiência da Faculdade de Educação Física da UFU pedindo que autorizassem a realização da pesquisa com amostra desse serviço. O Comitê de Ensino e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Uberlândia foi informado sobre a autorização da FAEFI. Após nova autorização do CEP, foi feito contato com os participantes para explicar os objetivos da pesquisa, convidando para participar, esclarecer sobre o caráter voluntário da participação e a garantia de sigilo dos dados individuais e agendar datas e horários para a coleta de dados.

A aplicação do protocolo de pesquisa foi feito individualmente, em sessão única de entrevista, em cujo início cada participante era convidado a ler e a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. Foram selecionados como sujeitos todos os indivíduos que compareceram às atividades físicas nos meses de setembro e outubro de 2005 e que atendiam aos critérios de inclusão.

Os instrumentos foram apresentados aos sujeitos na seguinte seqüência: a) Ficha de Informações sócio-demográficas, b) Ficha de informações sobre a deficiência física, c) Medida do grau de Incapacidade, d) Manejo de atividades para cada atividade, e) Inventário Sheppard, f) Escala para Medida de Satisfação de Vida, e g) Escala de Desenvolvimento Pessoal.

## RESULTADOS

Foram tomadas medidas de consistência interna dos instrumentos mediante o coeficiente alfa de Cronbach, considerando-se que valores de alfa acima de 0,70 indicam alta consistência interna. Para descrever o perfil da amostra segundo as variáveis em estudo, foram feitas tabelas de frequência das variáveis categóricas e medidas de posição e dispersão – média, desvio-padrão, valores mínimo, máximo e mediana das variáveis contínuas. Para comparação dos escores entre dois grupos foi utilizado o teste de Mann-Whitney; para três ou mais grupos foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis. Para analisar a correlação entre variáveis ordinais foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman. Para variáveis categóricas foram utilizados os testes Qui-Quadrado e o Exato de Fisher. Para comparação dos escores dos participantes entre os domínios da EDEP, a fim de verificar a predominância de um determinado aspecto foi utilizado o teste de Friedman para amostras relacionadas. Para analisar a relação entre as variáveis antecedentes, mediadoras e critério foi utilizada a Análise de Regressão Linear, com modelos univariado e multivariado, estes com critério *Stepwise* de seleção de variáveis. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5% ( $p < 0.05$ ).

Foram convidados três especialistas em Gerontologia, informados sobre o modelo de otimização seletiva com compensação para validar a categorização das respostas dadas pelos participantes às questões abertas sobre as estratégias utilizadas no manejo das incapacidades.

### AUTO-RELATOS SOBRE A DEFICIÊNCIA E SOBRE OS APOIOS DISPONÍVEIS

A maioria reconhecia possuir uma deficiência (92,2%); 55,6% acreditavam que o grau de sua deficiência era moderado e o restante da amostra dividiu-se entre a avaliação de que a

deficiência que tinham era grave ou leve; 93,3% tinham deficiência física adquirida, 51,8% dos quais por doença. Na Tabela 1 estão demonstradas as frequências dos dados relativos à deficiência.

Tabela 1. Distribuição das variáveis relativas à deficiência

Variável		N	%
É deficiente?	Sim	83	92,2
	Não	7	7,8
Tipo de deficiência	Congênita	6	6,7
	Adquirida	84	93,3
Causa da deficiência adquirida	Acidente	33	39,8
	Doença	43	51,8
	Outros	7	8,4
Não respondeu		1	
Idade em que adquiriu a deficiência	Congênita e/ou adquirida (0 anos)	13	14,8
	Infância (1-11 anos)	24	27,3
	Adolescência (12-20 anos)	7	8,0
	Adulto Jovem (21-40 anos)	25	28,4
	Meia Idade (41-59 anos)	17	19,3
	Velhice ( $\geq 60$ anos)	2	2,3
Não responderam		2	
Há quanto tempo convive com a deficiência	1-3 anos	7	8,0
	3-5 anos	8	9,1
	$\geq 5$ anos	73	83,0
	Não responderam	2	
Grau da deficiência	Grave	21	23,3
	Moderada	50	55,6
	Leve	19	21,1

Na Tabela 2 aparecem dados relativos à possibilidade de contar com ajuda e as fontes de ajuda relatadas pelos participantes. A maioria dos participantes relatou contar com ajuda de alguém (94,4%). As fontes de ajuda não eram exclusivas e provinham principalmente da família (67,0%).

Tabela 2. Distribuição das variáveis relativas à ajuda disponível

Variável		N	%
<b>Conta com ajuda</b>	Sim	85	94,4
	Não	5	5,6
<b>De quem</b>	Amigo	24	27,3
	Familiar	59	67,0
	Cônjuge	28	31,8
	Empregado	08	9,1

## DOENÇAS CRÔNICAS RELATADAS, DIAGNOSTICADAS POR MÉDICOS

Na Tabela 3 estão demonstradas as frequências relativas às doenças crônicas diagnosticadas por médico. A maioria dos participantes (61,6%) relatou que não apresentava nenhuma doença crônica, mas parte da amostra relatou ter mais de uma.

Tabela 3. Distribuição das variáveis relativas às doenças crônicas relatadas

Variável		N	%
<b>Doença crônica</b>	Sim	35	38,9
	Não	55	61,1
<b>Qual</b>	Renal	01	2,9
	Pulmonar	02	5,7
	Músculos, tendões e articulações	01	2,9
	Cardíaca	05	14,3
	Hipertensão	13	37,7
	Diabetes	06	17,1
	Osteoporose	04	11,4
	Outras	13	37,7

Foi observada diferença estatisticamente significativa quanto à relação entre idade e número de doenças: as pessoas com doenças crônicas eram mais velhas ( $M = 47,3 \pm 11,3$  anos) do que as que relataram não ter doenças crônicas ( $M = 39,3 \pm 39,3$  anos, para um p-valor = 0,001).

## ANÁLISE DE CONSISTÊNCIA INTERNA DAS ESCALAS

As Tabelas 4, 5, 6 e 7 apresentam os coeficientes  $\alpha$  de Cronbach indicativos da consistência interna das quatro escalas. Verificou-se alta consistência interna dos instrumentos que avaliaram satisfação, incapacidade, Sheppard total e EDEP total. Verificou-se consistência baixa para os fatores do Inventário Sheppard e para a EDEP. O cálculo dos alfas, retirando-se sucessivamente os itens, permitiu verificar quais tinham mais relação com a eventual baixa consistência encontrada entre os itens. Verificou-se que o item dez é o que mais afeta a consistência interna da escala de incapacidade e que, quando removido a consistência interna é alterada de forma expressiva. Na escala de atitudes em relação à velhice pessoal, os itens mais problemáticos são o 6 e o 9 e na EDEP, no domínio oferecer, o item 15. Em todos os casos, a retirada dos itens melhorou a consistência das escalas, mas no caso de fatores específicos da EDEP, essa operação não produziu melhoras expressivas na consistência interna.

Tabela 4 - Índices de consistência interna da escala Medida do Grau de Incapacidade

Escala / Domínio	Nº de Itens	$\alpha$ de Cronbach	Itens com menor consistência	Correlação com o Total*	$\alpha$ de Cronbach (após retirada dos itens)
<b>Grau Incap. / Total</b>	30	<b>0.931</b>	---	---	---
<b>Grau Incap. / Cuidados Pessoais</b>	6	<b>0.873</b>	---	---	---
<b>Grau Incap. / Mobilidade Casa</b>	6	<b>0.781</b>	Incap10	0.191	<b>0.825</b>
<b>Grau Incap. / Mobildiade Comunidade</b>	3	<b>0.722</b>	---	---	---
<b>Grau Incap. / Atividades Domésticas</b>	5	<b>0.772</b>	Incap20	0.191	<b>0.840</b>
<b>Grau Incap. / Atividades Prazerosas</b>	10	<b>0.835</b>	---	---	---

\* correlação do item com o total do respectivo domínio (n=90 indivíduos).

Tabela 5 - Índices de consistência interna do Inventário Sheppard

Escala / Domínio	Nº de Itens	$\alpha$ de Cronbach	Itens com menor consistência	Correlação com o Total*	$\alpha$ de Cronbach (após retirada dos itens)
Sheppard / Total	20	<b>0.724</b>	SH9	-0.327	<b>0.763</b>
			SH6	-0.151	<b>0.787</b>
Sheppard / Felicidade	11	0.557	SH9	-0.306	0.654
			SH6	-0.173	<b>0.721</b>
Sheppard / Solidão	5	0.610	---	---	---
Sheppard / Morte**	2	0.172	---	---	---
Sheppard / Integridade**	2	0.175	---	---	---

\* correlação do item com o total do respectivo domínio (n=90 indivíduos).

\*\* domínio com número reduzido de itens, podendo levar a valores baixos ou negativos de alfa.

Tabela 6 - Índices de consistência interna da Escala Medida de Satisfação de Vida

Escala / Domínio	Nº de Itens	$\alpha$ de Cronbach	Itens com menor consistência	Correlação com o Total*	$\alpha$ de Cronbach (após retirada dos itens)
Satisfação Vida / Total	12	<b>0.915</b>	---	---	---
Satisfação Vida / Física	6	<b>0.908</b>	---	---	---
Satisfação Vida / Mental	3	<b>0.903</b>	---	---	---
Satisfação Vida / Social	3	<b>0.847</b>	---	---	---
Satisfação Vida / Hoje	4	<b>0.764</b>	---	---	---
Satisfação Vida / Há 5 Anos	4	<b>0.787</b>	---	---	---
Satisfação Vida / Outros Mesma Idade	4	<b>0.766</b>	---	---	---

\* correlação do item com o total do respectivo domínio (n=90 indivíduos).

Tabela 7 - Índices de consistência interna da Escala Desenvolvimento Pessoal

Escala / Domínio	Nº de Itens	$\alpha$ de Cronbach	Itens com menor consistência	Correlação com o Total*	$\alpha$ de Cronbach (após retirada dos itens)
EDEP / Total	30	<b>0.909</b>	EDEP15	0.038	<b>0.913</b>
EDEP / Autonomia**	3	0.260	EDEP15	0.090	0.300
EDEP / Domínio	3	0.579	---	---	---
EDEP / Propósito	3	0.630	---	---	---
EDEP / Crescimento Pessoal	3	0.602	---	---	---
EDEP / Relações Positivas	3	0.486	---	---	---
EDEP / Auto-Aceitação	3	<b>0.729</b>	---	---	---
EDEP / Criar	3	0.531	---	---	---
EDEP / Oferecer	6	0.693	EDEP29	0.111	<b>0.746</b>
EDEP / Manter	3	0.354	---	---	---
EDEP / 1ª Parte (1-18)	18	<b>0.866</b>	EDEP15	0.044	<b>0.876</b>
EDEP / 2ª Parte (19-30)	12	<b>0.805</b>	---	---	---

\* correlação do item com o total do respectivo domínio (n=90 indivíduos).

\*\* domínio com número reduzido de itens, podendo levar a valores baixos ou negativos de alfa.

## GRAU DE INCAPACIDADE PARA AS ATIVIDADES COTIDIANAS

Foi calculada a média das pontuações apresentadas pela amostra nos itens da escala que avaliava o grau de dificuldade para desempenhar atividades cotidianas. As pessoas deste estudo relataram ter alguma necessidade de ajuda de outras pessoas ou de algum dispositivo ou equipamento ( $M = 0,92$ ;  $DP = 0,56$ ).

Na Tabela 8 e na Figura 2 podem ser vistos o grau de dificuldade por domínio, a necessidade de ajuda de outras pessoas e/ou equipamentos (média 11,11 atividades;  $DP = 6,644$ ) e se os participantes disseram executar a atividade com adaptação (média 3,88 atividades;  $DP = 4,66$ ).

Tabela 8. Grau de incapacidade por categoria de atividades

Variável	Média	DP
Cuidados pessoais	0,65	0,65
Mobilidade dentro de casa	1,14	0,70
Mobilidade na comunidade	1,19	0,86
Atividades domésticas	1,37	0,85
Atividades prazerosas	0,65	0,56

Para interpretar os gráficos de caixa, segue a explicação.

A interpretação de gráficos do tipo caixa (box plots) deve ser feita segundo os seguintes critérios aplicados ao modelo que aparece a seguir (ver Figura 1):

- A mediana, representada por um traço no meio da caixa, e a média, representada por um quadradinho, são medidas de tendência central, ou seja, resumem em apenas dois valores o centro do conjunto de dados, mostrando que os dados se distribuem ao redor desses valores.
- Os Quartis 1 e 3 (limites inferior e superior da caixa) mostram a dispersão dos valores ao redor da mediana, valor que separa a amostra em duas metades. Quanto

maior a altura da caixa, maior a dispersão. As caudas além da caixa também indicam a variabilidade dos valores: quanto maiores as caudas, maior a dispersão.

- c) Os asteriscos inferior e superior indicam, respectivamente, os valores mínimo e máximo da distribuição. Se os asteriscos caírem em cima da cauda, não serão considerados como observações discrepantes. Porém, se ficarem distantes, indicarão que são observações bem menores ou maiores que as demais dentro do seu grupo.
- d) Para comparar os valores de um grupo com os demais, verifica-se primeiramente a localização da mediana e, em seguida, analisa-se a sobreposição das caixas e das caudas entre os grupos. Geralmente, mas não necessariamente, se dois grupos forem diferentes, então suas caixas ou caudas não estarão sobrepostas.

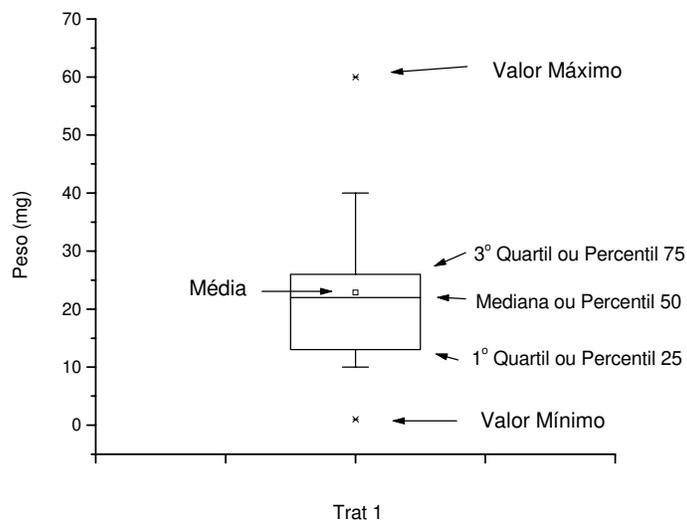


Figura 1. Os elementos de um gráfico de caixa e seu significado



Os gráficos de caixas mostram que as dificuldades mais relatadas referiram-se à realização de tarefas domésticas e à mobilidade; as frequências mais baixas foram em atividades prazerosas e em cuidados pessoais.

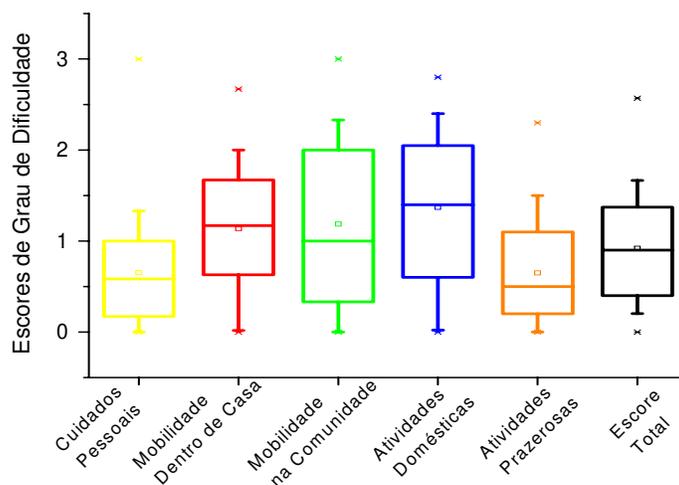


Figura 2 – Distribuição dos valores das variáveis indicadoras do grau de incapacidade nas categorias de atividades.

#### MANEJO DE DIFICULDADES PARA AS ATIVIDADES COTIDIANAS

Apenas três pessoas relataram que não utilizavam adaptações para desempenhar as atividades (ver Fig. 3). Uma cifra entre 1 e 39% dos participantes por atividade, relataram que fizeram alguma adaptação ou modificação no ambiente, ou que contava com a ajuda de pessoas ou equipamentos (ver Fig. 4).

Para 15 das atividades listadas pelo menos 50,0% dos participantes não apresentaram nenhuma dificuldade; nas outras 15 atividades, a maioria relatou precisar de alguma ajuda ou ser incapaz de realizar. As atividades que a maioria dos participantes relatou desempenhar sem nenhuma dificuldade foram: ouvir música (92,2%), assistir TV (88,9%), anotar recados (86,7%), alimentar-se (81,1%), socialização (74,4%), passatempos (67,8%), cuidar da própria aparência (66,7%), atividades religiosas – ir à igreja (64,4%), andar



dentro de casa (63,3%), ficar sentado por longos períodos (62,2%), sair para comer fora (60,0%), atividades de lazer (60,0%), uso do banheiro (58,9%), fazer transferências (55,6%), viajar por prazer (50,0%) (ver Anexo 9).

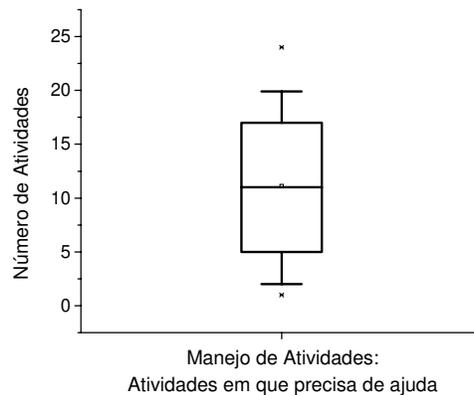


Figura 3 – Distribuição dos valores das variáveis indicadoras das atividades em que precisa de ajuda.

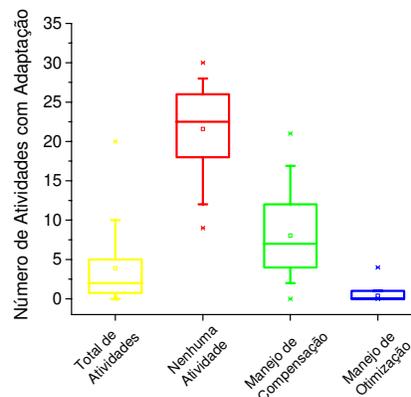


Figura 4 – Distribuição dos valores das variáveis indicadoras dos valores obtidos para a variável manejo de atividades.

Na Tabela 9 é possível ver os resultados da análise de conteúdo quanto às estratégias utilizadas. As mais freqüentes foram as de compensação. Note-se que a totalidade dos participantes relatou utilizar alguma estratégia de manejo das dificuldades ocasionadas pela deficiência física.



Tabela 9. Frequência e tipo de comportamentos adaptativos auto-relatados

Tipo de adaptação	Frequência absoluta	%	Média	DP	Relatos de pelo menos uma adaptação feita com a estratégia	
					N	%
Seleção	0	0	0	0	0	0
Compensação	723	26,8	8,03	5,46	87	96,7
Otimização	35	1,3	0,39	0,74	25	27,8
Nenhuma	1942	71,9	21,58	5,63	-	-
<b>Total</b>	<b>2700</b>	<b>100</b>				

### AJUSTAMENTO PSICOLÓGICO

Com relação ao ajustamento psicológico indicado pelos escores na EDEP, os participantes apresentaram pontuação positiva (média de 3,88; DP = 0,52). Os resultados indicaram que os participantes viam-se como crescendo pessoalmente (média 4,20; DP = 0,58) e tendo metas de vida (média 4,16; DP = 0,65). Apresentaram boa auto-aceitação (média 3,95; DP = 0,80), bom senso de domínio sobre o ambiente (3,94; DP = 0,75) e bom senso de autonomia (média 3,90; DP = 0,69). Além disso, disseram manter relações positivas com os outros (média 3,66; DP = 0,74). Quanto à geratividade, na dimensão ofertar a média foi de 3,92 (DP = 0,65); em manter a média foi de 3,59 (DP = 0,81) e em criar foi de 3,54 (DP = 0,85) (ver Fig. 5 e Fig. 6).

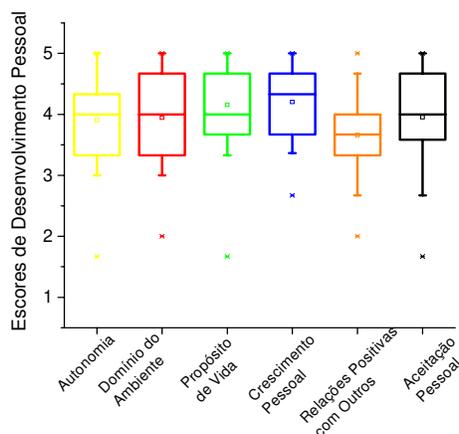


Figura 5 – Distribuição dos valores das variáveis indicadoras de ajustamento psicológico avaliadas pela EDEP



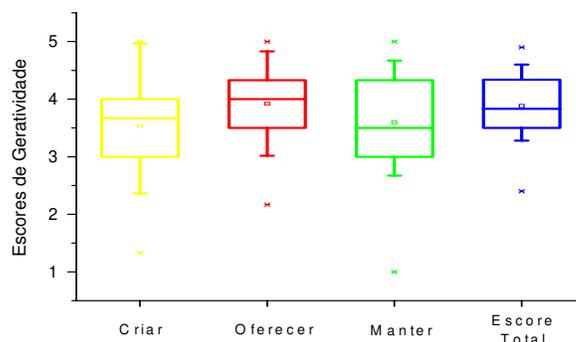


Figura 6 – Distribuição dos valores das variáveis indicadoras de geratividade e escore total em ajustamento psicológico avaliado pela EDEP

Os gráficos de caixas mostram que os domínios onde os participantes apresentam maior desenvolvimento pessoal são propósito na vida e crescimento pessoal, e geratividade, no domínio oferecer. Através do teste de Friedman para amostras relacionadas, encontrou-se diferença significativa entre as médias nesses domínios e nos demais. A Tabela 10, a seguir, apresenta as estatísticas descritivas dos escores dos domínios da EDEP para a amostra total, e a comparação dos escores entre os domínios.

Tabela 10. Análise descritiva e comparativa dos escores da EDEP.

VARIÁVEL	N	MÉDIA	D. P.	MÍN	MEDIANA	MÁX	DESCRIÇÃO
ED_AUTON	90	3.90	0.69	1.67	4.00	5.00	AUTONOMIA (EDEP)
ED_DOMIN	90	3.94	0.75	2.00	4.00	5.00	DOMÍNIO (EDEP)
ED_PROPO	90	4.16	0.65	1.67	4.00	5.00	PROPÓSITO (EDEP)
ED_CRESC	90	4.20	0.58	2.67	4.33	5.00	CRESCIM. PESSOAL (EDEP)
ED_RELAC	90	3.66	0.74	2.00	3.67	5.00	RELAÇÕES POSIT. OUTROS (EDEP)
ED_ACEIT	90	3.95	0.80	1.67	4.00	5.00	AUTO-ACEITAÇÃO (EDEP)
TESTE DE FRIEDMAN*: $\chi^2=53.93$ ; $P<0.001$							
ED_CRIAR	90	3.54	0.85	1.33	3.67	5.00	GERATIVIDADE-CRIAR (EDEP)
ED_OFERE	90	3.92	0.65	2.17	4.00	5.00	GERATIVIDADE-OFERECER (EDEP)
ED_MANTE	90	3.59	0.81	1.00	3.50	5.00	GERATIVIDADE-MANTER (EDEP)
TESTE DE FRIEDMAN*: $\chi^2=22.98$ ; $P<0.001$							

\* p-valor referente ao teste de Friedman para comparação dos escores entre os domínios. Diferenças significativas para *Ajustamento Psicológico* ( $p<0.05$ ): Autonomia  $\neq$  Propósito; Autonomia  $\neq$  Crescimento; Autonomia  $\neq$  Relações; Domínio  $\neq$  Propósito; Domínio  $\neq$  Crescimento; Domínio  $\neq$  Relações; Propósito  $\neq$  Relações; Propósito  $\neq$  Aceitação; Crescimento  $\neq$  Relações; Crescimento  $\neq$  Aceitação; Relações  $\neq$  Aceitação. Diferenças significativas para *Geratividade* ( $p<0.05$ ): Criar  $\neq$  Oferecer; Manter  $\neq$  Oferecer.



## PERSPECTIVA DE VELHICE PESSOAL

Foi calculada a média das pontuações apresentadas pela amostra nos itens da escala que avaliava atitudes em relação à velhice pessoal (Inventário Sheppard). Resultou a média de 2,13, com um desvio padrão de 0,31, valores que indicam que as respostas foram, em geral, positivas. Na dimensão “é possível ser feliz na velhice” (domínio 1), encontrou-se a média de 2,07 (DP = 0,31). Na dimensão “a velhice prenuncia dependência, morte e solidão” (domínio 2), a média foi de 2,35 (DP = 0,54). Na dimensão “é melhor morrer cedo, do que sentir a angústia e solidão da velhice” (domínio 3) obteve-se uma média de 2,10 (DP = 0,61). Quanto à dimensão “a velhice pode propiciar sentimentos de integridade” (domínio 4), obteve-se a média de 1,91 (DP = 0,52) (ver Fig. 7).

Ou seja, embora exista uma tendência a atitudes positivas em relação à velhice pessoal, e que os participantes acreditem que esta fase propicia sentimentos de integridade e que é possível ser feliz nela, eles também acreditam que a velhice pode trazer dependência, morte e solidão, bem como que é melhor morrer cedo do que sentir a angústia e solidão da velhice.

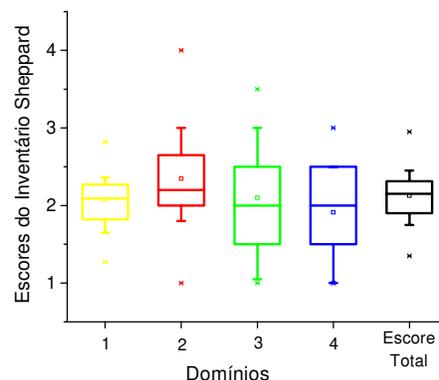


Figura 7 – Distribuição dos valores das variáveis indicadoras da perspectiva de velhice pessoal avaliada pelo Inventário Sheppard.



## SATISFAÇÃO COM A VIDA

De um modo geral, as pessoas com deficiência física apresentam bem-estar subjetivo positivo, indicado por satisfação relatada a partir dos vários domínios, sendo que a maior satisfação ocorreu em relação saúde e à capacidade mental.

Analisando-se os dados sobre satisfação auto-relatada encontrou-se que os entrevistados apresentaram bem-estar subjetivo de moderado a alto nos domínios saúde e capacidade física (média 3,17; DP = 0,97); capacidade mental (média 3,97; DP = 0,96); envolvimento social (média 3,77; DP = 0,95). Da mesma forma, foram de moderadas a altas as avaliações de satisfação com a vida hoje (média 3,63; DP = 0,78); satisfação com a vida em comparação com cinco anos atrás (média 3,40; DP = 0,93) e satisfação com a vida comparada com a de outras pessoas da mesma idade (média 3,54; DP = 0,88) (ver Fig. 8).

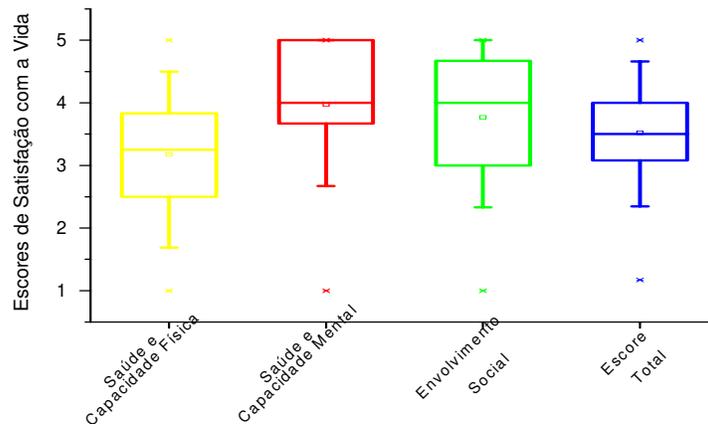


Figura 8 – Distribuição dos valores das variáveis indicadoras de satisfação com a vida referenciada a domínios.

Os participantes relataram estar moderada e altamente satisfeitos com a vida hoje (média 3,63; DP = 0,78); satisfeitos quando comparam sua vida com a de cinco anos atrás (média 3,40; DP = 0,93) e satisfeitos quando comparam suas vidas às de outras pessoas da mesma idade (média 3,54; DP = 0,88) (ver Fig. 9).



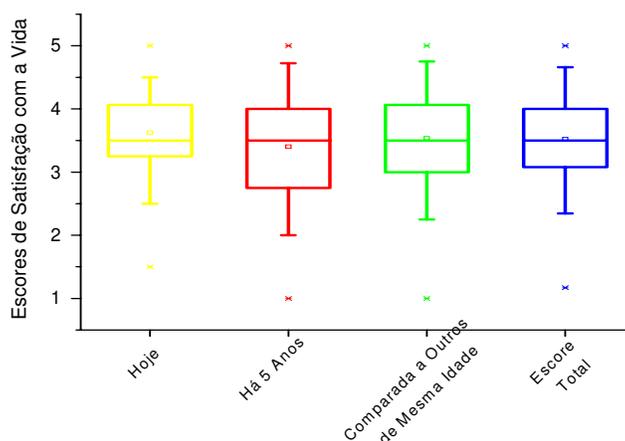


Figura 9 – Distribuição dos valores das variáveis indicadoras de satisfação com a vida, segundo critérios de comparação temporal e social.

#### COMPARAÇÕES POR GÊNERO E IDADE, CONSIDERANDO-SE TODAS AS MEDIDAS

A Figura 10 apresenta as distribuições de freqüências das respostas aos itens das diversas escalas em que foram observadas diferenças estatisticamente significantes entre os gêneros.

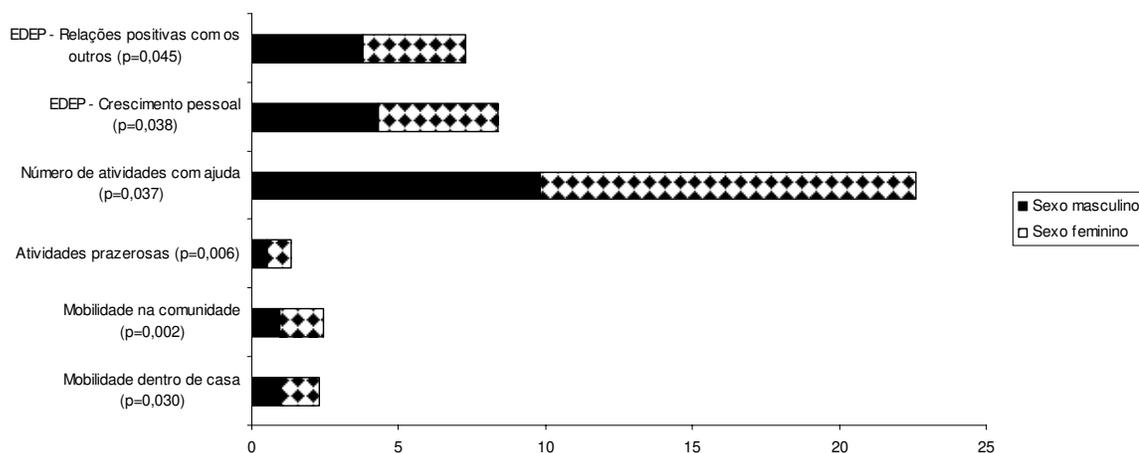


Figura 10 – Freqüências de resposta e valores de p para os itens em que foram observadas diferenças estatisticamente significantes, nas comparações por gênero.

As mulheres relataram mais dificuldades para realizar as atividades cotidianas e senso menos positivo de desenvolvimento pessoal do que os homens. As mulheres afirmaram ter mais dificuldades em atividades de mobilidade dentro de casa, de mobilidade na comunidade e nas atividades prazerosas; maior incapacidade e mais necessidade de ajuda; mais baixo senso de crescimento pessoal e menos relações positivas com outros do que os homens.

Com relação à comparação dos escores entre as faixas etárias, verificou-se diferença significativa entre as idades apenas para dificuldades em atividades domésticas ( $M = 1,89$ ;  $DP = 0,55$ ;  $p = 0,046$ ): as pessoas velhas ( $\geq 60$  anos) relataram ter mais dificuldades no desempenho de tarefas domésticas do que os adultos na meia idade (40 a 59 anos).

Houve diferença significativa também entre as idades para satisfação com a vida, domínio capacidade mental ( $M = 4,20$ ;  $DP = 0,87$ ;  $p = 0,047$ ) e ajustamento psicológico, domínio autonomia ( $M = 4,05$ ;  $DP = 0,67$ ;  $p = 0,046$ ): os indivíduos com menos de 40 anos estão mais satisfeitos com sua capacidade mental e apresentaram maior senso de autonomia do que os grupos mais velhos.

#### CORRELAÇÕES ENTRE AS MEDIDAS: ANÁLISES BIVARIADAS

As análises de correlação entre a EDEP e o Inventário Sheppard, respectivamente indicadores de ajustamento pessoal e de perspectiva de velhice pessoal, mostraram que, quanto mais alto o escore em ajustamento pessoal, mais positiva a perspectiva de velhice pessoal. Os indivíduos com escores mais altos em propósito na vida ( $r = -0,31226$ ;  $p = 0,0027$ ), senso de crescimento pessoal ( $r = -0,28402$ ;  $p = 0,0067$ ), relações positivas com os outros ( $r = -0,23534$ ;  $p = 0,0256$ ) e geratividade, domínios criar ( $r = -0,26290$ ;  $p = 0,0123$ ) e oferecer ( $r = -0,28093$ ;  $p = 0,0073$ ), foram os que mais disseram acreditar que é possível ser feliz na velhice. As pessoas que menos acreditam que a velhice prenuncia dependência,

morte e solidão foram as que relataram ter maiores senso de domínio sobre o ambiente ( $r = -0,26788$ ;  $p = 0,0107$ ), propósito na vida ( $r = -0,41236$ ;  $p = 0,0001$ ), crescimento pessoal ( $r = -0,28016$ ;  $p = 0,0075$ ), relações positivas com os outros ( $r = -0,29750$ ;  $p = 0,0044$ ), auto-aceitação ( $r = -0,41640$ ;  $p = 0,0001$ ) e geratividade, domínios criar ( $r = -0,36514$ ;  $p = 0,0004$ ) e oferecer ( $r = -0,34408$ ;  $p = 0,0009$ ). A crença de que a velhice pode propiciar sentimentos de integridade correlacionou-se positivamente com o senso de propósito na vida ( $r = -0,33731$ ;  $p = 0,0011$ ) e a auto-aceitação ( $r = -0,25672$ ;  $p = 0,146$ ). Os sinais que indicam correlação negativa devem-se ao fato de que, na escala, um dos itens considerados estava invertido (ver Anexo 10).

Nas comparações entre os escores de ajustamento pessoal e as medidas de dependência e necessidade de ajuda observou-se que, quanto menor o número de atividades para as quais as pessoas disseram precisar de ajuda e quanto menor a dificuldade para desempenhar atividades prazerosas, maior o senso de autonomia. Quanto menor a dificuldade em realizar as atividades de cuidado pessoal e as atividades prazerosas, quanto menor a dificuldade geral em atividades cotidianas e quanto menor o número de ajudas necessárias, maior o senso de domínio sobre o ambiente. Isso significa que, de forma geral, quanto maior a independência funcional e menor a necessidade de ajuda, maior o senso de ajustamento pessoal (ver Anexo 11).

Nas correlações entre o grau de incapacidade e de manejo com satisfação com a vida, verificou-se o seguinte: As pessoas com maior satisfação com a vida hoje foram aquelas que disseram ter menor dificuldade para exercer atividades prazerosas ( $r = -0,31229$ ;  $p = 0,0027$ ), que apresentaram menor dificuldade no desempenho de atividades cotidianas ( $r = -0,26198$ ;  $p = 0,0126$ ) e menos necessidade de ajuda para realizá-las ( $r = -0,28423$ ;  $p = 0,0066$ ). Os indivíduos mais satisfeitos com a vida hoje, em comparação com cinco anos atrás, foram os que descreveram ter menor dificuldade para exercer atividades prazerosas ( $r = -0,32612$ ;  $p = 0,0017$ ) e precisar de menos ajuda para realizar as atividades cotidianas ( $r = -0,24043$ ;  $p = 0,0225$ ). As pessoas com maior satisfação com a vida, em comparação com outras pessoas da mesma idade, foram aquelas que disseram ter menor dificuldade para exercer atividades prazerosas ( $r = -0,33379$ ;  $p = 0,0013$ ), que apresentaram

menor dificuldade no desempenho de atividades cotidianas ( $r = -0,26477$ ;  $p = 0,0117$ ) e menos necessidade de ajuda para realizá-las ( $r = -0,22529$ ;  $p = 0,0326$ ). As pessoas mais satisfeitas com sua capacidade física e sua saúde foram aquelas que disseram ter menor dificuldade para exercer atividades prazerosas ( $r = -0,31699$ ;  $p = 0,0023$ ), que apresentaram menor dificuldade no desempenho de atividades cotidianas ( $r = -0,22800$ ;  $p = 0,0307$ ) e menos necessidade de ajuda para realizá-las ( $r = -0,21103$ ;  $p = 0,0459$ ). Os mais satisfeitos com sua capacidade mental foram aqueles com menos dificuldades em exercer atividades prazerosas ( $r = -0,24382$ ;  $p = 0,0206$ ), que precisam de menos ajuda ( $r = -0,34028$ ;  $p = 0,0010$ ) e que fazem menos adaptações para o desempenho de atividades cotidianas ( $r = -0,25084$ ;  $p = 0,0171$ ). Os mais satisfeitos com seu envolvimento social foram os que relataram ter menor dificuldade para exercer atividades prazerosas ( $r = -0,24504$ ;  $p = 0,0199$ ) e menos dificuldades para realizar as atividades cotidianas em geral ( $r = -0,20982$ ;  $p = 0,0472$ ). Ou seja, maior satisfação com a vida apareceu relacionada com menor dificuldade em atividades prazerosas ( $r = -0,33950$ ;  $p = 0,0011$ ) e em atividades cotidianas em geral ( $r = -0,24674$ ;  $p = 0,0191$ ), e com menor necessidade de ajuda em atividades cotidianas ( $r = -0,24332$ ;  $p = 0,0208$ ) (ver Anexo 12).

A partir das correlações entre escores do grau de incapacidade e manejo e as medidas perspectivas de velhice pessoal, é possível dizer que as pessoas que mais acreditam que a velhice prenuncia sentimentos de integridade foram as que afirmaram fazer mais adaptações para realizar atividades cotidianas ( $r = -0,25054$ ;  $p = 0,0172$ ) (ver Anexo 13).

A partir do teste de correlação entre satisfação com a vida e perspectiva de velhice pessoal (ver Anexo 14) verificou-se que: quanto maior a satisfação com a vida comparada com outras pessoas da mesma idade, menos a pessoa disse acreditar que a velhice prenuncia dependência, morte e solidão ( $r = -0,25987$ ;  $p = 0,0134$ ); quanto maior a satisfação com a capacidade mental, mais a pessoa afirmou acreditar que é possível ser feliz na velhice ( $r = -0,30659$ ;  $p = 0,0033$ ).

As correlações entre os escores das escalas e as variáveis idade e tempo de deficiência (ver Anexo 15) indicaram que quanto menor a idade dos participantes, maior a satisfação com a vida hoje ( $r = -0,28903$ ;  $p = 0,0057$ ), hoje comparada com a de cinco anos atrás

( $r = -0,26322$ ;  $p = 0,0122$ ), em comparação com outras pessoas da mesma idade ( $r = -0,22759$ ;  $p = 0,0177$ ) e com a capacidade mental ( $r = -0,37288$ ;  $p = 0,0003$ ). Quanto mais jovens, maior o senso de autonomia ( $r = -0,24058$ ;  $p = 0,0224$ ), crescimento pessoal ( $r = -0,27016$ ;  $p = 0,0100$ ), e geratividade no domínio criar ( $r = -0,22578$ ;  $p = 0,0324$ ). Quanto mais tempo de convivência com a deficiência, maior a crença de que “*É melhor morrer cedo do que sentir a angústia e a solidão da velhice*” ( $r = -0,25243$ ;  $p = 0,0177$ ), e maior a satisfação com a vida no domínio capacidade física ( $r = -0,21257$ ;  $p = 0,0468$ ) (ver Anexo 16).

#### ANÁLISE DE REGRESSÃO: COMPARAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, AS RELACIONADAS À DEFICIÊNCIA E À INCAPACIDADE E AS VARIÁVEIS PSICOLÓGICAS

As variáveis ajustamento psicológico, satisfação com a vida e perspectiva de velhice pessoal foram comparadas com as demais variáveis do modelo (antecedentes), em busca de relações entre elas. Foram feitas primeiramente análises univariadas e depois multivariadas estas pelo critério *stepwise* de seleção de variáveis.

Observou-se relação significativa apenas da idade (em anos) com o senso de ajustamento psicológico indicado pelo escore total na EDEP, pois houve decréscimo de 0,01 unidade do escore total da EDEP a cada ano de idade, ou de 0,10 a cada 10 anos de idade. Ou seja, quanto maior a idade, mais baixo o escore em ajustamento psicológico. A Tabela 11 apresenta os resultados da análise de regressão linear univariada para as variáveis antecedentes e o ajustamento pessoal.

Tabela 11. Resultados da análise de regressão linear univariada para escore total da EDEP

Variável	Categorias	p-valor	R <sup>2</sup> (%)	Estimativa (E.P.)*
Idade (faixas)	<40 anos	---	0.68	3.93 (0.08)
	>=40 anos	0.440		-0.09 (0.11)
Idade	variável contínua	<b>0.045</b>	4.51	4.26 (0.20) -0.01 (0.004)
Sexo	Masculino	---	3.12	3.96 (0.07)
	Feminino	0.096		-0.19 (0.11)
Escolaridade	Básico+Fundamental	---	0.67	3.84 (0.07)
	Médio+Superior	0.444		0.09 (0.11)
Trabalha	Não	---	0.10	3.87 (0.07)
	Sim	0.765		0.03 (0.11)
Aposentado	Não	---	0.01	3.89 (0.09)
	Sim	0.933		-0.01 (0.11)
Estado Civil	Sem Companheiro	---	0.02	3.89 (0.07)
	Com Companheiro	0.885		-0.02 (0.11)
Tipo de Deficiência	Adquirida	---	2.63	3.86 (0.06)
	Congênita	0.127		0.34 (0.22)
Origem da Deficiência	Por Doença	---	0.05	3.87 (0.08)
	Por Acidente	0.868		0.02 (0.12)
	Outros+Congênita	0.865		0.03 (0.16)
Grau de Incapacidade (escore total)	variável contínua	0.166	2.17	4.01 (0.11)
				-0.14 (0.10)
Número de Atividades com Ajuda	variável contínua (log <sub>10</sub> )	<b>0.049</b>	4.31	4.13 (0.14) -0.28 (0.14)
Núm. Atividades com Adaptação	variável contínua (log <sub>10</sub> )	0.534	0.44	3.83 (0.09) 0.09 (0.15)

\*R<sup>2</sup>=coeficiente de determinação (% de variabilidade da variável resposta explicada pela variável independente); E.P.=Erro Padrão; Estimativa = valores do intercepto (1º valor) e do coeficiente angular (2º valor) na reta de regressão  $Y=a+bX$ .  
Variável Dependente: Escore Total da EDEP (ajustamento psicológico); n=90 participantes.

A Tabela 12 apresenta os resultados da análise de regressão linear múltipla, critério *stepwise* de seleção de variáveis, comparando as variáveis antecedentes com o indicador de ajustamento psicológico.

Tabela 12. Resultados da análise de regressão linear múltipla para escore da EDEP (n=90).

Variáveis Seleccionadas	Categorias/Níveis	p-valor	R <sup>2</sup> (%)	Estimativa (E.P.)*
Idade	variável contínua	<b>0.045</b>	4.51	4.26 (0.20) -0.01 (0.004)

\*R<sup>2</sup>=coeficiente de determinação parcial; E.P.=Erro Padrão; Estimativa = valores do intercepto (1º valor) e do coeficiente angular (2º valor) na reta de regressão. Variável Dependente: Escore Total da EDEP. Critério *Stepwise* de seleção de variáveis. R<sup>2</sup> Total=4.51%

A Tabela 13 apresenta os resultados da análise de regressão linear univariada para estudar a relação das variáveis antecedentes e mediadora com a variável critério satisfação com a vida (escore total).

Tabela 13. Resultados da análise de regressão linear univariada para escore de satisfação

Variável	Categorias	p-valor	R <sup>2</sup> (%)	Estimativa (E.P.)*
Idade (faixas)	<40 anos	---	1.73	3.64 (0.13)
	>=40 anos	0.217		-0.21 (0.17)
Idade	variável contínua	<b>0.004</b>	8.94	4.35 (0.29) -0.02 (0.01)
Sexo	Masculino	---	2.09	3.62 (0.11)
	Feminino	0.174		-0.23 (0.17)
Escolaridade	Básico+Fundamental	---	1.33	3.44 (0.11)
	Médio+Superior	0.278		0.19 (0.17)
Trabalha	Não	---	0.02	3.51 (0.11)
	Sim	0.886		0.03 (0.17)
Aposentado	Não	---	1.50	3.65 (0.14)
	Sim	0.250		-0.20 (0.17)
Estado Civil	Sem Companheiro	---	2.52	3.63 (0.11)
	Com Companheiro	0.135		-0.26 (0.17)
Tipo de Deficiência	Adquirida	---	1.87	3.49 (0.09)
	Congênita	0.199		0.44 (0.34)
Origem da Deficiência	Por Doença	---	0.78	3.47 (0.12)
	Por Acidente	0.747		0.06 (0.19)
	Outros+Congênita	0.412		0.21 (0.25)
Grau de Incapacidade (escore total)	variável contínua	<b>0.015</b>	6.56	3.86 (0.16) -0.37 (0.15)
Número de Atividades com Ajuda	variável contínua (log <sub>10</sub> )	<b>0.002</b>	10.05	4.12 (0.21) -0.65 (0.21)
Núm. Atividades com Adaptação	variável contínua (log <sub>10</sub> )	0.122	2.70	3.70 (0.14) -0.35 (0.22)
Ajustamento Psicológico (escore total)	variável contínua	<b>&lt;0.001</b>	18.16	0.98 (0.58) 0.66 (0.15)

\*R<sup>2</sup>=coeficiente de determinação (% de variabilidade da variável resposta explicada pela variável independente); E.P.=Erro Padrão;

Estimativa = valores do intercepto (1º valor) e do coeficiente angular (2º valor) na reta de regressão Y=a+bX.

Variável Dependente: Escore Total de Satisfação; n=90 participantes.

A Tabela 14 apresenta os resultados da análise de regressão linear múltipla para as mesmas variáveis. Em suma, verificou-se relação conjunta significativa entre os escores de ajustamento psicológico, o número de atividades com ajuda, a idade e a satisfação com a vida: aumento de 0,51 unidade do escore de satisfação a cada unidade de aumento do escore total da EDEP; redução de 0,47 unidade do escore de satisfação a cada unidade (em  $\log_{10}$ ) de aumento do número de atividades em que precisa de ajuda, e redução de 0,01 unidade do escore de satisfação a cada ano de idade. Ou seja, os indivíduos que apresentaram maior satisfação com a vida foram os com maior ajustamento psicológico, os mais novos e os mais independentes.

Tabela 14. Resultados da análise de regressão linear múltipla para escore de satisfação

Variáveis Seleccionadas	Categorias/Níveis	p-valor	R <sup>2</sup> (%)	Estimativa (E.P.)*
Ajustamento Psicológico (escore total)	variável contínua	<b>&lt;0.001</b>	18.16	2.54 (0.73)
				0.51 (0.15)
Número de Atividades com Ajuda	variável contínua ( $\log_{10}$ )	<b>0.016</b>	5.45	-0.47 (0.19)
Idade	variável contínua	<b>0.029</b>	4.15	-0.01 (0.01)

\*R<sup>2</sup>=coeficiente de determinação parcial; E.P.=Erro Padrão; Estimativa = valores do intercepto (1º valor) e do coeficiente angular (2º valor) na reta de regressão. Variável Dependente: Escore Total de Satisfação. Critério *Stepwise* de seleção de variáveis. R<sup>2</sup> Total=27.76%

A Tabela 15 apresenta os resultados da análise de regressão linear univariada para estudar a relação das variáveis antecedentes e mediadora com a variável critério, perspectiva de velhice pessoal (escore total do Inventário Sheppard).

Tabela 15. Resultados da análise de regressão linear univariada para escore de Sheppard

Variável	Categorias	p-valor	R <sup>2</sup> (%)	Estimativa (E.P.)*
Idade (faixas)	<40 anos	---	0.42	2.10 (0.05)
	>=40 anos	0.543		0.04 (0.07)
Idade	variável contínua	0.212	1.76	1.98 (0.12) 0.01 (0.003)
Sexo	Masculino	---	0.60	2.11 (0.04)
	Feminino	0.468		0.05 (0.07)
Escolaridade	Básico+Fundamental	---	3.96	2.18 (0.04)
	Médio+Superior	0.060		-0.12 (0.06)
Trabalha	Não	---	0.29	2.14 (0.04)
	Sim	0.612		-0.03 (0.07)
Aposentado	Não	---	2.14	2.07 (0.05)
	Sim	0.169		0.09 (0.07)
Estado Civil	Sem Companheiro	---	0.02	2.13 (0.04)
	Com Companheiro	0.885		-0.01 (0.07)
Tipo de Deficiência	Adquirida	---	6.91	2.15 (0.03)
	Congênita	<b>0.012</b>		-0.32 (0.13)
Origem da Deficiência	Por Doença	---	5.55	2.20 (0.05)
	Por Acidente	0.140		-0.10 (0.07)
	Outros+Congênita	<b>0.039</b>		-0.20 (0.09)
Grau de Incapacidade (escore total)	variável contínua	0.991	0.01	2.13 (0.06) -0.01 (0.06)
Número de Atividades com Ajuda	variável contínua (log <sub>10</sub> )	0.668	0.21	2.09 (0.08) 0.04 (0.08)
Núm. Atividades com Adaptação	variável contínua (log <sub>10</sub> )	0.185	1.99	2.19 (0.06) -0.11 (0.09)
Ajustamento Psicológico (escore total)	variável contínua	<b>&lt;0.001</b>	18.31	3.11 (0.22) -0.25 (0.06)

\*R<sup>2</sup>=coeficiente de determinação (% de variabilidade da variável resposta explicada pela variável independente); E.P.=Erro Padrão; Estimativa = valores do intercepto (1º valor) e do coeficiente angular (2º valor) na reta de regressão Y=a+bX.

Variável Dependente: Escore Total de Sheppard (perspectiva de velhice pessoal); n=90 participantes.

A Tabela 16 apresenta os resultados da análise de regressão linear múltipla para as mesmas variáveis.

Tabela 16. Resultados da análise de regressão linear múltipla para escore de Sheppard

Variáveis Seleccionadas	Categorias/Níveis	p-valor	R <sup>2</sup> (%)	Estimativa (E.P.)*
Ajustamento Psicológico (escore total)	variável contínua	<b>&lt;0.001</b>	18.31	3.05 (0.22)
				-0.23 (0.06)
Tipo de Deficiência	Adquirida Congênita	<b>0.041</b>	3.85	-0.24 (0.12)

\*R<sup>2</sup>=coeficiente de determinação parcial; E.P.=Erro Padrão; Estimativa = valores do intercepto (1º valor) e do coeficiente angular (2º valor) na reta de regressão. Variável Dependente: Escore Total de Sheppard. Critério *Stepwise* de seleção de variáveis. R<sup>2</sup> Total=22.16%

Em suma, ocorreu relação conjunta significativa entre ajustamento psicológico e tipo de deficiência com a perspectiva de velhice pessoal: redução de 0,23 unidade do escore no Inventário Sheppard (ou melhor perspectiva) a cada unidade de aumento do escore total de ajustamento psicológico, sendo que os participantes com deficiência congênita tiveram um escore total no Sheppard de 0,24 menor do que os que tinham deficiência adquirida. As pessoas com atitudes mais positivas em relação ao envelhecimento pessoal foram as com deficiência congênita e as que tinham melhores escores em ajustamento psicológico.

## **RESUMO DOS RESULTADOS**

a) Para as 90 pessoas que participaram do estudo, a idade variou entre 25 e 84 anos. A maioria era adultos jovens ou adultos de meia idade, do sexo masculino, solteiros ou casados, não trabalhavam e eram aposentados por invalidez. A maioria tinha deficiência física adquirida por doença, consideravam o grau da deficiência moderado e não apresentavam nenhuma doença crônica. Os mais velhos tinham mais doenças crônicas.

b) A maioria tinha necessidade de ajuda de outras pessoas ou de algum dispositivo ou equipamento e contava com ajuda, principalmente de familiares. As dificuldades mais relatadas referiram-se à realização de tarefas domésticas e à mobilidade; as menos relatadas, as atividades prazerosas e as relativas a cuidados pessoais. Apenas três pessoas relataram que não utilizavam adaptações para desempenhar as atividades. As estratégias mais relatadas foram as de compensação.

c) As pessoas de 60 anos e mais relataram ter mais dificuldades no desempenho de tarefas domésticas do que os adultos na meia idade (40 a 59 anos).

d) As mulheres relataram mais dificuldades para realizar as atividades cotidianas e prazerosas e em mobilidade dentro de casa; maior incapacidade e mais necessidade de ajuda.

e) Quanto menores o número de atividades para cujo desempenho as pessoas precisavam de ajuda e menor a dificuldade para desempenhar atividades prazerosas, maior o senso de autonomia. Quanto menores as dificuldades para realizar atividades de cuidado pessoal, prazerosas e do cotidiano e quanto menor a dependência de ajuda, maior o senso de domínio sobre o ambiente. Quanto maior a independência funcional, maior o senso de ajustamento pessoal.

f) As pessoas com maior satisfação com a vida hoje foram as que disseram ter menor dificuldade para exercer atividades prazerosas e cotidianas e precisar de menos ajuda para realizá-las. Os mais satisfeitos com a vida hoje em comparação com cinco anos atrás foram os com menor dificuldade para exercer atividades prazerosas e com menos necessidade de ajuda para realizar as atividades cotidianas.

g) Quanto menos dificuldade para desempenhar atividades prazerosas e cotidianas, e menor a necessidade de ajuda, maior a satisfação com a vida em comparação com outras pessoas da mesma idade.

h) Quanto menos dificuldade para exercer atividades prazerosas e cotidianas, e menor a necessidade de ajuda, maior a satisfação com a saúde e a capacidade física, a capacidade mental e o envolvimento social.

i) Quanto menor a idade, maior a satisfação com a vida hoje, hoje comparada com a de cinco anos atrás, em comparação com outras pessoas da mesma idade e com a capacidade mental. Quanto mais jovens, maior o senso de autonomia, crescimento pessoal, e geratividade no domínio criar.

j) Quanto maior a idade, mais baixo o escore em ajustamento psicológico.

k) Os domínios onde os participantes apresentam relatos de maior desenvolvimento pessoal foram propósito na vida, crescimento pessoal e geratividade, este no domínio oferecer.

l) Os indivíduos com maior satisfação com a vida foram os com maior ajustamento psicológico, os mais novos e os mais independentes.

m) De modo geral, os participantes mostraram ter uma perspectiva positiva de velhice pessoal, mas também acreditam que a velhice pode trazer dependência, morte e solidão e que é melhor morrer cedo do que sentir a angústia e a solidão da velhice. As pessoas que fazem mais adaptações para realizar atividades cotidianas são as que mais acreditam que a velhice prenuncia sentimentos de integridade.

n) Quanto mais alto o escore em ajustamento pessoal, mais positiva a perspectiva de velhice pessoal. Quanto mais altos escores em propósito na vida, senso de crescimento pessoal, relações positivas com os outros e geratividade (domínios criar e oferecer), mais forte a crença na possibilidade de ser feliz na velhice. Quanto menos crenças negativas em relação à velhice, mais alta a pontuação em senso de domínio sobre o ambiente, propósito na vida, crescimento pessoal, relações positivas com os outros, auto-aceitação e geratividade, nos domínios criar e oferecer. Quanto maior o senso de propósito na vida e de auto-aceitação, maior a crença em que a velhice pode propiciar sentimentos de integridade.

o) As mulheres pontuaram mais baixo do que os homens para senso de desenvolvimento pessoal e em relações positivas com outros.

p) As pessoas com atitudes mais positivas em relação ao envelhecimento pessoal foram as com deficiência congênita e as que tinham melhores escores em ajustamento psicológico.

## DISCUSSÃO

Esta pesquisa investigou relações entre senso de ajustamento psicológico, perspectiva de velhice pessoal e satisfação com a vida entre homens e mulheres adultos e idosos com deficiência física devido a causas congênitas ou adquiridas e com diferentes durações. Os participantes apresentavam diferentes níveis de incapacidade funcional e diferentes formas de manejo das atividades cotidianas. Estavam em diferentes posições em relação ao número de doenças somáticas relatadas e ao estado civil, à ocupação, à profissão e à escolaridade.

As pessoas desse estudo relataram incapacidade para o desempenho de atividades cotidianas e, na avaliação subjetiva de como percebem sua deficiência, a maioria afirmou que sua deficiência é moderada, gerando um grau de dependência que determina necessidade de ajuda de outras pessoas, principalmente da família, ou de equipamentos, para compensar suas limitações físicas. A família tem sido relatada na literatura como sendo a principal fonte de apoio ao longo da vida (ANTONUCCI e JACKSON, 1997; NOGUEIRA, 2001), desde o nascimento da criança até a morte. A dinâmica do grupo familiar é muito poderosa no desenvolvimento da criança, contribuindo para aumentar a competência adaptativa, particularmente de crianças com deficiência física. A família auxilia a construção do autoconceito da criança, de suas convicções, valores e atitudes à respeito de si mesma; auxiliando o desenvolvimento do amor próprio e do senso de aceitação social à medida que ficam mais velhas (FOX, 2002). Ao longo do desenvolvimento, família e amigos intercalam papéis de importância na vida da pessoa, sempre relacionados à manutenção do bem estar e da saúde, à confirmação do *self* e à aceitação social. À medida que as pessoas vão transitando da vida adulta, fase de domínio de relações de interdependência, para a velhice, fase em que os déficits tornam-se mais prováveis, fica cada vez mais clara a importância da rede próxima de relações sociais, atuando no apoio compensatório por causa de eventuais dificuldades associadas ao envelhecimento.

Os resultados encontrados com relação à presença de doenças crônicas não diferem dos dados encontrados na população sem deficiência. A partir do que foi mostrado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD/98), Almeida et al. (2002) analisaram a prevalência de doenças crônicas, ajustadas por idade em 240.821 pessoas de 15 anos e mais. No grupo entre 15 e 24 anos, a prevalência de doenças crônicas foi de 17,7%, enquanto no grupo de 65 anos e mais, foi de 80,8%. Adotando como categoria de referência o grupo de jovens de 15 a 24 anos, observaram que o risco de apresentar doenças crônicas foi 2,12 vezes maior para os adultos jovens de 25 a 44 anos; 3,71 vezes maior para os adultos de 45 a 64 anos; e 4,57 vezes maior para os idosos, conforme o esperado. Isto é, a prevalência de problemas crônicos de saúde aumenta com idade (LAURENTI, JORGE e GOTLIEB, 2005).

Para a população em geral, as doenças crônicas são a principal causa de incapacidade e respondem por parte considerável dos gastos efetuados pelo sistema de saúde. Adicionalmente, para as pessoas com deficiência física, os problemas crônicos podem surgir como condições secundárias, tais como: úlceras de pressão, isolamento, fadiga e falta de acesso aos serviços de saúde (RAVESLOOT, SEEKINS e WHITE, 2005), os quais podem aumentar as dificuldades no desempenho de atividades de vida diária. Embora possam ser prevenidas – e sua prevenção depende também das condições do contexto macro-social –, estas doenças causam grande desconforto e têm forte potencial para gerar ou amplificar a incapacidade. Mendes de Leon, Guralnik e Bandeen-Roche (2002) relatam que vários estudos encontraram correlação positiva entre medidas objetivas de incapacidade e auto-relatos sobre limitações funcionais. Segundo Oliveira (2004), as incapacidades funcionais podem desestruturar as bases do indivíduo, interferir no desempenho de regras e papéis sociais, na independência e na habilidade para realizar tarefas essenciais à sua vida, na capacidade afetiva e na capacidade de realizar atividades profissionais.

É esperado que a dependência associe-se a sentimentos negativos, à dificuldade de tolerar ou aceitar a própria condição, à percepção de desamparo e a avaliações de incapacidade

para o manejo ou enfrentamento de situações. Formas de esquivar-se dessas condições são, por exemplo, deixar de tentar comportar-se de forma independente e emitir verbalizações auto-depreciativas. Em ambos os casos, a resposta do ambiente pode ser fazer pela pessoa, sem exigir que tente, e agir de forma condescendente ou tolerante com ela. A dependência comportamental pode ser não-adaptativa, mas pode ser adaptativa, quando, por exemplo, abre condições para que a pessoa canalize tempo e energia para outras tarefas em que é ou se sente mais competente (GIGNAC, COTT e BRADLEY, 2000). M. Baltes (1996) descreveu esta situação como auto-reguladora e argumentou que a aceitação de certo grau de dependência pode ser adaptativa para se ter uma boa velhice.

Gignac, Cott e Bradley (2000) examinaram as percepções de independência e dependência de 286 adultos mais velhos com doença crônica e deficiência, seus esforços de comportamento para manejar a deficiência e como as adaptações diferiram em vários domínios de atividade. De maneira geral, os dados revelaram que, quando as pessoas percebiam que sua independência tinha sido afetada ou quando se sentiam dependentes, existia maior probabilidade de relatarem sentimentos de desamparo, de acreditarem que não administravam bem a situação e de relatarem que tinham dificuldade em tolerar e em ajustar-se as demandas de sua condição. Porém, estes resultados variaram, dependendo do tipo de adaptação usada e do domínio de atividade examinada. Por exemplo, os resultados não retratam os adultos mais velhos com deficiência como passivos ou dependentes. Muito pelo contrário, os adultos mais velhos estavam ativamente comprometidos em numerosos esforços de auto-cuidado para administrar sua condição. A maioria dos esforços comportamentais informados pelos respondentes era compensatório. Porém, uma grande proporção dos participantes apontou estratégias de otimização para aperfeiçoar o desempenho, sugerindo que os adultos mais velhos não respondiam simplesmente à demanda de sua condição, mas ativavam estratégias comportamentais para evitar ou minimizar problemas futuros.

M. Baltes e Silverberg (1994) afirmam que diante de perdas em reservas e em capacidades, existem três possibilidades igualmente adaptativas: a) abrir mão dos domínios e atividades prejudicados; b) compensá-las, ou c) permitir-se ser dependente nos domínios em que

ocorrem perdas, com o intuito de liberar energia para alcançar metas pessoais em outros domínios e atividades. O raciocínio é aplicável a indivíduos de todas as idades, com ou sem deficiência física. Além disso, se os indivíduos detêm controle sobre as situações e tomam decisões sobre a quantidade de ajuda que desejam receber, podem não ver a dependência como negativa ou como fator que reflete um senso de desamparo ou uma forma de eficácia reduzida para enfrentá-la (GIGNAC, COTT e BRADLEY, 2000).

Na presente pesquisa, as pessoas fizeram adaptações para amenizar as dificuldades de manejo das atividades cotidianas, o que sublinha a plasticidade comportamental dos respondentes, que tentam se adaptar à sua condição, ativando recursos que minimizem a dependência e a dificuldade no seu funcionamento físico, psíquico e social. Para Agree (1999), a deficiência pode ser socialmente definida como o produto do descompasso entre a limitação funcional que o indivíduo vivencia, as demandas ambientais e suas expectativas em relação ao desempenho das atividades de vida diária. Sua capacidade ou seu potencial para exercer seu papel social e produtivo perante a sociedade depende de demonstração de autonomia (DIOGO, 2003).

A menor necessidade de ajuda da maioria das pessoas deste estudo pode estar mais associada à adaptação do que à deficiência em si. Ou seja, possivelmente estas pessoas desenvolveram competências de vida diária relativas ao auto-cuidado e ao manuseio de atividades instrumentais rotineiras necessárias à sobrevivência, aos eventos sociais e de lazer escolhidos pela pessoa, bem como àquelas que assegurem seu contato com o mundo externo e com o *self*. Os ajustes entre o nível de competência de uma pessoa e as demandas do ambiente afetam o funcionamento e indicam saúde e funcionalidade física e mental (LAWTON, 1991). A menor necessidade de ajuda também poderia estar relacionada à menor demanda ambiental ou à maior adaptação do ambiente, ou à deficiência com menor grau de dificuldade associada.

De acordo com Jopp e Smith (2006), há evidências de que o uso de estratégias de manejo de vida, como a otimização, a seleção e a compensação, desempenha um papel importante na manutenção do bem-estar na velhice. Nesta pesquisa, as estratégias de compensação

foram citadas como sendo mais utilizadas que as estratégias de otimização. Não houve menções à adoção de estratégias de seleção<sup>2</sup>. A deficiência provavelmente não exigia seleção naquele momento, mas sim compensação tendo em vista que muitos convivem com a deficiência há mais de cinco anos e que, assim, já haviam feito as seleções que lhes eram mais adaptativas. De acordo com Gignac, Cott e Bradley (2000), as estratégias de compensação são as mais comuns. Para eles, adultos mais velhos podem modificar comportamentos, substituir o modo de executar uma ação e utilizar outros recursos à sua disposição para realizar atividades. Baltes e Baltes (1990) afirmam que a compensação torna-se operativa quando as tarefas exigem um nível de capacidade que ultrapassa as possibilidades do indivíduo para desempenhá-la.

Wahl, Oswald e Zimprich (1999 *apud* BOERNER, 2004) encontraram que adultos mais velhos com deficiência visual, quando comparados com um grupo de controle composto por pessoas sem deficiência visual, utilizaram mais estratégias compensatórias, tais como confiar nos sentidos de outras pessoas, simplificar as tarefas diárias ou usar dispositivos ópticos e adaptações, como por exemplo, lentes de aumento, lupas ou materiais impressos em letras maiores. Lang, Rieckmann e Baltes (2002) supõem que o uso de otimização seletiva com compensação está associado a melhor funcionamento, mas que isso depende de recursos pessoais. Sendo assim, quanto mais recursos o indivíduo dispuser, melhor a ativação de estratégias, particularmente de compensação e de otimização. Estes autores definem recursos pessoais como a capacidade da pessoa e suas qualidades em domínios tais como o sensório-motor, o cognitivo, da personalidade e do funcionamento social.

Com base em teorias que explicam a utilização de recursos, Hofboll (2002) sintetiza os mecanismos pelos quais centenas de diferentes estratégias agem para manter e promover saúde e bem-estar:

a) As pessoas esforçam-se para obter, promover, conservar e resguardar recursos nos domínios biológicos, cognitivos e sociais.

---

<sup>2</sup> Aqui é importante ressaltar que pode ter ocorrido dificuldade de compreensão às perguntas do instrumento. E, embora se saiba que as pessoas ativam todas as estratégias, seja de seleção, otimização ou compensação, ao longo de toda a vida, as pessoas brasileiras não têm o hábito de nomeá-las.

b) As pessoas com mais recursos internos são menos propensas a encontrar situações estressantes, que afetem negativamente seu bem-estar físico ou psicológico e são mais capazes de encontrar soluções em circunstâncias estressantes. Nestes casos, as circunstâncias estressantes são vistas como enigmas da vida que devem ser desvendados. Com estas opções, há mais probabilidade de as pessoas ativarem o recurso exato para a solução do problema ou de obterem acesso aos recursos necessários mais adequados à situação.

d) Os indivíduos melhor dotados de recursos são menos negativamente afetados pelo esgotamento ou pela perda de recursos que acontecem em face de condições estressantes. Isto lhes permite substituir recursos perdidos ou simplesmente absorver a perda com a habilidade de buscar recursos adicionais em reserva.

e) Recursos associam-se a outros recursos. Conseqüentemente, há uma tendência geral para enriquecimento de recursos entre aqueles que possuem um sólido repertório, ou seja, ter recursos como auto-estima e rede de relações sociais ajudam a desenvolver outros tipos de atributos.

f) A influência exercida pelos recursos é de longo prazo, quer dizer, tende a se manter ao longo do tempo.

g) Os recursos tornam-se valiosos em si mesmos e as pessoas que os possuem (seja apoio de relações íntimas ou dinheiro) são vistas por outros e por si mesmas de forma mais favorável.

h) Os recursos possibilitam maior resistência ao estresse e auxiliam os indivíduos a desenvolverem-se pessoalmente.

Essa pesquisa demonstrou indícios de ajustamento pessoal em indivíduos adultos e idosos, indicando que os participantes estão adaptados à deficiência. Apresentaram boa auto-

aceitação, bom senso de domínio sobre o ambiente e de autonomia, bem como bom senso de que mantêm relações positivas com os outros. Quanto à geratividade, os participantes relataram preocupações pelo bem-estar atual e futuro da próxima geração nas dimensões conceituais ofertar, manter e criar.

O ajustamento pessoal a uma deficiência com início na vida adulta é um longo multifacetado processo que envolve ajustamento psicossocial e físico. Verbrugge e Yang (2002) compararam pessoas que adquiriram uma deficiência na infância e estavam envelhecendo com ela, com pessoas que adquiriram limitações na vida adulta e aprenderam a lidar com a deficiência no limiar ou no decorrer do envelhecimento. Procuraram identificar nos dois grupos, aspectos sócio-econômicos, de saúde, de incapacidade e de características de participação social. Em sua amostra, a maioria das pessoas com deficiência eram mais velhas e haviam adquirido a deficiência há pouco tempo. Poucas tinham deficiência desde a infância e haviam chegado à meia idade e à velhice. A experiência mais forte de incapacidade ocorreu na meia-idade; as pessoas com deficiência desde a infância tinham mais incapacidades do que as que adquiriram a deficiência na idade adulta. A participação social entre elas era semelhante, embora a saúde global deficitária fosse o principal fator de redução da participação social de ambos os grupos.

Para Dijkers (2005), indivíduos que se adaptam à deficiência física, por exemplo a decorrente de lesão medular, possuem e relatam melhor qualidade de vida, especialmente os que moram em países desenvolvidos, que têm acesso a cuidados clínicos, equipamentos adaptados, apoio econômico e social e os que vivem em cidades onde casas, edifícios, espaços públicos e transporte são acessíveis. Oliveira (2004) descreve que a expectativa de vida em indivíduos com deficiência reflete a sua adaptação e o seu ajustamento. A adaptação é uma atividade integrada à sobrevivência e deve ser considerada nos níveis fisiológico, psicológico e social do funcionamento individual. Por outro lado, o ajustamento à incapacidade é uma tentativa da pessoa para encontrar o equilíbrio frente às pressões externas e internas.

De maneira geral, os resultados aqui encontrados apontam uma tendência de os participantes acreditarem numa perspectiva de velhice pessoal positiva. Para Seeman (2000), uma visão mais positiva do envelhecimento pode auxiliar os indivíduos a alcançarem e manterem níveis mais altos de funcionamento na medida em que envelhecem. Em pesquisa com 660 pessoas com 60 anos ou mais, Levy et al. (2002) encontraram que indivíduos mais velhos, com auto-percepções positivas sobre o envelhecimento, vivem mais que aqueles com visão mais negativa sobre a velhice, ou seja, uma atitude positiva em relação à velhice e o desejo de uma vida longa contribuem para que a pessoa viva mais e melhor.

O bem-estar subjetivo foi focalizado nesta pesquisa, mediante os indicadores satisfação relacionada à saúde e à capacidade física, à capacidade mental e ao envolvimento social. Os participantes se disseram satisfeitos com suas vidas hoje; satisfeitos quando comparam sua vida com a vida há cinco anos atrás e satisfeitos quando comparam suas vidas a vidas de outras pessoas da mesma idade. Da mesma forma que este estudo, a literatura mostra que, em pessoas com deficiência, a percepção de satisfação com a saúde e a capacidade física é fortemente associada à posse de características objetivas favoráveis. Por exemplo, a satisfação com a capacidade física associa-se ao número de atividades que a pessoa consegue desempenhar de maneira independente e a ausência de comorbidades ou de doenças crônicas e incapacitantes.

Por exemplo, Cunha et al. (2005) realizaram um estudo com 21 adultos com amputação de membros e idade entre 20-69 anos com o objetivo de verificar a satisfação com a vida nos domínios saúde e capacidade física, capacidade mental e envolvimento social. Os resultados indicaram que os entrevistados apresentaram bem-estar subjetivo positivo nos domínios, saúde e capacidade física, capacidade mental e envolvimento social. As autoras afirmam que pessoas que dão respostas psicológicas positivas associadas à experiência de conviver com uma deficiência física, neste caso específico em função da amputação de membros, vêem na mesma uma oportunidade para crescimento psicológico. O ajustamento à incapacidade é uma tentativa de a pessoa encontrar o equilíbrio e senso de bem-estar subjetivo, para viver com qualidade.

Os resultados da presente pesquisa indicaram que quanto maior o senso de desenvolvimento pessoal mais positiva a perspectiva da própria velhice. Os indivíduos que tinham mais propósito na vida, senso de crescimento, relações positivas com os outros e geratividade (nos domínios criar e oferecer) são aqueles que mais acreditam que é possível ser feliz na velhice. A perspectiva de velhice pessoal em pessoas com deficiência está relacionada à maneira como encaram a própria deficiência. Em pesquisa com 153 pessoas com deficiência, Albrecht e Devlieger (1999) encontraram que 54,3% dos participantes responderam ter excelente ou ótima qualidade de vida e que, portanto, tinham uma atitude positiva frente à deficiência física. Segundo estes autores, dentre os fatores que contribuíram para a percepção positiva da deficiência estão os seguintes: apesar de conviverem com algumas limitações físicas e/ou mentais, eles continuavam tendo controle sobre o corpo, a mente e a vida; a possibilidade de continuar realizando tarefas; sentimentos de maturidade que adquiriram e a satisfação em dar suporte emocional a outras pessoas; a importância da fé e a redescoberta da espiritualidade dando-lhes força, direção e sentido na vida; a experiência da deficiência serviu para esclarecer e reorientar suas vidas; a força interna e a resiliência, para essas pessoas, vieram através da revisão de valores e de uma visão equilibrada entre mente, corpo e espírito, no ajustamento no modo de ser, que proporcionou um bom senso de perspectiva de vida; a deficiência proporcionou uma fonte de valores e metas, proporcionou ímpeto para crescimento psicológico, oportunidade para mudar e amadurecer.

Stuifbergen et al. (2005) citam Ahlstrom e Karlsson (2000) que afirmam que as pessoas com síndrome pós-pólio descrevem uma variedade de estratégias de enfrentamento para lidar com sua condição, tais como, aceitar a própria situação, buscar apoio social e ajustar seu estilo de vida (mudar o ritmo, rever prioridades) como caminhos para manter “uma boa vida apesar de tudo”. Em sua pesquisa, embora a síndrome pós-pólio incluísse limitações funcionais, a maioria das pessoas relatou um nível alto de bem-estar psicossocial e aproximadamente um quarto delas descreveram que viver com pólio significou desenvolvimento pessoal.

Dijkers (2005) considera que, em função de os indivíduos mudarem e viverem em uma sociedade e num mundo em grandes transformações, as realizações, as aspirações, as metas e mesmo o ambiente vão mudando ao longo de seu desenvolvimento, com reflexos sobre seu bem-estar subjetivo. Seres humanos tentam otimizar seu bem-estar e o conseguem ajustando suas expectativas e prioridades. Krause (1998) acredita que o bem-estar subjetivo positivo, mensurado pela satisfação com a vida, pode ajudar a evitar o desenvolvimento de condições médicas secundárias, tais como úlceras de pressão, pedra nos rins, infecção urinária e hipertensão arterial em pessoas com lesão medular, tendo em vista que a satisfação com a vida está associada a comportamentos de vida saudáveis.

De acordo com Gallagher e MacLachlan (2004), apesar de o aspecto mais presente na literatura ser o ajustamento aos aspectos físicos, é necessário contemplar a possibilidade de que as pessoas reparem o desequilíbrio e assim promovam o próprio ajustamento, por meio de variáveis psicossociais. Kling et al. (2003) afirmam que as medidas de funcionamento psicológico positivo precisam ser ampliadas, com inclusão de múltiplas dimensões de bem-estar. Um fator relevante para o senso de bem-estar relaciona-se com a percepção da pessoa sobre o funcionamento do seu corpo e sobre a auto-estima. Nesse sentido, o bem-estar subjetivo reflete a harmonia entre funções fisiológicas e a manutenção da capacidade de ajustar-se (auto-regulação) aos estímulos e agressões do ambiente (SPIRDUSO, 1995), facilitando a convivência com situações de perda, como no caso de uma deficiência física.

Para Diener e Suh (1998), a despeito do aumento de riscos e perdas potenciais, o nível de bem-estar permanece no mesmo patamar no processo de envelhecimento e a satisfação com a vida não diminui com o avançar da idade. Neri (2002) e Freire (2001) relatam que foram dadas diferentes explicações para esse acontecimento. A primeira explicação é atribuir às pessoas mais velhas maior eficácia no uso de recursos adaptativos ou a tendência em apresentar boa capacidade pragmática para compreender a conexão entre as condições que definem o que é e o que não é possível e para aplicar esse conhecimento ao seu desenvolvimento pessoal e à sua adaptação. Outra explicação é que os grupos etários mais velhos têm níveis de aspirações e expectativas mais baixas do que os dos mais jovens e ajustam suas metas a seus recursos e competências.

Bauer, McAdams e Sakaeda (2005) dizem que adultos mais velhos sem deficiência têm mais probabilidade de relatarem estar vivendo uma boa vida do que adultos mais jovens, e que este fato seria parcialmente explicado em função de que as pessoas mais velhas interpretam seu passado em termos de crescimento. Segundo Dijkers (1999 *apud* Dorsett, 2001), a satisfação com a vida de pessoas com deficiência física gerada por lesão medular, é apenas um pouco mais baixa que a encontrada na população geral.

De acordo com Heller, Ilies e Watson (2004), eventos extremos podem ter uma pequena influência nas avaliações subjetivas de bem-estar. Pessoas que enfrentam dificuldades extremas, como quadriplegia, ou então grande sucesso, como vencer na loteria, adaptam-se às suas condições e apresentam pequenas mudanças de longo prazo no senso de bem-estar subjetivo. Mroczek e Spiro (2005) concordam com esta argumentação, mas afirmam que divergências nos padrões de vida normais podem alterar temporariamente os parâmetros de satisfação com a vida de um indivíduo, porque características estáveis de personalidade asseguram que o senso de bem-estar subjetivo voltará ao seu nível de equilíbrio (HELLER, ILIES e WATSON, 2004; GORGIEVSKI-DUIJVESTIJN et al., 2005).

Alguns indivíduos utilizam determinadas estratégias que visam a manter a sua auto-estima, destacando-se aí a elaboração de atribuições causais externas, em função das experiências negativas provocadas pelo estigma e a seleção de outras pessoas, que são estigmatizadas, para comparação social, o que lhes permitem sentirem-se menos desamparadas (HEREK, 1990 *apud* GRILO, 2001).

Dibb e Yardley (2006) relatam que a comparação social pode influenciar no ajustamento à uma deficiência e à doença. Relatam que Festinger (1954), quando propôs a teoria da comparação social, disse que ela aconteceria entre pessoas semelhantes ou com problemas parecidos, como no caso das pessoas com deficiência. De acordo com Freire (2002) e Neri (2002), a comparação social é utilizada quando as circunstâncias de vida mudam e há necessidade de reorganização de padrões e valores. Para tanto utilizam-se novos pontos de comparação social, o que permite que um senso positivo de *self* seja mantido. Estas autoras

ênfatizam que, graças às possibilidades de auto-regulação do *self*, as pessoas tornam-se mais eficazes no uso de processos adaptativos, podendo apresentar boa capacidade para compreender a relação entre suas potencialidades e seus limites e podem ainda aplicar este conhecimento melhorando o seu desenvolvimento pessoal. Bailis, Chipperfield e Perry (2005) descrevem que a maioria das pessoas acredita que seus atributos e habilidades são melhores do que os de outras pessoas. Para muitos indivíduos, estas crenças funcionariam como auto-percepções positivas ou otimistas e em algumas circunstâncias, como a de ter uma deficiência física, podem ser benéficas para saúde mental porque promovem afeto positivo, aumento no estado motivacional, melhora nas relações interpessoais, persistência e resultados positivos de desempenho. O grau em que alguém olha adiante para e em busca de oportunidades de crescimento pessoal parece uma condição fundamental à ativação de recursos psicológicos (LAURENTI, JORGE e GOTLIEB, 2005).

Sirois, Davis e Morgan (2006) descrevem que as crenças de controle têm um papel central na vida do indivíduo. Manter um senso de controle pode ajudar a compensar os sentimentos de desamparo e angústia trazidos por situações adversas, como conviver com uma deficiência física. A crença de que a pessoa é capaz de administrar o mundo externo para atender as suas necessidades, pode influenciar suas expectativas. Da mesma maneira, um nível alto de autonomia reflete a extensão em que a pessoa sente-se capaz de agir a partir de suas convicções pessoais, mesmo que não sejam compartilhadas por outras pessoas. Pode ser uma forma de adaptação a uma transição ou a uma deficiência, na qual as opiniões de outros familiares podem influenciar fortemente nas novas possibilidades de conhecimento.

Recursos psicológicos, como a ativação de estratégias de enfrentamento - entendidas como esforços cognitivos e comportamentais voltados para o manejo de exigências ou demandas internas ou externas, que são avaliados como sobrecarga aos recursos pessoais do indivíduo (FOLKMAN, 1984) -, influenciam na maneira como o indivíduo encara a própria vida e se adaptam as circunstâncias adversas ou estressantes (TAVARES, NERI e CUPERTINO, 2004; FORTES, NERI e CUPERTINO, 2006, no prelo).

De acordo com Oaksford, Frude e Cuddihy (2005), há evidência crescente de que eventos estressantes nem sempre terminam em resultados negativos e de que algumas pessoas se tornam mais fortes ou crescem psicologicamente porque passaram por situações em que precisaram enfrentar eventos estressantes. Estes autores afirmam que, no caso de pessoas com deficiência física, as pesquisas sugerem que os indivíduos podem fazer mais do que sobreviver à sua deficiência: podem tornar-se resilientes e adaptar-se à sua condição, se lutarem pelo alcance de metas pessoais e pelo ajustamento psicológico positivo.

As mulheres apresentaram mais dificuldades para realizar atividades cotidianas do que os homens. Esse dado talvez seja devido ao fato de que os homens fazem pouco ou não fazem trabalhos domésticos. Duarte (2003) relata que, no Projeto SABE - Saúde, Bem-estar e Envelhecimento no município de São Paulo -, com 2.143 pessoas de 60 anos ou mais, residentes na área urbana, verificou-se que 40,3% dos homens não costumavam realizar tarefas domésticas leves, enquanto apenas 4,4% das mulheres não o faziam; que 55,4% dos homens não realizavam tarefas domésticas pesadas, mas apenas 14,3% das mulheres não o faziam.

Os resultados indicaram que as mulheres informaram mais incapacidade do que os homens, particularmente as relacionadas às atividades instrumentais e à mobilidade e relataram precisar de mais ajuda do que os homens. Segundo Neri e Soares (2004), a maioria das pessoas com deficiência são mulheres e isso se deve ao fato delas apresentarem uma expectativa de vida mais longa, estando mais tendentes a limitações funcionais características da idade avançada. Esse dado coincide com os de Murtagh e Hubert (2004), que compararam 1.348 homens e mulheres com incapacidades (idade média 79 anos) em atividades básicas e instrumentais de vida diária e em limitações em mobilidade. No caso de indivíduos mais jovens com incapacidade física adquirida na vida adulta, é necessário considerar também a possibilidade de interveniência do fato de os homens estarem mais expostos a acidentes fatais do que as mulheres.

Nesta pesquisa, as mulheres apresentaram senso menos positivo de desenvolvimento pessoal do que os homens, ao contrário dos dados encontrados em pesquisas australianas.

Por exemplo, Dorsett (2001) afirma que as mulheres parecem aceitar melhor a incapacidade do que os homens, embora esse dado precise de refinamento, visto que, de modo geral, o número de mulheres que participam de estudos sobre deficiência física e incapacidade é menor do que o de homens, possivelmente pela mesma razão apontada acima.

Neri (2001; 2006a), Freire (2001) e Pavarini e Neri (2000) afirmam que a relação entre os padrões de independência e dependência, em associação com gênero, não é simples nem linear, mas comporta variações e sobreposições que ocorrem em função de eventos culturais e de personalidade. Segundo as autoras, os especialistas apontam para uma dialética contínua entre a dependência e a autonomia e para o reconhecimento de que, mesmo na idade adulta e na velhice, as pessoas não se libertam das relações e da necessidade de assistência dos outros e sim se empenham na construção de um *self envolvido* e fazem adaptações para manejar as dificuldades.

Os idosos, independentemente do gênero, apresentaram mais dificuldades do que os adultos no desempenho de tarefas domésticas do que os adultos na meia idade. O processo de envelhecimento acarreta alterações funcionais e comportamentais que afetam os seres humanos de maneiras características. Na última fase da vida todos tornam-se relativamente menos ágeis, mais vulneráveis à ação do ambiente e mais dependentes dos recursos da cultura (RESENDE, 2001). O processo de envelhecimento pode ocasionar dificuldades na realização de atividades instrumentais de vida diária, principalmente quando ocorre redução da coordenação motora e dos reflexos proprioceptivos; diminuição ou lentidão dos movimentos; insegurança na marcha; perda de flexibilidade, força, potência, velocidade, destreza e perda de resistência muscular. Entre outras, a pesquisa de De Vitta, Neri e Padovani (2003), com pessoas pertencentes a três grupos de idade, ativas e sedentárias, confirmou que os mais velhos, principalmente se sedentários, e entre estes as mulheres, têm a sua capacidade funcional diminuída e têm mais dor e desconforto muscular do que os mais jovens.

Os indivíduos com menos de 40 anos da amostra estudada disseram-se mais satisfeitos com sua capacidade mental e com mais senso de autonomia do que os grupos mais velhos. Jang et al. (2004) afirmam que pessoas com auto-avaliação mais positiva de saúde têm menos necessidade de ajuda em atividades básicas de vida diária e tendem a apresentar maiores índices de satisfação. Albrecht e Devlieger (1999) explicaram o bem-estar em pessoas com deficiência, em termos de reconhecerem suas limitações, terem controle sobre suas mentes e corpos; serem capazes de executar suas funções; terem acesso e oportunidades na vida; encontrar propósito, sentido e harmonia na vida; ter fundamentação espiritual e visão de mundo; construir e viver num mundo social de reciprocidade, incluindo trocas emocionais; e, sentirem-se satisfeitos quando comparando suas capacidades e condições com outros na mesma situação.

Conforme a literatura especializada, a percepção de satisfação com a vida é produto de um processo de avaliação envolvendo comparação entre as circunstâncias reais e as consideradas como esperadas ou ideais pelo indivíduo e seu grupo de referência. Comparações sociais ajudam a percepção de si mesmo, a partir do outro. Os indivíduos avaliam-se em parte baseados na comparação com os outros. As comparações “para baixo”, ou seja, com indivíduos que estão em pior condição, têm função adaptativa porque protegem o *self*, melhoram a auto-estima e salvam a auto-estima em situações de inferioridade (KWAN et al., 2003). Para Hughes et al. (2004), a auto-estima tem um importante papel no bem-estar de mulheres com limitações físicas. Infelizmente, a auto-estima em mulheres com deficiência física e condições crônicas de saúde pode ficar comprometida por diversas razões, tais como a internalização de estereótipos e estigmas sociais, exclusão e a desvalorização que a sociedade impõe às pessoas estigmatizadas (GOFFMAN, 1988; PRYOR et al., 2004).

Os indivíduos que apresentaram maior satisfação com a vida foram os que tinham melhor ajustamento psicológico, os mais novos e os mais independentes. Em estudo com 394 pessoas, que objetivou investigar as relações entre envelhecimento e ajustamento à deficiência depois de uma lesão medular, Krause e Sternberg (1997) encontraram que o tempo de deficiência estava positivamente correlacionado e a idade negativamente

correlacionada com ajustamento, isto é, o modo como as pessoas que envelhecem se ajustam à lesão medular é significativamente influenciado pelas mudanças no ambiente. A percepção de desafios ambientais aliada a habilidades pessoais tende a gerar elevados índices de afeto, concentração e envolvimento (MASSIMINI e DELLE FAVE, 2000). O engajamento em atividades relaciona-se com o aumento do senso de bem-estar em adultos, bem como com melhor funcionamento físico (EVERARD et al., 2000). Essas pessoas se percebem mais no controle da situação, apresentam mais atenção focalizada, avaliação mais positiva sobre a qualidade do próprio desempenho e idéias mais claras sobre a função da atividade. Elas também sentem-se mais auto-motivadas e não procuram recompensas externas, uma vez que o prazer é garantido pela situação ou pela própria atividade (MASSIMINI e DELLE FAVE, 2000).

As pessoas com atitudes mais positivas em relação ao envelhecimento pessoal foram as com deficiência congênita e as que tinham melhores escores em ajustamento psicológico. Pavarini e Neri (2000) relatam que as pessoas com deficiência física podem ativar mecanismos de adaptação para enfrentar perdas em funcionalidade, por intermédio de recursos tecnológicos e de apoios psicológicos e sociais. Como as pessoas com deficiência congênita deste estudo já convivem com a deficiência há pelo menos 25 anos (idade mínima para participar dessa pesquisa) é esperado que estejam adaptadas à sua condição (RESENDE, 2005) e que apresentem maior flexibilidade comportamental.

Massimimi e Delle Fave (2000) relatam que a flexibilidade de comportamento é característica do ser humano, tanto no âmbito biológico como psicológico, e que no caso de uma deficiência congênita ou adquirida na infância, as dificuldades no desempenho de atividades não são obstáculos para ativar o processo de seleção psicológica. Citam o estudo de Delle Fave (1996) com pessoas com deficiência adquirida (perda de visão, tetraplegia, paraplegia), cujos resultados enfatizaram esta flexibilidade de comportamento. Depois de um trauma, que impõe mudanças dramáticas na vida diária e no acesso às oportunidades ambientais para a ação, os indivíduos podem desenvolver estratégias que lhes possibilitam continuar executando atividades que desempenhavam anteriormente ou, como acontece com frequência, identificarão novas e inesperadas fontes de envolvimento, às vezes em

áreas muito diferentes dos seus interesses prévios. A flexibilidade emerge como uma característica crucial para a adaptação dentro de um ambiente em contínua mudança (RESENDE, 2004). Esta flexibilidade psicológica permite ao indivíduo buscar e investir em metas de desenvolvimento, apesar de suas limitações físicas (MASSIMIMI e DELLE FAVE, 2000). Segundo Dorsett (2001), o ajustamento psicológico é um processo dinâmico. Embora haja pouco consenso na literatura sobre os elementos mais importantes para alcançá-lo após uma deficiência física, os mais encontrados são:

a) Segurança financeira: com mais recursos disponíveis, aumenta a possibilidade de adequar o ambiente (empregados, adequação de residência, utilização de equipamentos tecnológicos para ajudar na independência e aumento na qualidade de vida). Neste sentido é possível que a pessoa tenha uma percepção mais forte de controle sobre a própria vida.

b) Nível educacional ou sócio-econômico mais altos: as pessoas com nível de escolaridade mais baixo freqüentemente relatam maior número de internações com complicações médicas. Ao contrário, pessoas com mais escolaridade apresentam melhor ajustamento e descrevem maior satisfação com a vida.

c) Acessibilidade ambiental: mobilidade pessoal e mais acesso aos meios de transporte estão positivamente correlacionados a autoconceito mais desenvolvido e a melhor auto-estima, mais envolvimento em atividades sociais e elevados níveis de bem-estar subjetivo, os quais, em conjunto, indicam melhor ajustamento psicológico.

d) Idade da aquisição da deficiência: envelhecer com uma deficiência parece favorecer o ajustamento. Pessoas mais jovens parecem aceitar melhor a incapacidade, talvez por serem mais flexíveis em suas atitudes para com a vida e por serem mais abertas a novos e diferentes modos de realizar tarefas;

e) Estado conjugal: ser casado geralmente está relacionado a estar empregado, resultando em melhor qualidade de vida e em arranjos de vida mais independentes. Além disso, viver

numa relação conjugal estável geralmente implica em maior disponibilidade de ajuda instrumental e apoio emocional.

f) Possuir uma rede de relações apoiadora: apoio social é uma variável importante, facilitadora de resultados positivos para o bem-estar subjetivo de pessoas com deficiência física. Indivíduos que têm altos níveis de apoio social e estão satisfeitos com a qualidade de sua rede de relações têm maior senso de bem-estar. As convicções de pessoas na sua capacidade para administrar produtivamente suas relações com os outros melhoram a visão positiva que elas têm sobre elas mesmas, sua vida e o futuro, como também a prevalência de afetos positivos sobre os negativos nas experiências diárias (CAPRARA e STECA, 2005).

No lugar de reagir passivamente a eventos negativos, indivíduos podem se comportar de modo a melhorar seu bem-estar em tempos de desafios e mudanças (KLING et al., 2003). Segundo McAdams et al. (2001), existe relação entre o sofrimento (advindo de uma deficiência adquirida que gera incapacidade e que acarreta dependência, por exemplo) e seus benefícios, tais como possibilidade de ajustamento e crescimento pessoal frente à adversidade. Frankl (1946/1991) descreve a possibilidade de encontrar sentido de vida no sofrimento, transformando a aparente “tragédia” pessoal em triunfo (ajustamento psicológico).

## **CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES**

Ajustar-se a uma deficiência é um processo social e pessoal complexo que requer ajustes contínuos. Com o aumento da atenção para a integração e inclusão da pessoa com deficiência na sociedade, preconizado por vários organismos nacionais e internacionais, torna-se fundamental para os profissionais de saúde que trabalham com reabilitação compreenderem como as pessoas se ajustam e vivem o dia-a-dia com uma deficiência. É necessário que os profissionais que trabalham com pessoas com deficiência ampliem suas visões sobre a relação entre dependência-independência, respeitando a autonomia de seu

cliente, entendendo que o trabalho bem sucedido no auxílio ao ajustamento implica no reconhecimento do significado de seu impacto na vida do indivíduo. Os profissionais de saúde devem ampliar seu conhecimento e estender seu ponto de vista para o entendimento da deficiência como mais uma característica da pessoa.

Com base nos princípios propostos por Wright (1963; 1992), para profissionais que desejam trabalhar com pessoas com deficiência física, Dunn e Elliott (2005) dizem que é preciso considerar que: a) os indivíduos são merecedores de dignidade, respeito e encorajamento, não importa quão grave e severa é a deficiência; b) o ambiente social e físico têm implicações profundas no enfrentamento e no ajustamento à deficiência; c) independentemente das circunstâncias, todos os indivíduos possuem características únicas e pessoais que poderão auxiliar no processo de reabilitação; d) o envolvimento ativo das pessoas como co-responsáveis por sua reabilitação traz benefícios positivos para a pessoa e para a equipe de saúde; e, e) questões psicológicas são constantes ao longo do processo de reabilitação, por isso há necessidade de um(a) psicólogo(a) na equipe.

É de relevância particular planejar intervenções para lidar com incapacidades crônicas e problemas relacionados à saúde e à deficiência, o que implica em analisar os diferentes atores envolvidos neste processo ao longo do curso da vida. Tendo em vista que, o investimento na saúde e na educação da atual população de adultos e velhos e a compressão da morbidade são apresentadas como alternativas capazes de minimizar, em um país com recursos financeiros escassos, o impacto do envelhecimento populacional sobre a qualidade de vida (CHAIMOWICZ, 1997), especificamente das pessoas com deficiência física.

Considerando que as mulheres apresentaram maiores dificuldades e índices mais baixos de ajustamento, programas psicoeducativos poderiam ser estruturados em grupos de intervenção primária trabalhando questões relacionadas à auto-estima e à auto-eficácia. A satisfação da necessidade de auto-estima leva o indivíduo a sentir-se confiante (no seu valor, força, capacidade e adequação) e necessário ao mundo (ERBOLATO, 2000; NOSEK, 2004; BAILIS e CHIPPERFIELD, 2006). A auto-eficácia deve ser trabalhada para resgatar a confiança na habilidade da pessoa implementar e manter ação (BANDURA, 1997),

envolvendo expectativas de domínio pessoal e sucesso, associada com mudanças de comportamento, no contexto da deficiência, visando à promoção de saúde por intermédio do incentivo ao ajuste emocional relacionado à deficiência (NERI, 2006b). Aos grupos de mulheres poder-se-iam oferecer oportunidades de compartilhar experiências comuns e de ampliar a rede de relações, levando a uma melhor saúde psicológica, aumentando as possibilidades destas mulheres com deficiência física envelhecerem bem (HUGHES et al., 2004). Conhecer as habilidades para adaptar-se às mudanças circunstanciais, indicadoras de ajustamento e conseqüentemente de um envelhecimento positivo, é fundamental para o planejamento de intervenções na área da educação e da saúde, bem como auxiliar o planejamento de políticas públicas que poderão reduzir custos no campo da reabilitação e conseqüentemente na melhora da saúde pública.

Não há, no Brasil, investigações sobre as variáveis que o estudo focalizou e, assim, parece oportuno realizar réplicas desta pesquisa em uma população de pessoas com diferentes deficiências, para comparar se o tipo e a origem da deficiência (paralisia cerebral, poliomielite, esclerose múltipla, distúrbios neuromusculares, lesão medular, traumatismo craniano, acidente vascular cerebral, entre outros tipos de deficiências) interferem nas variáveis psicológicas. Estudos adicionais poderiam caracterizar as estratégias de enfrentamento (*coping*) utilizadas por pessoas que estão envelhecendo com uma deficiência física, avaliando expectativas para o que é considerado normativo por adultos jovens, de meia-idade e velhos com deficiência física. Estudos longitudinais poderiam auxiliar a refinar os esforços para aplicar a teoria *life-span* à área de ajustamento às deficiências físicas. Por exemplo, há evidências no estudo de Boerner (2004) de que o modelo de enfrentamento acomodativo e assimilativo e a teoria *life-span* de controle (HECKHAUSEN e SCHULTZ, 1995) auxiliam no entendimento destas relações. A melhor compreensão sobre as relações entre recursos psicológicos, que favorecem a adaptação a eventos de vida traumáticos, caso de acidentes e de doenças que poderão dar origem à deficiência física, e a eventos de vida estressantes, que se prolongam no tempo, caso da deficiência física adquirida irreversível, podem ajudar os profissionais no manejo destas condições, tanto em termos físicos quanto psicológicos (NERI e FORTES, 2006).

Variáveis associadas ao bom envelhecimento incluem conceitos individuais de controle pessoal, competência social e satisfação com a vida (BALTES e BALTES, 1990). Pesquisas futuras permitiriam entender a influência de diferentes construtos, entre eles: estratégias de enfrentamento, metas de vida, auto-estima, senso de controle e de auto-eficácia, comparação social, espiritualidade e religiosidade, reconhecidos como mecanismos de auto-regulação do *self* e, além deles, dos mecanismos de seleção, otimização e compensação, de traços de personalidade e da cognição, e determinar seu papel na adaptação à deficiência e no curso de mudanças em saúde e em funcionalidade.

Envelhecer com uma deficiência física é um processo que exige competência adaptativa, capacidade para responder com resiliência aos eventos que surgem na vida e para ajustar-se aos desafios acarretados pela deficiência. Implica em ter discernimento de prioridades, manter relações sociais positivas, lutar por direitos e encontrar equilíbrio para lidar com as adversidades físicas e atitudinais impostas por uma sociedade ainda despreparada para a diversidade humana e para respeitar as diferenças e as particularidades de cada pessoa.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

AGREE, E. M. The influence of personal care and assistive devices on the measurement of disability. *Social Science and Medicine*, v. 48, p. 427-443, 1999.

ALBRECHT, G. L.; DEVLIEGER, P. J. The disability paradox: high quality of life against all odds. *Social Science and Medicine*, v. 48, p. 977-988, 1999.

ALMEIDA, M. F.; BARATA, R. B.; MONTERO, C. V.; SILVA, Z. P. Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 7, n. 4, p.743-756, 2002.

ANDRESEN, E. M.; PRINCE-CALDWELL, A.; AKINCI, F.; BROWNSON, C. A.; HAGGLUND, K.; JACKSON-THOMPSON, J.; CROCKER, R. The Missouri disability epidemiology and health project. *American Journal of Preventive Medicine*, v. 16, p. 63-71, 1999.

ANTONUCCI, T. C.; JACKSON, J.S. Apoyo social, eficacia interpersonal y salud: Una perspectiva del transcurso de la vida. In: CARSTENSEN. L.L.; EDELSTEIN, B.A. *Intervención psicológica y social*. Martínez Roca, 1997, p.129-148.

BAILIS, D. S.; CHIPPERFIELD, J. G. Emotional and self-evaluative effects of social comparison information in later life: how are they moderated by collective self-esteem? *Psychology and Aging*, v. 21, n. 2, p. 291–302, 2006.

BAILIS, D.S.; CHIPPERFIELD, J.G.; PERRY, R.P. Optimistic social comparisons of older adults low in primary control: a prospective analysis of hospitalization and mortality. *Health Psychology*, v. 24, n. 4, p. 393–401, 2005.

BALTES, M.M. *The many faces of dependency in old age*. Cambridge University Press, 1996.

BALTES, M.M.; SILVERBERG, G. S. The dynamics between dependency and autonomy: illustration across life-span. In: FEARHERMAN, D. L.; LERNER, R. M.; PERLMUTTER, M. (eds). *Life-span development and behavior*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, 1994.

BALTES, P.B. Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, v. 23, p. 611-696, 1987.

BALTES, P.B. On the incomplete architecture of human ontogeny: selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, v. 52, n. 4, p. 366-380, 1997.

BALTES, P.B.; BALTES, M.M. Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In: BALTES, P. B.; BALTES, M. M. (eds.) *Successful Aging perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge: Cambridge University Press, 1990, p. 1-34.

BANDURA, A. *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman, 1997.

BAUER, J. J.; McADAMS, D. P.; SAKAEDA, A. R. Interpreting the good life: growth memories in the lives of mature, happy people. *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 88, n. 1, p. 203–217, 2005.

BAUER, J. J.; McADAMS, D. P. Growth goals, maturity, and well-being. *Developmental Psychology*, v. 40, n. 1, p. 114–127, 2004.

BELLIZZI, K.M. Expressions of generativity and posttraumatic growth in adult cancer survivors. *International Journal of Aging and Human Development*, v. 58, p. 267–287, 2004.

BIRREN, J.E.; SCHROOTS, J.J.E. History, concepts, and theory in the psychology of aging. In: BIRREN, J.E.; SCHAEIE, K.W. (eds.), *Handbook of the psychology of aging*. 4th ed. New York: Academic Press, 1996, p.3-23.

BISHOP, M. Quality of life and psychosocial adaptation to chronic illness and acquired disability: a conceptual and theoretical synthesis. *The Journal of Rehabilitation*, v. 71, i2, p. 5-9, 2005.

BOERNER, K. Adaptation to disability among middle-aged and older adults: the role of assimilative and accommodative. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, v. 59B, n. 1, p. P35–P42, 2004.

BRASIL. Ministério da Justiça. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. *Normas e recomendações internacionais sobre deficiências*. Tradução: Edilson Alkmin Cunha. Brasília, DF: CORDE, 1997.

BRASIL. Decreto 5.296, publicado no Diário Oficial da União, de 03 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nº 10.048, de 08 de novembro de 2000, que dá prioridade de

atendimento às pessoas que especifica, e nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Disponível online: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 12.02.2006.

BROUWER, W. B. F.; EXEL, N. J. A.; STOLK, E. A. Acceptability of less than perfect health states. *Social Science & Medicine*, v. 60, p. 237–246, 2005.

CACHIONI, M. *Formação profissional, motivos e crenças relativas à velhice e ao desenvolvimento pessoal entre professores de universidade da terceira idade*. 2002. 302 f. Campinas, SP: 2002. Tese. (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, UNICAMP, 2002.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 3, 2003. Disponível em <[www.scielo.br](http://www.scielo.br)>. Acesso em 01 de setembro de 2003.

CALLAHAN, C. M.; McHORNEY, C. A. Successful aging and the humility of perspective. *Annals of Internal Medicine* 2, v. 193, n. 5, 389-462, September, 2003.

CAMARANO, A. A. Idosos: dependentes físicos? In: CAMARANO, A. A. *Como vai? População brasileira*. Ano IV, No. 2, Brasília, DF: IPEA, Agosto/99, p.33-43.

CAMPBELL, M.L. Next steps in bridging the gap between aging and disability: a research perspective Maximizing Human Potential. *Quarterly Newsletter of the Aging, Disability and Rehabilitation Network of the American Society on Aging*, v.3, n.4, Spring, 1996.

CAMPBELL, A.J.; BUCHNER, D.M. Unstable disability and the fluctuations of frailty. *Age Ageing*, v. 26, p. 315, 1997.

CAPITANINI, M.E.. *Sentimentos de solidão, bem-estar subjetivo e relações sociais em idosos vivendo sós*. 117p. Dissertação (Mestrado em Gerontologia), Faculdade de Educação, UNICAMP, 2000.

CAPRARA, G. V.; STECA, P. Affective and social self-regulatory efficacy beliefs as determinants of positive thinking and happiness. *European Psychologist*, v. 10, n. 4, p 275–286, December, 2005.

CHAIMOWICZ, F. Health of the Brazilian elderly population on the eve of the 21st century: current problems, forecasts and alternatives. *Revista Saúde Pública*, v. 31, n. 2, p.184-200, abril, 1997.

CHAVES, E. S.; BONINGER, M. L.; COOPER, R.; FITZGERALD, S. G.; GRAY, D. B.; COOPER, R. A. Assessing the influence of wheelchair technology on perception of participation in spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil*, v. 85, p. 1854-1858, November, 2004.

CRISTOPHER, J. C. Situating psychological well-being: exploring the cultural roots of its theory and research. *Journal of Counseling and Development*, v. 77, p. 141-152, Spring, 1999.

CUMMING, E.; HENRY, W. *Growing Old: The process of disengagement*. New York: Basic Books Publishing Co, 1961.

CUNHA, C. P. B.; SOUSA, S. J.; SILVA, A. P.; RESENDE, M. C. Satisfação com a vida de adultos com amputação de membros. In: *Anais... XI Reunião Anual da Sociedade de Psicologia do Triângulo Mineiro*. Uberlândia: SPTM, 2005.

De VITTA, A.; NERI, A.L.; PADOVANI, C.R. Nível de atividade física e desconfortos músculo-esqueléticos percebidos em homens e mulheres, adultos e idosos. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, v. 7, n. 1, p. 45-52, 2003.

DIBB, B.; YARDLEY, L. How does social comparison within a self-help group influence adjustment to chronic illness? A longitudinal study. *Social Science and Medicine* (In Press), Available online 22 May 2006.

DIENER, E. Subjective Well-being. *Psychological Bulletin*, v. 95, n. 3, p. 542-575, 1984.

DIENER, E.; LARSEN, R.J. The experience of emotional well-being. In: LEWIS, M.; HAVILAND, J. M. *Handbook of emotions*. New York: Guilford, 1993, p. 405-414.

DIENER, E.; SUH, M. E. Subjective well-being and old age: An international analysis. In SCHAIE, K. W.; LAWTON, M. P. (eds.). *Annual Review of Gerontology and Geriatrics, Vol 17, Focus on Emotion and Adult Development*. NY: Springer, 1998. p. 304-324.

DIJKERS, M. P. J. M. Quality of life of individuals with spinal cord injury: A review of conceptualization, measurement, and research findings. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, v. 42, n. 3, p. 87-110, May/June, 2005.

DIOGO, M. J. D E. Avaliação funcional de idosos com amputação de membros inferiores atendidos em um hospital universitário. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 11, f. 1, 59-65, 2003.

DORSETT, P. A. *Spinal cord injury: how do people cope?* Queensland, Australia: 2001. (Doctor in Philosophy) - School of Social Work and Social Policy at the University of Queensland, 2001.

DUARTE, Y.A.O. Desempenho funcional e demandas assistenciais. In: LEBRÃO, M.L.; DUARTE, Y.A.O. (orgs.) *Saúde, bem-estar e envelhecimento. O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003, p. 185-200.

DUNN, D.S.; ELLIOTT, T. R. Revisiting a constructive classic: Wright's "Physical disability: a psychosocial approach." *Rehabilitation Psychology*, v. 50, p. 183-189, 2005.

ERBOLATO, R.M.P.L. Gostando de si mesmo: a auto-estima. In: NERI, A. L.; FREIRE, S. A. (orgs.). *E por falar em boa velhice*. Campinas, SP: Papyrus, 2000, p. 33-54.

ERBOLATO, R.M.P.L. *Contatos sociais: relações de amizade em três momentos da vida adulta*. Campinas, SP: 2001. Tese (Doutorado em Psicologia). Pontifícia Universidade Católica de Campinas, PUC-Campinas, 2001.

ERIKSON, E. H. *Childhood and society*. New York: W. W. Norton, 1950.

ERIKSON, E. H. *O ciclo de vida completo*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1998.

ERIKSON, E. H., ERIKSON, J. M., KIVNICK, H. *Vital involvement in old age*. New York: W.W. Norton & Company, 1986, p. 13-129.

ERP, A. V. Adaptation to a physical disability: a rural perspective. 4th Biennial Australian Rural and Remote Health Scientific Conference. Toowoomba, Queensland, 27-28 August 1998.

EVERARD, K. M.; LACH, H. W.; FISHER, E. B. e BAUM, M. C. Relationship of activity and social support to the, functional health of older adults. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, v. 55B, n. 4, p. S208–S212, 2000.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 8, n. 2, p.187-193, Junho, 2005.

FEATHERMAN, D. L.; SMITH, J.; PETERSON, J. G. Successful aging in a post-retired society. In: BALTES, P. B.; BALTES, M. M. (eds.) *Successful Aging: perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge: Cambridge University Press, 1990, p. 50-93.

FESTINGER, L. A theory of social comparison processes. *Human Relations*, v. 7, p. 117–140, 1954.

FOLKMAN, S. Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 46, p. 839–852, 1984.

FORTES, A.C.G.; NERI, A.L.; CUPERTINO, A.P.F.B. Eventos estressantes, enfrentamento e auto-eficácia do enfrentamento entre idosos residentes na comunidade: Dados do Pensa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 2006, no prelo.

FOX, M. The self-esteem of children with physical disabilities: a review of the research. *Journal of Research in Special Educational Needs*, v. 2, i. 1, Mar, 2002.

FRANKL, V. E. *Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração*. 9ª ed. (rev.). São Leopoldo: Sinodal. 2ª ed.; Petrópolis: Vozes, 1991.

FREIRE, S. A. A personalidade e o *self*: continuidade e mudança. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002, p. 929-935.

FREIRE, S. A. *Bem-Estar Subjetivo e Metas de Vida: comparação entre três grupos etários*. Campinas, SP: 2001. Tese. (Doutorado em Educação) - Faculdade de Educação, UNICAMP, 2001.

FREIRE, S.A. Envelhecimento bem- sucedido e bem- estar psicológico. In: NERI, A. L.; FREIRE, S. A. *E por falar em boa velhice*. Campinas, SP: Papyrus, 2000, p.21-31.

FREIRE, S. A; RESENDE, M. C. Sentido de vida e envelhecimento. In: NERI, A. L. *Maturidade e velhice*. Campinas, SP: Papyrus, 2001, p.71-98.

FREIRE, S. A.; RESENDE, M. C. e RABELO, D. F. Rede de relações sociais de participantes de centros sócio-educativos. In: 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. *Actas do 5o Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, 2004. p. 777-783.

FREUND, A. M.; BALTES, P. B. Selection, optimization, and compensation as strategies of life-management: correlations with subjective indicators of successful aging. *Psychology and Aging*, v. 13, p. 531-543, 1998.

FRIED, L.P.; WALSTON, J. Frailty and failure to thrive. In: HAZZARD, W.; BLASS, J.P., HALTER, J.B.; OUSLANDER, J.G.; TINETTI, M. (eds.) *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*, 5th Ed. New York: McGraw-Hill, 2003, p. 1487–1502.

FRIED LP, TANGEN CM, WALSTON J, NEWMAN AB, HIRSH C, GOTTDIENER, J.; SEEMAN, T.; TRACY, R.; KOP, W.J.; BURKE, G.; McBURNIE, M.A. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *Journals of Gerontology: Biological Sciences and Medical Sciences*, v. 56A, n. 3, p. M146-156, 2001.

GALLAGHER P., MacLACHLAN M. The Trinity Amputation and Prosthesis Experience Scales (TAPES) and quality of life in people with a lower limb amputation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, v. 85, n. 5, p. 730-736, 2004.

GIGNAC, M. A. M.; COTT, C. A conceptual model of independence and dependence for adults with chronic physical illness and disability. *Social Science and Medicine*, v. 47, n. 6, p. 793-753, 1998.

GIGNAC, M. A. M.; COTT, C.; BADLEY, E. M. Adaptation to chronic illness and disability. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, v. 55B, n. 6, p. P362-P372, 2000.

GLASS, T. A. Assessing the success of successful aging. *Annals of Internal Medicine*, v. 139, n. 5, p. 382-383, 2003.

GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1988.

GORGIEVSKI-DUIJVESTIEN, M. J.; BAKKER, A. B.; SCHAUFELI, W. B.; HEIJDEN, P. G. M. Finances and well-being: a dynamic equilibrium model of resources. *Journal of Occupational Health Psychology*, v. 10, n. 3, 210-224, 2005.

GRENIER, A. M. The contextual and social locations of older women's experiences of disability and decline. *Journal of Aging Studies*, v. 19, p. 131-146, 2005.

GRILO, A.M. Temáticas centrais implicadas na vivência da infecção por VIH/SIDA. *Psicologia, Saúde e Doença*, v. 2, n. 2, p. 101-118, 2001.

HARRISON, T.C. *The meaning of aging for women with childhood onset disabilities*. Dissertation (Doctor in Philosophy). The University of Texas at Austin, 2004.

HECKHAUSEN, J.; SCHULTZ, R. Uma teoria do controle no curso de vida. In: NERI, A.L. *Psicologia do envelhecimento: temas selecionados na perspectiva de curso de vida*. Tradução do original em inglês publicado pela Psychological Review, 102: 284-384. Campinas, SP: Papirus, 1995, p. 159-194.

HELLER, D.; ILIES, R.; WATSON, D. The role of person versus situation in life satisfaction: a critical examination. *Psychological Bulletin*, v. 130, n. 4, p. 574-600, 2004.

HOBFOLL, S. E. Social and psychological resources and adaptations. *Review of General Psychology*, v. 6, n. 4, p. 302-324, 2002.

HOGAN, D.B.; MacKNIGHT, C.; BERGMAN, H. Models, definitions, and criteria of frailty. *Aging Clinical and Experimental Research*, v. 15, n. 3, Suppl, p. 1-29, 2003.

HUGHES, R. B.; ROBINSON-WHELEN, S.; TAYLOR, H. B.; SWEDLUND, N.; NOSEK, M. A. Enhancing self-esteem in women with physical disabilities. *Rehabilitation Psychology*, v. 49, n. 4, p. 295-302, 2004.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo Demográfico*, 2000. Disponível em <<http://ibge.gov.br>>. Acesso em: 01.abr.2003.

JANG, Y.; POON, L.W.; KIM, S.; SHIN, B. Self-perception of aging and health among older adults in Korea. *Journal of Aging Studies*, v. 18, p. 485-496, 2004.

JOPP, D.; SMITH, J. Resources and life-management strategies as determinants of successful aging: on the protective effect of selection, optimization, and compensation. *Psychology and Aging*, v. 21, n. 2, p. 253-265, 2006.

KARSCH, U. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 3, 2003. Disponível em <[www.scielo.br](http://www.scielo.br)> Acesso em 01-09-2003.

KEYES, C. L. M.; SHMOTKIN, D.; RYFF, C. D. Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 82, n. 6, p. 1007-1022, 2002.

KLING, K. C.; RYFF, C. D.; LOVE, G.; ESSEX, M. Exploring the influence of personality on depressive symptoms and self-esteem across a significant life transition. *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 85, n. 5, p. 922-932, 2003.

KNEE, C. R.; LONSBARY, C.; CANEVELLO, A.; PATRICK, H. Self-determination and conflict in romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 89, n. 6, p. 997-1009, 2005.

KRAUSE, J. S. Subjective well-being after spinal cord injury: Relationship to gender, race-ethnicity, and chronological age. *Rehabilitation Psychology*, v. 43, p. 282-296, 1998.

KRAUSE, J. S.; STERNBERG, M. Aging and adjustment after spinal cord injury: the roles of chronologic age, time since injury, and environmental change. *Rehabilitation Psychology*, v. 42, n. 4, p. 287-302, 1997.

KWAN, C. M. L.; LOVE, G. D.; RYFF, C. D.; ESSEX M. J. The role of self-enhancing evaluations in a successful life transition. *Psychology and Aging*, v. 18, n. 1, p. 3–12, 2003.

LANG, F. R.; RIECKMANN, N.; BALTES, M. M. Adapting to aging losses: do resources facilitate strategies of selection, compensation, and optimization in everyday functioning? *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, v. 57B, n. 6, p. P501–P509, 2002.

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Ciências & Saúde Coletiva*, v.10, n. 1, p.35-46, Jan./Mar. 2005.

LAWTON, M. P. A multidimensional view of quality of life in frail elderly. In: BIRREN, J. E.; LUBBEN, J. E.; ROWE, J. C.; DEUTCHMANN, D. E. (eds.). *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. San Diego: Academic Press, 1991, p. 3-27.

LEÃO JÚNIOR, R. *Participação em hidroginástica, crenças de auto-eficácia e satisfação com a vida em mulheres de 50 a 70 anos*. Campinas, SP: 2003. Dissertação. (Mestrado em Gerontologia) - Faculdade de Educação, UNICAMP, 2003.

LEÃO JÚNIOR, R.; RESENDE, M. C. Auto-eficácia e memória. In: NERI, A. L.; YASSUDA, M. S. *Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos*. Campinas, SP: Papyrus, 2004, p. 227-140.

LENT, R. W. Toward a unifying theoretical and practical perspective on well-being and psychosocial adjustment. *Journal of Counseling Psychology*, v. 51, n. 4, p. 485-509, 2004.

LEVINSON, D. *The seasons of a man's life*. New York: Knopf, 1978.

LEVY, B.; LANGER, E. Aging free from negative stereotypes: successful memory in China and among the American deaf. *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 66, p. 989-997, 1994.

LEVY, B. R.; SLADE, M. D.; KUNKEL, S. R.; KASL, S.V. Longevity Increased by Positive Self-Perceptions of Aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 83, n. 2, p. 261–270, 2002.

LIANG, J.; SHAW, B. A. S.; KRAUSE, N. M.; BENNET, J. M.; BLAUM, C.; KOBAYASHI, E.; FUKAYA, T.; SUGIHARA, Y.; SUGISAWA, H. Changes in functional status among older adults in japan: successful and usual aging. *Psychology and Aging*, v. 18, n. 4, p. 684–695, 2003.

LLUIS RAMOS, G. E.; LLIBRE RODRÍGUEZ, J. J. Fragilidad en el adulto mayor: un primer acercamiento. *Revista Cubana de Medicina General Integrada*, v. 20, n. 4, p.0-0, Agosto, 2004.

MARSISKE, M.; LANG, F.R.; BALTES, P.B.; BALTES, M.M. Selective optimization with compensation: life-span perspectives on successful human development. In: DIXON, R.; BÄCKMAN, L. (eds) *Psychological compensation: managing losses and promoting gains*. Hilldale, NY: Lawrence Erlbaum, 1995, p. 35-79.

MASSIMINI, F.; DELLE FAVE, A. Individual development in a bio-cultural perspective. *American Psychologist*, v. 55, n. 1, p. 24-33, 2000.

McADAMS, D. P.; HART, H. M.; MARUNA, S. The anatomy generativity. In: McADAMS, D. P.; HART, H. M.; MARUNA, S. (Orgs.). *Generativity and adult development: how and why we care for the next generation*. Washington, DC: American Psychological Association, 1998, p. 7-43.

McADAMS, D. P.; REYNOLDS, L.; LEWIS, M.; PATTEN, A. H.; BOWMAN, P. J. When bad things turn good and good things turn bad: sequences of redemption and contamination in life narrative and their relation to psychosocial adaptation in midlife adults and in students. *Personality and Social Psychology Bulletin*, v. 27, n. 4, p. 474-485, April, 2001.

McADAMS, D. P.; St. AUBIN, E. A theory of generativity and its assessment through self-report, behavioral acts, and narrative themes in autobiography. *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 62, p. 1003-1015, 1992.

McADAMS, D.P.; St. AUBIN, E.; LOGAN, R. Generativity among young, midlife, and older adults. *Psychology and Aging*, v.8, p. 221-230, 1993.

MCCRAE, R.R.; COSTA, P.T.Jr. *Personality in adulthood*. New York: Guilford, 1990.

MEDEIROS, M.; DINIZ, D. *A nova maneira de se entender a deficiência e o envelhecimento*. Brasília, DF: IPEA, 2004. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/Publicacoes/details.php?num=2106&tit>. Consultado em 13-01-05.

MENDES DE LEON, C.F.; GURALNIK, J.M.; BANDEEN-ROCHE, K. Short-term change in physical function and disability: The Women's Health and Aging Study. *Journal of Gerontology: Social Science*, v. 57, n. 6, p. S355-S362, 2002.

MORAN, D.; POUYA, P. Caring for the frail elderly: ethical considerations. *Topics in Emergency Medicine*, v. 26, n. 1, p. 14-18 c, Jan-Mar., 2004.

MROCZEK, D. K.; SPIRO, A. Change in life satisfaction during adulthood: findings from the Veterans Affairs Normative Aging Study. *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 88, n. 1, p. 189–202, 2005.

MURTAGH, K. N.; HUBERT, H. B. Gender Differences in Physical Disability Among an Elderly Cohort. *American Journal of Public Health*, v. 94, n. 8, p. 1406-1411, August, 2004.

NACIONAL ACADEMY ON AN AGING SOCIETY. *Chronic conditions: a challenge for the 21<sup>st</sup> century*, n. 1, nov, p. 1-6, 1999.

NEGRI, L. S. A.; RUY, G. F.; COLLODETTI, J. B.; PINTO, L. F.; SORANZ, D. R. Aplicação de um instrumento para detecção precoce e previsibilidade de agravos na população idosa. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 4, p. 1033-1046, Oct./Dec., 2004.

NERI, A.L. Teorias psicológicas do envelhecimento: percurso histórico e teorias atuais. In: FREITAS, E.V.; PY, L.; CANÇADO, F.A.X.; DOLL, J.; GORZONI, M.L. (eds.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2<sup>a</sup> ed. rev. amp.. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006a, p. 58-77.

\_\_\_\_\_. Crenças de auto-eficácia e envelhecimento bem-sucedido. In: FREITAS, E.V.; PY, L.; CANÇADO, F.A.X.; DOLL, J.; GORZONI, M.L. (eds.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2<sup>a</sup> ed. rev. amp.. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006b, p. 1267-1277.

\_\_\_\_\_. Bienestar subjetivo en la vida adulta y en la vejez: rumbo a una Psicología positiva en América Latina. *Revista Latinoamericana de Psicología*, v. 43, n. 1-2, p. 55-74, 2002.

\_\_\_\_\_. Velhice e qualidade de vida na mulher. In: NERI, A. L. (org.) *Desenvolvimento e Envelhecimento*. Campinas, SP: Papirus, 2001, p. 161-200.

\_\_\_\_\_. Fundamentos para uma escala de geratividade. Campinas, SP: UNICAMP/FAPESP, 1999. (Relatório de pesquisa não-publicado).

\_\_\_\_\_. *Escala para avaliação de satisfação na vida referenciada a domínios*. Manuscrito não publicado. Universidade Estadual de Campinas, 1998. (texto de circulação interna).

\_\_\_\_\_. Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa. In: NERI, A. L. (org.) *Qualidade de vida e idade madura*. Campinas, SP: Papirus, 1993, p. 9-56.

\_\_\_\_\_. *Envelhecer num país de jovens: significados de velho e velhice segundo brasileiros não idosos*. Campinas, SP: UNICAMP, 1991.

\_\_\_\_\_. O inventário Sheppard para medida de atitudes em relação à velhice e sua adaptação para o português. *Estudos de Psicologia*, v. 3, n. 1 e 2, p. 23-42, abril/agosto, 1986.

NERI, A. L.; CACHIONI, M.; RESENDE, M. C. Atitudes em relação à velhice. In: FREITAS, E. V., PY, L., NERI, A. L., CANÇADO, F. A. X., GORZONI, M. L., ROCHA, S. M. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002, p. 972-980.

NERI, A.L.; FORTES, A.C.G. A dinâmica estresse e enfrentamento na velhice e sua expressão no prestar cuidados a idosos no contexto da família. In: FREITAS, E.V.; PY, L.; CANÇADO, F.A.X.; DOLL, J.; GORZONI, M.L. (eds.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2ª ed. rev. amp.. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p. 1277-1288.

NERI, M.C. *Retratos da deficiência no Brasil*. Rio de Janeiro: FGV/IBRE, CPS, 2003.

NERI, M.C.; SOARES, W.L. Idade, incapacidade e o número de pessoas com deficiência. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, v. 21, n. 2, p. 303-321, jul./dez. 2004.

NOGUEIRA, E. J. *Rede de relações sociais: um estudo transversal com homens e mulheres pertencentes a três grupos etários*. Campinas, SP: 2001. Tese. (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, UNICAMP, 2001.

OAKSFORD, K., FRUDE, N., CUDDIHY, R. Positive coping and stress-related psychological growth following lower limb amputation. *Rehabilitation Psychology*, v. 50, n. 3, 266–277, 2005.

OLIVEIRA, T. R. B. *Ajustamento psicossocial em pacientes com lesões traumáticas do sistema nervoso central*. Campinas, SP: 2004. Tese (Doutorado em Ciências Médicas). Campinas, SP: Faculdade de Ciências Médicas: UNICAMP, 2004.

PAKENHAM, K.I. Benefit finding in multiple sclerosis and associations with positive and negative outcomes. *Health Psychology*, v. 24, n. 2, p. 123–132, 2005.

PAVARINI, S.C.I.; NERI, A.L. Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: conceitos, atitudes e comportamentos. In: DUARTE, Y.A.O.; DIOGO, M.J.D.D. (orgs.). *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu: 2000, p. 49-69.

PETERSON, D. B. International classification of functioning, disability and health: an introduction for Rehabilitation Psychologists. *Rehabilitation Psychology*, v. 50, n. 2, p. 105–112, 2005.

PRYOR, J.B.; REEDER, G.D.; YEADON, C.; HESSON-MCINNIS, M. A dual-process model of reactions to perceived stigma. *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 87, n. 4, 436–452, 2004.

PUTNAM, M. Linking aging theory and disability models: increasing the potential to explore aging with physical impairment. *Gerontologist*, v. 42, p. 799–806, 2002.

QUEROZ, N. C. *Bem-estar psicológico e inteligência emocional entre homens e mulheres na meia-idade e velhice*. Campinas, SP: 2003. Dissertação. (Mestrado em Gerontologia) – Faculdade de Educação, UNICAMP, 2003.

QUEROS, N. C.; NERI, A. L. Bem-estar psicológico e inteligência emocional entre homens e mulheres na meia idade e velhice. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v.18, n. 2, p. 292-299, 2005.

RAMOS, M. P. Apoio Social e saúde entre idosos. *Sociologias*, n. 7, p. 156-175, jan./jul., 2002.

RAVESLOOT, C.; SEEKINS, T.; WHITE, G. Living well with a disability health promotion intervention: improved health status for consumers and lower costs for health care policymakers. *Rehabilitation Psychology*, v. 50, n. 3, p. 239-245, 2005.

REINHARDT, J. P.; BOERNER, K.; BENN, D. Predicting individual change in support over time among chronically impaired older adults. *Psychology and Aging*, v. 18, n. 4, p. 770-779, 2003.

RESENDE, A. P. C. *Todos na cidade: o direito a acessibilidade das pessoas com deficiência física em Uberlândia*. Uberlândia: EDUFU, 2004.

RESENDE, M.C. Deficiência e incapacidade física. In: NERI, A.L. *Palavras-chave em Gerontologia*. 2. ed. Campinas, SP: Alínea, 2005, p. 50-54.

RESENDE, M. C. *Atitudes em relação ao idoso, à velhice pessoal e ao portador de deficiência física em adultos portadores de deficiência física*. Campinas, SP: 2001. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) - Faculdade de Educação, UNICAMP, 2001.

RESENDE, M.C.; NERI, A.L. Atitudes de adultos com deficiência física frente ao idoso, à velhice pessoal e a pessoas com deficiência física. *Estudos de Psicologia, Campinas*, v. 22, n. 2, p. 123-131 Abr-Jun, 2005.

RESENDE, M. C.; QUEROZ, N. C.; FREIRE, S. A. *Crenças sobre a velhice influenciando o comportamento de lidar com o idoso*. Relatório de pesquisa de aperfeiçoamento. Uberlândia - FAPEMIG, Ref. SHA-56895, 1997.

ROCKWOOD, K.; HOGAN, D. B.; MACKNIGHT, C. Conceptualisation and measurement of frailty in elderly people. *Drugs & Aging*, v. 17, n. 4, p. 295-302, October, 2000.

ROWE, J.W.; KAHN, R.L. *Successful aging*. New York: Pantheon books, 1998.

\_\_\_\_\_. *Successful aging*. *The Gerontologist*, v. 37, n. 4, p. 433-440, 1997.

RYFF, C. D. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 57, n. 6, p. 1069-1081, 1989.

RYFF, C. D.; KEYES, C. L. M. The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 69, n. 4, p. 719-727, 1995.

SCHMITT, M. M.; ELLIOTT, T. R. Verbal learning ability and adjustment to recent-onset spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, v. 49, n. 4, p. 288-294, 2004.

SEEMAN, T. E. Health promoting effects of friends and family on health outcomes in older adults. *American Journal of Health Promotion*, v. 14, p. 362-370, 2000.

SEGUIN, R.; NELSON, M. E. The benefits of strength training for older adults. *American Journal of Preventive Medicine*, v. 25, n. 3, p. 141-149, 2003.

SHARPE, L.; CURRAN, L. Understanding the process of adjustment to illness. *Social Science & Medicine*, v. 62, p. 1153-1166, 2006.

SHMOTKIN, D.; Happiness in the face of adversity: reformulating the dynamic and modular bases of subjective well-being. *Review of General Psychology*, v. 9, n. 4, p. 291-325, 2005.

SIMON, R. *Psicoterapia breve operacionalizada*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

SIROIS, F. M.; DAVIS, C. G.; MORGAN, M. "Learning to live with what you can't rise above": Control beliefs, symptom control, and adjustment to tinnitus. *Health Psychology*, v. 25, n. 1, p. 119-123, 2006.

SPIRDUSO, W. *Physical Dimensions of Aging*. Champaign, Ill: Human Kinetics, 1995.

STAUDINGER, U. M.; KUNZMANN, U. Positive adult personality development: adjustment and/or growth? *European Psychologist*, v. 10, n. 4, p. 320-329, 2005.

STINEMAN, M.G.; WECHSLER, B.; ROSS, R.; MAISLIN, G. A method for measuring quality of life through subjective weighting of functional status. *Arch Phys Med Rehabil*, v. 84, Suppl. 2, p. S15-22, April, 2003..

STRAWBRIDGE, W.J.; WALLHAGEN, M.I.; COHEN, R.D. Successful aging and well-being: Self-report compared with Rowe and Kahn. *Gerontologist*, v.42, p. 727-733, 2002.

STUIFBERGEN, A.; SERAPHINE, B.; HARRISON, T.; ADACHI, E. An explanatory model of health promotion and quality of life for persons with post-polio syndrome. *Social Science & Medicine*, v. 60, p. 383–393, 2005.

TAVARES, S.S.; NERI, A.L.; CUPERTINO, A.P. Saúde emocional após a aposentadoria. In: NERI, A.L.; YASSUDA, M. (Orgs.). *Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos*. Campinas: Papirus, 2004, p. 91-110.

TEIXEIRA, I.N.D´A.; NERI, A.L. A fragilidade no envelhecimento: fenômeno multidimensional, multideterminado e evolutivo. In: FREITAS, E. V., PY, L., NERI, A. L., CANÇADO, F. A. X., GORZONI, M. L., ROCHA, S. M. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2ª ed. rev. amp.. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2006, p. 1102-1109.

VANDEWATER, E.A.; OSTROVE, J.M.; STEWART, A.J. Predicting women's well-being in midlife: the importance of personality development and social role involvements. *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 72, n. 5, p. 1147-1160, 1997.

VEEHOFEN, R. Is happiness a trait? Test of theory that a better society does not make people any happier. *Social Indicators Research*, v. 34, p. 33-68, 1994.

VERBRUGGE, L. M.; YANG, L.-S. Aging with disability and disability with aging. *Journal of Disability Policy Studies*, v. 12, n. 4, p. 253-267, Spring, 2002.

VILLE, I.; RAVAUD, J.F. Subjective well-being and severe motor impairments: the Tetrafigap survey on the long-term outcome of tetraplegic spinal cord injured persons. *Social Science and Medicine*, v. 52, p. 369-384, 2001.

WELLS, J.L.; SEABROOK, J.A.; STOLEE, P.; BORRIE, M.J.; KNOEFEL, F. State of the art in geriatric rehabilitation. Part I: Review of frailty and comprehensive geriatric assessment. *Arch Phys Med Rehabil*, v. 84, p. 890-897, June, 2003.

WINBLAD, I.; JÄÄSKELÄINEN, M.; KIVELÄ, S-L.; HILTUNEN, P.; LAIPPALA, P. Prevalence of disability in three birth cohorts at old age over time spans of 10 and 20 years. *Journal of Clinical Epidemiology*, v. 54, p. 1019–1024, 2001.



## **ANEXOS**

**ANEXO 1**  
**PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE**  
**UBERLÂNDIA**

Universidade Federal de Uberlândia  
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP  
Av. João Naves de Ávila, nº 2160 - Bloco J - Campus Santa Mônica - Uberlândia-MG CEP  
38400-089 - FONE/FAX (34) 3239-4131

**PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA Nº 203/05**

**Registro CEP: 136/05**

**Projeto Pesquisa:** *"Percepções sobre satisfação com a vida, ajustamento psicológico e perspectiva de envelhecimento pessoal em adultos com deficiência física".*

Pesquisador Responsável: Profa. Marinéia Crosara de Resende

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, o CEP manifesta-se pela aprovação, do projeto de pesquisa proposto.

**Situação:** Projeto aprovado.

Uberlândia, 08 de julho de 2005.

Profa. Ora. Sandra Terezinha de Farias Furtado  
Coordenadora do CEP/UFU

Orientações ao pesquisador:

*(Para parecer Aprovado ou Aprovado com Recomendações)*

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item 111.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA - junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item 111.2.e). O prazo para entrega de relatório é de 120 dias após o término da execução prevista no cronograma do projeto, conforme norma da Res. 196/96 CNS.

## ANEXO 2

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PROJETO DE PESQUISA: **Percepções sobre satisfação com a vida, ajustamento psicológico e perspectiva de envelhecimento pessoal em adultos com deficiência física.**

ORIENTADORA: Prof.a Dra. Anita Liberalesso Neri

ORIENTANDA: Marineia Crosara de Resende

#### 1. ESCLARECIMENTO SOBRE AS PESQUISADORAS

1.1- Dra. Anita Liberalesso Neri é psicóloga, doutora em Psicologia, professora livre docente da Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas. Trabalha na área de Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento.

1.2- Marineia Crosara de Resende é psicóloga e aluna do curso de pós graduação em Educação da Universidade Estadual de Campinas e está sendo orientada pela professora acima citada na realização desta pesquisa

#### 2. OBJETIVOS E JUSTIFICATIVA DA PESQUISA

Esta pesquisa pretende contribuir para a compreensão de aspectos selecionados do processo do desenvolvimento e do envelhecimento psicológico de adultos com deficiência física, a partir de descrições das auto-percepções de adultos com deficiência física, quanto ao próprio ajustamento psicológico; da investigação do senso de bem-estar subjetivo dessas pessoas, de sua perspectiva de velhice pessoal, de seus auto-relatos sobre o grau de dificuldade no desempenho de atividades cotidianas e no manejo desta dificuldade.

#### 3. PROCEDIMENTO

Ao concordar em participar desta pesquisa estou ciente de que:

Responderei a uma ficha sobre informações sócio-demográficas, ficha de Informações sobre a deficiência física, medida do grau de dificuldade para desempenhar atividades, e o manejo de atividades, a um inventário para medida de atitudes em relação à velhice pessoal, escala para medida de satisfação de vida e a escala de desenvolvimento pessoal; Caso as instruções contidas nas fichas, nas medidas, no inventário e nas escalas não sejam suficientes, poderei pedir maiores esclarecimentos às pesquisadoras.

Será mantido o anonimato no estudo. Não terei que me identificar ao preencher a ficha de informações sócio-demográficas e nem será feita uma análise individualizada de cada pessoa e sim

do conjunto das respostas dos participantes que compuserem a amostra deste estudo. O conjunto de dados obtidos neste estudo será analisado tendo por base outras pesquisas e a literatura de pesquisa acerca de percepções sobre satisfação com a vida, ajustamento psicológico e perspectiva de envelhecimento pessoal e as conclusões poderão ser divulgadas em eventos científicos ou em revistas e outros meios de divulgação de estudos desta natureza.

#### 4. RISCOS E BENEFÍCIOS PARA OS PARTICIPANTES

Estou informado(a) de que: sou livre para desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem correr o risco discriminação ou represália por parte das pesquisadoras; a participação nesta pesquisa não me trará benefícios diretos e imediatos mas estarei colaborando para a compreensão dos efeitos de percepções sobre satisfação com a vida, ajustamento psicológico e perspectiva de envelhecimento pessoal.

#### 5. ALTERNATIVA

Sou livre para optar não participar deste estudo.

#### 6. CUSTOS E REEMBOLSO

Não terei despesas para participar desta pesquisa. Esclarecimento de dúvidas

#### 7. ESCLARECIMENTOS E SUGESTÕES

Poderei esclarecer dúvidas e fazer sugestões sobre o estudo por e-mail ou pelos telefones da Profa. Dra. Anita ([anitalbn@uol.com.br](mailto:anitalbn@uol.com.br) ou 19-3788-5670) ou da orientanda Marineia ([marineiaresende@terra.com.br](mailto:marineiaresende@terra.com.br) ou 34-9976-6601).

#### 8. CONSENTIMENTO

Minha participação nesta pesquisa é voluntária.

Eu sou livre para recusar a participar deste estudo ou para desistir dele a qualquer momento.

A minha decisão em participar ou não desta pesquisa não influirá na minha condição presente e futura como associado da APARU - Associação dos Paraplégicos de Uberlândia.

Uma cópia deste Consentimento se encontra sob a minha guarda. A segunda cópia está sob guarda das pesquisadoras.

(Local e data): Uberlândia, \_\_\_\_ de 2005.

---

Assinatura do participante

### ANEXO 3

#### FICHA DE INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

**POR FAVOR, PREENCHA COM SEUS DADOS PESSOAIS**

1-Data de nascimento:        \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

2-Sexo:     Masculino                     Feminino

3- Estado Civil

Casado     Solteiro     Viúvo     Separado

4. Escolaridade

Ensino básico (1ª a 4ª série)                     Graduação (Faculdade)

Ensino fundamental (5ª a 8ª série)                     Pós-graduação

Ensino médio (2º Grau)                     Sem escolarização

5. Profissão:

\_\_\_\_\_

6. Trabalha?     Sim     Não

Se trabalha, qual a ocupação:

\_\_\_\_\_

7. Aposentado?     Sim     Não

Motivo da aposentadoria     Tempo de serviço     Invalidez     Outro

## ANEXO 4

### DADOS SOBRE A DEFICIÊNCIA

8. Sua deficiência é:

- Congênita, que nome tem? \_\_\_\_\_
- Adquirida, como?  Por acidente? Que tipo? \_\_\_\_\_
- Por doença? Qual? \_\_\_\_\_
- Por tiro?
- Outros? \_\_\_\_\_

9. Idade que adquiriu a deficiência:  Anos

10. Utiliza auxílio ortopédico?  Não  Sim, qual? \_\_\_\_\_

11. Você considera sua deficiência física:

Severa  Moderada  Leve

12. Além da deficiência física possui alguma doença crônica que  Sim  
Foi diagnosticada por algum médico?  Não

13. Quais?

- No fígado (hepática)  No coração (cardíaca)
- No rim (renal)  Diabetes
- No pulmão (pulmonar)  Osteoporose
- Nos músculos, tendões e articulações  Outras: \_\_\_\_\_

14. Geralmente, quando você precisa de ajuda para desempenhar alguma tarefa, você conta com:

Amigo  Familiar  Marido/Esposa  Empregado  
(namorado-a)

**ANEXO 5**  
**MEDIDA DO GRAU DE INCAPACIDADE E MANEJO DE ATIVIDADES**

As próximas questões avaliam seu desempenho para realizar algumas atividades. Assinale o ponto que melhor representa o seu grau de dificuldade para realizá-las, de acordo com a classificação abaixo:

0 NENHUMA DIFICULDADE	1 ALGUMA DIFICULDADE	2 MUITA DIFICULDADE	3 INCAPAZ DE REALIZÁ- LA
-----------------------------	----------------------------	---------------------------	--------------------------------

1. Vestir-se/despir-se 0 1 2 3

S	N	Você precisa de ajuda de outra pessoa ou de algum dispositivo ou equipamento?
---	---	---

S	N	Você teve que fazer alguma adaptação (na casa, em equipamentos - altura da cama, banco no banheiro, prendedor de roupa ou outros) para realizar esta atividade (ou seja, você a realiza de um jeito diferente)?
---	---	---

Que tipo de modificação você fez ou que tipo de ajuda/equipamento você utiliza?

2. Cuidar da própria aparência (toalete pessoal - lavar o rosto e as mãos, pentear-se, escovar os dentes e arrumar-se, fazer a barba/maquiar-se 0 1 2 3

S	N	Você precisa de ajuda de outra pessoa ou de algum dispositivo ou equipamento?
---	---	---

S	N	Você teve que fazer alguma adaptação (carrega espelhos pequenos, usa escova motorizada, adequou a pia da sua casa, etc) para realizar esta atividade (ou seja, você a realiza de um jeito diferente)?
---	---	---

Que tipo de modificação você fez ou que tipo de ajuda/equipamento você utiliza?

3. Alimentar-se 0 1 2 3

S	N	Você precisa de ajuda de outra pessoa ou de algum dispositivo ou equipamento?
---	---	---

S	N	Você teve que fazer alguma adaptação (na casa, em equipamentos - altura da mesa, adaptação de talheres, etc) para realizar esta atividade (ou seja, você a realiza de um jeito diferente)?
---	---	--

Que tipo de modificação você fez ou que tipo de ajuda/equipamento você utiliza?

4. Tomar banho 0 1 2 3

S	N	Você precisa de ajuda de outra pessoa ou de algum dispositivo ou equipamento?
---	---	---

S	N	Você teve que fazer alguma adaptação (na casa, em equipamentos - cadeira de banho, aumentar a porta do box, banco no banheiro, etc) para realizar esta atividade (ou seja, você a realiza de um jeito diferente)?
---	---	---

Que tipo de modificação você fez ou que tipo de ajuda/equipamento você utiliza?

5. Cortar as unhas 0 1 2 3

S N Você precisa de ajuda de outra pessoa ou de algum dispositivo ou equipamento?

S N Você teve que fazer alguma adaptação para realizar esta atividade (ou seja, você a realiza de um jeito diferente)?

Que tipo de modificação você fez ou que tipo de ajuda/equipamento você utiliza?

6. Uso do banheiro (sentar-se e levantar-se do vaso, tirar e colocar a roupa) 0 1 2 3

S N Você precisa de ajuda de outra pessoa ou de algum dispositivo ou equipamento?

S N Você teve que fazer alguma adaptação (na casa, em equipamentos - altura do vaso, corrimão, guincho, usa urinol ou sonda) para realizar esta atividade (ou seja, você a realiza de um jeito diferente)?

Que tipo de modificação você fez ou que tipo de ajuda/equipamento você utiliza?

7. Levantar-se de uma cadeira sem braços 0 1 2 3

S N Você precisa de ajuda de outra pessoa ou de algum dispositivo ou equipamento?

S N Você teve que fazer alguma adaptação (auxílio de barras, etc) para realizar esta atividade (ou seja, você a realiza de um jeito diferente)?

Que tipo de modificação você fez ou que tipo de ajuda/equipamento você utiliza?

8. Fazer transferências (deitar e levantar da cama) 0 1 2 3

S N Você precisa de ajuda de outra pessoa ou de algum dispositivo ou equipamento?

S N Você teve que fazer alguma adaptação (na casa, em equipamentos - guincho, altura da cama) para realizar esta atividade (ou seja, você a realiza de um jeito diferente)?

Que tipo de modificação você fez ou que tipo de ajuda/equipamento você utiliza?

9. Ficar de pé por longos períodos 0 1 2 3

S N Você precisa de ajuda de outra pessoa ou de algum dispositivo ou equipamento?

S N Você teve que fazer alguma adaptação (na casa, em equipamentos ) para realizar esta atividade (ou seja, você a realiza de um jeito diferente)?

Que tipo de modificação você fez ou que tipo de ajuda/equipamento você utiliza?

10. Ficar sentado por longos períodos 0 1 2 3

S N Você precisa de ajuda de outra pessoa ou de algum dispositivo ou equipamento?

S N Você teve que fazer alguma adaptação (na casa, em equipamentos - uso de almofadas, cadeira reclinável) para realizar esta atividade (ou seja, você a realiza de um jeito diferente)?

Que tipo de modificação você fez ou que tipo de ajuda/equipamento você utiliza?

11. Andar dentro de casa 0 1 2 3

S N Você precisa de ajuda de outra pessoa ou de algum dispositivo ou equipamento?

S N Você teve que fazer alguma adaptação (na casa, em equipamentos - aumentar as portas, barras de apoio por onde anda, cadeira de rodas, andador, muletas, etc) para realizar esta atividade (ou seja, você a realiza de um jeito diferente)?

Que tipo de modificação você fez ou que tipo de ajuda/equipamento você utiliza?

12. Subir e descer as escadas. 0 1 2 3

S N Você precisa de ajuda de outra pessoa ou de algum dispositivo ou equipamento?

S N Você teve que fazer alguma adaptação (na casa, em equipamentos - maçanetas, elevadores, plataformas) para realizar esta atividade (ou seja, você a realiza de um jeito diferente)?

Que tipo de modificação você fez ou que tipo de ajuda/equipamento você utiliza?

13. Faz pequenas caminhadas pelo bairro. 0 1 2 3

S N Você precisa de ajuda de outra pessoa ou de algum dispositivo ou equipamento?

S N Você teve que fazer alguma adaptação (usa auxílio ortopédico - cadeira de rodas, muletas, andador) para realizar esta atividade (ou seja, você a realiza de um jeito diferente)?

Que tipo de modificação você fez ou que tipo de ajuda/equipamento você utiliza?

14. Entra e sai do carro 0 1 2 3

S N Você precisa de ajuda de outra pessoa ou de algum dispositivo ou equipamento?

S N Você teve que fazer alguma adaptação (guincho, rampa, elevador) para realizar esta atividade (ou seja, você a realiza de um jeito diferente)?

Que tipo de modificação você fez ou que tipo de ajuda/equipamento você utiliza?

15. Utiliza outros tipos de transportes (ônibus, por exemplo). 0 1 2 3

S N Você precisa de ajuda de outra pessoa ou de algum dispositivo ou equipamento?

S N Você teve que fazer alguma adaptação para realizar esta atividade (ou seja, você a realiza de um jeito diferente)?

Que tipo de modificação você fez ou que tipo de ajuda/equipamento você utiliza?

16. Cozinha e prepara refeições 0 1 2 3

S N Você precisa de ajuda de outra pessoa ou de algum dispositivo ou equipamento?

S	N	Você teve que fazer alguma adaptação (na cozinha, altura do fogão e da pia) para realizar esta atividade (ou seja, você a realiza de um jeito diferente)?
---	---	---

Que tipo de modificação você fez ou que tipo de ajuda/equipamento você utiliza?

17. Faz limpeza leve de casa (tirar o pó)

0	1	2	3
---	---	---	---

S	N	Você precisa de ajuda de outra pessoa ou de algum dispositivo ou equipamento?
---	---	---

S	N	Você teve que fazer alguma adaptação (em equipamentos) para realizar esta atividade (ou seja, você a realiza de um jeito diferente)?
---	---	--

Que tipo de modificação você fez ou que tipo de ajuda/equipamento você utiliza?

18. Faz limpeza pesada (faxina)

0	1	2	3
---	---	---	---

S	N	Você precisa de ajuda de outra pessoa ou de algum dispositivo ou equipamento?
---	---	---

S	N	Você teve que fazer alguma adaptação para realizar esta atividade (ou seja, você a realiza de um jeito diferente)?
---	---	--

Que tipo de modificação você fez ou que tipo de ajuda/equipamento você utiliza?

19. Cuida do jardim

0	1	2	3
---	---	---	---

S	N	Você precisa de ajuda de outra pessoa ou de algum dispositivo ou equipamento?
---	---	---

S	N	Você teve que fazer alguma adaptação para realizar esta atividade (ou seja, você a realiza de um jeito diferente)?
---	---	--

Que tipo de modificação você fez ou que tipo de ajuda/equipamento você utiliza?

20. Dá recados

0	1	2	3
---	---	---	---

S	N	Você precisa de ajuda de outra pessoa ou de algum dispositivo ou equipamento?
---	---	---

S	N	Você teve que fazer alguma adaptação (em equipamentos - grava, usa mecanismos para se lembrar) para realizar esta atividade (ou seja, você a realiza de um jeito diferente)?
---	---	--

Que tipo de modificação você fez ou que tipo de ajuda/equipamento você utiliza?

21. Prepara refeições para receber os amigos

0	1	2	3
---	---	---	---

S	N	Você precisa de ajuda de outra pessoa ou de algum dispositivo ou equipamento?
---	---	---

S	N	Você teve que fazer alguma adaptação para realizar esta atividade (ou seja, você a realiza de um jeito diferente)?
---	---	--

Que tipo de modificação você fez ou que tipo de ajuda/equipamento você utiliza?

22. Passatempos (mais de dois)

0 1 2 3

S N Você precisa de ajuda de outra pessoa ou de algum dispositivo ou equipamento?

S N Você teve que fazer alguma adaptação para realizar esta atividade (ou seja, você a realiza de um jeito diferente)?

Que tipo de modificação você fez ou que tipo de ajuda/equipamento você utiliza?

23. Socialização

0 1 2 3

S N Você precisa de ajuda de outra pessoa ou de algum dispositivo ou equipamento?

S N Você teve que fazer alguma adaptação para realizar esta atividade (ou seja, você a realiza de um jeito diferente)?

Que tipo de modificação você fez ou que tipo de ajuda/equipamento você utiliza?

24. Viaja por prazer

0 1 2 3

S N Você precisa de ajuda de outra pessoa ou de algum dispositivo ou equipamento?

S N Você teve que fazer alguma adaptação para realizar esta atividade (ou seja, você a realiza de um jeito diferente)?

Que tipo de modificação você fez ou que tipo de ajuda/equipamento você utiliza?

25. Atividades religiosas - ir à igreja

0 1 2 3

S N Você precisa de ajuda de outra pessoa ou de algum dispositivo ou equipamento?

S N Você teve que fazer alguma adaptação para realizar esta atividade (ou seja, você a realiza de um jeito diferente)?

Que tipo de modificação você fez ou que tipo de ajuda/equipamento você utiliza?

26. Sair para comer fora

0 1 2 3

S N Você precisa de ajuda de outra pessoa ou de algum dispositivo ou equipamento?

S N Você teve que fazer alguma adaptação para realizar esta atividade (ou seja, você a realiza de um jeito diferente)?

Que tipo de modificação você fez ou que tipo de ajuda/equipamento você utiliza?

27. Atividades físicas (mais que 3)

0 1 2 3

S N Você precisa de ajuda de outra pessoa ou de algum dispositivo ou equipamento?

S N Você teve que fazer alguma adaptação para realizar esta atividade (ou seja, você a realiza de um jeito diferente)?

Que tipo de modificação você fez ou que tipo de ajuda/equipamento você utiliza?

28. Atividades de lazer

0	1	2	3
---	---	---	---

S	N	Você precisa de ajuda de outra pessoa ou de algum dispositivo ou equipamento?
---	---	---

S	N	Você teve que fazer alguma adaptação para realizar esta atividade (ou seja, você a realiza de um jeito diferente)?
---	---	--

Que tipo de modificação você fez ou que tipo de ajuda/equipamento você utiliza?

29. Assistir TV

0	1	2	3
---	---	---	---

S	N	Você precisa de ajuda de outra pessoa ou de algum dispositivo ou equipamento?
---	---	---

S	N	Você teve que fazer alguma adaptação para realizar esta atividade (ou seja, você a realiza de um jeito diferente)?
---	---	--

Que tipo de modificação você fez ou que tipo de ajuda/equipamento você utiliza?

30. Ouvir música

0	1	2	3
---	---	---	---

S	N	Você precisa de ajuda de outra pessoa ou de algum dispositivo ou equipamento?
---	---	---

S	N	Você teve que fazer alguma adaptação para realizar esta atividade (ou seja, você a realiza de um jeito diferente)?
---	---	--

Que tipo de modificação você fez ou que tipo de ajuda/equipamento você utiliza?

**ANEXO 6**  
**INVENTÁRIO SHEPPARD**

1 CONCORDO MUITÍSSIMO	2 CONCORDO	3 DISCORDO	4 DISCORDO MUITÍSSIMO
1. É na juventude que se pode esperar o máximo de satisfações na vida			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
2. Ao pensar no meu envelhecimento eu me sinto apreensivo.			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
3. Há poucas coisas que uma pessoa pode realizar na velhice.			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
4. Pode-se ter uma vida sexual saudável na velhice.			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
5. De um modo geral eu espero desfrutar a velhice.			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
6. Não há nenhuma razão pela qual um velho não possa permanecer ativo			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
7. É sempre difícil enfrentar a idéia de nossa própria morte.			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
8. A vida oferece pouco aos velhos, além de preocupação e desconforto			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
9. Conto com o aumento de lazer e a redução de responsabilidade que a velhice permite.			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
10. Pensar na debilidade física que ocorre na velhice me aterroriza.			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
11. A velhice é o período mais sombrio da vida.			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
12. Espero continuar me sentindo bem a meu respeito, independentemente da Idade			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
13. É melhor morrer cedo do que enfrentar a velhice nesta sociedade.			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
14. Quando eu ficar velho, a maior parte das coisas que farei serão chatas e desinteressantes.			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
15. Quando eu ficar velho, acho que estarei satisfeito com aquilo que .consegui da vida.			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
16. Eu acho que vou me sentir solitário na velhice.			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
17. Tenho horror em pensar que posso sobreviver a meu cônjuge ou pessoa amada.			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
18. Acredito que na velhice eu me sentirei tão feliz quanto me sentia quando era mais moço.			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
19. É possível continuar tendo companheirismo na velhice.			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
20. A velhice permite que se constate que toda a vida valeu a pena.			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4

## ANEXO 7

### ESCALA DE DESENVOLVIMENTO PESSOAL

Para cada afirmação, escolha o número que melhor representa o seu modo de pensar sobre si mesmo e faça um X em cima do número no quadrinho correspondente.

1 POUQUÍSSIMO	2 POUCO	3 MAIS OU MENOS	4 MUITO	5 MUITÍSSIMO
------------------	------------	--------------------	------------	-----------------

1. Eu tenho coragem de dar minhas opiniões, mesmo que elas sejam contrárias às dos outros.  1  2  3  4  5
2. Eu me sinto dono (a) da minha própria vida.  1  2  3  4  5
3. Eu consigo enfrentar com vigor e coragem os problemas do dia - a - dia.  1  2  3  4  5
4. Eu acho importante ter novas experiências porque elas me fazem pensar sobre mim mesmo e me ajudam a compreender melhor os fatos da vida.  1  2  3  4  5
5. À medida em que o tempo passa eu acho que estou cada vez melhor como pessoa  1  2  3  4  5
6. Os outros me descrevem como uma pessoa generosa, pronta a Compartilhar suas experiências.  1  2  3  4  5
7. Quando eu olho para traz e avalio a minha vida eu fico feliz em perceber que tudo deu certo.  1  2  3  4  5
8. Eu gosto de vários aspectos da minha personalidade.  1  2  3  4  5
9. Eu decido por mim mesmo e por aquilo que acho certo, e não pelas opiniões dos outros.  1  2  3  4  5
10. Eu consigo dar conta de várias responsabilidades da minha vida cotidiana.  1  2  3  4  5
11. Eu sinto que a minha vida tem sido um contínuo processo de mudança, aprendizagem e crescimento.  1  2  3  4  5
12. Eu tenho vários motivos para me sentir satisfeito (a) com minhas Realizações na vida.  1  2  3  4  5
13. Eu vivo no presente, ou seja, não fico pensando muito no futuro.  1  2  3  4  5
14. É fácil e prazeroso para mim manter relações de proximidade afetiva.  1  2  3  4  5

15. Eu tenho tendência a ser influenciado (a) por pessoas que tem opiniões fortes.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

16. Eu sei que posso confiar em meus amigos e meus amigos sabem que podem confiar em mim.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

17. Eu sou uma pessoa que caminha com confiança pela vida.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

18. Eu acho que ainda tenho muitas coisas a fazer na vida.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

19. Os outros dizem que eu sou uma pessoa muito produtiva.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

20. Eu sinto que tenho obrigação de passar adiante a minha experiência e os meus conhecimentos.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

21. Eu sinto que tenho deixado a minha marca na vida de várias pessoas.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

22. Eu acho que a sociedade é responsável pelo destino das pessoas carentes

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

23. Eu penso que as pessoas que se preocupam com a salvação de espécies em extinção ou com a preservação de documentos e prédios antigos

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

dedicam-se a essas atividades por que não têm nada mais importante a fazer da vida

24. Eu acho que sou necessário (a) na vida de várias pessoas.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

25. Eu acho que quando eu for velho eu vou me recolher à vida privada, pois não terei mais compromisso de produzir para a sociedade.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

26. Muita gente me procura para pedir orientação e conselhos.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

27. As pessoas dizem que eu tenho feito contribuições criativas à sociedade.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

28. Eu prefiro não me envolver com novos projetos e idéias.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

29. Depois que eu morrer eu gostaria de ser lembrado pelas minhas ações e contribuições à sociedade.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

30. Eu acho que ensinar é uma das coisas mais lindas que existem.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

## ANEXO 8

### ESCALA DE MEDIDA DE SATISFAÇÃO COM A VIDA

As próximas questões avaliam sua satisfação em relação a aspectos específicos da sua vida. Assinale o ponto que melhor representa o seu grau de satisfação com cada um dos aspectos de acordo com a classificação abaixo:

1	2	3	4	5
Muito Pouco Satisfeito	Pouco Satisfeito	Mais ou Menos Satisfeito	Muito Satisfeito	Muitíssimo Satisfeito

1. Minha saúde  1  2  3  4  5
2. Minha capacidade física  1  2  3  4  5
3. Minha saúde hoje, comparada com a de cinco anos atrás  1  2  3  4  5
4. Minha capacidade física hoje, comparada com a de cinco anos atrás  1  2  3  4  5
5. Minha saúde comparada com as outras pessoas de minha idade  1  2  3  4  5
6. Minha capacidade física comparada com outras pessoas de minha idade  1  2  3  4  5
7. Minha capacidade mental hoje  1  2  3  4  5
8. Minha capacidade mental atual comparada com a de cinco anos atrás  1  2  3  4  5
9. Minha capacidade mental atual comparada com a de outras pessoas da minha idade  1  2  3  4  5
10. Meu envolvimento social hoje  1  2  3  4  5
11. Meu envolvimento social atual em comparação com o de cinco anos atrás  1  2  3  4  5
12. Meu envolvimento social em comparação com o de outras pessoas da minha idade  1  2  3  4  5

**ANEXO 9**  
**Percentual de Incapacidade/Dificuldade por Atividade**

Atividade	Nenhuma dificuldade	Alguma dificuldade	Muita dificuldade	Incapaz
1. Vestir-se/despir-se	42,2	40,0	11,1	6,7
2. Cuidar da própria aparência	<b>66,7</b>	26,7	3,3	3,3
3. Alimentar-se	<b>81,1</b>	16,7	-	2,2
4. Tomar banho	42,2	45,6	6,7	5,6
5. Cortar as unhas	41,1	32,2	7,8	28,9
6. Uso do banheiro	<b>58,9</b>	25,6	6,7	7,8
7. Levantar-se de uma cadeira sem braços	41,1	25,6	7,8	25,6
8. Fazer transferências (deitar e levantar da cama)	<b>55,6</b>	27,8	8,9	7,8
9. Ficar de pé por longos períodos	17,8	15,6	21,1	45,6
10. Ficar sentado por longos períodos	<b>62,2</b>	22,2	10,0	5,6
11. Andar dentro de casa	<b>63,3</b>	28,9	3,3	4,4
12. Subir e descer as escadas.	12,2	18,9	32,2	36,7
13. Faz pequenas caminhadas pelo bairro.	42,2	15,6	10,0	32,2
14. Entra e sai do carro	34,4	37,8	18,9	8,9
15. Utiliza outros tipos de transportes (ônibus, por exemplo)	23,3	44,4	20,0	12,2
16. Cozinha e prepara refeições	40,0	24,4	13,3	22,2
17. Faz limpeza leve de casa (tirar o pó)	36,7	16,7	13,3	33,3
18. Faz limpeza pesada (faxina)	20,0	8,9	8,9	62,2
19. Cuida do jardim	22,2	17,8	5,6	54,4
20. Anota recados	<b>86,7</b>	10,0	2,2	1,1
21. Prepara refeições para receber os amigos	43,3	20,0	8,9	27,8
22. Passatempos (mais de dois)	<b>67,8</b>	20,0	6,7	5,6
23. Socialização	<b>74,4</b>	16,7	3,3	5,6
24. Viaja por prazer	<b>50,0</b>	30,0	10,0	10,0
25. Atividades religiosas - ir à igreja	<b>64,4</b>	21,1	8,9	5,6
26. Sair para comer fora	<b>60,0</b>	27,8	6,7	5,6
27. Atividades físicas (mais que 3)	32,2	23,3	6,7	37,8
28. Atividades de lazer	<b>60,0</b>	20,0	10,0	10,0
29. Assistir TV	<b>88,9</b>	7,8	3,3	-
30. Ouvir música	<b>92,2</b>	5,6	2,2	-

## ANEXO 10

### Correlações entre escores de perspectivas de velhice pessoal e de ajustamento psicológico

<b>PERSPECTIVAS DE VELHICE PESSOAL (SHEPPARD) vs AJUSTAMENTO PSICOLÓGICO (EDEP)</b>						
		ED_AUTON	ED_DOMIN	ED_PROPO	ED_CRESC	ED_RELAC
SH_FELIZ*	r=	-0.14303	-0.20223	<b><u>-0.31226</u></b>	<b><u>-0.28402</u></b>	<b><u>-0.23534</u></b>
	p=	0.1787	0.0559	0.0027	0.0067	0.0256
SH_SOLID	r=	-0.18085	<b><u>-0.26788</u></b>	<b><u>-0.41236</u></b>	<b><u>-0.28016</u></b>	<b><u>-0.29750</u></b>
	p=	0.0880	0.0107	0.0001	0.0075	0.0044
SH_MORTE	r=	-0.00262	-0.05147	-0.05921	-0.03495	-0.05705
	p=	0.9805	0.6300	0.5793	0.7436	0.5933
SH_INTEG	r=	-0.03187	-0.12695	<b><u>-0.33731</u></b>	-0.13427	-0.12243
	p=	0.7656	0.2331	0.0011	0.2070	0.2503
		ED_ACEIT	ED_CRIAR	ED_OFERE	ED_MANTE	ED_TOTAL
SH_FELIZ*	r=	-0.18111	<b><u>-0.26290</u></b>	<b><u>-0.28093</u></b>	-0.15504	<b><u>-0.31215</u></b>
	p=	0.0876	0.0123	0.0073	0.1445	0.0027
SH_SOLID	r=	<b><u>-0.41640</u></b>	<b><u>-0.36514</u></b>	<b><u>-0.34408</u></b>	-0.17066	<b><u>-0.42930</u></b>
	p=	0.0001	0.0004	0.0009	0.1078	0.0001
SH_MORTE	r=	0.07130	-0.16668	-0.02249	-0.16876	-0.08021
	p=	0.5043	0.1164	0.8333	0.1118	0.4524
SH_INTEG	r=	<b><u>-0.25672</u></b>	-0.13405	-0.19759	-0.18328	<b><u>-0.21732</u></b>
	p=	0.0146	0.2078	0.0619	0.0838	0.0396

r=coeficiente de correlação de Spearman; p=p-valor; n=90 sujeitos.

## ANEXO 11

Correlações entre escores de grau de incapacidade e manejo em comparação com os escores em ajustamento psicológico

<b>GRAU DE INCAPACIDADE E MANEJO vs AJUSTAMENTO PSICOLÓGICO (EDEP)</b>								
	CUIDPESS	MOBCASA	MOBCOMUN	ATIVDOME	ATIVPRAZ	DIFTOTAL	NUMAJUDA	NUMADAPT
ED_AUTON*	r= -0.13423 p= 0.2072	-0.03312 0.7567	-0.17200 0.1050	-0.15042 0.1570	<b>-0.24125</b> 0.0220	-0.15616 0.1416	<b>-0.24473</b> 0.0201	-0.18088 0.0880
ED_DOMIN	<b>-0.27915</b> 0.0077	-0.07034 0.5100	-0.15940 0.1334	-0.15661 0.1405	<b>-0.22900</b> 0.0299	<b>-0.21876</b> 0.0383	<b>-0.27478</b> 0.0088	-0.06948 0.5152
ED_PROPO	-0.00512 0.9618	0.12047 0.2580	0.07343 0.4916	0.04777 0.6548	0.05241 0.6237	0.06968 0.5140	-0.03505 0.7430	0.16990 0.1094
ED_CRESC	-0.12603 0.2366	-0.08887 0.4049	-0.07392 0.4887	-0.00959 0.9285	-0.20501 0.0526	-0.12634 0.2354	-0.13589 0.2016	0.09804 0.3580
ED_RELAC	-0.03555 0.7394	-0.15276 0.1506	0.01019 0.9240	-0.02116 0.8431	-0.06432 0.5470	-0.06028 0.5725	-0.14550 0.1712	0.03932 0.7129
ED_ACEIT	-0.17424 0.1005	-0.02587 0.8087	-0.02276 0.8314	0.00384 0.9713	-0.07539 0.4801	-0.05379 0.6146	-0.11090 0.2981	0.14203 0.1818
ED_CRIAR	-0.05827 0.5854	-0.08987 0.3996	0.01847 0.8628	-0.05768 0.5892	-0.18372 0.0830	-0.12376 0.2452	-0.13370 0.2090	0.02309 0.8290
ED_OFERE	-0.11312 0.2884	-0.10186 0.3394	-0.07929 0.4575	-0.07486 0.4831	-0.18305 0.0842	-0.14466 0.1737	-0.17568 0.0977	0.05321 0.6184
ED_MANTE	0.00870 0.9351	0.00880 0.9344	0.03948 0.7118	-0.05761 0.5896	0.01744 0.8704	0.01103 0.9178	-0.03722 0.7276	0.06787 0.5250
ED_TOTAL	-0.15518 0.1442	-0.08937 0.4022	-0.05393 0.6137	-0.08385 0.4320	-0.18454 0.0816	-0.14326 0.1780	<b>-0.21159</b> 0.0453	0.05469 0.6086

r=coeficiente de correlação de Spearman; p=p-valor; n=90 sujeitos.

## ANEXO 12

Correlações entre os escores na medida do Grau de Incapacidade e Manejo e as medidas Satisfação com a vida.

<b>GRAU DE INCAPACIDADE E MANEJO vs SATISFAÇÃO COM A VIDA</b>									
		CUIDPESS	MOBCASA	MOBCOMUN	ATIVDOME	ATIVPRAZ	DIFTOTAL	NUMAJUDA	NUMADAPT
SV_HOJE*	r=	-0.17234	-0.19189	-0.16168	-0.15240	<b>-0.31229</b>	<b>-0.26198</b>	<b>-0.28423</b>	-0.16515
	p=	0.1043	0.0700	0.1279	0.1516	0.0027	0.0126	0.0066	0.1198
SV_5ANO	r=	-0.07153	-0.10120	-0.15540	-0.11303	<b>-0.32612</b>	-0.20642	<b>-0.24043</b>	-0.18890
	p=	0.5029	0.3426	0.1436	0.2888	0.0017	0.0509	0.0225	0.0746
SV_OUTR	r=	-0.20036	-0.18441	-0.14967	-0.14215	<b>-0.33379</b>	<b>-0.26477</b>	<b>-0.22529</b>	-0.07754
	p=	0.0583	0.0819	0.1591	0.1814	0.0013	0.0117	0.0328	0.4676
SV_FISIC	r=	-0.18941	-0.13600	-0.14222	-0.10610	<b>-0.31699</b>	<b>-0.22800</b>	<b>-0.21103</b>	-0.09052
	p=	0.0738	0.2012	0.1812	0.3196	0.0023	0.0307	0.0459	0.3962
SV_MENTA	r=	-0.03186	-0.10768	-0.09744	-0.16955	<b>-0.24382</b>	-0.18685	<b>-0.34028</b>	<b>-0.25084</b>
	p=	0.7656	0.3124	0.3609	0.1101	0.0206	0.0778	0.0010	0.0171
SV_SOCIA	r=	-0.09535	-0.20505	-0.05397	-0.14848	<b>-0.24504</b>	<b>-0.20982</b>	-0.19164	-0.10709
	p=	0.3713	0.0525	0.6134	0.1625	0.0199	0.0472	0.0704	0.3151
SV_TOTAL	r=	-0.14109	-0.15188	-0.17451	-0.13484	<b>-0.33950</b>	<b>-0.24674</b>	<b>-0.24332</b>	-0.14874
	p=	0.1847	0.1530	0.1000	0.2051	0.0011	0.0191	0.0208	0.1618

\* r=coeficiente de correlação de Spearman; p=p-valor; n=90 sujeitos.

## ANEXO 13

Correlações entre escores do grau de incapacidade e manejo e as medidas perspectivas de velhice pessoal (Sheppard).

<b>GRAU DE INCAPACIDADE E MANEJO vs PERSPECTIVAS DE VELHICE PESSOAL (SHEPPARD)</b>									
		CUIDPESS	MOBCASA	MOBCOMUN	ATIVDOME	ATIVPRAZ	DIFTOTAL	NUMAJUDA	NUMADAPT
SH_FELIZ*	r=	-0.05895	-0.02661	-0.04073	0.05605	0.02232	0.00850	0.05306	-0.06096
	p=	0.5810	0.8034	0.7031	0.5998	0.8346	0.9366	0.6194	0.5682
SH_SOLID	r=	0.08364	0.03004	-0.00398	0.02626	0.04379	0.04531	0.05295	-0.04671
	p=	0.4332	0.7787	0.9703	0.8059	0.6820	0.6715	0.6201	0.6620
SH_MORTE	r=	-0.12411	-0.03393	-0.08524	0.02798	-0.04689	-0.04176	0.01764	-0.00244
	p=	0.2438	0.7508	0.4244	0.7935	0.6608	0.6959	0.8689	0.9818
SH_INTEG	r=	0.00083	-0.10252	-0.05258	-0.07286	-0.16735	-0.11556	0.03283	<b>-0.25054</b>
	p=	0.9938	0.3363	0.6226	0.4950	0.1149	0.2781	0.7587	0.0172

r=coeficiente de correlação de Spearman; p=p-valor; n=90 sujeitos.

## ANEXO 14

Correlações entre escores de satisfação com a vida as medidas de perspectivas de velhice pessoal

<b>SATISFAÇÃO COM A VIDA vs PERSPECTIVAS DE VELHICE PESSOAL (SHEPPARD)</b>								
		<u>SV_HOJE</u>	<u>SV_SANO</u>	<u>SV_OUTR</u>	<u>SV_FISIC</u>	<u>SV_MENTA</u>	<u>SV_SOCIA</u>	<u>SV_TOTAL</u>
SH_FELIZ*	r=	-0.10260	-0.00768	-0.15018	0.00256	<b>-0.30659</b>	-0.06359	-0.09091
	p=	0.3359	0.9428	0.1577	0.9809	0.0033	0.5515	0.3941
SH_SOLID	r=	-0.12371	-0.16788	<b>-0.25987</b>	-0.19850	-0.20426	-0.10640	-0.18512
	p=	0.2454	0.1137	0.0134	0.0607	0.0535	0.3182	0.0807
SH_MORTE	r=	-0.01057	0.08180	-0.02323	0.10244	-0.17952	0.00882	0.03058
	p=	0.9212	0.4434	0.8279	0.3367	0.0904	0.9343	0.7748
SH_INTEG	r=	0.12412	0.13879	0.17036	0.13618	0.00180	0.19308	0.15867
	p=	0.2438	0.1920	0.1084	0.2006	0.9866	0.0683	0.1353

r=coeficiente de correlação de Spearman; p=p-valor; n=90 sujeitos.

## ANEXO 15

### Comparação dos escores entre as faixas etárias

IDADE<40 ANOS					IDADE 40-59 ANOS					IDADE>=60 ANOS					
VARIÁVEL	N	MÉDIA	D.P.	MEDIANA	VARIÁVEL	N	MÉDIA	D.P.	MEDIANA	VARIÁVEL	N	MÉDIA	D.P.	MEDIANA	P-VALOR*
CUIDPESS	41	0.72	0.68	0.50	CUIDPESS	40	0.58	0.66	0.50	CUIDPESS	9	0.70	0.42	0.83	P=0.334
MOBCASA	41	1.21	0.72	1.33	MOBCASA	40	1.06	0.67	1.08	MOBCASA	9	1.13	0.82	1.00	P=0.591
MOBCOMUN	41	1.01	0.76	1.00	MOBCOMUN	40	1.35	0.90	1.33	MOBCOMUN	9	1.26	1.02	1.33	P=0.244
ATIVDOME	41	1.45	0.87	1.60	ATIVDOME	40	<b>1.17</b>	0.83	1.20	ATIVDOME	9	<b>1.89</b>	0.55	2.00	<b>P=0.046</b>
ATIVPRAZ	41	0.58	0.51	0.50	ATIVPRAZ	40	0.69	0.63	0.55	ATIVPRAZ	9	0.80	0.49	0.90	P=0.451
DIFTOTAL	41	0.92	0.54	0.90	DIFTOTAL	40	0.89	0.59	0.88	DIFTOTAL	9	1.07	0.51	1.23	P=0.491
NUMAJUDA	41	11.15	6.35	11.00	NUMAJUDA	40	10.30	7.03	9.00	NUMAJUDA	9	14.56	5.68	16.00	P=0.213
NUMADAPT	41	3.49	3.56	3.00	NUMADAPT	40	4.68	5.81	2.00	NUMADAPT	9	2.11	2.37	2.00	P=0.484
SH_AT	41	1.99	0.32	2.09	SH_AT	40	2.02	0.38	2.05	SH_AT	9	2.24	0.29	2.18	P=0.167
SH_SE	41	2.21	0.43	2.20	SH_SE	40	2.24	0.59	2.20	SH_SE	9	2.36	0.43	2.40	P=0.658
SH_SA	41	2.29	0.50	2.50	SH_SA	40	2.33	0.55	2.50	SH_SA	9	2.17	0.43	2.50	P=0.606
SH_MO	41	2.27	0.49	2.50	SH_MO	40	2.19	0.63	2.50	SH_MO	9	2.11	0.70	2.00	P=0.844
SH_FIS	41	2.21	0.33	2.33	SH_FIS	40	2.22	0.47	2.33	SH_FIS	9	2.22	0.41	2.17	P=0.999
SH_PSI	41	2.04	0.33	2.17	SH_PSI	40	2.07	0.47	2.00	SH_PSI	9	2.20	0.37	2.17	P=0.575
SH_SOC	41	2.07	0.32	2.13	SH_SOC	40	2.08	0.40	2.13	SH_SOC	9	2.31	0.21	2.25	P=0.139
SH_FELIZ	41	2.03	0.29	2.09	SH_FELIZ	40	2.07	0.34	2.14	SH_FELIZ	9	2.26	0.24	2.27	P=0.135
SH_SOLID	41	2.35	0.42	2.20	SH_SOLID	40	2.35	0.65	2.20	SH_SOLID	9	2.36	0.55	2.60	P=0.877
SH_MORTE	41	2.10	0.58	2.00	SH_MORTE	40	2.11	0.65	2.00	SH_MORTE	9	2.06	0.58	2.00	P=0.939
SH_INTEG	41	1.93	0.47	2.00	SH_INTEG	40	1.85	0.59	2.00	SH_INTEG	9	2.11	0.33	2.00	P=0.312
SH_TOTAL	41	2.10	0.26	2.15	SH_TOTAL	40	2.12	0.36	2.13	SH_TOTAL	9	2.25	0.28	2.35	P=0.427
SV_HOJE	41	3.76	0.73	3.75	SV_HOJE	40	3.59	0.75	3.50	SV_HOJE	9	3.19	1.01	3.75	P=0.258
SV_5ANO	41	3.54	0.89	3.50	SV_5ANO	40	3.33	0.95	3.25	SV_5ANO	9	3.11	1.10	3.75	P=0.420
SV_OUTR	41	3.61	0.83	3.50	SV_OUTR	40	3.48	0.87	3.50	SV_OUTR	9	3.47	1.18	3.75	P=0.593
SV_FISIC	41	3.29	0.89	3.33	SV_FISIC	40	3.07	1.05	3.17	SV_FISIC	9	3.09	1.01	3.67	P=0.654
SV_MENTA	41	4.20	0.87	4.33	SV_MENTA	40	3.91	0.91	4.00	SV_MENTA	9	3.26	1.24	3.67	P=0.059
SV_SOCIA	41	3.76	0.93	4.00	SV_SOCIA	40	3.81	0.95	4.00	SV_SOCIA	9	3.59	1.14	4.00	P=0.952
SV_TOTAL	41	3.64	0.74	3.67	SV_TOTAL	40	3.46	0.81	3.42	SV_TOTAL	9	3.26	1.03	3.75	P=0.468
ED_AUTON	41	4.05	0.67	4.00	ED_AUTON	40	3.78	0.74	3.67	ED_AUTON	9	3.81	0.38	3.67	P=0.135
ED_DOMIN	41	4.02	0.65	4.00	ED_DOMIN	40	3.88	0.82	4.00	ED_DOMIN	9	3.89	0.90	4.00	P=0.914
ED_PROPO	41	4.21	0.52	4.00	ED_PROPO	40	4.19	0.76	4.33	ED_PROPO	9	3.74	0.57	3.67	P=0.058
ED_CRESC	41	4.28	0.56	4.33	ED_CRESC	40	4.21	0.55	4.33	ED_CRESC	9	3.85	0.71	4.00	P=0.241
ED_RELAC	41	3.64	0.81	3.67	ED_RELAC	40	3.72	0.70	3.67	ED_RELAC	9	3.48	0.65	3.67	P=0.852
ED_ACEIT	41	3.96	0.81	4.00	ED_ACEIT	40	3.99	0.78	4.00	ED_ACEIT	9	3.74	0.91	3.67	P=0.668
ED_CRIAR	41	3.64	0.75	3.67	ED_CRIAR	40	3.50	1.00	3.33	ED_CRIAR	9	3.22	0.37	3.00	P=0.222
ED_OFERE	41	3.97	0.70	4.00	ED_OFERE	40	3.91	0.63	4.00	ED_OFERE	9	3.78	0.46	3.67	P=0.643
ED_MANTE	41	3.53	0.85	3.33	ED_MANTE	40	3.66	0.78	3.67	ED_MANTE	9	3.59	0.83	3.67	P=0.872
ED_TOTAL	41	3.93	0.52	3.90	ED_TOTAL	40	3.87	0.54	3.83	ED_TOTAL	9	3.69	0.42	3.57	P=0.337

\* p-valores referentes ao teste de Kruskal-Wallis para comparação dos escores entre as Faixas Etárias (<40, 40-59, >=60).

### Comparação dos escores entre as faixas etárias.

IDADE<40 ANOS						IDADE>=40 ANOS								
VARIÁVEL	N	MÉDIA	D.P.	MÍN	MEDIANA	MÁX	VARIÁVEL	N	MÉDIA	D.P.	MÍN	MEDIANA	MÁX	P-VALOR*
CUIDPESS	41	0.72	0.68	0.00	0.50	2.67	CUIDPESS	49	0.60	0.63	0.00	0.67	3.00	P=0.398
MOBCASA	41	1.21	0.72	0.00	1.33	2.50	MOBCASA	49	1.07	0.69	0.00	1.00	2.67	P=0.344
MOBCOMUN	41	1.01	0.76	0.00	1.00	2.33	MOBCOMUN	49	1.33	0.92	0.00	1.33	3.00	P=0.102
ATIVDOME	41	1.45	0.87	0.00	1.60	2.80	ATIVDOME	49	1.30	0.83	0.00	1.40	2.60	P=0.358
ATIVPRAZ	41	0.58	0.51	0.00	0.50	2.20	ATIVPRAZ	49	0.71	0.60	0.00	0.60	2.30	P=0.378
DIFTOTAL	41	0.92	0.54	0.00	0.90	1.87	DIFTOTAL	49	0.92	0.58	0.07	0.90	2.57	P=0.874
NUMAJUDA	41	11.15	6.35	1.00	11.00	24.00	NUMAJUDA	49	11.08	6.95	1.00	12.00	24.00	P=0.977
NUMADAPT	41	3.49	3.56	0.00	3.00	16.00	NUMADAPT	49	4.20	5.42	0.00	2.00	20.00	P=0.954
SH_FELIZ	41	2.03	0.29	1.27	2.09	2.64	SH_FELIZ	49	2.11	0.33	1.36	2.18	2.82	P=0.295
SH_SOLID	41	2.35	0.42	1.40	2.20	3.40	SH_SOLID	49	2.35	0.63	1.00	2.20	4.00	P=0.635
SH_MORTE	41	2.10	0.58	1.00	2.00	3.50	SH_MORTE	49	2.10	0.63	1.00	2.00	3.00	P=0.828
SH_INTEG	41	1.93	0.47	1.00	2.00	2.50	SH_INTEG	49	1.90	0.56	1.00	2.00	3.00	P=0.668
SV_HOJE	41	3.76	0.73	1.50	3.75	5.00	SV_HOJE	49	3.52	0.81	1.50	3.50	5.00	P=0.126
SV_5ANO	41	3.54	0.89	1.00	3.50	5.00	SV_5ANO	49	3.29	0.97	1.50	3.25	5.00	P=0.196
SV_OUTR	41	3.61	0.83	1.00	3.50	5.00	SV_OUTR	49	3.47	0.92	1.75	3.50	5.00	P=0.410
SV_FISIC	41	3.29	0.89	1.33	3.33	5.00	SV_FISIC	49	3.07	1.03	1.00	3.17	5.00	P=0.387
SV_MENTA	41	<b>4.20</b>	0.87	1.00	4.33	5.00	SV_MENTA	49	3.79	1.00	1.00	4.00	5.00	<b>P=0.047</b>
SV_SOCIA	41	3.76	0.93	1.00	4.00	5.00	SV_SOCIA	49	3.77	0.97	1.67	4.00	5.00	P=0.977
SV_TOTAL	41	3.64	0.74	1.17	3.67	5.00	SV_TOTAL	49	3.43	0.85	1.75	3.42	5.00	P=0.219

---

ED_AUTON	41	<b>4.05</b>	0.67	2.00	4.00	5.00	ED_AUTON	49	3.78	0.68	1.67	3.67	5.00	<b>P=0.046</b>
ED_DOMIN	41	4.02	0.65	2.33	4.00	5.00	ED_DOMIN	49	3.88	0.83	2.00	4.00	5.00	P=0.674
ED_PROPO	41	4.21	0.52	3.33	4.00	5.00	ED_PROPO	49	4.11	0.74	1.67	4.00	5.00	P=0.659
ED_CRESC	41	4.28	0.56	3.00	4.33	5.00	ED_CRESC	49	4.14	0.59	2.67	4.00	5.00	P=0.331
ED_RELAC	41	3.64	0.81	2.00	3.67	5.00	ED_RELAC	49	3.67	0.69	2.00	3.67	5.00	P=0.839
ED_ACEIT	41	3.96	0.81	2.33	4.00	5.00	ED_ACEIT	49	3.95	0.80	1.67	4.00	5.00	P=0.974
ED_CRIAR	41	3.64	0.75	1.33	3.67	5.00	ED_CRIAR	49	3.45	0.92	1.33	3.33	5.00	P=0.241
ED_OFERE	41	3.97	0.70	2.17	4.00	5.00	ED_OFERE	49	3.88	0.60	2.50	4.00	5.00	P=0.462
ED_MANTE	41	3.53	0.85	1.00	3.33	5.00	ED_MANTE	49	3.65	0.78	2.33	3.67	5.00	P=0.665
ED_TOTAL	41	3.93	0.52	2.80	3.90	4.90	ED_TOTAL	49	3.84	0.52	2.40	3.83	4.87	P=0.408

---

\* p-valor referente ao teste de Mann-Whitney para comparação dos escores entre as Idades (<40 anos vs ≥40 anos).

## ANEXO 16

### Correlações dos escores das escalas com idade e tempo de deficiência.

		CUIDPESS	MOBCASA	MOBCOMUN	ATIVDOME	ATIVPRAZ	DIFTOTAL	NUMAJUDA	NUMADAPT	SH_AT
IDADE*	r=	-0.05468	-0.03546	0.13644	-0.00469	0.15215	0.05398	0.06200	0.02162	0.15224
	p=	0.6087	0.7401	0.1997	0.9650	0.1523	0.6133	0.5616	0.8397	0.1520
	n=	90	90	90	90	90	90	90	90	90
TEMPDEFI	r=	0.01318	0.09032	-0.01962	-0.03935	-0.07922	-0.00566	-0.09817	-0.02863	-0.06067
	p=	0.9030	0.4027	0.8560	0.7159	0.4632	0.9583	0.3629	0.7912	0.5745
	n=	88	88	88	88	88	88	88	88	88
		SH_SE	SH_SA	SH_MO	SH_FIS	SH_PSI	SH_SOC	SH_TOTAL	SV_HOJE	SV_5ANO
IDADE		0.02275	0.00207	-0.02807	0.03925	0.08468	0.09810	0.08576	<b>-0.28903</b>	<b>-0.26322</b>
		0.8314	0.9846	0.7928	0.7134	0.4275	0.3577	0.4216	0.0057	0.0122
		90	90	90	90	90	90	90	90	90
TEMPDEFI		0.16926	0.02154	<b>0.25243</b>	0.18733	-0.01963	0.10031	0.10372	0.13049	0.16786
		0.1149	0.8421	0.0177	0.0805	0.8559	0.3524	0.3362	0.2256	0.1180
		88	88	88	88	88	88	88	88	88
		SV_OUTR	SV_FISIC	SV_MENTA	SV_SOCIA	SV_TOTAL	ED_AUTON	ED_DOMIN	ED_PROPO	ED_CRESC
IDADE		<b>-0.22759</b>	-0.18418	<b>-0.37288</b>	-0.14994	<b>-0.26886</b>	<b>-0.24058</b>	-0.07290	-0.14659	<b>-0.27016</b>
		0.0310	0.0823	0.0003	0.1584	0.0104	0.0224	0.4947	0.1680	0.0100
		90	90	90	90	90	90	90	90	90
TEMPDEFI		0.14573	<b>0.21257</b>	-0.02009	0.09490	0.15976	0.00576	0.14946	-0.02777	-0.02731
		0.1755	0.0468	0.8526	0.3791	0.1371	0.9575	0.1646	0.7973	0.8006
		88	88	88	88	88	88	88	88	88
		ED_RELAC	ED_ACEIT	ED_CRIAR	ED_OFERE	ED_MANTE	ED_TOTAL			
IDADE		-0.02963	-0.08499	<b>-0.22578</b>	-0.17981	-0.00950	-0.20201			
		0.7816	0.4257	0.0324	0.0899	0.9292	0.0562			
		90	90	90	90	90	90			
TEMPDEFI		-0.08814	0.11263	-0.04267	-0.07759	-0.09848	-0.04082			
		0.4141	0.2961	0.6931	0.4724	0.3613	0.7058			
		88	88	88	88	88	88			

r=coeficiente de correlação de Spearman; p=p-valor; n=90 sujeitos.