

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL

QUALIDADE DE VIDA EM ADULTOS E IDOSOS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA

Dr^a. Marineia Crosara de Resende

Orientador: Prof. Dr. Valdiney Veloso Gouveia

João Pessoa

2008

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL

QUALIDADE DE VIDA EM ADULTOS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA

Dr^a. Marineia Crosara de Resende

Relatório final de Pós Doutorado no Brasil,
modalidade Pós Doutorado Júnior, sob a orientação
do Prof. Dr. Valdiney Veloso Gouveia, Núcleo de
Pesquisa Bases Normativas do Comportamento
Social.

João Pessoa

2008

RESUMO

Essa pesquisa, realizada com adultos e idosos com deficiência física, consideradas líderes do movimento social do CVI-Brasil, teve como objetivo geral: Investigar a qualidade de vida em adultos e idosos com deficiência física; e específicos: a) Levantar as características de bem-estar subjetivo que pessoas que estão envelhecendo com deficiência física apresentam; b) Averiguar as competências comportamentais; c) Investigar a qualidade de vida percebida; d) Verificar as condições ambientais, através da percepção de suporte social; e) Identificar a natureza da covariação entre o bem-estar subjetivo, as competências comportamentais, a qualidade de vida percebida e as condições ambientais. *Materiais e Método:* Participaram 25 pessoas, de ambos os sexos, com idade entre 32 e 69 anos, a maioria do sexo feminino (64,0%); solteiros (56,0%); cursaram pós-graduação (60,0%). Responderam em entrevista aos seguintes *instrumentos:* a) Ficha de Informações sócio-demográficas; b) Ficha de Informações sobre a deficiência física; c) Medida do Grau de Incapacidade; d) Escala de sintomas físicos; e) Medida de bem-estar subjetivo: composto por e.1) Escala de Vitalidade; e.2) Escala de Afetos Positivos; e.3) Escala de Satisfação com a Vida; f) Escala de auto-eficácia física; g) Questionário de Saúde Geral (QSG-12); h) Escala de Percepção de Suporte Social. *Resultados:* Os participantes relatam bem estar subjetivo positivo indicado por satisfação com a vida (média 5,08; DP=1,10), afetos positivos (média 5,00; DP=1,13), afetos negativos (média 3,02; DP=0,85) e vitalidade (média 5,12; DP=0,82). A maioria acredita que o grau de sua deficiência é moderado (64,0%) e todos relataram contar com ajuda de alguém. As fontes de ajuda não eram exclusivas e provinham principalmente da família (84,0%). As pessoas dessa pesquisa apresentaram senso de auto-eficácia no ponto médio, ou seja, suas crenças nas suas habilidades e capacidades não são nem positivas e nem negativas (média 3,12; DP=0,26), na Capacidade Física Percebida (média 3,17; DP=0,47) e na Auto-imagem (média 3,67; DP=0,27). No QSG a média foi de 1,85 (DP=0,42), para depressão, a média foi 1,68 (DP=0,40) e para ansiedade, a média foi 2,19 (DP=0,56); o que indica que os sujeitos apresentam saúde mental positiva. Com relação aos sintomas físicos, é possível verificar que as queixas mais relatadas foram: Dores - nos braços, pernas e articulações (72,0%), nas costas (64,0%) e lombar (52,0%). Com relação à percepção de suporte social, os participantes relataram perceber suporte social nos aspectos: suporte emocional (média 3,10; DP=0,63) e suporte prático (média 2,87; DP=0,59). Através do coeficiente de correlação de Pearson, as pessoas que apresentaram maior bem-estar subjetivo foram também as com menor depressão e ansiedade; acreditam que quanto maior a percepção de suporte prático recebido, maior os cuidados pessoais recebidos, mais mobilidade na comunidade e maior envolvimento em atividades domésticas. Pode-se considerar que as pessoas com deficiência física apresentaram qualidade de vida positiva. *Considerações finais:* Qualidade de vida é uma noção que, de acordo com a própria cultura, crenças, valores e expectativas, pressupõe a capacidade de unificar todos os elementos essenciais para o bem-estar e a satisfação do indivíduo em uma sociedade. 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.

Palavras-chave: Deficiência física; Qualidade de vida; Bem-estar subjetivo; Psicologia.

ABSTRACT

This research, carried through with adults and aged with physical disability, considered CVI-Brazil's leaders, had the follow aim: To investigate the quality of life in adults and aged with physical disability in four domains: behavioral competence, objective environmental, perceived quality of life, and psychological well-being; to identify the relation between behavioral competence, objective environmental, perceived quality of life, and psychological well-being. *Materials and Method:* 25 participants, both genders, aged 32 to 69, the majority were female (64.0%); bachelors (56.0%) with post-graduation (60.0%). They answered questionnaires asking for information on socio demographic characteristics, impairment, degree of disability; Physical Symptom Scale; Subjective well-being measurement with: Vitality Scale, Positive Affect Scale, Life Satisfaction Scale; Self Efficacy Scale; General Health Questionnaire (GHQ-12), Perceived Social Support Scale. *Results:* The participants related positive subjective well-being, indicated for life satisfaction (average 5.08; SD=1.10), positive affect (average 5.00; SD=1.13), negative affect (average 3.02; SD=0.85) and vitality (average 5.12; SD=0.82). The majority of the participants reported moderate disability (64.0%) affecting their independence and determining necessity of help, usually from the family (84.0%). The participants had presented sense of self-efficacy in the average point, they believed that their abilities and capacities are neither positive nor negative (average 3.12; SD=0.26). For the GHQ-12, the average was 1.85 (SD=0.42), for depression, the average was 1.68 (SD=0.40) and for anxiety, the average was 2.19 (SD=0.56); what indicates that they present positive mental health. With regard to the physical symptoms, it is possible to verify that the told complaints were: Pains - in the arms, legs and joints (72.0%), in the back (64.0%) and lumbar (52.0%). About the perception of social support, the participants had told to perceive social support in the followed aspects: emotional support (average 3.10; SD=0.63) and practical support (average 2.87; SD=0.59). Through the coefficient of Pearson's correlation, the participants who presented higher subjective well-being had been also present less depression and anxiety; they believe that higher perception's on practical support received, they received more personal care, the better their mobility in the community and greater involvement in domestic activities. It can consider that the people with physical disability had presented positive quality of life. *Conclusion:* Quality of life is a notion that, in accordance with the proper culture, beliefs, values and expectations, estimates the capacity to unify all the essential elements for well-being and the individual satisfaction in a society. 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: Physical disability; Quality of life; Subjective well-being; Psychology.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	07
OBJETIVO GERAL	18
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
MÉTODO	19
PARTICIPANTES	19
INSTRUMENTOS	21
PROCEDIMENTOS	24
PARA COLETA DE DADOS	25
PARA ANÁLISE DOS DADOS	26
RESULTADOS	27
DISCUSSÃO	38
LIMITAÇÕES DESSE ESTUDO	47
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
ANEXOS	57
ANEXO 1 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	58
ANEXO 2 FICHA DE INFORMAÇÕES SÓCIO DEMOGRÁFICAS	60
ANEXO 3 DADOS SOBRE A DEFICIÊNCIA	61
ANEXO 4 MEDIDA DO GRAU DE INCAPACIDADE E MANEJO DE ATIVIDADES	62
ANEXO 5 ESCALA DE SINTOMAS FÍSICOS	64
ANEXO 6 ESCALA DE AFETOS POSITIVOS E NEGATIVOS	66
ANEXO 7 ESCALA DE VITALIDADE	67
ANEXO 8 ESCALA DE BEM ESTAR SUBJETIVO	68
ANEXO 9 ESCALA DE AUTO-EFICÁCIA	69
ANEXO 10 QUESTIONÁRIO DE SAÚDE GERAL (QSG-12)	71
ANEXO 11 ESCALA DE PERCEPÇÃO DE SUPORTE SOCIAL	73
ANEXO 12 APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA PELO CEP	74
ANEXO 13 – ARTIGO A SER ENVIADO PARA REVISTA QUALIS A	75

LISTA DE TABELAS

TABELA 1. DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DAS CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS DOS SUJEITOS	20
TABELA 2. DISTRIBUIÇÃO DAS VARIÁVEIS RELATIVAS À DEFICIÊNCIA	28
TABELA 3. DISTRIBUIÇÃO DAS VARIÁVEIS RELATIVAS À AJUDA DISPONÍVEL	29
TABELA 4. GRAU DE INCAPACIDADE POR CATEGORIA DE ATIVIDADES	29
TABELA 5. CORRELAÇÕES ENTRE ESCORES DE BEM-ESTAR SUBJETIVO, SINTOMAS FÍSICOS E QSG	31
TABELA 6. CORRELAÇÕES ENTRE ESCORES DE BEM-ESTAR SUBJETIVO E SUPORTE SOCIAL	32
TABELA 7. CORRELAÇÕES ENTRE ESCORES DE BEM-ESTAR SUBJETIVO, AUTO-EFICÁCIA E INCAPACIDADE FUNCIONAL	33
TABELA 8. CORRELAÇÕES ENTRE ESCORES DE SINTOMAS FÍSICOS, SAÚDE MENTAL E PERCEÇÃO DE SUPORTE SOCIAL	34
TABELA 9. CORRELAÇÕES ENTRE ESCORES DE SINTOMAS FÍSICOS, QSG (DEPRESSÃO E ANSIEDADE), AUTO-EFICÁCIA (GERAL), CAPACIDADE FÍSICA PERCEBIDA, CONFIANÇA NA AUTO-APRESENTAÇÃO FÍSICA (AUTO-IMAGEM) E INCAPACIDADE FUNCIONAL	35
TABELA 10. CORRELAÇÕES ENTRE ESCORES DE PERCEÇÃO DE SUPORTE SOCIAL, AUTO-EFICÁCIA (GERAL), CAPACIDADE FÍSICA PERCEBIDA, CONFIANÇA NA AUTO-APRESENTAÇÃO FÍSICA (AUTO-IMAGEM) E INCAPACIDADE FUNCIONAL	36

INTRODUÇÃO

Atualmente, temos um número crescente de pessoas com deficiência física, inseridas na luta por um mundo melhor e em busca de maior longevidade com qualidade de vida. A deficiência física ainda povoa a mente humana com pré-conceitos e tabus que vêm sendo perpetuados ao longo dos anos, tais como o mito da dependência e da improdutividade. Mas é importante ressaltar que mesmo na presença de incapacidades, as pessoas podem equilibrar suas limitações com suas potencialidades e viver e envelhecer com qualidade de vida, mesmo tendo uma deficiência física (Resende, 2006).

Neste sentido, considerando que o aumento na duração da vida humana e particularmente na vida das pessoas com deficiência física, é preciso que sejam repensadas políticas e práticas que afetam os cuidados à saúde, a educação e os serviços sociais oferecidos aos cidadãos, com ou sem deficiência física. Neste contexto, segundo Neri (2004), promissor para a realização de estudos e intervenções na área da Saúde, especificamente em Psicologia, e considerando 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 com deficiência percebem sua qualidade de vida, se ajustam, vivem o dia-a-dia e envelhecem com uma deficiência (Resende, 2006).

De acordo com Marques (1996), o cerne da teoria e prática em saúde é a qualidade de vida. O estudo da qualidade de vida configura-se como preventiva, promovendo o bem-estar físico e psicológico para homens e mulheres em todo o seu desenvolvimento humano. Nesse sentido, muitas pesquisas têm se preocupado com os

aspectos que deveriam ser considerados como importantes na manutenção e promoção da qualidade de vida. Segundo Freire (2003) de modo geral, pode-se dizer que uma pessoa com qualidade de vida é aquela autônoma, com boa saúde física, ativa, desempenhando papéis sociais e levando uma vida com significado. Partindo desta concepção, quatro perspectivas devem ser consideradas: a física, a psicológica, a social e a ambiental.

Viver e envelhecer pressupõe alterações gradativas nos domínios físico, psicológico, social e ambiental. A idade do início das mudanças, o seu ritmo, os domínios atingidos e o resultado final sobre o comportamento dependem de características genéticas de cada indivíduo, em interação com o *self*, e também do seu estilo de vida, e de condições passadas e atuais de apoio ao desenvolvimento, tais como nível de renda, educação e posição social. Sendo assim, a avaliação da qualidade de vida pode variar entre indivíduos vivendo em sociedades diferentes bem como entre grupos, minoritários, como o de pessoas com deficiência física, em uma mesma sociedade. Fatores objetivos e subjetivos estão em interação e, estão envolvidos em sua avaliação, critérios que são tidos como importantes e desejáveis dentro de um determinado grupo social e valores vigentes na sociedade, além de estarem sujeitos a mudanças no decorrer do tempo à medida que as sociedades se desenvolvem. Em qualquer sociedade e momento do ciclo de vida a qualidade de vida é um fenômeno de várias faces (Neri, 2001).

Neste contexto, um modelo amplamente aceito dentro da Gerontologia e que irá pautar esse estudo, é o de Lawton (1991). Levando em conta que a qualidade de vida é um construto multidimensional, neste modelo estão incluídos fatores objetivos, aqueles que podem ser verificados e observados mediante parâmetros externos, e fatores

subjetivos, aqueles que pertencem ao âmbito da experiência privada e baseados na avaliação que o indivíduo faz sobre as condições objetivas disponíveis (Neri, 2001).

O modelo de Lawton contempla quatro dimensões: a competência comportamental, a qualidade de vida percebida, as condições ambientais e o bem-estar subjetivo. Cada uma destas dimensões será apresentada separadamente, mas não se deve perder de vista o fato de que estas fazem parte de um todo que está interrelacionado e que qualquer mudança obtida em uma das dimensões irá inevitavelmente afetar as demais.

A competência comportamental refere-se ao desempenho do indivíduo em seu cotidiano e de seu funcionamento quanto à saúde, funcionalidade física, cognição, comportamento social e utilização do tempo (Neri, 2001). Estas competências no seu dia-a-dia refletem em autonomia e independência, levando-se sempre em conta os aspectos objetivos, os subjetivos e os contextuais. Com o envelhecimento, algumas perdas funcionais podem ocorrer no âmbito da autonomia básica, da capacidade cognitiva e da interação social, afetando a competência no cotidiano. Conhecer melhor este domínio tem relevância no âmbito social e prático levando em consideração as possibilidades de modificações duradouras nestas através de intervenção gerontológica.

A competência comportamental pode ser avaliada em termos de auto-eficácia. De acordo com Bandura (1997), o senso de auto-eficácia corresponde às crenças de uma pessoa a respeito do grau e da extensão em que ela própria tem capacidade para ativar a motivação, resgatar a cognição e usar mecanismos de ação, que são necessários para exercer controle sobre tarefas específicas. Assim, a auto-eficácia é uma crença que leva a pessoa a comportar-se de certa forma baseada no que acredita. As crenças de auto-eficácia determinam em grande parte as decisões envolvendo as escolhas do curso de

ação a ser tomado. A auto-eficácia percebida é um construto pertinente às percepções do indivíduo quanto a sua capacidade de conseguir com sucesso um determinado comportamento ou enfrentar uma situação.

A Psicologia tem oferecido muitas contribuições nesse domínio no que tange às pesquisas sobre os processos de solução de problemas nas situações do cotidiano. Essa tendência indica que a capacidade cognitiva é o fundamento da competência comportamental. As pesquisas sobre *coping*, que levam em consideração as formas cotidianas de enfrentamento e superação dos desafios do dia-a-dia e do envelhecimento, também contribuí no melhor entendimento da competência do idoso no cotidiano. Percebeu-se no desenvolver de pesquisas neste domínio, uma discrepância entre o que era encontrado nos laboratórios e o que era observado no dia-a-dia dos idosos. Estas evidências mostram que mesmo diante de incapacidades físicas ou tendo a independência comprometida, os adultos e idosos são capazes de se manterem autônomos, com funcionalidade cognitiva e emocional e com bem-estar subjetivo (Wahl, 1999).

A qualidade de vida percebida, segundo Neri (2001), refere-se à avaliação subjetiva que o indivíduo faz mediante seus próprios critérios e parâmetros, da sua competência comportamental. Este é um domínio subjetivo paralelo a outro objetivo, a competência no cotidiano. Medidas tais como saúde percebida, alterações cognitivas percebidas, e o senso de auto-eficácia são exemplos relativos a este domínio. A auto-eficácia, isto é, a convicção que o indivíduo tem de que é capaz de produzir os resultados esperados, é crítica nesta avaliação da competência comportamental. O mecanismo de comparação social, um dos mediadores da auto-eficácia, é muito útil para promover um senso positivo de si mesmo uma vez que essa comparação é feita tendo

como parâmetro outro indivíduo, especialmente os da mesma coorte, em piores condições.

De acordo com Neri (2004), as influências ambientais é um dos tópicos atuais na Psicologia do Envelhecimento. A Psicologia pode dar contribuições no planejamento de ambientes físicos adequados aos idosos com base na Psicologia da percepção e nos estudos sobre satisfação, motivação e atitudes. O domínio condições ambientais é referente aos ambientes tanto no sentido espacial como as cidades, as habitações e as instituições, bem como no sentido social abrangendo as políticas públicas, a formação de recursos humanos e índices de desenvolvimento social (Siqueira, 2003), e ao manejo utilizado para lidar com este ambiente, que pode ser mais fácil quando a pessoa conta com suporte social. Estes ambientes exercem certas pressões sobre as pessoas, que procuram um equilíbrio se adaptando ou mudando ativamente o espaço (Wahl, 1999). Este domínio tem relação direta com a competência comportamental uma vez que atua como facilitador ou como obstáculo no desempenho de atividades do cotidiano. O ambiente deve ser compatível às competências da pessoa, compensando perdas, prevenindo acidentes, fornecendo estímulos e desafios e promovendo autonomia e independência (Neri, 2001).

Resende (2006) afirma que no caso da deficiência física, a incapacidade produz prejuízos físicos e dependência e 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).

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). De acordo com Siqueira (2008), vários estudiosos passaram a investigar com maior ênfase a interface ambiente social e saúde, cita que a partir do estudo de Berkman e Syme (1979), procurando identificar tipos de relacionamentos benéficos à saúde, verificaram como as experiências nas relações sociais produziam impactos na saúde física e como seria possível intervir no ambiente social para promover e proteger a saúde. Portanto, o suporte social é considerado capaz de gerar efeitos benéficos tanto para a saúde física como mental, guardando uma estreita relação com bem-estar. Trata-se de um conceito multidimensional que se refere aos recursos materiais e também psicológicos aos quais as pessoas têm acesso através de suas redes sociais (Siqueira, 2008).

As redes sociais são definidas como “teias” de relações sociais que circundam o indivíduo bem como suas características (por exemplo, disponibilidade e frequência de contato com amigos e parentes), ou com grupos de pessoas com quem há contato ou alguma forma de participação social (por exemplo, grupos religiosos, associações sindicais) (Andrade, 2001). Griep et al (2003) afirmam que apoio social refere-se a um sistema, de relações formais e informais, pelo qual os indivíduos recebem ajuda emocional, material e/ou de informação para enfrentarem situações geradoras de tensão emocional. Trata-se de um processo recíproco que gera efeitos positivos tanto para o sujeito que recebe como também para quem oferece o apoio, permitindo que ambos

tenham mais sentido de controle sobre suas vidas. Desse processo se aprende que as pessoas necessitam umas das outras.

O apoio social que as redes proporcionam remete ao dispositivo de ajuda mútua, potencializado quando uma rede social é forte e integrada. Referir-se ao apoio social, fornecido pelas redes, é ressaltar os aspectos positivos das relações sociais, como o compartilhar informações, o auxílio em momentos de crise e a presença em eventos sociais. Um envolvimento comunitário, por exemplo, pode ser significativo no aumento da confiança pessoal, da satisfação com a vida e na capacidade de enfrentar problemas. Na situação de enfermidade, a disponibilidade do apoio social aumenta a vontade de viver e a auto-estima (Minkler, 1985, citado por Andrade & Vaitsman, 2002).

Quando baseados na reciprocidade e solidariedade, as relações sociais podem proporcionar confiança, ajuda convencional, influenciar o bem-estar global, a saúde psíquica e física das pessoas (Nogueira, 2001). Os contatos sociais permitem engajamento social, que também é uma forma de se vivenciar o desenvolvimento na idade adulta, de maneira bem sucedida. O apoio social deve ser compreendido como uma experiência pessoal e subjetiva que leva a um maior senso de satisfação com a vida. Silva et al (2003) sugerem a existência de uma relação entre apoio social e uma variedade de medidas dependentes: saúde, adaptação psicológica, percepção de bem-estar, redução do mal estar, longevidade e mortalidade, satisfação com a vida, entre outros.

O bem-estar subjetivo é um construto referente à avaliação que a própria pessoa faz sobre sua vida e, avaliações assim, podem ser feitas mediante um componente cognitivo como julgamentos sobre a satisfação com a vida como um todo ou referenciada a domínios específicos, ou mediante um componente afetivo no qual estão

incluídos estados agradáveis e desagradáveis e a busca de equilíbrio entre eles. Neste domínio está refletido a avaliação que o indivíduo faz dos domínios anteriores. O âmbito do bem-estar subjetivo tem interessado bastante os psicólogos e segundo Diener (2000) é uma das áreas de análise da Psicologia Positiva. Pesquisas no mundo indicam que a felicidade e a satisfação com a vida são muito importantes e que os indivíduos pensam a respeito delas freqüentemente.

Pesquisas sobre o bem-estar subjetivo com idosos apontam que estão relacionados com sua promoção participar de atividades sociais (Deps, 2003) e atividades físicas (De Vitta, Neri & Padovani, 2003; Leão Júnior, 2003), a religiosidade (Diener & Suh, 1998; Sommerhalder & Goldstein, 2006; Sommerhalder, 2006), o sentido de vida (Freire & Resende, 2001), o suporte fornecido pela rede de relações (Capitanini, 2000; Nogueira, 2001; Erbolato, 2002); manter objetivos e adequar suas metas de vida (Freire, 2001); a inteligência emocional (Queroz, 2003); as crenças de auto-eficácia (Leão Júnior & Resende, 2004); as atitudes em relação ao idoso e à velhice (Resende, Silva, Lima, Melo, & Tavares, 2004; Resende & Neri, 2005).

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 acordo com Lawton (1991), é necessário desenvolver competências de vida diária, relativas ao auto-cuidado e ao manejo de atividades instrumentais rotineiras, necessárias à sobrevivência, por exemplo, utilizar transporte e fazer compras. E também inclui eventos sociais e de lazer escolhidos pela pessoa, bem como atividades instrumentais que assegurem o contato da pessoa com o mundo externo e com o *self*.

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.

São necessárias mais investigações para esclarecer quais são as condições efetivas para um bom envelhecimento, especificamente das pessoas com deficiência física. É relevante pesquisar sobre esses temas para entender como os mecanismos internos de auto-regulação, as condições ambientais, a qualidade de vida percebida e o bem-estar subjetivo interagem entre si, podendo contribuir para que as pessoas com deficiência física alcancem um envelhecimento com qualidade de vida. Esse conhecimento é útil à intervenção visando à otimização da saúde mental e da aptidão física em idosos, bem como à intervenção voltada para os benefícios individuais e sociais que podem advir da melhoria desses quatro componentes da qualidade de vida, especificamente com adultos com deficiência física.

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 e um envelhecer com saúde. Neste sentido esta pesquisa pretende conhecer as condições que permitem e que dificultam o bom envelhecimento para pessoas com deficiência física. Considerando os resultados de pesquisa anterior (Resende, 2001; Resende & Neri, 2005; Resende, 2006), parece importante perguntar se as pessoas com deficiência física apresentam qualidade de vida no processo de envelhecimento?

A partir do modelo de Lawton (1991) (ver Figura 1), propomos o seguinte modelo operacional e, a seguir, os objetivos específicos da pesquisa.

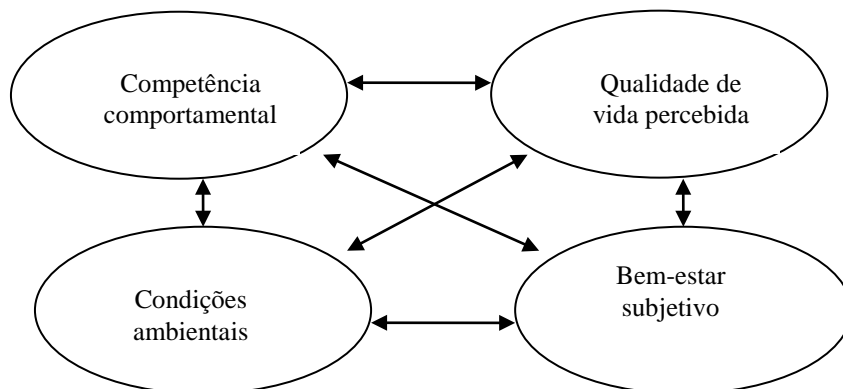
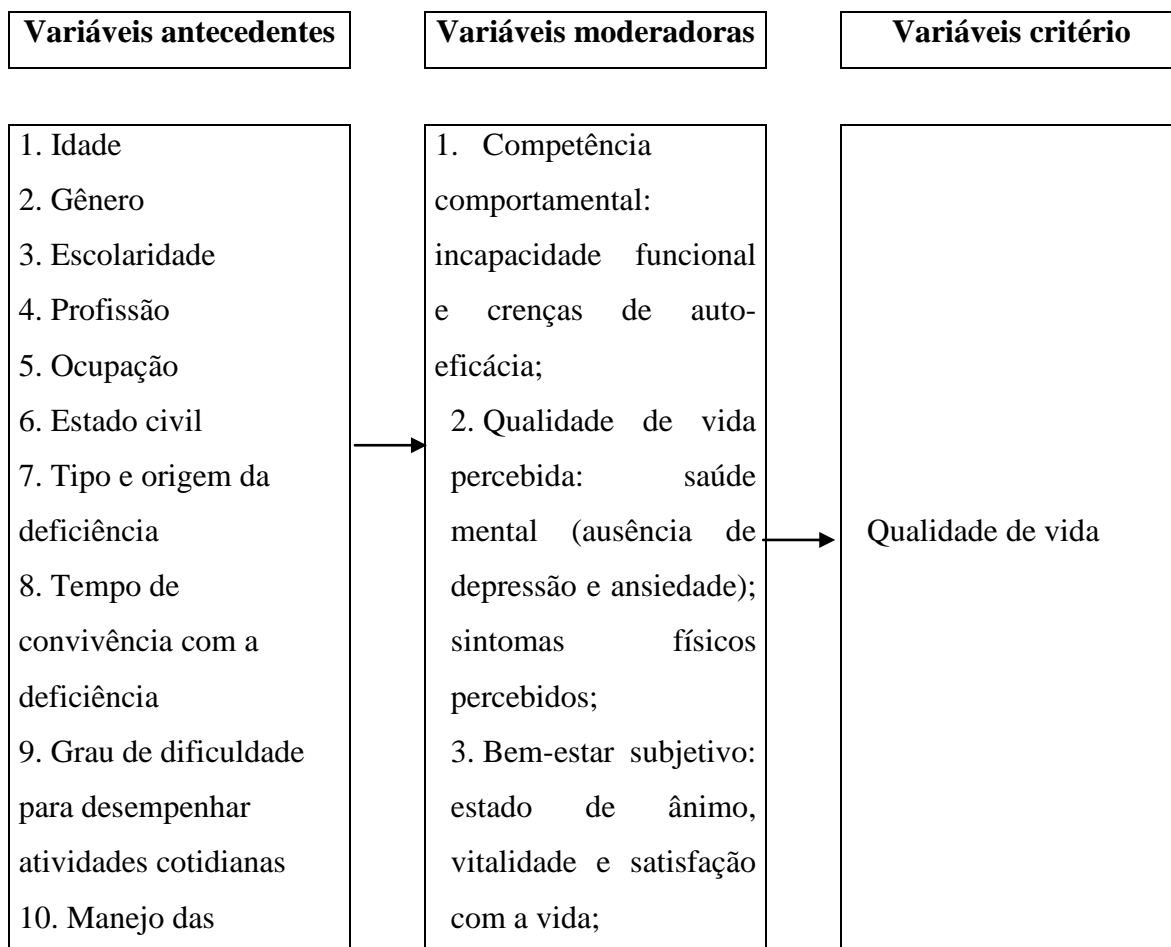


Figura 1 – Modelo de Qualidade de vida na proposta de Lawton (1991)



dificuldades cotidianas.

4. Condições
ambientais: percepção
de suporte social.

OBJETIVO GERAL:

- a) Investigar a qualidade de vida em pessoas com deficiência física.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- b) Levantar as características de bem-estar subjetivo – estado de ânimo e satisfação com a vida – que pessoas que estão envelhecendo com deficiência física apresentam;
- c) Averiguar as competências comportamentais – grau de incapacidade, manejo da incapacidade; crença de autoeficácia física – que as pessoas com deficiência física apresentam;
- d) Investigar a qualidade de vida percebida em pessoas com deficiência física;
- e) Verificar as condições ambientais, através da percepção de suporte social, em que vivem as pessoas com deficiência física.
- f) Identificar a natureza da covariação entre o bem-estar subjetivo, as competências comportamentais, a qualidade de vida percebida e as condições ambientais.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Esta pesquisa foi realizada com uma amostra de conveniência retirada do universo de participantes de CVI – Conselho Nacional dos Centros de Vida Independente CVI-Brasil. 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 e ter sido indicado pelo Presidente ou demais integrantes do CVI – Brasil, por ser considerado um líder no movimento social pela causa das pessoas com deficiência física.

De acordo com Silva (2007), o primeiro CVI surgiu no final dos anos 60, nos Estados Unidos, por meio de um grupo de pessoas com deficiência que resolveu abandonar a proteção do ambiente institucional e sair às ruas para protestar. Entre elas estava Ed Roberts, que fundou, em 1972, em Berkeley, Califórnia, o primeiro Centro de Vida Independente do mundo - uma ONG – organização não-governamental sem fins lucrativos, que ressaltou as potencialidades das pessoas com deficiências muito severas e possibilitou a criação de recursos e serviços de apoio para essas pessoas, equivocadamente consideradas incapacitadas. No Brasil surgiu primeiro no Rio de Janeiro, em 1988. Hoje, existem dezenas de CVIs em todo o país e o CVI – Brasil, uma ONG que congrega todos os CVIs, com atividades dirigidas por pessoas com deficiência e mais de 500 nos Estados Unidos.

A entidade não tem fins lucrativos e seu objetivo é promover uma vida independente, produtiva, e de melhor qualidade para quem possui deficiência, por meio de informações, suporte e encaminhamento, com o apoio de equipes de prestação de serviços e voluntários. Outro objetivo é fornecer à pessoa com deficiência os serviços essenciais que lhe possibilite viver com mais independência na comunidade, assumindo maior controle sobre sua vida (Silva, 2007).

Participaram 25 pessoas, de ambos os sexos, com idade entre 32 e 69 anos ($M = 48 \text{ anos} \pm 8,9$). A maioria dos participantes é do sexo feminino (64,0%); solteiros (56,0%); cursaram pós-graduação (60,0%); 84,0% trabalham; 32,0% são aposentados e, entre eles, 87,5% por invalidez; 12,5% por tempo de serviço; sendo que 76,0% vivem na região sudeste, 16,0% no nordeste e 8,0% na região sul. Ver características sócio-demográficas na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição de frequência das características sócio-demográficas dos sujeitos (n=25)

	<i>Variável</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Sexo	Feminino	16	64,0
	Masculino	9	32,0
Idade	32 – 39 anos (Adultos jovens)	6	20,0
	40 – 57 anos (Adultos de meia-idade)	16	68,0
	61 – 69 anos (Idosos)	3	12,0
Estado civil	Casado	7	28,0
	Solteiro	14	56,0
	Viúvo	2	8,0
	Separado	2	8,0

Escolaridade		
Ensino básico	1	4,0
Ensino médio	3	12,0
Ensino superior	6	24,0
Pós-graduação	15	60,0

INSTRUMENTOS

- a) *Ficha de Informações sócio-demográficas* – Questionário para coleta de dados sobre idade, gênero, renda mensal, profissão, ocupação, estado civil e tipo de arranjo domiciliar (Anexo 2).
- b) *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 3).
- c) *Medida do Grau de Incapacidade* ($\alpha=0,91$) - pergunta-se aos participantes o grau de dificuldade que eles apresentam para desempenhar 30 atividades. Enquanto respondem serão solicitados a refletir sobre como realizam a atividade "se 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 e divididas em cinco domínios (Resende, 2006): 1) *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/maquiar-se), alimentar-se, tomar banho, cortar as unhas, uso do banheiro (sentar-se e levantar-se do vaso, tirar e colocar a roupa); 2) *Mobilidade dentro de casa*: levantar-se de uma cadeira sem

braços, fazer transferências (deitar e levantar da cama), ficar de pé por longos períodos, ficar sentado por longos períodos, andar dentro de casa, subir e descer as escadas; 3) *Mobilidade na comunidade*: faz pequenas caminhadas pelo bairro, entra e sai do carro, utiliza outros tipos de transportes (ônibus, por exemplo); 4) *Atividades domésticas*: cozinha e prepara refeições, faz limpeza leve de casa (tirar o pó), faz limpeza pesada (faxina), cuida do jardim, anota recados; 5) *Atividades prazerosas*: prepara refeições para receber os amigos, passatempos (mais de dois), socialização, viaja por prazer, atividades externas como atividades religiosas - ir à igreja e sair para comer fora, atividades físicas (mais que 3), atividades de lazer como assistir TV e ouvir música. As respostas são pontuadas em: 0 (nenhuma dificuldade), 1 (alguma dificuldade); 2 (muita dificuldade); 3 (incapaz de realizá-la) (Anexo 4).

d) *Escala de sintomas físicos* (Wang, 2002) ($\alpha=0,73$): contendo uma lista de queixas somáticas categorizadas por aparelhos do organismo humano, tendo em vista que queixas físicas podem ser marcadores para mensuração do nível de estresse psíquico dos sujeitos (Anexo 5);

e) *Medida de bem-estar subjetivo*: composto pelos seguintes instrumentos:

e.1) *Escala de Vitalidade* (Chaves, 2003) ($\alpha=0,64$): avalia o grau em que o participante tem se sentido em termos de vigor físico, mental e alerta, nos últimos dias e seus parâmetros psicométricos têm se mostrado adequados em estudos recentes. Compõe-se de sete itens (por exemplo, tenho energia e disposição; sinto-me vivo e cheio de vitalidade), cujas respostas devem ser dadas

em uma escala de sete pontos, indo de 1 = *Nada Verdadeiro* a 7 = *Totalmente Verdadeiro* (Anexo 6).

e.2) *Escala de Afetos Positivos* ($\alpha=0,86$) e *Negativos* ($\alpha=0,73$) (Chaves, 2003): formada por nove adjetivos, sendo 5 positivos e 5 negativos. Os afetos positivos são: feliz, alegre, satisfeito, divertido e otimista; e os negativos são: deprimido, preocupado, frustrado, raivoso e infeliz. O instrumento avalia quanto o participante tem experienciado cada uma dessas emoções nos últimos dias. Os itens são respondidos numa escala de sete pontos, variando de 1 = *Nada* a 7 = *Extremamente* (Anexo 7).

e.3) *Escala de Satisfação com a Vida* (Chaves, 2003) ($\alpha=0,74$): compõe-se de cinco itens (por exemplo, estou satisfeito com minha vida; as condições da minha vida são excelentes), respondidos em escala tipo *Likert*, indo de 1 = *Discordo Totalmente* a 7 = *Concordo Totalmente* (Anexo 8).

f) *Escala de auto-eficácia física* (Leão Júnior, 2003) ($\alpha=0,12$): Trata-se de instrumento com 22 itens que avaliam as capacidades físicas para as quais a respondente indica o grau de confiança nas suas capacidades físicas. A avaliação é feita numa escala *Likert* de cinco pontos com a classificação que varia de «concordo totalmente» a «discordo totalmente». A escala abrange duas variáveis: a) habilidade ou capacidade física percebida ($\alpha=0,35$) (10 itens) e b) confiança na auto-apresentação física – auto-imagem ($\alpha=0,12$) (12 itens) (Anexo 9).

g) *Questionário de Saúde Geral – QSG-12* (Gouveia et al., 2003) ($\alpha=0,86$): Este instrumento corresponde a uma versão abreviada do Questionário de Saúde Geral de Goldberg (1972), adaptado para o Brasil por Pasquali, Pinelli Junior e Solha (1994).

Como sua abreviação indica, a versão que é utilizada neste estudo se compõe de 12 itens (por exemplo: *Você tem se sentido pouco feliz e deprimido?*; *Você tem perdido a confiança em si mesmo?*). Cada item respondido em termos do quanto a pessoa tem experimentado os sintomas descritos, sendo suas respostas dadas em uma escala de quatro pontos. No caso dos itens que negam a saúde mental (por exemplo: *Suas preocupações lhe têm feito perder muito sono?*; *Tem se sentido pouco feliz e deprimido?*), as alternativas de resposta variam de 1 (Absolutamente, não) a 4 (Muito mais que de costume); no caso dos itens afirmativos (por exemplo: *Tem se sentido capaz de tomar decisões?*; *Tem podido concentrar-se bem no que faz?*), as respostas foram de 1 (Mais que de costume) a 4 (Muito menos que de costume). Os itens negativos foram invertidos, de modo que a maior pontuação total nesta medida indica melhor nível de saúde mental (Ansiedade: $\alpha=0,79$; Depressão $\alpha=0,72$) (Anexo 10).

h) *Escala de Percepção de Suporte Social* ($\alpha=0,95$) – contém 29 itens, divididos em 2 dimensões: (F1) *Suporte prático* ($\alpha=0,93$) e (F2) *Suporte emocional* ($\alpha=0,93$). As respostas devem ser dadas numa escala de quatro pontos (1 = nunca; 2 = poucas vezes; 3 = muitas vezes; 4 = sempre) com a qual os participantes informaram a frequência com que percebem a possibilidade de poder contar com o apoio de alguém. (Anexo 11).

PROCEDIMENTOS

Para coleta de dados

Após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário do Triângulo (Anexo 12), foi feito contato com o presidente do Centro de Vida Independente - CVI Brasil, solicitando autorização para a realização da pesquisa e os contatos dos demais CVIs.

Foi feito contato com os presidentes dos CVIs, vinculados ao CVI Brasil, 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 solicitar indicação de outras pessoas, consideradas líderes dentro do Movimento Social para agendar datas, horários e meios (telefone ou e-mail) para a coleta de dados. A aplicação dos instrumentos foi feita individualmente, em entrevista por telefone. Antes, cada sujeito foi convidado a ler e a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 12), que foi enviado por e-mail e devolvido da mesma forma.

Foram selecionados todos os indivíduos que se dispuseram a responder a entrevista, 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) Escala de sintomas físicos, e) Medida de bem-estar subjetivo composta por Escala de Vitalidade, Escala de Afetos Positivos e Negativos, Escala de Satisfação com a Vida, f) Escala de auto-eficácia física, g) Questionário de Saúde Geral – QSG-12, h) Escala de Percepção de Suporte Social.

Para análise de dados

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 boa 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 analisar a correlação entre variáveis ordinais foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Os resultados serão apresentados na seguinte seqüência:

- a) Bem-estar subjetivo
- b) Auto-relatos sobre competências comportamentais – grau de incapacidade, manejo da incapacidade; crença de auto-eficácia física
- c) Grau de incapacidade para as atividades cotidianas
- d) Senso de Auto-eficácia
- e) Qualidade de vida percebida: saúde mental (ausência de depressão e ansiedade); sintomas físicos percebidos
- f) Condições ambientais: Percepção de Suporte Social
- g) Análise de correlação entre as Escalas
 - a. Bem-estar subjetivo e Qualidade de Vida Percebida (Sintomas físicos e QSG)
 - b. Bem-estar subjetivo e Condições ambientais (Suporte Social)
 - c. Bem-estar subjetivo e Competência comportamental: Auto-eficácia e Incapacidade Funcional
 - d. Qualidade de Vida Percebida (Sintomas físicos e Saúde Mental) e Condições ambientais (Percepção de Suporte Social)
 - e. Qualidade de Vida Percebida (Sintomas físicos e Saúde mental) e Competência Comportamental (Auto-eficácia e Incapacidade funcional)
 - f. Condições Ambientais (Percepção de suporte social) e Competência comportamental (Auto-eficácia e Incapacidade funcional)

h) Qualidade de vida em pessoas com deficiência física

Bem-estar subjetivo

Os participantes dessa pesquisa relatam bem estar subjetivo positivo indicado por satisfação com a vida (média 5,08; DP=1,10), afetos positivos (média 5,00; DP=1,13), afetos negativos (média 3,02; DP=0,85) e vitalidade (média 5,12; DP=0,82).

Auto-relatos sobre competências comportamentais – grau de incapacidade, manejo da incapacidade; crença de auto-eficácia física

A maioria acredita que o grau de sua deficiência é moderado (64,0%) e o restante da amostra avalia que sua deficiência é severa (36,0%). Na Tabela 2 estão demonstradas as frequências dos dados relativos à deficiência.

Tabela 2. Distribuição das variáveis relativas à deficiência

Variável		N	%
Tipo de deficiência	Congênita	6	24,0
	Adquirida	19	76,0
Causa da deficiência adquirida	Acidente	9	36,0
	Doença	11	44,0
	Outros	5	20,0
Idade em que adquiriu a deficiência	Congênita (0 anos)	5	20,0
	Infância (1-3 anos)	7	28,0
	Adolescência (12-20 anos)	2	8,0
	Adulto Jovem (21-40 anos)	5	20,0
	Meia Idade (41-59 anos)	1	4,0
	Não responderam	5	20,0
Grau da deficiência	Severa		36,0
	Moderada		64,0

Na Tabela 3 aparecem dados relativos à possibilidade de contar com ajuda e as

fontes de ajuda relatadas pelos participantes. Todos os participantes relataram contar com ajuda de alguém (100,0%). As fontes de ajuda não eram exclusivas e provinham principalmente da família (84,0%).

Tabela 3. Distribuição das variáveis relativas à ajuda disponível

Variável		N	%
Conta com ajuda	Sim	25	100,0
De quem	Amigo	12	48,0
	Familiar	21	84,0
	Cônjuge	10	40,0
	Empregado	17	68,0

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. Todas pessoas deste estudo relataram ter alguma necessidade de ajuda de outras pessoas ou de algum dispositivo ou equipamento. Na Tabela 4 pode ser visto o grau de dificuldade por domínio.

Tabela 4. Grau de incapacidade por categoria de atividades

Variável	Média	DP
Cuidados pessoais	1,05	0,96
Mobilidade dentro de casa	1,74	0,56
Mobilidade na comunidade	1,56	0,81
Atividades domésticas	1,46	0,63
Atividades prazerosas	0,73	0,39

Senso de Auto-eficácia

As pessoas com deficiência física desta pesquisa apresentaram senso de auto-eficácia no ponto médio, ou seja, suas crenças nas suas habilidades e capacidades não são nem positivas e nem negativas (média 3,12; DP=0,26), na Capacidade Física Percebida (média 3,17; DP=0,47) e na Auto-imagem (média 3,67; DP=0,27).

Qualidade de vida percebida: saúde mental (ausência de depressão e ansiedade); sintomas físicos percebidos

O questionário de saúde geral, a média foi de 1,85; DP=0,42, no escore de depressão do QSG-12, a média foi de 1,68 (DP=0,40). No escore de ansiedade do QSG-12, a média foi de 2,19 (DP=0,56); o que indica que os sujeitos apresentam saúde mental positiva, já que, quanto mais próximo de 1, melhor a saúde mental, quanto mais próximo de 4, maior o distresse.

Com relação aos sintomas físicos, é possível verificar que as queixas mais relatadas foram: Dores - dor nos braços, pernas e articulações (72,0%), dor nas costas (64,0%) e dor lombar (52,0%).

Com relação ao número de sintomas físicos, as pessoas relataram apresentar em média 1,81 (DP=0,92) queixas.

Condições ambientais: Percepção de Suporte Social

Com relação à percepção de suporte social, os participantes relataram perceber suporte social nos aspectos: suporte emocional (média 3,10; DP=0,63) e suporte prático (média 2,87; DP= 0,59).

Análise de correlação entre as Escalas

Bem-estar subjetivo e Qualidade de Vida Percebida (Sintomas físicos e QSG)

A Tabela 5 apresenta as correlações entre os escores de *Satisfação com a vida*, *Vitalidade e Afeto Positivo e Negativo*, *Sintomas físicos e QSG (depressão e ansiedade)*.

Tabela 5. Correlações entre escores de Bem-estar subjetivo, Sintomas físicos e QSG (n=25)

		Sintomas físicos	QSG Depressão	QSG Ansiedade
Satisfação com a vida	r	0,055	-0,550**	-0,437*
	p	0,396	0,002	0,014
Vitalidade	r	0,154	-0,539**	-0,461*
	p	0,232	0,003	0,010
Afeto positivo	r	-0,009	-0,735**	-0,524**
	p	0,482	0,000	0,004
Afeto negativo	r	-0,316	0,518**	0,333
	p	0,062	0,004	0,052
Sintomas físicos	r	1	-0,369*	-0,437**
	p		0,035	0,014
QSG Depressão	r	-0,369*	1	0,709**
	p	0,035		0,000
QSG Ansiedade	r	-0,437**	0,709**	1
	p	0,014	0,000	

r=coeficiente de correlação de Pearson; p<0,01** e p<0,05*

Houve correlação significativa entre Satisfação com a vida, QSG Depressão e QSG Ansiedade; Vitalidade e QSG Depressão e QSG Ansiedade; Afeto Positivo e QSG Depressão e QSG Ansiedade; Afeto Negativo e QSG Depressão; entre Sintomas físicos e QSG Depressão e QSG Ansiedade; QSG Depressão e QSG Ansiedade.

Através do coeficiente de correlação de Pearson, verificou-se que:

- quanto maior a satisfação com a vida menos depressão ($r=-0,550$; $p\leq 0,01$), menos ansiedade ($r=-0,437$; $p\leq 0,05$).
- quanto maior a vitalidade menos depressão ($r=-0,539$; $p\leq 0,01$), menos ansiedade ($r=-0,461$; $p\leq 0,05$).

- c) Quanto maior o afeto positivo experimentado menos depressão ($r=-0,735$; $p\leq 0,01$) e menos ansiedade ($r=-0,524$; $p\leq 0,01$).
- d) Quanto maior o afeto negativo experimentado maior depressão ($r=0,518$; $p\leq 0,01$).
- e) Quanto mais sintomas físicos, menor a depressão ($r=-0,369$; $p\leq 0,05$) e menor a ansiedade ($r=-0,437$; $p\leq 0,01$).
- f) Quanto mais depressão, mais ansiedade ($r=0,709$; $p\leq 0,01$).

Bem-estar subjetivo e Condições ambientais (Suporte Social)

A Tabela 6 apresenta as correlações entre os escores de *Satisfação com a vida*, *Vitalidade e Afeto Positivo e Negativo* e *Suporte prático e Suporte emocional*. Houve correlação significativa apenas entre suporte prático e suporte emocional.

Tabela 6. Correlações entre escores de Bem-estar subjetivo e Suporte social (n=25)

		Suporte prático	Suporte emocional
Satisfação com a vida	r	-0,023	0,241
	p	0,457	0,123
Vitalidade	r	-0,007	0,124
	p	0,487	0,278
Afeto positivo	r	0,019	0,266
	p	0,465	0,100
Afeto negativo	r	0,022	-0,147
	p	0,458	0,242
Suporte prático	r	1	0,710**
	p		0,000
Suporte emocional	r	0,710**	1
	p	0,000	

r=coeficiente de correlação de Pearson; $p<0,01^{**}$ e $p<0,05^{*}$

Através do coeficiente de correlação de Pearson, verificou-se que quanto maior o suporte prático percebido, maior o suporte emocional percebido ($r=0,710$; $p\leq 0,01$).

Bem-estar subjetivo e Competência comportamental (Auto-eficácia e Incapacidade Funcional)

A Tabela 7 apresenta as correlações entre os escores de *Satisfação com a vida*, *Vitalidade e Afeto Positivo e Negativo* e *Auto-eficácia (geral): capacidade física percebida e confiança na auto-apresentação física (auto-imagem)*.

Tabela 7. Correlações entre escores de Bem-estar subjetivo, Auto-eficácia e Incapacidade Funcional (n=25)

		Auto-eficácia (geral)	Capacidade física percebida e confiança	Confiança na auto-apresentação física (auto-imagem)	Cuidados pessoais	Mobilidade de dentro de casa	Mobilidade de na comunidade	Atividades domésticas	Atividades prazerosas
Satisfação com a vida	r	0,150	0,060	0,176	0,246	0,158	0,172	0,274	-0,198
	p	0,236	0,387	0,200	0,118	0,225	0,206	0,092	0,171
Vitalidade	r	-0,11	-0,049	0,051	0,269	0,092	0,210	0,247	-0,240
	p	0,479	0,408	0,404	0,097	0,331	0,156	0,117	0,124
Afeto positivo	r	0,249	0,136	-0,240	0,269	0,007	0,228	0,255	-0,396*
	p	0,115	0,258	0,124	0,096	0,488	0,136	0,110	0,025
Afeto negativo	r	-0,038	0,045	-0,130	-0,188	-0,026	-0,335	-0,176	0,009
	p	0,429	0,416	0,268	0,184	0,451	0,51	0,199	0,483

r=coeficiente de correlação de Pearson; p<0,01** e p<0,05*

Houve correlação significativa entre Afeto positivo e atividades prazerosas.

Através do coeficiente de correlação de Pearson, verificou-se que quanto maior o afeto positivo experimentado, menos atividades prazerosas ($r=-0,396$; $p\leq 0,05$).

Qualidade de Vida Percebida (Sintomas físicos e Saúde Mental) e Condições ambientais (Percepção de Suporte Social)

A Tabela 8 apresenta as correlações entre os escores de *Sintomas físicos, QSG (depressão e ansiedade)* e *Suporte prático e Suporte emocional*. Houve correlação

significativa apenas entre Sintomas físicos e saúde mental e suporte emocional e suporte prático.

Tabela 8. Correlações entre escores de Sintomas físicos, Saúde Mental e Percepção de Suporte Social (n=25)

		Sintomas físicos	QSG Depressão	QSG Ansiedade	Suporte prático	Suporte emocional
Suporte prático	r	0,087	-0,264	-0,027	1	0,710**
	p	0,340	0,101	0,448		0,000
Suporte emocional	r	0,034	-0,278	-0,109	0,710**	1
	p	0,435	0,089	0,302	0,000	

r=coeficiente de correlação de Pearson; p<0,01** e p<0,05*

Através do coeficiente de correlação de Pearson, verificou-se que quanto mais suporte emocional percebido, maior o suporte prático percebido também (r=0,710; p≤0,01).

Qualidade de Vida Percebida (Sintomas físicos e Saúde mental) e Competência Comportamental (Auto-eficácia e Incapacidade funcional)

A Tabela 9 apresenta as correlações entre os escores de *Sintomas físicos*, *QSG (depressão e ansiedade)*, *Auto-eficácia (geral): capacidade física percebida e confiança na auto-apresentação física (auto-imagem)* e *Cuidados pessoais; Mobilidade dentro de casa; Mobilidade na comunidade, Atividades domésticas, Atividades prazerosas.*

Tabela 9. Correlações entre escores de Sintomas físicos, QSG (depressão e ansiedade), Auto-eficácia (geral), Capacidade física percebida, Confiança na auto-apresentação física (auto-imagem) e Incapacidade funcional (n=25)

		Auto-eficácia (geral)	Capacidade física percebida	Confiança na auto-apresentação física (auto-imagem)	Cuidados pessoais	Mobilidade dentro de casa	Mobilidade na comunidade	Atividades domésticas	Atividades prazerosas
Sintomas físicos	r	0,053	0,109	-0,065	-0,135	-0,264	-0,128	-0,146	-0,281
	p	0,401	0,301	0,379	0,260	0,101	0,271	0,243	0,087
QSG Depressão	r	-0,152	-0,153	-0,045	-0,194	0,138	-0,209	-0,154	0,452*
	p	0,235	0,232	0,415	0,176	0,256	0,158	0,232	0,012
QSG Ansiedade	r	-0,432*	-0,432*	-0,135	0,084	0,434*	0,062	0,166	0,496*
	p	0,015	0,016	0,259	0,345	0,015	0,384	0,214	0,006
Auto-eficácia (geral)	r	1	0,820**	0,570*	-0,218	-0,442*	-0,214	-0,242	-0,330
	p		0,000	0,001	0,147	0,014	0,153	0,122	0,054
Capacidade física percebida	r	0,820**	1	-0,003	-0,465**	-0,516**	-0,412*	-0,349*	-0,321
	p	0,000		0,494	0,010	0,004	0,020	0,044	0,059
Confiança na auto-apresentação física (auto-imagem)	r	0,570*	-0,003	1	0,286	-0,031	0,218	0,078	-0,115
	p	0,001	0,494		0,083	0,441	0,148	0,355	0,292
Cuidados pessoais	r	-0,218	-0,465**	0,286	1	0,740**	0,934**	0,895**	0,300
	p	0,147	0,010	0,083		0,000	0,000	0,000	0,072
Mobilidade dentro de casa	r	-0,442*	-0,516**	-0,031	0,740**	1	0,696**	0,808**	0,486**
	p	0,014	0,004	0,441	0,000		0,000	0,000	0,007
Mobilidade na comunidade	r	-0,214	-0,412*	0,218	0,934**	0,696**	1	0,852**	0,367*
	p	0,153	0,020	0,148	0,000	0,000		0,000	0,036
Atividades domésticas	r	-0,242	-0,349*	0,078	0,895**	0,808**	0,852**	1	0,355*
	p	0,122	0,044	0,355	0,000	0,000	0,000		0,041
Atividades prazerosas	r	-0,330	-0,321	-0,115	0,300	0,486**	0,367*	0,355*	1
	p	0,054	0,059	0,292	0,072	0,007	0,036	0,041	

r=coeficiente de correlação de Pearson; p<0,01** e p<0,05*

Houve correlação significativa entre QSG Depressão e Atividades prazerosas; QSG Ansiedade e Atividades prazerosas.

Através do coeficiente de correlação de Pearson, verificou-se que quanto mais atividades prazerosas, maior a depressão ($r=0,452$; $p\leq 0,05$) e ansiedade ($r=0,496$; $p\leq 0,05$).

Condições Ambientais (Percepção de suporte social) e Competência comportamental (Auto-eficácia e Incapacidade funcional)

A Tabela 10 apresenta as correlações entre os escores de *Percepção de suporte social: Suporte prático e Suporte emocional, Auto-eficácia (geral): capacidade física percebida e confiança na auto-apresentação física (auto-imagem) e Cuidados pessoais; Mobilidade dentro de casa; Mobilidade na comunidade, Atividades domésticas, Atividades prazerosas.*

Tabela 10. Correlações entre escores de Percepção de suporte social, Auto-eficácia (geral), Capacidade física percebida, Confiança na auto-apresentação física (auto-imagem) e Incapacidade funcional (n=25)

		Auto-eficácia (geral)	Capacidade física percebida	Confiança na auto-apresentação física (auto-imagem)	Cuidados pessoais	Mobilidade dentro de casa	Mobilidade na comunidade	Atividades domésticas	Atividades prazerosas
Suporte prático	r	-0,144	-0,009	-0,239	0,350*	0,314	0,341*	0,478**	0,052
	p	0,246	0,484	0,125	0,043	0,063	0,047	0,008	0,402
Suporte emocional	r	0,069	0,297	-0,306	0,297	0,260	0,305	0,476**	-0,056
	p	0,372	0,075	0,069	0,074	0,104	0,069	0,008	0,395
Auto-eficácia (geral)	r	1	0,820**	0,570*	-0,218	-0,442*	-0,214	-0,242	-0,330
	p		0,000	0,001	0,147	0,014	0,153	0,122	0,054
Capacidade física percebida	r	0,820**	1	-0,003	-0,465**	-0,516**	-0,412*	-0,349*	-0,321
	p	0,000		0,494	0,010	0,004	0,020	0,044	0,059
Confiança na auto-apresentação física (auto-imagem)	r	0,570*	-0,003	1	0,286	-0,031	0,218	0,078	-0,115
	p	0,001	0,494		0,083	0,441	0,148	0,355	0,292
Cuidados pessoais	r	-0,218	-0,465**	0,286	1	0,740**	0,934**	0,895**	0,300
	p	0,147	0,010	0,083		0,000	0,000	0,000	0,072
Mobilidade dentro de casa	r	-0,442*	-0,516**	-0,031	0,740**	1	0,696**	0,808**	0,486**
	p	0,014	0,004	0,441	0,000		0,000	0,000	0,007
Mobilidade na comunidade	r	-0,214	-0,412*	0,218	0,934**	0,696**	1	0,852**	0,367*
	p	0,153	0,020	0,148	0,000	0,000		0,000	0,036
Atividades domésticas	r	-0,242	-0,349*	0,078	0,895**	0,808**	0,852**	1	0,355*
	p	0,122	0,044	0,355	0,000	0,000	0,000		0,041
Atividades prazerosas	r	-0,330	-0,321	-0,115	0,300	0,486**	0,367*	0,355*	1
	p	0,054	0,059	0,292	0,072	0,007	0,036	0,041	

r=coeficiente de correlação de Pearson; p<0,01** e p<0,05*

Houve correlação significativa entre Suporte prático com: Cuidados pessoais; Mobilidade na comunidade e Atividades domésticas; e, Suporte emocional com Atividades domésticas.

Através do coeficiente de correlação de Pearson, verificou-se que:

- a) quanto maior a percepção de suporte prático recebido, mais cuidados pessoais ($r=0,350$; $p\leq 0,05$), mais mobilidade na comunidade ($r=0,341$; $p\leq 0,05$) e maior envolvimento em atividades domésticas ($r=0,478$; $p\leq 0,01$);
- b) quanto maior a percepção de suporte emocional recebido, maior o envolvimento em atividades domésticas ($r=0,476$; $p\leq 0,01$).

Qualidade de vida em pessoas com deficiência física

Levando-se em consideração as variáveis propostas e seus respectivos resultados:

- a) Competência comportamental: a incapacidade funcional existe em função da própria deficiência e as crenças de auto-eficácia foram neutras;
- b) Qualidade de vida percebida: saúde mental foi positiva (ausência de depressão e ansiedade) e os sintomas físicos percebidos são em pequeno número;
- c) Bem-estar subjetivo: estado de ânimo, vitalidade e satisfação com a vida, também positivos;
- d) Condições ambientais: percepção de suporte social positiva, tanto nos aspectos emocionais como práticos.

Portanto, pode-se considerar que as pessoas com deficiência física apresentam qualidade de vida positiva.

DISCUSSÃO

Nesta pesquisa investigou-se a qualidade de vida em pessoas com deficiência física, considerando o bem-estar subjetivo – estado de ânimo e satisfação com a vida, as competências comportamentais – grau de incapacidade e crença de auto eficácia física, a qualidade de vida percebida, as condições ambientais – percepção de suporte social e as correlações entre essas variáveis.

Os participantes dessa pesquisa relatam bem-estar subjetivo positivo indicado por satisfação com a vida, afetos positivos e vitalidade. Segundo Guedea et al. (2006), o bem-estar subjetivo, além de ser um indicador de saúde mental, tem sido descrito como sinônimo de felicidade, ajuste e integração social. Diener et al. (1999) relatam que as pesquisas têm indicado que a satisfação com a vida não diminui com a idade, apesar do declínio associado à idade em recursos como saúde, situação conjugal e renda, mas que a intensidade das experiências afetivas diminui ao longo do envelhecimento.

Resende et al. (2006), em pesquisa com 90 pessoas com idade entre 25 e 85 anos, encontraram que os participantes apresentaram elevado grau de satisfação com a vida e expectativa positiva com relação à vida futura. As pessoas que apresentam maior satisfação com a vida foram as que recebiam mais suporte afetivo.

Lucas (2007) realizou dois estudos, com amostras representativas (Estudo 1, Alemanha: n=39.987; Estudo 2, Inglaterra: n=27.406), para investigar a extensão da adaptação após um evento que levou a uma deficiência de longo prazo. No estudo 1, 679 participantes que adquiriram uma deficiência foram acompanhados em média por 7,18 anos antes do ocorrido e 7,39 anos após; no Estudo 2, 2.272 pessoas foram acompanhadas em média por 3,48 anos antes do ocorrido e 5,31 anos após. O autor

encontrou que a deficiência estava associada a estados moderados a grandes de felicidade (os desvios padrões variaram entre 0,40 a 1,27), seguido por pouca adaptação ao longo do tempo. O autor coloca que os resultados positivos encontrados no bem-estar de pessoas com deficiência é fruto de estudos que não os comparam com pessoas sem deficiência. No entanto, segundo Dijkers (1999, citado por Dorsett, 2001), o bem-estar subjetivo, particularmente 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.

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 & 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 na construção do autoconceito da criança, de suas convicções, valores e atitudes à respeito de si mesma, contribuindo para o desenvolvimento do amor próprio e do senso de aceitação social à medida que ficam mais velhas (Resende & Leão Júnior, 2008). 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.

As pessoas com deficiência física dessa pesquisa apresentaram senso de auto-eficácia no ponto médio, ou seja, suas crenças nas suas habilidades e capacidades não são nem positivas e nem negativas. O fato de as crenças de auto-eficácia terem sido “neutras”, já que o instrumento¹ utilizado avalia auto-eficácia com relação à capacidade física, pode indicar que essas pessoas estão conscientes de sua condição, não negam a própria realidade, o que pode ser fator de adaptação que as favorece. Se apresentam algum grau de dependência, sabem que continuarão dependendo independentemente de acreditarem no seu potencial, e que, em alguns casos essa dependência poderá aumentar quando chegarem à velhice.

Os sistemas de crenças e de atitudes têm função adaptativa e segundo Rokeach (1981), eles ajudam os indivíduos a definir e compreender o mundo e a si mesmos, formar atitudes e se posicionar diante das situações vividas no dia-a-dia. As crenças de auto-eficácia desempenham um papel importante nas relações dos indivíduos com o mundo porque refletem as suas avaliações quanto à própria capacidade de comportar-se de forma adequada e produtiva em situações específicas; influenciam o esforço que vão imprimir em suas ações, sua perseverança frente às dificuldades, suas auto-avaliações, suas avaliações sobre o mundo externo e suas experiências emocionais (Bandura, 1986). É especialmente interessante notar que, no caso dos nossos sujeitos, acreditar que é possível ser eficaz, mesmo na presença de incapacidades físicas, é um preditor importante de envolvimento social, auto-estima preservada e bem estar subjetivo (Seeman, Unger, McAvay & Icon, 1999).

¹ É importante ressaltar, que o instrumento utilizado talvez não seja o mais adequado para avaliar pessoas com deficiência física.

Para Caprara e Steca (2005), as crenças de auto-eficácia contribuem diretamente para a tomada de decisões, às ações e às experiências. De acordo com os autores, as pessoas se pautam na crença em suas capacidades para determinar como vão refletir e agir, inclusive para decidir em que tipo de atividades se envolverão, se naquelas que exigem mudanças ou se nas que há necessidade de persistir em tarefas difíceis.

As pessoas com crenças auto-eficazes mais intensas são também as mais resilientes ao confrontarem-se com adversidades. Bandura (1997) afirma que quando as pessoas têm crenças positivas de auto-eficácia, no sentido de que acreditam que possam exercer certo controle sobre suas vidas, incluindo aqui as adversidades, se adaptam melhor a elas. No entanto, uma percepção inadequada de auto-eficácia, poderia gerar sentimentos de que apesar dos esforços empreendidos diante de uma nova realidade, nada do que for feito, irá adiantar (Vinaccia, Contreras, Londoño, Cadena, & Anaya, 2005).

Os participantes dessa pesquisa apresentam saúde mental positiva, embora haja estudos como os de Turner, Lloyd e Taylor (2006) que afirmam haver um considerável número de informações sobre deficiência física e problemas mentais, no sentido negativo. Esses autores destacam que a maioria é inconsistente, seja pelo tamanho da amostra ou pela metodologia utilizada. Já Hermansson, Timpka e Thyberg (2002) afirmam que não existe relação entre o grau de deficiência física e saúde mental, mas que existe relação entre dor crônica e saúde mental, que apesar de coexistirem não se sabe a relação causal entre elas. Pirpiris et al. (2006), também não encontraram correlação positiva entre função física e saúde mental, considerando o bem-estar psicossocial.

Com relação aos sintomas físicos houve poucas queixas, sendo as mais relatadas relacionadas à dores nos braços, pernas e articulações, nas costas e lombar. As pessoas com deficiência física muitas vezes exigem mais de seus membros para a realização das atividades de vida diária para garantir a própria independência, quer seja no ato da locomoção, da transferência, dos autocuidados e outros. O maior esforço justificaria a maior ocorrência de dor nos membros. Segundo Gianini, Chamlian e Arakaki (2006), alguns usuários de cadeira de rodas experimentam dor em membros superiores que interfere nas atividades essenciais de vida diária, como ao fazer a propulsão da própria cadeira, dirigir, vestir-se e realizar transferências. Os autores relatam que a incidência de dor crônica, em membros superiores, pode limitar a função e interferir na independência e ser um sério problema para esta população, levando a uma significativa limitação funcional, afetando diretamente as atividades de vida diária, atividades profissionais e na realização de atividades físicas esportivas, quer seja a nível recreativo ou profissional.

É importante ressaltar que dores constantes podem tornar-se crônicas. A dor crônica é descrita como uma dor que pode durar meses, anos ou a vida toda, podendo haver ocorrências intermitentes que se caracterizam por períodos de dor, intercalados com intervalos isentos de dor, sendo que pode ser constante, persistir e piorar progressivamente, mesmo estando em tratamento (Andrade, Pereira & Sousa, 2006), ocasionando outros problemas.

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 (Almeida, Barata, Montero & Silva, 2002). Adicionalmente, para as pessoas com deficiência física, os problemas crônicos podem surgir com outras condições secundárias, tais como: úlceras de pressão, isolamento, fadiga e falta de acesso aos serviços de saúde

(Ravesloot, Seekins & White, 2005), os quais podem aumentar as dificuldades no desempenho de atividades de vida diária; podem ser desencadeadas por problemas médicos, sociais, emocionais e/ou familiares (Ravesloot, Seekins, Cahill, Lindgren, Nary, & White, 2007).

Robinson-Whelen, Hughes, Taylor, Colvard, Mastel-Smith e Nosek (2006) afirmam que indivíduos com deficiência física geralmente têm propensão ao surgimento de condições secundárias de saúde, novas ou como consequência de sua condição primária, particularmente quando envelhecem.

Embora possam ser prevenidas – e sua prevenção depende também das condições do contexto macro-social –, causam grande desconforto e têm forte potencial para gerar ou amplificar a incapacidade, interferindo no acesso a atividades na comunidade.

Com relação à percepção de suporte social, os participantes relataram perceber suporte social nos seguintes aspectos: suporte emocional e suporte prático. Krause (2007) relata que quando os membros sociais da rede de relações fornecem auxílio, estão dando muito mais que meramente oferecer suporte emocional e informativo. Receber suporte auxilia as pessoas a ter senso de pertença, a sentirem-se parte do grupo, identificando-se com o mesmo, encontrando motivação; traz senso de propósito e significado na vida.

Para Doeglas, Suurmeijer, Krol, Sanderman, Rijswijk e Leeuwen (1994), o suporte social tem duas funções importantes: sustentar a saúde, que tem um efeito direto no bem-estar do indivíduo e reduzir o estresse, atuando como fator de proteção, frente a eventos adversos. O apoio social é uma variável importante, facilitadora de resultados positivos para o bem-estar subjetivo. É um conceito multidimensional, que engloba recursos materiais e psicológicos que são acessados através das redes sociais das pessoas

(Siqueira, 2008). 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 (Caprara & Steca, 2005).

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 & Gotlieb, 2005). Lovden, Ghisletta e Lindenberger (2005) afirmam que pessoas engajadas, que participam de atividades diversas tendem a ter melhor desempenho no funcionamento cognitivo. Nesse processo o suporte social parece ser fundamental para a emergência do bem-estar subjetivo e da qualidade de vida.

As pessoas desse estudo que apresentaram maior bem-estar subjetivo - satisfação com a vida, vitalidade, afetos positivos - foram também as com menor depressão e ansiedade. Fatores tais como a idade, gênero, circunstâncias de vida, tipo de emprego, saúde física e mental influenciam os níveis de bem-estar subjetivo, Lee e Browne (2008) afirmam que diagnósticos psiquiátricos, especificamente desordens depressivas estão associadas a baixos níveis de bem-estar. Por outro lado, não é surpresa, já que o bem-estar subjetivo compreende o julgamento das emoções positivas ou negativas do indivíduo considerando sua situação, dizer que uma pessoa com altos níveis de saúde mental e bem-estar subjetivo positivo veja sua vida como satisfatória.

Algumas correlações encontradas nessa pesquisa, que são objetivo desse estudo, trouxeram dados inusitados, como por exemplo, que quanto maior o afeto positivo experimentado, menos envolvimento em atividades prazerosas; quanto mais atividades prazerosas, maior a depressão e ansiedade. É possível, talvez, inferir que, como todas as pessoas que participaram desse estudo precisam de ajuda para realizar atividades de vida diária e consideram sua deficiência severa ou moderada, essas correlações não se

apliquem, já que a questão da incapacidade física é aceita e provavelmente, essas pessoas não estão muito preocupadas se conseguem ou não realizar atividades prazerosas, tais como preparar refeições para receber os amigos, ter passatempos, socializar-se, viajar por prazer, atividades religiosas e/ou sair para comer fora, atividades físicas, atividades de lazer como assistir TV e ouvir música. Isto é, esses indivíduos dedicam boa parte de suas 24 horas diárias a um ideal maior, que é melhorar o mundo para outras pessoas com deficiência poderem ter as mesmas oportunidades que elas e também se tornarem resilientes. Muitos deles viajam muito para repartir o conhecimento acumulado e são percebidos casos em que preferem sair apenas quando têm convicção de que o lugar é acessível, pois sem isso não será uma atividade prazerosa.

Segundo Laranjeira (2007), a resiliência representa um traço de caráter como também um modo de funcionamento psíquico ou comportamental do indivíduo, de modo que este apresenta uma habilidade adaptativa perante as diversas situações (biológicas e sociopsicológicas) que requerem a utilização de capacidades intrapsíquicas (internas) como ligadas ao meio social e afetivo (externas), que possibilita a junção de um psiquismo construído de modo a adequar-se à inserção social.

A interferência de recursos ambientais e de estratégias do *self* faz com que algumas pessoas consigam dar conta dos limites e dificuldades que sua condição lhes impõe. Em seu processo de adaptação interferem diferenças individuais dependentes das histórias pessoais, das condições educacionais, do apoio do ambiente familiar e social, e dos recursos econômicos que permitem o acesso a tecnologias que contribuam para a compensação dos déficits (Resende, 2001).

Os participantes dessa pesquisa acreditam que quanto maior a percepção de suporte prático recebido, maior os cuidados pessoais recebidos, mais mobilidade na

comunidade e maior envolvimento em atividades domésticas. É importante ressaltar que o suporte prático representa segurança e tranquilidade para o indivíduo, que tem na sua rede social, pessoas com disposição para suprir suas necessidades de ordem prática (Siqueira, 2008). E quanto maior a percepção de suporte emocional recebido, maior o envolvimento em atividades domésticas, para Siqueira (2008), o suporte emocional reúne os apoios que levam o indivíduo a encontrar, em sua rede de apoio, pessoas para compartilhar as alegrias advindas de suas realizações, conquistas e sucessos pessoais, mesmo nas tarefas mais simples.

De acordo com Liptak (2008), pesquisas com adultos com deficiência, em geral, têm indicado que um ambiente suportivo (estratégias familiares de enfrentamento, apoio social forte) e capacidade individual de adaptação (motivação, força interior) são determinantes para a qualidade de vida, e as características de incapacidade são menos importantes.

Portanto, pode-se considerar que as pessoas com deficiência física apresentam qualidade de vida positiva. Para Minayo, Hartz e Buss (2000), qualidade de vida é uma noção que, de acordo com a própria cultura, crenças, valores e expectativas, pressupõe a capacidade de unificar todos os elementos essenciais para o bem-estar e a satisfação do indivíduo em uma sociedade.

Livingston, Rosenbaum, Russell e Palisano (2007) relatam que as mudanças na concepção de deficiência refletem uma expansão além das limitações funcionais, estão associadas com o reconhecimento da experiência pessoal de indivíduos nesta população. E, sob a ampla noção dos investigadores da qualidade de vida, é preciso considerar o status funcional, o estado de saúde, o bem-estar e a qualidade de vida relacionada à saúde a partir de critérios avaliados pela própria pessoa, ou seja, relatos subjetivos.

Nesse sentido, essa pesquisa demonstrou indícios de que é possível envelhecer com uma deficiência física com qualidade de vida, desde que haja ajustamento pessoal indicando que os participantes estão adaptados à deficiência.

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 (Resende, 2006).

LIMITAÇÕES DESSE ESTUDO

Uma das limitações desse estudo pode ter sido o procedimento para recrutar os sujeitos, porque todos os participantes foram primeiramente indicados pelos coordenadores de cada CVI, e pode não ter sido uma amostra representativa de todos os líderes de movimentos sociais. Outra limitação foi com relação ao pequeno número de participantes, embora não exista consenso com relação ao número mínimo para realização de algumas análises, um número maior traria análises mais fidedignas. E, por último, o instrumento escolhido para medir auto-eficácia, embora validado na população geral, não havia sido utilizado com pessoas com deficiência física.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, M. F., Barata, R. B., Montero, C. V., Silva, Z. P. (2002). Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. *Ciências & Saúde Coletiva*, 7(4), 743-756.
- Andrade, G. R. B. (2001). *Grupo de apoio social no hospital: o caso do lutando para viver*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- Andrade, G. R. B., & Vaitsman, J. (2002). Apoio Social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciências e Saúde Coletiva*, 7(4), 925-934.
- Andrade, F. A., Pereira, L. V., & Sousa, F. A. E. F. (2006). Mensuração da dor no idoso: uma revisão. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 14 (2), 271-276.
- Antonucci, T. C., & Jackson, J. S. (1997). Apoyo social, eficacia interpersonal y salud: Una perspectiva del transcurso de la vida. In: L. L. Carstensen, & B. A. Edelstein (eds.). *Gerontología clínica: Intervención psicológica y social*. (pp. 129-148). Barcelona: Martínez Roca.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman, 1997.
- Capitanini, M. E. (2000). *Sentimentos de solidão, bem-estar subjetivo e relações sociais em idosas vivendo sós*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP.
- Caprara, G.V., & Steca, P. (2005). Affective and social self-regulatory efficacy beliefs as determinants of positive thinking and happiness. *European Psychologist*; 10(4), 275–286.
- Chaves, S. S. S. (2003). *Valores como preditores do bem-estar subjetivo*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB.

- De Vitta, A., Neri, A. L., & Padovani, C. R. (2003). Nível de atividade física e desconfortos músculo-esqueléticos percebidos em homens e mulheres, adultos e idosos. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 7(1), 45-52.
- Deps, V. L. (2003). Atividade e bem-estar psicológico na maturidade. (3ª. ed.) In: A. L. Neri (org.). *Qualidade de vida e idade madura*. (pp. 57-82). São Paulo: Papirus.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: the science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34-43.
- Diener, E., & Suh, M. E. (1998). Subjective well-being and old age: An international analysis. In: K. W. Schaie, & M. P. Lawton (eds.). *Annual Review of Gerontology and Geriatrics, Vol 17, Focus on Emotion and Adult Development*. (pp. 304-324). NY: Springer.
- Diener, E., Suh, E. N., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- Dorsett, P. A. (2001). *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.
- Doeglas, D., Suurmeijer, T., Krol, B., Sanderman, R., Rijswijk, M. V., & Leeuwen, M. V. (1994). Social Support, Social Disability, and Psychological Well-Being in Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Care and Research*, 7, 10-15.
- Erbolato, R. (2002). Relações sociais na velhice. In: E. V. Freitas, L. Py, A. L. Neri, F. A. X. Cançado, M. L. Gorzoni, & S. M. Rocha, S. M. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. (pp. 957-964). Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002.

- Erp, A. V. (1998). Adaptation to a physical disability: a rural perspective. 4th Biennial Australian Rural and Remote Health Scientific Conference. Toowoomba, Queensland, 27-28 August 1998.
- Freire, S. A. (2001). *Bem-Estar Subjetivo e Metas de Vida: comparação entre três grupos etários*. Campinas, SP: 2001. Tese de Doutorado em Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP.
- Freire, S. A. (2003). Educação permanente e qualidade de vida na velhice – meta e desafio na atualidade. In: Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia, 3, Santos, 2003. *Anais...* Santos: SBGG- São Paulo. CD-ROM.
- Freire, S. A., & Resende, M. C. (2001). Sentido de vida e envelhecimento. In: A. L. Neri (org). *Maturidade e velhice*. (pp.71-98). Campinas, SP: Papirus.
- Gianini, P. E. S., Chamlian, T. R., & Arakaki, J. C. (2006). Dor no ombro em pacientes com lesão medular. *Acta Ortopédica Brasileira*, 14(1): 44-47.
- Gignac, M. A. M., & Cott, C. (1998). A conceptual model of independence and dependence for adults with chronic physical illness and disability. *Social Science and Medicine*, 47(6), 793-753.
- Goldberg, D. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. London: Oxford University Press.
- Gouveia, V. V., Chaves, S. S. S., Oliveira, I. C. P., Dias, M. R., Gouveia, R. S. V., & Andrade, P. R. (2003). A utilização do QSG-12 na população geral: estudo de sua validade de construto. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 19, 241-248.
- Griep, R. H., Chor, D., Faerstein, E., & Lopes, C. S. Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(2), 625-634, 2003.

- Guedea, M. T. D., Albuquerque, F. J. B., Troccoli, B. T., Noriega, J. A. V., Seabra, M. A. B., & Guedea, R. L. D. (2006). Relação do bem-estar subjetivo, estratégias de enfrentamento e apoio social em idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(2), 301-308.
- Hermansson, A-C., Timpka, T., & Thyberg, M. (2002). The mental health of war-wounded refugees: An 8-year follow-up. *The Journal of nervous and mental disease*, 190(6), 374-380.
- Krause, N. (2007). Longitudinal study of social support and meaning in life. *Psychology and Aging*, 22(3), 456-469.
- Laranjeira, C. A. S. J. (2007). Do vulnerável ser ao resiliente envelhecer: revisão de literatura. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 23(3), 327-332.
- Laurenti, R., Jorge, M. H. P. M., & Gotlieb, S. L. D. (2005). Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1), 35-46.
- Lawton, M. P. (1991). A multidimensional view of quality of life in frail elderly. In: J. E. Birren, J. E. Lubben, J. C. Rowe, & D. E. Deutchmann (eds.). *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. (pp. 3-27). San Diego: Academic Press.
- Leão Júnior, R. (2003). *Participação em hidroginástica, crenças de auto-eficácia e satisfação com a vida em mulheres de 50 a 70 anos*. Campinas, SP: 2003. Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP.
- Leão Júnior, R., & Resende, M. C. (2004). Auto-eficácia e memória. In: A. L. Neri, & M. S. Yassuda (orgs). *Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos*. (pp. 227-240). Campinas, SP: Papyrus.
- Lee, A., & Browne, M. O. (2008). Subjective well-being, sociodemographic factors, mental and physical health of rural residents. *Aust. J. Rural Health*, 16, 290-296.

- Liptak, G. S. (2008). Health and well being of adults with cerebral palsy. *Current Opinion in Neurology*, 21, 136–142.
- Livingston, M. H., Rosenbaum, P. L., Russell, D. J., & Palisano, R. J. (2007) Quality of life among adolescents with cerebral palsy: what does the literature tell us? *Dev Med Child Neurol*, 49, 225–231.
- Lovden, M., Ghisletta, P., & Lindenberger, U. (2005). Social participation attenuates decline in perceptual speed in old and very old age. *Psychology and Aging*, 20(3), 423-434.
- Lucas, R. E. (2007). Long-term disability is associated with lasting changes in subjective well-being: evidence from two nationally representative longitudinal studies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(4), 717–730.
- Marques, L. F. (1996). Qualidade de Vida, uma aproximação conceitual. *Psico*, 27(2), 49-62.
- Minayo, M. C. S., Hartz, Z. M. A., & Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 7-18.
- Neri, A. L. (2001). Velhice e qualidade de vida na mulher. In: A. L. Neri (org.) *Desenvolvimento e Envelhecimento*. (pp. 161-200). Campinas, SP: Papirus.
- Neri, A. L. (2004). O que a Psicologia tem a oferecer ao estudo e à intervenção no campo do envelhecimento no Brasil, hoje. In: A. L. Neri, & M. S. Yassuda. *Velhice bem-sucedida*. (pp. 13-27). Campinas, SP: Papirus.
- Nogueira, E. J. (2001). *Rede de relações sociais*: um estudo transversal com homens e mulheres pertencentes a três grupos etários. Tese de Doutorado em Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP.

- Pakenham, K. I. (2005). Benefit finding in multiple sclerosis and associations with positive and negative outcomes. *Health Psychology, 24*(2), 123-132.
- Pasquali, L., Pinelli Junior, B. & Solha, A. C. (1994). Contribuição à validade e normatização da escala de ansiedade traço-estado do IDATE. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 10*, 411-420.
- Pirpiris, M., Gates, P. E., McCarthy, J. J., D'Astous, J. D., Tylkowski, C., Sanders J. O., Dorey, F. J., Ostendorff, S., Robles, G., Caron, C., & Otsuka, N.Y. (2006) Function and well-being in ambulatory cerebral palsy. *J Pediatr Orthop, 26*, 119–124.
- Queroz, N. C. (2003). *Bem-estar psicológico e inteligência emocional entre homens e mulheres na meia-idade e velhice*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP.
- Ravesloot, C., Seekins, T., & White, G. (2005). Living well with a disability health promotion intervention: improved health status for consumers and lower costs for health care policymakers. *Rehabilitation Psychology, 50*(3), 239-245.
- Ravesloot, C. H., Seekins, T., Cahill, T., Lindgren, S., Nary, D. E., & White, G. (2007). Health promotion for people with disabilities: development and evaluation of the Living Well with a Disability program. *Health Education Research, 22*(4), 522–531.
- Resende, A. P. C. (2004). *Todos na cidade: o direito a acessibilidade das pessoas com deficiência física em Uberlândia*. Uberlândia: EDUFU.
- Resende, M. C. (2001). *Atitudes em relação ao idoso, à velhice pessoal e ao portador de deficiência física em adultos portadores de deficiência física*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP.

- Resende, M. C. (2006). *Ajustamento psicológico, perspectiva de envelhecimento pessoal e satisfação com a vida em adultos e idosos com deficiência física*. Tese de Doutorado em Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP.
- Resende, M. C., & Leão Júnior, R. (2008). Respeito pelo lar e pela família. In: A. P. C. Resende & F. M. P. Vital. (Orgs.). *A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência Comentada*. (pp. 78-81). Brasília: SEDH/CORDE.
- Resende, M. C., & Neri, A. L. (2005). Atitudes de adultos com deficiência física frente ao idoso, à velhice pessoal e a pessoas com deficiência física. *Estudos de Psicologia, Campinas*, 22(2), 123-131.
- Resende, M. C., Silva, A. O., Lima, M. T., Melo, S. C., & Tavares, T. L. O. (2004). Atitudes de alunos de graduação em psicologia, enfermagem e fisioterapia em relação à velhice e ao próprio envelhecimento. *Revista da Sociedade de Psicologia do Triângulo Mineiro*, 8(1), 27-32.
- Robinson-Whelen, S., Hughes, R., Taylor, H., Colvard, M., Mastel-Smith, M., & Nosek, M. (2006). Improving the health and health behaviors of women aging with physical disabilities: A peer-led health promotion program. *Women's Health Issues*, 16(6), 334-345.
- Rokeach, M. (1981). *Crenças, atitudes e valores: uma teoria de organização e mudança*. Rio de Janeiro: Interciência.
- Seeman, T. E., Unger, J. B., McAvay, G., & Icon, C. F. M. (1999). Self-efficacy beliefs and perceived declines in functional ability: Mac Arthur studies of successful aging. *Journal of Gerontology; Psychological Sciences*, 54B(4), 214-222.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J., Cardoso, H., Ramos, H., Carvalhosa, S. C., Dias, S., & Gonçalves, A. (2003). Efeitos do apoio social na qualidade de vida, controle metabólico

e desenvolvimento de complicações crônicas em indivíduos com diabetes. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 4(1), 21-32.

Silva, M. I. (2007). Conheça o Centro de Vida Independente e a criação dos CVIs. *Jornal da AME*, 61.

Siqueira, M. E. C. (2003). Políticas Públicas e qualidade de vida na velhice. In: Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia, 3, Santos, 2003. *Anais...* Santos: SBGG-São Paulo. CD-ROM.

Siqueira, M. M. M. (2008). Construção e validação da Escala de Percepção de Suporte Social. *Psicologia em Estudo*, 13(2), 381-388.

Sommerhalder, C. (2006). *Religiosidade, suporte social, experiência de eventos estressantes e sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade: dados do PENSA*. Tese de Doutorado em Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP.

Sommerhalder, C., & Goldstein, L. L. (2006). O papel da religiosidade e da espiritualidade na vida adulta e na velhice. In: E.V. Freitas, L. Py, F.A.X. Cançado, J. Doll, M.L. Gorzoni (orgs.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. (2 ed. rev., ampl.) Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Turner, R. J., Lloyd, D. A., & Taylor, J. (2006). Physical Disability and Mental Health: An Epidemiology of Psychiatric and Substance Disorders. *Rehabilitation Psychology*, 51(3), 214-223.

Vinaccia, S., Contreras, F., Londoño, L. M. R., Cadena, J., Anaya, J. M. (2005). Autoeficácia, desesperanza aprendida e incapacidad funcional en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(1), 129-142.

Wahl, H. W. (1999). A competência no cotidiano: um construto buscando uma identidade. *Estudos Interdisciplinares sobre envelhecimento*, 2, 103-120.

Wang, Y. P. (2002). *Manifestações psicopatológicas não-psicóticas em uma amostra da comunidade chinesa da cidade de São Paulo*. Tese de Doutorado em Psiquiatria, Universidade Estadual de São Paulo, São Paulo.