

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

MESTRADO EM GERONTOLOGIA

ATITUDES EM RELAÇÃO AO IDOSO, À VELHICE PESSOAL E AO
PORTADOR DE DEFICIÊNCIA FÍSICA EM ADULTOS
PORTADORES DE DEFICIÊNCIA FÍSICA

Marineia Crosara de Resende

Orientadora: Dr^a Anita Liberalesso Neri

2001

by Autora: Marineia Crosara de Resende

Autorização de Direitos Autorais (ADA) nº 016/2001

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

ATITUDES EM RELAÇÃO AO IDOSO, À VELHICE PESSOAL E AO
PORTADOR DE DEFICIÊNCIA FÍSICA EM ADULTOS
PORTADORES DE DEFICIÊNCIA FÍSICA

Marineia Crosara de Resende

Orientadora: Dr^a Anita Liberalesso Neri

Co-orientadora: Dr^a Samira Kauchakje

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

Data: ___/___/2001.

Assinatura: _____

2001

CATALOGAÇÃO NA FONTE ELABORADA PELA BIBLIOTECA
DA FACULDADE DE EDUCAÇÃO/UNICAMP
Bibliotecário Rosemary Passos - CRB-8ª/5751

R 311a Resende, Marineia Crosara de.
Atitudes em relação ao idoso, à velhice pessoal e ao
portador de deficiência física em adultos com deficiência física /
Marineia Crosara de Resende . -- Campinas, SP : [s.n.],
2001.

Orientador : Anita Liberalesso Neri.
Dissertação (mestrado em Gerontologia) - Universidade
Estadual de Campinas, Faculdade de Educação.

1. Idosos. 2. Atitudes em relação à velhice. 3. Atitudes
em relação ao portador de deficiência física. 4. Portadores de
deficiência física . 5. Gerontologia. I. Neri, Anita Liberalesso.
II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de
Educação.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

ATITUDES EM RELAÇÃO AO IDOSO, À VELHICE PESSOAL E AO
PORTADOR DE DEFICIÊNCIA FÍSICA EM ADULTOS
PORTADORES DE DEFICIÊNCIA FÍSICA

Marineia Crosara de Resende

Orientadora: Dr^a Anita Liberalesso Neri

Co-orientadora: Dr^a Samira Kauchakje

Comissão Julgadora:

Dr^a Anita Liberalesso Neri

Dr^a Maria José D'Elboux Diogo

Dr^a Vera Lúcia Adami Raposo do Amaral

2001

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	01
O CONCEITO DE ATITUDE	03
ATITUDES EM RELAÇÃO À VELHICE	05
A VELHICE E O ENVELHECIMENTO	11
DEFICIÊNCIA FÍSICA: CONCEITOS E PRECONCEITOS	17
ENVELHECIMENTO E DEFICIÊNCIA FÍSICA: CONDIÇÕES QUE PODEM INSPIRAR PRECONCEITOS E ATITUDES NEGATIVAS	25
OBJETIVOS	27
MÉTODO	28
SUJEITOS	28
INSTRUMENTOS	33
AMBIENTE	35
PROCEDIMENTO	36
RESULTADOS	37
DISCUSSÃO	64
CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
ANEXOS	83

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Estimativas da ONU sobre a porcentagem de pessoas portadoras de deficiência nas populações*	20
Tabela 2: Distribuição proporcional dos sujeitos por estado civil	28
Tabela 3: Distribuição proporcional dos sujeitos por escolaridade	29
Tabela 4: Distribuição proporcional dos sujeitos por renda familiar	29
Tabela 5: Distribuição percentual das ocupações relatadas pelos sujeitos	30
Tabela 6: Distribuição proporcional dos sujeitos, segundo a forma como a deficiência foi adquirida.	31
Tabela 7: Distribuição proporcional dos sujeitos por idade em que os sujeitos se tornaram portadores de deficiência física	32
Tabela 8: Resultados das comparações entre as médias dos atributos da escala “O idoso é” segundo sexo, deficiência congênita, deficiência adquirida, índice Barthel, idade.	42
Tabela 9: Resultados das comparações entre as médias dos atributos da escala “O idoso é” para as variáveis escolaridade, estado civil, idade em que se tornou portador de deficiência física .	43
Tabela 10: Resultados das comparações entre as médias dos atributos da escala “O idoso é” com escolaridade.	43
Tabela 11: Resultados das comparações entre as médias dos atributos da Escala “Quando eu ficar velho eu serei” para as variáveis sexo, deficiência congênita, deficiência adquirida, índice Barthel, idade.	48
Tabela 12: Resultados das comparações entre as médias dos atributos da Escala “Quando eu ficar velho eu serei” para as variáveis escolaridade, estado civil e idade que se tornou portador de deficiência física.	49
Tabela 13: Resultados das comparações entre as médias dos atributos da escala “Quando eu ficar velho eu serei” entre os que apresentavam deficiência congênita (N,S).	49
Tabela 14: Resultados das comparações entre as médias dos atributos da Escala “Quando eu ficar velho eu serei” para sexo.	50
Tabela 15: Resultados das comparações entre as médias dos atributos da Escala “Quando eu ficar velho eu serei” com o índice Barthel (dep, indep).	51

Tabela 16: Resultados das comparações entre as médias dos atributos da Escala “Quando eu ficar velho eu serei” com estado civil.	51
Tabela 17: Resultados das comparações entre as médias dos atributos da Escala “O portador de deficiência física é” para as variáveis sexo, deficiência congênita, deficiência adquirida, índice Barthel e idade.	56
Tabela 18: Resultados das comparações entre as médias dos atributos da Escala “O portador de deficiência física é” para várias variáveis escolaridade, estado civil e idade que se tornou portador de deficiência física.	57
Tabela 19: Resultados das comparações entre as médias dos atributos da Escala “O portador de deficiência física é” para sexo.	57
Tabela 20: Resultados das comparações entre as médias dos atributos da Escala “O portador de deficiência física é” com o índice Barthel (Dep, Indep).	58
Tabela 21: Resultados das comparações entre as médias dos atributos da Escala “O portador de deficiência física é” com estado civil.	59
Tabela 22: Resultados das comparações entre as médias dos atributos da Escala “O portador de deficiência física é” com idade adquiriu deficiência física.	59

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição dos valores, médias e variabilidade de valores obtidos para os domínios da escala “O idoso é”.	38
Figura 2 – Frequências percentuais de respostas positivas, negativas e neutras no domínio cognição para o conceito “O idoso é”.	39
Figura 3 – Frequências percentuais de respostas positivas, negativas e neutras no domínio agência para o conceito “O idoso é”.	40
Figura 4 – Frequências percentuais de respostas positivas, negativas e neutras no domínio relacionamento social para o conceito “O idoso é”.	40
Figura 5 – Frequências percentuais de respostas positivas, negativas e neutras no domínio persona para o conceito “O idoso é”.	41
Figura 6 – Distribuição dos valores, médias e variabilidade, de valores obtidos para os domínios da escala “Quando eu ficar velho eu serei”.	44
Figura 7 – Frequências percentuais de respostas positivas, negativas e neutras no domínio cognição para o conceito “Quando eu ficar velho eu serei”.	45
Figura 8 – Frequências percentuais de respostas positivas, negativas e neutras no domínio agência para o conceito “Quando eu ficar velho eu serei”.	46
Figura 9 – Frequências percentuais de respostas positivas, negativas e neutras no domínio relacionamento social para o conceito “Quando eu ficar velho eu serei”.	46
Figura 10 – Frequências percentuais de respostas positivas, negativas e neutras no domínio persona para o conceito “Quando eu ficar velho eu serei”.	47
Figura 11 – Distribuição dos valores, médias e variabilidade, de valores obtidos para os domínios da escala “O portador de deficiência física é”.	52
Figura 12 – Frequências percentuais de respostas positivas, negativas e neutras no domínio cognição para o conceito “O portador de deficiência física é”.	53
Figura 13 – Frequências percentuais de respostas positivas, negativas e neutras no domínio agência para o conceito “O portador de deficiência física é”.	54
Figura 14 – Frequências percentuais de respostas positivas, negativas e	54

neutras no domínio relacionamento social para o conceito “O portador de deficiência física é”.

Figura 15 – Frequências percentuais de respostas positivas, negativas e neutras no domínio persona para o conceito “O portador de deficiência física é”. 55

Figura 16 – Valores das correlações entre as respostas às escalas “O idoso é” e “Quando eu ficar velho eu serei”. 60

Figura 17 – Valores das correlações entre as respostas às escalas “O idoso é” e “O portador de deficiência física é”. 61

Figura 18 – Valores das correlações entre as respostas às escalas “Quando eu ficar velho eu serei” e “O portador de deficiência física é”. 62

AGRADECIMENTOS

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.

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 contribuição na leitura e editoração final do trabalho.

À minha irmã, Ana Paula Crosara de Resende, que me ajudou a ampliar horizontes em relação à deficiência, pela colaboração no contato com a APARU, na coleta e na tabulação dos dados.

Aos colegas membros do NEAPE – Núcleo de Estudos Avançados em Psicologia do Envelhecimento – Alberto De Vitta, Andréa Temponi dos Santos, Cinara Sommerhalder, Eliete Jussara Nogueira, Lucila Goldstein, Marilim Elizabeth Silva Capitanini, Mônica de Ávila Todaro, Regina Prado Leite Erbolato e Sueli Aparecida Freire pela oportunidade de trocar experiências e aprender com vocês.

À João Antônio Martini de Paula pelos esclarecimentos e referências de textos.

Aos professores da Gerontologia pela oportunidade de pensar o envelhecimento de diversos ângulos.

À Profa. Dra. Maria José D'Elboux Diogo pela colaboração e explicações nas questões teóricas das deficiências.

À Profa. Dra. Samira Kauchakje pelas contribuições.

À Diretoria da APARU, por permitir a coleta de dados na instituição, e a seus associados que participaram prontamente da pesquisa.

Às alunas do curso de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, Alice Langoni, Daniela Torres, Giselle Carvalho, Janaína Paulino, Maria Cristina Gonçalves Santos, Mariana Pelizer de Albuquerque, Priscilla Martins, a amiga Nelma Caires Queroz, a Celeste Maria Marques de Santana e a Idari Alves da Silva pela colaboração na coleta de dados.

À Comissão de Pesquisa Estatística da Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP, especialmente ao estatístico Helymar da Costa Machado, pela cuidadosa análise dos dados.

Aos funcionários da Faculdade de Educação, da Biblioteca/FE e da Gerontologia por não medirem esforços para que eu pudesse ter acesso a vários recursos da Faculdade, já que as barreiras arquitetônicas ainda estão presentes naquele instituto.

À CAPES pela bolsa concedida.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À Dra. Anita Liberalesso Neri pela possibilidade de fazer o mestrado e participar do NEAPE, por ter aberto oportunidades ao meu crescimento profissional e científico, pelas orientações e pelo incentivo.

À amiga Sueli Aparecida Freire, por acompanhar de perto minha trajetória e meu crescimento profissional desde a graduação, incentivando, esclarecendo e orientando, e também por sua disponibilidade em compartilhar conhecimentos e tempo.

RESENDE, M. C. *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, Faculdade de Educação da UNICAMP, Campinas, 2001.

RESUMO

Condições especiais como a deficiência física e o envelhecimento mobilizam as pessoas em direção ao ajustamento do *self*, das crenças e das atitudes. Planejamos uma pesquisa sobre atitudes em relação ao idoso, à velhice pessoal e ao portador de deficiência física, participaram 242 pessoas portadoras de deficiência física, com idade entre 24 e 39 anos. Procedimentos englobaram aplicação coletiva de questionário sociodemográfico, do Índice de Barthel, avalia independência nas atividades de vida diária, e de três Escalas diferencial semântica composta por 30 itens que avaliam os domínios *Cognição, Agência, Relacionamento Social e Persona*. As Escalas DS avaliaram atitudes em relação ao idoso - *O idoso é*, ao envelhecimento pessoal - *Quando eu ficar velho eu serei* e às pessoas portadoras de deficiência física - *O portador de deficiência física é*. A análise estatística mostrou a predominância de respostas positivas, respostas negativas fracas ou moderadas para todos os objetos. Em relação ao velho, as atitudes mais positivas foram predominantes em pessoas do sexo feminino, naqueles com mais baixo nível de escolaridade e nos que apresentaram maior índice de dependência. Atitudes negativas predominaram nos domínios agência, cognição e relacionamento social. Com relação aos portadores de deficiência física, atitudes mais positivas foram apresentadas por mulheres, pessoas divorciadas e nos que portam a deficiência física há mais de 30 anos. Os participantes têm visão mais positiva do próprio envelhecimento do que do velho. Aqueles com atitude positiva em relação ao portador de deficiência física tendem a ter também atitude positiva em relação ao próprio envelhecimento. Os dados são sugestivos dos efeitos do conhecimento socialmente compartilhado sobre a natureza e a seqüência das mudanças evolutivas. Podemos inferir que as atitudes e as auto-crenças sobre o envelhecimento, o velho e o portador de deficiência física agem como forças orientadoras para proteção do *self* e como processos adaptativos mediados por comparações sociais nos nossos sujeitos.

PALAVRA-CHAVE: Envelhecimento, Portadores de deficiência física, Atitudes em relação à velhice, Atitudes em relação ao portador de deficiência física, Gerontologia

RESENDE, M. C. *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, Faculdade de Educação da UNICAMP, Campinas, 2001. (*Attitudes toward the oldest, personal aging and people with physical disability among physically disabled adults*).

ABSTRACT

Special conditions like physical disability and aging are important challenges to the adjustment of the self, its beliefs and attitudes. We carried out an investigation concerning attitudes of 242 physically disabled adults aged 24 to 39. Procedures involved collective application of a sociodemographic questionnaire; self reports on the level of disability evaluated through the Barthel Index, and three Differential Semantic Scales containing 30 items set into the domains *Cognition, Agency, Social Relations* and *Persona*. DS scales assessed attitudes toward the aged – *An old person is*, own aging – *When I am old I will be* and physically disabled people – *A physically disabled person is*. Statistical analysis showed superiority of positive, and weak or moderate negative attitudes toward all the objects. Concerning the oldest, positive attitudes were mostly showed by females, by subjects with lower levels of schooling and those affected by congenital disabilities; negative attitudes were showed by subjects with the highest levels of dependency. Negative attitudes were predominant in the domains of agency, cognition and social relations. Concerning physical disabled people, more positive attitudes were presented by woman, by divorced and those that have been physically disabled by more than 30 years. It was found positive association between physical dependency and negative attitudes toward physically disabled people. Attitudes toward own aging were more positive than those toward the oldest. To more positive attitudes toward the physically disabled corresponded more positive attitudes toward the aged. Data are suggestive of the effect of socially shared knowledge about the nature and sequence of developmental changes. May be attitudes and self beliefs toward aging, the aged and the disabled person act like self protective and adaptive processes mediated by social comparison to our subjects.

KEY-WORDS: Aging, Physically disabled people, Attitudes toward aging, Attitudes toward physically disabled people, Gerontology.

“O ser humano sempre conserva a mais importante das liberdades, que é a capacidade de transformar sua atitude frente a uma situação inevitável”.

Viktor Emil Frankl

O processo de envelhecimento acarreta alterações funcionais e comportamentais que afetam os seres humanos de maneiras características. Mesmo na ausência de patologias, na última fase da vida todos tornam-se relativamente menos ágeis, mais vulneráveis à ação do ambiente e mais dependentes dos recursos da cultura.

Doenças que afetam o aparato músculo-esquelético ou afecções decorrentes de doenças cardiovasculares, cérebro-vasculares e metabólicas podem gerar dificuldades e limites adicionais para os adultos. À medida que envelhecem, mesmo na ausência de quaisquer limitações cognitivas, os portadores dessas moléstias ver-se-ão cada vez menos independentes. Sua condição é análoga a de indivíduos mais jovens que, apresentam limitações físicas decorrentes de causas genéticas e/ou ambientais, e ambos podem ter dificuldades de adaptação proporcionais às suas limitações e às condições oferecidas pelo ambiente para compensá-las.

A interferência de recursos ambientais e de estratégias do *self* faz com que uns e outros consigam dar conta dos limites e dificuldades que sua condição lhes impõe. Em seu processo de adaptação interferem diferenças individuais dependentes das histórias pessoais de saúde e doença, 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. Entre as estratégias do *self* que podem mediar os esforços de adaptação estão a de seleção, otimização e compensação: o investimento em domínios selecionados em que o indivíduo detém competência pode significar o alcance de um novo equilíbrio em termos físicos e psicológicos (FREUND e BALTES, 1998).

As crenças que o indivíduo detém sobre si mesmo e sobre suas relações com o mundo são um aspecto essencial da adaptação do *self*. Elas são formadas a partir da experiência direta e da interação social e desempenham papel central nos esforços de auto-regulação, incluindo-se entre eles as estratégias de seleção, otimização e compensação. 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. Condições especiais como a deficiência física e também o processo de envelhecimento mobilizam as pessoas em direção ao ajustamento de suas auto-crenças e de sua auto-estima (BANDURA, 1986; 1997).

O papel orientador das crenças é um tema clássico dentro da psicologia social, o das atitudes, termo que designa predisposições internas dotadas de componentes cognitivos (as crenças), afetivos (valorização/desvalorização) e sociais (aproximação/esquiva). Condições humanas raras ou diferentes, como a velhice e a deficiência física possivelmente mobilizam as atitudes dos indivíduos e das sociedades, porque exigem esforços adicionais de compensação e manejo afetivo e social. São tópicos de interesse para a pesquisa e a intervenção, uma vez que nelas se configuram elementos cujo conhecimento pode contribuir para a teoria e para a prática psicológica e educacional.

As condições de ser idoso e de ser portador de deficiência física¹ comportam similaridades no domínio dos prejuízos à independência e ao envolvimento social, com reflexos sobre as crenças pessoais e as atitudes. Assim é relevante saber em que medida adultos portadores de deficiência física são capazes de antecipar suas dificuldades na velhice, como se preparam pessoalmente para esta etapa da vida e como se vêm atualmente.

Com base nesse raciocínio planejamos uma pesquisa de levantamento para conhecer atitudes frente à deficiência física e à velhice em indivíduos portadores de deficiência física.

No texto que se segue vamos considerar os termos em torno dos quais este trabalho está estruturado: atitudes em relação ao idoso e à velhice pessoal, deficiência física e atitudes frente ao portador de deficiência física. Selecionamos alguns

¹ Termo tido como não preconceituoso e mais aceito pelos indivíduos que apresentam alguma deficiência. BERGER (1999, p. 22) diz que as pessoas começaram a preferir os termos "*Pessoa portadora de deficiência*" e "*Portador de deficiência*" por considerarem que estes indicam que apenas uma parte do seu corpo está comprometida: eles portam a deficiência, mas não são a deficiência. (grifos nossos)

aspectos das relações possíveis entre esses termos e condições e vamos comentá-las. Apresentaremos o nosso ponto de vista sobre as questões de interesse deste trabalho, bem como os objetivos de uma pesquisa que visa a explorar relações entre deficiência física, velhice e atitudes.

O CONCEITO DE ATITUDE

Segundo ALLPORT (1954 *apud* NERI, 1991), um dos mais renomados estudiosos do tema, o conceito de atitude é um dos mais distintivos e indispensáveis da Psicologia. Ao longo de mais de sete décadas, tem presidido investigações sobre predisposições sociais e individuais em relação a vários objetos sociais, entre eles a velhice.

As formulações mais aceitas sobre atitude são de KATZ e STOTLAND (1959), e de KRECH, CRUTCHFIELD e BALLACHEY (1962). Segundo os autores, uma atitude possui três componentes: a) cognitivo; b) emocional e c) tendência à ação. No componente cognitivo estão incluídas as crenças que se tem sobre um objeto. No emocional entra o componente afetivo e refere-se às emoções ou sentimentos ligados ao objeto da atitude. O componente da tendência à ação incorpora a disposição comportamental do indivíduo a responder ao objeto.

SUMMERS (1976) aponta alguns pontos que são consensuais entre os vários estudiosos que definiram esse constructo:

- a) uma atitude é uma predisposição a responder a um objeto social;
- b) a atitude é persistente (o que não significa que seja imutável);
- c) a atitude afeta de modo consistente o comportamento;
- d) a atitude tem um componente motivacional que dirige o comportamento.

Vejamos como esses aspectos figuram no conceito de vários autores.

Segundo RODRIGUES (1973) as atitudes sociais são variáveis intervenientes diretamente inferíveis das observáveis. Constituem uma organização cognitiva duradoura, envolvem um componente afetivo que se manifesta pró ou contra determinado objeto, e predispõem à ação em relação à ele. Assim, o conhecimento das atitudes permite predizer, prever o comportamento aberto e este permite inferir as atitudes.

Para ROKEACH (1981) a atitude é uma organização de crenças relativamente duradoura em torno de um objeto ou situação, que pode determinar o comportamento social. Cada crença possui componentes cognitivos, afetivos e comportamentais, e pode resultar em alguma resposta preferencial em relação ao objeto ou em relação à manutenção ou preservação da atitude em si mesma. Uma vez que o objeto de atitude deva ser encontrado em alguma situação na qual nós temos uma atitude, uma condição mínima para o comportamento social é a ativação de, pelo menos, duas atitudes que interajam entre si, uma referindo-se ao objeto de atitude e outra referindo-se à situação.

Conforme STRALTON e HAYES (1994) atitude é uma disposição mental mantida por um indivíduo, a qual afeta sua maneira de responder aos eventos e de organizar seus conhecimentos. Em geral considera-se que as atitudes apresentam três componentes ou dimensões essenciais: uma dimensão cognitiva, que compreende as crenças e racionalizações que explicam a manutenção da atitude; uma dimensão afetiva, referentes aos aspectos emocionais da atitude, como gostar ou não gostar e sentimentos de aversão ou afeição; e uma dimensão conativa, concernente ao grau de preparo do indivíduo para agir conforme a atitude que sustenta.

Para OSGOOD, SUCI e TANNEMBAUM (1957) o fato de as atitudes serem avaliativas determina que tenham duas dimensões. A primeira é a direção: elas podem assumir atributos antagônicos, como por exemplo, positivo-negativo, concordo-discordo, aceitação-rejeição. A segunda, é a intensidade: elas podem assumir diferentes

graus de intensidade, de opinião ou de atributos, onde haja concordância e aceitação de um atributo.

NERI e PAVARINI (2000) definem atitudes como entidades teóricas que podem ser indicadas por:

- a) auto-relatos sobre crenças, sentimentos e ações;
- b) realização de ações observáveis, de natureza verbal e verbal-motora em relação ao objeto;
- c) reações a estímulos relativamente estruturados ou a interpretação deles, quando dizem respeito ao objeto da atitude;
- d) reações fisiológicas típicas dos estados emocionais ao objeto da atitude ou a suas representações.

As autoras chamam a atenção para o fato que as relações entre esses elementos são complexas e que, como nem sempre há correspondência entre eles, nem sempre é possível fazer previsões precisas a partir de cada um isoladamente.

As atitudes decorrem da interação da pessoa com seu mundo interno e com seu ambiente social, são aprendidas por experiências diretas ou por experiências simbólicas.

Em virtude do reconhecimento do potencial orientador das atitudes vários pesquisadores interessaram-se por explorar essas disposições em pessoas, grupos e sociedades frente à velhice, tema reconhecidamente polêmico.

ATTITUDES EM RELAÇÃO À VELHICE

Os primeiros estudos sobre atitudes em relação à velhice datam de meados dos anos quarenta e focalizaram comparações entre culturas (NERI, 1991). O marco inicial dos estudos sobre atitudes em situações de trabalho e na família foi

representado pelos trabalhos de TUCKMAN e LORGE (1953) que levaram em consideração critérios etários e profissionais. Em artigo de revisão, NERI (1997) relata que tais trabalhos deram início ao estudo sistemático sobre o assunto, que se desdobrou em outras linhas de pesquisa focalizando a associação entre atitudes em relação à velhice e a idade, o gênero, o nível educacional e o nível de renda, em grandes e em pequenos grupos, em diferentes culturas e nações.

Entre 1950 e 1970 foi levantada uma quantidade considerável de dados empíricos, mas sem suficiente discussão das implicações ideológicas das pesquisas. Muitas investigações puseram em evidência as atitudes negativas enquanto outras mostraram atitudes positivas ou um misto de predisposições positivas e negativas. Dessa forma, contrariando o senso comum, não se pode dizer que a atitude predominante nos grupos analisados era de rejeição aos idosos e às temáticas da velhice (NERI, 1997), o que mostra que a questão é mais complexa do que parece à primeira vista.

Na década de 1970 começam a surgir considerações críticas sobre concepções apriorísticas nesse domínio as quais BUTLER (1969) classificava como preconceito científico (*ageism*) contra os idosos na sociedade e na pesquisa gerontológica, generalizações que não representavam a população como um todo. A Psicologia contribuiu para o enraizamento desse preconceito, porque historicamente discriminava a velhice como uma fase só de perdas e negava a possibilidade de continuidade e desenvolvimento até as idades mais avançadas (SCHAIE, 1993).

Sob influência da perspectiva *life-span*, que se estabeleceu entre 1970 e 1980, começaram a ser divulgados novos conceitos sobre as mudanças evolutivas que ocorrem na velhice. Segundo a perspectiva *life-span* aplicada ao envelhecimento, as mudanças são determinadas por eventos de várias naturezas, são multidimensionais, complexas, numerosas e interrelacionadas (BALTES, 1987). As várias possibilidades do envelhecimento refletem-se nas atitudes, como por exemplo, frente ao envelhecimento físico, às relações com o trabalho, aos aspectos psicossociais, à vida familiar, à rede de suporte afetivo e ao bem-estar subjetivo, entre outros temas que chamam a atenção de pessoas e grupos.

Estudos brasileiros são reveladores da variedade de possibilidades, quando o tema é atitude em relação à velhice.

O estudo de WAGNER e NERI (1985) refletiu a heterogeneidade das experiências de envelhecimento e da amplitude de informações sobre velhice na sociedade.

NERI (1991) publicou uma extensa pesquisa de levantamento feita em cidades das cinco regiões brasileiras, com 4300 brasileiros entre 13 e 45 anos. Os dados encontrados mostram que as atitudes em relação ao idoso são positivas e as expectativas em relação à própria velhice ainda mais positivas, independentemente da idade, do gênero, da escolaridade e da região de residência dos sujeitos. Foi observada uma tendência de avaliar positivamente os idosos que tendem a manter-se produtivos, ativos e envolvidos socialmente; e negativamente, a dependência, a doença e o afastamento social.

Analisando textos de literatura infantil, NOGUEIRA (1992) relata que o idoso é apresentado tanto de forma positiva, como saudável, feliz, generoso e sábio; quanto de forma negativa, como passivo, socialmente desvalorizado, desempenhando papéis insignificantes, pouco inteligente, infantilizado, despersonalizado, pouco integrado e retrógrado.

Investigando as crenças em relação à velhice de profissionais de educação e comparando-as com adultos frequentadores de Universidades de Terceira Idade, NERI (1995) relatou que as crenças foram em geral positivas nos dois grupos, mas que os sujeitos mais jovens e profissionais apresentaram crenças mais negativas que os mais velhos que frequentam Universidades da Terceira Idade.

Em outra pesquisa com adultos maduros e idosos participantes de Universidades de Terceira Idade, NERI (1996) encontrou dados semelhantes ao de pesquisas com sujeitos não idosos. Além disso, mostraram-se mais intensamente positivos que os grupos mais jovens, quanto às perspectivas de seu próprio envelhecimento.

Os dados da pesquisa realizada por RESENDE, QUEROZ e FREIRE (1997), com 80 funcionários de instituições de longa permanência para idosos, em seis cidades na região do Triângulo Mineiro, mostraram que os funcionários tenderam a apresentar atitudes positivas em relação à velhice e extremamente positivas em relação ao próprio envelhecimento.

Investigando concepções e expectativas de velhice em um grupo de imigrantes japoneses e sem descendentes no Brasil, PINTO (1997) encontrou que a velhice é traduzida como sabedoria, geratividade e integridade e que, em relação à própria velhice, os grupos apresentaram uma perspectiva positiva.

Em pesquisa realizada com 100 idosos, participantes de um programa educacional, SILVA, F. (1999) encontrou que 41,05% da amostra apresentava uma opinião positiva sobre o que é ser velho, 20% apresentava opiniões negativas e 38,95%, mostraram opiniões neutras.

A mesma variedade encontrada na literatura nacional é encontrada na literatura internacional.

Investigando a atitude de 71 crianças de nove e dez anos, NEWMAN, FAUX e LARIMER (1997) relataram que elas tendem a ter uma visão positiva dos velhos, mas sentimentos negativos sobre o próprio envelhecimento; identificam mudanças físicas do processo de envelhecimento mas não as percebem como negativas.

Em pesquisa com 31 estudantes universitários VALERI-GOLD (1996) verificou que 81% apresentaram uma visão positiva dos idosos e que 78% dos estudantes aceitam a velhice como parte da vida, vendo o envelhecimento como uma experiência positiva. A autora cita a pesquisa de DONORFIO (1991) com 162 alunos de primeiro grau, que encontrou que as crianças tendem a ter tanto atitudes positivas como negativas em relação ao velho e ao envelhecimento. No entanto as meninas apresentam sentimentos mais positivos que os meninos. Cita também a pesquisa de RALSTON (1985), com 790 estudantes de segundo grau, onde os dados revelam que geralmente eles apresentam atitudes positivas em relação aos velhos.

A atitude de 420 estudantes universitários, foi investigada por HAWKINS (1996), em relação a idosos de 65 a 74 anos, e de 75 a 99 anos e centenários. Os resultados do grupo como um todo não mostraram predominância de atitudes nem positivas e nem negativas e indicaram diferenças significativas de gênero. Os homens vêem as idosas mais negativamente que as mulheres, e também apresentaram uma visão mais negativa dos homens entre 65 e 74 anos do que as mulheres. Quanto mais velhos os idosos, mais negativa tendeu a ser a visão dos sujeitos.

GAETJENS (1997) pesquisou a percepção de alunos de um programa de mestrado em gerontologia em relação a diversidade etária entre seus colegas e relatou que alunos de todas as idades acham essa diversidade positiva e acreditam que este fato contribui para suas aprendizagens dentro e fora da sala de aula. As respostas sugeriram que alunos mais velhos na mesma turma servem como modelos de envelhecimento bem sucedido e que a abertura do programa para a diversidade etária deveria servir como exemplo do rumo que se deve seguir numa sociedade que está envelhecendo.

Em revisão de literatura, POLIZZI e STEITZ (1998) relatam que as mulheres geralmente apresentam atitudes mais positivas que os homens e que quanto mais velha a pessoa, melhor sua atitude frente a velhice. Sugerem também que a introdução do ensino de gerontologia no currículo escolar e a oportunidade de conhecer e de conviver com pessoas mais velhas promove atitudes mais positivas e aumenta o conhecimento sobre a velhice.

Em pesquisa com 14 alunos matriculados na disciplina massagem terapêutica, interessados em atuar como profissionais cuidadores na área da saúde, WARD, DUQUIN e STREETMAN (1998) verificaram que a atitude destes estudantes tornou-se marcadamente mais positiva em relação aos idosos. A experiência de tocar e massagear afetou positivamente a atitude em relação ao envelhecimento e ao cuidado de idosos.

As atitudes em relação à velhice refletem os conhecimentos do senso comum e os conhecimentos científicos disponíveis sobre essa fase da vida humana. Necessário se faz repetir que até os 60 anos entre leigos e profissionais predominou um

ponto de vista essencialmente negativo sobre a velhice. No entanto, sempre houve 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, vem crescendo o número de indivíduos e sociedades que investem numa velhice saudável ou que, pelo menos, reconhecem a necessidade de fazê-lo.

No Brasil, caracterizado como um país de jovens, o segmento populacional de pessoas com 65 anos e mais vem tendo seu peso relativo aumentado na população. As modificações na estrutura etária da população vem ocorrendo em consequência de mudanças associadas à diminuição das taxas de natalidade e de mortalidade e também ao aumento na longevidade dos brasileiros. A partir de 1980, o grupo de jovens com menos de 15 anos passou a pesar bem menos na população global e, ao mesmo tempo, aumentou o peso relativo do contingente com 60 anos ou mais. A proporção de pessoas com 60 anos ou mais anos de idade passou de 4,2% do total populacional, em 1960, para 5,1% em 1970, e 6,1% em 1980 (BERQUÓ, 1996).

Em 2000, os brasileiros com mais de 65 anos deveriam ser 5,1% da população e as previsões apontam que, em 20 anos, chegarão a 7,7% (BERQUÓ, 1999).

As predisposições e os comportamentos em relação ao velho são marcadas pela heterogeneidade e não há evidência suficiente que apoie a idéia de que preponderam atitudes negativas em relação à velhice e ao idoso na sociedade brasileira.

A visão negativa da velhice deve-se em parte à associação entre envelhecimento e perdas, mas é necessário e importante ressaltar que convivemos com uma realidade multifacetada e a visão negativa do idoso vem dando lugar a uma imagem positiva veiculada na mídia (DEBERT, 1997).

Os avanços científicos e sociais contribuíram de forma efetiva para que tenhamos um maior número de brasileiros idosos hoje, que estão envelhecendo bem. Em função disto, as pessoas idosas estão conseguindo maior atenção. O fato de esta parcela da população ter grande potencial consumidor, tem despertado o interesse de vários

setores da indústria, do comércio e de serviços, que se esforçam em atraí-los, descobrir suas motivações e gerar novas necessidades para eles. Os movimentos sociais criados em torno do processo de envelhecimento e os programas educacionais e sociais voltados à terceira idade têm estimulado a organização dos idosos, como categoria social que demanda melhores serviços. DEBERT (1997) diz que os programas oferecem um espaço para que a reformulação de padrões tradicionais de envelhecimento possam ser uma experiência coletiva. Participar deles ativamente significa viver intensamente uma nova etapa da vida, um momento propício para a exploração de identidades e para o surgimento de novas formas de auto expressão.

Segundo NOVAES (1995, p. 79), é preciso entender a velhice através da *“pluralidade de inscrições socioculturais, o que faz com que a representação social do idoso se diferencie nos diversos contextos e esteja sujeita a interferência de preconceitos e estereótipos sociais”*. Segundo a autora, a complexidade do mundo contemporâneo leva à necessidade de se preparar as pessoas para adotarem comportamentos compatíveis com as demandas sociais, desenvolvendo capacidades cognitivas, afetivas, criativas e de interação social.

Nesse sentido é importante desenvolver trabalhos que visem à educação para que as pessoas possam envelhecer utilizando ao máximo suas capacidades e que visem a desmistificar a velhice, desenvolvendo um sentido mais realista e atitudes positivas e que levem as pessoas a aceitarem melhor o envelhecimento, em vez de continuarem buscando fórmulas ilusórias de eterna juventude.

A VELHICE E O ENVELHECIMENTO

Não é fácil definir o que é ser velho, porque muitos fatores concorrem para determinar o processo de envelhecimento e a realidade da velhice. Cada sociedade determina com que idade as pessoas devem ser chamadas de velhas. A Organização

Mundial de Saúde – OMS – define como marco inicial da velhice a idade de 60 anos em países em desenvolvimento e 65 anos em países desenvolvidos.

ERIKSON (1998) define a velhice como sendo o estágio da vida onde os indivíduos devem tentar um equilíbrio entre a busca de integridade do ego e o senso de desespero, e que deste conflito deve emergir sabedoria, uma virtude comumente associada aos idosos.

Para SCHAIE e WILLIS (1996) a velhice é o último estágio da vida, no qual as pessoas preparam-se para o fim de sua existência física. Para eles os velhos podem ser atribuídos a três grupos etários:

- a) Velhos-jovens (*young-old*), pessoas com idade entre 60 e 75/80 anos, que se assemelham a adultos na meia idade e continuam ativos, mesmo que aposentados;
- b) Velhos (*old-old*), 75/80 a 90 anos, que apresentam mais fragilidade física, embora muitos continuem levando uma vida completa, através de suporte ambiental e pessoal;
- c) Velhos-velhos (*very-old* ou *oldest-old*), que são aqueles com mais de 90 anos, geralmente portadores de desvantagens físicas ou mentais e por isso requerem maior suporte físico e emocional dos semelhantes.

O envelhecimento é um processo adaptativo que depende da interação de fatores genéticos, biológicos e socioculturais. Para BALTES e BALTES (1990) são sete os pressupostos teóricos sobre a natureza do envelhecimento humano, que devem ser considerados quando se trabalha numa perspectiva *life-span*:

- a) Existem diferenças importantes entre envelhecimento normal (sem afecção biológica ou mental), ótimo (envelhecimento sob condições ideais) e patológico (caracterizado por doenças crônicas que tiveram início na vida adulta e por síndromes típicas da velhice, como por exemplo, a doença de Alzheimer);
- b) Há muita heterogeneidade (variabilidade);

- c) Há muita reserva latente;
- d) Há uma perda de envelhecimento próxima dos limites de reserva (busca por limites para plasticidade comportamental ou adaptabilidade);
- e) O funcionamento baseado no conhecimento especializado e na tecnologia podem compensar em funções intelectuais básicas que declinam com a idade;
- f) O equilíbrio entre ganhos e perdas evolutivas torna-se menos positivo;
- g) O *self* permanece resiliente na velhice e os mecanismos de auto-regulação da personalidade mantêm-se intactos.

Em revisão da literatura DE VITTA (2000) arrola as seguintes mudanças biológicas esperadas como parte do processo normal de envelhecimento:

Alterações fisiológicas:

- a) Cardiovasculares: há diminuição na capacidade do coração de aumentar o número e a força dos batimentos cardíacos quando submetidos ao esforço, diminuição da frequência cardíaca em repouso, aumento do colesterol e da resistência vascular, com conseqüente aumento da tensão arterial.
- b) Respiratórias: há uma diminuição da capacidade vital, da ventilação pulmonar e da elasticidade dos alvéolos.
- c) Sistema nervoso: há diminuição do número de neurônios, da velocidade de condução nervosa e da intensidade dos reflexos, das respostas motoras, do poder de reação e da capacidade de coordenação.
- d) Aparelho músculo-esquelético: ocorre perda da massa muscular, diminuição do número, comprimento e elasticidade das fibras musculares, perda da elasticidade dos tecidos conectivos (tendões e ligamentos) e da viscosidade dos fluídos sinoviais.

Alterações morfológicas:

- a) Modificações na postura – cabeça, ombros e pescoço inclinados ou dobrados para frente;
- b) A coluna torna-se cifótica, podendo apresentar acentuada curvatura externa;
- c) Os punhos, os joelhos e os quadris tendem à flexão.

O processo de envelhecimento pode ocasionar dificuldades na realização de atividades de vida diária, quando ocorrem 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.

ROGERS e col. (1998) descreveram as dificuldades encontradas por 59 idosos (idade média de 74,1 anos), em função do envelhecimento:

- a) Trinta e oito por cento relataram limitações motoras, relacionados principalmente com alterações na coordenação motora, equilíbrio e força, tais como: dificuldades no andar, curvar-se, subir e descer escadas, carregar ou levantar objetos pesados, dificuldade em abrir pequenas recipientes - particularmente de remédios, correção dos movimentos para prevenir quedas, entrar e sair de automóveis;
- b) Trinta por cento referiram-se a dificuldade em aprender algo novo, estranhar tarefas ou não saber como executá-las, como por exemplo: programar vídeo-cassete, sistemas residenciais de segurança e outros equipamentos eletrônicos, preencher formulários médicos, usar computadores e utensílios de cozinha mais sofisticados; porém, aprendizagens que haviam sido bem fixadas anteriormente permaneceram intactas. Relataram também limitações no funcionamento da memória, tais como: esquecer onde colocaram um objeto há pouco tempo, necessidade do uso de agendas telefônicas

hierarquicamente organizadas, esquecer panelas no fogo e queimá-las, dificuldades para lembrar de nomes e da lista de supermercados, de onde guardaram as coisas;

- c) Vinte e seis por cento relataram problemas quanto a limitações externas, não relacionadas a déficits físicos ou cognitivos tais como: medo de crimes, restrições financeiras, frustração quando alguma coisa estraga ou não funciona adequadamente (máquinas de lavar, secretária eletrônica, carro), medo da dependência ou de tornar-se cuidador(a), aborrecimento com amigos ou vizinhos e solidão.
- d) Três por cento relataram limitações visuais;
- e) Dois por cento acusaram limitações na saúde geral, limitando a execução de atividades instrumentais de vida diária;
- f) Um por cento tinham dificuldades auditivas.

Na velhice há um aumento da comorbidade, ou seja, a presença de uma ou mais doenças simultâneas torna-se mais freqüente; e há também um aumento da dependência de apoio familiar, por causa da incapacidade. Em pesquisa com 30 idosos institucionalizados (metade mulheres e metade homens), com idade entre 70 e 94 anos, PAULA (1999) verificou que os idosos com melhor mobilidade são os que tem menor idade, são do sexo masculino, têm melhor acuidade visual e auditiva e mais alto nível cognitivo. Há grande inter-variabilidade quanto à velocidade do declínio funcional, mas estima-se que ocorra uma perda da ordem de 1% ao ano, após os trinta anos de idade (PAPALÉO NETTO, 2000).

Em pesquisa sobre a relação entre deficiência e mortalidade, realizada com 1315 sujeitos com 65 anos ou mais, medindo as atividades básicas de vida diária, LAMARCA e col. (1999) verificaram que a capacidade funcional não mostrou o mesmo padrão de declínio em todos os idosos; 26% mostraram melhoria na capacidade funcional durante o estudo e nenhuma diferença entre os sexos foi encontrada. O risco de morte entre aqueles que eram mais dependentes diminuiu com a idade em ambos os

sexos. Entre as mulheres idosas, o risco relativo de morte diminuiu de 5, com 65 anos para 2.5, com 90 anos.

Envelhecimento não é sinônimo de dependência severa associada a elevado grau de incapacidade funcional. Estudos epidemiológicos realizados em diversos países apontaram que apenas 4% dos idosos com 65 anos ou mais apresentam incapacidade severa e alto grau de dependência, contra 20% que apresentam um leve grau de incapacidade. De acordo com as mesmas pesquisas, 13 % dos que têm entre 65 e 74 anos e 25% dos que estão entre 75 e 84 apresentam incapacidade moderada. Acima dos 85 anos, quando a sensibilidade à incapacidade é quatro a cinco vezes maior do que aos 65 anos, o percentual de portadores de incapacidade moderada sobe para 46% (GATZ, 1995).

No Brasil, os dados do Censo Demográfico de 1991 mostraram que, embora entre os idosos haja uma maior proporção de pessoas portadoras de deficiência do que entre o restante da população, essa não ultrapassou 4% (CAMARANO e GHAOURI, 1999).

A deficiência física resulta, antes de mais nada, de doenças crônicas e tem alta prevalência em idosas. Se há um aumento no número de doenças, há também um aumento no risco de diminuição na capacidade para execução das atividades de vida diária, básicas e instrumentais, bem como há diminuição na mobilidade (FRIED e col., 1999).

Segundo KEMPEN e col. (1999) é esperado que as limitações funcionais sejam fortemente relacionadas à deficiência entre pessoas mais velhas com baixos níveis de recursos psicológicos. Em pesquisa realizada com 624 pessoas relataram que as limitações funcionais afetaram o desempenho das atividades básicas de vida diária e das atividades instrumentais, mas afetam muito o funcionamento social.

Para AGREE (1999), há quatro maneiras pelas quais o indivíduo pode minimizar os efeitos das limitações funcionais e das incapacidades:

- a) Modificações no ambiente: mudando de residência ou modificando a estrutura arquitetônica;

- b) Modificações nas habilidades: através de reabilitação ou do uso de recursos tecnológicos;
- c) Compensação: chegar à sua meta por caminhos diferentes, substituindo os meios para realizar uma tarefa; pode envolver ajuda pessoal ou outros serviços da comunidade;
- d) Redefinição de papéis e mudança de comportamento: alterar expectativas sobre habilidades e realizações frequentemente envolve mudanças no desempenho, tais como sair menos ou dedicar mais tempo para realizar tarefas. Pode também significar eliminação de um papel, como por exemplo o profissional, por meio da aposentadoria.

A incapacidade para o desempenho de atividades de vida diária não significa necessariamente impedimento para a continuidade do funcionamento cognitivo e emocional. Tanto as pessoas portadoras de deficiência física como os idosos podem ativar mecanismos de adaptação para enfrentar perdas em funcionalidade, seja através de recursos tecnológicos e de apoios sociais e psicológicos, seja através do controle exercido sobre o comportamento de outras pessoas (NERI, 2000).

Envelhecer bem depende do equilíbrio entre as potencialidades e limitações do indivíduo, o qual permitirá que, com diferentes graus de eficácia, ele desenvolva mecanismos para lidar com as perdas do processo de envelhecimento e se adapte às desvantagens e incapacidades. Estas podem ocorrer na velhice, mas também em fases precedentes como ocorre com pessoas portadoras de deficiência física.

DEFICIÊNCIA FÍSICA: CONCEITOS E PRECONCEITOS

Segundo AMARAL (1992), a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - CORDE (1997), PAULA (1999) e AMIRALIAN e col. (2000) a OMS distingue entre deficiência, incapacidade e desvantagem:

Deficiência (impairment) é o termo relativo a qualquer perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica. A deficiência caracteriza-se por perdas ou alterações que podem ser temporárias ou permanentes e que incluem a existência ou ocorrência de uma anomalia, defeito ou perda de um membro, órgão, tecido ou outra estrutura do corpo, incluindo a função mental.

Incapacidade (disability) é o termo que reflete as conseqüências das deficiências em termos de desempenho e funcionalidade do indivíduo. As incapacidades correspondem a qualquer redução, restrição ou falta (resultante de uma deficiência) de capacidade para exercer atividade da forma considerada normal para o ser humano, ou seja, a dificuldade em realizar tarefas específicas.

A incapacidade caracteriza-se por excesso ou insuficiências no comportamento ou no desempenho de uma atividade que se tem por comum ou normal. Estas perturbações podem ser temporárias ou permanentes, reversíveis ou irreversíveis e progressivas ou regressivas.

A incapacidade pode surgir como conseqüência direta da deficiência ou como resposta do indivíduo - sobretudo psicológica - às deficiências físicas, sensoriais ou outras. A incapacidade representa a objetivação de uma deficiência e, como tal, pode refletir-se em limitações de ordem pessoal, no âmbito das atividades instrumentais de vida diária e das atividades de autocuidado.

A *desvantagem (handicap)* é conseqüente à uma deficiência ou à incapacidade que limita ou impede o desempenho de uma atividade considerada normal para um indivíduo, em função de sua idade e sexo e de fatores socioculturais. A desvantagem ocorre em função da relação entre as pessoas com deficiência e seu ambiente e se produz quando estas pessoas enfrentam barreiras culturais, físicas ou sociais que lhes impedem o acesso aos diversos sistemas da sociedade, que estão à disposição dos demais cidadãos. A desvantagem é, portanto, a perda ou limitação das oportunidades de participar da vida em comunidade, em igualdade de condições com as demais pessoas.

RIBAS (1997) diz que a literatura médica relata a existência de três tipos de deficiência: a) deficiência física de origem motora: amputações, malformações ou seqüelas de vários tipos; b) deficiência sensorial: auditivas (surdez total ou parcial) e visuais (cegueira total ou parcial) e c) deficiências mentais de vários graus, e de origem pré, peri ou pós-natal. Os textos clínicos dividem quanto à origem das deficiências em a) peri-natais, que incluem as congênitas (malformações por doença da mãe ou do feto e distúrbios genéticos) e b) peri e pós-natais, que são adquiridas, como por exemplo as paralisias cerebrais.

Para AGREE (1999), a deficiência pode ser socialmente definida, sendo o produto do descompasso entre a limitação funcional que o indivíduo experiencia, as demandas ambientais e suas próprias expectativas em relação a execução das atividades de vida diária.

Segundo a CORDE (1996a, p.7) a deficiência física “*traduz-se como alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, tendo como consequência o comprometimento da função motora.*” Apresenta-se sob diversas formas, dentre as quais:

- a) Perda total ou parcial das funções motoras do(s) membro(s) inferior(es) e/ou superior(es) (paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraparesia, triplegia, triparesia).
- b) Perda total ou parcial das funções motoras de um hemisfério do corpo - direito ou esquerdo (hemiplegia, hemiparesia).
- c) Perda total de um determinado segmento de um membro superior ou inferior (amputação).
- d) Lesão de uma ou mais áreas do sistema nervoso central tendo como consequência alterações psicomotoras, podendo ou não causar deficiência mental (paralisia cerebral).

De acordo com a Organização das Nações Unidas - ONU - calcula-se que 10% da população mundial é portadora de algum tipo de deficiência, congênita ou

adquirida, seja ela física, sensorial ou mental. Este número é estimado em 450 milhões de pessoas, sendo que aproximadamente 15 milhões destas são brasileiras. Do total de portadores de deficiência estimado pela ONU temos a seguinte distribuição:

Tabela 1 - Estimativas da ONU sobre a porcentagem de pessoas portadoras de deficiência nas populações*

Deficiência mental	5,0%
Deficiência física	2,0%
Deficiência auditiva	1,5%
Deficiência visual	0,5%
Deficiência múltipla	1,0%

**Apud* CORDE (1996b)

Estima-se que a proporção de portadores de deficiência seja da ordem de 25 % da população total nos países em desenvolvimento e de 10% nos desenvolvidos. Dados divergentes dos estimados pela ONU, são relatados por CHAGAS (1999), que diz que no Brasil, no Censo Demográfico de 1991, existiam 1,7 milhão de pessoas portadoras de deficiência, o que representa 1,14% da população total, distribuídas da seguinte forma: pessoas portadoras de deficiência mental (39,5%), seguidas pelas portadoras de deficiências motoras (36,1%), sensoriais – auditivas (10,4%) e visuais (8,8%) –, e mais de uma (5,2%).

Não se pode afirmar que estes dados são fidedignos. Essa estimativa consideravelmente inferior a todas as outras disponíveis pode ser consequência das dificuldades de reconhecimento e classificação das deficiências por parte do entrevistado e do entrevistador (CHAGAS, 1999). No Brasil, ainda não foi feita uma contagem rigorosa destas pessoas (*Homepage CEDIPOD*). Por isso, estes dados são aproximados. Devido à falta de dados mais precisos a maioria dos documentos produzidos pelo Estado brasileiro tem utilizado o índice de 10% como base de elaboração de suas políticas para

este setor (CARMO, 1991). Espera-se que a partir do Censo 2000 (dados ainda não disponíveis) os dados sejam mais compatíveis com a realidade.

Embora o uso de categorizações para os portadores de deficiência possa ser entendida como forma de estigmatizar, não há *como* nem *porque* deixá-las de lado, uma vez que podem ajudar a compreender os problemas inerentes a grupos de pessoas portadoras de diferentes deficiências. Além disso, uma forma privilegiada de um grupo social conseguir que suas demandas sejam vistas e reconhecidas pela comunidade é através de suas mobilizações enquanto categoria. Tais mobilizações legitimam os direitos ao atendimento de suas necessidades por meio de políticas públicas, implementadas pelos setores públicos e privado. Para tanto é necessário que assumam uma identidade e nesse sentido as categorizações podem ser úteis.

As pessoas portadoras de deficiência, entre elas a física, precisam de recursos pessoais para enfrentar os preconceitos e estereótipos existentes na sociedade. MONTANARI (1999) relata que o portador de deficiência física ainda é objeto de discriminação e preconceito, em função de que o ser diferente significar sobressair de forma negativa no meio da multidão, criando tensões e gerando preconceitos.

Segundo FERRER e GREGG (1998) as imagens descritas na literatura, em filmes, em fotografias e mesmo na Bíblia, usam a deficiência como metáfora para descrever temas como morte, tragédia, esforço, e fragilidade.

DIAS (1994) diz que a pessoa que não é aceita pode ter dificuldades para se aceitar e, conseqüentemente, para aceitar o seu semelhante, e que este sentimento pode se prolongar por toda a vida. Complementa dizendo que a pessoa pode tornar-se depressiva desde a infância, mas é a partir dos 40 anos que os estados depressivos se agravam.

Já o sentimento de aceitação gera estima, confiança e segurança em si e nos outros. Geralmente não é esperado que crianças com deficiência se dêem bem na vida, mas há um número surpreendente destas pessoas que se aceitam, e que apesar das limitações impostas pela deficiência, se dão bem na idade adulta.

Apesar de haver um alto índice de desemprego entre as pessoas portadoras de deficiência física, NORDSTROM, HUFFAKER e WILLIAMS (1998) relatam que 34,6% destas pessoas, em idade adulta, estão empregadas nos Estados Unidos.

ROWE e KAHN (1998) citam o exemplo de Franklin Roosevelt que independentemente de conviver com as seqüelas da poliomielite, foi um dos maiores presidentes dos Estados Unidos. Citam Stephen Hawking, considerado um dos maiores físicos do século XX, que é portador de esclerose amiotrófica lateral (Doença de Lou Gehrig). Ele disse, numa entrevista, que apesar de depender de uma cadeira de rodas e outros aparatos tecnológicos sua mente é livre para explorar os limites do universo.

WRIGHT (1960 *apud* BUSCAGLIA, 1993) afirma que uma característica física somente se torna uma incapacidade física quando se transforma numa barreira significativa à execução de certos objetivos, ou seja, para cada indivíduo uma deficiência física pode ou não representar uma incapacidade física.

As barreiras sociais e as atitudes podem segregar mais que as limitações físicas. AMARAL (1991, 1992) e SILVA, A. (1999) corroboram este pensamento quando falam da complexidade das barreiras psicossociais e de como leis são insuficientes para derrubá-las. Há questões de preconceitos, estereótipos e estigmas que escapam à abrangência da legislação. ARAÚJO (1997) ressalta que é importante lembrar que as dificuldades sociais enfrentadas pelas pessoas portadoras de deficiência física, não raro, são acarretadas pelas deficiências da sociedade em atender e aceitar suas necessidades específicas. Uma das grandes lutas das pessoas portadoras de deficiência física é justamente poder ser diferente, sem estar em desvantagem.

No Brasil, considerado por CHAÚÍ (1994) como uma sociedade autoritária, na qual as diferenças econômicas, étnicas, de gênero são percebidas como desigualdades, e visto por HOBBSAWN (1995) como um monumento de injustiça social decorrentes de grandes desigualdades econômicas e sociais, é muito incipiente o sentido de relações igualitárias e a garantia de direitos que contemplem à diferença (KAUCHAKJE, 1999).

De fato, o respeito ao cidadão, portador ou não portador de deficiência física, depende do desenvolvimento cultural e econômico e dos recursos e oportunidades sociais existentes em cada nação.

BERGER (1999) afirma que grande parte das pessoas que não são portadoras de deficiência física possuem atitudes discriminatórias e inferiorizantes para com os portadores de deficiência física. Este fato pode ser visto no dia-a-dia, e parece ser decorrente da dificuldade de muitas pessoas conviverem com a diferença, principalmente as que podem vir a afetar a qualquer um em decorrência de um acidente ou doença inesperada.

WRIGHT (1988) relata que há preconceitos, atitudes e expectativas negativos nas pessoas em geral e nos profissionais da saúde em relação às pessoas com deficiência. KATZ, HASS e BAILEY (1988) e GEORGES (1997) dizem que muitas pessoas agem com ambivalência ou não apoiam pessoas portadoras de deficiência.

BEATTIE, ANDERSON e ANTONAK (1997) relatam que as atitudes de educadores em relação à alunos portadores de deficiência são complexas e multidimensionais. No entanto quando existe um preparo destes educadores, através de cursos que enfoquem a questão da deficiência e da atuação de professores portadores de deficiência física competentes, as atitudes destas pessoas tendem a tornarem-se mais favoráveis. Professores bem preparados para lidar com alunos portadores de deficiência demonstram atitudes mais positivas à integração destes estudantes em classes regulares.

Através de estudo comparativo, LYS e PERNICE (1995) verificaram que as pessoas em geral e os profissionais da reabilitação tinham atitudes menos positivas em relação a pessoas com deficiências, do que pessoas portadoras de lesão medular. Em estudos realizados por BERROL (1984) e BRILLHART, JAY e WYERS (1990) as pessoas portadoras de deficiência apresentaram significativamente atitudes mais positivas com relação à outros portadores de deficiência, na vontade de interagir com eles, do que pessoas não portadoras de deficiência.

MITCHELL, ZHOU e WATTS (1993), GRAYSON e MARINI (1996) e MARAS e BROWN (1996) afirmaram que as atitudes negativas, as ambivalências e a

distância social percebida, são minimizados quando existe contato mais próximo com pessoas portadoras de deficiência e quando existe conhecimento de suas expectativas frente à vida.

Segundo ALBRECHT e DEVLIEGER (1999) as atitudes das pessoas portadoras de deficiência estão intimamente ligadas à percepção sobre sua qualidade de vida, entendida como noção geral de bem-estar. Em sua pesquisa com 153 pessoas portadoras de deficiência, 54,3% dos participantes responderam ter excelente ou ótima qualidade de vida e que portanto tinham uma atitude positiva frente à deficiência física. Dentre os fatores que contribuíram para a percepção positiva estão os seguintes:

- a) Apesar de serem portadores de deficiência e de conviverem com algumas limitações físicas e/ou mentais, eles continuavam tendo controle sobre o corpo, a mente e a vida;
- b) Referiram-se também a capacidade para dirigir automóveis; outros falaram na aparência física *versus* desempenho (um portador de paralisia cerebral relatou que embora para algumas pessoas sua aparência causasse incômodo, ele continuava capaz de realizar tarefas);
- c) Mencionaram seus sentimentos, a maturidade que adquiriram e satisfação em dar suporte emocional à outras pessoas;
- d) Mencionaram a importância da fé e a redescoberta da espiritualidade dando-lhes força, direção e sentido na vida;
- e) A experiência da deficiência serviu para esclarecer e reorientar a vida de vários sujeitos; 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 na vida;

- f) Enquanto a deficiência foi para alguns uma fonte de valores e metas, para outros proporcionou ímpeto para crescimento psicológico, oportunidade para mudar e amadurecer;
- g) Para alguns a deficiência apresentou um novo padrão contra o qual o senso de realização é medido. Qualidade de vida para essas pessoas é quando lidam bem com a deficiência, quando direcionam suas capacidades para se dar bem.
- h) Explicaram o bem-estar em termos de reconhecerem suas limitações, terem controle sobre suas mentes e corpos; serem capazes de executar suas funções; terem acesso e oportunidade 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.

Os seguintes fatores levaram 45% dos participantes a responder que têm uma qualidade de vida pobre ou moderada:

- a) Experiências de dor física;
- b) Cansaço contínuo e senso de falta de esperança;
- c) Perda do controle corporal ou mental;
- d) Falta de propósito, valores ou alguma forma de espiritualidade.

As pessoas que mantêm um senso de equilíbrio entre mente, corpo e espírito, parecem estar mais propensas a viver melhor, e conseqüentemente ter atitudes mais positivas em relação à vida e às pessoas, portadoras ou não de deficiência física.

Embora a deficiência, tal como velhice, seja um fenômeno de muitas faces, e embora apresente um lado positivo para as pessoas que convivem com ela, parece que o que as pessoas temem, de modo particular, é a dependência gerada pela incapacidade, ocorrendo em qualquer idade. Este é o tema do nosso próximo tópico.

ENVELHECIMENTO E DEFICIÊNCIA FÍSICA: CONDIÇÕES QUE PODEM INSPIRAR PRECONCEITOS E ATITUDES NEGATIVAS

Há semelhança entre as atitudes em relação às pessoas portadoras de deficiência física e as atitudes para com os idosos. Nas culturas primitivas ambos eram tidos como um peso para a sociedade; eram abandonados por um considerável número de tribos nômades, que sobreviviam basicamente da caça e da pesca (CARMO, 1991). Citando trabalhos sobre as tribos Guayaki e Siriono, SEEGER (1980) relata que os velhos e doentes que não podiam seguir o grupo eram abandonados para morrer. Há controvérsias quanto à veracidade deste fato e muitos antropólogos acham que é uma história fictícia para simbolizar a perda de status e a necessidade de cuidados aos idosos. No entanto, há evidências de que até hoje, crianças que nascem com deficiência são abandonados por seus pais, assim como idosos dependentes são abandonados pelas famílias.

Todavia, há ocorrência de avanços nas atitudes da sociedade para estas questões. Na deficiência e no envelhecimento, há uma escala que vai da rejeição e da segregação à integração e inclusão. No Brasil este é um novo ponto de vista, que se fortaleceu com a promulgação da Constituição Federal em 1988, em que se fala em direitos humanos, citando a mulher, a criança, o índio, o negro, o idoso e a pessoa portadora de deficiência como exemplos privilegiados de diferentes que merecem respeito e as mesmas oportunidades dadas aos tidos como normais. Entretanto, ocorrem ainda confinamento e institucionalização, juntamente, com políticas de inclusão, de eliminação de barreiras arquitetônicas e de equiparação de oportunidades para o convívio pleno das pessoas portadoras de deficiência física na sociedade. Muitos vêm se organizando em movimentos sociais, que chamam a atenção da sociedade para a necessidade de atenção a questão através de políticas públicas apropriadas.

Há um número crescente de pessoas portadoras de deficiência física, que estão envelhecendo, algumas em situação de extrema vulnerabilidade. Acreditamos que se conhecermos o que elas pensam acerca da velhice e do seu próprio envelhecer poderemos contribuir para a sua preparação para um envelhecimento saudável, com mais qualidade de vida. A divulgação dos resultados da pesquisa poderá ter um caráter pedagógico para a sociedade, sobre os aspectos singulares do envelhecimento de pessoas portadoras de deficiência física.

Ao planejar um estudo sobre atitudes de pessoas portadoras de deficiência física em relação à velhice e à deficiência física estamos focalizando um campo inexplorado no Brasil e pouco testado na literatura internacional. Acreditamos que o conhecimento que for gerado contribuirá para a compreensão de mecanismos de auto-regulação do *self* e das atitudes em relação aos dois objetos sociais que são alvo de nosso interesse.

As questões orientadoras foram as seguintes: 1^a) Quais são as atitudes em relação aos idosos em pessoas portadoras de deficiência física? 2^a) Quais as expectativas de velhice em indivíduos não idosos portadores de deficiência física? 3^a) Há relações entre as atitudes em relação a essas duas categorias?

As questões refletem-se nos seguintes objetivos:

OBJETIVOS

- a) Verificar a atitude de pessoas portadoras de deficiência física em relação: a) ao idoso; b) a própria velhice; c) ao portador de deficiência física.
- b) Averiguar qual a relação entre a atitude de pessoas portadoras de deficiência física acerca do idoso e da própria velhice.

- c) Reconhecer a relação existente entre as atitudes de pessoas portadoras de deficiência física em relação ao idoso e ao portador de deficiência física.
- d) Analisar a relação existente entre as atitudes de pessoas portadoras de deficiência física em relação à velhice pessoal e ao portador de deficiência física.

MÉTODO

SUJEITOS

Participaram deste estudo, 242 pessoas portadoras de deficiência física, associados da APARU - Associação dos Paraplégicos de Uberlândia, que há 19 anos atua em favor dos direitos das pessoas portadoras de deficiência física, nos âmbitos legal, educacional e social, atualmente conta com 4000 associados. A participação foi voluntária a partir de convite feito aos freqüentadores de reuniões mensais da Associação que tivessem entre 24 e 39 anos e fossem alfabetizados.

Fizeram parte da amostra 65,3% mulheres e 34,7% homens, com idade média de 32,17 anos e desvio padrão de 4,42 anos, que compareceram às reuniões no mês de Janeiro de 2000.

Na Tabela 2 apresentamos dados sobre o estado civil dos sujeitos. Havia um número maior de casados e um pequeno número de viúvos, em virtude da idade dos sujeitos. Também por esse motivo o número de solteiros foi próximo ao de casados.

Tabela 2: Distribuição proporcional dos sujeitos por estado civil

ESTADO CIVIL	PORCENTAGEM
Casados	47,5%
Solteiros	37,2%
Separados	11,2%
Viúvos	1,2%
Sem informação	2,9%

A escolaridade dos sujeitos está representada na Tabela 3, que informa que 52,9% tinham até oito anos de escolaridade e 35,1% entre 9 e 11, ao passo que 7% havia chegado ao curso superior.

Tabela 3: Distribuição proporcional dos sujeitos por nível de escolaridade

ESCOLARIDADE	PORCENTAGEM
1º incompleto	43,0%
1º completo	9,9%
2º completo	21,9%
2º incompleto	13,2%
Superior completo	4,1%
Superior incompleto	5,8%
Pós-graduação	1,2%
Não responderam	0,8%

A renda familiar destas pessoas está descrita na Tabela 4, permite saber que a grande maioria tem renda baixa.

Tabela 4: Distribuição proporcional dos sujeitos por renda familiar

RENDA FAMILIAR	PORCENTAGEM
1 a 3 salários mínimos	73,6%
3 a 5 salários mínimos	18,2%
Maior que 5 salários mínimos	5,4%
Não responderam.	2,9%

Destas pessoas 55,8% trabalham e 21,9% estão aposentados. As ocupações relatadas pelos sujeitos estão descritas na Tabela 5. A categorização das ocupações, das pessoas que trabalham, seguem os critérios propostos por JANUZZI (1998).

Tabela 5: Distribuição percentual das ocupações relatadas pelos sujeitos

Ocupação	Porcentagem
Ocupações manuais de baixa qualificação ligada à construção civil ou prestação de serviços	46,0%
Ocupações no comércio na condição de empregado	23,7%
Ocupações no comércio na condição de conta própria;	5,18%
Ocupações de apoio administrativo	4,5%
Ocupações de natureza técnico-administrativas	3,7%
Ocupações técnicas ligadas à saúde	3,7%
Ocupações ligadas à atividade de ensino básico público e privado	3,7%
Ocupações de baixa qualificação ligadas à segurança	1,5%
Ocupações técnicas de nível médio ligadas à produção	1,5%
Ocupação de natureza gerencial	0,7%
Proprietário de fazenda	0,7%
Ocupação ligada à prestação de serviços à comunidade	0,7%
Ocupações manuais de maior qualificação na indústria mais dinâmica	0,7%
Profissional universitário autônomo	0,7%
Não responderam	3,0%

Com relação à origem da deficiência, 6,4% são portadores de deficiência física congênita, dentre estes três pessoas, 1,2%, adquiriram também outro tipo de

deficiência física e 92,4% apresentaram deficiência física adquirida. A Tabela 6 mostra como a deficiência foi adquirida.

Tabela 6: Distribuição proporcional dos sujeitos, segundo a forma como a deficiência foi adquirida.

DEFICIÊNCIA	PORCENTAGEM
Congênita	6,4%
Congênita e Adquirida	1,2%
Adquirida por Acidente	29,1%
Adquirida por Doença:	60,2%
DORT (Distúrbios ósteo-musculares relacionados ao trabalho)	25,6%
Poliomielite	21,4%
Outras	13,2%
Adquirida por Tiro	0,0%
Não responderam	3,1%

Dos sujeitos, 36,0% utilizam auxílio ortopédico, tais como cadeira de rodas, muletas, bengalas, aparelhos ortopédicos, entre outros. Algumas pessoas usam mais de um tipo de auxílio ortopédico.

Dentre os sujeitos, 5,0% tornaram-se portadores de deficiência física há menos de um ano; 42,6% nos últimos 5 anos; 10,7% de 6 a 10 anos atrás; 5,8% há mais de 10 anos; 14,6% há mais de vinte anos; 11,8% há mais de 30 anos e 9,5% não informaram. Portanto, 32,2% dos participantes convivem com a deficiência física há mais de 10 anos.

A Tabela 7 descreve a idade em que as pessoas se tornaram portadoras de deficiência física. Cerca de um quarto da amostra viveram esse evento nos dois primeiros anos de vida e cerca da metade na vida adulta.

Tabela 7: Distribuição proporcional por idade em que os sujeitos se tornaram portadores de deficiência física

IDADE	PORCENTAGEM
0 a 2 anos	27,3%
2 a 6 anos	3,7%
6 a 12 anos	3,3%
12 a 20 anos	5,0%
Mais de 20 anos	26,0%
Mais de 30 anos	25,2%
Não responderam	9,5%

O Índice de Barthel foi usado para avaliar o grau de dependência desses sujeitos. Numa escala de 0 a 100, 100 é a pontuação máxima e indica independência total para as atividades básicas de auto-cuidado e 45 é a nota de corte, a partir da qual a pessoa é considerada dependente. Entre os sujeitos, 54,5% obtiveram 100 pontos, 31% entre 85 e 95 pontos e 10% pontuaram entre 60 e 80 pontos. Abaixo de 45 pontos estiveram apenas 4,5%, o que indica que a grande maioria dos participantes era totalmente independente para as atividades básicas de vida diária, ou seja, dispunham de apoios para desempenhá-las.

INSTRUMENTOS

A pesquisa envolveu a utilização de quatro instrumentos: um questionário para levantar dados sobre os sujeitos, o Índice de Barthel, três escalas diferencial semântica avaliando os conceitos “o idoso é” e “quando eu ficar velho eu serei”, e “o portador de deficiência física é”.

a) Questionário informativo sobre os sujeitos (Anexo I)

Foi composto por itens abertos, fechados e mistos que solicitavam informações sobre: dados pessoais (idade, estado civil, renda familiar, ocupação, se trabalha ou é aposentado) e dados sobre a deficiência (nome da deficiência, se é congênita ou adquirida, idade em que se tornou portador de deficiência e se utiliza auxílio ortopédico).

b) Escala para avaliação de atitudes em relação ao idoso e à velhice pessoal (Anexo III)

Utilizada para avaliar atitudes em relação à velhice, é composta por 30 pares de adjetivos com significados opostos pertencentes aos seguintes domínios:

- a) **Cognição:** itens referentes à capacidade de processamento da informação e de solução de problemas, com reflexos sobre a adaptação social;
- b) **Agência:** itens referem-se à autonomia e à instrumentalidade;
- c) **Relacionamento social:** itens relativos aos aspectos afetivo-emocionais, que se refletem na interação social;
- d) **Persona:** itens que dizem respeito à imagem social e refletem os estereótipos sociais mais utilizados para designar os idosos.

A escala avalia os conceitos “O idoso é” e “Quando eu ficar velho eu serei”, foi criada e utilizada por NERI (1991; 1995; 1997). No quadro 1, é apresentado o conteúdo desse instrumento.

Quadro 1 - Categorias de Atributos da Escala para Avaliação de Atitudes em Relação ao Idoso. (*) (**) e (***)

COGNIÇÃO	AGÊNCIA	RELACIONAMENTO SOCIAL	PERSONA
1. Sábio-tolo	6. Entusiasmado-deprimido*	2. Construtivo-destrutivo*	4. Aceito-rejeitado*
21. Claro-confuso*	11. Saudável-doentio*	3. Bem/mal humorado	7. Integrado-isolado*
23. Preciso-impreciso*	13. Ativo-passivo	5. Confiante-desconfiado*	8. Atualizado-ultrapassado*
24. Seguro-inseguro*	16. Esperançoso-desesperado	12. Cordial-hostil	9. Valorizado-desvalorizado
25. Concentrado-distraído	18. Independente-dependente*	15. Interessado/desinteressado pelas pessoas*	10. Agradável-desagradável
26. Rápido-lento	19. Produtivo-improdutivo	17. Generoso-mesquinho*	20. Progressista-retrógrado
27. Flexível-rígido		22. Condescendente-crítico	14. Sociável-introvertido
28. Criativo-convencional			
29. Persistente-inconstante			
30. Alerta-embotado*			

(*) Conceito "O idoso é"

(**) Os numerais à esquerda dos itens indicam sua ordem de aparecimento no instrumento. Os asteriscos indicam que o item deve ser invertido para aplicação.

(***) Os sujeitos são convidados a responder por escrito assinalando o ponto correspondente à sua avaliação, item a item, numa escala de sete pontos ancorada pelos dois adjetivos opostos.

c) *Escala* (Anexo III): "o portador de deficiência física é", esta escala foi composta pelos mesmos itens que avaliaram os conceitos, idoso e velhice pessoal.

d) Índice Barthel para avaliação de independência no desempenho de atividades de vida diária (Anexo II)

Trata-se de instrumento para avaliar a capacidade funcional. Estuda dez itens das atividades de vida diária: alimentação, banho, asseio pessoal, vestir-se e despir-se, transferências, uso do sanitário, deambulação (ou utilização de cadeira de rodas pelos que não andam), subir e descer escadas, controle do esfíncter anal e do vesical. Foi criado por MAHONEY e BARTHEL (1965), amplamente estudado e difundido segundo CARRILO, GARCIA e BLANCO (1994) e é largamente utilizado na pesquisa na área da saúde. O Índice de Barthel não avalia as atividades instrumentais, portanto os indivíduos com pontuação máxima não são obrigatoriamente capazes de viver sozinhos e sem ajuda. A marca de 60 é o ponto de inflexão, a partir do qual há uma alta probabilidade do indivíduo continuar vivendo na comunidade. Abaixo de 40 considera-se que existe uma importante dependência e, valores menores ou iguais a 20 estão correlacionados com um aumento na mortalidade. A escala é ordinal, com magnitudes distintas para cada item. Os itens banho e asseio pessoal são pontuados com 0 ou 5, as transferências e deambulação com 0, 5, 10 ou 15, e os demais com 0, 5 ou 10. A pontuação total varia de 0 a 100, sendo que o indivíduo que atinge 100 pontos é considerado totalmente independente nas atividades básicas de vida diária e o que pontua em 0 é totalmente dependente. Os valores globais não podem ser utilizados em operações aritméticas e análises estatísticas diretas.

AMBIENTE

A pesquisa foi realizada nas instalações da APARU, durante as reuniões mensais, onde os participantes são agrupados em faixas que abrangem cinco anos, por ordem de nascimento, a partir dos nascidos em 1930.

PROCEDIMENTO

Seis alunos do curso de graduação em Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia e quatro profissionais (uma psicóloga, uma advogada, um historiador e uma socióloga – os três últimos fazem parte da diretoria da APARU) atuaram como auxiliares de pesquisa, foram treinados para aplicação dos instrumentos, dando instruções padronizadas, acompanhando o preenchimento e auxiliando os sujeitos que tinham dificuldades motoras para escrever.

Após autorização da diretoria da APARU para realização da pesquisa na instituição, fomos às reuniões previamente agendadas com os associados, convidando-os a participar da pesquisa.

Antes de iniciar a aplicação, foram explicitados aos participantes os objetivos do estudo, o formato dos instrumentos e a maneira de preenchê-los. Foi acentuado o caráter voluntário da participação e o respeito à confidencialidade dos dados individuais dos participantes. Os protocolos de pesquisa foram preenchidos pelos próprios sujeitos, exceto em casos em que havia dificuldade motora para escrever, quando era solicitada a ajuda de um colaborador. Nestes casos os aplicadores liam as afirmações e anotavam as respostas.

Os instrumentos foram apresentados aos sujeitos na seguinte seqüência:

- a) Questionário informativo
- b) Índice Barthel
- c) Escala “O idoso é”
- d) Escala “Quando eu ficar velho eu serei”
- e) Escala “O portador de deficiência física é”

RESULTADOS

Os dados foram submetidos a análises descritivas univariadas e a testes não-paramétricos, que eram os que mais se adequavam às características da amostra e à distribuição dos dados. As provas adotadas foram U de *Mann-Whitney*, *Kruskal-Wallis* e a correlação de postos de *Spearman*. O primeiro testa a significância estatística das diferenças entre as médias de duas distribuições e o segundo, entre três ou mais. O terceiro testa o grau de relação monotônica entre duas variáveis ordenadas por postos, ou seja, medidas numa escala ordinal. O nível de significância estatística adotado para todas as provas foi de 5% ($p \leq 0,05$). (VOGT, 1993).

Os resultados serão apresentados na seguinte seqüência:

- a) Atitudes dos sujeitos em relação ao idoso, à velhice pessoal e ao portador de deficiência física;
- b) Relações entre as respostas aos conceitos “O idoso é” e “Quando eu ficar velho eu serei”;
- c) Relações entre as atitudes em relação ao idoso e ao portador de deficiência física;
- d) Relações entre as atitudes em relação à velhice pessoal e ao portador de deficiência física.

CONCEITO “O IDOSO É”

Foi calculada a média das pontuações apresentadas pela amostra nos itens da escala avaliando o conceito “O idoso é”. Resultou o valor de 3,76, com um desvio padrão de 0,37, valores que indicam que as respostas foram, em geral, positivas. Procedeu-se da mesma forma quanto aos itens pertencentes a cada domínio da escala. Os dados são apresentados na Figura 1.

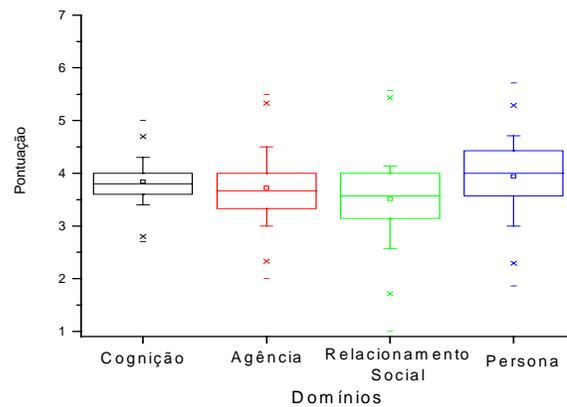


Figura 1 – Distribuição dos valores, médias e variabilidade de valores obtidos para os domínios da escala “O idoso é”.

No domínio cognição foi encontrada uma média de 3,84, com um desvio padrão de 0,38. Os adjetivos positivos com pontuação mais elevada neste domínio foram: *sábio* (83,1%), *persistente* (66,6%), *rápido* (52,5%), *criativo* (50,5%). Os adjetivos negativos com pontuação mais elevada foram *impreciso* (67,3%) e *embotado* (59,1%).

A seguir serão apresentadas figuras contendo a distribuição percentual das respostas por item da escala. Uma análise preliminar sobre a variabilidade das respostas às três escalas mostrou que era viável tratar os pontos 1, 2 e 3 em conjunto como positivos, 4 como neutro e os pontos 5, 6 e 7 como negativos. Por isso, esse raciocínio norteou o tratamento dos dados das três escalas.

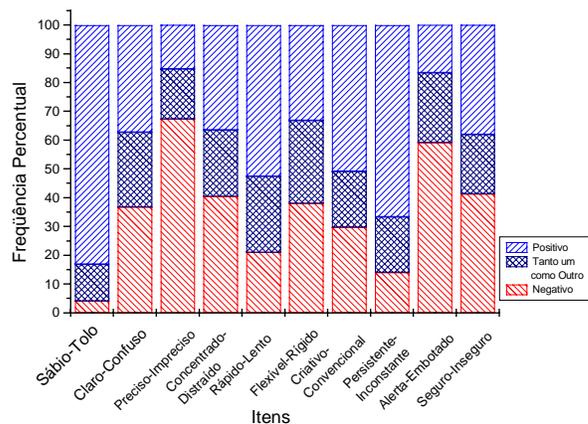


Figura 2 – Frequências percentuais de respostas positivas, negativas e neutras no domínio cognição para o conceito “O idoso é”.

No domínio agência a média foi de 3,72, com um desvio padrão de 0,62; dentre estes os adjetivos positivos com pontuação mais elevada foram: *ativo* (59,5%), *esperançoso* (57,9%), *produtivo* (55,3%) e o adjetivo negativo com maior pontuação foi *dependente* (48,0%).

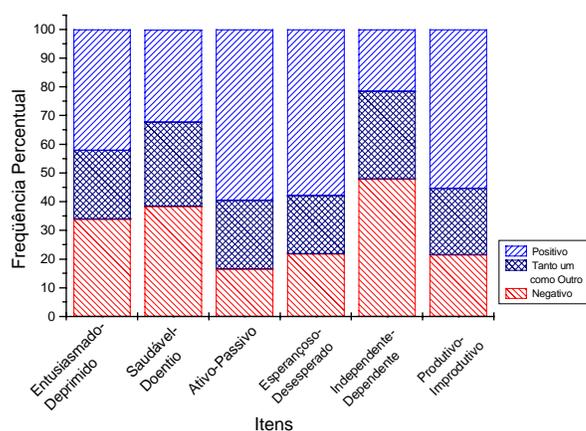


Figura 3 – Frequências percentuais de respostas positivas, negativas e neutras no domínio agência para o conceito “O idoso é”.

No domínio relacionamento social a média encontrada foi de 3,51, com desvio padrão de 0,70; dentre eles a maior pontuação positiva foi: *generoso* (67,3%), *construtivo* (65,2%), *cordial* (58,7%), *bem humorado* (53,7%), *interessado pelas pessoas* (52,5%), e negativo *desconfiado* (50%).

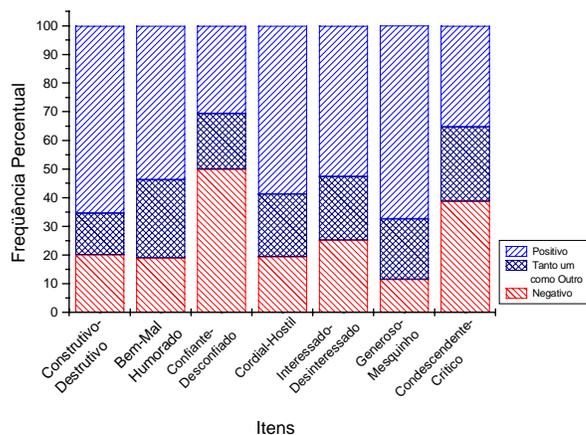


Figura 4 – Frequências percentuais de respostas positivas, negativas e neutras no domínio relacionamento social para o conceito “O idoso é”.

No domínio persona a média encontrada foi de 3,94, com um desvio padrão de 0,66; entre eles os adjetivos com maior pontuação positiva foram: *agradável* (63,7%), *progressista* (47,1%); e os com maior pontuação negativa foram: *rejeitado* (54,6%), *desvalorizado* (49,6%).

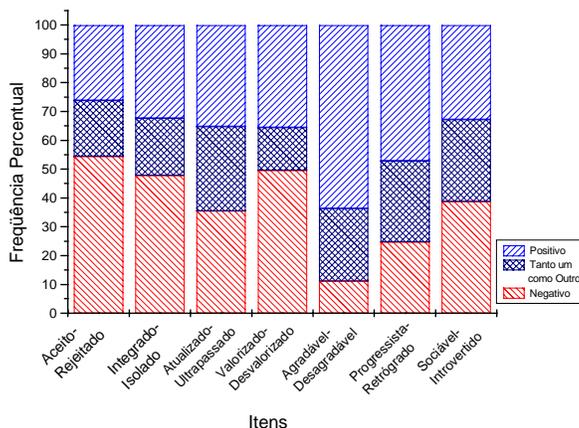


Figura 5 – Frequências percentuais de respostas positivas, negativas e neutras no domínio persona para o conceito “O idoso é”.

Para o conceito “O idoso é”:

- 1) A variabilidade foi pequena, já que os valores se concentraram entre 3,6 e 4,0 para cognição; 3,4 e 4,0 para agência; 3,3 e 4,0 para relacionamento social e 3,5 e 4,5 para persona.
- 2) Os valores negativos extremos não excederam 5,0 e os positivos, 2,0.
- 3) As médias estiveram entre 3,5 e 4,0.

Tudo isso indica avaliações preponderantemente positivas. O domínio mais positivo foi agência e o menos positivo (mas ainda pouco negativo) foi persona.

De modo geral, há visão positiva do idoso, mas ele também é visto como impreciso, embotado, dependente, desconfiado, rejeitado e desvalorizado.

Procurou-se saber se havia significância estatística quanto as diferenças entre as médias obtidas para a totalidade dos itens da escala “O idoso é” e para os itens agrupados por domínios. Para as variáveis Sexo (F X M), Deficiência Congênita (Sim X Não), Deficiência Adquirida (Sim X Não), Índice de Barthel (Dependente X Independentes), Idade (24 a 31 X 32 a 39). Para as variáveis onde houve diferença significativa, foram feitas as estatísticas descritivas por grupo. Os valores de p são apresentados na Tabela 8 que informa que não ocorreram diferenças estatisticamente significantes.

Tabela 8 - Resultados das comparações entre as médias dos atributos da escala “O idoso é” segundo sexo, deficiência congênita, deficiência adquirida, índice Barthel, idade.

Itens/Domínios	Sexo	Deficiência Congênita	Deficiência Adquirida	Índice Barthel	Idade
Todos	0.5638	0.2411	0.6896	0.0578	0.8536
Cognição	0.1491	0.7878	0.8220	0.2258	0.6327
Agência	0.1562	0.7510	0.6855	0.5785	0.2899
Relacionamento Social	0.9198	0.5237	0.7360	0.1221	0.8074
Persona	0.7658	0.5746	0.3934	0.2070	0.8402

Valores de p significantes se $p \leq 0,05$.

E também para as variáveis Escolaridade (1º Incompleto, 1º Completo ou 2º Incompleto, 2º Completo ou Superior Incompleto ou Completo ou Pós-Graduação), Estado Civil (Solteiro/Viúvo, Casado, Divorciado/Separado/Sem informação), Idade em que Adquiriu Deficiência Física – Idade PDF (0 a 2 anos, 3 a 19, 20 a 29, 30 ou mais). Para as variáveis onde houve diferença significativa, foram feitas as estatísticas descritivas por grupo (Tabela 9).

Tabela 9 - Resultados das comparações entre as médias dos atributos da escala “O idoso é” para as variáveis escolaridade, estado civil, idade em que se tornou portador de deficiência física.

Itens/Domínios	Escolaridade	Estado Civil	Idade PORTADOR DE DEFICIÊNCIA FÍSICA
Todos	0.8675	0.5126	0.5259
Cognição	0.2918	0.9914	0.3081
Agência	<i>0.0378</i>	0.9155	0.2804
Relacionamento Social	0.8314	0.2742	0.9740
Persona	0.5701	0.4466	0.4224

Valores de p significantes se $p \leq 0,05$.

No domínio da agência, as médias dos grupos de escolaridade foram estatisticamente diferentes. A Tabela 10 permite saber que, embora todos os grupos tenham uma atitude positiva, o que apresentou atitude mais positiva frente aos atributos do domínio agência foi o que tinha 1º grau completo e 2º incompleto. Em segundo lugar esteve o grupo com 1º grau incompleto e em 3º, os de escolaridade mais alta.

Tabela 10 - Resultados das comparações entre as médias dos atributos da escala “O idoso é” com escolaridade.

Domínios	Valor p	Estatísticas Descritivas						
		ESCOLARIDADE	N	MÉDIA	DP	MÁX	MEDIANA	MIN
Agência	<i>0.0378</i>	1º INCOMPLETO	104	<i>3.70</i>	0,58	5,17	3,67	2,33
		1º COMPLETO E 2º INCOMPLETO	56	<i>3.58</i>	0,69	5,50	3,58	2,00
		2º COMPLETO, SUPERIOR INCOMPLETO E COMPLETO	80	<i>3.85</i>	0,57	5,33	3,83	2,00

Valores de p significantes se $p \leq 0,05$.

CONCEITO “QUANDO EU FICAR VELHO EU SEREI”

Foi calculada a média das pontuações apresentadas pela amostra nos itens da escala avaliando o conceito “Quando eu ficar velho eu serei”. Resultou em relação à tendência das avaliações dos sujeitos, a média de 3,30, com um desvio padrão de 0,52, valores que indicam que as respostas foram, em geral, positivas. Procedeu-se da mesma forma quanto aos itens pertencentes a cada domínio da escala. Os dados são apresentados na Figura 6.

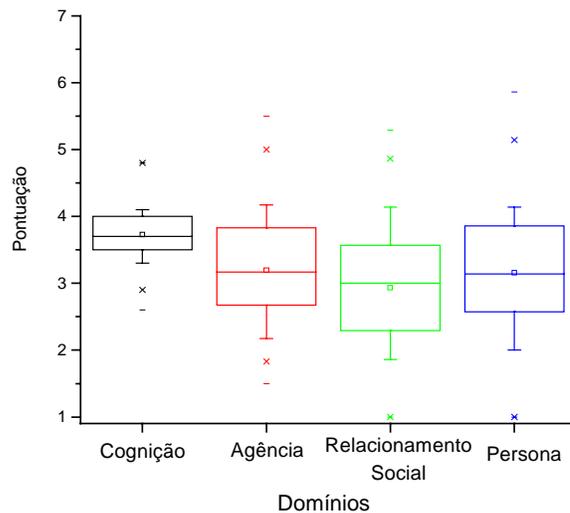


Figura 6 – Distribuição dos valores, médias e variabilidade, de valores obtidos para os domínios da escala “Quando eu ficar velho eu serei”.

No domínio cognição foi encontrada uma média de 3,73, com um desvio padrão de 0,36. Os adjetivos positivos com pontuação mais elevada neste domínio foram: *sábio* (85,1%), *persistente* (80,2%), *criativo* (74,0%), *claro* (71,5%), *concentrado* (68,6%), *flexível* (53,7%). Os adjetivos negativos com pontuação mais elevada foram *impreciso* (81,8%) e *embotado* (78,5%), *inseguro* (72,3%) e *lento* (52,5%).

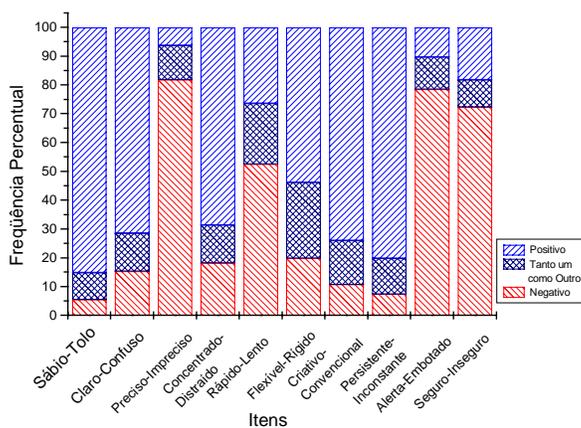


Figura 7 – Frequências percentuais de respostas positivas, negativas e neutras no domínio cognição para o conceito “Quando eu ficar velho eu serei”.

No domínio agência a média foi de 3,19, com um desvio padrão de 0,78; dentre estes os adjetivos positivos com pontuação mais elevada foram: *ativo* (80,1%), *esperançoso* (80,9%), *produtivo* (77,2%), *saudável* (65,2%), *independente* (53,2) e o adjetivo negativo com maior pontuação foi: *deprimido* (61,6%).

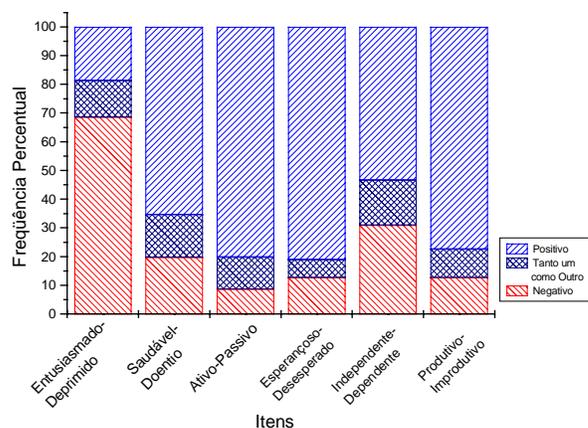


Figura 8 – Frequências percentuais de respostas positivas, negativas e neutras no domínio agência para o conceito “Quando eu ficar velho eu serei”.

No domínio relacionamento social a média encontrada foi de 2,93, com desvio padrão de 0,88; dentre eles a maior pontuação positiva foi: *generoso* (82,2%), *interessado pelas pessoas* (79,7%), *construtivo* (74,7%), *cordial* (72,8%), *bem humorado* (73,5%), *confiante* (53,4%) e não apresentando nenhum item negativo significativo.

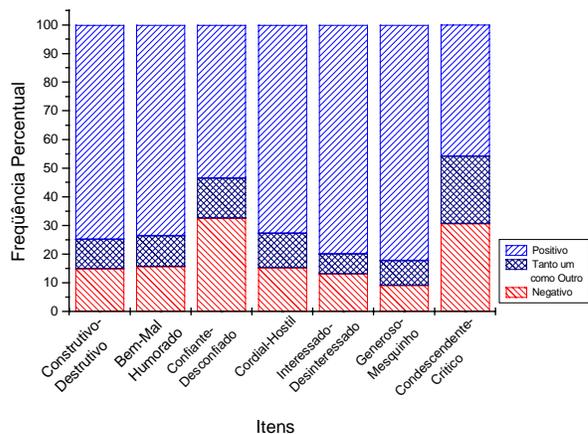


Figura 9 – Frequências percentuais de respostas positivas, negativas e neutras no domínio relacionamento social para o conceito “Quando eu ficar velho eu serei”.

No domínio persona a média encontrada foi de 3,15, com um desvio padrão de 0,84; entre eles os adjetivos com maior pontuação positiva foram: *agradável* (81,0%), *progressista* (79,0%), *atualizado* (74,3%), *valorizado* (66,5%), *integrado* (65,3%), *aceito* (59,5%). O adjetivo com maior pontuação negativa foi: *rejeitado* (58,6%).

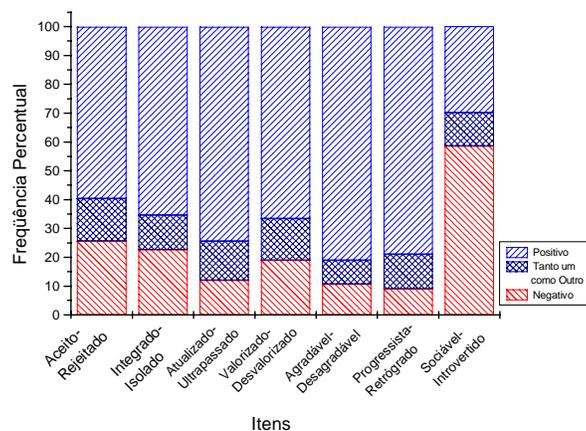


Figura 10 – Frequências percentuais de respostas positivas, negativas e neutras no domínio persona para o conceito “Quando eu ficar velho eu serei”.

Para o conceito “Quando eu ficar velho eu serei”:

- 1) Houve pequena variabilidade, já que os valores se concentraram entre 3,0 e 5,0 para cognição; 2,0 e 5,0 para agência; 1,0 e 5,0 para relacionamento social e 1,0 e 5,0 para persona.
- 2) Os valores negativos extremos não excederam 5,0 e parte dos sujeitos responderam positivamente sobre o ponto 1,0 para relacionamento pessoal e persona e perto do ponto 2 para agência. Apenas a cognição destoou.
- 3) As médias estiveram entre 3,0 e 3,6.

4) Na média não apresentou nenhum item negativo para relacionamento social.

Tudo isso indica avaliações preponderantemente positivas. O domínio mais positivo foi relacionamento pessoal e persona, seguido por agência e o menos positivo (mas ainda pouco negativo) foi cognição, havendo uma leve tendência para o negativo, já que se concentrou entre 3,0 e 5,0.

De modo geral, há visão positiva do envelhecimento pessoal, mas também é visto como impreciso, embotado, inseguro, lento, deprimido e rejeitado.

Procurou-se saber se havia significância estatística quanto as diferenças entre as médias obtidas para a totalidade dos itens da escala “Quando eu ficar velho eu serei” e para os itens agrupados por domínios. Para as variáveis Sexo (F X M), Deficiência Congênita (Sim X Não), Deficiência Adquirida (Sim X Não), Índice de Barthel (Dependente X Independentes), Idade (24 a 31 X 32 a 39). Para as variáveis onde houve diferença significativa, foram feitas as estatísticas descritivas por grupo. Os valores de p são apresentados na Tabela 11 que informa onde ocorreram diferenças estatisticamente significantes.

Tabela 11 – Resultados das comparações entre as médias dos atributos da escala “Quando eu ficar velho eu serei” para as variáveis sexo, deficiência congênita, deficiência adquirida, índice Barthel, idade.

Itens/Domínios	Sexo	Deficiência Congênita	Deficiência Adquirida	Índice Barthel	Idade
Todos	<i>0.0040</i>	0.3810	0.8898	<i>0.0139</i>	0.3502
Cognição	<i>0.0013</i>	0.5957	0.9935	0.5224	0.7877
Agência	<i>0.0136</i>	<i>0.0346</i>	0.2753	<i>0.0221</i>	0.4515
Relacionamento Social	<i>0.0299</i>	0.5366	0.9059	<i>0.0150</i>	0.1171
Persona	0.2287	0.9793	0.3155	<i>0.0438</i>	0.6632

Valores de p significantes se $p \leq 0,05$.

E também para as variáveis Escolaridade (1º Incompleto, 1º Completo ou 2º Incompleto, 2º Completo ou Superior Incompleto ou Completo ou Pós-Graduação), Estado Civil (Solteiro/Viúvo, Casado, Divorciado/Separado/Sem informação), Idade em que Adquiriu Deficiência Física – Idade PDF (0 a 2 anos, 3 a 19, 20 a 29, 30 ou mais). Para as variáveis onde houve diferença significativa, foram feitas as estatísticas descritivas por grupo (Tabela 12).

Tabela 12 – Resultados das comparações entre as médias dos atributos da escala “Quando eu ficar velho eu serei” para as variáveis escolaridade, estado civil e idade que se tornou portador de deficiência física.

Itens/Domínios	Escolaridade	Estado Civil	Idade PDF
Todos	0.2990	<i>0.0381</i>	0.1628
Cognição	0.2369	0.3373	0.2758
Agência	0.5810	0.1276	0.5996
Relacionamento Social	0.3472	0.2311	0.0697
Persona	0.4929	0.1152	0.3046

Valores de p significantes se $p \leq 0,05$.

As pessoas portadoras de deficiência física congênita apresentaram uma atitude mais positiva para o domínio agência, cuja média diferiu significativamente das médias observadas para os outros atributos, como se pode ver na Tabela 13.

Tabela 13 – Resultados das comparações entre as médias dos atributos da escala “Quando eu ficar velho eu serei” entre os que apresentavam deficiência congênita (N,S).

Domínio	Valor p	Estatísticas Descritivas						
		CONG	N	MÉDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN
Agência	<i>0.0346</i>	NÃO	226	<i>3.22</i>	0.77	5.50	3.17	1.50
		SIM	16	<i>2.78</i>	0.75	4.17	2.58	1.67

Valores de p significantes se $p \leq 0,05$.

As mulheres têm uma visão mais positiva que os homens com relação à perspectiva do seu próprio envelhecimento, principalmente nos domínios cognição, agência e relacionamento social (Tabela 14).

Tabela 14 – Resultados das comparações entre as médias dos atributos da escala “Quando eu ficar velho eu serei” para sexo.

Itens/Domínios	Valor p	Estatísticas Descritivas						
		SEXO	N	MÉDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN
Todos	<i>0.0040</i>	F	158	<i>3.24</i>	0.54	4.93	3.17	2.00
		M	84	<i>3.42</i>	0.46	4.30	3.43	2.23
		SEXO	N	MÉDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN
Cognição	<i>0.0013</i>	F	158	<i>3.68</i>	0.37	4.8	3.7	2.6
		M	84	<i>3.82</i>	0.34	4.8	3.9	2.9
		SEXO	N	MÉDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN
Agência	<i>0.0136</i>	F	158	<i>3.11</i>	0.80	5.33	3.00	1.5
		M	84	<i>3.35</i>	0.71	5.50	3.33	1.67
		SEXO	N	MÉDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN
Relacionamento Social	<i>0.0299</i>	F	158	<i>2.85</i>	0.90	5.29	2.86	1.00
		M	84	<i>3.09</i>	0.81	4.86	3.14	1.14
		SEXO	N	MÉDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN

Valores de p significantes se $p \leq 0,05$.

Verificou-se também que as pessoas que apresentam maior dependência para as atividades básicas de vida diária têm uma atitude mais negativa, com relação ao próprio envelhecimento, nos domínios agência, relacionamento social e persona do que os mais independentes (Ver Tabela 15).

Tabela 15 – Resultados das comparações entre as médias dos atributos da escala “Quando eu ficar velho eu serei” com o índice Barthel (dep, indep).

Itens/Domínios	Valor p	Estatísticas Descritivas						
		BARTHEL	N	MÉDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN
Todos	<i>0.0139</i>	DEPENDENTE	11	<i>3.70</i>	0.53	4.47	3.80	2.7
		INDEPENDENT	231	<i>3.28</i>	0.51	4.93	3.27	2.0
		BARTHEL	N	MÉDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN
Agência	<i>0.0221</i>	DEPENDENTE	11	<i>3.79</i>	0.87	5.50	3.33	2.33
		INDEPENDENT	231	<i>3.17</i>	0.76	5.33	3.17	1.50
		BARTHEL	N	MÉDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN
Relacionamento Social	<i>0.0150</i>	DEPENDENTE	11	<i>3.61</i>	0.88	5.00	3.71	2.0
		INDEPENDENT	231	<i>2.90</i>	0.86	5.29	2.86	1.0
		BARTHEL	N	MÉDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN
Persona	<i>0.0438</i>	DEPENDENTE	11	<i>3.60</i>	0.61	4.43	3.71	2.57
		INDEPENDENT	231	<i>3.13</i>	0.85	5.86	3.14	1.00
		BARTHEL	N	MÉDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN

Valores de p significantes se $p \leq 0,05$.

Foi encontrado também uma diferença significativa em relação ao estado civil. As pessoas solteiras ou viúvas apresentam uma atitude mais negativa que as divorciadas/separadas e que as casadas. A atitude das pessoas casadas, embora ligeiramente mais positiva, são bem parecidas com as divorciadas/separadas em relação ao próprio envelhecimento (Tabela 16)

Tabela 16 – Resultados das comparações entre as médias dos atributos da escala “Quando eu ficar velho eu serei” com estado civil.

Itens/ Domínios	Valor p	Estatísticas Descritivas						
		ESTADO CIVIL	N	MÉDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN
Todos	<i>0.0381</i>	SOLT/VIUV	93	<i>3.40</i>	0.54	4.50	3.43	2.00
		CASADAS	115	<i>3.24</i>	0.49	4.23	3.27	2.13
		DIV/SEP/SEM INFORMAÇÃO	33	<i>3.25</i>	0.55	4.93	3.17	2.43
		ESTADO CIVIL	N	MÉDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN

Valores de p significantes se $p \leq 0,05$.

CONCEITO “O PORTADOR DE DEFICIÊNCIA FÍSICA É”

Foi calculada a média das pontuações apresentadas pela amostra nos itens da escala avaliando o conceito “O portador de deficiência física é”. Resultou em relação à tendência das avaliações dos sujeitos, a média de 3,47, com um desvio padrão de 0,43, valores que indicam que as respostas foram, em geral, positivas. Procedeu-se da mesma forma quanto aos itens pertencentes a cada domínio da escala. Os dados são apresentados na Figura 11.

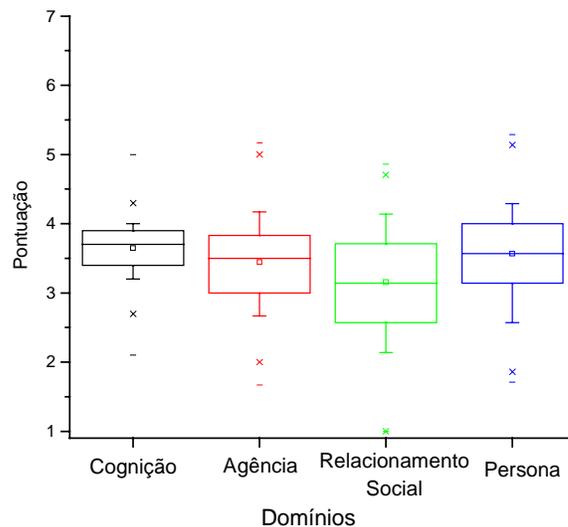


Figura 11 – Distribuição dos valores, médias e variabilidade, de valores obtidos para os domínios da escala “O portador de deficiência física é”.

No domínio cognição foi encontrada uma média de 3,65, com um desvio padrão de 0,36. Os adjetivos positivos com pontuação mais elevada neste domínio foram: *sábio* (83,0%), *persistente* (74,8%), *preciso* (70,6%), *criativo* (69,4%); *concentrado* (66,5%), *flexível* (54,1%); *claro* (54,1%). Os adjetivos negativos com pontuação mais elevada foram *embotado* (78,9%) e *inseguro* (50,5%).

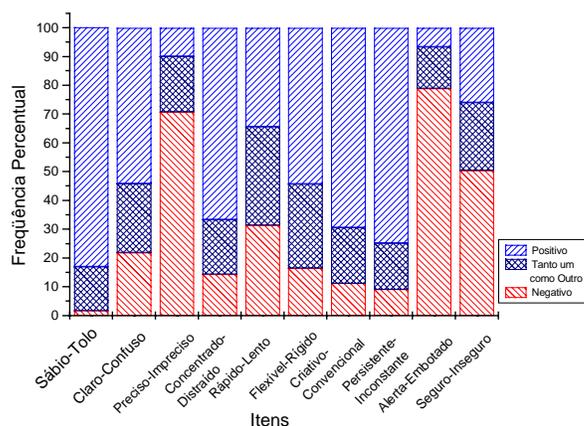


Figura 12 – Frequências percentuais de respostas positivas, negativas e neutras no domínio cognição para o conceito “O portador de deficiência física é”.

No domínio agência a média foi de 3,45, com um desvio padrão de 0,62; dentre estes os adjetivos positivos com pontuação mais elevada foram: *esperançoso* (72,7%), *ativo* (71,1%), *produtivo* (67,4%). O adjetivo negativo com maior pontuação foi *deprimido* (47,5%).

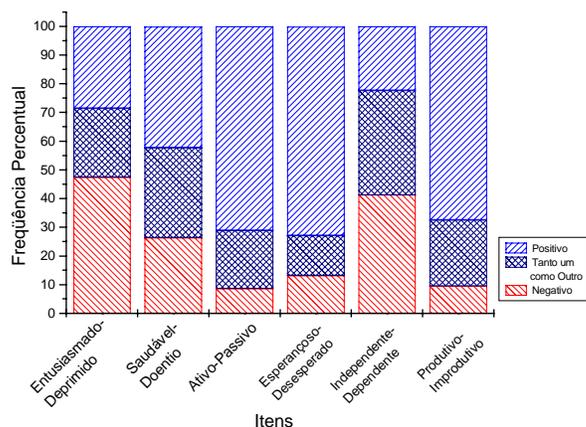


Figura 13 – Frequências percentuais de respostas positivas, negativas e neutras no domínio agência para o conceito “O portador de deficiência física é”.

No domínio relacionamento social a média encontrada foi de 3,16, com desvio padrão de 0,78; dentre eles a maior pontuação positiva foi: *generoso* (73,9%), *construtivo* (73,6%), *interessado pelas pessoas* (67,8%), *cordial* (67,4%), *bem humorado* (62,4%). Negativos: *introverso* (47,5%), *desconfiado* (44,2%), *rejeitado* (43,9%).

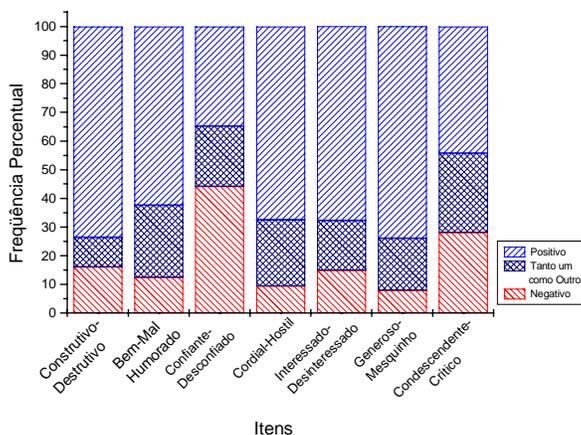


Figura 14 – Frequências percentuais de respostas positivas, negativas e neutras no domínio relacionamento social para o conceito “O portador de deficiência física é”.

No domínio persona a média encontrada foi de 3,56, com um desvio padrão de 0,71; entre eles os adjetivos com maior pontuação positiva foram: *agradável* (73,1%), *progressista* (72,2%), *atualizado* (65,7%). Os adjetivos com maior pontuação negativa foram: *introverso* (47,5%), *rejeitado* (43,9%).

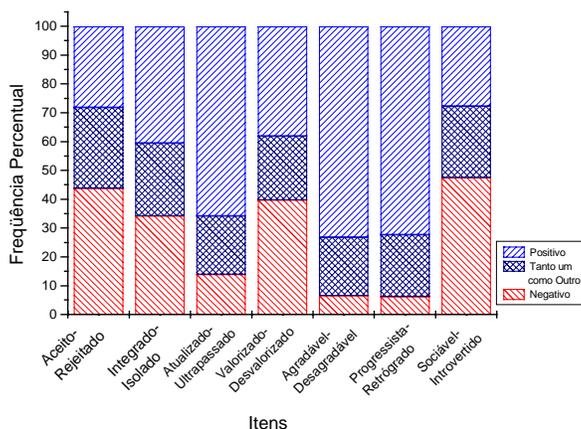


Figura 15 – Frequências percentuais de respostas positivas, negativas e neutras no domínio persona para o conceito “O portador de deficiência física é”.

Para o conceito “Quando eu ficar velho eu serei”:

- 1) A variabilidade foi pequena, já que os valores se concentraram entre 2,7 e 4,4 para cognição; 2,0 e 5,0 para agência; 1,0 e 4,8 para relacionamento social e 1,9 e 5,0 para persona.
- 2) Os valores negativos extremos não excederam 5,0 e o positivo para relacionamento social foi 2,0.
- 3) As médias estiveram entre 3,0 e 3,7.

Indicando avaliações preponderantemente positivas. O domínio mais positivo foi relacionamento social e o menos positivo (mas ainda pouco negativo) foi cognição e persona.

De modo geral, há visão positiva do portador de deficiência física, mas ele também é visto como embotado, inseguro, deprimido, introverso, desconfiado e rejeitado.

Procurou-se saber se havia significância estatística quanto as diferenças entre as médias obtidas para a totalidade dos itens da escala “O portador de deficiência física é” e para os itens agrupados por domínios. Para as variáveis Sexo (F X M), Deficiência Congênita (Sim X Não), Deficiência Adquirida (Sim X Não), Índice de Barthel (Dependente X Independentes), Idade (24 a 31 X 32 a 39). Para as variáveis onde houve diferença significativa, foram feitas as estatísticas descritivas por grupo. Os valores de p são apresentados na Tabela 17 que informa onde ocorreram diferenças estatisticamente significantes.

Tabela 17 – Resultados das comparações entre as médias dos atributos da escala “O portador de deficiência física é” para as variáveis sexo, deficiência congênita, deficiência adquirida, índice Barthel e idade.

Itens/Domínios	Sexo	Deficiência Congênita	Deficiência Adquirida	Índice Barthel	Idade
Todos	<i>0.0006</i>	0.3058	0.9076	<i>0.0030</i>	0.0811
Cognição	<i>0.0001</i>	0.9793	0.9315	0.2682	0.8523
Agência	0.1291	0.0716	0.3490	<i>0.0094</i>	0.2022
Relacionamento Social	<i>0.0050</i>	0.3566	0.7972	<i>0.0166</i>	0.0610
Persona	0.0792	0.9852	0.7485	0.0515	0.0696

Valores de p significantes se $p \leq 0,05$.

E também para as variáveis Escolaridade (1º Incompleto, 1º Completo ou 2º Incompleto, 2º Completo ou Superior Incompleto ou Completo ou Pós-Graduação), Estado Civil (Solteiro/Viúvo, Casado, Divorciado/Separado/Sem informação), Idade em que Adquiriu Deficiência Física – Idade PDF (0 a 2 anos, 3 a 19, 20 a 29, 30 ou mais). Para as variáveis onde houve diferença significativa, foram feitas as estatísticas descritivas por grupo (Tabela 18).

Tabela 18 – Resultados das comparações das médias dos atributos da escala “O portador de deficiência física é” para várias variáveis escolaridade, estado civil e idade que se tornou portador de deficiência física.

Itens/Domínios	Escolaridade	Estado Civil	Idade PDF
Todos	0.9353	<i>0.0080</i>	<i>0.0309</i>
Cognição	0.5404	0.9881	0.6399
Agência	0.2245	0.3932	0.7280
Relacionamento Social	0.6815	<i>0.0046</i>	<i>0.0337</i>
Persona	0.8245	<i>0.0012</i>	0.0590

Valores de p significantes se $p \leq 0,05$.

Os dados indicam que as mulheres têm uma atitude mais positiva quanto aos portadores de deficiência física do que os homens, principalmente nos domínios cognição e relacionamento social (Tabela 19).

Tabela 19 – Resultados das comparações das médias dos atributos da escala “O portador de deficiência física é” para sexo.

Itens/Domínios	Valor p	Estatísticas Descritivas						
		SEXO	N	MÉDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN
Todos	<i>0.0006</i>	SEXO	N	MÉDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN
		F	158	<i>3.41</i>	0.42	4.70	3.40	2.20
		M	84	<i>3.59</i>	0.42	4.33	3.62	2.33
Cognição	<i>0.0001</i>	SEXO	N	MÉDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN
		F	158	<i>3.58</i>	0.35	4.4	3.6	2.1
		M	84	<i>3.77</i>	0.34	5.0	3.8	2.7
Relacionamento Social	<i>0.0050</i>	SEXO	N	MÉDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN
		F	158	<i>3.06</i>	0.78	4.86	3.14	1.0
		M	84	<i>3.34</i>	0.77	4.71	3.43	1.0

Valores de p significantes se $p \leq 0,05$.

As pessoas que são dependentes para as atividades básicas de vida diária têm atitude mais negativa em relação aos portadores de deficiência física, principalmente para os domínios agência e relacionamento social. (Tabela 20)

Tabela 20 - Resultados das comparações das médias dos atributos da Escala “O portador de deficiência física é” com o índice Barthel (Dep, Indep).

Itens/Domínios	Valor p	Estatísticas Descritivas						
		BARTHEL	N	MÉDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN
Todos	<i>0.0030</i>	BARTHEL	N	MÉDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN
		DEPENDENTE	11	<i>3.81</i>	0.38	4.2	3.93	2.8
		INDEPENDENT	231	<i>3.46</i>	0.43	4.7	3.47	2.2
Agência	<i>0.0094</i>	BARTHEL	N	MÉDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN
		DEPENDENTE	11	<i>3.95</i>	0.56	5.17	3.83	3.17
		INDEPENDENT	231	<i>3.42</i>	0.61	5.17	3.33	1.67
Relacionamento Social	<i>0.0166</i>	BARTHEL	N	MÉDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN
		DEPENDENTE	11	<i>3.70</i>	0.61	4.71	3.86	2.57
		INDEPENDENT	231	<i>3.13</i>	0.78	4.86	3.14	1.00

Valores de p significantes se $p \leq 0,05$.

Com relação ao estado civil, as pessoas divorciadas/separadas/não informaram, são os que têm visão mais positiva dos portadores de deficiência física, seguidas pelos casados e, com visão positiva mas menos que os anteriores, os solteiros e viúvos. (Tabela 21)

As pessoas que adquiriram a deficiência física com 30 anos ou mais são as que apresentam atitude mais positiva em relação aos portadores de deficiência física, principalmente no domínio relacionamento social. (Tabela 22)

Tabela 21 – Resultados das comparações das médias dos atributos da escala “O portador de deficiência física é” com estado civil.

Itens/Domínios	Valor p	Estatísticas Descritivas						
		ESTADO CIVIL	N	MÉDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN
Todos	<i>0.0080</i>	SOLT/VIÚVOS	93	<i>3.55</i>	0.43	4.70	3.60	2.20
		CASADOS	115	<i>3.48</i>	0.41	4.33	3.53	2.33
		DIV/SEP/SEM INF	33	<i>3.27</i>	0.43	4.20	3.23	2.20
		ESTADO CIVIL	N	MÉDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN
Relacionamento Social	<i>0.0046</i>	SOLT/VIUV	93	<i>3.28</i>	0.80	4.86	3.29	1.00
		CASADOS	115	<i>3.18</i>	0.71	4.57	3.29	1.29
		DIV/SEP/SEM INF	33	<i>2.73</i>	0.87	4.57	2.71	1.00
		ESTADO CIVIL	N	MÉDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN
Persona	<i>0.0012</i>	SOLT/VIUV	93	<i>3.71</i>	0.68	5.14	3.71	1.86
		CASADOS	115	<i>3.54</i>	0.70	5.14	3.71	1.71
		DIV/SEP/SEM INF	33	<i>3.25</i>	0.74	5.29	3.29	1.86
		ESTADO CIVIL	N	MÉDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN

Valores de p significantes se $p \leq 0,05$.

Tabela 22 – Resultados das comparações das médias dos atributos da escala “O portador de deficiência física é” com idade adquiriu deficiência física.

Itens/Domínios	Valor p	Estatísticas Descritivas						
		IDADPDF3	N	MEDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN
Todos	<i>0.0309</i>	0-2 ANOS	65	<i>3.54</i>	0.45	4.70	3.57	2.33
		3-19 ANOS	30	<i>3.45</i>	0.43	4.27	3.45	2.20
		20-29 ANOS	63	<i>3.50</i>	0.44	4.33	3.53	2.57
		>=30 ANOS	61	<i>3.34</i>	0.34	4.00	3.40	2.53
		IDADPDF3	N	MEDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN
Relacionamento Social	<i>0.0337</i>	0-2 ANOS	65	<i>3.27</i>	0.82	4.71	3.29	1.00
		3-19 ANOS	30	<i>3.10</i>	0.81	4.86	3.21	1.00
		20-29 ANOS	63	<i>3.20</i>	0.74	4.71	3.29	1.29
		>=30 ANOS	61	<i>2.90</i>	0.69	4.14	3.00	1.00
		IDADPDF3	N	MEDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN

Valores de p significantes se $p \leq 0,05$.

ATTITUDE EM RELAÇÃO AO IDOSO E À VELHICE PESSOAL

Os dados demonstraram que a correlação entre a atitude de pessoas portadoras de deficiência física acerca do idoso e da própria velhice é baixa, ou seja, elas não covariaram de maneira significativa. Os participantes têm uma visão diferente do “idoso é” e de “quando eu ficar velho eu serei”, isto é, eles projetam uma visão mais positiva sobre si próprios quando idosos do que sobre o idoso.

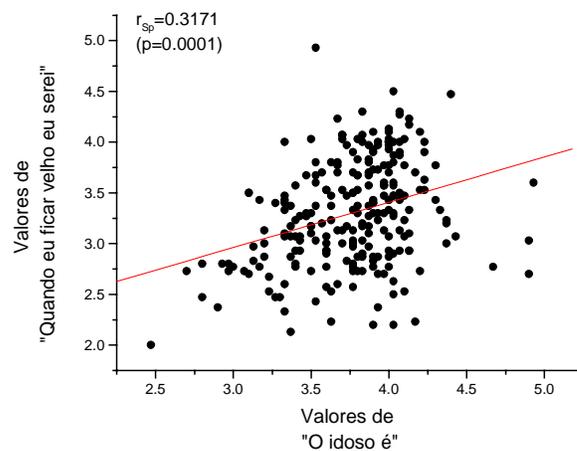


Figura 16 – Valores das correlações entre as respostas às escalas “O idoso é” e “Quando eu ficar velho eu serei”.

ATTITUDE EM RELAÇÃO AO IDOSO E AO PORTADOR DE DEFICIÊNCIA FÍSICA

Os dados demonstraram que a correlação existente entre as atitudes de pessoas portadoras de deficiência física em relação ao idoso e ao portador de deficiência

física é fraca, ou seja, eles têm uma leve tendência a ter atitude negativa em relação ao idoso, mas não tanto do portador de deficiência física.

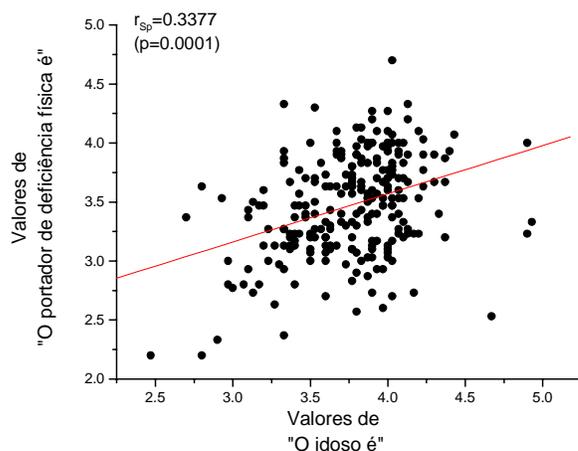


Figura 17 – Valores das correlações entre as respostas às escalas “O idoso é” e “O portador de deficiência física é”.

ATITUDE EM RELAÇÃO À PRÓPRIA VELHICE E AO PORTADOR DE DEFICIÊNCIA FÍSICA

Os dados demonstraram uma forte correlação entre a atitude com relação à própria velhice e ao portador de deficiência física, ou seja, aqueles que têm atitude negativa do portador de deficiência física, tendem a ter uma atitude negativa também com relação à velhice pessoal. Aqueles com atitude positiva em relação ao portador de deficiência física tendem a ter também uma atitude positiva em relação à própria velhice.

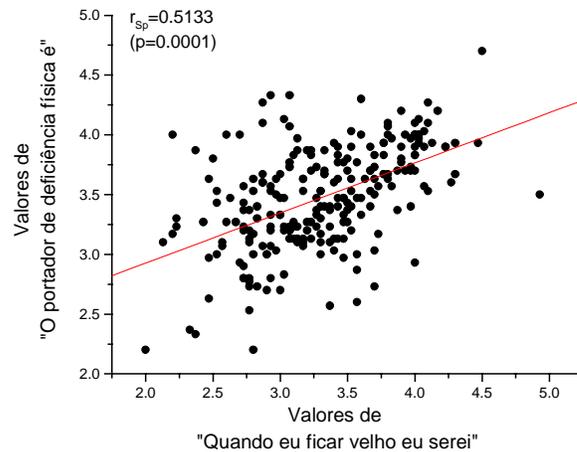


Figura 18 – Valores das correlações entre as respostas às escalas “Quando eu ficar velho eu serei” e “O portador de deficiência física é”.

Em suma, a pesquisa apresentou os seguintes resultados:

- a) As pessoas portadoras de deficiência física demonstraram uma atitude positiva em relação ao velho, sendo que as pessoas com maior escolaridade foram as que apresentaram visão menos positiva.
- b) Com relação ao próprio envelhecimento, as pessoas portadoras de deficiência física também relataram uma atitude positiva, sendo que as mulheres têm visão mais positiva que os homens, principalmente nos domínios: cognição, agência e relacionamento social.
- c) As pessoas portadoras de deficiência física congênita foram as que apresentaram visão mais positiva em relação ao próprio envelhecimento, particularmente para o domínio agência.
- d) Com relação à velhice pessoal, as pessoas portadoras de deficiência física com maior índice de dependência para as atividades básicas de vida diária têm visão menos positiva para os domínios agência, relacionamento social e persona.

- e) A atitude das pessoas portadoras de deficiência física em relação a outras pessoas na mesma condição que elas, ou seja, em relação aos portadores de deficiência física, também foi positiva, sendo que as mulheres relataram atitudes mais positivas que os homens, especialmente para os domínios cognição e relacionamento social.
- f) As pessoas mais dependentes para as atividades básicas de vida diária apresentaram visão menos positiva em relação ao portador de deficiência física, principalmente nos domínios agência e relacionamento social.
- g) As pessoas que estavam separadas ou divorciadas, ou não informaram seu estado civil são as que têm visão mais positiva do portador de deficiência física, seguida pelos casados e, depois solteiros e viúvos.
- h) As pessoas que adquiriram deficiência física há 30 anos ou mais são as que relatam atitude mais positiva em relação aos portadores de deficiência física, principalmente no domínio relacionamento social.
- i) Os participantes têm uma visão diferente do “idoso é” e de “quando eu ficar velho eu serei”, isto é, eles têm uma visão mais positiva sobre a própria velhice do que sobre o velho.
- j) Eles têm uma leve tendência a ter atitude negativa em relação ao idoso, um pouco mais negativas do que a que apresentaram em relação ao portador de deficiência física.
- k) Aqueles com atitude positiva em relação ao portador de deficiência física tendem a ter também uma atitude positiva em relação à própria velhice.

DISCUSSÃO

Investigamos as atitudes de pessoas portadoras de deficiência física em relação à velhice, ao próprio envelhecimento e ao portador de deficiência física. Os dados encontrados confirmam os de outros estudos da literatura nacional, tais como os de WAGNER e NERI (1985), NERI (1991; 1995; 1996), RESENDE, QUEROZ e FREIRE (1997), PINTO (1997), SILVA, F. (1999) e também são consistentes com dados encontrados na literatura internacional.

De modo geral esses dados mostram que existe grande heterogeneidade nas experiências de velhice e envelhecimento, heterogeneidade que tende a aumentar com a quebra de barreiras etárias e a distribuição mais equitativa dos bens e oportunidades sociais. O crescente acesso a informações científicas sobre o envelhecimento soma-se à heterogeneidade das experiências de velhice, determinando que as pessoas desenvolvam visões plurais e multidimensionais sobre o idoso, a velhice e o envelhecimento.

Dessa forma não se pode dizer que as atitudes negativas, os estereótipos e os preconceitos em relação a esses temas sejam universais. É mais adequado concordar com a literatura que mostra que eles são contextualizados por eventos sócio-econômicos, históricos e culturais e por circunstâncias da vida pessoal, familiar e profissional.

Os sujeitos, portadores de deficiência física, apresentaram mais atitudes positivas e neutras do que negativas em relação ao velho. Respondendo ao instrumento apresentado, avaliaram que o idoso bem sucedido é aquele que apresenta características de sabedoria, persistência, rapidez e criatividade; que se mantêm ativos, esperançosos e produtivos; e que são generosos, construtivos, cordiais, bem humorados, interessados pelas pessoas e agradáveis. Envelhecer mal apareceu relacionado à imprecisão, embotamento, dependência, desconfiança, rejeição e desvalorização social.

As pessoas com nível mais alto de escolaridade foram as que tiveram uma visão menos positiva dos velhos, provavelmente em função de ter um nível de aspiração

mais alto, serem mais informadas e terem mais acesso às oportunidades e aos bens de consumo.

Em relação à própria velhice, os indivíduos portadores de deficiência física apresentaram expectativas muito positivas, e mais positivas do que em relação ao idoso atual. Esperam ser velhos sábios, persistentes, criativos, claros, concentrados, flexíveis, ativos, esperançosos, produtivos, saudáveis, independentes, generosos, interessado pelas pessoas, construtivos, cordiais, bem humorados, confiantes, agradáveis, progressistas, atualizados, valorizados, integrados e aceitos. No entanto, acreditam que terão também características negativas, pois serão velhos imprecisos, embotados, inseguros, lentos, deprimidos e rejeitados. Nesse sentido não diferem de pessoas não portadoras de deficiência física.

As mulheres mostraram que terão uma velhice melhor que os homens, acham que quando envelhecerem estarão mais aptas para processar informações e a solucionar problemas, e conseqüentemente, serão mais adaptadas em termos sociais, afetivos e emocionais. Elas também se projetaram como mais autônomas e capazes de realizar tarefas no futuro do que os idosos atuais. As mulheres têm conquistado cada vez mais espaço na sociedade, são maioria em programas oferecidos por centros de convivência e Universidades da Terceira Idade, o que aumenta o seu senso de controle e poder, seu senso de autonomia e sua crença que reúnem qualidades para ter uma velhice bem-sucedida (DEBERT, 1999; NERI, 2000). A maior visibilidade que essas mulheres idosas estão tendo hoje no Brasil provavelmente afeta as crenças dos mais jovens em relação a terem uma boa velhice.

As pessoas portadoras de deficiência física congênita se descreveram como autônomas e capazes de realização. Provavelmente essas pessoas estão bem adaptadas, já que convivem com a deficiência há pelo menos 24 anos (idade mínima para participar do estudo). Possivelmente desenvolveram mecanismos de seleção, otimização e compensação do *self* (BALTES e BALTES, 1990), que lhes permite melhor adaptação e lhes permite vislumbrar continuidade de suas condições atuais até a velhice. Tanto o sucesso no manejo da deficiência quanto o envelhecimento bem sucedido dependem da seleção de domínios comportamentais em que o indivíduo detém melhor

nível de funcionamento e da otimização desse funcionamento através de estratégias que compensem as perdas.

Ainda com relação ao próprio envelhecimento, as pessoas que apresentam maior dependência para as atividades de vida diária foram também as que apresentaram atitude menos positiva em relação à autonomia e à capacidade para realização de tarefas, o que demonstra que essas pessoas estão conscientes de sua condição em relação ao futuro, não negam a própria realidade, indicativos de adaptação que podem favorecê-las. Se apresentam algum grau de dependência enquanto são jovens, sabem que continuarão dependendo, e que, em alguns casos sua dependência poderá aumentar, quando chegarem à velhice. No entanto, é importante lembrar que embora a associação entre deficiência, dependência e velhice diminua as possibilidades de envolvimento social, mesmo que esses indivíduos não apresentem padrões ótimos em determinados domínios, poderão obtê-los em outros (SCHULZ e HECKENHAUSEN, 1996).

As pessoas solteiras ou viúvas apresentam uma atitude mais negativa frente à velhice do que as casadas e descasadas. Este dado possivelmente reflete a evidência empírica de que os idosos casados têm melhor qualidade de vida do que os que vivem sozinhos, principalmente se são homens. Dados da pesquisa internacional confirmam que ser mulher, sozinha e idosa aumenta as chances de incapacidade e doenças, ao passo que ser casado é preditivo de melhor velhice. Ou seja, as pessoas casadas proporcionam mais cuidado do que as viúvas e solteiras, o que não necessariamente significa que recebam mais suporte social ou afetivo que os não casados. O que ocorre é que talvez pessoas casadas tenham mais competência para dar apoio e cuidar do outro do que os não casados (WAGNER, SCHÜTZE e LANG, 1999).

As atitudes das pessoas portadoras de deficiência física em relação a outras pessoas na mesma condição que elas, também foi positiva, sendo que as mulheres relataram atitudes mais positivas que os homens, especialmente para os domínios cognição e relacionamento social. As pessoas mais dependentes para as atividades básicas de vida diária apresentaram visão menos positiva em relação ao portador de deficiência física, principalmente nos domínios agência e relacionamento social. As pessoas que estavam separadas ou divorciadas, foram as que tiveram visão mais positiva

do portador de deficiência física, seguida pelos casados e, por último pelos solteiros e viúvos. As pessoas que adquiriram deficiência física com 30 anos ou mais são as que relatam atitude mais positiva em relação aos portadores de deficiência física, principalmente no domínio relacionamento social.

Os dados encontrados nesse item são bem parecidos com o que as pessoas portadoras de deficiência física pensam sobre a velhice pessoal, o que sugere uma expectativa de continuidade no desenvolvimento. Os respondentes, que acreditam que é possível viver bem apesar da deficiência na juventude, acreditam que terão uma velhice bem sucedida, que é possível ser feliz na velhice e continuar realizando seus sonhos e aspirações, com uma imagem positiva do velho e do próprio envelhecimento.

Os resultados observados corroboram evidências da pesquisa internacional segundo as quais as concepções dos adultos sobre o desenvolvimento são comparáveis às normas e expectativas de desempenho apropriado às diferentes idades encontradas na sociedade. Expectativas e normas amplamente compartilhadas fornecem um sistema de referência para as pessoas, em relação ao qual avaliarão às próprias trajetórias evolutivas (HECKHAUSEN, DIXON e BALTES, 1998; HECKHAUSEN, 1999). Nessas avaliações, processos de comparação social com padrões avaliados como inferiores, iguais ou superiores às próprias competências e características desempenham papel central na manutenção da auto-estima e nas crenças de eficácia pessoal e realização (WOOD e TAYLOR, 1991; HECKHAUSEN, 1999).

Acreditamos que, aqueles que não aceitam sua condição, que não estão adaptados e que aceitam os estereótipos negativos criados em torno da deficiência física e da velhice, não acreditam que é possível envelhecer bem e nem que alguém possa vivenciar esta etapa do desenvolvimento de forma bem-sucedida. Para RYFF (1989) a auto-aceitação é uma das dimensões para explicar o bem-estar. Aceitar estereótipos negativos pode significar ter expectativas negativas que o indivíduo tenderá a cumprir numa espécie de círculo vicioso de expectativa e de ajustamento à expectativa.

Não encontramos relações entre as atitudes de pessoas portadoras de deficiência física em relação ao idoso e ao portador de deficiência física, que têm uma

leve tendência a serem negativos quanto ao idoso, mas não tanto ao portador de deficiência física. Assim como as pessoas não portadoras de deficiência os dados sugerem que existe uma expectativa da própria velhice ser melhor do que a dos velhos de hoje.

Pretendemos também saber se havia diferenças nas atitudes dos que eram portadores de deficiência física congênita e dos que a tinham adquirido ao longo do desenvolvimento. Comparando as atitudes frente à velhice de ambos os grupos verificamos que elas apresentam uma visão bem parecida com a de pessoas que não portam nenhum tipo de deficiência física, o que nos leva a pensar que as limitações impostas pela deficiência são superadas e que as pessoas se adaptam às suas condições. Segundo DIENER e SUH (1997), existem dados de pesquisa suficientes para reconhecermos que as pessoas possuem condições de adaptar-se, interagir no seu ambiente, e alcançar níveis positivos de satisfação de vida, este é um dos indicadores de envelhecimento bem sucedido mais estudados.

A atitude que as pessoas portadoras de deficiência física apresentam em relação ao próprio envelhecimento provavelmente é influenciada pelas crenças e atitudes que elas apresentam frente à deficiência. Por isso, conhecer suas atitudes frente à deficiência ajuda a compreender como elas imaginam o futuro e como elas esperam lidar com a velhice, o que pode dar indícios aos profissionais de como estruturar programas educativos voltados a pensar o processo de envelhecimento, particularmente das pessoas portadoras de deficiência física.

Os sistemas de crenças e de atitudes têm função adaptativa e segundo ROKEACH (1981), elas 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. A deficiência é apenas mais uma característica de seus portadores. Apesar de exercer influência sobre os indivíduos, outros aspectos relativos à personalidade são preponderantes na sua forma de encarar o mundo. O convívio social e as regras do grupo têm influência sobre a construção e manutenção das crenças e atitudes e, assim os indivíduos de uma mesma coorte tendem a apresentar atitudes semelhantes frente aos mesmos objetos de julgamento e avaliação. Este ponto de vista é confirmado por BAR-

TAL (1990 *apud* FERREIRA, 1998) para quem crenças e atitudes incluem categorias tais como hipóteses, decisões, inferências, valores, intenções, ideologias, normas e são afetadas pelas experiências vividas, pensadas ou resultantes do contato com outras pessoas ou seus produtos.

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 os tipos de atividades que as pessoas escolherão, 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 na velhice, mesmo na presença de incapacidades físicas, é um preditor importante de envolvimento social, auto-estima preservada e bem estar subjetivo. Esta crença encontra fundamentos em literatura psicogerontológica que encontrou relações entre crenças de auto-eficácia e a preservação do estilo e da qualidade de vida em idosos mesmo na presença de incapacidades físicas (ver a respeito SEEMAN e col., 1999).

É necessário realizar mais investigações para esclarecer quais são as condições efetivas para se ter um envelhecimento bem sucedido, com ou sem deficiência física. E como ensina FREIRE (1999) cabe a profissionais de Psicologia, Saúde e Educação buscar essas condições, haja vista o seu interesse pela compreensão do comportamento humano, pela descoberta dos determinantes do comportamento saudável, e das ações para se prevenir o desajustamento, a doença, a incapacidade. As categorias de bem-estar psicológico ou de saúde mental positiva propostas por RYFF (1989) parecem úteis para fundamentar empreendimentos dessa natureza. São elas:

- a) Auto-aceitação: significa uma atitude positiva do indivíduo em relação a si próprio e a seu passado; significa reconhecer e aceitar diversos aspectos de si mesmo, incluindo características boas e más.

- b) Relações positivas com os outros: engloba ter com os outros uma relação de qualidade, ou seja, uma relação calorosa, satisfatória e verdadeira; preocupar-se com o bem-estar do outro; ser capaz de manter relações afetuosas e agradáveis.
- c) Autonomia: implica ser autodeterminado e independente; tomar decisões de acordo com o que acredita ser melhor, dentro de seus próprios padrões; não ser influenciado por pressões sociais para pensar e agir.
- d) Domínio sobre o ambiente: ter senso de domínio e competência para manejar o ambiente; usufruir as oportunidades que surgem ao seu redor; apresentar habilidades para escolher ou criar contextos adequados às suas necessidades e valores.
- e) Propósito na vida: significa ter metas na vida e um sentido 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 tem propósito e é significativa.
- f) Crescimento pessoal: a pessoa apresenta um senso de desenvolvimento e crescimento contínuo; está aberta a novas experiências; reconhece seu potencial de realização, e suas mudanças refletem auto-conhecimento e eficácia.

O alcance dessas competências exige a combinação de diversos fatores biológicos, psicológicos e sociais. Depende das oportunidades que o indivíduo teve ao longo da vida e de condições adequadas para sua sobrevivência e desenvolvimento, tais como educação, saúde, habitação e trabalho.

Conforme NERI (1993) a busca de condições e variantes de um envelhecimento bem sucedido, com boa qualidade de vida, não é apenas um desafio ou ideal pessoal, mas também um assunto relevante para a sociedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A visão do envelhecimento, bem como da deficiência começa, a passos tímidos, tomar novos rumos. O que uma pessoas observa, acredita e vive está fortemente relacionado ao seu contexto social e sua história de vida. O que as pessoas almejam é viver bem, com qualidade de vida, independentemente de sua idade, sendo ou não portadoras de deficiência física. A convivência com pessoas idosas e portadoras de deficiência têm dado oportunidade a quebra de preconceitos e tabus.

De acordo com DIENER e SUH (1997), um indicador importante da qualidade de vida é o bem-estar subjetivo de um indivíduo e refere-se à forma pela qual as pessoas avaliam suas vidas. Para os autores, este constructo 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, ou avaliações de domínios específicos da vida, como o trabalho e o casamento. O componente afetivo caracteriza o tipo de experiência emocional que o indivíduo pode vivenciar: experiências emocionais agradáveis, quando o indivíduo percebe que está tudo bem; desagradáveis, quando o indivíduo percebe que algo está errado em sua vida.

O estudo multidisciplinar de envelhecer portando uma deficiência é uma área nova e emergente, tanto no campo da Gerontologia como nas Ciências Sociais e da Saúde. Nosso estudo foi pioneiro no Brasil e muito ainda precisa ser investigado sobre o estudo da relação entre deficiência e envelhecimento. Parece especialmente relevante estudar os mecanismos adaptativos utilizados pelas pessoas portadoras de deficiência física em relação à deficiência física e à velhice. É importante saber se esses mecanismos se mantêm ao longo do ciclo vital e que tipos de eventos sociais e psicológicos são melhores preditores de adaptação dessas pessoas, na vida adulta e na velhice.

O envelhecimento é um fenômeno sócio-demográfico relativamente novo, e mais novo ainda é envelhecer com deficiência física, principalmente sob condições deficitárias de saúde e educação, realidade em que vive a maioria da população de todas

as idades dos países em desenvolvimento. As mudanças nas políticas voltadas a este segmento deveriam garantir sua participação em todos os aspectos da vida social, principalmente no mercado de trabalho, medidas dessa natureza tendem a integrar indivíduos e suas diferenças, a incentivar cidadania e a ajudar a desfazer preconceitos.

O século XXI deverá ser uma época em que mais e mais pessoas portadoras de deficiência física chegarão à velhice. O desafio para nossa sociedade será desenvolver programas e serviços que garantam um envelhecimento com qualidade de vida, numa comunidade onde a eliminação de barreiras arquitetônicas e sociais seja fato, e onde haja suporte instrumental e afetivo para todos. Idealmente, esse desafio deve ser encarado por todos os profissionais, como uma oportunidade para um mundo melhor.

Nas palavras de NERI (1997, p.198) “*seria importante que a sociedade pudesse oferecer aos seus membros oportunidades de realização de seu potencial de realização, sendo ou não portador de deficiência física, até a idade avançada*”. (grifo nosso).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

AGREE, E. M. The influence of personal care and assistive devices on the measurement of disability. *Social Science and Medicine*. V.48, pp. 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, pp. 977-988, 1999.

AMARAL, L. A. Integração social e suas barreiras: representações culturais do corpo mutilado. *Revista Terapia Ocupacional*. USP, V.2, N.4, pp. 188-195, 1991.

_____. *Espelho convexo: o corpo desviante no imaginário coletivo, pela voz da literatura infanto-juvenil*. São Paulo: SP, 1992. Tese (Doutorado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

AMIRALIAN, M. L. T., PINTO, E. B., GHIRARDI, M. I.G., LICHTIG, I., MASINI, E. F. S., PASQUALIN, L. Conceituando deficiência. *Revista de Saúde Pública*. V.34, N.1, pp. 97-103, 2000.

APARU – Associação dos Paraplégicos de Uberlândia. [on line]. Disponível na Internet. URL: <<http://www.triang.com.br/aparu>> Consultado em 06/10/1999.

ARAÚJO, L. A. D. *A proteção constitucional das pessoas portadoras de deficiência*. 2^a ed. Brasília, DF: CORDE, 1997.

BALTES, P. B. Theoretical propositions of the life-span developmental psychology: on the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*. V.5, pp. 611-626, 1987.

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.

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

_____. *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. New Jersey: Prentice-Hall, 1986. (Prentice-Hall series in social learning theory).

BEATTIE, J. R., ANDERSON, R. J., ANTONAK, R. F. Modifying attitudes of prospective educators toward students with disabilities and their integration into classrooms. *The Journal of Psychology*. V.131, N.3, pp. 245-259, 1997.

BERGER, M. *A Projeção da Deficiência*. São Paulo, SP, 1999. (Mestrado em Antropologia Social). Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, USP.

BERQUÓ, E. Algumas considerações demográficas sobre o envelhecimento da população no Brasil. *Seminário Internacional sobre Envelhecimento Populacional: uma agenda para o fim do século*. Brasília, DF: 1996.

_____. Considerações sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: NERI, A L., DEBERT, G. G. (orgs.). *Velhice e sociedade*. Campinas, SP: Papyrus, 1999. (Coleção Vivacidade).

BERROL, C.F. Trainee attitudes toward disabled persons: effect of a special physical education program. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 65, pp. 700-765, 1984.

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.

_____. *Resultado da sistematização dos trabalhos da câmara técnica sobre reserva de vagas para portadores de deficiência: subsídios para regulamentação do artigo 5º § 2º da Lei 8112/90*. Brasília, DF: CORDE, 1996a.

_____. Centro de Vida Independente do Rio de Janeiro. *Mídia e deficiência: manual de estilo*. 3ª ed. Brasília, DF: CORDE, 1996b.

BRILLHART, B. A., JAY, H., WYERS, M. E.. Attitudes toward people with disabilities. *Rehabilitation Nursing*. 15, 81-85, 1990.

- BUSCÁGLIA, L. *Os deficientes e seus pais*. Rio de Janeiro: Record, 1993.
- BUTLER, R. N. *Ageism: another form of bigotry*. *The Gerontologist*. V.9, pp. 243-246, 1969.
- CAMARANO, A.A., GHAOURI, S. K. E. Idosos brasileiros: que dependência é essa? In: CAMARANO, AA (org.) *Muito além dos 60: os novos brasileiros*. Rio de Janeiro, RJ: IPEA, 1999.
- CARMO, A. A. *Deficiência Física: a sociedade brasileira cria, recupera e discrimina*. Secretaria dos Desportos, Brasília, DF: CORDE, 1991.
- CARRILLO, M. D. V., GARCIA, M. F., BLANCO, I. S. Escalas de actividades de la vida diaria. *Rehabilitación*. V.28, N. 6, pp. 377-388, 1994.
- CEDIPOD - *Centro de Documentação e Informação do Portador de Deficiência*. [on line]. Disponível na Internet. URL: <http://www.mbonline.com.br/cedipod> Consultado em 09/09/1999.
- CHAGAS, A. M. R. Deficiências de saúde no Brasil e nas famílias brasileiras. *Como vai? População Brasileira*. IPEA: Ano IV, N.1, pp. 29-42, 1999.
- DE VITTA, A. Atividade física e bem-estar na velhice. In: NERI, A. L., Freire, S. A. (orgs.) *E por falar em boa velhice*. Campinas, SP: Papyrus, 2000.
- DEBERT, G. G. A invenção da terceira idade e a rearticulação de formas de consumo e demandas políticas. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. São Paulo, V. 12, N. 34, pp: 39-56, 1997.
- _____. G. G. *A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo, SP: Editora da Universidade de São Paulo: Fapesp, 1999.
- DIAS, M. P. A. L. Prevenção dos problemas psíquicos. In: GUIDI, M. L. M; MOREIRA, M.. R. L. P. *Rejuvenescer a Velhice*. Brasília, DF: UnB, 1994.

DIENER, E., SUH, M. E. Subjective well-being and age: an international analysis. In: SCHAIE, K. W., LAWTON, M. P. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics - Focus on Emotion and Adult Development*. Vol. 17, 1997.

ERIKSON, E. H. *O ciclo de vida completo*. Tradução: Maria Adriana Veríssimo Veronese. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

FERRER, B. A., GREGG, N. Women with disabilities: missing voices. *Women's Study International Forum*. V.21, N.4, pp.429-439, 1998.

FERREIRA, A. C. *O desafio de aprender matemática no curso noturno: um estudo das crenças de estudantes de uma escola pública de Belo Horizonte*. Campinas, SP: [s.n.], 1998. (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, UNICAMP.

FREIRE, S. A. *Bem-estar subjetivo e metas de vida: comparação entre três grupos etários*. Campinas, SP: 1999. (Projeto de qualificação: Doutorado em Educação) - Faculdade de Educação, UNICAMP.

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, N.4, pp. 531-543, 1998.

FRIED, L. P, BANDEEN-ROCHE, K., KASPER, J. D., GULRALNIK, J. M. Association of comorbidity with disability in older woman: the woman's health and aging study. *Journal of Clinical Epidemiology*. V.52, N.1, pp. 27-37, 1999.

GAETJENS, C. A. Contributions of age diversity among students to graduate education in Gerontology: student's view. *Educational Gerontology*. V.23, N.8, pp. 763-774, 1997.

GATZ, M. Questions that aging puts to preventionities. In: BOND, L. A., CUTLER, S. J., GRANS, A. (eds.) *Promoting successful and productive aging*. 1st ed. Thousand Oaks, California: SAGE, 1995.

GEORGES, C. A youngster has HIV, poor attention span; Is he really disabled? *The all Street Journal C*, N. 65, October 1, 1997.

GRAYSON, E., MARINI, I. Simulated disability exercises and their impact on attitudes toward persons with disability. *International Journal of Rehabilitation Research*. V. 19, pp. 123-131, 1996.

HAWKINS, M. J. College students' attitudes toward elderly persons. *Educational Gerontology*. V.22, N.3, pp.271-279, 1996.

HECKHAUSEN, J., DIXON, R. A., BALTES, P. B. Gains and losses in development throughout adulthood as perceived by different adult age groups. *Developmental Psychology*. V.25, pp. 109-121, 1989.

HECKHAUSEN, J., SCHULZ, R. A life span model of successful aging. *American Psychologist*. V.51, N.7, pp. 702-714, 1996.

HECKHAUSEN, J. *Developmental regulation in adulthood: age-normative and sociostructural constraints as adaptative challenges*. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.

JANUZZI, P. M. *Mobilidade ocupacional e social dos migrantes no Estado de São Paulo: 1980 – 1993*. Campinas, SP: 1998. (Doutorado em Demografia) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, UNICAMP.

KATZ, D., STOTLAND, E. A preliminary statement to a theory of attitude structure and change. In: KOCH, S. *Psychology: a study of a science*. New York: McGraw-Hill, V.3., 1959.

KATZ, I., HASS, R. G., BAILEY, J. Attitudinal ambivalence and behavior toward people with disabilities. In: YUKER, H. E. (Ed.), *Attitudes Toward Persons With Disabilities*.. Springer, New York, 1988.

KAUCHAKJE, S. Igualdade e Diferença - Falso Dilema no Campo do Direito. In: QUEVEDO, A. A. F., OLIVEIRA, J. R, MANTOAN, M. T. E.(eds.). *Mobilidade e Comunicação: desafios à tecnologia e à inclusão social*. Campinas, SP: Ed. do Autor, 1999.

KRECH, D., CRUTCHFIELD, R. S., BALLACHEY, E. L. *Individual in society*. New York: McGraw-Hill, 1962.

KEMPEN, G. I. J. M., HEUVELEN, M. J. G., SONDERER, E., BRINK, R. H. S., KOOIJMAN, A. C., ORMEL, J. The relationship of functional limitations to disability and the moderating effects of psychological attributes in community-dwelling older persons. *Social Science and Medicine*. V.48, pp. 1161-1172, 1999.

LAMARCA, R., FERRER, M., ANDERSEN, P. K., LIESTOL, K., KEIDING, N., ALONSO, J. Is the relationship between disability and survival the same at different ages? *The Gerontologist*. V.39, Special Issue 1, pp. 26, 1999.

LYS, K., PERNICE, R. Perceptions of positive attitudes toward people with spinal cord injury. *International Journal of Rehabilitation Research*. 18, pp. 35-43, 1995.

MAHONEY, F.L.; BARTHEL, D.W. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md. St. Med. J.* N.4, pp. 61-65, 1965.

MARAS, P., BROWN, R. Effects of contact on children's attitudes toward disability: a longitudinal study. *Journal of Applied Social Psychology*. V.26, N.23, pp.2113-2134, 1996.

MITCHELL, R. A., ZHOU, D., L. U., Y., WATTS, G. Community-based rehabilitation: Does it change community attitudes towards people with disability? *Disability and Rehabilitation*. V.4, pp. 179-183, 1993.

MONTANARI, P. M. Jovens e deficiência: comportamento e corpos desviantes. In: SCHOR, N., MOTA, M. S. F. T., BRANCO, V. C. (orgs.) *Cadernos juventude, saúde, desenvolvimento*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 1999. pp. 97-108.

NERI, A. L. *Envelhecer num país de jovens: significados de velho e velhice segundo brasileiros não idosos*. Campinas, SP: Ed. Unicamp, 1991.

_____ *Qualidade de vida e idade madura*. Campinas, SP: Papyrus, 1993.

_____. *Atitudes e crenças em relação à velhice. O que pensa o pessoal do SENAC – São Paulo*. São Paulo: SENAC, 1995. (Relatório técnico, circulação interna).

_____. Coping strategies, subjective well-being and successful aging. Evidences from research with mature and aged adults involved in a educational experience in Brasil. *Proceedings of the 14th Conference of the ISSBD*, Québec, Canadá. August, 1996.

_____. Atitudes em relação à velhice: evidências de pesquisa no Brasil. *Gerontologia*. V.5, N.3, pp. 130-139, 1997.

_____. *Envelhecimento e qualidade de vida na mulher*. 2000 (Texto não publicado, circulação restrita ao programa de pós-graduação em gerontologia da UNICAMP).

NERI, A. L., NOGUEIRA, E. J. Como a velhice é apresentada as crianças, em textos de literatura infantil brasileira. *Pró-posição*. Campinas, SP, V.5, N.1, pp. 13, Mar., 1994.

NERI, A. L., PAVARINI, S. C. I. Qualidade de vida na velhice e atendimento domiciliário. In: DUARTE, Y. A. O., DIOGO, M. J. D. *Atendimento Domiciliário: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu, 2000.

NEWMAN, S., FAUX, R., LARIMER, B. Children's views on aging: their attitudes and values. *The Gerontologist*. V.37, N.3, pp.412-417, 1997.

NEUGARTEN, B. L., HAVIGHURST, R. J., TOBIN, S. S. The measurements of life satisfaction. *Journal of Gerontology*. V. 16, pp. 134-143, 1961.

NOGUEIRA, E. J. *Atitudes em relação à velhice: análise de conteúdo de textos de literatura infantil brasileira*. Campinas, SP, 1992. (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, UNICAMP.

NORDSTROM, C. R., HUFFAKER, B. J., WILLIAMS, K. B. When physical disabilities are not liabilities: the role of applicant and interviewer characteristics on employment interview outcomes. *Journal of Applied Social Psychology*. V.28, N.4, pp. 283-306, 1998.

NOVAES, M. H. *Psicologia da Terceira Idade: conquistas possíveis, rupturas necessárias*. Rio de Janeiro: Nau, 1995.

NOVAES, M. H., SCHIPER, A., COUTINHO, A. P., SCHIPER, A. P., MEIRELLES, T. A influência da representação social no atendimento psico-sócio educativo do idoso. *Psicologia Escolar e Educacional*. V. 1, N. 1, pp. 25-29, 1996.

OSGOOD, C. E., SUCCI, G. J., TANNEMBAUM, P. H. *The measurement of meaning*. Urbana: University of Illinois Press, 1957.

PAPALÉO NETTO, M. Conceitos básicos em Gerontologia. *Palestra*. I Seminário de Pesquisa em Gerontologia do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Faculdade de Educação - UNICAMP. 31 de Julho de 2000.

PAULA, J. A. M. *Mobilidade no idoso: proposta para uma avaliação inicial*. Campinas, SP, 1999. (Mestrado em Gerontologia) – Faculdade de Educação, UNICAMP.

PINTO, M. E. B. *Concepções de velhice e cuidado em três gerações de origem nipo-brasileira*. Campinas, SP, 1997. (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, UNICAMP.

POLIZZI, K. G., STEITZ, J. A. Examining the aging semantic differential: suggestions for refinement. *Educational Gerontology*. V.24, N.3, pp. 207-223, 1998.

RESENDE, M. C., QUEROZ, N. C., FREIRE, S. A. *Crenças sobre a velhice influenciando no comportamento de lidar com o idoso*. (Pesquisa de aperfeiçoamento subsidiada pela FAPEMIG, Ref. SHA-56895).

RIBAS, J. B. C. *Pedágio: um estudo sobre portadores de deficiência física que trabalham como vendedores de Mentex nos semáforos da cidade de São Paulo*. São Paulo, SP, 1999. (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade de São Paulo.

RODRIGUES, A. *Psicologia Social*. 2ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1973.

ROGERS, W. A., MEYER, B., WALKER, N., FISK, A. D. Functional limitations to daily living tasks in the aged: a focus group analysis. *Human Factors*. V.40, N.1, pp. 111-125, 1998.

ROKEACH, M. *Crenças, atitudes e valores: uma teoria de organização e mudança*. Tradução: Angela Maria Magnan Barbosa. Rio de Janeiro: Interciência, 1981.

ROWE, J. W., KAHN, R. L. Successful aging. *The Gerontologist*. N.4, V.37, pp. 433-440, 1997.

RYFF, C. D. Beyond Ponce de Leon and Life Satisfaction: New directions in quest of successful aging. *International Journal of Behavioral Development*. V. 12, pp. 35-55, 1989.

SCHAIE, K. W. Ageist language in psychological research. *American Psychologist*. V.48, N.1, pp.49-51, 1993.

SCHAIE, K. W., WILLIS, S. L. *Adult development and aging*. New York: Harper Collins College Publishers, 1996.

SEEGER, A. *Os índios e nós: estudos sobre sociedades tribais brasileiras*. Rio de Janeiro, RJ: Campus, 1980.

SEEMAN, T. E., UNGER, J. B., McAVAY, G., ICON, C. F. M. Self-efficacy beliefs and perceived declines in functional ability: Mac Arthur studies of successful aging. *Journal of Gerontology; Psychological Sciences*. V.54B, N.4, pp. 214-222, 1999.

SILVA, A. M. F. Refletindo sobre a qualidade de vida do portador de deficiência: resgatando os direitos do cidadão. *Texto Contexto Enferm*.. Florianópolis, V.8, N.3, pp. 88-98, 1999.

SILVA, F. P. *Crenças em relação à velhice: bem-estar subjetivo e motivos para freqüentar Universidade da Terceira Idade*. Campinas, SP, 1999. (Mestrado em Gerontologia) – Faculdade de Educação, UNICAMP.

STRALTON, P., HAYES, N. *Dicionário de Psicologia*. Tradução: Esméria Rovai. São Paulo: Pioneira, 1994.

SUMMERS, G. F. *Medición de actitudes*. México: Trillas, 1976.

TUCKMAN, J., LORGE, I. Attitudes toward old workers. *Journal of Applied Psychology*. V.37, pp.249-260, 1953.

VALERI-GOLD, M. T. College developmental learners' perceptions, knowledge, and experiences with aged persons. *Educational Gerontology*. V.22, N.4, pp. 303-316, 1996.

VOGT, P. *Dictionary of statistics and methodology: a nontechnical guide for the social sciences*. Newbery Park, Cal: SAGE, 1993.

WAGNER, E. C. A. M., NERI, A. L. Opiniões de pessoas de diferentes faixas etárias sobre velhice: um estudo exploratório. *Estudos de Psicologia*. N. 2/3, 1985.

WAGNER, M, SCHÜTZE, Y, LANG, F. R. Social Relationships in Old Age. In: BALTES, P. B., MAYER, K. U.(Ed.). *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100*. New York: Cambridge University Press, 1999.

WARD, C. R., DUNQUIN, M. E., STREETMAN, H. Effects of intergenerational massage on future caregivers' attitudes toward aging, the elderly, and caring for the elderly. *Educational Gerontology*. V. 24, N.1, pp. 35-46, 1998.

WOOD, J. U., TAYLOR, K. L. Serving self-relevant goals through social comparison. In: SULS, S., WILLIS, T. A. (eds.) *Social comparison: contemporary theory and research*. Hillsdale, N. J.: Lawrence Erlbaum Associated Publishers, 1991.

WRIGHT, B. Attitudes and the fundamental negative bias: Conditions and corrections. In: YUKER, H.E. (Ed.), *Attitudes Toward Persons With Disabilities*. Springer, New York, 1988.