

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade

Tatiane Dias Casimiro Valença

**Envelhecer com deficiência física: Memória e Representações Sociais de
pessoas idosas**

Vitória da Conquista
Fevereiro de 2017

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade

Tatiane Dias Casimiro Valença

**Envelhecer com deficiência física: Memória e Representações Sociais de
pessoas idosas**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, como requisito parcial obrigatório para obtenção do título de Doutora em Memória: Linguagem e Sociedade.

Área de Concentração: Multidisciplinaridade da Memória.

Linha de pesquisa: Memória, Discursos e Narrativas.

Orientador (a): Profa. Dra. Luciana Araújo dos Reis

Vitória da Conquista
Fevereiro de 2017

V247e Valença, Tatiane Dias Casimiro.

Envelhecer com deficiência física: memória e representações sociais de pessoas idosas. / Tatiane Dias Casimiro Valença. Orientador (a): Dra. Luciana Araújo dos Reis. Vitória da Conquista, 2017.
164f.

Tese (Doutorado) – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Programa de Pós-graduação em Memória: linguagem e sociedade.
Vitória da Conquista, 2017.

1. Memória – Representações sociais. 2. “Envelhecimento - Idoso”. 3. Pessoas com deficiência física. I. Reis, Luciana Araújo dos. II. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Programa de Pós- Graduação em Memória: linguagem e sociedade. III. T.

CDD 305.26

Título em inglês: Aging with physical disability: memory and social representations of elderly people.

Palavras-chaves em inglês: Elderly. Aging. People with physical disabilities. Memory. Social Representations.

Área de concentração: Multidisciplinaridade da Memória.

Titulação: Doutora em Memória: Linguagem e Sociedade.

Banca Examinadora: Profa. Dra. Luciana Araújo dos Reis (presidente); Profa. Dra. Luci Mara Bertoni (Titular); Prof. Dr. Cláudio Eduardo Felix dos Santos (Titular); Profa. Dra. Fláminia Manzano Moreira Lodovici (Titular); Profa. Dra. Mirian Santos Paiva (Titular).

Data da Defesa: 07 de fevereiro de 2017.

Programa de Pós-Graduação: Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade.

Tatiane Dias Casimiro Valença

Envelhecer com deficiência física: memória e representações sociais de pessoas idosas

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, como requisito parcial e obrigatório para a obtenção do título de Doutora em Memória: Linguagem e Sociedade.

Data da aprovação: 07 de fevereiro de 2017.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Luciana Araújo dos Reis (Presidente)
Instituição: UESB

Ass.: 

Prof. Dr. Cláudio Eduardo Félix dos Santos
Instituição: UESB

Ass.: 

Profa. Dra. Luci Mara Bertoni
Instituição: UESB

Ass.: 

Profa. Dra. Mirian Santos Paiva
Instituição: UFBA

Ass.: 

Profa. Dra. Flávia Manzano Moreira Lodovici
Instituição: PUC-SP

Ass.: 

Dedico este trabalho às pessoas idosas com deficiência física que participaram deste estudo e que revelaram como superar as dificuldades com resiliência.

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida e pela sua mão a me conduzir em todos os momentos da minha caminhada.

Ao meu esposo, Mauro Valença e ao meu filho, Vynícus Valença que são pessoas importantes na minha vida e que entenderam a falta de tempo, as ausências, os estresses, mas sempre sonhando e andando comigo.

Aos meus pais e familiares pelo apoio, incentivo demonstrados durante todos os dias de minha vida.

À Prof.^a Luciana Araújo dos Reis que tive o prazer de ter como orientadora e que contribuiu de maneira imprescindível com sua amizade e seu conhecimento científico para produção deste trabalho.

Aos colegas da turma e de grupo de estudos com quem vivenciei momentos agradáveis, angústias, dúvidas, compartilhei conhecimento e fiz amizades que levarei para a vida. Em especial a Pollyanna Viana que se tornou uma amiga e uma parceira na produção acadêmica.

À Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, através do Departamento de Saúde I e da Área de Fisioterapia Aplicada pela liberação das aulas durante os dois últimos anos do curso de Pós Graduação.

Ao Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade PPGMLS/UESB pelo trabalho e empenho realizado para manter e aperfeiçoar o Programa e sua importante contribuição para o crescimento acadêmico e científico de profissionais de diversas áreas.

Às pessoas idosas com deficiência física que aceitaram participar deste estudo contribuindo assim, para ampliação do conhecimento a respeito da aquisição e viver com deficiência física na velhice. Seus relatos e suas recordações serviram como exemplos de superação e amor à vida.

Aos componentes da Banca Examinadora: Prof.^a Dr.^a Fláminia Manzano Moreira Lodovici, Prof.^a Dr.^a Mirian Santos Paiva, Prof.^a Dr.^a Luci Mara Bertoni e Prof. Dr. Cláudio Eduardo Felix dos Santos pela disponibilidade e pelo conhecimento compartilhado.

Muito obrigada!

“A vida só pode ser compreendida, olhando-se para trás; mas só pode ser vivida, olhando-se para frente”.

Soren Kierkegaard (1813-1855)

RESUMO

Durante o processo histórico cultural, a Memória Coletiva e as Representações Sociais da sociedade a respeito da velhice e da deficiência perpassam por um conjunto de atribuições e entendimentos negativos e preconceituosos. Esta tese buscou defender que a percepção estigmatizante da pessoa idosa com deficiência física não é de toda apropriada e condizente com a realidade. O objetivo geral foi conhecer as memórias e apreender as representações sociais de pessoas idosas a respeito da deficiência física adquirida na velhice; e os objetivos específicos: traçar o perfil sociobiodemográfico das pessoas idosas que adquiriram uma deficiência física na velhice; conhecer as mudanças, desafios e adaptações ocorridas na vida da pessoa idosa ao adquirir a deficiência física; identificar os elementos estruturantes das representações sociais das pessoas idosas a respeito da deficiência física na velhice. Estudo de abordagem multimétodos, natureza exploratória, descritiva, tendo como aporte teórico-metodológico a Memória Coletiva e a Teoria das Representações Sociais na abordagem da Teoria do Núcleo Central. Realizado em um Centro Especializado em Reabilitação Física e Auditiva no município de Vitória da Conquista/BA, tendo como participantes 22 pessoas idosas com 60 anos ou mais que apresentavam algum tipo de deficiência física adquirida em idade adulta. Os instrumentos para coletas de dados foram um questionário sociobiodemográfico, o Teste de Associação Livre de Palavras e a entrevista semiestruturada. Para organização e análise dos dados utilizou-se o *software Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse des Evocations/EVOC*, o *softwear NVivo* e a análise do conteúdo temática. A partir dos resultados foi possível a construção do perfil sociobiodemográfico dos participantes; a identificação dos elementos estruturantes das representações sociais sendo evidenciados como possíveis elementos constituintes do núcleo central as palavras: acostumar, dependência, limitação, superação, tristeza, viver. Também foi possível a construção dos conteúdos representacionais da deficiência física emergindo duas classes temáticas: Memória da pessoa idosa acerca da deficiência física; Percepção da pessoa idosa sobre a deficiência física. Estas classes temáticas se apresentaram em duas categorias: Recordações e narrativas da aquisição e do viver com deficiência física: múltiplos sentimentos; Representações Sociais a respeito da deficiência física para a pessoa idosa que se subdividiram em seis subcategorias para melhor apresentação e discussão dos resultados. A partir das recordações dos participantes foi possível conhecer as vivências, desafios e superações enfrentados por esses indivíduos na aquisição da deficiência física. As representações sociais dos participantes acerca da deficiência física na velhice se revelaram simbólicas, positivas e negativas dependendo da sua história de vida individual e coletiva, do seu contexto histórico-cultural, da aceitação de sua autoimagem, do estigma da sociedade, do apoio da família e da religiosidade, influenciando assim o seu modo de viver. Concluímos que a percepção estigmatizada da pessoa idosa com deficiência física na sociedade não condiz com os relatos e vivências que os participantes revelaram, como: adaptação, superação, resiliência e felicidade mesmo diante das dificuldades e limitações advindas dessa aquisição na velhice. Esta Tese está vinculada à área de concentração Multidisciplinaridade da Memória, Linha de Pesquisa “Memória, Discursos e Narrativas” e Projeto de Pesquisa “Memória, Envelhecimento e Dependência funcional” do Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, sob a orientação da Prof.^a Dr. Luciana Araújo dos Reis.

Palavras-chave: Idoso. Envelhecimento. Pessoas com deficiência física. Memória. Representações Sociais.

ABSTRACT

During the cultural historical process the Collective Memory and Social Representations of the society concerning of the old age and disability pervade by a set of attributes and negative and biased understandings. This thesis sought to defend the stigmatizing perception of elderly people with disabilities is not at all appropriate and consistent with reality. The overall objective was to know about the memories and apprehend the social representations of older people about disabilities acquired in old age; and specific objectives: to trace the sociobiodemographic profile of older people who have acquired a disability in old age; to know the changes, challenges and adaptations that occur in the life of elderly when they acquire physical disabilities; identify structural elements of social representations of older people concerning disability in old age. A study of multi-methods approach, exploratory, descriptive, having as methodological theoretical support the Collective Memory and the Theory of Social Representations on the Central Nucleus Theory approach. Conducted in a Specialized Center for Physical Rehabilitation and Hearing in Vitoria da Conquista city / BA, with 22 participants with elderly aged 60 or older who had some physical disability acquired in adulthood. The instruments for data collection were a questionnaire sociobiodemographic, the Words Free Association Test and semi-structured interview. For the organization and data analysis, it was used the software Ensemble Programmes Permettant l'Analyse des Evocations / EVOC, NVivo software and analysis of thematic content. From the results, it was possible to build the sociobiodemographic profile of the participants; the identification of structural elements of the social representations being evidenced as possible elements of the central nucleus words used: accustom, dependency, limitations, overcome, sadness, living. It was also possible the construction of representational content of disability emerging two thematic classes: an elder memory about physical disability; Perception of the elderly about the disability. These thematic classes presented in two categories: Memories and narratives acquisition and about living with physical disabilities: multiple feelings; Social representations about the physical disability to the elderly person who is subdivided into six subcategories for better presentation and discussion of results. From the memories of the participants were able to know the experiences, challenges and overcomes faced by these individuals in the disability acquisition. Social representations of the participants about physical disability in old age revealed to be symbolic, positive and negative depending on his individual and collective life history, his historical and cultural context, the acceptance of his self-image, the stigma of society, family support and religiosity, influencing, thus, his way of living. We conclude that the stigmatized perception of the elderly with physical disabilities in society is not consistent with the accounts and experiences that the participants revealed, such as: adaptation, resilience, resilience and happiness even facing difficulties and limitations from this acquisition in old age. This thesis is linked to the Multidisciplinary of Memory concentration area, Research Line "Memory, Speeches and Narratives" and Research Project "Memory, Aging and Functional dependency" of the Post-Graduation Program in Memory: Language and Society of Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, under the guidance of Prof. Dr. Luciana Araújo dos Reis.

Keywords: Elderly. Aging. People with physical disabilities. Memory. Social Representations.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Desenho do percurso metodológico do estudo.....	71
Figura 2 - Nuvem de palavras: Percepção carregada de simbolismo.....	105
Figura 3 - Nuvem de palavras: Percepção negativa e estigmatizante.....	111
Figura 4 - Nuvem de palavras: Percepção positiva e resiliente.....	119

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Caracterização do sistema central e do sistema periférico de uma representação social	53
Quadro 2 - Caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo.....	74
Quadro 3 - Caracterização dos participantes do estudo em relação à deficiência física adquirida	77
Quadro 4 - Esquema figurativo por ordem de evocação: identificação dos possíveis elementos do núcleo central das representações sociais sobre a deficiência física adquirida entre pessoas idosas no município de Vitória da Conquista, Bahia, 2016.....	80
Quadro 5 - Distribuição das categorias e subcategorias analíticas das memórias e representações sociais de pessoas idosas com deficiência física adquirida.....	86

LISTA DE ABREVIATURAS

AVE	Acidente Vascular Cerebral
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
EVOC	Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse des Evocations
FME	Frequência Média de Evocação
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSS	Instituto Nacional de Seguro Social
MEEM	Mini-Exame do Estado Mental
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OME	Ordem Média de Evocação
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
SUS	Sistema Único de Saúde
TALP	Teste de Associação Livre de Palavras
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UESB	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	CONTEXTUALIZANDO O ENVELHECIMENTO HUMANO E A DEFICIÊNCIA FÍSICA.....	23
2.1	ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E CONCEITOS DO ENVELHECIMENTO HUMANO	23
2.2	A DEFICIÊNCIA FÍSICA NO CONTEXTO HISTÓRICO CULTURAL.....	28
2.3	SER IDOSO E DEFICIENTE FÍSICO: DUPLO ESTIGMA.....	35
3	MEMÓRIA COLETIVA E TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	40
3.1	MEMÓRIA COLETIVA.....	40
3.2	TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	45
3.3	ENTRELAÇAMENTO DOS CAMPOS DA MEMÓRIA COLETIVA E DA TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	54
4	CAMINHAR METODOLÓGICO.....	60
4.1	CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	60
4.2	CENÁRIO DO ESTUDO.....	61
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	62
4.4	INSTRUMENTOS PARA COLETA DOS DADOS.....	63
4.5	PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	65
4.6	ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	67
4.7	QUESTÕES ÉTICAS.....	71
5	MEMÓRIA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA PESSOA IDOSA A CERCA DA AQUISIÇÃO DA DEFICIÊNCIA FÍSICA.....	73
5.1	CARACTERIZAÇÃO SOCIOBIODEMOGRÁFICA DAS PESSOAS IDOSAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA ADQUIRIDA.....	73
5.2	ELEMENTOS ESTRUTURANTES DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DAS PESSOAS IDOSAS A RESPEITO AQUISIÇÃO DA DEFICIÊNCIA FÍSICA NA VELHICE.....	79
5.3	MEMÓRIA E CONTEÚDO REPRESENTACIONAL DA AQUISIÇÃO DA DEFICIÊNCIA FÍSICA PELA PESSOA IDOSA	85
5.3.1	Recordações e narrativa da aquisição e do viver com deficiência física: múltiplos sentimentos.....	86
5.3.1.1	Narrativa da aquisição da deficiência física.....	87

5.3.1.2	Reações da pessoa idosa ao adquirir a deficiência física.....	92
5.3.1.3	O viver antes e após adquirir a deficiência física.....	94
5.3.2	Representações Sociais a respeito da deficiência física para a pessoa idosa.....	103
5.3.2.1	Percepção carregada de simbolismo.....	104
5.3.2.2	Percepção negativa e estigmatizante.....	110
5.3.2.3	Percepção positiva e resiliente.....	117
6	CONCLUSÃO	126
	REFERÊNCIAS	130
	ANEXO	146
	APÊNDICE	152

1 INTRODUÇÃO

“Só sabemos com exatidão quando sabemos pouco; à medida que vamos adquirindo conhecimentos, instala-se a dúvida”.

(GOETHE, 1832)

A motivação para a elaboração desta tese surgiu em virtude da nossa experiência na vida acadêmica e profissional, pois, sempre nos inquietou a busca pelo aprofundamento nos estudos relacionados ao processo de envelhecimento e suas consequências em âmbito individual e social. Durante a graduação no Curso de Fisioterapia, dentre as várias especialidades as quais tivemos a oportunidade de estudar, tivemos um interesse maior pela área da geriatria. A partir daí procuramos nos aprofundar no conhecimento científico para atuar junto à população idosa, seja na prática do cuidado, como na prevenção dos agravos à saúde destes indivíduos.

Posteriormente, buscamos nos especializar no campo da gerontologia. Em seguida, participamos do Programa de Mestrado em Enfermagem e Saúde Coletiva, no qual tivemos a oportunidade de pesquisar “A formação do fisioterapeuta para o cuidado à pessoa idosa e sua família no contexto domiciliário”. Assim, a cada novo degrau nessa escalada do conhecimento sobre o processo de envelhecimento humano, percebíamos que não só a questão fisiológica do envelhecer deveria ser estudada, avaliada e entendida. Mas, outros aspectos como o econômico, social, psicológico, ambiental, relacional e de cidadania também se mostraram importantes podendo influenciar, de maneira preponderante, nas condições de enfrentamento do envelhecer humano e do viver com uma deficiência física.

Quando conhecemos o Programa de Pós Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade, que apresenta uma perspectiva multidisciplinar, percebemos que esta seria a oportunidade de discutir de maneira mais aprofundada as questões sociais e humanas que influenciam diretamente a condição de saúde e qualidade de vida do ser idoso quando associadas a uma deficiência física adquirida. Isso porque o indivíduo não é um ser isolado, mas que vive em sociedade, influenciando e sendo influenciado de maneira sistêmica.

Fenômenos como o envelhecimento humano e a deficiência física estão presentes em nosso cotidiano na prática profissional como fisioterapeuta no momento em que atuamos na prevenção e reabilitação de agravos à saúde que atingem pessoas idosas e pessoas com deficiência física. Neste contexto, estamos em contato com idosos que apresentam algum tipo de deficiência física adquirida devido aos mais variados fatores causais, como sequelas de

doenças crônicas degenerativas (Acidente Vascular Encefálico/AVE, Diabetes Mellitus, Vasculopatias, etc.), acidentes de trânsito, traumas, entre outros.

Também nos encontramos com esta população ao trabalhar como docente do curso de Graduação em Fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia /UESB. Durante as aulas práticas da disciplina de Reumatologia Aplicada à Fisioterapia ou nos Estágios Supervisionados na Clínica Escola de Fisioterapia da UESB, orientando e acompanhando os graduandos do referido curso no cuidado com as pessoas idosas com deficiência física.

Muitas dessas pessoas permanecem por anos sendo assistidas na Clínica Escola de Fisioterapia da UESB devido ao fato de apresentarem doenças crônicas. Assim, são estabelecidos laços de amizade entre paciente e profissional, o que favorece a familiaridade, a troca de informações e a possibilidade de conhecer de forma mais global os problemas, desafios, conquistas e alegrias vivenciadas por estes indivíduos no seu cotidiano. Ao manter este contato quase que diário com algumas destas pessoas idosas que adquiriram uma deficiência física, percebemos que muitas relatam, em sua história de vida, experiências que demonstram adaptação e superação dos desafios advindos a partir desta aquisição. Portanto, mesmo sendo um fato que traz impacto para vida das pessoas idosas, algumas delas possuem a capacidade de vencer os obstáculos e se adaptar à nova condição de vida.

Entretanto, também encontramos pessoas que apresentam pensamentos e ações preconceituosas em relação à pessoa com deficiência física, principalmente, quando além de deficiente, a pessoa é também uma pessoa idosa. A sociedade, a família, o próprio idoso e até mesmo alguns profissionais da área da saúde entendem a deficiência física associada ao envelhecimento como uma situação, na qual não se pode evoluir funcionalmente. Algumas pessoas acreditam que a dependência e a incapacidade já estão instaladas de forma definitiva e que a melhoria nos ganhos funcionais destes indivíduos é pequena ou impossível, restando-lhe a espera pelo fim da vida. Percebemos que apesar de todo o avanço científico e tecnológico do mundo contemporâneo não se extinguiram, do imaginário social, determinados conteúdos e significados pejorativos acerca da pessoa idosa e da pessoa com deficiência, como a limitação, incapacidade, desânimo e até piedade em relação a estes indivíduos. Para muitas pessoas ainda prevalece uma visão estigmatizada, discriminatória e limitada em relação à capacidade, potencialidades e direitos desta população.

Uma forte justificativa para o maior aprofundamento no conhecimento a respeito do tema envelhecimento e deficiência física é o crescimento em plano mundial do número de idosos. Pouco ou nada, porém se tem feito para prevenção e atenção das limitações próprias do processo de envelhecimento que podem se tornar causas de deficiências. Além disso,

conforme escreve Camarano (2004) é observada a ausência de mudanças na forma como as sociedades organizam seu cotidiano e produzem a melhoria das políticas públicas voltadas à deficiência e à pessoa idosa. Conhecer a memória e as representações sociais da deficiência física também é relevante porque ajuda a entender que muito da deficiência é resultado de um contexto social e econômico que se reproduz no tempo, pois a deficiência no envelhecimento é, em parte, a expressão de desigualdades surgidas no passado e que são mantidas até o presente. No plano individual a relevância está na necessidade premente de identificar a percepção que o próprio indivíduo e a sociedade apresentam quando se fala da pessoa idosa e da pessoa com deficiência física. Ao estudar os grupos minoritários, grande parte dos estudos aborda o conceito de estereótipo como atrelado à questão étnica ou de gênero, sendo poucas as pesquisas relacionadas à pessoa com deficiência, reforçando assim, a importância de conhecer melhor este tema (PEREZ, 2012).

A partir destas experiências em nosso contexto profissional e diante da complexidade do tema que envolve a aquisição de uma deficiência física na velhice emergiu a seguinte questão: Quais as recordações e os sentidos atribuídos pela pessoa idosa à aquisição da deficiência física?

Certamente, a aquisição de uma deficiência física é marcada pela complexidade de aspectos individuais e coletivos que podem deixar marcas na trajetória de vida destes idosos e influenciar na construção do sentido atribuído a esta aquisição. Ao buscar um maior aprofundamento no conhecimento dessa temática observamos que o envelhecimento humano e a deficiência física estão sendo foco de algumas pesquisas e discussões no meio científico nas áreas da saúde, economia, políticas públicas, previdência social, entre outras. Entretanto, estudos científicos que abordem a temática da deficiência física adquirida na velhice não são encontrados, o que revela que a sociedade não está dando a devida importância a um problema social, de saúde e de cidadania. O envelhecimento que ocorre de maneira global tem uma grande influência sobre as tendências relativas às deficiências. A relação aqui é direta: há um risco maior de deficiência entre pessoas mais velhas, e no Brasil as pessoas estão envelhecendo a taxas nunca antes observadas (WHO, 2012).

Nesta perspectiva, além da mudança no aspecto demográfico, também está ocorrendo uma alteração no aspecto epidemiológico com o aumento da incidência das doenças crônico-degenerativas. Estas estão diretamente relacionadas com o fator da idade mais avançada e podem, conseqüentemente, trazer algum tipo de deficiência, principalmente a do tipo física. Com isso, a pessoa idosa ao adquirir uma deficiência física pode apresentar limitações

funcionais, necessitando de apoio ou proteção para o desenvolvimento de certas atividades da vida diária e para sua integração na convivência social.

O termo “velhice”, durante o curso da história, foi, na maioria das vezes, concebido pela humanidade como uma etapa inevitável de decadência, declinação e antecessora da morte. Era comumente associada à fragilidade, inutilidade e angústia. De acordo com Beauvoir (1990), não é fácil circunscrever a velhice, pois é um fenômeno que envolve múltiplos fatores como o biológico, psicológico, existencial e social. A pessoa ao envelhecer defronta-se com problemas e limitações de ordem biológica, econômica e sociocultural que singularizam seu processo de envelhecimento. Sendo assim, apenas uma descrição analítica dos diferentes aspectos da velhice não é considerada suficiente para explicá-la, visto que cada um desses aspectos interage com todos os outros e é por eles afetado.

Ao longo do processo histórico, a imagem que se construiu da velhice variou dependendo da cultura, do tempo e do lugar. Em alguns períodos, os idosos eram valorizados enquanto em outros eram descartados e desvalorizados. Esta rotatividade ideológica evidencia a falta de uma concepção única ou definitiva da velhice, no decorrer da história. Pode se dizer, então, que o envelhecimento é interpretado de várias maneiras por diversas pessoas, em variados contextos e em diferentes épocas.

Destarte, a construção do significado da velhice é permeada por crenças, mitos, preconceitos, estereótipos que nesta sociedade expressam-se por meio de representações depreciativas. De acordo com Beauvoir (1990) e Bosi (2012), a sociedade formula uma série de clichês a respeito da velhice baseados no fato de que, quando se considera o homem idoso um objeto da ciência, da história e da sociedade, procede-se a sua descrição em exterioridade, isto é, o idoso é descrito pelo outro e não por ele próprio.

No imaginário social, o conceito tradicional de velhice está concebido por um conjunto de atribuições e transformações negativas associadas à estagnação, perdas, isolamento, final de vida, exclusão da rede produtiva, doenças, dependência e incapacidades (RODRIGUES; SOARES, 2006). Entretanto, Beauvoir (1990) declara que o idoso é um indivíduo que interioriza a própria situação e a ela reage. Esse fato encerra a velhice em uma pluralidade de experiências individuais que impossibilita retê-la em um único conceito.

Ao se discutir a respeito da deficiência física esta é definida como uma alteração que impossibilita o desempenho esperado e adequado da função física de uma determinada parte do corpo afetada (BRASIL, 2015). O principal grupo de deficientes da população brasileira concentra-se entre os idosos e essa presença elevada pode ser explicada pelo processo natural de envelhecimento humano quando há perda gradual da acuidade visual, auditiva e motora do

indivíduo (BRASIL 2015). Além disso, indivíduos idosos são mais susceptíveis a problemas de saúde que podem gerar deficiência física, como as do sistema circulatório, o Acidente Vascular Encefálico/AVE, Diabetes Mellitus, além de traumas (BRASIL, 2015).

Apesar das mudanças em relação à percepção da pessoa idosa e da pessoa com deficiência ao longo da história, fica evidente que a sociedade ainda não sabe lidar com esses fenômenos, persistindo ideias e atitudes que refletem a marginalização, o estigma e o preconceito. Estas formas de pensar e agir limita e impede a participação destes grupos de pessoas na sociedade, pois é construída uma imagem equivocada da pessoa idosa e deficiente física, não dando o devido valor aos outros atributos que tais pessoas possuem. Essa situação gera estigma que, além de afastar um indivíduo da sua própria identidade, afasta aqueles com os quais se relaciona favorecendo a discriminação e o isolamento social (DIAZ, 1995). Mas este conceito não condiz com a realidade, uma vez que o envelhecer pode se dar de maneira ativa e independente para muitas pessoas.

No curso da história, as pessoas com deficiência foram estigmatizadas, excluídas e segregadas do convívio social. Assim, a memória coletiva, o imaginário coletivo e a representação depreciativa a respeito da deficiência física vêm sendo construídos ao longo dos anos, sendo repassados às gerações seguintes. Na atualidade, a deficiência física ainda é associada pela sociedade e, por vezes pelo próprio indivíduo, a estereótipos de indicam piedade, incapacidade, dependência e inutilidade o que revela resquícios da maneira discriminatória de perceber esse fenômeno em épocas anteriores.

Diante deste contexto, quando o envelhecimento e deficiência física se fazem presentes em um mesmo indivíduo, a tendência da sociedade é entender que as dificuldades e limitações para realização das atividades da vida diária e laborais serão ainda maiores ou, ainda, que estes idosos com deficiência não conseguirão realizar suas atividades sem o auxílio de outra pessoa. Isso porque o envelhecer e a deficiência física, comumente geram na mente humana representações duplamente estigmatizantes (RESENDE, 2006).

Posto isso, esta tese busca argumentar que a deficiência física na velhice não pode ser representada unicamente como um fato que traz prejuízos à pessoa idosa que a adquiriu, mas que este indivíduo pode se adaptar e superar tal aquisição e ter uma vida com qualidade dentro das suas limitações e do seu contexto fisiológico, social, econômico, cultural e emocional. Assim, a visão duplamente estigmatizada em relação à pessoa idosa com deficiência física, que geralmente vigora na memória coletiva, não deve ser aceita como uma situação totalizante, uma vez que muitos destes indivíduos, mesmo com limitações funcionais importantes conseguem ser ativos e felizes no ambiente social onde estão inseridos.

A pessoa idosa ao narrar suas experiências de vida e suas recordações sobre a aquisição de uma deficiência física em uma idade mais avançada pode revelar para si, para os outros e para a sociedade os desafios, preconceitos e dificuldades enfrentados por eles antes, durante e após esta aquisição. Entretanto, também pode revelar situações que remetem ao apoio familiar, adaptação, superação, felicidade e planos para o futuro. Portanto, a forma de representar a aquisição da deficiência física pela pessoa idosa pode ir além da visão de incapacidade, dependência, inutilidade e tristeza, podendo variar a depender de vários aspectos, como os sociais, econômicos, relacionais, comportamentais e culturais que envolvem a vida deste indivíduo.

A partir desta argumentação, esta tese apresentou como objetivo geral analisar as memórias e apreender as Representações Sociais de pessoas idosas a respeito da aquisição e do viver com a deficiência física na velhice, no seu contexto de relações interpessoais e intergrupais, indo além da visão estigmatizante que predomina no contexto histórico cultural sobre o ser idoso e deficiente físico. Também se apresentaram como objetivos específicos: traçar o perfil sociobiodemográfico das pessoas idosas que adquiriram uma deficiência física na velhice; conhecer as mudanças, desafios e adaptações ocorridas na vida da pessoa idosa ao adquirir a deficiência física; identificar os elementos estruturantes das representações sociais das pessoas idosas a respeito deficiência física na velhice.

Para um maior embasamento teórico foi necessário buscar autores que abordam o envelhecimento humano, como Mercadante (1997), Beauvoir (1990), Camarano (2010), Neri (2011), Bosi (2012), Papaléo Neto (2016), entre outros, como também estudiosos na questão da deficiência física, dentre os quais Goffman (1988), Oliver (1990), Farias e Buchalla (2005), Diniz (2007) e outros. Como aporte teórico-metodológico foi empregada a Teoria das Representações Sociais proposta a partir das ideias de Moscovici (1978, 2015), Abric (2000), Jodelet (2001), e Sá (1995, 2002, 2005, 2007) entrelaçada à teoria da Memória Coletiva, segundo os conceitos de Halbwachs (2004, 2012), Sá (2005, 2007), Bosi (2012), Santos (2012) entre outros estudiosos do tema.

Portanto, optamos por desenvolver este estudo tendo a Teoria das Representações Sociais como campo teórico porque entendemos que esta teoria permite compreender o processo de organização das representações que as pessoas idosas com deficiência física construíram, em meio a um contexto tão complexo de múltiplas facetas acerca do adquirir e viver com uma deficiência física na velhice, uma vez que esta construção influi nas atitudes, nos comportamentos, no desempenho das atividades da vida diária e nas relações sociais no

seu cotidiano. Ou seja, as Representações sociais funcionam como um sistema de interpretação da realidade e determina os comportamentos e as práticas dos sujeitos.

A Teoria das Representações Sociais proposta por Moscovici (2015) e Jodelet (2001) é descrita como sistemas teóricos do senso comum nos quais atores sociais compreendem e interpretam seu ambiente natural e social e nele se situam. Ainda de acordo Jodelet (2001), a representação social, "... é uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social" (p. 22). Estas representações vão influenciar os comportamentos sociais, conhecimentos, comunicação e a maneira de pensar e agir do indivíduo (MOSCOVICI, 2015). Assim, uma representação social é perspectivada a partir das experiências individuais, das informações, saberes e modelos de pensamento, que são recebidos e transmitidos pela tradição, educação e comunicação social, e que constitui o conhecimento do senso comum. Segundo Jodelet (2001), as representações sociais são tidas como objeto de estudo legítimo, pela sua importância na vida social e na elucidação possibilitadora dos processos cognitivos e de interações sociais.

Considerada uma "grande teoria", a Teoria das Representações Sociais teve vários desdobramentos, dentre eles a Teoria do Núcleo Central proposta por Jean-Claude Abric, em 1976 (ABRIC, 2000). A premissa dessa abordagem é que toda organização de uma representação social ocorre em uma estrutura hierarquizada, formada por um sistema central, ou núcleo central, que é rígido, coerente, estável e consensual constituído por um ou mais elementos que dão significado à representação, e por outro sistema periférico mais flexível e sensível ao contexto, no qual se manifesta a heterogeneidade do grupo, sendo responsável pela adaptação contextual da representação e proteção do núcleo central (VEIGA; FERNANDES; PAIVA, 2011; ABRIC, 2000).

Esta teoria tem sido muito utilizada nos últimos anos em pesquisas nos campos da saúde e ciências sociais, uma vez que contribui para a compreensão do pensamento e das práticas sociais. Também se apresenta como importante ferramenta que auxilia na compreensão de informações, posicionamento e justificativa de ações em uma realidade concreta vivenciada pelos indivíduos (SÁ, 2002), no caso desta pesquisa, na realidade vivenciada pela pessoa idosa ao adquirir uma deficiência física.

De acordo com Sá (2002), algumas inovações foram propostas com o avanço dos estudos que utilizaram a Teoria das Representações Sociais em contrapartida ao modelo dominante de pesquisa científica. Esta teoria tem como interesse apreender como um novo conhecimento científico se difunde e é apropriado por diferentes grupos sociais. Deste modo,

estudar representação social da pessoa idosa sobre a deficiência física implica em focalizar como o indivíduo compreende essa aquisição e não como ele se comporta (BRITO; OLIVEIRA; EULÁLIO, 2015). Sá (1995) também acrescenta que o termo representação social é multifacetário, pois pode designar tanto um conjunto de fenômenos quanto o conceito que os engloba e a teoria que os explica. Assim, pode ser concebida como teoria, categoria explicativa ou analítica ou como conceito (ROCHA, 2014).

Portanto, analisar as Representações Sociais das pessoas idosas a respeito do envelhecer com deficiência física é buscar compreender como estas pessoas, em suas interações sociais, decodificam e assimilam as questões que se apresentam no seu cotidiano. Também é possível apreender os processos e mecanismos pelos quais este grupo constrói o sentido do processo de envelhecer com a aquisição de uma deficiência física, sua realidade cotidiana evidenciada nas dificuldades, desafios, preconceitos e adaptações enfrentadas pelos sujeitos e na construção de sua identidade individual e coletiva.

Deste modo, a utilização da Teoria das Representações Sociais como aporte teórico-metodológico possibilita a compreensão de conhecimento do mundo no qual os grupos constroem e compartilham um conjunto de conhecimentos, conceitos e explicações sobre determinado fato ou tema, durante as conversações interpessoais que estabelecem no cotidiano (MOSCOVICI, 2015). Assim, ao conhecer e analisar as memórias e as Representações Sociais elaboradas pela pessoa idosa a respeito da deficiência física é possível revelar a realidade em relação ao estigma que a sociedade lança sobre estes indivíduos e que esteve presente ao longo do contexto histórico cultural. Segundo Jodelet (2001), conceber o sujeito sob a ótica social dos significados é considerá-lo como detentor de um saber construído e partilhado socialmente pela interação.

Os preconceitos sociais nunca são manifestados de forma isolada, mas têm como base sistemas de raciocínio e linguagem no tocante a natureza biológica e social do homem e suas relações com o mundo. Ou seja, processos psicológicos simbólicos, conceituais e condutas produzidas pelas interações e relações sociais (MOSCOVICI, 2015). Estes são comunicados entre as gerações e as pessoas que passam por estigma, como a pessoa idosa com deficiência física pode ser naturalmente coagida a aceitar o molde elaborado, assumindo uma postura de conformismo. Assim, as experiências estigmatizantes concretas vivenciadas pelos idosos deficientes determinam a subjetividade, a representação e o pensamento, ou seja, vão sendo processadas, elaboradas e interiorizadas na prática.

Em relação à memória coletiva, nas últimas décadas têm proliferado os estudos científicos a respeito da memória coletiva, sendo essa, objeto de várias ciências que buscam

compreender o funcionamento da sociedade, política, cultura, literatura e arte (SÁ, 2007). Ou seja, buscam esclarecer de que maneira as coletividades pensam e se relacionam com o seu passado tendo como categoria de análise a memória (OCHOA; ARGUETA; MUÑOZ, 2005). De acordo com Halbwachs (2012), há uma relação direta entre a memória individual e as relações sociais que se estabelece, ou seja, ao lembrar cada indivíduo toma como referência os acontecimentos e contextos coletivos. Assim, cada memória individual é um ponto de vista da memória coletiva que é mutável de acordo com a localização espaço-temporal de cada indivíduo e de suas relações com o grupo.

A memória individual é aquela construída a partir de referências e recordações que são próprias do grupo. A lembrança para Halbwachs (2012) é uma reconstrução do passado a partir da representação que um grupo possui de seus interesses atuais. De acordo com esse autor, os indivíduos percebem o passado através das representações coletivas e apresentam lembranças que devem ser compreendidas como parte de um grupo. A partir dessa ideia, esta pesquisa se apropria desta compreensão de que a memória é coletiva e é reconstrução do passado influenciado pelo presente ao se debruçar sobre as recordações do viver com deficiência física e sobre as representações sociais elaboradas acerca da deficiência física.

Por meio da memória dos idosos, Bosi (2012) considera que podemos ter acesso a um mundo social com toda a sua riqueza. Assim, ao fazer a relação do passado com o presente, o indivíduo seleciona o que lhe foi mais significativo para ser lembrado e reconstrói com imagens do presente o que foi vivenciado no passado. Ao ouvir as recordações dos idosos sobre a sua vida antes e após a aquisição da deficiência física, é possível ter acesso às experiências, às informações e aos conhecimentos do contexto social, cultural, político, econômico e emocional do passado atualizado no presente. Deste modo, podemos entender como as representações a respeito da deficiência física foram sendo construídas por estes indivíduos.

Ao analisar a memória dos idosos atenta-se para sua dimensão social, ou seja, para o aspecto coletivo de sua construção. A relação dialética entre o idoso e o meio se manifesta nas suas recordações que carregam em si representações produzidas pelos grupos sociais dos quais ele faz parte. Estar atento aos relatos das experiências vivenciadas pelos idosos antes e após a aquisição de uma deficiência física permite conhecer tanto as particularidades pessoais do indivíduo como os valores socialmente instituídos sobre a deficiência física e como essa é representada pelo idoso. A partir das ideias descritas nestas teorias foi possível tecer uma rede de interpretações na rica narrativa das pessoas idosas sobre suas experiências e percepções do adquirir e viver com deficiência física na velhice.

Ao projetar este estudo a respeito da memória coletiva e das representações sociais de pessoas idosas acerca da aquisição de uma deficiência física na velhice, buscamos focalizar um tema pouco explorado na literatura científica. A maioria dos trabalhos que aborda esta temática na literatura científica está voltada para as questões de educação inclusiva de crianças, inclusão de jovens e adultos no mercado de trabalho e legislação para as pessoas com deficiência física ou pessoas idosas.

Nessa perspectiva, destacamos a importância de se desenvolver estudos como este que busquem compreender as recordações e as representações sociais de pessoas idosas acerca da deficiência física considerando os vários aspectos que estão envolvidos na construção destas representações. Além disso, a partir desse conhecimento é possível entender como se dão e o porquê das atitudes e comportamentos das pessoas idosas frente à aquisição de uma deficiência física, uma vez que envolve questões humanas complexas que necessitam de um olhar mais abrangente.

Assim, este estudo se mostra relevante ao considerar que as recordações, histórias de vida, experiências, expectativas, dilemas, episódios marcantes e sentidos atribuídos ao envelhecer com deficiência física, narrados pelos participantes deste estudo, se apresentam fundamentais para se alcançar um melhor e maior entendimento do que é, como ocorre e o que representa o envelhecer com uma deficiência física para o indivíduo idoso. Desta maneira, é possível dar voz a essa parcela da população que é muitas vezes estigmatizada e excluída por parte da sociedade.

Destarte, acredita-se que o conhecimento a respeito dessa temática proporcione uma melhor compreensão dos aspectos singulares desse tipo de envelhecimento. Dessa forma, este estudo poderá colaborar no desenvolvimento de debates e ações nas áreas da assistência social, psicologia, saúde, política públicas, entre outras, seja no âmbito multi, inter ou transdisciplinar buscando, assim, conhecer as condições e atender as demandas dessa população.

Os resultados dessa pesquisa deverão ser publicados e apresentados para a sociedade, principalmente aos órgãos e recursos humanos que convivem com essa parcela da população no município de Vitória da Conquista-BA. Essas informações serão importantes para que se conheça, a partir das experiências dos próprios indivíduos que adquiriram a deficiência física, como é e o que representa o viver com uma deficiência física, e assim possam ser desenvolvidas ações nos vários campos da sociedade, que visa atender as demandas e proporcionar uma melhor qualidade de vida às pessoas idosas com deficiência física. A divulgação dos resultados da pesquisa também poderá ter um caráter pedagógico para a

sociedade, mostrando que o processo de envelhecer com deficiência física não deve ser percebido de maneira estigmatizada, mas entender que as pessoas que passam por esse processo são capazes de se adaptar e superar as limitações impostas pela deficiência se tornando ativas e independentes.

Este estudo é apenas o primeiro passo de uma caminhada rumo ao entendimento desse tema que se apresenta complexo e importante para o indivíduo e para sociedade. Outras pesquisas são necessárias em diferentes populações, cenários, contextos sociais, condições econômicas e culturais para que novas informações e conclusões sejam alcançadas, garantindo melhores condições de vida, cidadania e respeito na sociedade onde vivem.

Em termos estruturais, esta tese está organizada em 6 partes. A primeira é a Introdução na qual apresento a justificativa para escolha do tema pesquisado, a delimitação do tema e a relevância de estudar tal fenômeno. Também foram descritas as questões norteadoras da pesquisa, a tese defendida e os objetivos a serem alcançados.

Na segunda parte intitulada: Contextualizando o envelhecimento humano e a deficiência física, traço um panorama conceitual, epidemiológico do envelhecimento e da deficiência física ao longo do processo histórico cultural, assim como uma abordagem do duplo estigma que é ser idoso e deficiente físico. A terceira parte: Memória Coletiva e Teoria Das Representações Sociais apresento o *corpus* teórico desse estudo buscando-se descrever um entrelaçamento destas teorias, uma vez que Moscovici (2015) declara que o presente é uma construção subjetiva baseada em um arcabouço de informações e impressões pinçadas do passado produzido pela memória e este passado alimenta as percepções e posições do indivíduo diante do mundo.

Na quarta parte: Caminhar Metodológico está descrito, de forma delineada, o processo de escolha do cenário, sujeitos, instrumentos e formas de análise e interpretação dos dados desse estudo, assim como os aspectos éticos seguidos nesta pesquisa. Foi realizado um estudo de abordagem multimétodos, de natureza exploratória, descritiva, tendo como aporte teórico metodológico a memória coletiva e a Teoria das Representações Sociais. O campo de investigação foi um Centro Especializado em Reabilitação Física e Auditiva localizado no município de Vitória da Conquista, BA. Os participantes do estudo foram 22 pessoas idosas com 60 anos ou mais que apresentavam algum tipo de deficiência física adquirida em idade adulta. Foi utilizado como instrumentos para coleta de dados um questionário sociobiodemográfico, o Teste de Associação Livre de Palavras (TALP) (COUTINHO; NÓBREGA; CATÃO, 2003) e a entrevista semiestruturada. Para organização e análise dos dados foram empregados o *software Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse des*

Evocations (EVOC) (VERGÈS, 2002), o *software* NVivo (GUIZZO; KRZIMINSKI; OLIVEIRA, 2003) e a análise do conteúdo temática (BARDIN, 2011).

Os resultados e discussões estão apresentados na quinta parte: Memória e Representações Sociais da pessoa idosa acerca da aquisição da deficiência física, sendo subdividido em três tópicos: 5.1 Caracterização sociobiodemográficas das pessoas idosas com deficiência física adquirida; 5.2 Elementos estruturantes das Representações Sociais das pessoas idosas a respeito aquisição da deficiência física na velhice; 5.3 Memória e conteúdo representacional da aquisição da deficiência física pela pessoa idosa. Por fim são expostas na sexta parte as considerações finais seguida das Referências, dos Apêndices e dos Anexos.

2 CONTEXTUALIZANDO O ENVELHECIMENTO HUMANO E A DEFICIÊNCIA FÍSICA

Há quem diga que a deficiência é um enigma que se experimenta, mas pouco se compreende. Esse caráter enigmático é resultado do processo histórico de opressão e apartação social dos deficientes.

(DINIZ, 2007)

Para desvelar o processo de envelhecimento humano e do viver com uma deficiência física, foi necessário aprofundar no conhecimento sobre a temática e assim ter base para discussão dos resultados encontrados durante a pesquisa. Sendo assim, este capítulo aborda os aspectos demográficos, conceitos, e contextos históricos do envelhecimento humano e da deficiência física e a questão do estigma à pessoa idosa com deficiência física.

2.1 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E CONCEITOS DO ENVELHECIMENTO HUMANO

Os países desenvolvidos sempre tiveram como característica populacional a presença de um percentual elevado de idosos, ao contrário dos países ditos em desenvolvimento, como o Brasil, que era, até pouco tempo, classificado como um país de jovens. No entanto, esse quadro vem se alterando de forma rápida e intensa nos últimos anos.

O interesse por estudos a respeito do envelhecimento humano se deve principalmente aos acréscimos demográficos da população de idosos, visto que, segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE (2012), no Brasil a população de idosos deve ultrapassar o número de 14,9 milhões em 2013 para 58,4 milhões em 2060. As estimativas revelam que até 2025, o Brasil pode apresentar a sexta maior população de idosos em nível mundial (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008). Ao mesmo tempo, o número de crianças de até quatro anos no país caiu de 16,3 milhões, em 2000, para 13,3 milhões, em 2011 (IBGE, 2012).

A apresentação desse cenário pode ser reflexo da combinação de diversos fatores como a diminuição das taxas de fecundidade, redução da mortalidade, ampliação da expectativa de vida ao envelhecer, melhoria dos serviços de saúde, o uso de novas tecnologias em geral, entre outros (IBGE, 2012). Esse novo perfil demográfico, de acordo com estudiosos de população, tende a gerar grandes desafios para o sistema público, principalmente os da saúde e da previdência social, devido ao fato de o país não ter se preparado de forma

adequada para se adaptar às demandas dessa parcela da população (WONG; CARVALHO, 2006).

Acompanhado do aumento da longevidade está uma maior incidência de doenças crônico-degenerativas e as sequelas decorrentes delas. Esses fatores acarretam numa maior dependência do idoso e em seguida, na e maior necessidade de planejamento de ações e políticas públicas, o que representa um desafio para a família e para o Estado visto a necessidade de cuidados específicos e elevação dos custos (TELLES, 2009). As mudanças nos perfis de morbimortalidades no país devido também ao aumento da longevidade ocorreram de forma acelerada e intensa, o que impossibilitou a preparação do país para as suas consequências, já que o cenário brasileiro ainda impõe condições de desigualdades sociais e econômicas. Contrariamente ao Brasil, nos países desenvolvidos este processo ocorreu lentamente, o que permitiu que desenvolvimento econômico e envelhecimento ocorressem juntos e, conseqüentemente, num ambiente favorável (TELLES, 2009).

Diante desse cenário de envelhecimento da população mundial e brasileira temos o mesmo questionamento de Veras (1994) em sua obra “País Jovem com Cabelos Brancos: a saúde do idoso no Brasil”: O que é envelhecimento? Para em seguida responder: “Velhice é um termo impreciso, nada flutua mais do que os limites da velhice em termos de complexidade fisiológica, psicológica e social” (VERAS, 1994, p.25).

Ao analisarmos a definição dos termos “*velho*” e “*idoso*” no dicionário da língua portuguesa observamos que: “idoso” é uma pessoa que tem muitos anos de vida; “velho” apresenta essa mesma definição, mas também é utilizada para mencionar coisas antigas, antiquadas ou usadas (FERREIRA, 2010). Assim, a velhice foi interpretada de várias maneiras por diferentes pessoas, em diferentes contextos históricos desde a antiguidade greco-romana (TÓTORA, 2013).

Na Grécia Clássica, os idosos possuíam um lugar subalterno, sendo enaltecidas a beleza, a força e a juventude. Na sociedade romana, os anciões tinham uma posição privilegiada e de autoridade, principalmente em relação aos membros da família. Nas sociedades antigas o ancião era percebido como um privilégio sobrenatural que lhe concedia longevidade e estava associado à sabedoria e à experiência. Assim também era nas sociedades orientais, principalmente na China e Japão. Com a queda do Império Romano, os idosos também foram perdendo o lugar de destaque no meio social. Nos períodos do Renascimento e do Barroco prevaleceu uma ideia da inevitável senilidade e do caráter deprimido da velhice.

A Idade Média se caracterizou pelo poderio militar, sendo destaque os mais fortes e os idosos passaram a compor parte da população escrava e servil. Durante os séculos XIV e XV,

as epidemias de doenças como a peste e a cólera deixaram um saldo de milhares de mortos na faixa etária de jovens e adultos e uma grande população de idosos que havia sobrevivido. Este fato trouxe o aumento do conflito entre as gerações. As pessoas idosas começaram a ser ridicularizadas em ambientes públicos apresentando pouca importância social.

O século XVI se caracterizou por uma violência e um ataque contra a velhice devido à adoração e o culto da beleza e juventude. Erasmo de Roterdã, em sua obra **Elogio da Loucura**, concebia a velhice como uma carga e a morte como necessária. Ele considerava que a loucura era o único remédio contra a velhice. Nos séculos XVII e XVIII ocorreram avanços no campo da fisiologia, anatomia, patologia, melhorando as condições de saúde e a expectativa de vida desses indivíduos. Houve um aumento no número de pessoas em idade avançada e os avanços da ciência permitiram descartar vários mitos acerca da velhice. Apesar disso, a percepção em relação aos idosos não melhorou. De acordo com Beauvoir (1990) antes do século XVIII, a velhice era considerada insignificante e, por vezes, motivo de escárnio.

Até o século XIX, a velhice era tratada como uma questão de mendicância, uma vez que a percepção que se tinha da pessoa idosa era de que esta não possuía possibilidades de sustentar financeiramente. Assim, a noção do envelhecimento remetia à incapacidade de trabalhar e de produzir. De acordo com Peixoto (2006), era denominado “velho” (*vieux*) ou “velhote” (*veillard*) aquele indivíduo que não desfrutava de *status* social, muito embora o termo velhote também fosse utilizado para denominar o velho que tinha sua imagem definida como “bom cidadão”.

Com a Revolução Industrial e o urbanismo os idosos ficaram sem trabalho sendo conduzidos, em sua maioria a um estado de miséria. No início do século XX, ocorre uma valorização do aspecto social do jovem e a indústria da beleza passa a vender a eterna juventude e a negar a velhice. Nesse sentido, a aparência, o exterior, o corpo são valorizados e a velhice passa a ser associada à decadência.

Na sociedade moderna vai predominar a racionalidade e o trabalho produtivo e criativo relacionados aos indivíduos mais jovens, e a velhice passa a ser reconhecida pela decadência física e ausência de papéis sociais. A imagem da velhice se apresenta de maneira negativa estando relacionada a um estado de fragilidade biopsíquica e decadência, resultante da perda do *status*, de poder econômico e social. Neste contexto histórico-cultural o mundo passa a ser dominado, principalmente, pela população mais jovem que detém a ciência e a técnica (BLESSMANN, 2004).

Já nos anos 1960, com a nova política social para a velhice, há uma mudança na estrutura social com a elevação das pensões aumentando o prestígio dos aposentados idosos (PEIXOTO, 2006). Observa-se uma mudança na forma de tratamento com a mudança de termos pejorativos relacionados aos idosos, principalmente nos textos oficiais e na forma de percepção destes indivíduos pela sociedade. Através da implantação de instrumentos legais e da categoria de aposentado que introduz melhores condições de vida, as pessoas idosas passaram a ter um *status* social mais reconhecido (PEIXOTO, 2006).

Atualmente, as diferentes sociedades apresentam importantes mudanças de atitudes em relação à percepção da velhice através do reconhecimento de uma série de potencialidades que contribuem para que seja redimensionado o lugar social da pessoa idosa. Verifica-se na sociedade contemporânea uma representação mais positiva em relação à pessoa idosa. Com isso, cresceram as oportunidades de realização e satisfação do idoso, promovendo um movimento por parte de alguns indivíduos e grupos da sociedade pelo fim do estereótipo da velhice como incapacidade (BLESSMANN, 2004).

Entretanto, Mercadante (1997) descreve a velhice como um fato natural e cultural. É natural e, portanto, universal se apreendida como um fenômeno biológico, mas é também imediatamente um fato cultural na medida em que é revestida de conteúdos simbólicos, evidenciando formas diversas de ação e representação. Deste modo, a velhice deve ser observada sob uma perspectiva histórica e socialmente contextualizada. O tratamento dispensado à velhice dependerá dos valores e da cultura de cada sociedade em particular, a partir dos quais ela construirá sua visão desta etapa da vida.

Tomando como base os aspectos fisiológico e cronológico, legalmente, o termo idoso é a denominação oficial de todos os indivíduos com idade a partir de 60 anos, definida pelas políticas sociais que enfocam o envelhecimento, como a Política Nacional do Idoso (Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994) (BRASIL, 1994) e o Estatuto do Idoso (Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003) (BRASIL, 2003), como também pela Organização Mundial de Saúde /OMS (WHO, 2002). Destarte, trata-se de um grupo etário bastante heterogêneo, constituído por pessoas com idades que variam de 60 a mais de 100 anos incluindo indivíduos com graus diferenciados de autonomia (CAMARANO, 2010).

O envelhecimento, portanto, de acordo com Papaléo Neto (2016) pode ser entendido como um processo natural, dinâmico e progressivo, em que há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas com diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos – senescência – o que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema. No entanto, em condições de sobrecarga como, por exemplo, doenças, acidentes e

estresse emocional, podem ocasionar uma condição patológica que requeira assistência – senilidade (PAPALÉO NETO, 2016). Admite-se que fatores extrínsecos podem intensificar os efeitos adversos que ocorrem com o passar dos anos contribuindo para diminuição da independência do idoso (PAPALEO NETO, 2016).

Entretanto, Neri e Freire (2000) afirmam que além da idade cronológica, dos sinais físicos, cognitivos e afetivos que são geralmente associados ao envelhecimento, outros aspectos devem ser levados em consideração. Estes perpassam pela forma como cada indivíduo administra seu tempo, suas relações interpessoais e como percebe a si próprio diante desse processo do envelhecer. Deste modo, a idade avançada frequentemente envolve mudanças significativas além das perdas biológicas, como as mudanças nos papéis e posições sociais, bem como na necessidade de lidar com perdas de relações sociais e problemas emocionais.

Neste contexto, a velhice pode ser percebida como um processo heterogêneo, uma vez que, cada indivíduo vivencia essa fase da vida a partir de sua história individual e coletiva, de seus aspectos culturais, sociais, econômicos, psicológicos, relacionais, biológicos, de saúde, entre outros com consequências que modificam a relação do homem no tempo, com o mundo e com a sua própria história (BEAUVOIR, 1990; LOPES; MENDES; SILVA, 2014). Corroborando com esse pensar Debert (1998) afirma que a velhice não se apresenta como uma categoria universal e que essa etapa do ciclo de vida é elaborada simbolicamente com rituais experienciados pelos indivíduos contribuindo para sua construção histórica e social. Assim, pode-se dizer que envelhecimento é um processo biológico culturalmente conceitualizado, socialmente construído e conjunturalmente definido, derivando dos conceitos e estereótipos fornecidos a estes indivíduos em cada época e em cada cultura (LOPES; MENDES; SILVA, 2014).

Outras autoras que abordam o envelhecimento como Simone de Beauvoir (1990) e Ecléa Bosi (2012) defendem que a velhice é percebida como fenômeno natural e social que se desenvolve no ser humano, se defrontando com problemas e limitações de ordem diversas que singularizam esse processo. Elas concluem que, geralmente, a sociedade estabelece clichês em relação ao envelhecer considerando a pessoa idosa apenas como um objeto da ciência, da história e da sociedade, baseados apenas na descrição exterior, isto é, o idoso é descrito pelo outro e não por ele próprio. Escreve Beauvoir (1990, p.15): “O homem não vive nunca em estado natural: na sua velhice seu estatuto é imposto pela sociedade à qual pertence”.

2.2 A DEFICIÊNCIA FÍSICA NO CONTEXTO HISTÓRICO CULTURAL

A deficiência faz parte da condição humana uma vez que qualquer pessoa pode nascer ou adquirir em algum momento de sua vida uma deficiência temporária ou permanente enfrentando dificuldades com a funcionalidade de seus corpos. Em todos os períodos históricos a sociedade enfrentou a questão moral e política de como melhor incluir e apoiar as pessoas com deficiência. De acordo com Relatório mundial sobre a deficiência essa questão se tornará ainda mais premente conforme a demografia das sociedades muda, e cada vez mais pessoas alcançam a idade avançada (WHO, 2012).

Sendo assim, para aprofundarmos no conhecimento a respeito do tema da deficiência é necessário rever um pouco da história buscando entender os hábitos, o modo de viver e como a sociedade percebe e insere a pessoa com deficiência em cada época e como esses aspectos se perpetuam e se apresentam na memória coletiva. A deficiência não é uma situação nova; desde os seus primórdios a humanidade convive com pessoas com esse tipo de agravo. De acordo com Silva (1987) no império do Egito Antigo as pessoas com algum tipo de deficiência podiam viver em sociedade, trabalhando principalmente em artesanatos e demais funções diferenciadas revelando que, em alguns locais do mundo antigo, já existia um sentimento de inclusão desses indivíduos na sociedade. Vale ressaltar, porém, que o tratamento para com elas não era uno, tampouco igualitário (SILVA, 1987).

No período greco-romano eram notáveis os ideais conflitantes, podendo ser identificadas posições antagônicas dentro de uma mesma civilização ou império. Ou seja, poderia haver uma rejeição e eliminação imediata ou uma proteção assistencialista e caridosa à pessoa com deficiência pela sociedade. Na Antiguidade, as pessoas com algum tipo de deficiência, geralmente eram excluídas da sociedade sofrendo práticas de extermínio e abandono, pois eram vistas como pessoas sem utilidade, que não serviam à própria sobrevivência e ao clã (SCALZER, 2002). Essa atitude refletia os ideais morais da época onde a eugenia e perfeição do indivíduo era valorizada ao extremo. A prática de infanticídio é registrada desde a pré-história e continuou a ser realizada no período da antiguidade nas sociedades Indiana, Grega e Romana. Em Esparta, sabe-se que, devido ao culto de um corpo atlético e perfeito, as crianças que nasciam com algum tipo de deficiência eram abandonadas ou eliminadas (SILVA, 1987; PESSOTTI, 1984). Acreditava-se na crença de que as deficiências eram causadas por espíritos e forças sobrenaturais.

Durante o período da idade Média, com a difusão do Cristianismo, a deficiência era comparada a um fardo, uma espécie de castigo divino ou pecado o qual a pessoa carregava

consigo, sendo proibidas de participarem dos cultos de cunho religioso (SIGAUD; REIS, 1999). Era concebida como um fenômeno metafísico e espiritual e as pessoas eram abandonadas pela família sendo acolhidas por instituições de caridade. A postura da sociedade era de ambivalência entre caridade e castigo (SILVA; DESSEN, 2001).

A Igreja Católica assume uma postura que pretendia tanto assistir quanto limitar os seus movimentos das pessoas com deficiência (SILVA, 1987). Com o tempo, estas pessoas se tornaram o centro da diversão das ruas, das grandes moradas e dos castelos de nobres senhores feudais, devido a sua aparência, trejeitos e sua falta de conhecimento. Eram vistos como tolos, divertidos e inconsequentes, e assim deviam ser assistidos (SILVA, 1987).

A partir deste contexto é que surgem os primeiros hospitais, por iniciativa da Igreja, que, em sua origem, eram instituições de assistência aos pobres, doentes mentais e pessoas com deficiência (SILVA, 1987). Estes hospitais possuíam também a função de exclusão por considerarem que estes indivíduos precisavam de constante assistência e observação por ser perigosos (FOUCAULT, 2014). Os pacientes dos hospitais desta época não eram realmente doentes que necessitassem de tratamento e cura, mas sim um rol de excluídos pela sociedade beirando à morte (FOUCAULT, 2014).

Com a ascensão do pensamento antropocêntrico na Idade Moderna, a visão assistencialista da Idade Média decaiu dando lugar a uma postura mais integrativa das pessoas com deficiência, com a implantação de iniciativas por parte das autoridades visando a proporcionar melhores condições de vida a essas pessoas (BUBLITZ, 2014). Esta postura perdurou durante a Idade Contemporânea, considerando os inúmeros inventos da época que procuraram auxiliar as pessoas com deficiência em sua locomoção, meio de trabalho e acesso ao conhecimento, como a cadeira de rodas, próteses, muletas, macas, o sistema Braille, dentre outros (BUBLITZ, 2014). Assim, com os novos ideais lançados pela Revolução Francesa e a expansão da ciência começou-se a pensar em maneiras de compensar a deficiência e esta começou a ser considerada remediável (OLIVEIRA, 2010).

Com o Iluminismo, a concepção da deficiência passou por alterações devido ao avanço da ciência e da medicina. As superstições e aspectos espirituais foram substituídos pela valorização da razão e do conhecimento surgindo o modelo médico que considerava a deficiência como uma alteração normal da espécie humana, do saudável, do chamado “corpo padrão” (DINIZ, 2007). Surgiram os primeiros hospitais psiquiátricos; no entanto estes foram mais utilizados como locais para confinar do que para tratar os indivíduos que fossem considerados doentes e que “incomodavam” a sociedade da época.

A partir do século XX, ocorreram grandes mudanças da sociedade e conquistas significativas foram alcançadas pelas pessoas com deficiência, nos mais variados campos, como o social, médico, educacional, nas políticas públicas de bem-estar, evoluindo das ações de assistência e promoção social para as de seguro social e saúde pública. As pessoas com deficiência passam a ser vistas como os demais cidadãos, com deveres e direitos buscando-se inserir e integrá-las na sociedade.

No ano de 1981, a Organização das Nações Unidas/ONU declara este ano como Ano Internacional da Pessoa Deficiente e nesse período também foi retificada a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência pelo Brasil, encerrando o caminho de invisibilidade silenciosa das pessoas portadoras de deficiência aqui e no mundo (BUBLITZ, 2014).

Também foram realizados encontros e congressos que tratavam sobre o assunto levando a apresentação e discussão dos problemas e demandas dessa população. Começaram a ser elaboradas as primeiras legislações sobre previdência social, direitos do trabalho, reabilitação e inserção social além do aparecimento de entidades e instituições privadas voltadas para essas questões. A preocupação com os corpos deficientes, por parte da sociedade, marca de maneira significativa o fim do século XX e início do XXI, como relatam Gaio e Porto (2006, p.12):

Mudar a concepção desses corpos é a marca deste período histórico. Olhar para eles sem piedade, mas com reconhecimento, acreditando em suas capacidades para além das limitações que apresentam é o que se propõe a humanidade, estimulada pelos próprios corpos deficientes e por todos os outros corpos que acreditam que todo ser humano pode superar quando tem oportunidades para tal.

Atualmente, de acordo com dados fornecidos pelo IBGE (IBGE, 2012) o Brasil apresenta 45,6 milhões de pessoas com pelo menos um tipo de deficiência, o que representa 23,9% da população brasileira. Os dados também mostraram que em crianças de 0 a 14 anos de idade, 7,5% apresentaram pelo menos um tipo de deficiência. Na população de 15 a 64 anos, a prevalência de pelo menos uma das deficiências foi 24,9%, enquanto que na população com 65 anos ou mais, a prevalência atingiu mais da metade (67,2%). A explicação para o aumento proporcional da prevalência de deficiência em relação à idade pode ser atribuída às peculiaridades decorrentes do processo natural de envelhecimento ou como consequência das doenças crônicas, tais como Diabetes Mellitus, doenças cardiovasculares, Acidente Vascular Encefálico /AVE, entre outras, que podem ter como consequência uma deficiência física.

Além disso, a deficiência física integra o quadro das condições crônicas às quais os princípios preconizados pelo Sistema Único de Saúde /SUS pressupõem atenção e cuidado maior a essa parcela da população. Neste contexto, o aumento da população de pessoas idosas com deficiência no Brasil revela a expressividade desse tema para a organização social do país e para elaboração e implantação de políticas públicas, principalmente de caráter de saúde e de proteção social.

Em relação à nomenclatura utilizada para a pessoa com deficiência a discussão é ampla e não apresenta um consenso. De acordo com Sasaki (2006), esse consenso nunca existiu, e talvez nunca exista, pois em cada época é utilizada a designação que melhor traduz os valores vigentes, ou seja, a definição do termo utilizado para deficiência traz em si conotações de natureza social, política, cultural, religiosa entre outras, sendo influenciada pelo contexto histórico inerente às diferentes etapas da civilização humana.

De acordo com a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (BRASIL, 2008) o termo utilizado como nomenclatura para indivíduos com deficiência é “pessoa com deficiência”. A pessoa não porta, não carrega sua deficiência, ela tem deficiência e, antes de ter a deficiência ela é uma pessoa como qualquer outra. O Decreto n.º 3.298, de 20 de dezembro de 1999 que dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (BRASIL, 1999), declara que a deficiência é caracterizada por toda a perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano. Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas.

Ou seja, como a alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, em longo prazo, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções (BRASIL, 1999). Esta é uma definição fundamentada em avaliações médico-funcionais centradas nas características individuais.

Entretanto, na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (BRASIL, 2008) está descrito que a deficiência é um conceito em evolução e que ela resulta da interação

entre pessoas com deficiência e as barreiras devidas às atitudes e ao ambiente que impedem a plena e efetiva participação dessas pessoas na sociedade em igualdade de oportunidades com as demais pessoas.

Em 2001, foi estabelecida a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde/CIF, constituindo o quadro de referência universal adotado pela OMS para descrever, avaliar e medir a saúde e a incapacidade quer ao nível individual, quer ao nível da população. Os conceitos apresentados na CIF sustentam um novo paradigma para pensar e trabalhar a deficiência e a incapacidade onde não são observadas somente as condições de saúde/doença, mas o contexto do meio ambiente físico e social, as diferentes percepções culturais e atitudes em relação à deficiência (FARIAS; BUCHALLA, 2005). Esta classificação é baseada numa abordagem biopsicossocial que incorpora os componentes de saúde nos níveis corporais e sociais. Assim, na avaliação de uma pessoa com deficiência, esse modelo destaca-se do biomédico, baseado no diagnóstico etiológico da disfunção, evoluindo para um modelo que incorpora as três dimensões: a biomédica, a psicológica (dimensão individual) e a social (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

Assim, a Lei n.º 13.146, de 6 de julho de 2015 que institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência) (BRASIL, 2015) no Capítulo Primeiro, Artigo 2º, inciso 1º também declara que a avaliação da deficiência será biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar e deverá considerados impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo; os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais; a limitação no desempenho de atividades; a restrição de participação. Ou seja, serão observados outros aspectos relacionados à vida do indivíduo e não apenas o físico.

Na maioria das vezes o conceito de deficiência está vinculado somente ao aspecto biológico do indivíduo buscando compreendê-la somente a partir das explicações fisiológicas e anatômicas. No entanto, Resende e Neri (2009) explicam que, no aspecto social, a deficiência pode ser compreendida como resultado da falta de equilíbrio entre as condições do indivíduo que é acometido por uma limitação funcional, suas expectativas em relação ao desempenho nas atividades de vida diária e a carência ou a inadequação de condições instrumentais e sociais que lhe proporcionem funcionar adequadamente, mantendo a autonomia e a autoestima.

A partir dos anos 1970, nos Estados Unidos e no Reino Unido, ocorreu uma revolução nos estudos sobre a deficiência, nos quais esta passou a ser percebida não apenas no aspecto biomédico, psicológico e de reabilitação, mas também como um campo das humanidades

(DINIZ, 2007). O conceito de deficiência reconhece o corpo com lesão, mas denuncia também a estrutura social que oprime a pessoa deficiente. Os estudos sobre a deficiência a partir dos vários saberes desafiaram a hegemonia biomédica sobre o assunto gerando um debate sobre como descrever a deficiência em termos políticos e não mais estritamente diagnósticos.

Estudos foram realizados apresentando variações relacionadas ao conceito de deficiência que usavam o modelo médico e o modelo social que, geralmente, são apresentados separados. No entanto, a deficiência não deve ser vista como algo somente médico, nem somente social, sendo necessária uma abordagem mais equilibrada que dê a devida importância aos diferentes aspectos que envolvem esse fenômeno.

A deficiência é complexa, dinâmica, multidimensional e vista como objeto de questionamentos. Nas últimas décadas, o movimento das pessoas com deficiência, juntamente com inúmeros pesquisadores das ciências sociais e da saúde têm identificado o papel das barreiras físicas e sociais para a deficiência. A transição de uma perspectiva individual e médica para uma perspectiva estrutural e social foi descrita como a mudança de um “modelo médico” para um “modelo social” no qual as pessoas são vistas como deficientes pela sociedade e não devido a seus corpos (OLIVER, 1990; WHO, 2012).

O modelo médico e o modelo social costumam ser apresentados como separados, mas a deficiência não deve ser vista como algo puramente médico nem como algo puramente social: pessoas com deficiência frequentemente podem apresentar problemas decorrentes de seu estado físico. Segundo o Relatório Mundial Sobre a Deficiência (WHO, 2012), é necessário fazer uma abordagem mais equilibrada que dê o devido peso aos diferentes aspectos da deficiência.

A CIF adotada como modelo conceitual para este Relatório Mundial Sobre a Deficiência (WHO, 2012), compreende funcionalidade e deficiência como uma interação dinâmica entre problemas de saúde e fatores contextuais, tanto pessoais quanto ambientais. Promovido como um “modelo biológico-psíquico-social”, o relatório representa um compromisso viável entre os modelos médico e social. A incapacidade é um termo abrangente para deficiências, limitações para realizar, e restrições para participar de certas atividades da vida diária e laboral (WHO, 2012).

O modelo médico considera a deficiência como um conjunto de teorias e práticas assistenciais em saúde que pressupõe relação de causalidade entre a lesão ou a doença e a experiência da deficiência. A deficiência, nesse modelo, é a expressão de uma limitação corporal do indivíduo para interagir socialmente (BAMPI; GUILHEM; ALVES, 2010).

Observa-se uma descontextualização da deficiência, enfocando-a como um incidente isolado. O modelo médico tem relação com a homogeneidade porque trata a deficiência como um problema do indivíduo (e, no máximo, de sua família) que deve se esforçar para se “normalizar” perante os olhos da sociedade.

Já o modelo social da deficiência valoriza a diversidade e traz a ideia de que a maior parte das dificuldades enfrentadas por pessoas com deficiência são resultado da forma pela qual a sociedade lida com as limitações de cada indivíduo. Neste contexto, o modelo social da deficiência sugere que a deficiência não pode ser percebida e entendida apenas como uma questão individual, mas uma questão da vida em sociedade, transferindo a responsabilidade pelas desvantagens das limitações corporais do indivíduo para a incapacidade da sociedade em prever e se ajustar à diversidade (OLIVER, 1990).

Pode-se dizer que, no modelo social, a deficiência é a soma de duas condições inseparáveis, ou seja, as sequelas existentes no corpo somando-as às barreiras físicas, econômicas e sociais impostas pelo ambiente ao indivíduo com deficiência. A esse respeito, Camarano (2004, p.108) escreve que: “o ponto de partida teórico do modelo social é de que a deficiência é uma experiência resultante da interação entre características corporais do indivíduo e as condições da sociedade em que ele vive”, no entanto, a organização social se mostra pouco sensível à diversidade corporal.

A diferença entre o modelo social e o modelo médico está na lógica de causalidade da deficiência. Para o modelo social, a sua causa está na estrutura social. Para o modelo médico, no indivíduo. No modelo social, a deficiência deixa de ser um problema trágico, que afeta o indivíduo de forma isolada, para os quais a única resposta social apropriada é o tratamento médico (modelo médico), para ser percebida como uma situação de discriminação coletiva e de opressão social para a qual a única resposta apropriada é a ação política (OLIVER; BARNES, 1998). Assim, a deficiência é entendida como uma construção coletiva entre indivíduos e sociedade. No entanto, a visão social da deficiência não anula a importância dos avanços biomédicos para o tratamento ou melhoria do bem-estar corporal dos deficientes. Ao contrário, novas técnicas de tratamento proporcionadas pelos avanços biomédicos foram e são bem-vindas.

Os estudos sobre a temática deficiência física ainda é um campo pouco explorado no Brasil uma vez que ainda estão muito relacionados com o campo biomédico, sendo poucos os cientistas sociais que se dedicam ao tema e, principalmente, porque a deficiência ainda é vista como uma tragédia pessoal e não como uma questão de justiça social (DINIZ, 2007), visão esta presente na memória coletiva.

De acordo com Gaio e Porto (2006), é necessária uma nova forma de perceber a pessoa com deficiência física e assim valorizar o potencial humano presente em todos os seres humanos. Logo, é necessário conhecermos os fatos históricos para conseguirmos romper velhos paradigmas, e olharmos para a pessoa com deficiência física vendo além do corpo com uma diferença e proporcionar a elas o espaço e tempo necessários para serem valorizadas e integradas à sociedade.

2.3 SER IDOSO E DEFICIENTE FÍSICO: DUPLO ESTIGMA

O envelhecimento é descrito por Sousa e Cerqueira (2006) como algo negativo, pois se apresenta como um período de fragilidade, incapacidade, doença, dependência e improdutividade. O indivíduo idoso passa a representar um papel secundário na sociedade. Essa visão provém da forma estigmatizada de conceber a velhice decorrente do processo sociocultural que expressa um sentimento de declínio e de menos valia em relação aos papéis sociais, econômicos e culturais da pessoa idosa dentro da sociedade em que vive (ARCURI; OLIVEIRA; RAMOS, 2004; GOLDMAN, 2008).

A esse respeito, Bosi (2012) salienta a intolerância em relação à figura da pessoa idosa fazendo uma crítica à sociedade moderna que oprime essa parcela da população utilizando-se de mecanismos institucionais visíveis (a burocracia da aposentadoria e das Instituições de Longa Permanência para idosos), de mecanismos psicológicos sutis (recusa do diálogo e da reciprocidade que forçam a pessoa idosa a comportamentos repetitivos e monótonos, a tolerância de má-fé que, na realidade é discriminação) e de mecanismos técnicos e mecanismos científicos (as “pesquisas” que demonstram a incapacidade e a incompetência da pessoa idosa).

Da mesma forma, o termo “deficiente” carrega consigo uma conotação negativa que pode afetar não só o indivíduo em si, que se identifica como diferente dos demais por apresentar alguma alteração de natureza física, visual, mental entre outras, mas também pode afetar a sua conduta, seus pensamentos e sua identidade. Em diferentes épocas e culturas, o tratamento dado aos deficientes tem variado. Diaz (1995) aponta que sempre existiu uma constante histórica sobre a deficiência que foi a marginalização. Termos como doentes, coitados, idiotas, imbecis, dementes, excepcionais, deformados, incapazes são utilizados para conceituar o deficiente ao longo da história da humanidade. Na contemporaneidade, as pessoas com deficiência ainda são designadas por muitos desses termos e são também

rejeitadas pela sociedade, legitimando-se a marginalização, a segregação, a desigualdade e o preconceito.

No preâmbulo dos Novos Comentários à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência Física (BRASIL, 2014), está registrado que a deficiência é “um conceito em evolução”, mas realça também que “a deficiência resulta da interação entre pessoas com deficiência e barreiras comportamentais e ambientais que impedem sua participação plena e eficaz na sociedade de forma igualitária”. Definir a deficiência como uma interação significa que a “deficiência” não é um atributo da pessoa, mas está relacionado com o coletivo, com a sociedade a qual ele pertence como qualquer outro cidadão.

Quando esses dois aspectos, velhice e deficiência, estão presentes em conjunto no mesmo indivíduo, a mente humana e a sociedade podem formular pré-conceitos e tabus, tais como o mito da dependência e da improdutividade e a tendência de achar que as dificuldades e limitações para realização das atividades da vida diária serão ainda maiores. Esta visão, que, na opinião de Resende (2001) é estigmatizada, discriminatória e limitada, vem sendo perpetuada ao longo dos anos em relação às capacidades e potencialidades dessa parcela da população.

A visão ou percepção do envelhecimento com deficiência física na contemporaneidade está impregnada de aspectos da memória coletiva herdada do contexto histórico e da história de vida desse idoso. Assim, durante o processo histórico, os sentidos atribuídos ao envelhecimento e a deficiência física passaram por várias mudanças de acordo com as ideias e ações da sociedade daquele momento. Ou seja, o indivíduo e a sociedade constroem o sentido para o envelhecimento e a deficiência física em um mecanismo contínuo de ressignificação que agrega significados herdados do passado com conceitos vivenciados no presente (HALBWACHS, 2012). Para Halbwachs (2004), as lembranças são sempre relacionadas a quadros sociais a partir de referências de um determinado ambiente coletivo.

A partir deste contexto, um dos grandes desafios para a pessoa idosa com deficiência é vencer os obstáculos sociais e as atitudes que podem segregar mais que as limitações impostas pelos anos vividos ou pela deficiência. Para a sociedade, o desafio é buscar entender como essas pessoas lidam com essa transição em suas vidas, como elas se adaptam às mudanças acarretadas pela deficiência e envelhecimento, e aplicar este conhecimento em intervenções políticas e sociais efetivas. Muitas vezes, as maiores dificuldades sociais enfrentadas por esses indivíduos são acarretadas pelas deficiências da sociedade atual em entender, atender e aceitar as demandas específicas dessa parcela da população.

Sobre essa questão social, Paiva e Goellner (2008) descrevem que as relações sociais podem modificar-se na medida em que o indivíduo passa por uma alteração do corpo, pois esta mudança pode produzir um novo lugar social e um modo diferente de permanecer no mundo. Assim, a forma de se ver por si e pelos outros, em relação à deficiência e ao envelhecimento, podem definir a dinâmica das interações sociais na vida do indivíduo idoso com deficiência física.

No aspecto individual, a alteração permanente na aparência física devido à aquisição de uma deficiência física, ou por causa do processo natural do envelhecimento faz com que uma pessoa passe a se ver como objeto de vergonha, pois, adquire uma imagem e incapacidades físicas em relação aos padrões de estética e produtividade estabelecidos na sociedade. Isso pode gerar, nessa pessoa, sentimentos perturbadores como ansiedade, medo, insegurança, depreciação e falta de autoestima que a leva à situações de rejeição de suas formas de expressão e em seu convívio social.

O filósofo Allport (1971), em sua obra: **La Naturaleza del Prejuicio**, estabelece uma diferença entre preconceito e estereótipos a partir da compreensão da desigualdade entre o processo de categorização e o preconceito. A categoria é a generalização pré-concebida para classificar algo, como por exemplo, categorias das “pessoas com deficiência física”, como um conceito neutro. Os estereótipos são imagens e juízos atribuídos a esta categoria, como incapazes, inúteis, dependentes. O estereótipo seria uma marca fixa sobre uma categoria, servindo para aceitação ou rejeição de um grupo social. Esse autor definiu o preconceito como uma atitude negativa em relação a uma pessoa, baseada na crença de que ela tem as características negativas atribuídas a um determinado grupo.

De acordo com Goffman (1988), “estigma” pode ser caracterizado como o processo que se dá entre o indivíduo ou o grupo que se diferencia da maioria, sendo por ela “rotulada” em sua diferença. O estigma leva a uma série de discriminações devido à crença de que alguém com determinadas características não é totalmente humano, reduzindo as chances de existência do estigmatizado e anulando suas perspectivas de vida. A compreensão dos estereótipos construídos a respeito da pessoa idosa com deficiência física se mostra fundamental para entender que as generalizações podem trazer consequências graves para esta população (PEREZ, 2012) como a marginalização e a segregação social. Ou seja, o preconceito, muitas vezes visto como natural ou inerente ao ser humano, pode se perpetuar e ter consequências gravíssimas, como descreve Bobbio (1997, p.54): “quem quer que conheça um pouco de história, sabe que sempre existiram preconceitos nefastos e que, mesmo quando alguns deles chegam a ser superados, outros tantos surgem quase que imediatamente”.

A respeito do preconceito na questão social, Paiva e Goellner (2008) relatam que as relações sociais podem modificar-se na medida em que o indivíduo passa por uma alteração do corpo, pois esta mudança pode produzir um novo lugar social estigmatizado e um modo diferente de permanecer no mundo. Assim, a forma de se ver por si e pelos outros em relação à deficiência e ao envelhecimento podem definir a dinâmica das interações sociais na vida do indivíduo idoso com deficiência física.

Entretanto, a deficiência e o envelhecimento também podem ser acolhidos como um fator positivo para o desenvolvimento do indivíduo, e serem aceitos gerando estima, confiança e segurança em si, sendo isso transmitido para os outros. A esse respeito, Resende (2001) afirma que as limitações impostas pela deficiência e pelo envelhecimento são superadas e as pessoas se adaptam às suas condições, pautadas nas circunstâncias de vida e na influência de fatores como a personalidade, as metas de vida, o temperamento do indivíduo e de fatores ambientais. Nesse contexto, com o aumento da população idosa com deficiência, ocorre a discussão em relação às demandas e políticas de atenção a essa população. Ainda de forma incipiente, o mundo contemporâneo busca a integração e inclusão social da pessoa com deficiência (PEREIRA, 2006) e da pessoa idosa com o vislumbre de uma época de respeito e reconhecimento dos direitos e do papel social desses indivíduos.

Na contemporaneidade, as pessoas idosas e com deficiência necessitam de recursos pessoais, sociais e políticos para enfrentar os preconceitos e estereótipos existentes na sociedade, pois ainda são alvos de discriminação e preconceito, sendo visualizadas de forma negativa no meio da multidão (RESENDE; NERI, 2005). O cenário contemporâneo apresenta avanços modestos ao se comparar com a série de desafios a serem enfrentados pelas pessoas idosas com deficiência, como implantação e melhorias nas políticas de educação, remoção de barreiras arquitetônicas, inclusão no mundo do trabalho, acessibilidade nos transportes públicos, entre outras (DINIZ; SANTOS, 2010). Mas, não é suficiente praticar a integração para acabar com a discriminação e proporcionar a participação igualitária das pessoas idosas com deficiência física na sociedade. De acordo com Aranha (2001, p.20):

A grande diferença de significação entre os termos integração e inclusão reside no fato de que quando no primeiro se procura investir no “aprontamento” do sujeito para a vida em comunidade, no outro, além de se investir no processo de desenvolvimento do indivíduo, busca-se a criação imediata de condições que garantam o acesso e a participação das pessoas na vida comunitária, através da provisão de suportes físicos, psicológicos, sociais e instrumentais.

Para Diniz (2007, p.9), novos conceitos vêm sendo trabalhados para envolver a sociedade na questão da segregação da população com deficiência física, e apontam para o fato de que a “deficiência é um conceito complexo em que se reconhece o corpo com lesão, mas que também denuncia a estrutura social que oprime a pessoa deficiente”. Ainda de acordo com Diniz (2007), a organização social contemporânea pouco ou nada considera aqueles com lesões físicas e os exclui das principais atividades da vida social. Deste modo, podemos dizer que a sociedade ainda está distante da implementação de ações que venham a garantir o acesso imediato das pessoas idosas com deficiência física aos recursos e direitos a elas direcionados.

Esse contexto pode se apresentar ainda nos dias atuais devido à presença e a transmissão da Memória Coletiva que serve como aporte para a formação das Representações Sociais com sentido estigmatizante em relação à pessoa com deficiência física. Essa relação entre a influência da memória nas Representações Sociais e vice versa será abordado no próximo capítulo.

3 MEMÓRIA COLETIVA E TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

“Penso que todo conhecimento do que existe no mundo, se não se relaciona a fatos conhecidos através da percepção ou da memória, deve ser inferido a partir de premissas, das quais uma, pelo menos, seja conhecida pela percepção ou memória”.

(RUSSEL, 1961)

Este estudo adotou como referencial teórico-metodológico para embasar a análise e discussão das informações coletadas, a Teoria da Memória Coletiva a partir do pensamento de Halbwachs (2012) e outros estudiosos do tema, assim como a Teoria das Representações Sociais tomando como base Moscovici (2015) e Jodelet (2001) dando enfoque à abordagem Estrutural do Núcleo Central a partir das ideias de Abric e outros autores que abordam esse assunto. Neste capítulo, é realizada uma breve apresentação destas teorias na busca de se fazer um entrelaçamento das mesmas, mostrando a relevância da aplicação destas teorias para promover o conhecimento mais aprofundado do processo de envelhecimento com aquisição de uma deficiência física.

3.1 MEMÓRIA COLETIVA

Geralmente, quando recordamos experiências vividas anteriormente, temos a impressão de ser este um fenômeno individual, íntimo e pessoal. Lembramo-nos do que é importante para nós e guardamos algumas dessas lembranças conosco sem comentários externos (SANTOS, 2012). Entretanto, essa maneira de conceber o passado foi contestada nas primeiras décadas do século XX por teóricos clássicos que tratam do tema, como o sociólogo Maurice Halbwachs (1877-1975) e o psicólogo Frederic Charles Bartlett (1886-1969). Estes autores começaram a se preocupar com as reciprocidades e interdependência dos seres em coletividade e rejeitaram qualquer separação entre memória e sociedade. De acordo com suas ideias, a memória seria um processo social no qual os indivíduos não são vistos como seres isolados, mas em constante interação uns com os outros a partir de estruturas sociais determinadas (SANTOS, 2012).

Na literatura, não se encontra um *corpus* teórico claramente definido e com entidade própria sobre a memória coletiva, mas sim vários autores que têm se aproximado dessa questão com distintas perspectivas (OCHOA; ARGUETA; MUNOZ, 2005). Maurice Halbwachs se preocupou com o tema, sendo um dos autores mais influentes no estudo da memória coletiva. No Brasil, os estudos abordando essa temática se desenvolveram

principalmente a partir do trabalho de Bosi (2012) e, mais atualmente, através dos estudos de Sá (2002), entre outros.

Uma das principais obras de Halbwachs (2012), **Memória Coletiva**, foi escrita em um momento no qual a memória era entendida apenas como um fenômeno individual e subjetivo. No entanto, a maneira de tratar a memória deveria ser pensada em termos de “convenções sociais, denominadas quadros sociais da memória” (SANTOS, 2012, p.47) e não apenas como algo individual e particularizado. A explicação dos quadros sociais é apresentada por Halbwachs (2004) em sua obra: **Los marcos sociales de la memoria**, na qual defende que as memórias só podem ser pensadas em termos de convenções sociais denominadas de quadros sociais e que o passado que existe é aquele que é reconstruído continuamente no presente (SANTOS, 2012). Assim, essa obra reforça a ideia da construção da memória coletiva a partir da inserção de indivíduos em grupos sociais como a família, grupos religiosos e classes sociais.

De acordo com Halbwachs (2012), quando o indivíduo narra suas recordações, entramos em contato com a lembrança única, a experiência solitária da qual o informante é a única testemunha. Entretanto, este não está só, ele faz parte de uma “comunidade afetiva” que traz todo o contexto das situações sociais partilhadas, por e com outros membros do grupo. Assim, toda a lembrança estaria ligada a um contexto social mais amplo. Portanto, lembrar é se remeter aos significados, aos quadros sociais, que são pontos de referência de cada indivíduo e do grupo que compartilha experiências.

Todos nós possuímos dois tipos de memória, defende Halbwachs (2012). Uma coletiva e outra individual que se inter-relacionam, mas não se misturam. A individual (interior, pessoal e autobiográfica) se apoia na coletiva (exterior, social e histórica), uma vez que a história da nossa vida se insere na história em geral. Não obstante, a memória coletiva seria bem mais ampla e a memória individual poderia ser reduzida e explicada por meio da memória coletiva (HALBWACHS, 2012).

A memória coletiva é a memória de um passado compartilhado, que se mantém através dos membros de um mesmo grupo, classe ou nação e constituem-se em relações de poder entre grupos sociais. Essa memória que a sociedade traz da pessoa idosa e da pessoa com deficiência física se manifesta na maneira de sentir, perceber, pensar e agir do grupo, ou da sociedade, sendo passada de geração a geração. Assim, as memórias são construídas na interação com o social, de acordo com os modos de ser de cada grupo. A memória coletiva, sendo mais ampla, pode influenciar no pensamento e comportamento da sociedade em relação

à pessoa idosa com deficiência física. E essa influência pode se manifestar ou não na memória individual da pessoa idosa que pode perpetuar as concepções presentes no imaginário social.

De acordo com Halbwachs (2012), recordar não é rever, mas refazer, reconstruir, repensar com imagens e ideias de hoje a experiência do passado, uma vez que a nossa percepção se modifica conforme o passar do tempo e com ela nossas ideias, juízos de realidade e de valor. Segundo Bosi (2012), é por meio da memória que o passado surge nas lembranças e vão se mesclando com as percepções do presente, ou vice-versa. Assim, as impressões do presente sobre a deficiência física e a velhice interagem com as recordações do passado sendo fixadas na consciência. Deste modo, não existe presente sem passado.

Pode-se afirmar, então, que qualquer pessoa possui memória, seja criança, adulto ou idoso. Bosi (2012, p.60), porém, relata que nas lembranças de uma pessoa idosa é possível verificar uma história social bem desenvolvida, uma vez que: “[...] elas já atravessaram um determinado tipo de sociedade, com características bem marcadas e definidas; elas já viveram quadros de referência familiar e cultural igualmente reconhecível”. Deste modo, sua memória atual está melhor desenhada sobre um pano de fundo mais definido, do que a memória de um jovem ou adulto que ainda está absorvido com as lutas e contradições do presente.

A pessoa idosa passa então a ter, de acordo com Bosi (2012), mais uma função social que seria a de lembrar e contar para as gerações mais novas a sua história, de onde vieram, o que aprenderam, viveram e experimentaram ao longo dos anos vividos. Ou seja, as pessoas idosas tornam-se a fonte de memória viva da família, do grupo, da instituição e da sociedade. No entanto, quando a sociedade a impede de exercer essa função de agente social, ela pode promover um adoecimento psíquico, resultando um contexto social perverso e excludente para o idoso.

Esta função é fundamental no processo de manutenção da identidade grupal, mostrando-se como elo vivo entre gerações, transmitindo a história de um passado vivido e experimentado pela pessoa idosa que adquiriu uma deficiência física. A esse respeito, Bosi (2012) relata que a função da pessoa idosa é lembrar e aconselhar, unir o começo e o fim, ligando o que foi com o porvir. Os relatos das vivências desses indivíduos poderão servir de exemplo para outras pessoas idosas ou não, ajudando na maneira de lidar, enfrentar e superar uma deficiência física na velhice.

Além disso, de acordo com Bobbio (1997, p.53), a pessoa idosa ao se recordar do passado, ao repensar suas experiências, torna possível reconstruir sua identidade:

O tempo do velho [...] é o passado. E o passado revive na memória. O grande patrimônio do velho está no mundo maravilhoso da memória, fonte inesgotável de reflexões sobre nós mesmos, sobre o universo em que vivemos, sobre as pessoas e os acontecimentos que, ao longo do caminho, atraíram nossa atenção. Esse imenso tesouro submerso jaz à espera de ser trazido à superfície durante uma conversa ou uma leitura; ou quando nós mesmos vamos à sua procura nas horas de insônia; outras vezes surge de repente por uma associação involuntária, por um movimento secreto da mente. Se o mundo do futuro se abre para a imaginação, mas não nos pertence mais, o mundo do passado é aquele no qual, recorrendo a nossas lembranças, podemos buscar refúgio dentro de nós mesmos, debruçar-nos sobre nós mesmos e nele reconstruir nossa identidade.

Portanto, ao buscar as recordações dos fatos e acontecimentos que marcaram sua vida, a pessoa idosa também reconstrói a si mesmo por meio da “permanente interação entre o vivido e o aprendido, o vivido e o transmitido”, de forma que “o que está em jogo na memória é também o sentido de identidade individual e de grupo” como descreve Pollak (1989, p.9-10). Ao dar atenção às memórias da pessoa idosa sobre a aquisição e o viver com a deficiência física, pode-se ter acesso ao testemunho subjetivo do indivíduo à luz das suas experiências e da sua vida particular associado ao reflexo de uma época, de suas normas sociais de valores partilhados pela sociedade a qual esse indivíduo pertence.

No caso deste estudo, podemos identificar as transformações vivenciadas pela pessoa idosa ao adquirir a deficiência física, conhecer sua história de vida antes e após este evento, suas expectativas, dilemas e episódios marcantes dessa trajetória e conhecer as lembranças dos grupos sociais que fizeram e fazem parte dessa memória coletiva. Conforme propõe Damásio (2003), recordar eventos altamente emocionais, positivos ou negativos, pode ajudar a prevenir situações ruins e a tomar a direção do sucesso.

No entanto, não é somente a pessoa idosa que se beneficia ao lembrar, mas todos aqueles que estão ao seu lado, o que torna possível estabelecer um sentido de continuidade cultural entre as gerações. Assim, através das memórias das pessoas idosas, são percebidas as transformações ocorridas no espaço, na história, nas instituições, nos papéis sociais e no imaginário social (BOSI, 2012). As relações do passado se tornam presentes por meio das lembranças da pessoa idosa, sendo esta peça fundamental na transmissão dos valores e crenças de uma geração para outra.

A memória coletiva que a sociedade traz da pessoa idosa se manifesta na maneira de sentir, pensar e agir do grupo ou da sociedade, sendo essa memória passada através de gerações. Corroborando com esse pensamento, Bobbio (1997) relata que o grande patrimônio da pessoa idosa está no mundo maravilhoso da memória, fonte inesgotável de reflexões sobre

nós mesmos, sobre o universo em que vivemos, sobre as pessoas e acontecimentos que, ao longo do caminho, atraíram nossa atenção.

Assim, a contribuição da memória dos idosos com deficiência física não se limita ao aspecto particular, individual, mas alcança, também, o social. Por meio das lembranças, podemos ter contato com as experiências vividas e seus sentidos podem ser transmitidos ao longo das gerações, e influenciar a compreensão do mundo atual. De fato, as narrativas de momentos vivenciados pela pessoa idosa com deficiência física agregam múltiplas temporalidades (RICOUER, 2007).

De acordo com Arendt (2000), os legados de uma geração podem ser transmitidos às gerações seguintes por meio da palavra. A partir de suas “histórias”, as pessoas idosas com deficiência podem se inscrever socialmente e assim evidenciar personalidade política, atuação social, cultural e econômica (MEIHY; HOLANDA, 2013). Mediante os relatos sobre as situações vivenciadas pelas pessoas idosas com deficiência física pode vir à tona uma problemática pouco visível, convocando a discussão e a produção do saber e fazer, de ações no campo da política pública que garanta as demandas e direitos dessa população (MEIHY; HOLANDA, 2013). Para Bosi (2012, p.69): “Uma história de vida não é feita para ser arquivada ou guardada numa gaveta como coisa, mas existe para transformar a cidade onde ela floresceu”. A história de vida narrada pela pessoa idosa com deficiência física não é apenas o recolhimento do testemunho pessoal; ela pode ser uma maneira de resgatar as camadas da população discriminadas e excluídas da sociedade.

A busca pelas memórias da pessoa idosa com deficiência física adquirida pode contribuir para resgatar, compreender e fortalecer a identidade individual e coletiva desse grupo que é socialmente marginalizado. Essas memórias podem ser fundamentais para se entender como essas pessoas idosas representam o fato de envelhecer com deficiência física e como estabelecem suas práticas sociais.

Assim, pensando tanto na necessidade da apropriação da própria história, quanto na função social da transmissão da história da qual o sujeito vivenciou, torna-se necessário criar situações nas quais essas experiências vividas sejam lembradas, ressignificadas e contadas, ainda que os espaços para essas atividades estejam restritos. Ao idoso poucas vezes é oferecida a oportunidade de compartilhar suas experiências de vida, mesmo no seio familiar, e acabam tornando-se solitários e carentes de comunicação.

O que se observa, na sociedade atual, é que a pessoa idosa é colocada à margem do contexto social por ter suas representações coletivas, em grande parte, suprimidas no cotidiano. Todavia, a memória de pessoas idosas pode deixar às claras um mundo com

riquezas e diversidades que não conhecemos. A busca da felicidade pelas lembranças acontece porque a sociedade esvaziou a lembrança do idoso de experiências significativas, e resta a ele buscar em outra época o alento para tornar o presente significativo: “a consciência de ter suportado, compreendido muita coisa, traz para o ancião a alegria e uma ocasião de mostrar sua competência. Sua vida ganha uma finalidade se encontrar ouvidos atentos, ressonância” (BOSI, 2012, p.82).

De acordo com Chauí na apresentação do livro de Bosi: **Memória e sociedade: lembrança de velhos** (BOSI, 2012, p.19): “[...] a sociedade capitalista bloqueou os caminhos da lembrança, arrancou seus marcos e apagou seus rastros”. Ou seja, a sociedade capitalista impede essa lembrança e recusa seus conselhos. A conversa evocativa de uma pessoa idosa é sempre uma experiência profunda, pois pode repassar nostalgia, revolta, resignação e é semelhante a uma obra de arte (BOSI, 2012). A pessoa idosa tem o excesso de experiência para aconselhar, providenciar, prever. Ao ser tolhido dessa função na sociedade, ele se retrai de seu lugar social e este encolhimento traz perda e empobrece a todos. Para Bosi (2012, p.83), “a velhice desgostada, ao retrain suas mãos cheias de dons, torna-se uma ferida no grupo”.

A abordagem da memória coletiva possibilita conhecer, através dos relatos dos idosos quem são estes indivíduos, as memórias a respeito do processo de aquisição da deficiência física, os problemas, desafios e adaptações que tiveram que enfrentar após tal aquisição. A análise dessas informações é importante para compreender como a pessoa idosa representa a aquisição e a vida com uma deficiência física. Para um aprofundamento na análise dessas memórias, faz-se necessária utilizar a Teoria das Representações Sociais que pretende interpretar a realidade, o pensamento e as relações sociais dessas pessoas a partir do conhecimento do sensu comum.

3.2. TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A origem da Teoria das Representações Sociais provém do termo “representação coletiva”, desenvolvido pelo sociólogo francês Emile Durkheim (1858-1917). Ele buscou compreender o aspecto essencial e permanente da humanidade tomando como objeto de estudo as práticas religiosas de tribos da sociedade primitiva australiana e desenvolveu uma tese na qual apontava para o fato de que a natureza fundamental do ser humano reside na religião. Durkheim considerava que tal prática social reproduz as representações coletivas, sendo um fenômeno capaz de assegurar os laços entre os membros da sociedade e de se

manter através de gerações. Assim, em 1912, Durkheim publica a obra: **As formas elementares da vida religiosa**, criando o conceito de “representações coletivas” (NOBREGA, 2003).

Partindo de uma perspectiva sociológica, Durkheim (2003) defendeu uma dicotomia entre representações individuais (do campo da psicologia) e coletivas (objeto da sociologia), sendo que as coletivas reúnem uma variedade de pensamentos e saberes como crenças, mitos, ciências, religião, opinião, que são partilhados de forma coletiva e revelam o que há de irreduzível à experiência individual (MOSCOVICI, 2015). Para ele, as representações coletivas têm suas leis próprias e pertencem à outra natureza diferente do pensamento individual compreendendo que representações coletivas se explicitam por outra realidade, na qual o grupo pensa nas suas relações com os objetos que os afetam (NÓBREGA, 2003).

A partir dessa ideia, Durkheim (2003) defendia que, para estudar as representações, a ciência deveria reconhecer essa oposição entre o individual e o coletivo e que o substrato da representação individual era a consciência própria de cada um, sendo, portanto, subjetiva, flutuante e perigosa à ordem social. Já o substrato da representação coletiva era a sociedade em sua totalidade e, por isso, seria impessoal e ao mesmo tempo permanente, garantindo assim, a ligação necessária entre os indivíduos e, conseqüentemente, a harmonia da sociedade (NÓBREGA, 2003).

Algumas falhas na explicação e compreensão apresentadas pela teoria de Durkheim como a oposição entre individual e coletivo, pessoa e sociedade, instável e estável, fez com que essa teoria fosse esquecida no mundo científico por quase cinquenta anos (NÓBREGA, 2003). Depois de alguns anos, o psicólogo social Moscovici (2015) buscou as bases das ideias deixadas por Durkheim para a construção de sua teoria. No entanto, ele oferece às representações coletivas uma configuração completamente diferente, visto não estar comprometido com a filosofia positivista da ciência, como Durkheim.

Moscovici (2015) questiona a visão dicotômica entre indivíduo e sociedade, sujeito e objeto, interno e externo, e elabora o conceito de “representações sociais” a partir de seu estudo intitulado: *La Psychanalyse: son image et son public*, publicado em 1961. Neste trabalho o autor busca compreender de que forma a psicanálise, ao sair dos grupos fechados e especializados do ambiente científico, passa a adquirir um novo sentido pelos grupos populares da França, naquela época. Logo, seu trabalho obtém repercussão tornando-se um dos enfoques predominantes da Psicologia Social na Europa Continental (NÓBREGA, 2003).

Ao contrário das representações coletivas de Durkheim, as representações sociais envolvem um processo criativo de elaboração cognitiva e simbólica que se dá no âmbito da

interação social. Moscovici propõe uma articulação entre o psicológico e o social e considera inseparáveis sujeito, objeto e sociedade (SÁ, 2004). O objeto de estudo para Moscovici não se encontrava na sociologia, mas sim, na intersecção indivisível do individual com o social captado pela psicossociologia. Com isso, seus estudos permitiram a construção de um aporte teórico voltado para investigação e análise dos processos individuais que, ao interagirem com o social, fazem surgir teorias do âmbito do senso comum sobre os objetos. Segundo Moscovici (2011, p.49) “são fenômenos específicos que estão relacionados com um modo particular de compreender e comunicar que cria tanto a realidade como o senso comum. É para enfatizar essa distinção que uso o termo social em vez de coletivo”.

Destarte, o objetivo de Moscovici era o de estudar os fenômenos coletivos, as regras que regem o pensamento social e os processos que os indivíduos ou os grupos utilizam para assimilação das informações (JODELET, 2001), e assim permitir a compreensão das dinâmicas das interações sociais e das condutas adotadas pelos sujeitos para se apropriarem dos objetos de seu ambiente. A Teoria das Representações Sociais toma como ponto de partida a diversidade dos indivíduos, atitudes e fenômenos, em toda sua estranheza e imprevisibilidade e busca descobrir como indivíduos e grupos podem construir um mundo estável e previsível a partir de tal diversidade (MOSCOVICI, 2015). Assim, a diversidade das ideias coletivas indica uma não homogeneidade das sociedades nas quais as diferenças refletem uma variedade de representações, e nesses pontos de divergências e tensões, quando o não familiar aparece, ocorre o processo de familiarização do não familiar e novas representações emergem (DUVEEN, 2015).

Em termos conceituais, as “representações sociais” designam um grande número de fenômenos e de processos e, englobam autores oriundos da filosofia, da antropologia, da história e da linguística que usam autonomamente o termo para designar suas próprias reflexões (SÁ, 2004). As representações sociais são apresentadas por Moscovici (2015, p.28) como: “Um *corpus* organizado de conhecimentos e uma das atividades psíquicas graças às quais os homens tornam inteligível a realidade física e social, inserem-se num grupo ou numa ligação cotidiana de trocas, e liberam os poderes de sua imaginação”.

Para Sá (2004), as representações sociais compreendem um conjunto de conceitos, afirmações e explicações pelas quais se procede à interpretação e mesmo à construção das realidades. Elas abarcam pensamentos, sentimentos, emoções, práticas, afetos e cognições, que, apesar de certa durabilidade, se apresentam em constante mudança no tempo e na história.

A partir do estudo inicial proposto por Moscovici (2015), vários outros autores passaram a contribuir para o desenvolvimento da Teoria das Representações Sociais, tais como Abric (2000), Jodelet (2001), Campos (2003), Camargo (2005), Sá (2002,2004), Wagner (2009), Vala (2013), dentre outros que continuam realizando pesquisas científicas sobre o tema. De acordo com Jodelet (2001, p.22), a Teoria das Representações Sociais:

É uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. Igualmente designada como saber de senso comum ou ainda saber ingênuo, natural, esta forma de conhecimento é diferenciada, entre outras, do conhecimento científico.

A partir da Teoria das Representações Sociais, Moscovici definiu os parâmetros de uma análise científica do que se chama o senso comum, e atribuiu uma lógica a esse conhecimento que tem uma “organização psicológica autônoma”, não mais correspondendo ao que se interpretava como bizarro, caótico e fragmentário (NÓBREGA, 2003, p.63). Ao criar sua teoria, Moscovici legitima o saber popular e o senso comum, que até então era concebido como algo confuso, sem importância, como algo inferior à argumentação científica.

Para Moscovici (2015), a Teoria das Representações Sociais pode ser definida como um sistema de valores, de noções e de práticas que têm uma dupla tendência. Uma seria a de instaurar uma ordem que permite aos indivíduos a possibilidade de se orientar no meio ambiente social, material e de dominar este meio. A outra seria a de assegurar a comunicação entre os membros de uma comunidade propondo-lhes um código para as suas trocas e um código para nomear e classificar de maneira unívoca as partes do seu mundo de sua história individual ou coletiva (NÓBREGA, 2003).

A Teoria das Representações Sociais parte da premissa de que existem duas formas diferentes do pensamento social, conhecer e se comunicar, denominadas por Moscovici (2015) de “Universos Consensuais” e “Universos Reificados”. A diferença entre eles não está na hierarquia, mas em propósitos diferentes. O universo consensual se constitui na conversação informal, em práticas interativas do cotidiano, e na expressão das atividades relacionadas ao senso comum e a suas teorias. Os indivíduos elaboram sua construção do real a partir do meio onde vivem, buscando explicar as coisas sem ser especialistas. Todas as pessoas são iguais e podem falar com a mesma competência, compartilhando ideias e opiniões que são consideradas corretas e aceitas socialmente (MOSCOVICI, 2015) e é neste universo que eclodem as representações sociais.

O universo reificado ou científico, por outro lado, é restrito, sendo manifesto por especialistas predominando os saberes e conhecimentos científicos com objetividade e rigor lógico e metodológico estabelecidos pela comunidade científica. Assim, os tipos de conhecimentos são diferentes, mas ambos se inter-relacionam e são imprescindíveis à vida humana, dando forma à realidade (ARRUDA, 2002).

As representações sociais são construídas mais frequentemente no âmbito do universo consensual, por meio da conversação em um processo de construção e apropriação da realidade, ocorrendo em um contexto social e resultando em um saber próprio das massas ou do senso comum. Com isso, Moscovici (2015, p.17) revela uma espécie de reabilitação do senso comum, do saber popular que antes era considerado inconsistente, equivocado e confuso afirmando que “a representação toma o lugar da ciência e a constitui (ou reconstitui) a partir das relações sociais envolvidas”.

A compreensão da Teoria das Representações Sociais de acordo com Moscovici (2015) tem como base a ideia de que a ciência era antes orientada pelo senso comum e fazia deste menos usual, mas agora todo o senso comum é a ciência tornada comum. Deste modo, a ciência moderna reconhece no senso comum algumas virtudes que servem para enriquecer a nossa relação com o mundo. Sobre isso Nóbrega (2003, p.64), declara que “as representações sociais são elaboradas no âmbito dos fenômenos comunicacionais que repercutem sobre as interações e mudanças sociais”; elas aparecem como um conhecimento não se contrapondo ao saber científico.

Essa grande teoria conheceu vários desdobramentos sendo desenvolvidas outras perspectivas complementares de estudo em função da importância relativa que concebem à questão social ou à psicológica (cognitiva) na construção das representações sociais. De acordo com Jodelet (2001), três enfoques se destacam: a abordagem antropológica, dimensional ou processual desenvolvida por Jodelet; a abordagem estrutural ou teoria do núcleo central desenvolvida por de Jean-Claude Abric e Flament e a abordagem societal ou teoria da Escola de Genebra desenvolvida por Willem Doise.

A abordagem antropológica, dimensional ou processual foi desenvolvida por Moscovici e Jodelet e se preocupa, principalmente, com o modo como ocorrem a construção, a gênese e os processos de elaboração das representações sociais, através dos processos de objetivação e ancoragem e da identificação de seus organizadores socioculturais, atitudes, modelos normativos ou esquemas cognitivos. Nesse enfoque, o social e o cognitivo são igualmente considerados.

Na abordagem processual, as representações sociais são elaboradas através das comunicações entre os sujeitos de um grupo social, por meio de dois processos sócio-cognitivos básicos: a ancoragem e a objetivação (JODELET, 2001). Estes processos são centrais na Teoria das Representações Sociais e são capazes de transformar em familiar o que não era familiar aos sujeitos (MOSCOVICI, 2015). Para tornar o estranho em familiar, a ancoragem busca nas representações pré-existentes uma forma de classificá-lo, colocando-o em um contexto conhecido. Assim, a familiaridade se constitui quando os sujeitos criam suas RS sobre determinado objeto. Para Moscovici (2015) sempre e em todo lugar, quando nós encontramos pessoas ou coisas e nos familiarizamos com elas, tais representações estão presentes.

A objetivação, que mantém estreita relação entre sujeito e objeto representado, consiste em dar materialidade a uma ideia abstrata, ao corporificar os pensamentos possibilitando que um conceito ou esquema conceitual que esteja no plano das ideias ou da abstração se torne real como ligar uma palavra ou ideia a uma imagem.

Este processo promove a inserção do que é estranho no pensamento constituído, classifica e nomeia o objeto, ao assimilar e acomodar as informações. Assim, é possível fornecer um contexto inteligível ao objeto, interpretando-o, classificando-o e denominando-o (JODELET, 2001). Nóbrega (2003, p.73) diz que “a objetivação consiste em materializar as abstrações, corporificar os pensamentos, tornar físico e visível o impalpável, enfim, transformar em objeto o que é representado”.

O processo de objetivação está pautado em três fases constituintes: construção seletiva; esquematização e naturalização. A construção seletiva da realidade é o mecanismo no qual o objeto de representação é selecionado e descontextualizado, o que permite a retirada apenas dos elementos concebidos como fatos próprios ao universo do senso comum. Essa seleção e reorganização da representação estão fundamentadas em critérios normativos e de valores grupais e culturais (VALA; MONTEIRO, 2013; JODELET, 2001; NÓBREGA, 2003).

A segunda fase da esquematização estruturante corresponde à organização dos elementos em torno de um núcleo, assegurando uma estabilidade à estrutura representada, na medida em que “é a formação de uma estrutura de imagem que reproduz uma estrutura figurativa ou conceitual”. A terceira fase, naturalização, corresponde ao processo de materialidade propriamente dita, que adquire evidência na realidade e no terreno do senso comum, tornando-o uma entidade autônoma, que transforma o abstrato em concreto (VALA; MONTEIRO, 2013).

O outro processo descrito por Moscovici (2015) é o da ancoragem, que implica em um processo classificar e dar nome a alguma coisa. “Coisas que não são classificadas e que não possuem nome são estranhas, não existentes e ao mesmo tempo ameaçadoras” (MOSCOVICI, 2015, p.61). Nessa perspectiva, os novos objetos percebidos como desconhecidos são ancorados com base em conhecimentos, práticas, crenças e valores anteriores ao sujeito. A ancoragem forma uma rede de significados, orientando a aproximação entre as categorias existentes e o meio social, e mostra valores ou preferências que uma parcela da sociedade, em dado tempo e local, atribui a determinado objeto social, em função das interações sociais.

Então, a ancoragem permite ressignificar os elementos de uma representação, considerando as relações entre os conteúdos de um campo representacional, as condutas, histórias, culturas, identidades e aspectos educacionais do grupo em contextos específicos, promovendo suas ligações. Pode, então, ser entendida como um processo de apropriação de uma estrutura simbólica, cujos filtros são os valores sociais (JODELET, 2001).

A ancoragem também é organizada em três condições estruturantes: primeira, atribui sentido através de uma articulação e hierarquização de redes de significações em valores já existentes na cultura; segunda, instrumentaliza o saber que confere funcionalidade à estrutura da representação em meio à realidade; e, terceira, o enraíza no sistema do pensamento que consiste na coexistência dos processos de ‘incorporação social da novidade’ e da ‘familiarização do estranho’ (NÓBREGA, 2003). Esse enraizamento é marcado pelas inter-relações entre a atividade cognitiva do ato de representar e as funções sociais desse ato.

Deste modo, a ancoragem fornece à objetivação, as imagens e elementos necessários para dar novo (ou outro) sentido ao objeto da representação. Este novo sentido permite aos sujeitos elaborarem suas representações baseadas em uma causalidade, criando, assim, um meio para representar o (s) objeto (s). O que antes era considerado estranho e distante do campo de conhecimento e de possíveis leituras dos sujeitos vai se tornando familiar. Assim, o processo de ancoragem, ao possibilitar a ressignificação do estranho, permite que o mesmo seja considerado familiar, sem desprezar os antigos quadros. Ancorar é, pois, classificar e dar nome a alguma coisa (MOSCOVICI, 2015).

Ou seja, ancorar é classificar e dar nome a alguma coisa e objetivar é reabsorver um excesso de significados e descobrir a qualidade icônica de uma ideia. A objetivação e ancoragem mantêm uma relação dialética, que se dá através da comunicação entre os indivíduos de um grupo social ou sociedade, articulando as três funções fundamentais das representações sociais: orientação das condutas e das comunicações, proteção e legitimação de identidades sociais pela subjetividade e familiarização com a novidade.

As representações sociais estão intrinsecamente relacionadas à dinâmica das relações sociais e às práticas destas relações, e estão vinculadas a quatro funções essenciais sendo duas descritas por Moscovici (2015), ao considerar a natureza convencional e prescritiva das representações, e duas propostas por Abric em 1994 que considera a evolução dos estudos em RS realizados. De acordo com Moscovici (2015), as representações sociais têm como função contribuir com os processos de formação de comportamentos e de orientação das comunicações sociais, denominadas Função do Saber e Função de Orientação. A Função do Saber relaciona-se à apropriação dos conhecimentos do senso comum, ‘saber ingênuo’, por parte dos atores sociais, permitindo a ação cognitiva de compreender e explica a realidade facilitando a comunicação (MOSCOVICCI, 2015; ABRIC 2000).

A Função de Orientação das condutas está pautada no próprio sistema de pré-decodificação da realidade, ela guia comportamentos e práticas aceitáveis ou não dentro de um contexto social específico e opera como seleção e filtro de informações. Essa função, além de refletir, pode também determinar o comportamento de um grupo de pertença acerca de determinada situação ou relação, antecipando a ação (ABRIC, 2000). Posteriormente, Abric incorporou a essas, mais duas funções: a Função Identitária e a Função Justificadora (ABRIC, 2000; NÓBREGA, 2003). A Função Identitária situa o indivíduo e os grupos dentro de um campo social que permite a definição de uma identidade social e a proteção da especificidade dos grupos. Além disso, exerce influência nos processos de socialização, à medida que identifica o indivíduo em seu grupo de pertença. A Função Justificadora permite ao indivíduo explicar e justificar suas condutas e tomadas de decisão e de comportamento em determinadas situações, intervindo na avaliação da ação (MOSCOVICCI, 2015; ABRIC 2000).

A partir de sua tese de doutorado, Abric (2000) desenvolveu a abordagem estrutural ou Teoria do Núcleo Central na qual defendia que a representação social seria organizada a partir de um núcleo central, em torno do qual existiriam elementos periféricos. Sobre essa teoria, Sá (2002) afirma ser esta uma “abordagem complementar” à Teoria das representações Sociais de Moscovici, de onde emanam suas características mais marcantes do envolvimento sistemático com a prática experimental, e assim, lhe proporciona uma complementaridade mais proveitosa (SÁ, 2005, p.61). Seu aporte teórico tem sido utilizado para estudar a influência social e o processo de modificação das representações e já demonstrou seu valor heurístico e sua validade (SÁ, 2005).

A partir dessa abordagem estrutural, Abric (2000) afirma que o conjunto de ideias, crenças, atitudes e informações que compõe as representações sociais de um objeto social se organizam em torno de uma estrutura e constituem um sistema sócio cognitivo, ou seja, esses

conteúdos se estruturam em elementos hierarquizados em um núcleo central e em torno deste se organizam os elementos periféricos (ABRIC, 2000), sendo suas diferenças apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1 – Caracterização do sistema central e do sistema periférico de uma representação social

SISTEMA CENTRAL	SISTEMA PERIFÉRICO
<ul style="list-style-type: none"> • Ligado à memória coletiva e à história do grupo 	<ul style="list-style-type: none"> • Permite a integração de experiências e histórias individuais
<ul style="list-style-type: none"> • Consensual • Define a homogeneidade do grupo 	<ul style="list-style-type: none"> • Tolerância à heterogeneidade do grupo
<ul style="list-style-type: none"> • Estável • Coerente • Rígido 	<ul style="list-style-type: none"> • Flexível • Tolerância às contradições
<ul style="list-style-type: none"> • Resistente às mudanças 	<ul style="list-style-type: none"> • Evolutivo
<ul style="list-style-type: none"> • Pouco sensível ao contexto imediato 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensível ao contexto imediato
<ul style="list-style-type: none"> • Funções: <ul style="list-style-type: none"> - gera o significado da representação - determina sua organização 	<ul style="list-style-type: none"> • Funções: <ul style="list-style-type: none"> - permite a adaptação à realidade concreta - permite a diferença do conteúdo

Fonte: Abric (2000, p.34).

O núcleo central ou núcleo estruturante seria rígido e estável, coletivo, coerente, mais resistente às mudanças e normativo por natureza somada a um núcleo periférico, mutável e flexível (ABRIC, 2000; VALA, 2013). O núcleo é o elemento unificador e estabilizador da representação e está ligado à memória coletiva, e tem como características a coerência e rigidez, definindo e dando significado à representação (ABRIC, 2000).

Os elementos periféricos correspondem aos componentes mais acessíveis, mais vivos e mais concretos da representação (ABRIC, 2000; SÁ, 2007). O núcleo central e os elementos periféricos funcionam de forma integrada, tem um papel específico e complementa a outra parte. Abric (2000) concluiu que o sistema periférico não é um componente menos importante das representações do sistema central, ao contrário, ele é fundamental, pois associado ao sistema central, permite a ancoragem na realidade. Por outro lado, a heterogeneidade do sistema periférico não é sinal de representações sociais diferentes, mas pode sim ser indicador importante de tendências de futuras transformações das representações.

A abordagem societal ou teoria da Escola de Genebra apresenta uma perspectiva mais sociológica e busca entender como as inserções sociais concretas dos sujeitos condicionam suas representações. Segundo Sá (2004), ela aborda as condições de produção e circulação das representações sociais. Ela enfatiza as relações sociais que estão na origem, produção e

circulação das representações. Para Doise (1993), as representações podem ser descritas como princípios geradores de tomadas de posição associadas às inserções específicas do sujeito no conjunto das relações sociais. De acordo com esta abordagem, um objeto social pertence ao nível individual e coletivo ao mesmo tempo por possuir um valor social.

A abordagem societal pressupõe a integração de quatro níveis de análise no estudo das representações sociais. O primeiro analisa o modo como os indivíduos organizam suas experiências com o meio ambiente. O segundo centra-se nos processos interindividuais e situacionais e busca nos sistemas de interação os princípios explicativos típicos das dinâmicas sociais. O terceiro, que se refere aos processos intergrupais, leva em conta as diferentes posições que os indivíduos ocupam nas relações sociais e analisa como essas posições modulam os processos do primeiro e do segundo níveis. O quarto, o societal, enfoca os sistemas de crenças, representações, avaliações e normas sociais, adotando o pressuposto de que as produções culturais e ideológicas, características de uma sociedade ou de certos grupos, dão significação aos comportamentos dos indivíduos e criam as diferenciações sociais, a partir de princípios gerais (DOISE, 1993).

Apesar de análises que articulam os vários níveis teóricos serem mais completas e conduzirem a uma melhor descrição do processo conceitualizado em cada um dos quatro níveis, as análises que recorrem às explicações do tipo societal (isto é, posicional e ideológica) ainda permanecem minoritárias em Psicologia Social. Estes enfoques que são dados ao estudo das representações sociais não se constituem em teorias antagônicas; antes, representam esforços de aplicação e aprofundamento do arcabouço teórico da grande teoria proposta por Moscovici (2015), cujas características se tornam mais adequadas ou mais interessantes de acordo com o objeto e o objetivo que se deseja pesquisar (ARRUDA, 2002). Neste estudo foi empregada a abordagem estrutural para alcançar os objetivos propostos.

3.3 ENTRELAÇAMENTO DOS CAMPOS DA MEMÓRIA COLETIVA E DA TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Este tópico consiste no estabelecimento de uma aproximação e entrelaçamento entre o campo da Memória Coletiva e o a Teoria das Representações Sociais, uma vez que há uma estreita relação entre essas teorias que se apresentam não opostas, mas complementares. Ambas são consideradas como formas de pensamento social. De acordo com Sá (2005), a existência de relações estreitas entre a memória social ou coletiva e as representações sociais

tem sido apontada e explorada por diversos autores no âmbito da psicologia social. Corroborando com esse pensamento Viaud (2003, p.13) declara:

O que impressiona o leitor que confronta os trabalhos sobre as representações sociais em relação àqueles sobre a memória coletiva, é a aparente semelhança das características atribuídas aos dois fenômenos e o lugar central que elas ocupam em seu espaço teórico respectivo. O fato de levar em conta a comunicação, a marcação dos conteúdos pelos grupos sociais, a contribuição para a identidade individual e coletiva, e o papel atribuído à língua natural, são em primeiro lugar as características principais que parecem pleitear a favor de uma comparação em relação à teoria das representações sociais e aos trabalhos sobre a memória coletiva.

Tanto o estudo da memória coletiva, a partir de Halbwachs (2012), como a Teoria das Representações Sociais, com Moscovici (2015), compartilham a mesma origem epistemológica sendo influenciadas pela obra de Emile Durkheim, mas com uma visão diferente da dele, como discutidos nos tópicos que abordam a memória Coletiva e a Teoria das representações Sociais. Em relação ao objeto de estudo, ambas apresentam o senso comum como fenômeno a ser estudado. De acordo com Halbwachs (2004), a memória é classificada como uma sociologia da vida trivial, tal pensamento se aproxima da proposta de Moscovici (2015) de legitimação do saber popular.

Ao restaurar as recordações sobre a vida dos idosos antes e após adquirirem a deficiência física, é possível trazer em seus discursos os conhecimentos do senso comum e, assim conhecer como elaboram suas representações sociais sobre essa deficiência. Nestes discursos, também são encontradas a comunicação e a cultura de saberes populares que fazem parte do processo de construção de representações.

O conhecimento do senso comum está intrincado com formas diversas de pensamento, de saber, de comunicação, sendo o nosso guia em conversas, estruturando nossas rotinas diárias e organizando encontros sociais. Ele compreende também a miríade de tipos de saber, como por exemplo, crenças, mitos, experiência, conhecimento de relações interpessoais e competências práticas. Uma vez que o conhecimento do senso comum orienta a humanidade pela vida, ele sinaliza para o perigo assim como para a extensão e satisfação da vida (MARKOVA, 2005, p. 49).

Além disso, tanto a Memória Coletiva como a Teoria das Representações Sociais são consideradas como formas de expressão e trocas sociais, sendo esses fenômenos regidos por crenças, percepções e memória (BONARDI, 2003). A respeito disso, Jovchelovitch (2008, p. 142) discorre que:

Se nós lembramos é porque outros e o contexto de nosso presente nos fazem lembrar. O recordar é um processo construído pelo material que está agora à nossa disposição no repertório de representações que circulam e povoam a vida presente de uma comunidade. Por mais clara que seja a memória do passado, ela nunca poderá ser exatamente a mesma imagem que realmente experienciamos, por exemplo, na infância, porque não somos mais os mesmos, porque mudamos e nossas ideias, valores e avaliações da realidade mudaram. O simples fato de recordarmos o passado, no presente, exclui a identidade entre as imagens que tínhamos então e as imagens que temos agora e traz à experiência das comunidades humanas e de sujeitos sociais a dimensão do tempo e da história.

De acordo com Bonardi (2003, p.46), a memória e as Representações Sociais “são consideradas igualmente como formas de pensamento social” e Haas e Jodelet (2007, p.119) argumentam que a memória e as Representações Sociais são “estritamente dependentes dos contextos sociais, espaciais e temporais, no seio dos quais elas são elaboradas”. A interação entre o individual e o coletivo, de acordo com Jodelet (2001), faz com que a experiência e a memória coletiva se confundam fazendo das Representações Sociais uma articulação entre elementos afetivos, mentais e sociais com a realidade do contexto. A presença da comunicação ou linguagem é responsável pela existência e manutenção da memória e das Representações Sociais. Sobre isso, Viaud (2003, p.15) afirma que:

As representações sociais, assim como a memória coletiva, ocupam um lugar no quadro dos processos ordinários da comunicação. Moscovici (1976) considera, com efeito, que as representações são criadas e se atualizam no momento das interações sociais correntes, no quadro de uma comunicação, que é, ao mesmo tempo, direcional e controversa.

A memória também pode ser considerada, segundo Jedlowski (2000, p.125): “como a representação do passado que um grupo produz, conserva, elabora e transmite através da interação de seus membros”. Deste modo, a memória deve ser entendida como um conjunto de representações do passado, tomando o passado não como ele foi, mas como nós o representamos. Moscovici (2015) defende que o passado configurado na memória possui supremacia sobre o presente. Esse presente é uma construção subjetiva baseada em um arcabouço de informações e impressões pinçadas de um passado produzido pela memória, passado esse que alimenta as percepções e se posiciona diante do mundo (MOSCOVICI, 2015).

A memória coletiva recobra as recordações do passado e faz uma reelaboração dessas no presente retransmitindo-as. Deste modo, memória e representações, além de serem compartilhadas socialmente, são reconstruídas na medida em que seus conteúdos são transformados e reorganizados com a finalidade de atenderem à realidade no presente. Para

isso, leva-se em consideração os aspectos sociais e culturais de cada grupo e suas interações. A este respeito, Jovchelovitch (2008, p. 144) descreve:

Ao demonstrar a interpretação entre passado e presente, o recordar se torna uma reconstrução ativa do passado desde a perspectiva do presente. Novos sentidos são acrescidos à experiência do passado, transformando-o como experiência do presente e dos projetos existentes para o futuro. [...]. Buscamos no passado os referenciais dos costumes, das tradições e práticas constituintes do sistema das representações cotidianas que guiam nossa experiência, nossa interpretação do que acontece e os esquemas de compreensão do Eu e dos Outros no presente. Pelo entendimento de como funciona a memória social podemos entender também a construção dos repertórios de saber, de crenças sociais e sentidos simbólicos que nos são acessíveis no presente, normalmente organizados como a identidade cultural e as representações sociais de uma comunidade.

Podemos inferir que o passado e os seus elementos históricos se tornam fundamentais para compreendermos os sentidos dos objetos representados para os sujeitos no presente. Assim, as representações sociais da pessoa idosa sobre a deficiência física estão na memória desses indivíduos e para conhecer essas representações no presente é necessário trazer esse passado à tona e identificar como ele é representado no contexto atual desses indivíduos. Conforme descreve Jodelet (2001), não há representações sem memória, pois a representação implica em uma evocação dos elementos e de representações do passado. Estas representações se atualizariam mediante as trocas com o meio histórico, social e cultural, levando ao surgimento ou a transformação de uma representação. E isso é possível por meio das trocas com o universo social, cultural e histórico.

Nessa perspectiva, surge a ideia da importância do passado na estrutura das representações sociais como elemento do processo de ancoragem da inserção social do indivíduo. De acordo com Alba (2011), ancoragem e objetivação são processos de formação de uma representação que atuam como agentes que conectam a representação aos elementos do passado cuja origem se relaciona diretamente com a memória coletiva. Para a autora, a partir da ancoragem, o passado se faz presente, ou seja, é na memória e no seu conjunto de conhecimentos pré-existentes que as Representações Sociais se ancoram. Complementando, Viaud (2003) diz que, através do princípio da familiaridade descrito por Moscovici (2015), é possível a confrontação do estranho ou da novidade com o passado, favorecendo a construção da representação.

De acordo com Montesperelli (2004), a memória oferece força a essas representações, sobretudo às representações do futuro e à identidade individual e coletiva. E, em contrapartida, as Representações Sociais abastecem a memória através de nexos semântico-temporais. Para Montesperelli (2004), antes de qualquer juízo atuam os pré-juízos. Muito

antes de chegarmos a um autoconhecimento através da reflexão explícita, nos compreendemos segundo esquemas reflexivos da família, da sociedade do estado e do meio social em que vivemos.

Assim, ancoragem e objetivação são formas de lidar com a memória. A ancoragem mantém a memória em movimento e a memória é movida para dentro, está sempre tirando e colocando objetos, pessoas e acontecimentos, os classificando e os rotulando com um nome. A objetivação, mais ou menos direcionada para fora, para os outros, tira da memória conceitos e imagens para juntá-los e reproduzi-los no mundo exterior, para fazer as coisas conhecidas a partir do que já se conhece (MOSCOVICI, 2015).

A ancoragem traz consigo uma carga de significados, a respeito de um objeto, percebidos pelo filtro da memória (MOSCOVICI, 2009). A noção de classificação da ancoragem necessita de critérios pré-estabelecidos para fazer esse processo, sendo estes critérios apresentados pela memória por meio de valores, normas ou convenções socialmente construídas durante a história do grupo. Assim, na memória coletiva, os fatos ocorridos no passado são relativizados em relação às circunstâncias do presente, ganhando ou não novo sentido. Nas Representações Sociais a memória funcionaria como base (ancoragem) para transmissão dos elementos estáveis, ajudando o grupo a formar as novas aquisições ou representações.

Também é observada uma relação entre a memória coletiva e o núcleo central das Representações Sociais. De acordo com Abric (2000), o sistema central inclui elementos do passado, e do que é consensual para os membros de um grupo. Sendo assim, o núcleo central estaria ligado à memória coletiva e à história de um grupo (ABRIC, 2000). Corroborando, Sá (2002) declara que o sistema central é estável, coerente e historicamente determinado. Para Abric (2000), o possível Núcleo Central de uma representação está diretamente ligado às condições histórico-culturais, ou seja, atrelado à memória coletiva, se apresentando como o fator comum que é compartilhado pelos indivíduos do grupo e que promove o consenso, a permanência e a continuidade da representação.

Diante deste contexto seguimos o pensamento de Montesperelli (2004), quando faz referência que a relação cognitiva passado-presente não é linear, mas circular. Assim, nosso conhecimento do mundo presente depende de nosso conhecimento do passado, que funciona como ponto de referência de nossa experiência atual. A memória serve como ponto de referência para as nossas representações do presente. Se a experiência de nosso presente depende de nosso conhecimento do passado, a experiência do presente por sua vez, contribui para formar a visão do conhecimento do passado. Assim, presente e passado estão ligados por

entre si por um círculo mutuamente interpretativo e a Memória Coletiva e as Representações Sociais se entrelaçam nesse ir e vir.

Após a construção do aporte teórico que serve de suporte para este estudo no próximo capítulo busca-se trilhar o percurso metodológico para alcançar os objetivos propostos.

4 CAMINHAR METODOLÓGICO

Os indivíduos não se limitam a receber e a processar informação, são também construtores de significados e teorizam a realidade social.

(VALA, 2002)

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Este estudo apresenta uma abordagem multimétodos por considerar aspectos quantitativos e qualitativos, de natureza exploratória, descritiva e tem como aporte teórico-metodológico a Memória Coletiva e a Teoria das Representações Sociais.

Entende-se que o objeto de estudo dos métodos quantitativos são os fatos (vistos e descritos), enquanto que nos métodos qualitativos o objeto são os fenômenos (apreendidos) (TURATO, 2003). Assim, as abordagens quantitativa e qualitativa neste estudo podem ser descritas como complementares, uma vez que os métodos quantitativos são utilizados na aplicação e análise do TALP e dados biosociodemográficos dos participantes (fatos vistos e descritos) e os métodos qualitativos pela utilização da entrevista e análise das falas e seu conteúdo (fatos apreendidos) (TURATO, 2003).

A pesquisa qualitativa não se preocupa com representatividade numérica, mas sim, com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização etc. O interesse da aplicação desse tipo de pesquisa neste estudo foi o de apreender as percepções comuns e incomuns presentes na subjetividade das pessoas idosas com deficiência física, na busca por captar o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes dos idosos a respeito da deficiência física. E assim, entender os processos e os fenômenos experimentados pelo ser humano com base em experiências vividas e partilhadas com seus semelhantes que não podem ser traduzidos em números (MINAYO, 2010).

A pesquisa também adotou uma natureza exploratória, pois esta permite apreciar o problema pesquisado, descrever as características de determinadas populações ou fenômenos ao torná-los mais explícito com o envolvimento de levantamentos bibliográficos e entrevistas de pessoas que possuam experiência com o problema estudado, que possibilitariam a averiguação de realidades mais específicas (TRIVIÑOS, 2009). Neste estudo buscou-se realizar entrevistas com pessoas idosas que tiveram experiências com a aquisição e o viver com uma deficiência física na velhice para, então, alcançar a percepção de tal fenômeno.

Além da natureza exploratória o estudo também foi descritivo, pois, de acordo com Valentim (2005), este tem como objetivo observar, registrar, correlacionar e descrever fatos ou fenômenos de uma determinada realidade sem manipulá-los, e procurar conhecer e entender as diversas situações e relações que ocorrem na vida social, política, econômica, e demais aspectos da sociedade. Esse aspecto exploratório do estudo permitiu ter acesso às pessoas, suas recordações de fatos vivenciados e outras fontes de dados adquiridos através da entrevista, o que nos permitiu alcançar os objetivos propostos.

O uso da teoria das Representações sociais como aporte teórico-metodológico ocorreu porque esta é uma estratégia adequada para o estudo de pessoas idosas e também de pessoas com deficiência física, uma vez que possibilita a compreensão do modo como os grupos constroem e partilham um conjunto de conhecimentos, conceitos e explicações a respeito de determinado fenômeno nas relações que estabelecem no cotidiano (MOSCOVICI, 2015), como a aquisição de uma deficiência física na velhice.

A partir das narrativas dos participantes da pesquisa é possível conhecer as representações sociais da deficiência física, sendo estas produzidas, atualizadas ou transformadas à luz das experiências que esses atores sociais vivenciam em diferentes momentos e condições sociais (LOPES; MENDES; SILVA, 2014). Ou seja, a experiência social é socialmente construída favorecendo uma experimentação que contribui para a construção da realidade (JODELET, 2005).

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O campo de investigação empírica foi um Centro Especializado em Reabilitação Física e Auditiva, localizado no município de Vitória da Conquista – BA. Este local foi escolhido por ser considerado um serviço de referência em medicina física e reabilitação, que presta assistência à pessoa portadora de deficiência física, auditiva e com problemas motores que são moradores do município e de toda região sudoeste da Bahia. Este serviço foi implantando em Vitória da Conquista em 1999 e faz parte de uma série de serviços especializados mantidos pela Prefeitura Municipal por meio do Sistema Único de Saúde. Possui uma equipe multiprofissional formada por assistentes sociais, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, médico neonatologista, médicos ortopedistas e otorrinolaringologistas, psicólogos, técnicos de enfermagem e terapeutas ocupacionais.

O município de Vitória da Conquista/BA está situado na mesorregião do Centro-Sul Baiano, a uma distância de 509 km da capital, Salvador, e possui uma população total de

306.866 habitantes, dos quais cerca de 30.000 são pessoas com 60 anos ou mais de acordo com o Censo 2010 (IBGE 2011).

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes da pesquisa foram 22 pessoas idosas com 60 anos ou mais que apresentavam algum tipo de deficiência física adquirida na velhice (a partir dos 60 anos) e que estavam cadastradas no Centro de Reabilitação. Inicialmente foram identificadas 76 pessoas idosas cadastradas no Centro de Reabilitação. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 31 pessoas apresentaram algum tipo de deficiência física. Dos 31 idosos, apenas 22 (70,9%) estavam frequentando o Centro de Reabilitação no período da coleta. Mesmo sendo um número pequeno de participantes, a amostra se revelou representativa (70,9%) em relação ao número total de idosos com deficiência física cadastrados no Centro de Reabilitação sendo este referência na Rede Pública do município no atendimento de pessoas com deficiência física.

Foram adotados como critérios de inclusão dos participantes: pessoas idosas que apresentavam algum tipo de deficiência física adquirida a partir dos 60 anos de idade; pessoas idosas com condições mentais preservadas para responder ao instrumento de pesquisa, avaliadas a partir da aplicação do Mini-Exame do Estado Mental/MEEM (ANEXO A) (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975; GUERREIRO et al., 1994). Como critérios de exclusão foram utilizados: pessoas idosas com dificuldade ou limitação na comunicação por conta da deficiência física; idosos em alta da reabilitação.

O MEEM permite obter informações a respeito dos diferentes parâmetros cognitivos do pesquisado, e contém questões agrupadas em sete categorias, cada uma delas planejada com o objetivo de avaliar funções cognitivas específicas como a orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), registro de três palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), recordação das três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). O escore do MEEM pode variar de um mínimo de 0 pontos (maior grau de comprometimento cognitivo), até um total máximo de 30 pontos (melhor capacidade cognitiva). O ponto de corte neste estudo foi uma pontuação \geq de 19 pontos, estando todos os 22 participantes aptos do ponto de vista cognitivo a responderem aos instrumentos de pesquisa.

A escolha de participantes com deficiência do tipo adquirida se deu, uma vez que, este fato pode provocar alterações marcantes na vida do indivíduo podendo gerar alterações na

identidade e na estrutura de significados, nas relações e organização da vida (BURY, 1982). Conforme descreve Bury (1982), as deficiências congênitas ou adquiridas na infância não produzem uma ruptura biográfica, pois ela se mostra em uma continuidade e não em ruptura, ou seja, o indivíduo tem uma melhor capacidade de adaptação à situação de deficiência física. Foram excluídos da pesquisa os participantes que não estavam de acordo com os critérios de inclusão propostos.

4.4 INSTRUMENTOS PARA COLETA DOS DADOS

No aspecto metodológico, Spink (2004) declara que o debate histórico sobre as possibilidades do conhecimento das ciências naturais e sociais tem conduzido para uma epistemologia construtivista, ou seja, ao reconhecimento de que a realidade é caleidoscópica e que a multiplicidade de métodos pode enriquecer a compreensão do fenômeno (SPINK, 2004). Sendo assim, um fator de enriquecimento da pesquisa seria a utilização de diferentes instrumentos metodológicos para o desenvolvimento das teorias implícitas, que permitem a observação do objeto sob vários ângulos: explicações cognitivas, investimentos afetivos e demandas concretas derivadas das ações no cotidiano.

Deste modo, a utilização de vários instrumentos de pesquisa corrobora com a possibilidade de envolver a complexidade das situações cotidianas, permeadas por práticas, atitudes, opiniões, percepções, informações que determinado grupo social constrói sobre um objeto ou questões relevantes, influenciando sobremaneira no padrão de comportamento dos indivíduos ou grupo (SÁ, 2002; JODELET, 2001; SANTOS, 2012). Com estes pressupostos, nesta pesquisa foram utilizados instrumentos variados para a coleta dos dados, sendo eles: questionário de informações sociobiodemográficas (APÊNDICE A); Teste de Associação Livre de Palavras /TALP (COUTINHO; NÓBREGA; CATÃO, 2003) (APÊNDICE B); e entrevista semiestruturada (APÊNDICE C).

O questionário de informações sociobiodemográficas foi elaborado pelos pesquisadores para coleta de dados sociais e demográficos dos participantes e informações biológicas relacionadas à aquisição da deficiência física, que constatava as seguintes variáveis: idade, sexo, estado civil, escolaridade, profissão, ocupação, renda mensal, religião, com quem mora, sustento familiar, o tipo de deficiência física, como a deficiência foi adquirida, com que idade adquiriu a deficiência, uso de algum auxílio ortopédico, diagnóstico de alguma doença crônica e quem o auxilia quando precisa realizar alguma tarefa.

O TALP refere-se a uma técnica importante na identificação dos conteúdos de uma representação e tem como vantagem o seu caráter espontâneo e menos controlado, o que permite o acesso aos elementos constituintes do objeto estudado. Os estudiosos em representações sociais utilizam-se desta técnica para identificar as dimensões latentes das representações “através das configurações dos elementos que constituem a trama ou rede associativa dos conteúdos evocados em relação a cada estímulo indutor” (COUTINHO; NÓBREGA; CATÃO, 2003, p.68).

Deste modo, o TALP se constitui em uma técnica projetiva para coleta do conteúdo semântico de uma rede associativa, de forma rápida e objetiva, que permite também apreensão de elementos implícitos ou latentes das RS que poderiam ser perdidos ou mascarados nas produções discursivas, bem como seu conteúdo e sua organização (SÁ, 2002; COUTINHO; NÓBREGA; CATÃO, 2003; OLIVEIRA et al., 2005) através das configurações dos elementos que constituem a trama ou rede associativa dos conteúdos evocados em relação a cada estímulo indutor (COUTINHO; NÓBREGA; CATÃO, 2003).

Esta técnica estimula os sujeitos a evocar respostas de conteúdos afetivos e cognitivos manifestando condutas, reações, evocações, escolhas, e permitem realizar uma análise qualitativa dos dados que foram processados quantitativamente, a partir de *softwares* que façam a análise fatorial de correspondência. Assim, o uso do TALP nos estudos de RS aproxima os métodos quantitativos e qualitativos uma vez que, aos participantes, confere-se liberdade de expressão para produzir conteúdos a respeito do objeto investigado, compatível com abordagens qualitativas, assim como possibilita um processamento estatístico típico das abordagens quantitativas.

A aplicação do TALP consiste na manifestação pelos participantes de palavras que lhes venham à mente a partir de um estímulo que pode ser na forma verbal (através de uma palavra, expressões ou pequenas sentenças), objetos ou imagens. Nessa pesquisa utilizamos como estímulo gerador a palavra “deficiência física”. A partir dessa palavra cada sujeito escrevia as cinco palavras que primeiro lhes viessem à mente sobre a palavra geradora.

Em sua aplicação, inicialmente, explicamos o procedimento e, então, foi realizado um treinamento com outro termo indutor com os sujeitos do estudo com vistas a garantir a compreensão da proposta da técnica a ser executada. Por exemplo: “O que lhe vem à mente (cabeça) quando digo a palavra futebol? Fale as cinco primeiras palavras que, para o senhor (a), lembram o futebol”. Foi estabelecido o tempo máximo de um minuto para a evocação das palavras associadas ao estímulo indutor, por cada participante para responder ao TALP.

Através do teste é possível identificar a frequência média e a ordem média de evocação das palavras, o que permite estabelecer a aproximação e o distanciamento dos elementos de uma representação, distribuindo-os em um sistema gráfico. Entre as vantagens da aplicação deste instrumento podemos mencionar que ele apresenta um tempo de aplicação rápido, é de fácil compreensão em relação às instruções e de operacionalidade no manuseio (COUTINHO; NÓBREGA; CATÃO, 2003).

A respeito do uso da entrevista semiestruturada, autores como Turato (2003), Triviños (2009) e Minayo (2010) afirmam ser este um dos principais instrumentos utilizados pelos pesquisadores para a aquisição de informações subjetivas, por meio da comunicação verbal, e posterior compreensão dos processos e produtos construídos pelos sujeitos em relação a determinado fenômeno. Para Minayo (2010), a entrevista, é uma estratégia de coleta de dados e forma privilegiada de interação social, tem como objetivo principal construir informações relacionadas ao objeto de pesquisa, que se originam da reflexão do indivíduo acerca da realidade vivenciada. Assim, a entrevista é um instrumento fundamental para obtenção de conhecimento interpessoal.

Neste estudo, as questões da entrevista foram elaboradas a partir das inquietações que desencadearam a busca por conhecer a temática, Para isso, foi elaborado um roteiro com perguntas que buscava suscitar a verbalização e que permitia ao entrevistado expressar o seu modo de pensar e agir, vinculando-os com sentimentos, atitudes, motivos, intenções e valores. Assim, o roteiro da entrevista foi composto por cinco questões norteadoras que buscavam conhecer a história da aquisição da deficiência física, os desafios enfrentados pela pessoa idosa ao adquirir a deficiência e como ele representa o processo de envelhecimento com deficiência física. As entrevistas foram gravadas, utilizando-se um gravador digital GPX, com o conhecimento e consentimento dos entrevistados, para posteriormente serem arquivadas em computador no formato Som *wave*, no *Software Windows Media Player*, ouvidas e transcritas no *Software Word*. De acordo com Triviños (2009), faz-se necessário que a entrevista gravada seja imediatamente transcrita pelo pesquisador, antes de realizar outra entrevista com o mesmo participante ou outros, para que, em uma pré-análise, seja possível a compreensão do fenômeno estudado.

4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Inicialmente, foi encaminhado um ofício à Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista-BA, com cópia do projeto de pesquisa, solicitando autorização para a coleta dos

dados no Centro de Reabilitação. Após liberação do local da coleta pela Secretaria Municipal de Saúde (ANEXO B) e aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CAAE: 47915915.5.0000.0055) (ANEXO C), deu-se início ao processo de coleta dos dados sendo realizada no período do mês agosto de 2015.

Foi estabelecido o contato com os profissionais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas que atuam no Centro de Reabilitação para a identificação dos participantes que atendiam aos objetivos da pesquisa. Em seguida, foram identificados os dias e horários que tais participantes estariam presentes no local para realizar as sessões de fisioterapia. Para cada participante foi apresentado o estudo e ao aceitar colaborar com a pesquisa o Termo de Consentimento Livre Esclarecido/TCLE (APÊNDICE D) era entregue, sendo lido e assinado conforme sua anuência, considerando os aspectos éticos que envolvem a pesquisa com os seres humanos.

Após a identificação dos participantes, de acordo com os critérios de inclusão, foi aplicado o questionário sociobiodemográfico, para ser preenchido pelo pesquisador. Também foi solicitado às 22 pessoas idosas que respondessem ao TALP de forma individualizada. Em seguida foi solicitado que os mesmos evocassem 5 palavras que viessem a sua cabeça ao ouvir o estímulo-indutor: “ envelhecer com deficiência física”. As mesmas foram anotadas pelo pesquisador em uma folha de papel individual (APÊNDICE B).

Em alguns casos, foi necessário marcar um novo encontro para finalizar a aplicação dos instrumentos, pois alguns dos participantes tinham que ser conduzidos por familiares e outras pessoas que os acompanhavam à sessão de reabilitação e muitos não podiam aguardar. A coleta foi realizada antes ou após a realização das sessões de fisioterapia. A entrevista semiestruturada foi gravada em meio digital GPX, com o conhecimento e autorização da pessoa idosa, para posterior escuta e transcrição das informações. Estas variaram de 45 a 55 minutos por entrevistado.

Foi utilizada uma das salas do Centro de Reabilitação para realização da coleta dos dados, contando com a presença da pessoa idosa e do pesquisador que fez a entrevista, mantendo a privacidade e o sigilo das informações cedidas pelas pessoas idosas. Para preservar o anonimato dos (as) participantes, estes (as) foram identificando-as com nomes de deuses greco-romanos.

4.6 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

O processo de análise dos dados tem como objetivo a compreensão das informações coletadas buscando confirmar ou não os objetivos propostos pela pesquisa e assim, corroborar ou não com o conhecimento já existente ou produzir um novo conhecimento sobre a temática pesquisada. Os dados obtidos a partir da aplicação do questionário com as informações sociobiodemográficas foram organizados e apresentados na forma de valores numéricos que revelavam o perfil dos participantes deste estudo.

Com as palavras evocadas a partir da aplicação do TALP, com o estímulo-indutor, foi elaborado um dicionário com definição de respostas e classificação por similaridade semântica entre os termos, de forma homogeneizada. Criou-se, então, um banco de dados que foi processado pelo *software* “*Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse des Evocations*” (EVOC) 2000 versão 5. Esse *software* permite cruzar elementos de natureza quantitativa - as frequências das evocações - com elementos de natureza qualitativa - as ordens das evocações - que resultou em uma tabela de contingência, e permitiu ao investigador acerrar-se dos elementos que estruturam a organização de uma representação social segundo a abordagem estrutural proposta por Abric (ABRIC, 2000; VERGÈS, 2002; SÁ, 2002).

O *software* EVOC permite a realização de cálculos estatísticos, construindo matrizes de co-ocorrências, os quais servem de base para a construção do quadro de quatro casas. Assim, este instrumento reúne dois atributos relacionados às palavras evocadas importantes para a distribuição nos quadrantes: a frequência simples de ocorrência de cada palavra evocada e as médias ponderadas de ocorrência de cada palavra em função da ordem de evocação e das ordens médias ponderadas do conjunto dos termos evocados, constituindo o conjunto do *corpus* (OLIVEIRA et al., 2005).

Das 110 palavras evocadas pelos participantes deste estudo foram geradas, a partir de uma aproximação semântica, 18 palavras diferentes entre si. A partir dos cálculos estatísticos realizados pelo EVOC foi realizada a construção de matrizes de ocorrências que é a base para análise e construção do quadro de quatro casas. Conforme descrito por Vergès (2002), no primeiro quadrante encontram-se os elementos mais relevantes e, prováveis elementos do núcleo central de uma representação. Estes elementos são os mais prontamente evocados e citados com frequência elevada pelos sujeitos. No segundo quadrante estão os elementos que obtiveram uma frequência alta, mas que foram citados em últimas posições. No terceiro quadrante encontram-se os elementos que foram citados numa frequência baixa, porém foram

evocados primeiramente. O segundo e o terceiro quadrantes correspondem aos elementos menos salientes na estrutura da representação, mas também são significativos na organização da representação social. No quarto quadrante estão os elementos que correspondem à periferia distante ou segunda periferia. Nele estão os elementos menos citados e menos evocados pelos entrevistados.

Deste modo, foi realizada a análise quantitativa dos dados obtidos pelo TALP, a partir de um estudo lexicográfico que utilizou o *software* EVOC e a técnica de quatro quadrantes, assinalando a centralidade dos elementos obtidos pelo cruzamento das frequências, com as ordens de evocação. Em cada quadrante foram obtidas informações fundamentais para a composição e análise das representações.

Para a análise dos dados provenientes da entrevista semiestruturada foi empregada técnica de Análise de Conteúdo, modalidade Temática ou Categorical, seguindo-se o modelo defendido por Bardin (2011, p. 47), que a descreve da seguinte forma:

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Moscovici (2015) salienta que tudo o que é dito ou escrito é susceptível de ser submetido a uma análise de conteúdo. Essa análise tem um caráter social, pois é uma técnica para produzir inferências de um texto focal para seu contexto social de maneira objetivada, e é, em última análise, uma categoria de procedimentos explícitos de análise textual para fins de pesquisa social. A análise de conteúdo temático/categorial, segundo Minayo (2010), busca a identificação dos “núcleos de sentido” que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado, utilizando-a de forma mais interpretativa, e não apenas para realizar inferências estatísticas. Assim, a análise temática/categorial funciona em etapas, por operações de desmembramento do texto em unidades e em categorias para reagrupamento analítico posterior.

De acordo com Bardin (2011), a análise de conteúdo prevê três fases: a) pré-análise; b) exploração do material coletado; c) tratamento dos resultados, com a inferência e a interpretação dos dados, formulando as categorias e subcategorias. A primeira fase, ou pré-análise, pode ser descrita como uma fase de organização, na qual se estabelece um esquema ou organização do trabalho. Essa fase, para Bardin (2011), envolve a leitura “flutuante”, ou seja, um primeiro contato com os documentos que serão submetidos à análise, o processo de

escolha dos documentos ou definição do *corpus* de análise; a formulação das hipóteses e objetivos, a elaboração dos indicadores que orientarão a interpretação e a preparação formal do material.

Neste estudo, essa fase se deu com a organização do *corpus* de análise que foi constituído por 22 testes de associação livre de palavras e 22 entrevistas. As entrevistas foram transcritas na íntegra e submetidas à leitura flutuante e exaustiva para composição das categorias empíricas. Em relação ao TALP, a fim de se apreender a estrutura representacional da aquisição da deficiência física na velhice, foi elaborada uma lista com os termos evocados a partir do estímulo-indutor, sendo essas palavras categorizadas por agregação semântica e junção de termos por similitude.

A segunda fase é a da exploração e preparação do material coletado, pautada na leitura mais aprofundada e exaustiva dos dados e de cada entrevista, observando-se, assim, o que emerge de mais significativo; consiste no período mais demorado, sendo esta a etapa da codificação, na qual são feitos recortes em unidades de contexto e de registro; e a fase da categorização, na qual os requisitos para uma boa categoria são a exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade, fidelidade e produtividade (BARDIN, 2011).

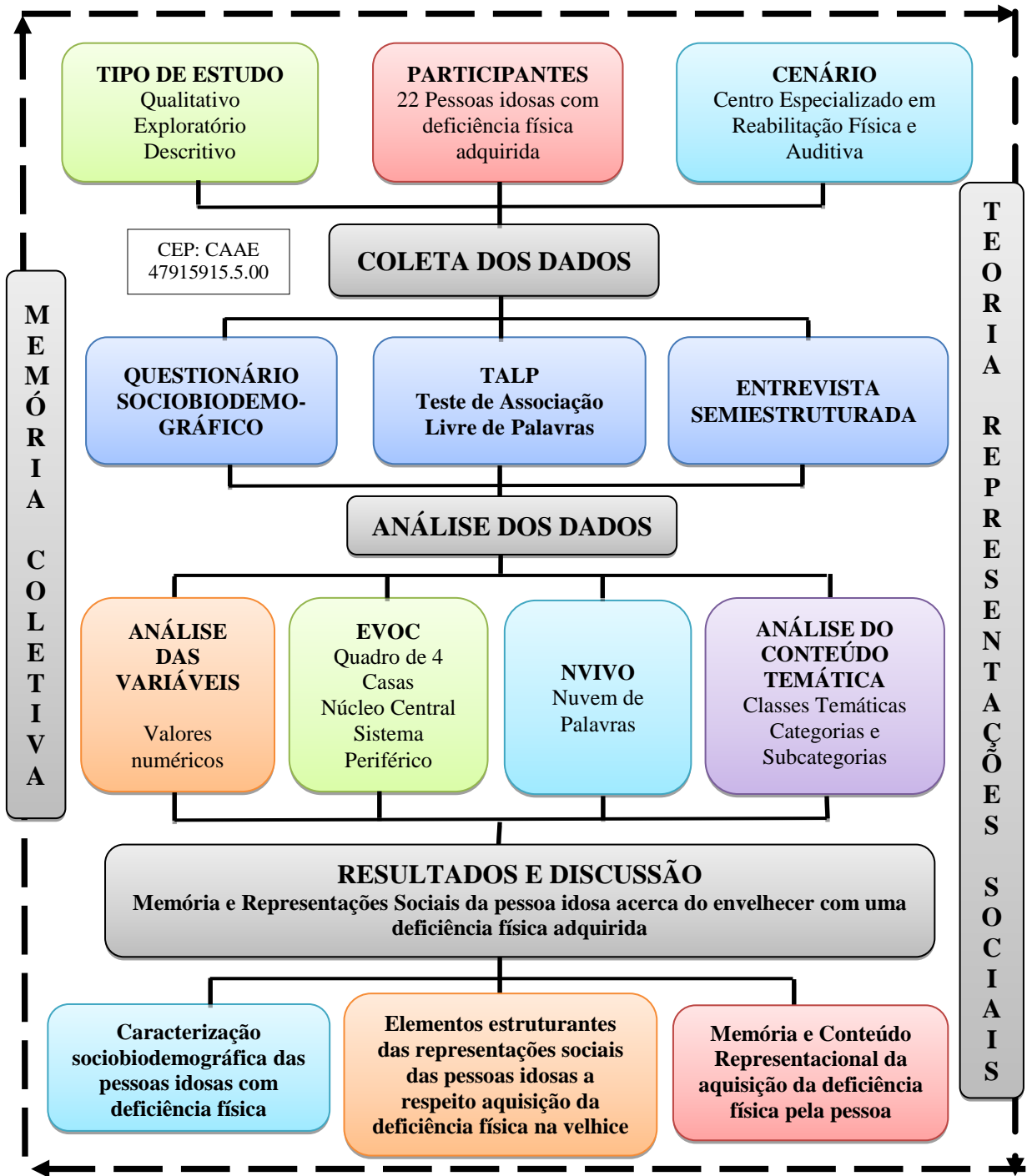
Nessa fase foi realizada a seleção, recorte, classificação e codificação das unidades de análise, utilizando-se o critério de recortes semânticos, que correspondem às unidades de registro, constituídas por palavras ou frases. No que tange à fase de recorte, classificação e codificação, após decomposição das falas dos sujeitos da pesquisa, foi realizada a codificação dos temas a partir de inventário do conteúdo manifesto, agrupando-os em categorias simbólicas e subcategorias, a partir dos objetivos propostos para posterior procedimento de inferência e interpretações.

A terceira fase seria a do tratamento dos resultados e interpretação. Nessa etapa a interpretação é essencial, mas deve estar claramente relacionada ao *corpus* existente, de modo que seja validada pela comunidade científica da área. Finalmente, devem-se sistematizar os resultados com os objetivos iniciais, na busca da construção de conhecimento científico sobre o objeto pesquisado.

Após agregação semântica de temas nas entrevistas e categorização das evocações, o *corpus* foi agrupado em cinco categorias, subdivididas em subcategorias. A primeira categoria foi formada a partir do conteúdo obtido por meio da análise do TALP, composto por 110 palavras ou unidades temáticas. As outras quatro categorias e suas subcategorias foram constituídas a partir da análise das entrevistas que apresentaram 714 unidades temáticas, que são discutidas no Capítulo IV referente aos resultados e discussão.

Para auxiliar na realização do processo de análise do conteúdo foi empregado o *software* QSR NVivo em sua versão 10. Esta ferramenta informatizada destina-se à codificação, ao tratamento, armazenamento e gerenciamento de arquivos de textos, vídeos, áudio entre outros, e apresentação gráfica de informações até então não estruturadas. Seu funcionamento fundamenta-se na codificação livre e informatizada, distribuição e armazenamento de recortes textuais em núcleos categoriais de sentido (SANTOS et al., 2013). O *software* QSR NVivo, além da finalidade básica de facilitar e agilizar as análises, tem a função tanto de validar como de gerar confiança, qualificando o material coletado. Ele permite relacionar documentos, nesse caso, os conjuntos de evocações produzidas pelas pessoas idosas com as variáveis temáticas, de modo a auxiliar na elaboração do modelo de classificação relacionado à análise de conteúdo. Segundo Creswell (2010, p.197), o material a ser analisado (entrevistas) “pode ser melhorado com o uso de programas de computador com *software* qualitativo”. Na Figura 1 intitulada “Desenho do percurso metodológico do estudo”, está apresentado de maneira resumida o caminhar metodológico desse estudo.

Figura 1: Desenho do percurso metodológico do estudo



Fonte: Material da pesquisa. Elaboração do própria.

4.7 QUESTÕES ÉTICAS

Este estudo cumpriu com os princípios éticos previstos na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), que regulamenta a pesquisa que envolve seres humanos e exige respeito à dignidade humana, na ponderação dos

riscos e benefícios da pesquisa sobre os sujeitos, na relevância social da pesquisa, na garantia da confiabilidade e privacidade, no respeito aos valores culturais, sociais, morais, religiosos, éticos e no retorno social dos benefícios da pesquisa.

Os participantes do estudo assinaram e receberam uma cópia do TCLE (APÊNDICE D) contendo informações sobre os objetivos do estudo, o método, os riscos e benefícios da pesquisa e o respeito a sua privacidade. O Projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa/CEP da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/UESB sendo aprovado conforme Parecer n.º 1.251.309 e CAAE: 47915915.5.5.0000.0055 (ANEXO B).

Esta pesquisa poderia trazer algum risco para aos participantes em relação ao constrangimento de responder a alguma das perguntas formuladas. No entanto, foi garantida a liberdade ao participante de recusar a responder à questão que lhe causasse tal incômodo ou retirar-se da pesquisa em qualquer momento que desejasse, sem qualquer tipo de prejuízo ou penalidade a sua pessoa.

A partir das informações obtidas durante o percurso do caminhar metodológico foi possível apresentar e discutir os resultados conforme descritos no capítulo quinto a seguir.

5 MEMÓRIA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA PESSOA IDOSA A RESPEITO DA AQUISIÇÃO DA DEFICIÊNCIA FÍSICA

“Há quem diga que a deficiência é um enigma que se experimenta, mas pouco se compreende. Esse caráter enigmático é resultado do processo histórico de opressão e apartação social dos deficientes”.

(DINIZ, 2007)

Neste capítulo são apresentados os resultados e discussões a respeito dos aspectos sociobiodemográfico dos participantes do estudo, o conteúdo representacional e a identificação dos elementos estruturantes das representações sociais das pessoas idosas a respeito da aquisição de uma deficiência física na velhice, embasados no *corpus* teórico e empírico constituídos durante a realização do estudo.

5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIOBIODEMOGRÁFICA DAS PESSOAS IDOSAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA ADQUIRIDA.

Neste tópico foram apresentadas as variáveis sociobiodemográficas que são consideradas fundamentais para se alcançar o conhecimento do contexto que as pessoas idosas com deficiência física vivenciam. A caracterização sociodemográfica encontra-se descrita no Quadro 2 e a caracterização em relação à deficiência física adquirida apresentada no Quadro 3 em valores numéricos e percentuais.

Quadro 2 - Caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo. Vitória da Conquista, Bahia, 2016.

VARIÁVEIS	n.º	VARIÁVEIS	n.º
Sexo		Trabalham	
Masculino	19	Sim	03
Feminino	03	Não	19
Faixa etária		Aposentadoria	
60-70 anos	14	Aposentado	20
71-80 anos	05	Não aposentado	02
81-90 anos	03		
Estado civil		Renda do idoso	
Casado	14	De 1 à 5 salários mínimos	21
Separado	04	Mais de 5 salários mínimos	01
Viúvo	03		
Solteiro	01		
Profissão		Escolaridade	
Agricultor	06	Sem escolarização	05
Comerciante	03	Anos iniciais(1º ao 5º ano)	09
Motorista	02	Anos finais II (6º ao 9º ano)	04
Feirante	01	Ensino médio	04
Doméstica	01	Ensino superior	-
Zelador	01	Pós-graduação	-
Pedreiro	01		
Relojoeiro	01	Religião	
Borracheiro	01	Católica	13
Costureira	01	Evangélicos	04
Feirante	01	Espírita	01
Vaqueiro	01	Nenhuma	04
Sapateiro	01		
Técnica em patologia	01		

Fonte: dados da pesquisa. Elaboração própria.

O perfil sociobiodemográfico dos participantes desta pesquisa se assemelhou ao encontrado em outros estudos sobre o tema (HOLANDA, et al., 2015; RODRIGUES, AOKI, OLIVER, 2015). Entre os idosos entrevistados houve uma predominância do sexo masculino, com 19 homens. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo realizado em 474 prontuários de pacientes que adquiriram deficiência física, no qual 339 (71,5%) eram do sexo masculino e 135 (28,5%) eram do sexo feminino (CHAMLIAM et al., 2013).

Em relação à faixa etária, 14 pessoas idosas apresentaram idade entre os 60 e 70 anos, revelando uma maior incidência de deficiência na população idosa concordando com a pesquisa desenvolvida por Chamliam et al. (2013). Muitos destes idosos exerciam algum tipo de atividade laboral, mesmo com a idade avançada, e a aquisição da deficiência provocou o afastamento destes indivíduos do trabalho, passando a ter como fonte de renda apenas o benefício da aposentadoria. Além disso, de acordo com alguns autores, a aquisição da deficiência física na população idosa ocorre, geralmente, devido ao processo natural de

envelhecimento, e também por complicações de enfermidades que são mais frequentes nesta faixa etária (AOKI; OLIVER; NICOLAU; 2011; HOLANDA et al., 2015).

A respeito do estado civil, 14 dos participantes são casados. Esses dados revelam que a maioria dos participantes ainda possui seu cônjuge e este se apresenta como um dos principais auxiliares da pessoa idosa com deficiência física para realização das suas atividades da vida diária (CHAMLIAM et al., 2013).

Quando questionados sobre a profissão que as pessoas idosas com deficiência física adquirida exerciam ou exercem, 6 referiram trabalhar como agricultores na zona rural com o cultivo da terra, plantio de hortas e o cuidado de animais de pequeno porte. Notamos que os dados sobre emprego revelam que a baixa escolaridade dos participantes desse estudo refletisse em termos de capital econômico (BOURDIEU, 1998), nos baixos salários e benefícios sociais, uma vez que o acesso ao emprego com remunerações mais elevadas se dá, geralmente, de acordo com a qualificação ocupacional e nível de escolarização.

Do número total de participantes, 21 apresentaram como renda individual um valor entre 1 e 5 salários mínimos, sendo que destes, a maioria recebia apenas um salário mínimo adquirido a partir do benefício social da aposentadoria junto ao Instituto Nacional do Seguro Social /INSS. Os dados revelaram que os idosos participantes desse estudo, assim como os de outros (AOKI; OLIVER; NICOLAU, 2011; FERREIRA; SANTOS; MAIA, 2012) apresentavam um baixo poder aquisitivo e que o custo para se sustentarem nos quesitos básicos da vida diária são cada vez mais altos, como o valor de remédios, planos de saúde, alimentação, entre outras despesas. Algumas dessas pessoas idosas possuem filhos e cônjuges que trabalham e assim podem contribuir para o sustento da família.

Embora a deficiência possa ocorrer, e de fato ocorre, independentemente da classe social ou da situação econômica da pessoa, a falta de recursos pode levar ao aparecimento e/ou agravamento de deficiências físicas, sensoriais e intelectuais. Assim, ambientes insalubres, subnutrição, ausência de água limpa e de rede de esgoto, a falta de um atendimento de saúde adequado, acidentes de trânsito e de trabalho. A presença da situação de pobreza pode tornar o ambiente físico e social ainda mais inadequado para o desenvolvimento e a plena participação das pessoas com algum tipo de deficiência.

Quanto ao nível de escolaridade, 9 idosos estudaram até os anos iniciais (1º ao 5º ano). Por não aplicar recursos públicos que garantam o acesso à educação, ao emprego, ao transporte e a todos os demais benefícios oferecidos pela sociedade, os países pobres também aprofundam a exclusão social. Corroborando com essa ideia, Neri (2003) escreve que, geralmente, as regiões brasileiras cuja incidência de deficiência é acentuada, os níveis de

educação e renda também são baixos, ao passo que aquelas onde o registro é menor, observam-se o reverso. O resultado do Relatório Mundial sobre deficiência (WHO, 2012) declara que nos países mais pobres o número de deficiência é maior devido à falta de acesso à saúde e à reabilitação. De acordo com estudo realizado por Rangel, Belasco, Diccini (2013), a baixa escolaridade tem sido relacionada à elevada incidência de deficiência física adquirida por consequência de problemas de saúde, como AVC e doenças circulatórias.

O Relatório Mundial sobre deficiência (WHO, 2012) também revelou a relação direta entre envelhecimento e deficiência, e acrescenta que nos países de baixa renda a proporção de deficiência e envelhecimento é maior do que nos países mais desenvolvidos. Ficou evidente que pessoas com deficiência têm menos acesso à educação e ao trabalho, o que colabora para que haja maior possibilidade de pobreza ou baixa renda se comparado às pessoas sem deficiência. Assim, o ambiente, o envelhecimento global, os problemas crônicos de saúde são indicadores que podem contribuir para o aumento da porcentagem de pessoas vivendo com alguma deficiência (LUNA, 2014).

Autores declaram que fatores socioeconômicos, culturais, dificuldade de acesso à informação, falta de conscientização dos cuidados com a saúde, resistência em aderir ao tratamento e manutenção de estilo de vida saudável, principalmente da população masculina, também podem influenciar na aquisição da deficiência física (MARQUES et al., 2014; RANGEL; BELASCO; DICCINI, 2013). No que se refere à religião, ocorreu uma predominância de 13 idosos que se designaram católicos. A caracterização dos participantes do estudo em relação à deficiência física adquirida foi apresentada no Quadro 3.

Quadro 3 - Caracterização dos participantes do estudo em relação à deficiência física adquirida. Vitória da Conquista, Bahia, 2016.

VARIÁVEIS	n.º	VARIÁVEIS	n.º
Tipo de deficiência física		Com quem reside	
Amputação de membro inferior	17	Cônjuge	07
Hemiplegia	05	Com filhos	05
		Cônjuge, filhos e netos	04
		Cônjuge e filhos	03
		Sozinho	03
Causas da deficiência física		Quem o auxilia	
Trombose	10	Cônjuge	08
Acidente Vascular Cerebral	05	Filhos	05
Diabetes Mellitus	03	Netos	02
Infecção	02	Outros	02
Acidente	02	Empregada	02
		Não precisa	03
Faixa etária de aquisição da deficiência física		Doenças associadas	
61-70 anos	19	Reumática	11
71-80 anos	02	Cardíaca	09
81-90 anos	01	Diabetes Mellitus	08
		Hipertensão arterial sistólica	08
		Pulmonar	03
		Gastrointestinal	03
		Circulatória	01
		Renal	01

Fonte: dados da pesquisa. Elaboração própria.

Os dados revelaram que, em relação ao tipo de deficiência física, 17 pessoas idosas apresentavam como tipo de deficiência física adquirida a amputação de membro inferior, direito ou esquerdo, em diferentes níveis como: no nível dos tarsos de pé direito (1), 1/3 proximal de fêmur direito (1); 1/3 medial de fêmur direito (5), 1/3 medial de fêmur esquerdo (4), 1/3 proximal de tíbia direita (2), 1/3 proximal de tíbia esquerda (1), 1/3 médio de tíbia direita (2) e tornozelo (1). As outras 5 pessoas apresentaram a deficiência física caracterizada pela hemiplegia por consequência do Acidente Vascular Cerebral que, conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem atingido 15 milhões de pessoas por ano, sendo que deste número, cinco milhões morrem em decorrência do evento e grande parte dos sobreviventes apresenta sequelas físicas e/ou mentais (RANGEL; BELASCO; DICCINI, 2013; WHO, 2012).

Quando investigado o fator causal da deficiência física, os dados apontaram que a trombose foi responsável pela aquisição da deficiência física em 10 dos idosos da pesquisa. Em seguida temos a Diabetes Mellitus e seus efeitos na coagulação sanguínea e circulação periférica que levou à deficiência física em 5 dos participantes. Resultados semelhantes foram encontrados em pesquisas realizadas por Fortington et al. (2013) e Chamliam et al. (2013).

Entre os participantes 19 adquiriram a deficiência física entre os 61 aos 70 anos, o que mostrou que essa aquisição pode ter afetado a capacidade de manter-se trabalhando e independente ainda em uma fase do ciclo vital em que a pessoa pode apresentar condições físicas para manter-se ativa, com exceção quando apresentam problemas em sua saúde. Os levantamentos dos estudos realizados pelo Relatório Mundial sobre a Deficiência/RMS apontam que o aumento dos casos de Diabetes Mellitus, doenças cardiovasculares (doença cardíaca e AVE) terão um efeito profundo sobre as deficiências em todo o mundo (HOLANDA et al., 2015).

Após a aquisição da deficiência física as pessoas idosas tiveram que fazer adaptações para conseguirem realizar as suas atividades da vida diária e laborais. Sendo assim, alguns dispositivos ortopédicos auxiliares foram empregados e a prótese foi a mais citada como meio de auxílio; (63,6%) das pessoas idosas com deficiência física adquirida já utilizam ou estão em fase de adaptação do uso da prótese. É importante salientar que os entrevistados utilizam mais de um auxiliar como a muleta em conjunto com a prótese para dar mais segurança na marcha até adquirirem maior equilíbrio e confiança.

Quando perguntados sobre com quem residiam, 7 idosos relataram que moravam com o seu cônjuge, seguido por 5 que residem com os filhos, o que revela a importância da família como um alicerce na promoção de saúde, prevenção dos agravos e cuidado com um membro idoso com deficiência física (MARQUES et al., 2014). Neste estudo pode-se perceber que os idosos permanecem em convívio familiar e isso é um fator importante para que eles possam ser auxiliados e cuidados com maior e melhor qualidade e ter seus entes queridos mais próximos. No entanto, nem sempre esse convívio ocorre de maneira salutar, e isso pode influenciar na relação entre idoso e membros familiares.

Ao serem questionados sobre quem os ajuda no cotidiano, foi verificada uma maior frequência de idosos (8) que têm como auxiliares o cônjuge, o que concorda com os resultados encontrados por Marques et al. (2014) que abordava a qualidade de vida de idosos com deficiência física, no qual ficou constatado que a maioria dos participantes conta com a ajuda de alguém, principalmente do cônjuge, família, empregados e amigos para realização de suas atividades diárias.

Os participantes também revelaram possuírem outras patologias associadas sendo as mais citadas as doenças reumáticas (11), doenças cardíacas (9) e Diabetes Mellitus. Essas doenças podem agravar o estado de doença desses indivíduos, assim como a deficiência física e a falta de mobilidade funcional podem piorar o quadro dessas afecções, comprometendo ainda mais a qualidade de vida das pessoas idosas.

Diante desses resultados sociobiodemográficos é importante salientar que a aquisição e o viver com uma deficiência física na velhice não ocorre de forma homogênea, mas cada pessoa vivencia este acontecimento de forma diferente, considerando sua história particular e todos os aspectos estruturais relacionados à sua vida, como a classe social, sexo, etnia, religião, entre outros fatores, conforme afirmam Minayo e Coimbra (2011). Embora a deficiência seja associada a privações, nem todas as pessoas com deficiência são igualmente desprovidas. Assim, cada uma delas tem suas preferências e respostas pessoais para lidar com a deficiência. As pessoas com deficiências mais graves costumam enfrentar desvantagens maiores. Por outro lado, a riqueza e o status social podem ajudar a superar as limitações e as restrições para realizar e participar de determinadas atividades do cotidiano (WHO, 2012).

5.2 ELEMENTOS ESTRUTURANTES DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DAS PESSOAS IDOSAS A RESPEITO A AQUISIÇÃO DA DEFICIÊNCIA FÍSICA NA VELHICE

Em relação a aspectos metodológicos, Sá (2002, p.33) afirma ser a favor da “abordagem estrutural como instrumento teórico e metodológico para dar conta da memória coletiva em termos de representações sociais do passado”. Sendo assim, a partir da abordagem estrutural proposta por Abric (2000), buscamos neste estudo identificar os sistemas central e periférico das representações sociais das pessoas idosas a respeito da deficiência física.

A partir da aplicação do TALP, resultaram 110 unidades de análise e de cada uma destas foi calculada a ordem média de evocação (OME). O processo de agregação semântica e categorização buscou identificar sentidos mutuamente exclusivos restando, desta forma, 18 unidades de análise que apresentavam o mesmo sentido. As restantes não se agregaram às categorias propostas e apresentaram frequência de uma aparição, e foram descartadas do dicionário de evocações. A partir do processamento dos dados pelo EVOC foram extraídas as informações da frequência média por palavra que foi de 4 e da ordem média de evocação em torno de 3.

Com essas informações foi possível construir um esquema figurativo, similar ao cartesiano, de quatro quadrantes proposto por Vergès (2002). Nesse esquema, o eixo das abscissas (x) é representado por valores da ordem de evocação (OME), enquanto que o eixo das ordenadas (y) é composto por valores de frequência de aparição das categorias (FME). A origem dos eixos ortogonais que determina a composição dos quatro quadrantes é obtida

pelos valores de média da OME e FME, e o cruzamento destes determinam os limites de cada quadrante.

O quadrante superior esquerdo representa os prováveis elementos que compõem o núcleo central da representação. O quadrante superior direito evidencia os elementos da 1ª periferia, ao passo que o quadrante inferior direito evidencia os elementos constituintes do sistema periférico ou da 2ª periferia. No quadrante inferior esquerdo estão situados os elementos de contraste (SÁ, 2002; VERGÈS, 2002). O Quadro 4 demonstra o esquema figurativo da distribuição em quatro quadrantes sobre o conteúdo representacional do envelhecimento com deficiência física pela ordem de evocação dos sujeitos participantes desse estudo.

Quadro 4: Esquema figurativo por ordem de evocação: identificação dos possíveis elementos do núcleo central das representações sociais sobre a deficiência física adquirida entre pessoas idosas no município de Vitória da Conquista, Bahia, 2016.

Núcleo Central			1º Periferia		
Frequência Média ≥ 4		O.M.E <3	Frequência Média ≥ 4		O.M.E ≥ 3
Termo evocado	Frequência	O.M.E.	Termo evocado	Frequência	O.M.E
Acostumar	5	3,00	Adaptação	8	3,25
Dependência	4	3,00	Alegria	4	3,25
Dificuldade	5	2,20	Preconceito	4	3,75
Limitação	5	2,60			
Superação	5	1,80			
Tristeza	7	2,86			
Viver	5	2,80			
Contraste			2º Periferia		
Frequência Média < 4		O.M.E <3	Frequência Média < 4		O.M.E ≥ 3
Termo evocado	Frequência	O.M.E.	Termo evocado	Frequência	O.M.E.
Incapacidade	3	1,67	Cuidado	3	4,67
Revolta	3	1,33	Falta	3	3,67
Sofrimento	3	1,67	Lutar	3	4,00
Vida	3	1,33	Medo	3	4,00

Fonte: dados da pesquisa.

Ao analisar a congruência dos dados apresentados no Quadro 4 e entendendo que toda representação se organiza ao redor de um provável núcleo central, do qual emergem múltiplos elementos que, ao final conferem determinadas simbologias, passamos a descrever os elementos constitutivos das representações das pessoas idosas a respeito da aquisição da deficiência física na velhice.

De acordo com a ordem de evocação, os elementos que formam o provável Núcleo Central (quadrante superior esquerdo) são: “acostumar”, “dependência”, “dificuldade”, “limitação”, “superação”, “tristeza”, “viver”. Estes elementos consistem em cognições centrais das representações sociais em foco, sendo as mais importantes e mais frequentes em relação à ordem de palavras evocadas.

Foi observado que a representação que predomina acerca da aquisição da deficiência física é a de que este é um processo que traz dificuldades para a pessoa idosa, pois pode levar à dependência e limitação na realização de suas atividades diárias, como higiene, alimentação, lazer, trabalho, podendo isso gerar tristeza em seu viver. Entretanto, os participantes revelam que é necessário se acostumar e superar tal situação, pois isso não é o fim e ainda se tem a vida.

Em relação às experiências vivenciadas após a aquisição da deficiência física, todas as pessoas idosas entrevistadas descreveram essa fase da vida como um processo difícil de ser enfrentado, caracterizado por mudanças e desafios a serem enfrentados, além de adaptações a serem realizadas em vários aspectos, como na realização das atividades da vida diária, no trabalho e no convívio social.

Em um estudo realizado com pessoas idosas com deficiência (BRITO; OLIVEIRA; EULALIO, 2015), esta foi encarada como uma condição que converge para uma representação negativa, sendo descrita pelos participantes por expressões que indicam repercussões psíquicas, como preocupações, angústia, medo, pena, incapacidade, vergonha, tristeza, preconceito e alterações na autoimagem. Tais sentimentos estão presentes a partir do momento em que esses indivíduos passam a apresentar alguma incapacidade em relação ao padrão vigente de produtividade e estética estabelecido pela sociedade (BRITO; OLIVEIRA; EULALIO, 2015).

No contexto social atual, o envelhecimento em condições de dependência física e social é caracterizado como algo difícil de ser enfrentado pelo indivíduo, a família e a sociedade. Se o contexto do envelhecimento está associado a uma deficiência física, pode se tornar ainda mais complexo, uma vez que pode trazer, além dos transtornos físicos, problemas de ordem econômica, social, comportamental que vão influenciar diretamente na qualidade de vida dessas pessoas idosas e dos que estão em sua volta (MARIN et al., 2013).

Assim, o fato de perder uma parte do corpo pode significar uma alteração em sua existência, é ter que vivenciar uma incompletude, o que influencia a forma de ser e agir do indivíduo. Com isso, é necessário se adaptar, readaptar, aprender a viver novamente adotando outra perspectiva no mundo para si e para os outros (BATISTA; LUZ, 2012).

A percepção das pessoas idosas sobre o envelhecimento com deficiência física, muitas vezes, está ancorada em concepções depreciativas. Se observarmos, essas representações não são diferentes de algumas que a sociedade ainda apresenta em relação à pessoa idosa portadora de deficiência física. Além disso, essa forma de representar ainda orienta e organiza

os conhecimentos, as ações, a formação de imagens e modelos quando a sociedade se refere a essas pessoas.

Contudo, é importante ressaltar que as pessoas idosas, mesmo na presença da deficiência física, podem equilibrar suas limitações com suas potencialidades e viver e envelhecer com qualidade de vida (RESENDE, 2006). Foi observado que alguns participantes buscaram perceber o mundo e a vida com outros sentidos, buscando desenvolver novas habilidades e superar os obstáculos impostos pela aquisição da deficiência física. Neste sentido, pode-se dizer que o homem não é um espectador passivo no mundo, mas está lançado no mundo interagindo com ele não se prendendo a nenhuma situação, mas buscando se tornar algo novo (BATISTA; LUZ, 2012).

No quadrante superior direito foram identificados os elementos “adaptação”, “alegria”, “preconceito” que fazem parte da 1ª periferia, ou seja, que reforçam os elementos do núcleo central, possuindo maior frequência e maior ordem de evocação, entretanto, com menor importância segundo os sujeitos. Deste modo, a percepção dos idosos sobre a deficiência física é que essa está atrelada ao preconceito, ou seja, o idoso deficiente físico sofre duplamente o estigma que impera na sociedade como indivíduos incapazes e dependentes. No entanto, deve-se buscar a adaptação a essa nova situação de vida, buscando vencer os obstáculos, as dificuldades e o preconceito, procurando viver com alegria.

Comumente, as pessoas com deficiência experimentam sentimentos de vergonha e inferioridade, pois convivem com a segregação realizada por outras pessoas que é impulsionada por concepções de declínio físico, de inutilidade, de diferença e da perda do papel social (SANTOS; TURA; ARRUDA, 2013). Diante de uma deficiência adquirida recentemente, a consciência de vir a ser “uma pessoa com deficiência” traz consigo a possibilidade de estigmatização, conflito e sofrimento (MARTINS; BARSAGLINI, 2011). As atitudes e comportamentos negativos têm um efeito adverso sobre a pessoa com deficiência, gerando consequências negativas tais como baixa autoestima e menor participação social (WHO, 2012).

No caso do indivíduo com uma deficiência física, o estigma consiste de “marcas corporais”, parte dos sinais está corporificada na aparência, forma, tamanho e funcionalidade, denunciando a diferença (MARTINS; BARSAGLINI, 2011). Esta percepção da aparência física pode afetar o *status* moral, deteriorando a identidade do indivíduo ao diferenciá-lo de forma depreciativa, podendo gerar comportamentos sociais defensivos (que amenizam a identificação da sua condição) ou, mesmo, o isolamento social. Assim, o estigma constitui uma das grandes marcas das experiências vivenciadas pelos participantes deste e de outro

estudo e se apresenta como um potencial gerador de isolamento social e depressão (MARTINS; BARSAGLINI, 2011).

As evocações dos participantes revelaram que para vencer o preconceito é necessário se adaptar a essa nova condição de vida e buscar enfrentá-la com alegria. Há evidência crescente de que eventos estressantes nem sempre geram resultados negativos e esses eventos fazem com que algumas pessoas se tornem mais fortes psicologicamente (OAKSFORD; FRUDE; CUDDIHY, 2005). Para alguns autores, a pessoa com deficiência física pode tornar-se resiliente e adaptar-se à sua condição, buscando lutar para alcançar novas metas pessoais e tentar obter um ajustamento psicológico positivo (BATISTA; LUZ, 2012). Resiliência aqui descrita como um padrão de funcionamento adaptativo diante de riscos biológicos, socioeconômicos e psicológicos (FONTES; NERI, 2015).

Assim sendo, entende-se que as atitudes e as crenças que os idosos com deficiência física detêm sobre si mesmo e sobre suas relações com o mundo, sua integridade cognitiva e dos mecanismos de autorregulação do *self*, podem ativar mecanismos de adaptação para enfrentar a aquisição da deficiência física e suas consequências na sua funcionalidade e nas relações sociais (RESENDE, 2006). Logo, envelhecer com deficiência física é um processo que demanda competência adaptativa e resiliência aos eventos da vida e aos desafios ocasionados pela aquisição da deficiência (RESENDE, 2006).

O quadrante inferior direito, referente à 2ª periferia, apresentou como elementos: “cuidado”, “falta”, “lutar”, “medo”. Estes se configuram como cognições que protegem o núcleo central, exercem função reguladora e traduzem os conhecimentos, sentimentos e atitudes vivenciadas pelos sujeitos no cotidiano da dinâmica social em que estão inseridos.

A notícia da aquisição da deficiência devido à falta de um membro ou à perda de um movimento pode gerar sentimentos diversos na pessoa idosa, sendo o medo um dos mais frequentes. Uma nova situação se apresenta em sua vida, o que pode gerar muitas dúvidas em relação ao seu futuro, a sua capacidade de se locomover, de trabalhar, de sustentar sua família, de se relacionar com as outras pessoas.

No entanto, os participantes reconhecem que precisam lutar contra as adversidades e assim superar a aquisição da deficiência física. Para isso, precisam contar com o apoio e o cuidado de outras pessoas, como os seus amigos e familiares, conforme relatam os entrevistados. Portanto, o apoio social é um importante recurso que pode beneficiar as pessoas idosas com deficiência física (JENSEN et al., 2014). Assim, a assistência familiar e as políticas sociais existentes no país devem ir ao encontro das demandas dessa população.

Muitos dos participantes revelaram não conhecerem ou não terem tido acesso aos seus direitos constituídos por lei, contando exclusivamente com o apoio da família.

Mesmo com as mudanças nos arranjos sociais que ocorreram no Brasil nas últimas décadas, como a inserção da mulher no mercado de trabalho, com a redução no tamanho das famílias e o aumento do divórcio e das separações, fatos estes que podem enfraquecer os laços familiares, o sistema familiar ainda permanece como porto seguro para seus membros que apresentam alterações em sua saúde como a aquisição de uma deficiência física na velhice (MARIN et al., 2013). Deste modo, a família é considerada extremamente importante na vida de pessoas idosas com deficiência física e aparece como a principal fonte de apoio para a manutenção da qualidade de vida desses indivíduos.

Esse apoio social da família e de outros envolvidos remete à importância dos vínculos e das relações sociais que podem ser estratégicos no enfrentamento das situações do cotidiano (CANESQUI; BARSAGLINI, 2012). Esse apoio social à pessoa idosa com deficiência física pode ter maior significado porque ele vai além das questões práticas da vida diária, pois pode conferir ao indivíduo um sentimento de ser querido e um senso de pertencimento a esse grupo, identificando-se com o mesmo, encontrando motivação e significado na vida. Indivíduos que têm altos níveis de apoio social e estão satisfeitos com a qualidade de sua rede de relações têm maior senso de bem-estar (CANESQUI; BARSAGLINI, 2012). Desta forma, o suporte social familiar parece ser fundamental para a emergência do bem-estar subjetivo e da qualidade de vida da pessoa idosa com deficiência física.

O quadrante inferior esquerdo é denominado de zona de contraste e designa os enunciados com menor quantitativo de evocações, embora sejam referidos como muito importantes por um pequeno grupo de sujeitos. Os elementos que constituem esse quadrante são: “incapacidade”, “revolta”, “sofrimento”, “vida”. Para alguns poucos participantes, a aquisição da deficiência física na velhice é sinônimo de incapacidade e sofrimento, sendo que estes indivíduos apresentam um sentimento de revolta em relação ao fato da aquisição da deficiência e do modo de vida que passaram a ter.

Ao se deparar com o fato aquisição da deficiência física, alguns poucos participantes fizeram questionamentos, como “por que eu? ”, “por que agora? ”, “como? ”, buscando uma explicação e uma compreensão do evento. Assim, alguns discursos apresentaram uma revolta contra Deus e contra as pessoas de seu convívio naquele momento. A participante Atena revela que gostaria de perder a vida do que estar naquela situação com um membro inferior amputado: “Eu preferia morrer do que ficar sem a perna. Queria, preferia morrer. Até hoje eu prefiro”.

O impacto da aquisição de uma deficiência física como a amputação na vivência da pessoa idosa pode ser traduzido em sua imagem corporal, como também em seu ajustamento psicológico (PADOVANI et al., 2015). Muitas pessoas, após a aquisição de uma deficiência física, deparam-se com um profundo sentimento de estranhamento de si mesmas. Elas dizem não se reconhecerem nem fisicamente, nem no que diz respeito às suas reações emocionais. Descrevem viver uma angústia profunda, o que evolui para um quadro de depressão (PADOVANI et al., 2015).

Os elementos estruturais centrais e periféricos supracitados apontam aspectos importantes para reflexão do que é adquirir e viver com uma deficiência física na velhice a partir da percepção desses indivíduos que vivenciaram tal fato. Representar uma coisa, um estado, não consiste simplesmente em desdobrá-lo, repeti-lo ou reproduzi-lo (MOSCOVICI, 2015). Assim, as pessoas idosas com deficiência física participantes deste estudo, ao elaborarem a representação social da deficiência física, trouxeram elementos que lhes são úteis no cotidiano e que são vivenciados por eles mesmos. As representações sociais se alimentam não só das teorias científicas, mas também dos grandes eixos culturais, das ideologias formalizadas, das experiências e das comunicações cotidianas (MOSCOVICI, 2015).

A partir deste contexto, a deficiência física para os idosos participantes desse estudo foi representada como algo que trouxe limitações e dificuldades para realização de suas atividades da vida diária, tornando-os pouco ou muito dependentes. Tal situação provocou o aparecimento de sentimentos, como a tristeza e o medo, por perderem sua independência funcional, afastarem-se de suas atividades de trabalho, lazer e relações sociais, o que trouxe incertezas em relação ao futuro, além de sofrerem com o duplo preconceito da sociedade em relação à pessoa idosa e ao deficiente físico. Mas, também, esse contexto foi representado como um fato que deve ser superado; por exemplo, perdeu-se o membro, o movimento, mas ainda se tem vida e esta deve ser encarada com alegria.

5.3 MEMÓRIA E CONTEÚDO REPRESENTACIONAL DA AQUISIÇÃO DA DEFICIÊNCIA FÍSICA PELA PESSOA IDOSA

Neste tópico, é apresentada e discutida a análise da estrutura representacional do ser idoso com deficiência física adquirida, a partir da análise do conteúdo temático das entrevistas e da memória das pessoas idosas com deficiência física adquirida. O *corpus* foi formado a

partir das 714 unidades temáticas que foram organizadas em 2 classes temáticas que se subdividiram em 4 categorias e 9 subcategorias, conforme demonstrado no Quadro 5.

Quadro 5 - Distribuição das categorias e subcategorias analíticas das memórias e representações sociais de pessoas idosas com deficiência física adquirida, Vitória da Conquista, Bahia, 2016.

CLASSE TEMÁTICA	CATEGORIA	SUBCATEGORIA	n	%
Memória da pessoa idosa acerca da deficiência física	Recordações e narrativas da aquisição e do viver com deficiência física: múltiplos sentimentos	Narrativa da aquisição da deficiência física	22	6,9
		Reações da pessoa idosa ao adquirir a deficiência física	104	32,8
		O viver antes e após adquirir a deficiência física	191	60,3
		Subtotal UT	317	100,0
Percepção da pessoa idosa sobre a deficiência física	Representações Sociais a respeito da deficiência física para a pessoa idosa	Percepção carregada de simbolismo	56	18,0
		Percepção negativa e estigmatizante	191	61,7
		Percepção positiva e resiliente	63	20,3
		Subtotal de UT	310	100,0
Total de Unidades Temáticas			714	100,0

Fonte: dados da pesquisa.

5.3.1 Recordações e narrativa da aquisição e do viver com deficiência física: múltiplos sentimentos

Nesta categoria são apresentados fragmentos de histórias narradas pelo idoso a respeito de como ocorreu a aquisição da deficiência física, a reação e o impacto dessa revelação em sua vida. Ao relatar sua experiência de vida, o indivíduo entrelaça vários fios, e assim, vai tecendo desenhos que revelam o fato acontecido. Segundo Grossi e Ferreira (2001) nesse ato de contar é que a história (*Clio*), filha de *Mnemosine*, abre cenários para se interpretar a teia de acontecimentos. Deste modo, “o sujeito que narra é portador de uma memória que esculpe, no tempo, uma história” (GROSSI; FERREIRA, 2001, p.30).

Conforme afirmam Jovchelovitch e Bauer (2002), a narrativa privilegia a realidade do que é experienciado pelo narrador, refere-se ao que é real para ele; as narrativas propõem representações/interpretações particulares do mundo; não podem ser simplesmente julgadas como verdadeiras ou falsas porque expressam a verdade de um ponto de vista, de uma situação específica no tempo e no espaço; estão sempre inseridas no contexto sócio histórico.

Nesse contexto, através das narrativas podemos ter acesso à experiência do outro, porém de modo indireto, pois a pessoa traz sua experiência a nós da maneira como ela a percebeu ou a interpretou. Portanto, o uso da narrativa se adequa ao estudo das representações sociais porque nela o sujeito recompõe a sua história no ato de recontá-la, a partir de seus interesses e de seu arsenal de experiências passadas interpretando suas próprias experiências e as rerepresentando por meio do discurso. Esta categoria se subdividiu em três subcategorias apresentando um total de 317 unidades temáticas que apontam para as narrativas do fato da aquisição da deficiência física, as reações apresentadas pela pessoa idosa ao se depararem com tal aquisição e o viver antes e após a deficiência física.

5.3.1.1 Narrativa da aquisição da deficiência física

A busca pela narrativa das pessoas idosas a respeito do tema da aquisição da deficiência física se deu neste estudo por concordarmos com a ideia de Montespirelli (2004), quando afirma que o recordar é atribuir significados não só do passado ao presente, através da tradição, mas também do presente para o passado quando os processos de significação atribuem ao passado um sentido que concorda com as necessidades presentes. Assim, a memória se converte em instrumento de interpretação constituindo-se em um importante recurso hermenêutico (MONTESPIRELLI, 2004).

Segundo Benjamin e Rouanet (1996), a narrativa se constitui de histórias que são contadas de pessoas para pessoas, e é da experiência de vida que o narrador compõe a sua narrativa. Ele não incrementa a história para relatar, mas simplesmente a transmite com naturalidade, renunciando às sutilezas e possibilitando ao ouvinte registrá-la e integrá-la à sua experiência pessoal. Para Cortelletti, Casara e Herédia (2010), é no mundo do vivido que as identidades se constroem e se afirmam e é do passado que os velhos se nutrem. As pessoas idosas acumulam anos de memória que podem contribuir para interpretação e a construção de uma sociedade.

Assim, o papel da memória da pessoa idosa tem um lugar privilegiado na construção da identidade do “ser idoso”, visto que a identidade do indivíduo é um *continuum* de representações do seu “estar” sendo no mundo. É pela memória que o indivíduo mantém a sua identidade. As lembranças de cada pessoa se constituem em um elemento cultural que reflete o contexto social no qual o indivíduo está inserido, ou seja, valores, princípios, costumes do grupo ao qual esse indivíduo pertenceu. As recordações têm relação com as vivências do

presente e essas repercutem e são fonte de constituição da vida atual (CORTELLETTI; CASARA; HERÉDIA 2010).

Deste modo, através da história e da memória, os indivíduos podem compreender as revoluções e mudanças pelas quais passam em suas próprias vidas, as guerras, as transformações sociais e as mudanças tecnológicas. O narrador conta o que ele extrai da experiência – sua própria ou aquela contada por outros. Seu relato torna-se experiência para aqueles que ouvem a sua história. Bergson (1999) afirma que não existe percepção que não esteja impregnada de lembranças. Parece-nos, então, que a memória surge como um instrumento para fazer história e ciência, colocando os indivíduos em contato com suas experiências passadas, resgatando suas ideias, seus ideais e seus valores.

Foi possível observar que as pessoas idosas participantes desse estudo narraram de maneira espontânea o acontecimento da aquisição da deficiência física, descrevendo as causas, o processo de preparação e instalação da deficiência, o recebimento da notícia da sua aquisição sem recusas em lembrar tal momento de sua história de vida. Tais relatos revelaram que as pessoas idosas já possuíam algum tipo de doença pré-existentes como a Diabetes Mellitus, doenças cardiovasculares, hipertensão arterial sistólica, que se apresentavam como fatores de risco para o desenvolvimento de problemas de saúde como a trombose e o Acidente Vascular Cerebral que podem ter como consequência uma deficiência física.

Muitas narrativas do processo de aquisição da deficiência física são ricas em detalhes com a lembrança do dia, horário, diálogos, reações, entre outras coisas. Outros são mais superficiais, ou ainda não são totalmente recordados, pois a pessoa se encontrava em estado de choque devido aos acontecimentos. No Apêndice E estão descritas as histórias do momento da aquisição da deficiência física relatadas pelos participantes deste estudo. Apresentamos aqui apenas as narrativas de Zeus e Morfeu:

Começou com dois calos, como eu andava muito porque eu era vendedor, surgiu dois calos na frente, no peito do pé então dois calos de sangue. Eu descarnei, sangrou e o direito sarou já o esquerdo não. Eu tinha diabetes, infeccionou, ficou oito dias e foi preciso amputar. Começou pelos dois dedos e a cabeça do dedão. Depois eles fizeram debridamento, mas não teve resultado. Com treze dias que tinha amputado os dedos aí amputou a perna. Eu me internei dia 07 do 12 de 2013 e até o dia 6 eu trabalhei. Trabalhei na sexta e no sábado foi para o hospital e me colocaram lá pra dentro, me internaram, na segunda fizeram toda bateria de exame e na terça feira dia 10 fez a primeira amputação dos dedos. No dia 23 amputaram a perna. Mas pelo menos esse mal aqui cortaram pela raiz (ZEUS).

Eu amputei a perna tem um ano e oito meses. Eu tive trombose. Eu não sentia nada eu fui no 7 de setembro ver a parada e depois eu fui correr que eu corro, faço muita atividade física. Ai não senti nada, quando foi uma seis horas quando cheguei em casa tontiei, e de uma hora pra hora eu senti, fui para o hospital e fiquei 3 meses no fim do poço. Os médicos disse pra mim que não era pra eu ter perdido a perna não. Eu perdi porque demorou muito e aí teve que amputar em cima. Aí a trombose passou pra outra perna também, eu tô em tratamento, não tô sentindo nada agora não. Aí eu nem vi a perna porque dói muito e nessa hora da cirurgia eu tava dopado. Doía tanto essa perna que eu pedia às pessoas que passavam no corredor pra tirar, cortar a perna pra eu aliviar a dor. Não tinha mais jeito. Quando eu acordei da cirurgia e não vi a perna pensei que não ia viver mais, que o mundo tinha acabado. E eu gosto muito de dançar, sou músico. Aí eu até hoje não toco quase, minhas mãos ficou meio duras, não é o que era. Ficou meio triste as coisas (MORFEU).

As histórias também mostraram que a vivência daquele momento foi compartilhada com outras pessoas como os familiares e amigos além da presença dos profissionais de saúde o que revela que, mesmo sendo uma experiência individual, o contexto coletivo ou social está presente nas lembranças daquele fato. Foi um amigo que levou, foi um familiar que deu a notícia, foi o profissional que informou, e assim as lembranças vão fluindo e sendo narradas. De acordo com Halbwachs (2012), a memória é uma construção social e, deste modo, produzida pelos homens a partir de suas relações, de seus valores e de suas experiências vividas.

Devido ao fato de ter experimentado em si mesmos o processo de aquisição e mudanças da deficiência física, essas pessoas idosas se tornam detentoras de um saber construído na base da experiência, e não apenas teórico, acerca de como é a vida a partir da aquisição de uma deficiência. Deste modo, mais do que contar uma história sobre si, o ato de narrar fatos de sua própria história de vida é um ato de conhecimento. Por meio dessa narração, o sujeito pode construir uma cadeia de significantes que sustentam formas significativas de representar o mundo e compartilhar a realidade social, ao mesmo tempo em que produz sonhos, desejos e utopias (PEREZ, 2012).

Nessa conjuntura, o processo de evocação da memória dos fatos vivenciados ao longo de sua vida pode ser benéfico tanto para quem escuta como para quem fala, pois permite que protagonizem uma relação interpessoal que sustenta e dá sentido à continuidade da experiência. Para a pessoa idosa pode ser a forma de uma reconstrução significativa daquela experiência, pois se constrói em outro momento de sua vida, em outro momento de demanda social e interna do sujeito, podendo agora ser percebido com outra perspectiva e entendimento. A narrativa proporciona uma nova apropriação do tempo vivido dando novos significados para as experiências do passado à luz do presente. Hoje, a pessoa idosa ao

recordar tal fato pode perceber e entender aquele momento com resiliência, o que vai influenciar a sua forma de pensar e viver o presente e planejar o seu futuro.

A narrativa da memória de eventos marcantes, como a aquisição de uma deficiência física pela pessoa idosa, pode proporcionar lições e *insights* à composição da história de vida (GAUER; GOMES, 2008). Essa memória acentuada constitui marco determinante na organização da história de vida do indivíduo permitindo ao sujeito definir a si mesmo, se reconhecer na sua própria experiência e se expressar a respeito da sua trajetória singular (GAUER; GOMES, 2008).

Em alguns momentos detectamos apreensão, contradições, ambiguidades e até omissões nas narrativas dos participantes, mas isso não deve ser tomado como dissintonias do desejo do idoso, mas como expressões que atualizam os conflitos, as tensões, a pluralidade de perspectivas do grupo social dos quais o indivíduo se apropria para elaboração de sua experiência.

Assim, a elaboração das experiências pode ser entendida como um processo de diálogo entre os diferentes pontos de vista atuais e do passado que estão presentes para o indivíduo. É por meio das recordações que o indivíduo pode ultrapassar o dualismo entre mundo interno e mundo externo, pois resgata no seu passado o sentido da vida. De acordo com Benjamin e Rouanet (1996), antes de descrever, o narrador situa no tempo e no espaço o fato que irá descrever, assim, o ouvinte pode ter uma noção das circunstâncias em que este fato ocorreu. Deste modo, as histórias sobreviverão ao tempo cronológico e poderão ser transmitidas de geração a geração.

Diversos são os fatores que contribuem para que uma lembrança venha à tona, seja individualmente ou em grupo. Nessa perspectiva, ganham destaque nos estudos de Halbwachs (2012) sobre a memória, a noção de tempo e espaço como fatores que influenciam na recordação. Ele descreve que a memória está situada no tempo e no espaço e que por marco temporal entende-se o momento que é considerado socialmente significativo no qual uma recordação é reconstruída, neste caso, o período em que foi hospitalizado ou o dia em que foi amputado. O marco espacial da memória coletiva mantém a memória viva por mais tempo, pois é caracterizado pela lembrança ou recordação a partir de lugares, como por exemplo: estava em casa, foi na roça, como observado nas falas dos participantes:

Eu me internei dia 07 do 12 de 2013. Na terça-feira dia 10 fez a primeira amputação dos dedos. No dia 23 amputaram a perna (ZEUS).

Vai fazer dois anos agora que aconteceu isso tudo (HADES).

Eu tava em casa e ai começou um dorzinha no dia de terça feira e lá perto de casa tem um posto. Aí me levaram para o hospital me aplicaram uma injeção e fui para casa de minha irmã (EROS).

Eu tava na roça, lá onde eu moro desde criança, perto da cisterna que minha mãe tirava água pra gente beber quando eu era menino e ai uma cobra me mordeu. Fui pro hospital e deu uma infecção (HÉRCULES).

Eu tava indo trabalhar na garupa de uma moto com meu irmão indo para fazenda e ao moto bateu num caminhão. Eu tinha comprado a moto não tinha dois meses, quando aconteceu (PLUTÃO).
Eu estava na roça e senti mal [...]. Eu tinha acabado de ganhar meu primeiro neto (POSSEIDON).

Geralmente, para recordar um fato é necessário identificar, além das pessoas envolvidas, o momento em que ele aconteceu. Assim, a identificação de um período particulariza aquele acontecimento diante de muitos outros. A respeito dessa questão entre a noção de tempo como “localização temporal de um fato”, Halbwachs (2012, p.125) destaca que, na maioria das vezes, encontramos a imagem de um fato passado ao percorrermos o contexto do tempo, mas, para isso, é preciso que o tempo seja apropriado para enquadrar as lembranças (HALBWACHS, 2012). Assim, para se lembrarem do acontecimento da aquisição da deficiência física e narrarem tal fato, alguns participantes deste estudo se ativeram a elementos temporais e espaciais de sua vida.

Dessa forma, a recordação das situações que cercavam o período da aquisição da deficiência, lembrar o momento que o fato ocorreu e rememorar as reações e sentimentos naquele momento, as pessoas envolvidas e, ainda, o que aquele instante representou naquela época, pode contextualizar melhor o acontecimento e fazer com que o indivíduo se lembre dele com mais nitidez. De acordo com Halbwachs (2012, p.156), “os limites até onde retrocedemos assim no passado são variáveis segundo os grupos e é o que explica porque os pensamentos individuais conforme os momentos atingem lembranças mais ou menos remotas”. Assim, a memória pode ser descrita como o passado se encontrando no presente, e o espaço e o tempo são fundamentais para isto, pois as recordações serão sempre vivas ao deparar-se com ele (HALBWACHS, 2012).

Portanto, a análise das narrativas das pessoas idosas com deficiência física adquirida neste estudo se justifica porque através dela é possível chegar à compreensão da experiência da aquisição de uma deficiência física pela pessoa idosa, servindo como fonte de ensinamento, vivência e parâmetros para a construção de significados e atribuição de sentidos para esses eventos na vida desses indivíduos.

5.3.1.2 Reações da pessoa idosa ao adquirir a deficiência física

Ao se deparar com a aquisição de uma deficiência física é comum que os indivíduos façam alguns questionamentos como “Por que eu?”, “Por que agora? ”, “Como? ”, na busca de uma explicação e uma compreensão do evento conforme observado nas falas a seguir:

Pensei por que eu? Por que isso aconteceu comigo (AQUILES)?

Foi difícil encarar, [...] perguntava: por que eu (VÊNUS)?

Todos os participantes narram o fato da aquisição da deficiência como um momento difícil que eles enfrentaram em sua vida, como relatados por alguns idosos:

Foram momentos difíceis na vida, você olhar assim e não ver a sua perna (ZEUS).

Foi a pior notícia da minha vida (ATENA).

Ao adquirir uma deficiência física a vida das pessoas idosas seguiu em outra direção, como observado em suas narrativas. Ao saberem da notícia, os entrevistados apresentaram sentimentos diversos como raiva, revolta contra Deus e contra as pessoas que o cercavam naquele momento, como revelam as falas:

Primeiro veio uma coisa de raiva. Eu me revoltei, eu me revoltei (ZEUS).

Eu brigava com todo mundo, no hospital, em casa, não queria saber de ninguém me visitando, eu passava o dia chiando e até com Deus eu brigava. Minha família diz que eu me transformei que virei um bicho sem controle (VÊNUS).

A tristeza e o medo também foram outras reações reveladas pelos participantes entendendo que a vida teria chegado ao fim com aquela situação ou que viver seria mais difícil a partir daquele momento:

No meu coração a amputação abalou muito, eu fiquei muito assim, qualquer coisa eu chorava por causa da dificuldade de fazer as coisas (ARTEMIS).

É uma mistura de medo de desespero, de você não querer que aquilo aconteça, é um inferno receber essa notícia (THOR).

Outros idosos se mostraram mais otimistas e resilientes, aceitando a situação de maneira mais amena:

No começo foi meio difícil quando disse que talvez fosse tirar a perna, mas depois, como demorou muito, fez muitas cirurgias deu para costumar (APOLO).

Quando eles falaram isso eu não tinha mais o que dizer né? A perna já tava morta, esbagaçou o osso eu não tava sentindo mais nada, a perna já tava arroxeadada e ai teve que cortar. Eu fiquei triste, mas não tinha mais jeito (ALFEU).

Mesmo se a literatura e os órgãos oficiais em saúde e assistência social tentarem buscar uma padronização no conceito da deficiência, este entendimento pode ganhar diferentes sentidos carregados de simbologia quando o indivíduo se depara com tal situação. Assim, nascem diferentes interpretações, representações a partir do contexto no qual as experiências dessas pessoas são construídas e vivenciadas.

As Representações Sociais podem ser manifestadas através de palavras, sentimentos ou condutas, devendo ser analisadas mediante a compreensão das estruturas dos comportamentos sociais. As falas remetem esse momento a algo difícil, tendo em vista que aquela era uma situação nova, inesperada, que traria consequências diretas para vida do indivíduo, sua família e sociedade, gerando, assim reações emocionais diversas e muitas vezes não condizentes com o perfil psicológico da pessoa. Os próprios participantes se desconhecaram em algumas reações que adotaram diante da notícia da aquisição da deficiência física.

Ao observamos o quadro de quatro casas (Quadro 4) construído a partir da análise do TALP, podemos identificar no terceiro e quarto quadrante os elementos “falta” “medo”, “revolta”, “sofrimento”, “incapacidade” que reforçam o provável núcleo central da representação do envelhecimento com deficiência física. Estes termos também estão presentes nessa subcategoria, reforçando a importância desses elementos na construção da RS em questão nesse estudo. Ou seja, o indivíduo percebe a notícia da deficiência física como uma situação em que ele sente falta do seu membro amputado, de realizar suas atividades, e com isso se sente incapaz e com medo de como será a sua vida a partir daquele acontecimento. Isso gera sofrimento e angústia nesses indivíduos.

Nesse contexto, para alguns, a notícia da aquisição da deficiência física representou a dúvida em relação ao sustento da família:

Como eu ia sustentar minha família? Formar minhas filhas? Pagar as contas no fim do mês (ZEUS)?

Assim, uma das grandes preocupações dos entrevistados era manter a condição financeira que possuíam antes da deficiência física, pois mesmo com a idade avançada alguns ainda trabalhavam para assegurar uma renda maior e uma melhor qualidade de vida. Foi observado que para os indivíduos do sexo masculino a preocupação estava diretamente

relacionada com a capacidade de exercer suas atividades laborais e de manter o sustento de sua família. Para as participantes do sexo feminino, as dificuldades para realização das atividades diárias, como o cuidado do lar também foi uma preocupação, mas outro aspecto evidenciado foi a questão estética, na qual a falta de um membro causa vergonha de se expor em público ou até mesmo para seus familiares.

Para outros participantes, os sentimentos expressos estavam diretamente relacionados a uma situação de dependência em relação às outras pessoas para realização de suas atividades cotidianas, como declarou Afrodite: “Dá aquela coisa no peito quando sabe que vai ficar dependente dos outros”. O medo e a preocupação surgiram para alguns idosos porque aquela situação gerava dúvidas em relação ao futuro: “Vou ficar aleijada, e agora?”, diz Artêmis. Também, Hércules confessa: “Fiquei preocupado de como ia ser a vida depois”.

Destarte, podemos perceber nos relatos de alguns participantes deste estudo que esses sentimentos revelados ao saber da aquisição da deficiência física estão ancorados na memória coletiva que esse indivíduo apresenta de outras pessoas que possuem a deficiência e da memória social que é transmitida por gerações, em que a pessoa com deficiência física é vista através de um olhar de pena, tristeza, dependência e incapacidade, principalmente quando associada à velhice (RESENDE 2001).

5.3.1.3 O viver antes e após adquirir a deficiência física

Essa subcategoria buscou rememorar aspectos do cotidiano da pessoa idosa em relação à sua prática das atividades da vida diária, sua relação com o trabalho e com o lazer antes e após o fato de adquirir a deficiência física. A partir destas recordações podemos identificar as mudanças, desafios e adaptações que essa pessoa enfrentou ou enfrenta em seu dia a dia com o fato de adquirir a deficiência física, e, assim compreender como esse acontecimento pode ter influência na RS da deficiência física e nas ações do seu viver.

O fato de adquirir a deficiência física e se tornar dependente marcou a vida dessas pessoas. De acordo com Bosi (2012), a memória pode ser dividida por fatos marcantes em que a significação da vida se concentra, como por exemplo, a mudança de casa ou de lugar, morte de um parente, nascimento de um filho. Neste estudo, este marco se apresenta como o momento da aquisição da deficiência física. A mesma autora reforça que “convém refletir sobre a divisão social do tempo” (BOSI, 2012, p.416). Deste modo, “um dia inteiro pode dividir-se em antes e depois de uma visita esperada” (BOSI, 2012, p.416). No caso deste estudo, a vida desses idosos pode ser dividida em antes e depois do momento que adquiriram

a deficiência física. Deste modo, as histórias de vida que vinham sendo construídas até o momento da aquisição da deficiência física são interrompidas e ficam claras, nos discursos, as distinções entre os dois momentos: “o antes” e o “depois” da aquisição da deficiência física.

Com isso, a memória vai sofrendo transformações à medida que o tempo passa, os fatos acontecem e a percepção das coisas e a história dos indivíduos tomam um novo rumo. Assim, pode-se dizer que a memória não é apenas um registro histórico dos fatos, mas uma combinação de construções sociais passadas com fatores significantes da vida social do presente que são constantemente reconstruídas. A memória dos participantes deste estudo não está somente ligada à questão cronológica e aos seus vários anos de vida, mas também às vivências de momentos marcantes. Portanto, é nas mudanças e interações ocorridas no contexto social e histórico que vai se construindo sua biografia pessoal e sua memória.

De acordo com os relatos das pessoas idosas com deficiência física adquirida, elas possuíam uma vida ativa antes da aquisição da atividade física, como observado nas falas:

Eu sempre fui uma mulher ativa, que fazia tudo em casa. Gostava de cozinhar, cozinava de tudo, fazia aqueles almoços pra família. Limpava a casa, lavava roupa, fazia de tudo em casa (ARTEMÍS).

Eu pegava ônibus, ajudava nas coisas dentro de minha casa, ajudava minha mulher, às vezes varria o quintal. Fazia compra (APOLO).

Podemos identificar que as atividades da vida diária dessas pessoas idosas eram realizadas sem prejuízos e sem grandes limitações. As mulheres revelaram realizar os afazeres domésticos mesmo com a idade mais avançada, como também os homens realizavam ações corriqueiras como ir ao mercado, utilizar transporte público, dirigir e trabalhar.

Em relação ao trabalho, foi constatado que grande parte dos entrevistados, principalmente do sexo masculino, ainda exerciam suas atividades laborais antes da aquisição da deficiência física e que o tipo de trabalho era pesado, na lida do campo ou em atividades mais desgastantes como a de dirigir caminhões. Isso é comprovado nos discursos:

Eu trabalhava normal. Fazia tudo. Trabalhava o dia todo (APOLO).

Eu cuidava da roça. Plantava, molhava, limpava, colhia, era assim minha vida (EROS).

Trabalhava como relojoeiro, tocava, dançava, fazia show à noite todo (MORFEU).

Foi verificado que parte dos idosos entrevistados ainda têm perspectivas de voltarem a trabalhar, principalmente, como forma de complementar a aposentadoria que, no geral, é

pequena. Outros veem no trabalho uma maneira de fugir da rotina e de se distrair referindo ter o trabalho como uma forma de estar em contato com outras pessoas. Outros já descartam voltarem a exercer suas atividades profissionais devido às limitações físicas advindas com a deficiência física ou pelo avançar da idade.

Também, em relação às atividades de lazer, os participantes relataram que essas eram mais frequentes antes da aquisição da deficiência física:

Tinha meu lazer com os amigos, de ir para a venda, jogar conversa fora, jogar dominó, era assim, muito divertida (APOLO).

Fazia atividade física, corria, andava de bicicleta, fazia tudo, não parava (MORFEU).

Antes de tudo acontecer eu levava uma vida normal, saía para passear, para casa das amigas, ía nas festas. Era pouco que eu saía, mas ainda saía (HÉRCULES).

As recordações dos participantes em relação à sua vida antes de adquirir a deficiência física remetem a momentos alegres e de satisfação, nos quais se encontram em contextos de relações sociais, seja no ambiente de trabalho, no contexto familiar, no convívio do meio religioso ou entre amigos. Isso vem ao encontro do pensamento de Halbwachs (2012) quando ele diz que toda a lembrança estaria ligada a um contexto social mais amplo. Ou seja, a memória é caracterizada como um processo social em que não se percebe o indivíduo como ser isolado, mas sim em relação com outras pessoas nos vários grupos sociais a que pertence (SANTOS, 2012). Deste modo, quando a pessoa idosa recorda suas vivências antes da aquisição da deficiência física, essas lembranças fazem parte de contextos e situações sociais partilhadas, por e com outros membros do grupo.

Em relação às experiências de vida após a aquisição da deficiência física, todas as pessoas idosas entrevistadas descreveram essa fase da vida como um processo difícil de ser enfrentado e caracterizado por mudanças e desafios a serem enfrentados, além de adaptações a serem realizadas em vários aspectos, como na realização das atividades da vida diária, no trabalho e no convívio social. A percepção de alguns idosos é de que a chegada da deficiência física trouxe a incapacidade funcional e com isso a dependência dele para com outras pessoas e a dificuldade para realização de algumas atividades do seu cotidiano:

Depois que veio a amputação, as coisas mudou um pouco. Também ir na feira comprar fruta eu não vou mais (ARTEMIS).

Hoje em dia não faço nada. Só ando de cadeira de roda vou no quintal tomar um sol quando não tá frio. Fico ali rodando pela casa. E fico assim, durmo, acordo rodo pela casa, vou na porta da rua, vejo o povo passar, de vez em quando chega um filho um neto, conversa um pouquinho e vão cuidar da vida deles e eu fico ali sozinho com minha mulher. Nossa vida é um pouco solitária agora, porque quase não saímos de casa. (THOR).

A incapacidade funcional pode ser descrita como a dificuldade experimentada ao buscar realizar atividades em qualquer domínio da vida devido a um problema físico ou de saúde, como a deficiência física que provoca impactos na capacidade de exercer determinados papéis e atividades na sociedade (PEREIRA et al., 2012).

A deficiência física pode ser caracterizada como um fenômeno multidimensional que pode provocar dificuldades ou incapacidades de/na realização de diversas atividades da vida diária (DINIZ; SANTOS, 2010). A pessoa idosa com deficiência física sofre prejuízos adicionais relacionados ao processo de envelhecimento humano devido ao processo de diminuição fisiológica e natural de capacidade funcional. Atividades como o cuidado pessoal, tarefas domésticas, mobilidade em casa e na rua, fazer transferências, participar de atividades na comunidade, sair sozinho, usar os meios de transporte como ônibus, lazer, esportes como o futebol e cuidar de outras pessoas são exemplos de atividades diárias que podem ser comprometidas ao adquirir uma deficiência física.

Assim, de acordo com Resende e Neri (2009), envelhecer bem requer ajustamento pessoal e social, o que pode vir a ser comprometido devido às condições deficitárias de saúde ao longo do curso de vida. A aquisição de uma deficiência física poderá trazer prejuízos em suas condições de desenvolver-se e envelhecer com sucesso, dependendo da extensão e da natureza da deficiência, dos recursos de apoio que o ambiente sociocultural oferece e dos recursos psicológicos de que dispõem.

Assim, entre pessoas que desenvolvem atividades braçais, o que primeiro define se ele é uma pessoa com deficiência física é a sua incapacidade para o desempenho das atividades laborais, o que não recai no “defeito” em si, mas na expectativa que o grupo social tem dessa diferença, isso revela a existência de dimensões subjetiva e intersubjetiva da experiência da deficiência física (MARTINS; BARSAGLINI, 2011). Muitos idosos após adquirirem a deficiência física tiveram que abandonar sua atividade laborativa e deixar de ser o provedor principal do lar ao ter que aderir ao sistema do auxílio aposentadoria para suprir suas necessidades e sustento de sua família:

Depois que eu tive que amputar a vida deu uma parada pra mim, porque eu tive que deixar de trabalhar, ainda estou sem poder viajar que era meu trabalho de vendedor (ZEUS).

Tive que deixar de dirigir, que era meu serviço, o que sempre fiz. Aí foi difícil acostumar ficar sem o trabalho (AQUILES).

Às vezes eu sinto falta do trabalho porque fico dentro de casa muito tempo e era acostumado trabalhar. Se não tivesse amputado a perna eu tava continuando a trabalhar (HADES).

Ficou difícil. Eu parei de trabalhar, só sei mexer com animal, com fazenda e não tenho leitura, estudo (PLUTÃO).

Geralmente, quando se fala em “pessoa com deficiência física”, a representação que se tem deste indivíduo se ancora em conceitos que se reportam à capacidade para desempenhar ou não determinados “papéis sociais”. Deste modo, a maneira como um indivíduo é considerado como deficiente ou não, ocorre a partir do potencial residual em desempenhar atividades que são essenciais para sua sobrevivência e da família e que demandam força física. Nesse sentido, o significado da deficiência física pode aproximar-se do significado de doença, no qual as limitações físicas se tornam obstáculos para o desempenho de atividades no cotidiano das suas relações sociais (BOLTANSKI, 2004). Isso ficou evidenciado nas falas anteriores de Ozires e Afrodite, pois, para eles, a deficiência física afetou a sua condição física, e assim, eles tiveram que deixar de trabalhar:

Hoje eu me sinto um trapo humano. Fico aqui jogado nessa cadeira, não me movimento mais, não posso trabalhar nem fazer nada porque tudo depende dos outros (OZIRES).

Depois do AVC eu tive que parar de trabalhar porque como ia dirigir assim? Sem a perna. Não tinha mais condição aí tive que aposentar e viver com a miséria dessa aposentadoria (AFRODITE).

Foi constatada nos relatos, principalmente dos participantes do sexo masculino, uma maior vinculação ao tema trabalho, sendo recorrente a preocupação com a questão do uso laboral do corpo (não se desconsidera que essa preocupação não se estenda às mulheres, porém no grupo pesquisado ela não foi a primeira preocupação no universo feminino).

De acordo com Tette, Freitas e Oliveira (2014), os fatores históricos são fundamentais na atribuição do significado do trabalho e que esse sentido possui um caráter dinâmico, inacabado e socialmente inserido, uma vez que pode ser influenciado por um sistema social complexo e dinâmico. Marx e Engels (1984) enfatizavam o papel social do trabalho, apresentando-o como o fator que diferencia a natureza dos seres humanos da natureza dos animais e constitui mesmo a natureza humana, pois é por meio do trabalho que os homens produzem seus meios de vida e o modo de sua vivência em sociedade.

Para Borges (1998), o significado do trabalho é tanto uma estrutura cognitiva como subjetiva, pois está ligada às crenças, valores e atitudes individuais do sujeito. Além disso, a autora declara que é uma construção histórico-social em que o indivíduo sofre a todo o momento interação com os demais membros da sociedade, caracterizando o trabalho de forma variável. Portanto, pode-se declarar que além da formação individual, o significado do trabalho é construído coletivamente a partir das interações sociais, fatos históricos e do contexto em que os indivíduos estão inseridos.

Assim sendo, em uma sociedade onde o que define se a pessoa é deficiente física ou não é a sua capacidade para o desempenho das atividades laborais, os idosos podem apresentar diferentes sentimentos ao saberem da notícia que adquiriram uma deficiência física, muitas vezes não pelo fato dessa aquisição decidir o seu destino e da sua família, mas pela memória e representação que o grupo social tem da deficiência. Portanto, o sentimento não ocorre pela seqüela corporal em si, mas na expectativa que o grupo social tem dessa seqüela que geralmente está ancorada na ideia de incapacidade e inutilidade.

De acordo com Guimarães (2002, p.17), essa se apresenta como uma ideia preconceituosa “porque não possuem nenhuma teoria que os sustentem, ou seja, são pensamentos empíricos baseados na experiência cotidiana e social das pessoas”. São representações sociais equivocadas a respeito da pessoa idosa e deficiente física, elaboradas e perpetuadas pela sociedade ao longo do tempo.

As representações sociais são “orientações para ação” e, no caso específico dos idosos com deficiência física, salienta-se a importância do seu estudo porque amplia as análises sobre os significados formulados pelos próprios idosos e pela sociedade a respeito desses fenômenos. Assim, não basta contemplar as condições de subsistências do idoso com deficiência física, mas é imprescindível conhecer os componentes que “orientam sua ação” e tais componentes se integram às representações sociais formuladas pelos sujeitos. Se essas representações são de incapacidade eles se sentiram “trapo” como referido pelo participante Ozires, se tornando pessoas acomodadas diante da adversidade.

No entanto, quando o indivíduo assume a identidade de deficiente físico, sua representação positiva leva à ação e não ao abatimento, como observado em relatos de alguns idosos:

Depois do AVE eu continuo trabalhando, dá pra trabalhar ainda, não fico as 10 horas que ficava antes, mas eu vou mais tarde, fico ajudando nas vendas, orientando as coisas os vendedores. Tenho que ir lá porque é meu o negócio (VÊNUS).

Eu trabalho no meu comércio, eu dirijo meu carro normal e qualquer carro eu dirijo. Sempre trabalhei desde moleque com meu pai. Pra mim na vida mudou pouco com a amputação porque eu desde o início não deixei ficar abatido e lutei e hoje eu faço tudo (HÉRCULES).

Meu trabalho de vendedor faz muita amizade, conhece muita gente porque a gente viaja muito também. Os meus clientes dizem assim: nós estamos te esperando. Nós estamos torcendo por você e quando você voltar nós estaremos aqui no mesmo lugar. Então isso tem me cativado muito. Tem muitas pessoas que têm me ajudado. No dia em que eu estiver caminhando quando eu voltar a caminhar eu vou trabalhar. Eu tenho uma filha de 10 anos e eu quero ver ela formada. Tenho outra filha de 15 quero ver as duas formadas e vou trabalhar para isso, entendeu. Quero ver minhas filhas formadas (ZEUS).

Desafio é voltar a ter meus movimentos de volta e poder voltar a andar e trabalhar, isso é meu desafio maior. Mas, vou buscar voltar a trabalhar. Homem que é homem tem que trabalhar e sustentar a casa, já dizia meu avô (POSSEIDON).

O retorno ao trabalho é a expectativa de alguns idosos depois que se adaptarem ao uso da prótese ou após a reabilitação física. A deficiência física não promoveu um sentimento de derrota e inutilidade nesses indivíduos, mas eles encontram força e estímulo dentro de si ou em outras pessoas, para voltarem a exercer suas atividades laborais, seja por necessidade de garantir o seu sustento e de sua família, seja pelo prazer de se sentirem úteis e produtivos.

Voltar a trabalhar pode representar sacrifício para a pessoa idosa com deficiência física, mas as motivações encontradas nas práticas sociais dos sujeitos inspiram sua ação, mobilizando-os em direção ao trabalho. Nesse contexto, Kubo e Gouvêa (2012) declaram que o trabalho pode ser percebido além de uma forma de obter o sustento e a renda, mas como uma atividade que proporciona realização pessoal, *status* social e possibilidade de estabelecer e manter relações interpessoais.

Em pesquisa sobre a importância do trabalho na vida de idosos atuantes do mercado informal, Coutrim (2006) observou que o trabalho se configura como uma estratégia para a manutenção financeira do idoso deficiente, mas também confere uma identidade de trabalhador e não de aposentado, revelando um status de provedor em oposição à situação de isolamento e segregação. Assim, o trabalho se constitui como forma de socialização, manutenção de poder e aumento da renda familiar, o que lhes confere certa liberdade.

Os relatos de alguns idosos revelam também que o trabalho está presente em sua vida desde a infância, foi ensinado pelo pai, pelo avô e ainda hoje representa algo importante na construção de sua identidade e de suas ações. Ao longo de toda a história humana, a produção e reprodução da existência material sempre se verificaram pela inter-relação das atividades de seus membros, o que condiciona ao trabalho a categoria que fundamenta as formas de sociabilidade entre os indivíduos (MARX; ENGELS, 1984).

De acordo com Haddad (1986, p.41), “segundo o saber científico gerontológico-geriátrico, a melhor terapia para a velhice é o trabalho”. Assim, o trabalho é como um prêmio que a vida oferece ao homem e sem ele a vida perde completamente o sentido, passando a ser um fardo pesado (HADDAD, 1986). Para Zanelli (2000), o trabalho é fundamental para o desenvolvimento pessoal e reconhecimento social e o indivíduo que adquire a aposentadoria apresenta dificuldade de desvincular-se do mesmo. Durante quase toda a vida do indivíduo, o trabalho exerceu um papel de regulador e organizador de suas atividades, em que horários, atividades e relacionamentos pessoais estavam diretamente relacionados com as demandas do seu trabalho, o que vem a ser fundamental para a vida social. Assim, as atividades laborais exercidas ao longo da vida são como pontos de referência para as pessoas o que dificulta se desvincular dessas referências.

Em relação à existência do homem, Marx e Engels (1984) afirmam que o primeiro “ato histórico” do homem é essa possibilidade de satisfação de suas necessidades, é a produção da vida material. O segundo ato é a condução de novas necessidades após a ação e o instrumento de satisfação das necessidades primárias. E a terceira é a própria relação entre os homens, é a criação da família.

O ser humano cresce sendo preparado para exercer alguma atividade laboral e necessita dela para seu alento e crescimento pessoal. Para o homem, o trabalho representa a própria vida, principalmente em uma sociedade capitalista na qual o homem sem trabalho é considerado improdutivo e é excluído socialmente. O capitalismo contribui para perpetuar a visão estigmatizada da pessoa com deficiência física e a exclusão destes do mercado de trabalho. Aquele corpo que não estiver dentro dos padrões para cumprir e atingir metas, e não estiver apto para o trabalho e for classificado como doente, é considerado como um desvio da norma estabelecida pela sociedade capitalista (CANGUILHEM, 2009).

Neste contexto, o corpo está associado a uma máquina que tem o seu valor pela sua capacidade de produção e deve ter atributos de um padrão de normalidade. O corpo deficiente, de maneira contrária, está associado a uma máquina com disfunção de uma ou mais peças, sendo a pessoa deficiente física estigmatizada como incapaz de produzir, como descrevem Zoboli e Barreto (2006, p. 75) “[...] a pessoa com deficiência sai com grandes desvantagens por não se ajustar aos critérios de rendimento e eficácia”. Desta maneira, no sistema de produção capitalista o corpo deficiente não tem muito espaço.

Os estudos comprovam que o trabalho representa um valor muito importante para as pessoas, o que dificulta o afastamento para o gozo da aposentadoria, gerando estresse diante

dessa nova situação, principalmente no caso de pessoas idosas que ainda possuem algum vigor físico e que, repentinamente, devido à deficiência física, têm que se afastar do trabalho.

A memória e a representação que se tem do trabalho é a produtividade e o prestígio. Isso ficou notório anteriormente em um trecho da fala de Poseidon: “Homem que é homem tem que trabalhar e sustentar a casa, já dizia meu avô”. A partir da análise dos relatos coletados, pode-se perceber o quanto o trabalho é importante na história de cada idoso. Ele não é somente uma forma de remuneração, mas sim uma forma de construção da identidade, algo que não se separa do eu da pessoa. A deficiência, conforme descreve Perez (2012), pode afetar os papéis sociais que o indivíduo representa em sua vida, como o de pai, esposo e provedor do sustento familiar e assim comprometer sua identidade pessoal.

É importante ressaltar que as atividades laborais da maioria dos participantes desse estudo são fisicamente desgastantes, como o trabalho no meio rural ou um trabalho braçal, no entanto, alguns dos entrevistados que tinham essa atividade gostariam de ainda estar na lida do campo como observado na fala de Apolo: “Eu fui deixando de fazer as coisas e me aposentaram por invalidez, deixei de trabalhar mesmo sem querer”.

Alguns idosos, como Hércules já aceitaram as limitações impostas pela idade e pela deficiência física e descartam voltar a trabalhar como descreve em sua fala: “Só não dá mais para trabalhar, isso não, mas eu também não aguento já estou velho pra lida era muito pesado meu serviço de vaqueiro”.

De acordo com Beauvoir (1990, p.227), “[...] as sociedades capitalistas levam em consideração quase que exclusivamente o interesse da economia e do capitalismo, e não das pessoas”. Assim, as pessoas idosas e com deficiência física são muitas vezes eliminadas precocemente do mercado de trabalho e passam a constituir uma parcela improdutiva e dependente. Essa ideia é uma reprodução de uma ideologia capitalista de produção que permanece na memória dessas sociedades onde o lucro assume o papel principal e é repassado por gerações. Deste modo, as condições sociais servem de base para a construção das RS e por meio da memória tais representações do passado são requeridas pelo presente, logo, tais significados trazem implícitas as condições socioculturais de quando foram elaboradas.

Ao se afastarem do trabalho, as pessoas idosas com deficiência física contam com a assistência previdenciária como fonte de renda. Alguns já contavam com o benefício antes de adquirirem a deficiência por conta da idade ou tempo de contribuição à Previdência Social, mas outros passaram a receber o benefício por invalidez, após adquirirem a deficiência física:

Tive que aposentar por causa da invalidez, foi por invalidez e tive que largar o emprego. HERME

Então eu aposentei por invalidez e vivo de um salário. PLUTÃO

Não tinha mais condição ai tive que aposentar e viver com a miséria dessa aposentadoria. AFRODITE

A conquista da aposentadoria representou um marco no campo do direito trabalhista, o que garantiu uma fonte de renda após o período de trabalho e contribuição que permite atender às necessidades básicas de pessoas idosas. Esse direito também é garantido para as pessoas com algum tipo de deficiência, conforme Lei Complementar n.º 142/2013 (BRASIL 2013).

Assim, parece justo o direito à aposentadoria para os indivíduos que atendem à legislação, como é o caso dos idosos e deficientes físicos. O benefício é visto como uma recompensa ou ajuda financeira para que o idoso possa ter ou manter uma qualidade de vida razoável. No entanto, se por um lado a aposentadoria oferece, ou deveria oferecer, segurança monetária, por outro, baseado no sistema econômico capitalista, traz consigo a ideia de inatividade e deterioração do indivíduo. Logo, para muitos a aposentadoria pode ser frustrante, pois indica uma mudança drástica na sua vida, já que inclui redução da renda, sensação de ociosidade e perda da importância social.

Para Bosi (2012), a sociedade industrial é cruel com o idoso, pois lhe reserva o lugar da inatividade e o discrimina por isso, e se atrelada à velhice estiver a deficiência física essa discriminação será ainda maior. Para a autora quando o idoso perde a força do trabalho ele já não é produtor nem reprodutor e quando o indivíduo adota tais ideias estigmatizantes age como louco porque delinea assim o seu próprio futuro como incapaz.

Neste contexto, podemos dizer que as experiências vividas e seus sentidos são transmitidos ao longo das gerações e influenciam a construção das Representações Sociais e a compreensão do mundo atual. Para Ricouer (2007), as recordações de momentos vivenciados agregam múltiplas temporalidades. Portanto, no caso das pessoas idosas que adquiriram uma deficiência física na velhice, os fatos vividos antes e após esta aquisição podem ser decisivos na construção de novas representações sobre a deficiência física.

5.3.2 Representações Sociais a respeito da deficiência física para a pessoa idosa

O modo de representar a velhice e a deficiência física é bastante variado e é influenciado por um conjunto complexo de fatores. Assim, a forma como são vistos e tratados pela sociedade e pela família, os fatores econômico, social, cultural, psicológico e relacional

podem contribuir decisivamente na construção dessa representação. No senso comum existe um leque de representações sobre o envelhecimento com uma deficiência física que se propaga por gerações e ao longo do contexto histórico cultural.

Sendo assim, pode-se dizer que as Representações Sociais são dinâmicas, mudam de tempos em tempos, pois há a liberdade da qual se vale a linguagem para projetá-la em um espaço simbólico e arrastá-la para associações diversas. Essa diversidade de significados é influenciada pelo universo psicossocial e cultural, pelas inter-relações com os outros, pelo modo de vida variando de acordo com o tipo de sociedade em que as pessoas vivem (MOSCOVICI, 2015).

As narrativas das pessoas idosas com deficiência física adquirida que participaram deste estudo revelaram percepções variadas em relação à deficiência física. Algumas dessas percepções foram, durante muito tempo, influenciadas por crenças, culturas, ensinamentos do passado transmitidos por gerações anteriores. Assim, a construção de toda e qualquer representação social necessita de um amplo resgate ao passado para que sejam observadas as continuidades e/ou discontinuidades de determinados processos sociais ao longo da história. Já outras sofreram alterações no presente e mostram distintas percepções diante do contexto atual e da vivência da deficiência física. Através da memória se tem a transmissão e manutenção das representações por gerações o que contribui para a permanência das civilizações humanas ao longo dos anos (JEDLOWSKI, 2000).

Destarte, sendo as representações sociais resultado da forma como as pessoas pensam sobre as coisas reais ou imaginárias do seu mundo, elas podem ser entendidas como um conteúdo mental estruturado, isto é, cognitivo, avaliativo, afetivo e simbólico sobre um fenômeno social relevante que toma forma de imagens ou metáforas e que é conscientemente compartilhado com outros membros do grupo social (MOSCOVICI, 2015).

Esta categoria buscou desvelar, a partir das recordações dos idosos participantes deste estudo, como eles representam a aquisição e o viver com uma deficiência na velhice. Para uma melhor apresentação e discussão dos resultados a categoria se subdivide em 3 subcategorias com representações distintas.

5.3.2.1 Percepção carregada de simbolismo

As unidades de análise que constituíram essa categoria foram processadas pelo *software* QRS NVivo e apresenta como resultado a seguinte nuvem de palavras (Figura 2):

Figura 2 - Nuvem de palavras: Percepção carregada de simbolismo



Fonte: dados da pesquisa

A partir dessa ilustração gráfica percebemos que a palavra “castigo” foi a que se mostrou com maior presença nas falas dos entrevistados quando os mesmos recordavam os sentidos atribuídos à deficiência física no passado. Para alguns dos participantes a representação sobre a deficiência física durante muito tempo, principalmente durante sua infância, foram ancorados nas histórias contadas por pessoas da família, geralmente membros mais velhos pertencentes a outra geração. Essas representações apresentavam uma carga de simbolismo na qual a deficiência física, por vezes, aparecia como algo místico, divino como observado nas falas:

Na época de minha mãe, quando minha avó ainda era viva ela, minha vó falava essas pessoas não tinham mais o que fazer na vida, que estavam sem futuro porque era muito difícil fazer alguma coisa sem uma perna, ou sem um braço. E aí elas ficam jogadas no canto, não trabalhavam, não faziam nada e algumas até se matavam de tanto desgosto e tristeza. Eu fiquei com isso muito tempo na cabeça até que fui crescendo e foi mudando minha forma de ver e hoje já vejo que é difícil, mas podemos continuar a vida assim mesmo, lutando a cada dia (ARTEMIS).

Eu lembro que quando eu era menino e tinha as pessoas com algum problema assim no corpo de não movimentar ou de nascer com algum problema assim no corpo, como criança que nasce sem perna ou quando tem que cortar já homem feito minha mãe dizia que era castigo divino, que tinha feito coisa errada e que veio o castigo do céu. E eu acreditava. Durante muito tempo eu pensava assim. Mas via uma criança nascer com uma deficiência e pensava como podia ser se ela não tinha feito nada ainda? Aí minha mãe, já bem velhinha dizia que era porque os pais tinham feito coisa errada e o filho pagava. E essa ideia me perseguiu muito tempo. Quando via alguém assim, com uma deficiência eu lembrava de minha mãe e pensava é castigo (POSSEIDOM).

De acordo com essas narrativas as pessoas mais velhas atribuíam a causalidade da deficiência física a uma questão divina, demonstrando, assim, uma percepção da deficiência física como algo não apenas fisiológico, mas que tinha influência das interpretações subjetivas, como a questão sobrenatural. Os relatos dos participantes descrevem que a aquisição da deficiência física era percebida como um castigo divino, muitas vezes não aceitando tal fato por se considerarem indivíduos que sempre fizeram o bem, trabalharam, cuidaram de sua família demonstrando, por vezes, um sentimento de revolta diante da aquisição da amputação ou da hemiplegia.

A respeito disso, Moscovici (2015) descreve que as representações sociais nem sempre conformam a realidade e, portanto, seria imaturo tomá-las como verdades científicas, pois reduziríamos a realidade aos conceitos e verdades que os atores sociais fazem dela. Segundo Gofman (1988), os indivíduos podem ver as privações que sofreram como uma bênção secreta, especialmente devido à crença de que o sofrimento muito pode ensinar a uma pessoa sobre a vida e sobre as outras pessoas.

Em relação à representação social da velhice, esta também é muitas vezes apresentada como figuras simbólicas, principalmente para as crianças. Na literatura infantil a figura da pessoa idosa é associada a personagens de bruxas e de pessoas que fazem maldade, dando a ela um sentido diferente da realidade. Cria-se, assim, um temor à velhice que vai compondo a imaginação do sujeito desde a infância, o que não raras vezes, é usado para impor a disciplina pelo medo, promovendo, a reboque, uma associação negativa para com o idoso atrelada a características desagradáveis, como sisudo, feio e mau. Em outras histórias, mesmo não sendo más, as figuras idosas geralmente são sozinhas, doentes, degradantes, dependentes, improdutivas ou incapazes e são sinônimos de fragilidade ou solidão e geralmente representam um papel secundário (PELOSI et al., 2000).

Essas associações que se difundem em histórias literárias são retomadas em manifestações sociais e culturais (literárias, artísticas) e divulgadas pelos meios de comunicação, revelando-se em diferentes situações e comportamentos do cotidiano. Essas histórias vão sendo recriadas e reproduzidas, povoam o imaginário social das diferentes faixas etárias, e reproduzem seus elementos ideológicos (PAULINO, 2007). Podemos constatar isso na fala de Apolo:

Quando eu era pequeno, minha casa era na roça e quando a gente via gente assim a gente corria e escondia. Minha vó falava que a veia manca vinha pegar a gente. E a gente tinha medo e escondia. Hoje eu sou velho e manco e não pego ninguém. Como as coisas mudam né? Quando criança a gente acredita em tudo que os adultos falam e quando cresce vê que não é nada daquilo (APOLO).

Nesse sentido, Moscovici (2015) considera que as representações sociais são, ao mesmo tempo, ilusórias, contraditórias e verdadeiras, e entendidas, por ele, como ponto de partida para se analisar as ações sociais, como também para a ação pedagógica, pois retratam uma possível realidade das pessoas que as representam.

Ainda no presente, alguns participantes deste estudo demonstraram uma representação divina sobre a aquisição da deficiência física em suas vidas, como constatado nesses discursos:

Esse acontecimento comigo é propósito de Deus. Ele quis assim. Eu sempre vi a deficiência desse ponto, se alguém tem é porque é da vontade de Deus e não culpa da pessoa e hoje eu vejo isso na minha vida mesmo (HERMES).

Tá bom, né? Deus quis assim e eu aceitei (HÉRACLES).

Temos que pensar assim e ter a certeza que tudo acontece porque tem um propósito, Deus tem uma coisa pra me ensinar com essa deficiência (VENUS).

A percepção dos participantes quanto à causa de sua deficiência física, mesmo tendo vivenciado e narrado fatores fisiológicos e patológicos sobre a aquisição da mesma, se ancora em outros fatores explicativos bem demarcados para tal aquisição, como a questão divina. Tal situação demonstra a presença de marcos social como a sua crença e religiosidade na construção de sua memória sobre a deficiência e seu sentido. Assim também, é observada a importância do marco social da família, no qual as concepções são passadas de geração para geração e influenciam a construção das representações sobre algo ou alguém. Foi constatada nesse ponto, a propriedade da memória em perpassar gerações, segundo Halbwachs (2012). A memória dos outros, que compõe os grupos sociais aos quais pertencemos como a família, igreja, bairro, associação, amigos, entre outros, completa e confirma a nossa memória, e atribui à memória coletiva uma propriedade que perpassa entre gerações e grupos sociais (CARMO; ALVES, 2013).

Muitas vezes, os indivíduos herdaram concepções sem necessariamente lhes atribuir juízo, mas reproduzindo e orientando suas ações. Nos relatos de Hermes, Hércules e Vênus, citados anteriormente, havia uma busca por apresentar referenciais familiares como influência na construção do entendimento da deficiência física. Mencionavam-se sujeitos que vivenciaram outros contextos históricos e significados distintos da atualidade. Pelo elevado grau de afetividade com os antecessores (SÁ, 2007), esses entrevistados demonstram em seu discurso uma identidade significativa com o conteúdo dos seus relatos. Este fato confirma quanto o indivíduo se baseia em significados de um passado mitificado e como “determinadas

memórias foram se tornando componentes culturais e artificiais necessários à manutenção do *status quo* de nossa sociedade” (MAGALHÃES; SANTOS; SOUZA, 2009, p.110). De acordo com Buchillet (1991, p.30), “nos esquemas tradicionais de interpretações, a coerência interna e a racionalidade somente podem ser apreendidas e avaliadas a partir de seu quadro sociocultural de referência”. Para esses participantes, a questão divina sobre a origem da deficiência física foi construída a partir dos relatos dos membros mais velhos da família, ou seja, a memória do passado é tomada como referência para a construção das representações sociais da deficiência física no presente.

Sobre isso Halbwachs (2004) afirma que as memórias estão sujeitas aos seus suportes sociais denominados quadros sociais de memória. Assim, quadros sociais como a religião e a família servem como balizadores para as memórias desses indivíduos. Construimos nossas memórias como membros de grupos sociais determinados e que, neste processo, obrigatoriamente utilizamos as convenções sociais disponíveis a nós (HALBWACHS, 2004). A memória não é e não pode ser considerada o ponto de partida, pois ela nunca parte do nada, mas ela é adquirida à medida que o indivíduo toma como suas as lembranças do grupo com o qual se relaciona, ou seja, há um processo de apropriação de representações coletivas por parte do indivíduo em interação com outros indivíduos (HALBWACHS, 2012).

Neste estudo, a maioria dos participantes revelou ter algum tipo de religião (católico, protestante, espírita). Assim, suas falas indicaram a presença de uma memória religiosa que pode ter sido construída a partir de sua participação em grupos religiosos ou adquirida na transmissão desses ensinamentos pela família ou por outros meios de comunicação, verificando-se uma continuidade dessa memória ao longo do tempo.

De acordo com Rosa (2007), as lembranças dos tempos remotos e os mitos fundantes que formam o imaginário cultural-religioso podem influenciar os conceitos e pré-conceitos com relação à doença e à deficiência física, estabelecendo ligações inconscientes com o mal e com o pecado divinamente punido. Cabe ao indivíduo ser capaz de refletir e compreender a influência destas construções mitológicas em seu imaginário cultural-religioso, discernindo o reflexo desses julgamentos e das atitudes diante da deficiência física (ROSA, 2007). Apesar de a maioria dos participantes ter referido como causa da deficiência uma questão fisiológica, podemos encontrar, por vezes, combinado no mesmo relato, a coexistência do discurso religioso-subjetivo. A respeito disso Laplantine e Rabeyron (1989, p.49), discorrem que “as duas grandes ortodoxias do Ocidente é a missa e a consulta médica”.

Entretanto, este estudo não pretende trazer para discussão a causa da deficiência física, mas ressaltar que além da questão fisiológica é importante observar as dimensões

socioculturais dos indivíduos, pois estas são fundamentais para orientar as formas de cuidado e para uma melhor relação entre o profissional de saúde e a pessoa com deficiência. O entendimento da causalidade da deficiência física pelas pessoas idosas com deficiência física adquirida está infiltrado em um universo de significados e é preciso dar validade a essas concepções, entendendo os distintos olhares e fazendo a mediação entre os diferentes níveis de compreensão da experiência da deficiência física.

Também foi possível encontrar relatos que revelam a memória do passado sendo atualizada no presente, como observado nas falas de Atena e Poseidon:

Lá na roça onde a gente mora o povo ignora essas coisas assim, lá não tem muitas pessoas assim, deficiente quase eles não vê gente assim e eles acham que é pecado, que a gente tá pagando por alguma coisa de errado que fez. Não sigo mais esse pensamento, mudei. Só que as pessoas não entende que é carne, que pode adoecer e apodrecer (ATENA).

Quando via alguém assim, com uma deficiência eu lembrava de minha mãe e pensava é castigo. Sei não, hoje eu mudei a minha ideia e acho que é falta de cuidado com a saúde e vontade de Deus mesmo de a gente passar por isso (POSSEIDON).

Para Halbwachs (2004), as crenças sociais impressas nos quadros sociais têm duplo caráter: “tradições ou lembranças coletivas” e “ideias ou convenções” resultantes do conhecimento presente. Ele diz também que o pensamento coletivo é essencialmente uma memória e que todo o seu conteúdo é feito de lembranças coletivas que, em cada época, provocam reconstruções dos quadros sociais sobre as quais a memória se apoia. Assim, as crenças só podem ser transformadas pelo fato de terem se originado em outro tempo e em um grupo ao qual o sujeito não pertence. Assim, ao fazer parte do grupo de pessoas com deficiência física, essa crença mística da deficiência física pode mudar ao se deparar com a realidade que o sujeito passa a vivenciar.

Nas relações sociais, o indivíduo está permanentemente confrontando o “caráter” herdado dos grupos de que faz parte, com o “caráter” externo presente nos grupos sociais estranhos a ele. A memória, portanto, dialoga com as representações do passado com as representações do presente formando um todo correlato entre o ontem e o hoje (ROSA et al., 2003).

As representações requeridas pela memória individual se vinculam às significações adquiridas das representações coletivas ou, em outras palavras, o indivíduo delibera “tomar emprestado” do seu ambiente aquelas representações capazes de subsidiarem e validarem a memória individual. É como se existisse uma ordem subjetiva que impõe ao grupo a sua

percepção a respeito de algo ou alguma coisa. Esta ordem que é imposta ao coletivo, trava com este uma relação de construção e reconstrução constante diante das contínuas reconfigurações históricas da sociedade (HALBWACHS, 2012; CARMO; ALVES, 2013).

Deste modo, novos significados são agregados à memória herdada a respeito da deficiência física e revelam que esses novos sentidos, adquiridos em outros contextos, interferem na construção das representações atuais do indivíduo sobre esse fenômeno. As representações, por mais individuais que possam parecer, são absolutamente construídas a partir dos sentidos socialmente compartilhados e historicamente herdados. É importante investigar se no presente os fatores culturais e históricos ainda são os principais norteadores nas representações sociais sobre a deficiência e até que ponto elementos do universo reificado da ciência e da legislação estão interferindo na forma como os indivíduos representam socialmente tal fenômeno.

Assim, no contexto desta categoria, pode-se dizer que as representações sociais a respeito do envelhecimento com aquisição da deficiência física por alguns idosos em determinado período da vida foram impregnadas de aspectos da memória herdada e do simbolismo subjetivo. No entanto, durante o processo de vida e histórico, os sentidos atribuídos ao envelhecimento e à deficiência física podem passar por mudanças de acordo com as ideias e ações da sociedade daquele momento. Ou seja, o idoso, e também a sociedade constroem o sentido para o envelhecimento com deficiência física em um mecanismo contínuo de resignificação que agrega significados herdados do passado com conceitos vivenciados no presente.

5.3.2.2 Percepção negativa e estigmatizante

Nessa subcategoria é apresentada a análise das falas que foram lançadas no *software* NVivo, que apresentou como resultado palavras com maior frequência de evocação apresentadas graficamente na nuvem de palavras na Figura 3:

Figura 3 - Nuvem de palavras: Percepção negativa e estigmatizante



Fonte: dados da pesquisa

Podemos observar que as palavras que se apresentaram em maior frequência foram: vergonha, difícil, preferia, velhice, deficiência e outras que remetem a um sentido negativo do envelhecimento com deficiência física.

Ao analisarmos os discursos dos participantes, como constatado também no estudo realizado por Brito, Oliveira e Eulálio (2015), a deficiência foi encarada por estes idosos como uma condição que converge para uma percepção negativa em relação ao fato de adquirirem a deficiência física descrita a partir de expressões que indicam alterações na autoimagem e acentuam os sentimentos de pena, incapacidade, vergonha, tristeza e preconceito, como descrito a seguir:

Quando eu via gente assim com esse problema eu fico com tanta pena, pensava assim também que ele não devia fazer nada, que era uma pessoa sem o que fazer *por* causa do problema, né? Não dá pra calçar uma sandália, ando mancando, eu fico com um pouco de vergonha. Agora só quero usar saia bem longa para vê se esconde, mas é no pé, não tem jeito (ARTEMIS).

Não sei, mas tenho vergonha de sair assim, as pessoas ficam olhando. Eu tenho vergonha, eu tenho vergonha de sair, não vou em canto nenhum só em hospital (TENA).

Eu tenho vergonha dessa forma que eu tô agora (THOR).

Pra mim a velhice poderia ter sido melhor se não tivesse a deficiência. Eu ainda estava dirigindo se não fosse a doença. Pra mim hoje a velhice é tristeza e lamento. Se não fosse a doença tudo poderia tá melhor. Hoje eu me sinto um trapo humano. Fico aqui jogado nessa cadeira, não me movimento mais, não posso trabalhar nem faz nada porque tudo dependo dos outros (OZIREs).

Os elementos constituintes do quadrante superior esquerdo do quadro de quatro casas (Quadro 4), mantêm estreita relação com esta categoria. Elementos de maior frequência de evocação e que formam o núcleo central como: limitação, dependência, tristeza e dificuldade ajudam a confirmar que a representação social das pessoas idosas com deficiência física adquirida sobre o envelhecer com deficiência física, muitas vezes, está ancorada em concepções depreciativas. Se observarmos, essas representações não são diferentes de algumas que a sociedade ainda apresenta em relação à pessoa idosa portadora de deficiência física. Essas representações ainda orientam e organizam os conhecimentos, as ações, a formação de imagens e modelos quando a sociedade se refere a essas pessoas. Apesar da mudança nos usos do termo sobre a deficiência, Sasaki (2006) argumenta que nem todas as pessoas se apropriam do termo ideal, e ainda no senso comum percebe-se o uso inadequado de terminologias ultrapassadas e pejorativas ao se referirem às pessoas com deficiência.

Para os participantes deste estudo, adquirir a deficiência física na fase da velhice transformou a sua vida em algo triste, penoso e difícil, principalmente pela perda da capacidade de realizar suas atividades laborais e do cotidiano tornando-os dependentes de outras pessoas, como revelam as falas:

A vida perdeu um pouco da graça, da alegria não é a mesma alegria de antes. Tenho alegria de tá vivo, mesmo velho, mas meu coração entristeceu bastante. Sinto falta do que eu podia fazer antes e que hoje tô limitado. Porque ficou mais difícil sair de casa me locomover (MORFEU).

Pra mim a velhice poderia ter sido melhor se não tivesse a deficiência. Eu ainda estava dirigindo se não fosse a doença. Pra mim hoje a velhice é tristeza e lamento. Se não fosse a doença tudo poderia tá melhor. Hoje eu me sinto um trapo humano, velho. Fico aqui jogado nessa cadeira, não me movimento mais, não posso trabalhar nem faze nada porque tudo dependo dos outros (OZIRES).

Minha senhora, a velhice é coisa boa, acho que eu tinha uma velhice boa, mas com a doença tudo ficou mais dificultoso. Parece que a gente fica sem força, sem prestar pra nada, fica os outros fazendo as coisas pra gente (POSSEIDON).
Penso assim, estou envelhecendo e a deficiência está contribuindo para eu envelhecer mais rápido porque não posso fazer uma caminhada, não faço um esporte, fico aqui parado (AFRODITE).

Em estudo realizado por Queiroz et al. (2016) com pessoas que passaram por amputação de membro inferior, também, evidenciou que os participantes expressaram ansiedade em decorrência da perda da autonomia, que trouxe como consequência a dependência dos outros para realizar suas atividades diárias e o afastamento de suas atividades laborais.

Em geral, o imaginário social apresenta uma visão negativa do envelhecimento e da deficiência física. Além disso, a sociedade mantém e reproduz a ideia de que a pessoa vale o quanto produz e o quanto ganha. Dessa forma, as pessoas idosas com deficiência física que estão fora do mercado do trabalho, geralmente, precisam viver com uma escassa aposentadoria ou em dependência financeira dos filhos ou do Estado. O problema é quando os próprios idosos internalizam esses sentidos, e passam a se ver como pessoas impotentes e incapazes. Isso é constatado na fala de Atena quando revela sentimentos depressivos ao afirmar que a morte seria uma opção mais digna do que a situação na qual se encontra atualmente, ou seja, com uma parte do seu membro inferior amputado:

Eu preferia morrer do que ficar sem a perna. Queria, preferia morrer. Até hoje eu prefiro. A vida da gente acaba. Nada substitui não, nada, nada. Se tivesse que escolher eu preferia ficar com a dor mas, com a perna. A vida acaba, a minha acabou. Peço a Deus pra um dia Deus me colocar de pé de novo pra eu poder andar e poder voltar a viver, mas até aqui não tô vivendo. É muito triste minha vida hoje, eu preferia morrer e deixar essa tristeza e deixar de dar trabalho pra os outros (ATENA).

Os distúrbios de autoimagens relacionados com a aquisição de uma deficiência física podem provocar visões anatômicas negativas e distorcidas do seu corpo, que são expressas por vergonha e aversão e levam ao isolamento social por se considerar diferente dos demais (QUEIROZ et al., 2016).

Também foi detectado através das entrevistas que alguns idosos já passaram, ou ainda passam, por situações nas quais o preconceito vigora em seu contexto de relações sociais, por apresentarem uma deficiência física, o que revela uma percepção estigmatizada por parte dos indivíduos pertencentes a esses grupos sociais, como observado nos discursos:

Quando a gente adquire isso aqui tem preconceito, tem gente que fica com pena, que te olha com uma cara de pena, principalmente porque é homem, né. Homem é mais solto, mais livre fica fora de casa e mulher deve ser mais fácil porque mais quieta, caseira, né? Tem um buscado de coisa (AQUILES).

[...] é que muitas vezes a gente é visto como inútil só porque não tem uma perna ou um braço e a gente continua tendo os nossos direitos, nosso papel, eu ainda sou o pai de família, trabalhador, mesmo aposentado, chefe de casa e isso ninguém pode determinar e chegar e dizer que você não vale mais nada só porque teve uma deficiência (AQUILES).

O preconceito também é outra dificuldade as pessoas te olham com pena ou acha que você acabou, não presta pra nada (MORFEU).

Outras pessoas também ficaram com preconceito, eu percebi, minha vizinha mesmo ficou com pena, chegou a me chamar de coitadinha, mas eu trabalho, sou mais ativa do que ela que tem as duas pernas (POSSEIDON).

Eu não sabia que ia ter que passar por tanta coisa só porque eu adquiri essa diferença. A pessoa com o corpo mutilado ele sofre preconceito de muita gente que fala assim: vai trabalhar vagabundo você tem os braços o corpo vai arrumar um emprego vagabundo. Mas, ninguém dá emprego pra um velho deficiente, você já viu (ALFEU)?

Segundo Costa et al. (2010), as pessoas com deficiência comumente experimentam sentimentos de vergonha e inferioridade, pois convivem com o estigma da deficiência. O corpo passa a ser visto como objeto de vergonha, uma vez que apresenta algumas incapacidades em relação ao padrão vigente de produtividade da sociedade. Diante de uma deficiência adquirida recentemente, Martins e Barsaglini (2011) chegaram à conclusão que a consciência de vir a ser “uma pessoa com deficiência” traz a possibilidade de estigmatização, conflito e sofrimento para a pessoa que a adquiriu e que pode ter como consequência o afastamento, marginalização e isolamento social.

Deste modo, ainda pode ser identificada, na sociedade atual, a presença marcante da representação e da categorização generalista das pessoas com deficiência física, o que evidencia que estas estão impregnadas de uma visão preconceituosa e estigmatizante sobre a pessoa idosa e o deficiente físico. Geralmente, muitas pessoas, ao se reportarem às suas lembranças, a leitura que fazem da deficiência física e do envelhecimento é de piedade, estranheza e afastamento do sujeito que se diferencia dos demais. Assim, essas pessoas são identificadas somente pelas suas dificuldades no plano físico, sofrendo estigma e preconceito por parte dos outros indivíduos nas suas relações sociais.

As representações sociais são formas de conhecimento socialmente elaboradas e compartilhadas (JODELET, 2001) o que contribui para construção da realidade. Nessa reconstrução do real, as representações são impregnadas por preconceitos e buscam justificar ações discriminatórias em relação a grupos minoritários como as pessoas idosas com deficiência física. De acordo com Moscovici (2015), essa concepção de preconceito está relacionada com a memória coletiva. O preconceito é descrito por Bard, et al. (2016) como um julgamento prematuro e inadequado, e constrói uma ideia ou define algo ou alguém, sem conhecimentos prévios. O preconceito pode ser entendido como uma valoração negativa atribuída às características da diferença.

No entanto, o que se verifica diante do estigma construído, é a falta de informações sobre a realidade e capacidade das pessoas idosas com deficiência física. Ao longo de todo processo histórico são observadas posições equivocadas em torno do assunto, o que produz no imaginário social uma falsa ideia da realidade que exclui da sociedade pessoas idosas com algum tipo de deficiência física, como descreve Teves (2002, p.65): “não é difícil perceber

que o imaginário institui verdades; no plano do conhecimento, muitas vezes o real aparece como mentiroso inautêntico e até odioso”.

Assim, a partir da falta de informação e do preconceito, é gerado o estigma que suscita um círculo vicioso de discriminação e exclusão social que é perpetuado ao longo da história. De acordo com Goffman (1988, p.7):

Os gregos criaram o termo estigma para se referirem a sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o status de quem os apresentava. Atualmente, o termo é amplamente usado de maneira um tanto semelhante ao sentido literal original, porém é mais aplicado à própria desgraça do que à sua evidência corporal.

Ainda segundo Goffman (1988), a sociedade cria grupos, ou quadros sociais, que possibilitam ao indivíduo classificar as pessoas em divisões conhecidas. Esse autor explica que isso ocorre porque a sociedade estabelece os meios de categorizar as pessoas, determinando os atributos considerados comuns e naturais para os membros de cada uma dessas categorias. Deste modo, historicamente, a deficiência está classificada e associada a uma situação de desvantagem que só é possível ser determinada em um esquema comparativo que leva em consideração um determinado indivíduo considerado “normal”. Nesse sentido, é oportuna a observação de Shakespeare (2005) quando descreve que a deficiência advém da interação entre corpos comprometidos e ambientes excludentes.

O estereótipo pode trazer impactos negativos que leva a generalizações incorretas sobre o indivíduo e produz injustiças que geram julgamentos enviesados (PEREZ, 2012). Para o filósofo italiano Norberto Bobbio (2013), a atitude preconceituosa nasce geralmente de uma generalização superficial, e esses estereótipos fazem parte do domínio da crença, não do conhecimento, ou seja, eles têm uma base irracional e por isso escapam a qualquer questionamento fundamentado em um argumento ou raciocínio. Segundo Bobbio (2013), é preciso combatê-los na cabeça dos homens com o desenvolvimento das consciências e com a educação, mediante a luta incessante contra toda forma de sectarismo. Para Bobbio (2013), os homens precisam antes de tudo viver numa sociedade livre.

Para Gofman (1988), o estigma consiste de “marcas corporais” que informam sobre o *status* moral, afetando e deteriorando a identidade do indivíduo que possui uma deficiência física ao diferenciá-lo de forma depreciativa, o que pode gerar comportamentos sociais defensivos (que amenizam a identificação da sua condição) ou, mesmo, o isolamento social. O estigma vai além de uma atitude de prejulgamento, e se apresenta como um sinal de

desonra, uma mancha na reputação de alguém. É como se a diferença fosse algo contagioso, que pode ser transmitido e que precisa ser afastado, isolado (BARD et al., 2016).

Deste modo, a representação estigmatizante é central no estudo de pessoas idosas com deficiência física por se tratar de uma condição que expõe visivelmente a diferença física, interferindo nas interações sociais. O “estar em público” com a falta de uma parte ou uma função corpórea foi uma frequente preocupação expressa pelos informantes, uma vez que altera o ritmo de suas vidas pela iminência constante da exposição que evidencia a sua condição de deficiência. O estigma está implícito no termo “preconceito”, e a sua consequência é manifestada pela vergonha e pela busca de esconder, o que, na sua percepção, lhe diferencia. Como relata Artêmis: “Não dá pra calçar uma sandália, ando mancando, eu fico com um pouco de vergonha. Agora só quero usar saia bem longa para vê se esconde, mas é no pé, não tem jeito”.

Constata-se que, diante de uma deficiência adquirida recentemente, a percepção de vir a ser “uma pessoa com deficiência” traz consigo a possibilidade de estigmatização, conflito e sofrimento, embora se perceba que, nessa fase, há uma dificuldade para expressar claramente os sentimentos. De acordo com Moscovici (2009, p.21):

Nossos preconceitos e estereótipos não têm muito a ver com as percepções e os conhecimentos de si ou dos outros, não se trata absolutamente de informações do conhecimento que nós temos, mas de fatores de crença, até mesmo da memória coletiva, quer dizer, de representações sociais que condicionam também a preeminência dos fatores psíquicos em certas relações em fenômenos sociais.

Dessa forma, o preconceito contra a pessoa com deficiência física teria maior relação com uma questão ético-histórica do que de identidade. Segundo Moscovici (2015), há uma tendência na sociedade de gerar e manter uma minoria perseguidora e minorias perseguidas, sustentadas por teorias do senso comum, crenças e memórias coletivas, que por sua vez se consubstanciam em representações sociais. A força universal dos símbolos de estigmas em relação à pessoa com deficiência física se apresenta de forma generalizante, acabam incorporados e introjetados, mesmo em culturas separadas no tempo e no espaço o que perpetua uma representação depreciativa destes indivíduos nessas sociedades (MARTINS; BARSAGLINI, 2011).

Desde as civilizações antigas e ainda tendo resquícios na contemporaneidade, o termo “deficiente” é uma expressão depreciativa carregada de significados negativos, fruto de uma construção social estigmatizante. De acordo com Martins e Barsaglini (2011), os valores culturais em qualquer sociedade se concretizam no modo pelo qual ela se organiza, e

influenciam a imagem e o pensamento dos homens. Para esses autores, o termo “deficiente” é um adjetivo que adquire valor cultural de acordo com as regras, padrões e normas estabelecidas nas relações sociais, constituindo uma categoria capaz de agrupar, numa identidade comum, diferentes tipos de pessoas.

O corpo na sociedade moderna se apresenta dócil (FOUCAULT, 2015), controlado e contido no tempo, no espaço e nas práticas sociais. Esse controle não se faz por meio da violência, mas o poder que se exerce sobre esse corpo é construído na relação entre a classe que domina e a classe dominada que o legitima. Deste modo, o sistema se reestrutura e passa de um sistema carcerário ou violento para um sistema vigilante e disciplinador. Este poder disciplinar descrito por Foucault (2014) é então interiorizado pelos indivíduos passando a regulamentar e normatizar a ação de todos. A esse respeito Foucault (2014) traz o exemplo do Panóptico que é uma edificação em formato de anel, com pequenas salas com paredes de vidro o que favorecia a visão de um guarda que se encontra em uma torre no centro dessa formação, em todo o tempo e de todos que ali se encontravam fechados. Neste modelo o encarcerado é vigiado, mas não consegue enxergar quem o vigia.

Esse exemplo pode ser correlacionado com a forma como a pessoa que apresenta um corpo com deficiência física é observada e vigiada pela sociedade. A presença de um corpo dito como “anormal” ou “diferente” chama a atenção dos outros que o vigiam e o controlam pelo olhar. Como consequência, a pessoa vigiada se mantém sempre cuidadosa a respeito de seu comportamento. Essa visibilidade da pessoa com deficiência física se torna uma forma de poder invisível que a sociedade lança sobre esses indivíduos. Esta disciplina sobre o corpo tem por finalidade produzir indivíduos dóceis e submissos a determinados sistemas, como no capitalismo, no qual impera a noção simbólica de corpo deficiente como corpo improdutivo e incapaz, sendo este estigmatizado e excluído.

Muitas vezes, o preconceito se apresenta por parte dos mais próximos como familiares e amigos, como revela a fala de Poseidon: “O maior preconceito eu sofri foi do meu marido por ele ficar com vergonha de mim por eu não ter um pedaço da perna. ele não queria sair comigo mais e mandava eu vestir vestidos compridos para esconder a perna”.

Em sua obra: **Loucuras e Representações Sociais**, Denise Jodelet (2005) desenvolveu uma pesquisa em um vilarejo de Paris sobre a representação social de famílias que conviviam com pessoas com deficiência. O preconceito de acordo com Luna (2014) foi evidenciado fora e dentro das relações familiares. Como por exemplo, a separação dos utensílios pessoais utilizados para refeição pela pessoa com deficiência dos demais, para não haver o ‘contágio’.

Como mencionado no referencial teórico sobre a Teoria das Representações Sociais, a linguagem é um mecanismo importante para o desenvolvimento das representações sociais. Essa comunicação está ligada ao contexto cultural e político e através da história projetaram-se diferentes percepções da velhice e da deficiência física. Segundo Durkheim, a linguagem é um sistema de sinais e símbolos, ela circula na sociedade e impõe seu poder nos indivíduos, as palavras têm o poder de fixar ideias e as transmitir para outra geração. A palavra tem consequências além de seu mero significado em uma sentença, pois ela não é meramente uma expressão externa de pensamento, mas ela é também internalizada, influenciando assim, nas inter-relações e no pensamento coletivo (MOSCOVICI, 2009). Muita informação que é repassada a respeito da velhice e a deficiência física tem uma natureza depreciativa.

Deste modo, a linguagem pode influenciar a maneira como os indivíduos se relacionam com as pessoas com deficiência, começando pela nomenclatura dada a esses indivíduos. No Brasil, com o movimento da inclusão tem havido várias tentativas de levar à população e aos profissionais das diversas áreas como, saúde, educação, mídia, esportes, entre outras a terminologia correta na abordagem de assuntos relacionados à deficiência, com o intuito de desencorajar práticas discriminatórias. Usar os termos e conceitos corretamente não é somente uma questão semântica, mas as ideias equivocadas e as informações inexatas podem inadvertidamente reforçar e perpetuar o preconceito e o estigma.

Foi averiguado nesta categoria, que as representações sociais sobre a aquisição de uma deficiência física na velhice foram construídas com base em imagens físicas e sociais provenientes de um conhecimento estruturado nos valores das sociedades sendo representado por características negativas numa apreciação estereotipada de inutilidade, incapacidade e preconceito. É imprescindível o conhecimento das vivências destes idosos ao adquirirem uma deficiência física, principalmente em relação aos estereótipos e atitudes preconceituosas em relação a estes indivíduos, para então, melhor compreender os comportamentos e atitudes destes idosos e revelar à sociedade que tais pensamentos e ações estão equivocados e podem trazer prejuízos em vários aspectos para vida do idoso.

5.3.2.3 Percepção positiva e resiliente

As unidades de análise dessa categoria geraram através da utilização do *software* NVivo a nuvem de palavras (Figura 4) que apresenta os quatro vocábulos com maior frequência: difícil, aceitar, conformar, acostumar. No contexto das entrevistas, estas palavras atribuíram um sentido à deficiência como uma situação difícil de ser vivenciada e aceita.

No entanto, alguns conseguiram aceitar a incapacidade a partir da adoção de sentimentos positivos e resiliência diante de tal fato.

Figura 4 - Nuvem de palavras: Percepção positiva e resiliente



Fonte: dados da pesquisa

Essa percepção positiva da aquisição de uma deficiência física se revelou a partir de uma autoaceitação deste fato. A autoaceitação significa uma atitude positiva do indivíduo em relação a si mesmo e ao seu passado, podendo ser caracterizada pela capacidade que muitas pessoas idosas com deficiência física adquirida mostraram ao dizer que possuem valores, habilidades e objetivos que não foram perdidos em consequência da aquisição da deficiência física na velhice.

Assim, estes participantes destacaram suas potencialidades fortalecendo a autoestima, autoimagem, independência e autoconfiança. Reconhecem que pode haver alguma limitação física para exercer certas atividades do cotidiano, mas procuram vencer as dificuldades ao se adaptarem às situações adversas. As falas a seguir revelam essa ideia:

Pra mim eu ainda não sou velho nem incapaz, nem inútil (ZEUS).

Tem que enfrentar tudo que aparece na vida da gente, não pode ficar com medo e ficar reclamando não. Com perna, sem perna tá tudo bem. Ainda tenho saúde pra viver muitos anos ainda (HÉRCULES).

Eu não me vejo como um inútil, eu ainda tenho uma mente muito boa, eu leio bastante e sei ainda tocar a minha vida mesmo sem o pé, eu ainda sou capaz de muita coisa. Quem pensar o contrário vai se surpreender com minha mente (ARISTEU).

Em estudo realizado por Albrecht e Devlieger (1999), foram investigadas as atitudes de 153 pessoas com deficiência sendo que 54,3% dos participantes responderam ter excelente ou ótima qualidade de vida, o que levou a considerar uma atitude positiva frente à deficiência física. Dessa forma, percebe-se que as atitudes das pessoas com deficiência estão relacionadas à sua percepção sobre sua qualidade de vida, entendida como noção geral de bem-estar.

Sendo assim, para alguns participantes, a presença de uma incapacidade física para o desempenho de atividades básicas e instrumentais de vida diária não significa necessariamente um empecilho para a continuidade do funcionamento cognitivo e emocional. Sua autonomia e capacidade de tomar decisões estão preservadas. Segundo Neri e Freire (2000), ao manter a integridade cognitiva e dos mecanismos de autorregulação do *self*, idosos com deficiência física podem ativar mecanismos de adaptação para enfrentar perdas em sua funcionalidade.

Mesmo diante de uma situação de impossibilidade de andar, alguns dos idosos participantes expressaram sentimentos positivos, enfatizando a esperança da reabilitação como meta a ser atingida, como descrito nas falas:

Com a prótese melhorou um pouco mais, me adaptei com a prótese, tiro e boto e ando bem, só que na rua por causa dos buracos das calçadas perigo cair, desequilibrar e cair (APOLO).

É difícil ter que acostumar com muleta, andador, cadeira, tem que aprender andar de novo, do começo, é dificuldade. Mas vou treinando até conseguir minha independência (EROS).

Aí comecei a andar com as muletas e estou esperando a prótese pra ver se adapto a andar com ela pra ver se a vida melhora mais (ATENA).

Pro futuro é ter a esperança de melhorar mais, de conseguir caminhar, se puder, se melhorar os movimento, se conseguir uma prótese e acostumar a andar com ela ai vai melhorar. Meu objetivo é esse pôr a prótese e ter mais movimento (HADES).

Os relatos anteriores vão ao encontro do que preconiza a teoria da dependência aprendida (NERI, 2011), no sentido de que quando o comportamento independente é reforçado, ocorre um aumento de sua frequência e, conseqüentemente, das condições que favorecem à sua independência. Esses idosos apresentam uma esperança no futuro, que pode ser melhor em relação ao presente se eles se empenharem na reabilitação utilizando os recursos que eles podem ter, como a fisioterapia e o uso de uma prótese e se adaptando a eles. O otimismo e a confiança, em um desfecho positivo, contribuem para aumentar a autoestima, reforçando assim, a sensação de esperança e de controle pessoal (QUEIROZ et al., 2016).

Essa atitude positiva que o indivíduo detém sobre si mesmo e sobre suas relações com o mundo constituem um aspecto essencial da adaptação do *self* e são formadas a partir da experiência direta e da interação social, desempenhando um papel central nos esforços de ajustamento pessoal (RESENDE; NERI, 2009). Assim, o apoio da família, dos amigos, dos colegas de trabalho serve de estímulo para essas pessoas, como revelam as falas:

Graças a Deus eu tenho minha família que me ajuda muito, me apoia sempre (AQUILES).

Os meus clientes dizem assim: nós estamos te esperando. Nós estamos torcendo por você e quando você voltar nós estaremos aqui no mesmo lugar. Então isso tem me cativado muito. Tem muitas pessoas que tem me ajudado (ZEUS).

Meu filho me deu essa prótese aqui, minha filha faz tudo pra mim vem comigo na fisioterapia, sai comigo, me incentiva, faz as coisas pra mim (ARTÊMIS).

Os resultados encontrados no estudo de Queiroz et al. (2016) realizado com pessoas que passaram por amputação de membros inferiores revelaram a importância dos seus familiares e o apoio empenhado por eles no cuidado e atenção no processo de aquisição e aceitação da deficiência física, viabilizando a resiliência.

Deste modo, a autoaceitação significa uma atitude positiva do indivíduo em reconhecer e acolher suas novas características físicas e funcionais, gerando sentimento de aceitação, confiança e segurança em si e nos outros (RYFF, 1989).

Segundo Gugel (2006, p.27) é importante:

Promover medidas eficazes para a prevenção da deficiência, reabilitação e a realização dos objetivos de igualdade e de participação plena das pessoas com deficiência na vida social e no desenvolvimento, atribuindo o meio como fator determinante do efeito de uma deficiência ou de uma incapacidade sobre a vida cotidiana da pessoa.

Assim, há uma transferência da incapacidade da pessoa para o ambiente e quando esta incapacidade é superada com tecnologias, como o uso de uma prótese, uma cadeira de rodas, a deficiência se neutraliza à medida que ocorre uma integração com as outras pessoas e com o meio de forma mais fácil.

Outros idosos mostraram uma percepção não ameaçadora da aquisição da deficiência física na velhice, pois acreditam estar bem adaptados a essa condição de viver, demonstrando sentimentos de felicidade diante às adversidades, como relataram:

Hoje se eu encontrasse minha perna eu não queria ela de volta não, nem ia reconhecer que ela era a minha perna. Hoje eu tenho essa prótese aqui ela é meu corpo também. Ela é que me leva onde eu quero ir, que me deixa em pé, com ela eu vou trabalhar eu dirijo, eu viajo, vou passear e assim eu vou tocando o barco. Eu trabalho no meu comércio, eu dirijo meu carro normal e qualquer carro eu dirijo. Eu levo a vida normal, a única coisa que eu não posso fazer é correr, quem quiser correr que pode sair na minha frente que eu não vou (HÉRCULES).

Quando Deus dá esse direito pra gente de viver muitos anos é bom, mesmo com a deficiência com a doença, pra mim tá bom porque eu tô vivo ainda, vivo com minha família, todo mundo junto, unido, alegre (HADES).

Eu tenho prazer de fazer tudo na vida. Me adaptei com a prótese. Eu tô satisfeita, eu sou feliz, tenho uma família que me ama que eu amo. Tem felicidade maior que essa? Sou muito feliz, meus filhos todos trabalham, cuidam de mim. Sou mais feliz que se tivesse as duas pernas perfeitas, sou feliz, vou dizer para senhora (ARTÊMIS).

De acordo com Ryff (1989), pessoas ajustadas têm alto senso de desenvolvimento e crescimento contínuo, pois estão abertas a novas experiências, reconhecendo seu potencial de realização, e suas mudanças produzem um autoconhecimento e autoeficácia. Sobre isso, a psicologia do desenvolvimento apresenta o paradigma *life span* que compreende o desenvolvimento como processo contínuo, multidimensional e multidirecional de mudanças orquestrados por influências genético-biológicas e socioculturais, de natureza normativa e não-normativa, marcadas por ganhos e perdas concorrentes e por interatividade entre o indivíduo e a cultura. Ela apresenta a visão de que, mesmo na velhice, existem crescimento e desenvolvimento e não apenas declínios, como se apresenta na memória coletiva. Ao contrário, nas fases tardias do desenvolvimento há um potencial que deve ser implementado (BALTES; SMITH, 2004).

Deste modo, o envelhecimento é reconhecido como um processo que pode revelar crescimento em aspectos psicológicos, culturais e sociais, e com isso, modular as perdas que ocorrem na vida humana (BALTES; SMITH, 2004) como a perda de um membro ou de um movimento corporal. As pessoas que estão bem-ajustadas têm condição de se adaptarem melhor às demandas sociais e emocionais da vida cotidiana (BAUER; MCADAMS, 2004). Mesmo na presença de perdas, como uma deficiência física, o indivíduo busca uma vida com autonomia, uma boa saúde, e uma boa velhice.

Também foi constatada uma postura resiliente entre a maioria das pessoas idosas entrevistadas neste estudo. Resiliência é um conceito que vem da física e significa a capacidade de um objeto recuperar-se, de se moldar novamente depois de ter sido comprimido, expandido ou dobrado, voltando ao seu estado original. Assim, a resiliência para Noronha et al. (2009, p.498):

[...] caracteriza-se pela capacidade do ser humano responder às demandas da vida cotidiana de forma positiva, apesar das adversidades que enfrenta ao longo de seu ciclo vital de desenvolvimento, resultando na combinação entre os atributos do indivíduo e de seu ambiente familiar, social e cultural.

A resiliência “não nasce com o sujeito nem é uma aquisição exclusiva de fora para dentro, mas sim um processo interativo entre a pessoa e seu meio, o qual capacita e fortalece o indivíduo para lidar positivamente com a adversidade” (ASSIS; PESCE; AVANCI, 2006, p.20). No estudo realizado com pessoas com deficiência física ficou comprovado que os indivíduos podem fazer mais do que sobreviver à sua deficiência; eles podem tornar-se resilientes e adaptar-se à sua condição, se lutarem pelo alcance de metas pessoais e pelo ajustamento psicológico positivo (OAKSFORD; FRUDE; CUDDIHY, 2005). Há evidência, portanto, que eventos estressantes nem sempre terminam em resultados negativos e de que algumas pessoas se tornam mais fortes ou crescem psicologicamente em tais situações (OAKSFORD; FRUDE; CUDDIHY, 2005).

Deste modo, o fator social e cultural tem um papel importante na construção da resiliência e demarca seu caráter processual e dinâmico. A resiliência é afetada por vários fatores como as experiências concretas vivenciadas, a percepção subjetiva diante dessas experiências, as oportunidades ofertadas ou negadas pelo meio social, os ciclos de vida e muitos outros fenômenos de mais variada natureza. Para alguns dos entrevistados a vida tem sequência após a aquisição da deficiência física. Eles almejam enfrentar a reabilitação e voltar a trabalhar e ter sua independência como observado nas falas:

Tá sendo difícil, mas agora mesmo eu falo assim eu não era assim, eu nasci normal, mas tenho que aceitar e lutar para viver cada dia melhor (ARTEMIS).

Eu penso que se aconteceu não tem como mudar, agora é lutar e viver sem desanimar (PLUTÃO).

Portanto, podemos declarar que esses idosos apresentam uma visão positiva e resiliente da experiência de adquirir uma deficiência física na velhice e não se deixam sucumbir diante das adversidades, mas, ao contrário, na presença delas, exibem um padrão adaptativo positivo caracterizado pelo manejo dos eventos que ameaçam a adaptação.

Outro aspecto observado nas falas dos participantes do estudo foi a espiritualidade que exerce forte influência na vida das pessoas, seus sistemas de crenças e valores, os mitos, são ideias socialmente compartilhadas e a fé em Deus é vista como uma parte indispensável da vida. Os conceitos de religião, religiosidade e espiritualidade podem se confundir, sendo diferenciados da seguinte forma: a religião é um sistema de crenças e práticas de uma

comunidade que busca a comunicação e a aproximação com o Divino, com Deus, se apoiando em rituais; a religiosidade se refere às crenças, seguir e praticar uma determinada religião, pode ser organizacional, com participação em encontros religiosos; ou não organizacional, por meio da prática de atividades religiosas privadas, como orações, meditação, leitura de textos religiosos; ou intrínseca, por meio da internalização e vivência plena da religiosidade. A espiritualidade se refere a uma busca pessoal de compreensão relacionada a questões existenciais maiores, como o sentido e a finitude da vida e suas relações com o sagrado e/ou transcendente (CORREIA et al., 2016). Indivíduos com crenças religiosas apresentam um maior senso de esperança e satisfação com a vida, com níveis menores de depressão (CORREIA et al., 2016).

Diante de situação descrita como muito difícil de ser aceita, a pessoa idosa ao invés de blasfemar, responde a Deus com gratidão e esperança de que Ele vai ajudá-lo a superar as adversidades desse fato. Evidenciou-se uma ampla religiosidade e fé em Deus na maioria dos relatos, como fonte de alento e forças para enfrentar os problemas ou aceitação do destino:

Mas hoje eu tenho muito contato com Deus, faço muita oração, o que me fortalece é a fé em Deus. Deus me ajudou muito a superar esse momento (ARTEMIS).

Eu não desesperei muito porque peguei muito com Deus. Deus é minha fortaleza (AQUILES).

Mas é assim mesmo, um dia a gente tá bem, no outro cai, mas tem que pedir a Deus para suportar, pra lutar e vencer, tem que ter fé e tem que viver (VENUS).

É comum as pessoas dependerem de crenças e de práticas religiosas para lidar com circunstâncias estressantes da vida. Geralmente, essas pessoas relatam que tais crenças e práticas oferecem um senso de controle e as ajudam a se adaptarem mais rapidamente a situações difíceis (CORREIA et al., 2016). A fé promove a redução do estresse psicológico e social, assim como se apresenta como uma ferramenta para resgate de força e esperança diante do problema de saúde que está enfrentando (CORREIA et al., 2016). Segundo Santos et al. (2013) e Gutz e Camargo (2013), a espiritualidade, a religiosidade ou as crenças religiosas se apresentam como estratégias de enfrentamento de situações adversas, situações, essas, representadas aqui pela aquisição da deficiência física pela pessoa idosa.

De certo modo, a espiritualidade explica a vida e atribui significado aos fatos, produz um sentimento de conforto, diante do sofrimento experimentado por eles, proporciona possibilidades de significação e respostas às perguntas existenciais diante da presença de uma doença ou deficiência física (GUTZ; CAMARGO, 2013; SANTOS et al., 2013; BOUSSO et

al., 2011). Dessa forma, entende-se que a espiritualidade contribui para o bem-estar na velhice, ao favorecer a resiliência (GUTZ; CAMARGO, 2013). Em situações críticas de agravos à saúde e limitações físicas como a deficiência, a espiritualidade colabora para o crescimento e amadurecimento do ser humano e interfere de maneira positiva no enfrentamento dos obstáculos e dificuldades da vida e favorece a resiliência (ROCHA; CIOSAK, 2014).

Neste contexto, foi possível observar que as representações sociais das pessoas idosas sobre a deficiência física se dividiram em sentidos simbólicos, negativos ou positivos. Certamente, tais percepções, influenciam na construção de estereótipos, atitudes e o comportamento destes indivíduos. Essa variação na forma de dar sentido à deficiência física se deve ao fato de que as representações sociais não são homogêneas, porque são partilhadas na heterogeneidade da desigualdade social e são sempre atribuição da posição que os indivíduos ocupam na sociedade. Para Jodelet (2001, p.27), nas representações sociais, a maneira como as operações mentais e lógicas ocorrem e como os conteúdos se organizam dependem das condições socioeconômicas e culturais das quais elas emergem: “toda representação social é sempre representação de alguma coisa (objeto) e de alguém (sujeito). As características do sujeito e do objeto nela se manifestam”.

As representações devem ser estudadas com a articulação de elementos afetivos, mentais e sociais e a realidade material e social sobre as quais elas vão intervir (JODELET, 2001). Abric (2000, p.13) descreve que “as representações sociais funcionam como sistema de interpretação da realidade que rege as relações entre as pessoas e seu ambiente físico e social, determinando seus comportamentos ou/e suas práticas”. Deste modo, o processo de construção de uma representação social sobre a aquisição de uma deficiência física na velhice se dá de múltiplas formas, sendo influenciado pela comunicação, pelas interações humanas que ocorrem nas diversas instituições sociais e pela forma subjetiva de perceber, aceitar e superar tal aquisição.

6 CONCLUSÃO

Utilizando-se do aporte teórico metodológico da Memória Coletiva e da Teoria das Representações Sociais, foi possível realizar a análise dos dados respondendo às inquietudes e os objetivos traçados e assim analisar as memórias e apreender as representações sociais de pessoas idosas a respeito da deficiência física adquirida na velhice.

A partir das memórias e recordações narradas pelos participantes, foi possível conhecer as circunstâncias em que ocorreram a aquisição da deficiência física, as reações, os problemas e desafios enfrentados, o apoio, a adaptação e a superação ou não desse fato na vida da pessoa idosa e seus familiares. Ao obtermos os relatos provenientes de quem realmente vivenciou tal situação, foi possível observar, não apenas em suas falas, mas também em suas fisionomias, gestos e reações que recordar tal fato nem sempre é algo fácil ou desejado pela pessoa idosa. Para alguns, a alteração da imagem corporal ou de sua capacidade funcional ainda não foi superada. Para outros, contar o acontecido é apenas lembrar o passado sem grandes dificuldades. Percebemos, desde esta fase do estudo que a percepção, a compreensão da aquisição da deficiência física no primeiro instante foi de algo negativo e devastador, mas que o tempo, a vivência e as experiências fizeram essa percepção se alterar, tornando-se algo positivo, mesmo que parcialmente.

O *corpus* empírico formado pelas falas provenientes da aplicação da entrevista semiestruturada permitiu alcançar o conteúdo representacional da deficiência física para os participantes do estudo. Assim, as representações sociais da deficiência física se apresentaram carregadas de simbolismo na medida em que as recordações dos participantes revelaram uma percepção fantasiosa ou mística da deficiência física que foi repassada por gerações anteriores quando eles ainda eram crianças. No entanto, com a maturidade, com o acesso a outras informações e o contato com pessoas com deficiência física, essa percepção foi perdendo espaço, e foi substituída por uma percepção mais próxima com a realidade. Nesse sentido, podemos concluir que a representação da deficiência física para alguns participantes durante a sua infância foi fruto de um processo que envolveu simbolismos decorrentes de interações sociais, orientados pelos conhecimentos comuns partilhados e que são resgatados e atualizados na vida cotidiana, passando por um processo de reestruturação.

Também foi possível observar representações sociais de sentido negativo em relação à aquisição da deficiência física por esta desencadear alteração na imagem corporal, dependência funcional para realização de suas atividades diárias e laborais, afastamento do trabalho e do convívio social, provocando o isolamento, tristeza e depressão. Além disso, o

preconceito também foi evidenciado pelos participantes, sendo a pessoa deficiente e idosa vista como inútil, incapaz, dependente e improdutiva pela família, amigos e pela sociedade.

Por meio da abordagem da Teoria do Núcleo Central foi possível identificar os elementos estruturantes das representações sociais das pessoas idosas a respeito da deficiência física. Os elementos que formaram o provável Núcleo Central foram: acostumar, dependência, dificuldade, limitação, superação, tristeza, viver. Os elementos periféricos foram representados pelos vocábulos: adaptação, alegria, preconceito na primeira periferia, e pelos vocábulos cuidado, falta, lutar, medo presentes na segunda e terceira categorias.

A maioria dos participantes apresentou uma vida laboral na qual exercia atividades que exigiam uma boa capacidade física, como o trabalho braçal na zona rural, o que nos leva a compreender a internalização da imagem da deficiência física como incapacidade para continuidade integral de seus papéis sociais. Podemos observar que o afastamento do trabalho, a falta do recurso para o sustento, a perda de papéis sociais na família e na sociedade foram consequências da deficiência física que impactaram e abalaram não só economicamente e socialmente a vida desses indivíduos, mas também emocionalmente, pois geraram dúvidas, tristezas e medo diante do seu futuro.

Foi constatada que a representação com sentido estigmatizante da deficiência física é uma realidade presente na vida dos participantes. A memória coletiva que se perpetuou ao longo do contexto histórico a respeito da deficiência física ainda prevalece no contexto social atual sendo revelada a ideia de que a o indivíduo idoso com deficiência física não é um ser capaz de produzir e viver em vários contextos sociais. Muitas vezes o preconceito nasceu das pessoas mais próximas como um familiar ou amigo. Outras vezes, partiu da sociedade que não respeita os direitos desses indivíduos, negando o seu acesso a determinados locais, como meios de transporte adaptados e a falta de conhecimento de direitos existentes que poderiam facilitar e melhorar o seu cotidiano.

Entretanto, a maioria dos participantes revelaram representações sociais positivas em relação à aquisição da deficiência física na velhice. Atitudes como a autoaceitação, adaptação e resiliência ficaram evidentes nas falas dos participantes. Para alcançarem essa percepção, contaram com o apoio da religiosidade e, principalmente, da família que se mostraram como fonte de apoio nos momentos difíceis, produzindo esperança em relação à continuidade da vida de maneira alegre e com qualidade, mesmo com limitações e dificuldades.

Diante dessas memórias e representações sociais, concluímos que o envelhecimento com deficiência física não foi um fato simples e fácil de ser vivenciado pelos participantes. As recordações revelaram histórias de medo, tristeza, revolta, aceitação, adaptação, superação e

alegria. Sentimentos e atitudes contraditórias, mas que fazem parte da vida dessas pessoas e que servem de exemplo para outras pessoas que adquiriram ou que podem vir a adquirir uma deficiência física na velhice. Sabemos que essas representações sociais não são genéricas e que cada um com sua história de vida pessoal e social podem criar e transformar a realidade através da reconstrução dos seus sentidos ou de suas representações.

No plano coletivo, a sociedade precisa representar de maneira diferente a deficiência física. Não é um processo simples reconstruir essa visão estigmatizante e preconceituosa que foi construída, repassada e repetida no contexto histórico cultural por tanto tempo. Mas, a comunicação é um fator importante para as representações sociais e para minimizar o preconceito. Ou seja, a partir do momento que a sociedade puder ter acesso a informações a respeito das possibilidades de adaptação e superação e potencialidade que esses indivíduos apresentam, mesmo com as limitações impostas pelo corpo é possível transformar e mudar a forma preconceituosa de perceber o envelhecimento com deficiência física.

A atitude de mudança na forma de representar a deficiência física deve ter início no próprio indivíduo que deve assumir uma identidade sem se esconder atrás das suas limitações, assumindo papel de vítima ou de incapaz. O indivíduo idoso com deficiência física precisa buscar e reivindicar para que seus direitos sejam ampliados, respeitados e executados. No plano coletivo a sociedade precisa buscar perceber esse indivíduo não como “o diferente”, mas buscar conviver de maneira igualitária e não excludente. O número de legislações e políticas públicas direcionadas para garantia de direitos a estes indivíduos tem crescido e melhorado com os anos, mas ainda há muito que avançar principalmente no que diz respeito ao conhecimento e acesso a esses direitos pelas pessoas idosas com deficiência física. A falta de informação, a burocracia e o não cumprimento desses direitos são empecilhos frequentemente citados pelos participantes, fazendo-os desistir de buscá-los. Quando a pessoa com deficiência está num ambiente que lhe restringe a mobilidade, a comunicação, o acesso à informação e aos bens sociais, ela vai se deparar com uma situação de desvantagem, dificultando a sua autonomia.

A partir do momento em que a sociedade não reconhece os direitos das pessoas idosas com deficiência física e lhes nega as oportunidades dos bens sociais que lhe são de direito, ela exclui esses indivíduos com a prática da discriminação. A sociedade precisa assumir uma atitude menos excludente e, conseqüentemente, mais inclusiva com as pessoas idosas com deficiência física ao reconhecer a diversidade humana e as necessidades específicas dessas pessoas e, assim, permitir a realização de ações imprescindíveis para seu desenvolvimento

pessoal e social. É dever de todos buscar uma sociedade justa, solidária, livre de preconceitos, discriminações e que garanta o bem-estar de todos.

Acreditamos que a discussão apresentada se encontra coerente com os objetivos propostos, embora algumas limitações do estudo possam ser identificadas. Uma delas foi o número reduzido de participantes. De acordo com uma orientação dos estudos que abordam a Teoria das Representações Sociais o número de pesquisados deve ser superior a 100 ou 200 participantes. No entanto, trabalhos com um número menor estão sendo realizados com resultados satisfatórios, como os encontrados neste estudo. Também foi verificada dificuldade de encontrar estudos publicados no meio científico que abordasse a temática específica da deficiência física adquirida na velhice, impossibilitando uma discussão mais ampla com base em outros contextos.

No entanto, consideramos importante a realização de novos estudos para um maior conhecimento, visualização e divulgação do processo de adquirir e viver com uma deficiência física na velhice e assim gerar a discussão e a mudança em relação à percepção estigmatizada que se mantém na memória coletiva e nas representações sociais a respeito da deficiência física e da velhice.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J. C. A Abordagem Estrutural das Representações Sociais In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2 ed. Goiânia: AB, 2000. p. 27-38.

ALBA, M. Representações sociais e memória coletiva: uma releitura. In: ALMEIDA, A. A. O.; SANTOS, M.F.S.; TRINDADE, Z.A. **Teoria das Representações Sociais: 50 anos**. Brasília: Technopolitik, 2011. p. 393-432.

ALBRECHT, G.L.; DEVLIEGER, P.J. The disability paradox: high quality of life against all odds. **Social Science & Medicine**, v.48, n.8, p.977-88, 1999. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/12909258_The_Disability_Paradox_High_Quality_of_Life_Against_All_Odds Acesso em: 05 jul. 2015.

ALLPORT, G. W. **La Naturaleza del Prejuicio**. 4.ed. Buenos Aires: Editorial Universitária de Buenos Aires, 1971.

AOKI, M.; OLIVER, F.C.; NICOLAU, S.M. Considerações acerca das condições de vida das pessoas com deficiência a partir de um levantamento em uma unidade básica de saúde de um bairro periférico do município de São Paulo. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 35, n. 2, p.169-78, 2011. Disponível em: http://www.saocamillo-sp.br/pdf/mundo_saude/84/169-178.pdf Acesso em: 04 jun. 2015.

ARANHA, M.S.F. Paradigmas da relação da sociedade com as pessoas com deficiência. **Revista do Ministério Público do Trabalho**, Brasília: LTR Editora Ltda., ano XI, n. 21, p.160-176, 2001.

ARCURI, I.; OLIVEIRA, P.P.; RAMOS, V. Momentos do corpo: corpo movimento, corpo emoção. **Revista Kairós**, São Paulo, v.7, n.1, p.137-49, 2004.

ARENDT, H. **Entre o passado e o futuro**. 5.ed. São Paulo: Perspectiva, 2000.

ARRUDA, A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. **Cadernos de pesquisa**, São Paulo, n.117, nov., 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010015742002000300007&lng=en&nrm=iso Acesso em 24 mai. 2015.

ASSIS, S.; PESCE, R.; AVANCI, J. **Resiliência**: Enfatizando a proteção de adolescentes. Porto Alegre: Artmed, 2006. 134p.

BALTES, P.B.; SMITH, J. Lifespan Psychology: From developmental contextualism to developmental biocultural co-constructivism. **Research in Human Development**, v.1, n.3, p.123-144, 2004. Disponível em: http://psycnet.apa.org/doi/10.1207/s15427617rhd0103_1 Acesso em: 17 abr. 2015.

BAMPI, L.N.S.; GUILHEM, D.; ALVES, E.D. Modelo social: uma nova abordagem para o tema deficiência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.18, n.4, p.816-823, 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692010000400022&script=sciabstract&tlng=pt>
Acesso: 04 jul.2016

BANCO MUNDIAL. **Population Aging: Is Latin America Ready?** Directions 2011 in Development. The World Bank. Washington, DC. 2011. Disponível em: <http://documents.worldbank.org/curated/en/117291468299147625/Population-aging-is-Latin-America-ready>. Acesso em 15 fev. 2016.

BARD, N.D.; ANTUNES, B.; ROOS, C.M.; OLSCHOWSKY, A.; PINHO, L.B. Estigma e preconceito: vivência dos usuários de crack. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.24, p. 2680-287, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-0852-2680.pdf Acesso em 12 jul. 2016.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 6 ed. São Paulo: Edições 70, 2011. 229p.

BATISTA, N.N.L.A.L.; LUZ, M.H.B.A. Vivências de pessoas com diabetes e amputação de membros. **Rev. bras. enferm.** v.65, n.2, p. 244-50, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000200007 Acesso em 23 mai. 2016.

BAUER, J.J.; MCADAMS, D.P. Growth goals, maturity, and well-being. **Developmental Psychology**, v.40, n.1, p.114-127, 2004. Disponível em: <https://www.sesp.northwestern.edu/docs/publications/511131486490a3aee6256c.pdf> Acesso em: 02 mai. 2016.

BEAUVOIR, S. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990. 711p.

BENJAMIN, W.; ROUANET, S.P. O Narrador. In: BENJAMIN, W. **Magia e Técnica, Arte e Política: Ensaio sobre literatura e história da cultura**. Obras Escolhidas. Vol. I, São Paulo: Brasiliense, p. 197-221, 1996.

BERGSON, H. **Matéria e Memória**. Ensaio sobre a relação do corpo com o espírito. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

BLESSMANN, E.J. Corporeidade e envelhecimento: o significado do corpo na velhice. **Estud. interdiscip. envelhec.**, Porto Alegre, v. 6, p. 21-39, 2004. <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/4737/2661> Acesso em: 17 dez. 2015.

BOBBIO, N. **O tempo da memória**. De senectute e outros escritos autobiográficos. Rio de Janeiro: Campus, 1997. 240p.

_____. **Elogio da serenidade e outros escritos morais**. 3 ed. São Paulo:Ed. da Unesp, 2013. 210p.

BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. 3 ed. São Paulo: Paz e terra, 2004. 179p.

BONARDI, C. Représentations sociales et mémoire: de la dynamique aux structures premières. **Conexion**, Paris, n.80, p.43-57, 2003. Disponível em: <https://www.cairn.info/revue-connexions-2003-2-page-43.htm> Acesso em: 17 dez. 2015.

BORGES, L.O. **O Significado do trabalho e a socialização organizacional**: Um estudo empírico entre trabalhadores da construção habitacional e de redes de supermercados. 1998. 158p. (Tese). Universidade de Brasília, Brasília. DF. 1998.

BOSI, E. **Memória e sociedade**. Lembranças de velhos. 17 ed. São Paulo: T. A. Queiroz, 2012.

BOURDIEU, P. O capital social – notas provisórias. In: CATANI, A. & NOGUEIRA, M. A. **Escritos de Educação**. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 65-87.

BOUSSO, R.S.; POLES, K.; SERAFIM, T.S.; MIRANDA, M.G. Crenças religiosas, doença e morte: perspectiva da família na experiência de doença. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n.2, p. 397-403, 2011.

BUBLITZ, M.D. **Pessoas com deficiência e tele trabalho**: reflexões à luz do valor social do trabalho (inclusão social e fraternidade). 2014. 156p. Dissertação (Mestrado em Direito) - Faculdade de Direito. Porto Alegre, 2014.

BRASIL. Lei n.º 8.842, de 4 de janeiro de 1994. **Política Nacional do Idoso**. Conselho Nacional do Idoso. Disponível em: < http://www.pbh.gov.br/leisdeidosos/politica_federal-dec1948.htm>. Acesso em: 02 junho de 2015.

_____. Decreto n.º 3.298, de 20 de Dezembro de 1999. **Dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência**. Disponível em:< <http://www.balancosocial.org.br>>. Acesso em: 18, jan., 2016.

_____.Lei n.º 10741: de 2003. **Estatuto do Idoso**: Brasília (DF): Senado Federal, Secretaria Especial de Editoração e Publicações: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações; 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm . Acesso em: 02 junho de 2015.

_____. Decreto Legislativo n.º 186, de 9 de julho de 2008. **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Congresso/DLG/DLG-186-2008.htm Acesso em: 20, jan., 2016.

_____. Resolução 466 de 12 de Dezembro de 2012. **Conselho Nacional de Saúde**. Disponível em:<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em 08 julho de 2015.

_____. Lei Complementar n.º 142 de 08 de maio de 2013. **Concessão de aposentadoria da pessoa com deficiência segurada do Regime Geral de Previdência Social**. Disponível em :http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp142.htm. Acesso em 02 de outubro de 2015.

_____. **Novos Comentários à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência Física**. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR)/Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD) SDH-PR, 2014. p. 256. Disponível em:

<http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/publicacoes/convencao-sdpcd-novos-comentarios.pdf>. Acesso em: 02 junho de 2015.

_____. Lei n.º 13.146, de 6 de julho de 2015. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. **Estatuto da Pessoa com Deficiência**. 2015. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm. Acesso em: 02 junho de 2016.

BRITO, R.D.Q.; OLIVEIRA, A.R.; EULALIO, M.C. Deficiência física e envelhecimento: estudo das representações sociais de idosos sob reabilitação fisioterápica. **Av. Psicol. Latinoam.**, Bogotá, v.33, n.1, p. 121-133, jan. 2015. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-47242015000100009 Acesso em: 05, dez., 2015.

BUCHILLET, D.F. A antropologia da doença e os sistemas oficiais de saúde. In: _____. **Medicinas folclóricas e medicina ocidental na Amazônia**, Belém: CEJUP, 1991. p.21-43.

BURY M. Chronic illness as biographical disruption. **Sociology of Health & Illness**, v.4, n.2, p. 167-182, jun. 1982. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-9566.ep11339939/pdf> . Acesso em: 05, dez., 2015.

CAMARANO, A.A. **Cuidados de longa duração para a população idosa**: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: Ipea, 2010. 352p.

_____. **Muito além dos sessenta**: os novos idosos brasileiros. Rio de Janeiro: IPEA, 2004. 586p.

CAMARGO, B.V. **O que o caminho interdisciplinar brasileiro da teoria da representação social não favorece?** Conferência proferida na V Jornada Internacional sobre Representações Sociais, João Pessoa. 2005.

CAMPOS, P.H.F. A abordagem estrutural e o estudo das relações entre práticas e representações sociais. In: CAMPOS, P.H.F. Campos; LOUREIRO, M.C.S. **Representações sociais e práticas educativas**. Goiânia: UCG, 2003, p. 22-36.

CANESQUI, A.M.; BARSAGLINI, R.A. Apoio social e saúde: pontos de vista das ciências sociais e humanas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.5, p.1103-14, jun. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000500002. Acesso em: 22 abr. 2016

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6 ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitários, 2009. 154p.

CARMO, R.G.; ALVES, A.E.S. Contribuições dos estudos em memória e representações sociais para compreensão de uma história em curso. **Revista Espaço Acadêmico**, Maringá, n.149, p.43-50, out. 2013. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/20162>. Acesso em: 12 abr. 2015.

CHAMLIAM, T.R.; VARANDA, R.R.; PEREIRA, C.L.; RESENDE, J.M.; FARIA, C.C. Perfil epidemiológico dos pacientes amputados de membros inferiores atendidos no Lar Escola São Francisco entre 2006 e 2012. **Acta Fisiatr.**, São Paulo, v.20, n.4, p. 219-123, 2013. Disponível em: http://www.actafisiatrica.org.br/audiencia_pdf.asp?aid2=526&nomeArquivo=v20n4a08.pdf Acesso em: 03 jun. 2016.

CORREIA, D.S.; CAVALCANTI, S.L.; FREITAS, D.A.; OLIVEIRA, B.C.; TOCHETTO, T.M. D.B. A importância da religiosidade/espiritualidade na perspectiva dos pacientes oncológicos. **Rev enferm UFPE**, Recife, v. 10, n.8, p.2895-905, ago. 2016. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/9037/15624> Acesso em 26 fev. 2016.

CORTELLETTI, I.A.; CASARA, M.B.; HERÉDIA, V.B.M. **Idoso asilado**: um estudo gerontológico. 2 ed. Caxias do Sul: Educus/ Edipucrs. 2010.135p.

COSTA, S.P.; MELO, M.R.A.C.; GARANHANI, M.L.; FUJISAWA, D.S. Representações sociais da cadeira de rodas para a pessoa com lesão da medula espinhal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 4 Tela 1-Tela 8, jul. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/pt_14.pdf . Acesso em 26 fev. 2016.

COUTINHO, M.P.L; NÓBREGA, S.M; CATÃO, M.F.F.M. Contribuições Teórico- Metodológicas acerca do uso dos instrumentos projetivos no campo das Representações Sociais. In: COUTINHO, M. P. L. **Representações sociais**: Abordagem Interdisciplinar. João Pessoa: Editora Universitária, 2003. p.67-77.

COUtrim, R. M. Exaltação. Se parar de trabalhar eu morro: o lugar do trabalho na vida de idosos que participam do mercado informal. **Revista Kairós**, São Paulo, v.9, n. 1, p. 85-105, jun. 2006. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=483911&indexSearch=ID> . Acesso em: 23 jun. 2015.

CRESWELL, J.W. **Projeto de pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3 ed. Porto Alegre: Penso. 2010. 296p.

DAMÁSIO, A.R. **Looking for Spinoza**: Joy, sorrow, and the feeling brain. New York: Harcourt. 2003. 368p.

DEBERT, G.G. A antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade. In BARROS, M.M.L. **Velhice ou terceira idade?** Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas. 1998. p.49-67.

DIAZ, A.L.A. **História de las deficiências**. Madri: Escuela Libre Editorial, 1995.156 p.

DINIZ, D. **O que é Deficiência**. São Paulo: Brasiliense, 2007.89p.

DINIZ, D.; SANTOS, W. **Deficiência e discriminação**. Brasília: Letras Livres. 2010. 288p.

DOISE, W. Debating social representation. In: BREAKWELL, G.M.; CANTER, D.V. **Empirical approaches to social representations**. Oxford: Oxford University Press, 1993. p. 157-70.

DURKHEIM, E. **As formas elementares da vida religiosa**. 3 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.609 p.

DUVEEN, G. O poder das ideias. In: MOSCOVICI, S. **Representações Sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis: Vozes, 2015, p. 7- 29.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C.M. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas. **Rev. Bras Epidemiol.**, São Paulo, v.8, n.2, p:187-93, 2005.

FERREIRA, A.B.H. **Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa**. 5ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2010.

FERREIRA, C.L.; SANTOS, L.M.O.; MAIA, E.M.C. Resilience among the elderly cared for by the Primary Healthcare Network in a city of Northeast Brazil. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.46, n.2, p. 328-34, abr. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200009 . Acesso em: 05 jul. 2016.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. Mini-mental state a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **Journal of Psychiatric Research**, v.12, p.189-98, nov. 1975. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1202204>. Acesso em: 12 out. 2015.

FONTES, A.P.; NERI, A.L. Resilience in aging: literature review. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1475-95, may. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000501475&script=sci_abstract. Acesso em: 12 jul. 2015.

FORTINGTON, L.V.; ROMMERS, G.M.; POSTEMA, K.; VAN NETTEN, J.J.; GEERTZEN, J.H.; DIJKSTRA, P.U. Lower limb amputation in Northern Netherlands: unchanged incidence from 1991-1992 to 2003-2004. **Prosthet Orthot Int**. v.37, n.4, p.305-10, aug. 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23327835>. Acesso em: 12 jul. 2015.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 28 ed. Rio de Janeiro: Record, 2014. 432p.

GAIO, R.; PORTO, E. Educação Física e pedagogia do movimento: possibilidades do corpo em diálogo com as diferenças. In: DE MARCO, A. **Educação Física: cultura e sociedade**. Campinas: Papyrus, 2006.188p.

GAUER, G.; GOMES, W.B. Recordação autobiográfica: reconsiderando dados fenomenais e correlatos neurais. **Aletheia**, Canoas, n.27, p. 51-64. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000084&pid=S0102377220080004001400010&lng=pt. Acesso em: 12 jul. 2015.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4 ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1988. 124p.

GOLDMAN, C. **Envelhecimento e Subjetividade**: desafios para uma cultura de compromisso social. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, 2008.196p.

GROSSI, I.; FERREIRA, A. Razão narrativa: significado e memória. **História Oral**, Rio de Janeiro, n. 4, p.25-38. 2001. Disponível em: <http://www.revista.historiaoral.org.br/index.php?journal=rho&page=article&op=download&path%5B%5D=33&path%5B%5D=27> . Acesso em: 12 jul. 2015.

GUERREIRO, M.; SILVA, A.P.; BOTELHO, M.A.; LEITÃO, O.; CASTRO, C.; GARCIA, C. Adaptação à população portuguesa na tradução do Mini Mental State Examination (MMSE). **Rev Port Neurol.**, v.1, n.9. 1994. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000149&pid=S1413-8271201200030000200025&lng=pt. Acesso em: 19 ago. 2015.

GUGEL, M.A. **Pessoas com deficiência e o direito ao concurso público**: reserva de cargos e empregos públicos, administração pública direta e indireta. Goiânia: Ed. da UCG, 2006. 228p.

GUIMARÃES, G.D. **Aspectos da teoria do cotidiano**: Agnes Heller em perspectiva. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002. 148p.

GUIZZO, B.S., KRZIMINSKI, C.O., OLIVEIRA, D.L.L.C. O Software QSR NVIVO 2.0 na análise qualitativa de dados: ferramenta para a pesquisa em ciências humanas e da saúde. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 24, n. 1, p.53-6, abr. 2003. <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:q9hHXaTmPcwJ:www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/download/4437/2363+&cd=5&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em: set. 2015.

GUTZ, L; CAMARGO, V.B. Espiritualidade entre idosos mais velhos: um estudo de representações sociais. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.16, n.4, p. 793-804, dez. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232013000400793&script=sci_abstract&tlng=pt . Acesso em: set. 2016.

HAAS, V.; JODELET, D. Pensée et mémoire sociales. In: PÉTARD, J-P. **Psychologie sociale**. 2. ed. Rosny: Bréal, 2007. p. 117-62.

HADDAD , E. G. M. **A ideologia da velhice**. São Paulo: Cortez, 1986. 134p.

HALBWACHS, M. **Los marcos sociales de la memoria**. Barcelona: Antrophos. 2004.431p.

_____. **A memória coletiva**. 2.ed. São Paulo: Centauro. 2012. 222p.

HOLANDA, C.M.A.; ANDRADE, F.L.J.P.; BEZERRA, M.A.; NASCIMENTO, J.P.S.; NEVES, R.F.; ALVES, S.B.; RIBEIRO, K.S.Q.S. Support networks and people with physical disabilities: social inclusion and access to health services. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 175-84, jan. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000100175 Acesso: 04 ago 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Comunicação Social**. Índice de envelhecimento no Brasil cresce de 31,7, em 2001, para 51,8 em 2011. In. SIS 2012: acesso de jovens pretos e pardos à universidade triplicou em dez anos. Rio de Janeiro, IBGE: 28 nov. 2012. Disponível em: <<http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias?id=1&idnoticia=2268&t=sis-2012-acesso-jovens-pretos-pardos-universidade-triplicou-dez-anos&view=noticia>>. Acesso em 08 jul. de 2015.

JEDLOWSKI, P. La sociología y la memoria colectiva. In: ROSA, A.; BALLELLI, G.; BAKHUST, D. **Memoria colectiva e identidade nacional**. Madrid: Biblioteca Nueva, 2000. p. 123-34.

JENSEN, M.P.; SMITH, A.E.; BOMBARDIER, C.H.; YORKSTON, K.M.; MIRÓ, J.; MOLTON, I.R. Social support, depression, and physical disability: age and diagnostic group effects. **Disability and Health Journal**. v.7, n.2 p.164-72, abr. 2014. Disponível em: <http://agerrtc.washington.edu/node/168>. Acesso em 18 jul. de 2016.

JODELET, D. **Loucuras e Representações Sociais**. Petrópolis: Vozes, 2005. 392p.

_____. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. **Representações sociais**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2001. p.17- 44.

_____. **Os contextos do saber**: representações, comunidade e cultura. Petrópolis: Vozes, 2008.344p.

JOVCHELOVITCH, S.; BAUER, M.W. Entrevista narrativa. In: BAUER, M.W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002. p. 90-113.

KUBO, S.H.; GOUVEA, M.A. Análise de fatores associados ao significado do trabalho. **Rev. Adm.**, São Paulo, v. 47, n. 4, p: 540-54. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-21072012000400003
Acesso em: 23 jun. 2016.

LAPLANTINE, F.; RABEYRON, P.L. **Medicinas Paralelas**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1989. 154p.

LOPES, M.J.; MENDES, F.R.P.; SILVA, A.O. **Envelhecimento**: estudo e perspectivas. São Paulo: Martinari, 2014. 325p.

LUNA, M.B.C.S. D. **Representações sociais da deficiência nas famílias**: um estudo comparativo. 2014. 141f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Curso de Pós-Graduação em Psicologia. 2014.

MAGALHÃES, L.D.R.; SANTOS, P.M.; SOUZA, D.M.R. Memória e transmissão das experiências como desafios para os estudiosos da educação. **Revista HISTEDBR**, n. 36, Campinas, p.105-14, dez.2009. Disponível em: <http://ojs.fe.unicamp.br/ged/oldhistedbr/article/view/3801/3217>. Acesso em: 18 jun. 2015.

MARIN, M.J.S.; LORENZETTI, D; CHACON, M.C.M.; POLO, M.C.; MARTINS, V.S.; MOREIRA, S.A.C. Health and living conditions of disabled people over 50 years old and their caregivers in a municipality of São Paulo State, Brazil. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** Rio de Janeiro, v.16, n.2, p 365-74, abr. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232013000200016 . Acesso em: 18 jun. 2015.

MARKOVA, I. Representações sociais, socialização e conhecimento: a socialização da confiança e da desconfiança, In: OLIVEIRA, D.C.; CAMPOS, P.H.F. **Representações sociais: uma teoria sem fronteiras.** Rio de Janeiro: Ed. Museu da República, 2005. p. 49-69.

MARQUES, A.M.F.B.; VARGAS, M.A.O.; SCHOELLER, S.D.; KINOSHITA, E.Y.; RAMOS, F.R.S.; TROMBETTA, A.P. Health care for people with amputation: analysis from the perspective of bioethics. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v.23, n. 4, p. 898-906, out. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072014000400898&lng=en&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 10 jun. 2016.

MARTINS, J.A.; BARSAGLINI, R.A. Aspects of identity in the experience of physical disabilities: a social-anthropological view. **Interface**, Botucatu, v.15, n.36, p.109-21, jan. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000100009. Acesso em: 05 jun. 2016.

MARX, K.; ENGELS, F. **A Ideologia Alemã.** 4 ed. São Paulo, Hucitec, 1984. 119p.

MEIHY, J.C.S.B.; HOLANDA, F. **História oral: como fazer, como pensar.** 2 ed. São Paulo: Contexto, 2013. 176p.

MERCADANTE, E.F. **A Construção da Identidade e da Subjetividade do Idoso.** 1997. 192p. Tese (Doutorado em Ciências Sociais). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo.1997.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 12. ed. São Paulo: HUCITEC, ABRASCO. 2010. 408p.

MINAYO, M.C.S.; COIMBRA, C.E. **Antropologia, Saúde e Envelhecimento.** 3 ed. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2011.212p.

MONTESPERELLI, P. **Sociologia de la memória.** Buenos Aires: Nueva Visión, 2004. 192p.

MOSCOVICI, S. **A Representação Social da Psicanálise.** Rio de Janeiro: Zahar, 1978. 292p.

_____.Preconceito e representações sociais. In ALMEIDA, A.M.O.; JODELET, D. **Interdisciplinaridade e diversidade de paradigmas: representações sociais.** Brasília: Thesaurus. 2009. p. 17-34

_____.**Representações sociais: investigações em psicologia social.** 11 ed. Petrópolis: Vozes, 2015. 404p.

NERI, A.L. Teorias psicológicas do envelhecimento: percurso histórico e teorias atuais. In: FREITAS; PY E.V.L.; CANÇADO, F.A.X.; DOLL, J.; GORZONI, M.L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara. 2011. p. 58-77

NERI, A.L.; FREIRE, S.A. **E por falar em boa velhice**. Campinas: Papirus, 2000.134p.

NERI, M. **Retratos da Deficiência no Brasil**. FGV/IBRE, CPS, 2003.250p.

NÓBREGA, S.M. Sobre a Teoria das Representações Sociais In: MOREIRA, A.P.; JESUÍNO, J.C. **Representações Sociais – Teoria e Prática**. João Pessoa: EDUPB, 2003. p.136-56.

NORONHA, M.G.R.C.S.; CARDOSO, P.S.; MORAES, T.N.P.; CENTA, M.L. Resiliência: nova perspectiva na promoção da saúde da família? **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2. p. 497-506. Abr. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000200018 Acesso em: 02 fev.2016.

OAKSFORD, K.; FRUDE, N.; CUDDIHY, R. Positive coping and stress-related psychological growth following lower limb amputation. **Rehabilitation Psychology**, v.50, n.3, p.266-77. 2005. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/232540578_Positive_Coping_and_Stress-Related_Psychological_Growth_Following_Lower_Limb_Amputation. Acesso em: 03 abr.2016.

OCHOA, M.M.; ARGUETA, R.A.; MUÑOZ, E.S. **Historia y memoria: Perspectivas teóricas y metodológicas**. Costa Rica: FLACSO, 2005.127p.

OLIVER, M. **The Politics of Disablement**. London: MacMillan; 1990.152p.

OLIVER, M.; BARNES, C. **Disabled People and Social Policy: from exclusion to inclusion**. London: Longman; 1998.192p.

OLIVEIRA, J.B. **Psicologia do Envelhecimento e do Idoso**. 4ed. Porto: Editora Legis. 2010.144p.

OLIVEIRA, D.C.; MARQUES, S.C.; GOMES, A.M.T.; TEIXEIRA, M.C.T.V. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A.S.P.; CAMARGO, B.V.; JESUÍNO, J.C.; NÓBREGA, S.M. **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2005, p. 573-603.

PADOVANI, M.T.; MARTINS, M.R.I.; VENÂNCIO, A.; FORNI, J.E.N. Anxiety, depression and quality of life in individuals with phantom limb pain. **Acta Ortop Bras.**, São Paulo, v.23, n.2, p.107-10, abr. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/aob/v23n2/1413-7852-aob-23-02-00107.pdf>. Acesso em 05 jun.2016.

PAIVA, L.L.; GOELLNER, S.V. Reinventando a vida: um estudo qualitativo sobre os significados culturais atribuídos à reconstrução corporal de amputados mediante a protetização. **Interface**, Botucatu, v.12, n.1, p.485-97, set. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000300003. Acesso em 05 jun.2016.

PAPALÉO NETTO, M. O estudo da velhice no século XX: Histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E.V.; PY, L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 2-12.

PAULINO, L.F. **Representações sociais de velhice, cegueira e direitos sociais em Instituições especializadas em deficiência visual**. 2007. 124p. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Programa de Pós-graduação em Serviço Social. Escola de Serviço Social. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2007.

PEIXOTO, C. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho velhote, idoso terceira idade. Em: Barros, M. L. **Velhice ou Terceira Idade?** 4 ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2006. p. 69-84.

PELOSI, M.S.; FERRAZ, R.A.; COELHO, M.N.; LIPKE, A.M.C. Velho e velhice: realidade virtual? In: PAZ, S.F. **Envelhecer com cidadania: quem sabe um dia?** Rio de Janeiro: ANG/RJ, 2000. p.139-152.

PEREIRA, G.N.; BASTOS, G.A.N.; DEL, DUCA, G.F.; BOS, A.J.G. Indicadores demográficos e socioeconômicos associados à incapacidade funcional em idosos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.11, p. 2035-42, nov. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001100003. Acesso em 24 jun.2016.

PEREIRA, R.J. **Anatomia da diferença: uma investigação teórico-descritiva da deficiência à luz do cotidiano**. 2006. 174p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (FIOCRUZ). Rio de Janeiro, RJ. 2006.

PEREZ, V.S. Pessoa com deficiência = pessoa incapaz? Um estudo acerca do estereótipo e do papel da pessoa com deficiência nas organizações. **Cad. EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 10, n.4, p.883-93, dez. 2012. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/cadernosebape/article/view/7187>. Acesso em 24 jun.2016.

PESSOTTI, I. **Deficiência mental: da superstição à ciência**. São Paulo: EDUSP, 1984.300p.

POLLAK, M. Memória, Esquecimento, Silêncio. **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 3-15, mar. 1989. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/reh/article/view/2278/1417>. Acesso em 11 jan. 2016.

QUEIROZ, A.A.F.L.N., MORAIS, E.R.; SILVA, R.A.F. GUIMARAES, M.S.O.; OLIVEIRA, L.B.; MAGALHÃES, R.L.B. Vivências de vítimas de amputação por acidentes. **Rev enferm UFPE**, Recife, v.10 (Supl. 2), p.708-13, fev. 2016. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/8707/14356>

Acesso em 24 jun.2016.

RANGEL, E.S.S; BELASCO, A.G.S.; DICCINI, S. Quality of life of patients with stroke rehabilitation **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v.26,n.2, p.205-12, mar., 2013. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002013000200016&script=sci_arttext&tlng=en. Acesso em 24 jun.2016.

RESENDE, M. C. **Atitudes em relação ao idoso, à velhice pessoal e ao portador de deficiência física em adultos com deficiência física**. 98p. 2001. Dissertação (Mestrado em Gerontologia). Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP. 2001.

_____. **Ajustamento psicológico, perspectiva de envelhecimento pessoal e satisfação com a vida em adultos e idosos com deficiência física**. 2006. 155f. Tese (Doutorado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, SP. 2006.

RESENDE, M.C; NERI, A.L. Atitudes de adultos com deficiência física frente ao idoso, à velhice pessoal e a pessoas com deficiência física. **Estudos de Psicologia I**, Campinas, v.22, n.2, p.123-31, abr.2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2005000200002&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 24 jun.2016.

_____. Ajustamento psicológico e perspectiva de velhice pessoal em adultos com deficiência física. **Rev. Psicologia em Estudo**, Maringá, v.14, n.4, p.767-76, out. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v14n4/v14n4a17>. Acesso em: 24 jun.2016.

RICOUER, P. **A memória, a história, o esquecimento**. Campinas, SP: Editora UNICAMP, 2007.536p.

ROCHA, L.F. Teoria das Representações Sociais: a Ruptura de Paradigmas das Correntes Clássicas das Teorias Psicológicas. **Psicol. ciênc. prof.**, Brasília, v.34, n.1, p. 46-65, mar. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932014000100005&script=sci_abstract&tlng=pt . Acesso em: 15 set. 2015.

ROCHA, A.C.A.L.; CIOSEK, A.I. Doença Crônica no Idoso: Espiritualidade e Enfrentamento. **Rev Esc Enferm USP**, São Pulo, v.4, n. 48(Esp2), p.92-98, jun. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe2/pt_0080-6234-reeusp-48-nspe2-00087.pdf . Acesso em: 15 set. 2015.

RODRIGUES, L.S.; SOARES, G.A. Velho, idoso e terceira idade na sociedade contemporânea. **Revista Ágora**, Vitória, n.4, p. 1-29, fev. 2006. Disponível em: <http://www.periodicos.ufes.br/agora/article/view/1901>. Acesso em: 12 abr. 2015.

RODRIGUES, S.M.; AOKI, M.; OLIVER, F.C. Diagnóstico situacional de pessoas com deficiência acompanhadas em terapia ocupacional em uma unidade básica de saúde. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar.**, São Carlos, v. 23, n.4, p. 781-94, jul. 2015. Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1352> Acesso em: 12 abr. 2015.

ROSA, T.E.C; BENÍCIO, M.H.D.A; LATORRE, M.R.D.O., RAMOS, L.R. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idoso. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.37, n.1, p: 40-48, fev. 2003. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000100008. Acesso em: 12 abr. 2015.

ROSA, S.M.A justiça divina e o mito da deficiência física. **Estudos**, Goiânia, v. 34, n. 1, p. 9-19, 2007. Disponível em: <http://revistas.pucgoias.edu.br/index.php/estudos/article/viewFile/304/245>. Acesso em 13 jun. 2015.

RYFF, C.D. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. **Journal of Personality and Social Psychology**, v.57, n.6, p.1069 - 81. 1989. Disponível em: <https://www.scribd.com/doc/35667978/Happiness-is-Everything-Or-is-It-Explorations-on-the-Meaning-of-Psychological-Well-Being>. Acesso em 10 jan. 2015.

SÁ, C.P. Representações Sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M. J. **O conhecimento no cotidiano**. São Paulo: Brasiliense, 1995, p. 19-57.

_____. **Núcleo central das representações sociais**. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002. 544p.

_____. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In. SPINK, M. J. **O conhecimento no cotidiano**. São Paulo: Brasiliense. 2004. p. 19-45.

_____. **Memória, Imaginário e Representações Sociais**. Rio de Janeiro: Museu da República, 2005. 246p.

_____. Sobre o campo de estudo da memória social: uma perspectiva psicossocial. **Psicol. Reflex. Crit**, Porto Alegre, v.2, n. 2, p. 290-95, mai. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722007000200015. Acesso em: 05 dez. 2015.

SANTOS, É.I.; GOMES, A.M.; OLIVEIRA, D.C.; SANTO, C.C. Between suffering and pleasure: Vulnerability to nurses in their interpersonal relationships with HIV/AIDS patients. **Rev. Enferm, UERJ**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p: 9-15. 2013. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v21n1/v21n1a02.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2015.

SANTOS, V.B.; TURA, L.F.R.; ARRUDA, A.M.S. As representações sociais de "pessoa velha" construídas por idosos. **Saúde soc.**, São Pulo, v.22, n.1, p. 138-47, jan. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000100013. Acesso em: 05 dez. 2015.

SANTOS, M.S. **Memória coletiva e teoria social**. 2.ed. São Paulo: Anna Blume. 2012. 233p.

SANTOS, W.J.; GIACOMIN, K.C.; PEREIRA, J.K.; FIRMO, J.O. A. Enfrentamento da incapacidade funcional por idosos por meio de crenças religiosas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.8, p.2319-28, ago. 2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63027994016> . Acesso em: 09 fev. 2016.

SASSAKI, R.K. **Inclusão: Construindo uma sociedade para todos**. 7.ed. Rio de Janeiro: WVA, 2006.174p.

SCALZER, F.R. **O sofrimento dos PNE's (Portadores de Necessidades Especiais) no mercado de trabalho nos âmbitos psicológico, sociológico e antropológico.** 2002. 120p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Administração). Faculdade de Administração Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória-ES, 2002.

SCHNEIDER, R.H.; IRIGARAY, T.Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Rev. Estudos da Psicologia**, Campinas, v.4, n.25, p: 585-93, out. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n4/a13v25n4.pdf>
Acesso em: 18 dez. 2015.

SHAKESPEARE, T. Disability studies today and tomorrow. **Sociol. Health Illness**, v.27, n.1, p.138-48, jan.2005. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15762955>. Acesso em: 24 set. 2015.

SIGAUD, C.H.S.; REIS, A.O.A. A representação social da mãe acerca da criança com Síndrome de Down. **Rev. Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 33, n.2, p. 148-56, jun. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v33n2/v33n2a06>. Acesso em: 02 fev. 2016.

SILVA, N.L.P.; DESSEN, M.A. Deficiência mental e família: implicações para o desenvolvimento da criança. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v.17, n. 2, p.133-41, ago. 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722001000200005&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 05 jan. 2015.

SILVA, O.M. **A epopeia ignorada: a pessoa deficiente na história do mundo de ontem e hoje.** São Paulo: CEDAS, 1987. 318p.

SOUSA, L.; CERQUEIRA, M. Influência do gênero nas imagens da velhice. **Revista Kairós**, São Paulo, v.9, n.2, p: 69-86. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000196&pid=S1414-9893201100030000400039&lng=pt. Acesso em: 12 jan. 2015.

SPINK, M. J. P. O estudo empírico das representações sociais. In: SPINK, M. J. P. **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social.** São Paulo: Brasiliense, 2004. p.85-108.

TELLES, J.L. Os desafios para a atenção à saúde da população idosa no Brasil. In: LOPES, M.; MENDES, F.; MOREIRA, A. **Saúde, educação e representações sociais.** Coimbra: Formasau. 2009. p. 105-18

TETTE, R.P.G.; FREITAS, M.N.C. OLIVEIRA, M.S. Significado do trabalho e percepção de suporte para pessoas com deficiência. **Estud. psicol.**, Natal, v.19, n.3, p: 157-238, jul. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2014000300007. Acesso em: 05 dez. 2015.

TEVES, N. Imaginário Social, Identidade e Memória. In. FERREIRA, L.M.A.; ORRICO, E.G.D. **Linguagem, identidade e memória social: novas fronteiras, novas articulações.** Rio de Janeiro: DP&A, 2002, p.53-67.

TÓTORA, S. Genealogia da velhice. **Rev. Ecológica**, São Pulo, n.6, p.4-20, mai. 2013. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/ecopolitica/article/view/16754>. Acesso em: 05 dez. 2015.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2009.175p.

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clinico-qualitativa**: construção teórica-epistemológica discussão comparada e aplicada nas áreas de saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2003. 152p.

VALA, J.; MONTEIRO, M.B. **Psicologia social**. 9.ed. Lisboa: Fundação Calouste Guebenkiam, 2013. 777p.

VALENTIM, M.L.P. **Métodos qualitativos de pesquisa em Ciência da Informação**. São Paulo: Polis, 2005.171p.

VEIGA, K.C.G; FERNANDES, J.D; PAIVA, M.S. Estudo estrutural das representações sociais do trabalho noturno das enfermeiras. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.20, n.4, p. 682-90, out. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072011000400006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt_. Acesso em: 05 out. 2015.

VERAS, R. P. **País jovem com cabelos brancos**: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará; UERJ, 1994. 224p.

VERGÈS, P. **Ensemble de programmes permettant l'analyse des evocations**. EVOC 2000. Avril. Manuel. 2002. Disponível em: <http://tinyurl.com/manualevoc>. Acesso em 04 set. 2015.

VIAUD, J. Mémoire collective, représentations sociales et pratiques sociales. **Reveu Connexions**, n. 80. p. 13-30, fev. 2003. Disponível em: <https://www.cairn.info/revue-connexions-2003-2-page-13.htm> . Acesso em: 01 out. 2015.

WAGNER, W. Descrição, explicação e método na pesquisa das representações sociais. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. **Textos em Representações Sociais**. Petrópolis: Vozes, 2009, p. 149-86.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Active Ageing**. A Police Framework. A Contribution of the World Health Organization to the second United Nations World Assembly on Aging. Madrid Spain, Apr, 2002. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf. Acesso em: 06 fev. 2015.

_____. **Relatório Mundial Sobre a Deficiência**. São Paulo: SEDPcD, 2012. The World Bank. 334 p. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/WHO_NMH_VIP_11.01_por.pdf . Acesso em: 06 fev. 2015.

WONG, L.L.R.; CARVALHO, J.A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Rev. Bras. Estud. Popul.**, São Paulo, v.23, n.1, p. 5-26, jan. 2006. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982006000100002. Acesso em: 12 mar. 2015.

ZANELLI, J.C. O programa de preparação para aposentadoria como um processo de intervenção ao final de uma carreira. **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis, Edição Esp. Temática, p. 157-76, 2000. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/revistacfh/article/viewFile/25796/22594>. Acesso em 23 set. 2016.

ZILIOOTTO, D.M.; BERTI, A.R. Reabilitação profissional para trabalhadores com deficiência: reflexões a partir do estado da arte. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.22, n.3, p. 736-50, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n3/08.pdf>. Acesso em 23 set. 2016.

ZOBOLI, F.; BARRETO, S.J. A Corporeidade como fator de inclusão de alunos com necessidades especiais nas aulas de Educação física. In: RODRIGUES, D. **Atividade motora adaptada: a alegria do corpo**. São Paulo: Artes Médicas, 2006. p.56-68.

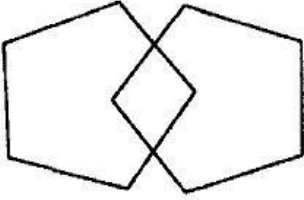
ANEXO

ANEXO A

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL/MEEM

Nome idoso (a): _____ Data: __/__/__

PERGUNTAS	PONTOS
1. Orientação espacial Quando estamos?	(0-5)
Em que dia da semana estamos?	
Em que dia do mês estamos?	
Em que mês estamos?	
Em que semestre estamos?	
Em que ano estamos?	
2. Orientação espacial: Onde estamos?	(0-5)
Estado	
Cidade	
Bairro	
Rua	
Local	
3. Repita as palavras:	0-3
Caneca	
Tijolo	
Maça	
4. Cálculo: O senhor faz cálculos?	0-5
Sim (vá para a pergunta 4a)	
Não (vá para a pergunta 4b)	
4a. Se de 100 fossem tirados 7 quanto restaria? E se tirarmos mais 7? (5 vezes sucessivamente).	0-5
93 () 86 () 79 () 72 () 65 ()	
4b. Soletre a palavra MUNDO de trás pra frente	0-5
O () D () N () U () M ()	
5. Memorização: Peça para o entrevistado repetir as palavras ditas há pouco.	0-3
Caneca	
Tijolo	
Maça	
6. Linguagem: Mostre um relógio e uma caneta e peça para o entrevistado para nomeá-los.	0-2
Relógio	
Caneta	
7. Linguagem: Solicite ao entrevistado que repita a frase:	0-1
NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ	
8. Linguagem: Siga uma ordem de 3 estágios:	0-3
Pegue esse papel com a mão direita.	
Dobre-o no meio.	
Coloque-o no chão.	
9. Linguagem: Escreva em um papel: "FECHE OS OLHOS". Peça para o entrevistado ler a ordem e executá-la.	0-1
10. Linguagem: Peça para o entrevistado escrever uma frase completa. A frase deve ter um sujeito e um objeto e deve ter sentido. Ignore a ortografia	0-1
11. Linguagem: Peça ao entrevistado para copiar o seguinte desenho. Verifique se todos os lados estão preservados e se os lados da intersecção formam um quadrilátero. Tremor e rotação podem ser ignorados.	0-1

	
Cópia	
RESULTADO TOTAL (Máximo 30 pontos)	

ANEXO B**PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA**

Secretaria de Saúde
www.pmvc.ba.gov.br

AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA COLETA DE DADOS

Eu, Michela Macedo Lima Costa, ocupante do cargo de Assessoria de Planejamento e Educação Permanente da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Vitória da Conquista, autorizo a coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado "Envelhecer com deficiência física: Memória e representações sociais de pessoas idosas" da pesquisadora Tatiane Dias Casimiro Valença após aprovação do referido projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEP/UESB).

Vitória da Conquista, 17 de Abril de 2015.

A handwritten signature in black ink that reads 'Michela Macedo Lima Costa'.

Michela Macedo Lima Costa

Assessoria de Planejamento e Educação Permanente

ANEXO C

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ENVELHECER COM DEFICIÊNCIA FÍSICA: MEMÓRIA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PESSOAS IDOSAS

Pesquisador: TATIANE DIAS CASIMIRO VALENÇA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 47915915.5.0000.0055

Instituição Proponente: SOCIEDADE EDUCACIONAL DA BAHIA S/C LIMITADA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.251.309

Apresentação do Projeto:

O envelhecimento humano e a deficiência física são temas que estão sendo foco de pesquisas e discussões no meio científico nas áreas da saúde, economia, políticas públicas, entre outras. É notório o aumento da população idosa a nível mundial e especificamente, de maneira rápida e intensa no Brasil onde ocorreu a ampliação da participação da população com 60 anos e mais.

Objetivo da Pesquisa:

objetivo geral: Analisar a representação social de pessoas idosas com deficiência física adquirida acerca do envelhecer e da deficiência física a partir de sua memória social.

Este objetivo geral se desdobrou em outros objetivos específicos, que seguem:

1. Conhecer a memória da pessoas idosa a respeito do evento da aquisição da deficiência física e as alterações ocorridas na sua vida a partir dessa aquisição.
2. Traçar o perfil biosociodemográfico das pessoas idosas com deficiência física.
3. Apreender o conteúdo representacional do envelhecer com deficiência física adquirida construído pelas pessoas idosas.
4. Identificar os elementos estruturantes das RS das pessoas idosas a respeito do envelhecer com uma deficiência física adquirida.
5. Averiguar a influencia da memória e das representações sociais nas práticas sociais das pessoas

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n

Bairro: Jequiezinho

CEP: 45.206-510

UF: BA

Município: JEQUIE

Telefone: (73)3528-9727

Fax: (73)3525-6683

E-mail: cepuesb.jq@gmail.com

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA**



Continuação do Parecer: 1.251.309

idosas que adquiriram uma deficiência física.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos podem estar relacionados ao constrangimento de responder alguma das perguntas formuladas. Caso o(a) Senhor(a) se sinta desconfortável em responder alguma questão terá liberdade para não responder a questão que lhe causou tal incômodo.

Esta pesquisa trará como benefício para o Senhor (a) a possibilidade de conhecer as suas experiências, dificuldades, desafios, adaptações e superações ao adquirir uma deficiência física e assim contribuir para que ações possam ser elaboradas e realizadas pela sociedade e órgão públicos buscando atender as necessidades do Senhor(a) em várias áreas como a saúde, serviço social e o direito.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Tema de relevância;

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos exigidos;

Recomendações:

Nada a declarar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Foram contemplados as sugestões do parecerista em relação aos benefícios e quanto ao CEP de indicação;

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovo ad referendum o parecer do relator em 25/09/15

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_558109.pdf	10/09/2015 17:59:51		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_Consentimento_Livre_Corrigido.pdf	10/09/2015 17:57:26	TATIANE DIAS CASIMIRO VALENÇA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Corrigido.pdf	10/09/2015 17:56:40	TATIANE DIAS CASIMIRO VALENÇA	Aceito

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n
Bairro: Jequiezinho **CEP:** 45.206-510
UF: BA **Município:** JEQUIE
Telefone: (73)3528-9727 **Fax:** (73)3525-6683 **E-mail:** cepuesb.jq@gmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



Continuação do Parecer: 1.251.309

Outros	Carta-de-Encaminhamento-2015.1.pdf	31/07/2015 16:10:06		Aceito
Outros	Autorização Institucional para coleta de dados Polo.pdf	31/07/2015 16:09:27		Aceito
Outros	Declaração-de-Participação-e-Comprometimento-dos-Pesquisadores-2015.1.pdf	31/07/2015 16:08:42		Aceito
Folha de Rosto	folha de rosto assinada.pdf	31/07/2015 16:06:24		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JEQUIE, 30 de Setembro de 2015

Assinado por:

Ana Angélica Leal Barbosa
(Coordenador)

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n

Bairro: Jequiezinho

CEP: 45.206-510

UF: BA

Município: JEQUIE

Telefone: (73)3528-9727

Fax: (73)3525-6683

E-mail: cepuesb.jq@gmail.com

APÊNDICE

APÊNDICE A

QUESTIONÁRIO SÓCIOBIODEMOGRÁFICO

1. Nome do idoso _____ Data ___/___/___
2. Data de nascimento: ___/___/___ Idade _____
3. Sexo: Masculino () Feminino ()
4. Estado Civil: Casado () Solteiro () Viúvo Separado ()
5. Escolaridade
Ensino Fundamental I (1º ao 5º ano) () Ensino fundamental II (6º ao 9º ano) () Ensino médio ()
Ensino superior () Pós-graduação () Sem escolarização ()
6. Profissão: _____
7. Trabalha? Sim () Não ()
Se trabalha, qual a ocupação: _____
8. Aposentado? Sim () Não ()
Motivo da aposentadoria: Tempo de serviço () Invalidez () Outro ()
9. Renda mensal: Menos de um salário mínimo ()
Entre 1 e 5 salários mínimos ()
Mais de 5 salários mínimos ()
10. Qual a sua religião?
Católica () Evangélica () Espírita () Nenhuma ()
Outra () _____
11. Com quem mora? Sozinho () Com o cônjuge () Com filhos ()
Com o cônjuge e filho(s) () Com o cônjuge, filho(s) e neto(s) ()
Com amigos () Com outros parentes () Outros: () _____
12. É o principal responsável pelo sustento da família? Sim () Não ()
11. Se não é o principal responsável, dá alguma contribuição financeira para o sustento da família?
Sim () Não ()
12. Qual o nome da deficiência? _____
13. A deficiência foi adquirida, como?
Por acidente? () Que tipo? _____
Por doença? () Qual? _____
Outros? _____
14. Idade que adquiriu a deficiência: _____
15. Utiliza auxílio ortopédico? Não () Sim () Qual? _____

16. Além da deficiência física possui alguma doença crônica diagnosticada por algum médico?
Não () Sim ()
17. Qual?
No fígado (hepática) () No rim (renal) ()
No coração (cardíaca) () Diabetes ()
No pulmão (pulmonar) () Osteoporose ()
Nos músculos, tendões e articulações ()
Outras: _____
18. Geralmente, quando você precisa de ajuda para desempenhar alguma tarefa, você conta com:
Amigo () Familiar () Marido/Esposa () Empregado(a) () Outros ()

APÊNDICE B**TESTE DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS (TALP)**

Diga cinco palavras que vem à mente (cabeça) do senhor (a) quando ouve falar em “ENVELHECER COM DEFICIÊNCIA FÍSICA”.

APÊNDICE C**ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

Nome do idoso _____ Data ____/____/____

- 1- Relate como o senhor (a) adquiriu a deficiência física? Como aconteceu o evento?
- 2- Fale como era a vida do senhor (a) antes de adquirir a deficiência física e após adquirir a deficiência física. O que mudou na vida do senhor (a) após o evento? (Impacto no trabalho, vida familiar, identidade, papel social, outras atividades sociais).
- 3- Como o senhor (a) percebia a deficiência física antes de adquiri-la e como o senhor (a) a percebe hoje, depois de adquiri-la?
- 4- Quais os desafios e dificuldades o senhor(a) enfrentou e enfrenta na sociedade por ser um idoso com deficiência física?
- 5- Para o senhor (a) “o que é o ser uma pessoa idosa com uma deficiência física”?

APENDICE D

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
Resolução nº 466/12, segundo o Conselho Nacional de Saúde

Prezado (a) Senhor (a), eu Tatiane Dias Casimiro Valença estou realizando juntamente com a professora Luciana Araújo dos Reis o estudo: “ENVELHECER COM DEFICIÊNCIA FÍSICA: MEMÓRIA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PESSOAS IDOSAS” que tem como objetivo conhecer as memórias e as representações sociais da aquisição da deficiência física para o Senhor (a). Gostaríamos de convidá-lo(a) a participar desta pesquisa, pois a mesma trará benefícios à medida que busca conhecer qual o sentido do envelhecimento com deficiência física e com isso descobrir como o senhor (a) enfrenta as dificuldades enfrentadas, as adaptações e as experiências do envelhecer com uma deficiência física.

Ao concordar com a participação na pesquisa o (a) Senhor (a) irá responder a 1 questionário, um teste e uma entrevista a respeito de informações sobre o envelhecimento e a deficiência física que o (a) Senhor (a) adquiriu.

A pesquisa não trará gastos financeiros para o(a) Senhor(a) e a participação é voluntária e livre de qualquer forma de remuneração, podendo retirar seu consentimento em participar da pesquisa a qualquer momento isento de quaisquer prejuízo ou penalidade. Os riscos para o(a) Senhor (a) podem estar relacionados ao constrangimento de responder alguma das perguntas formuladas. Caso o(a) Senhor(a) se sinta desconfortável em responder alguma questão terá liberdade para não responder a questão que lhe causou tal incômodo.

As informações obtidas serão analisadas com extremo sigilo garantindo o total anonimato e a individualidade do (a) Senhor (a), sendo respeitados também os valores culturais, morais, sociais, religiosos e éticos. Os dados que obtivermos serão apenas utilizados para fins científicos.

Ao concordar com a participação na pesquisa, o(a) Senhor(a) assinará o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, sendo todas as páginas assinadas pela pesquisadora responsável pelo estudo, sendo que uma via ficará com o (a) Senhor(a) e a outra ficará como arquivo dos pesquisadores.

Para maiores informações sobre esta pesquisa o (a) Senhor (a) poderá solicitar esclarecimentos com: Tatiane Dias Casimiro Valença, aluna do Programa de Pós Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade (PPGM/UESB) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, localizada na Estrada do Bem Querer, Km 04. CEP: 45083-900 - Vitória da Conquista – BA. Fone: (77) 3425-9395. Ou com a professora Luciana Araújo dos Reis no Programa de Pós Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade (PPGM/UESB) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, localizada na Estrada do Bem Querer, Km 04. CEP: 45083-900 - Vitória da Conquista – BA. Fone: (77) 3425-9395.

Em caso de dúvida, o (a) Senhor (a) também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEP/UESB) pelo telefone (73) 3528-9727, pelo e-mail cepuesb.jq@gmail.com, ou no mesmo endereço anteriormente descrito, no horário de 08:00 às 12:00 horas.

Se o (a) Senhor (a) aceitar participar desta pesquisa, por favor, assine este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias.

Eu _____, aceito livremente participar do estudo intitulado “ENVELHECER COM DEFICIÊNCIA FÍSICA: MEMÓRIA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PESSOAS IDOSAS” desenvolvido pelas pesquisadoras Tatiane Dias Casimiro Valença e Luciana Araújo dos Reis da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).

Assinatura do Participante

COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Eu, discuti as questões acima representadas com este participante deste estudo e estou consciente que o mesmo compreendeu todos os itens supracitados. É minha opinião que cada indivíduo entenda os riscos, benefícios e obrigações relacionadas a esta pesquisa.

Vitória da Conquista, ____/____/____

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE E

HISTÓRIA DO MOMENTO DA AQUISIÇÃO DA DEFICIÊNCIA FÍSICA
NARRADA PELA PESSOA IDOSA

NOME: ARTEMIS	IDADE: 69 ANOS	SEXO: F
PROFISSÃO: Técnica em patologia		
TIPO DE DEFICIÊNCIA FÍSICA: amputação a nível de tarsos pé direito		
“Tenho o tornozelo e o calcanhar e perdi o ante pé. Foi assim: comprei uma sandália nova e fez um calo entre o dedão e o outro dedo na parte de baixo do dedo. Sou diabética, hipertensa e tenho problema de circulação. Eu tive uma queda e tive uns arranhões. Ai sarou, mas esse eu não vi porque também tinha pouca sensibilidade, já vinha perdendo a sensibilidade por causa da Diabetes. Minha sobrinha que descobriu e me levou no pronto socorro, o medico não olhou direito só passou um remédio e mediu a minha diabete. A diabete tava alta. No outro dia já tava marcado um angiologista e ele fez um reforço na medicação para mim e ai com três dia necrosou e teve que amputar. Eles fizeram dois debridamento depois é que foi cortada. Vai fazer dois anos. Ainda bem que não perdi muito. Hoje eu vou fazer a prova da prótese”.		
NOME: APOLO	IDADE: 62 anos	SEXO: M
PROFISSÃO: feirante		
TIPO DE DEFICIÊNCIA FÍSICA: amputação de terço proximal de fêmur direito		
“Primeiro eu quebrei a perna jogando futebol nos anos 70. Ai colocou platina, fez cirurgia, mas deu tudo errado, eu fique quase oito meses internado no São Vicente. Depois sai e fui para o São Geraldo e o médico me mandou para São Paulo. Lá em São Paulo fiz cirurgia de novo. Depois voltei pra aqui e quebrei a perna de novo, cai e quebrou novamente. Fiz cirurgia e em 2008 eu comecei sentir dores e febre e ai deu infecção na platina fiz mais de 20 cirurgias pra vê se não perdia a perna e em 2010 eu operei e amputei a perna. Até 2010 eu sofri demais fiz muita cirurgia e não tinha mais remédio para febre e dor, nada resolvia. De um ano e meio pra cá eu tô usando a prótese e andando”.		
NOME: AQUILES	IDADE: 62 anos	SEXO: M
PROFISSÃO: Motorista		
TIPO DE DEFICIÊNCIA FÍSICA: amputação em terço médio de tibia direita.		
“Começou pelo dedo, feriu e começou dessensibilizar. Ai eu peguei uma infecção muito forte. Uma infecção hospitalar. Ai, tomei os antibióticos mais fortes, mas a perna continuava a inchar. Amputei em 2010. Em 2011 eu adquirir a prótese minha irmã que me deu ela pagou. Eu fiz lá em Sorocaba em São Paulo.		
NOME: ZEUS	IDADE: 60 ANOS	SEXO: M
PROFISSÃO: VENDEDOR		
TIPO DE DEFICIÊNCIA FÍSICA: amputação em terço proximal de tibia esquerda.		
“Começou com dois calos, como eu andava muito porque eu era vendedor autônomo, surgiu dois calos na frente, no peito do pé então dois calos de sangue. Eu discarei, sangrou e o direito sarou já o esquerdo não. Eu tinha diabetes, infeccionou, ficou oito dias e foi preciso amputar. Começou pelos dois dedos e a cabeça do dedão. Depois eles fizeram debridamento, mas não teve resultado. Com treze dias que tinha amputado os dedos ai amputou a perna. Mas, depois que amputou eu não tive mais nada. A diabete foi controlada, não teve problema de infecção, a cicatriz foi tudo bem, graça a Deus. Eu me internei dia 07 do 12 de 2013 e até o dia 6 eu trabalhei. Trabalhei na sexta e no sábado foi para o hospital e me colocaram lá pra dentro, me internaram, na segunda fizeram toda bateria de exame e na terça feira dia 10 fez a primeira amputação dos dedos. No dia 23 amputaram a perna. Mas pelo menos esse mal aqui cortaram pela raiz”.		
NOME: EROS	IDADE: 83	SEXO: M
PROFISSÃO: pedreiro		
TIPO DE DEFICIÊNCIA FÍSICA: amputação de terço médio de fêmur direito.		
“Eu trabalhava na roça e também era pedreiro. Aposentei por idade. Moro com um filho. Eu tive trombose e teve que amputar a perna. Eu amputei dia 02 de janeiro de 2012. Começou um dorcinha		

no dia de terça feira e lá perto de casa tem um posto. Eu fui lá o médico olhou e não me disse nada só me deu uns comprimidos eu fui pra casa tomei os comprimidos foi mesmo que nada. Aí, fiquei terça, quarta e quinta, quando foi na quinta eu não suportei mais a dor . Ai me levaram para o hospital me aplicaram uma injeção e fui para casa de minha irmã. Ela ligou para o médico, Dr. Antônio que ela conhecia. Ele foi lá e me viu. Ele só foi olhando, pegou assim em minha perna e voltou correndo com um papel e mandou me levar para o hospital de base. Lá três médicos me olharam, e falaram que tinha que amputar, se não amputar eu vou morrer, não teve jeito. Primeiro me cortaram mais em cima. Eu nem sei o que eu falei, sei que me levaram para sala de cirurgia, quando eu dei por mim eu já tava acordando e tava sem a perna. Eu perguntei pro doutor porque ele amputou minha perna tão cá em cima assim, porque eu vejo os outros aí com a perna amputada mais em baixo. Ele falou assim: foi porque o dia que eu operei eu botei o aparelho debaixo da perna e a coisa já tinha subido até mais em cima. Se eu não tivesse feito assim você podia morrer”.

NOME: HÉRCULES

IDADE: 78 ANOS

SEXO: M

PROFISSÃO: Comerciante

TIPO DE DEFICIÊNCIA FÍSICA: amputação de terço médio de fêmur esquerdo.

“Eu tava na roça um dia e uma cobra me mordeu. Fui pro hospital e deu uma infecção e depois de 90 dias disseram que tinha que tirar, o médico disse que tava prejudicando de dentro pra fora e tava na hora de tirar. Ai eu tive que amputar, era a melhor solução naquela hora pra mim. Eu tinha problema de pressão alta e as veias também estava entupida, o médico já tinha dito. Ai, acho que depois da mordida, do veneno tudo complicou e deu a trombose. A perna só ficava inchada, com dor, doía o dia e a noite, mais de noite e cada vez mais vermelha, e quente, queimava assim quando pegava na perna. Foi piorando e piorando até que o médico disse assim: vai ter de tirar se não o senhor vai morrer. Ai foi feito...”

NOME: ATENA

IDADE: 60 ANOS

SEXO: F

PROFISSÃO: Empregada doméstica

TIPO DE DEFICIÊNCIA FÍSICA: amputação em terço proximal de tíbia direita.

“Eu trabalhava como empregada doméstica em casa de família e na roça. Primeiro eu dei um derrame e depois dei trombose na perna e assim eles tiraram logo a perna. Faz dois anos que tirei. Eu sentia dor de cabeça e tinha a pressão alta agora eu tomo remédio para circulação e pressão. Foi acontecendo assim, uma coisa que juntou a outra até que foi o fim, o fim quando tiraram a perna. Tava muito feia, doía, sentia que queimava assim, subindo, mas mesmo assim eu ainda queria ela, mesmo com aquela dor toda. Ai fui no médico e ele falou que estava com as veias entupidas que o sangue não estava passando e que tava morrendo a carne naquele lugar. Ai teve , contra minha vontade de cortar a perna. Ai voltei pra casa assim...”

NOME: HERMES

IDADE: 60 ANOS

SEXO: M

PROFISSÃO: Zelador

TIPO DE DEFICIÊNCIA FÍSICA: amputação de terço médio de fêmur direito.

“Começou com uma ulcera no pé, um carocinho pequenininho. Eu ia nos médicos eles diziam que não era coisa grave não, ai eu ficava em casa e quando eles foram me atender já tinha passado muito tempo. Ai eu passei de cuidar, o médico disse que eu demorei pra cuidar e deu trombose. Eu fiquei dois anos doente, muito doente até que piorou e eu tive que amputar por causa da trombose. A perna do joelho pra baixo foi pudrecendo, eu sentia muita dor, não comia direito, não dormia, foi inchando até que amputou. Faz seis anos que eu amputei e hoje eu uso a muleta. Eu não queria amputar né, eu tinha muito medo mas o médico disse que se eu não amputasse ia dar câncer e passar para outra. Mas foi simples, a operação só durou duas horas. Quando terminou a operação eu me senti melhor, me senti aliviado porque eu tinha dois anos de muito sofrimento, eu não conseguia dormir, doía demais. No momento que eles amputaram a perna eu passei bem, dormi a noite toda e de lá pra cá, eu não”.

NOME: HADES

IDADE: 67 ANOS

SEXO: M

PROFISSÃO: Agricultor

TIPO DE DEFICIÊNCIA FÍSICA: amputação de terço médio de fêmur direito / hemiplegia à esquerda.

“Eu tive um AVC primeiro e depois de uns dias deu trombose e tive que amputar a perna. Foi tudo

<p>assim, um atrás do outro. Vai fazer dois anos agora que aconteceu isso tudo. Sempre tive pressão alta, e deu um problema no coração, mas está tudo controlado com remédio. Eu senti de noite uma queimação na perna quando olhei de manhã tava bem vermelho. Ai eu sai fui na feira e quando cheguei lá tive que procurar um lugar para sentar porque tava queimando muito a perna, assim pesada e tava ficando tudo roxo. Ai voltei pra casa e botei em cima da cama, deitei e levantei as pernas, mas continuou a queimação, eu não consegui dormir de noite. No outro dia eu procurei no posto de saúde lá perto e me mandaram procurar o hospital e lá logo. Quando cheguei lá que os medico olharam já mandaram avisar pra minha família que eu não ia sai de lá e que tinha que amputar, não tinha o que fazer mais, remédio não ia dar mais conta do caso. Ficou todo mundo assim meio sem acreditar, inclusive eu porque foi tudo muito rápido, e ai aconteceu isso”.</p>		
NOME: MORFEU	IDADE: 71 ANOS	SEXO: M
PROFISSÃO: Relojoeiro/ Cantor		
TIPO DE DEFICIÊNCIA FÍSICA: amputação de terço médio de fêmur esquerdo.		
<p>“Eu amputei a perna tem um ano e oito meses. Eu tive trombose. Eu não sentia nada eu fui no sete de setembro ver a parada e depois eu fui correr que eu corro, faço muita atividade física, sempre fiz, bicicleta, caminhada, corrida. Ai não senti nada, quando foi uma seis horas quando cheguei em casa tontiei, não estava sentindo nada antes e de uma hora pra hora eu senti, fui para o hospital e fiquei 3 meses no fim do poço. Os médicos disse pra mim que não era pra eu ter perdido a perna não. Eu perdi porque demorou muito e ai teve que amputar em cima. Ai a trombose passou pra outra perna também, eu tô em tratamento, não tô sentindo nada agora não, mas tô em tratamento. Ai eu nem vi a perna porque dói muito e nessa hora da cirurgia eu tava dopado. Doía tanto essa perna que eu pedia as pessoas que passavam no corredor pra tirar, cortar a perna pra eu aliviar a dor. Não tinha mais jeito. Quando eu acordei da cirurgia e não vi a perna pensei que não ia viver mais, que o mundo tinha acabado. E eu gosto muito de dançar, sou músico. Ai eu até hoje não toco quase, minhas mãos ficou meio duras, não é o que era. Ficou meio triste as coisas”.</p>		
NOME: PLUTÃO	IDADE: 60 ANOS	SEXO: M
PROFISSÃO: Agricultor		
TIPO DE DEFICIÊNCIA FÍSICA: amputação de terço médio de fêmur direito.		
<p>“Eu tava indo trabalhar na garupa de uma moto indo para fazenda e ao moto bateu num caminhão. Me levaram para o hospital e depois de uns dias do acidente dia 25 de maio de 2013 e eu amputei em 01 de junho de 2013. Eu não esperava a notícia que ia ter que tirar minha perna, a gente nunca pensa que vai ser com a gente. Foi como um choque, levei um susto quando falaram e ai eu fiquei com medo de como ia ser a vida depois. Depois que eu amputei eu pensei em um bucado de coisa. Pensei em como ia cuidar da família, dos filhos que a mulher ia me largar. Tem muitas pessoas que pensam assim né que a gente não tem valor depois que acontece isso. Porque que tinha acontecido comigo”.</p>		
NOME: ALFEU	IDADE: 62 ANOS	SEXO: M
PROFISSÃO: Agricultor		
TIPO DE DEFICIÊNCIA FÍSICA: amputação de terço médio de fêmur direito.		
<p>“Vai fazer um anos e pouco que eu amputei a perna. Eu sofri um atropelamento, um carro, eu tava andando na rua , tinha bebido umas e tava meio lá meio cá e o carro me atropelou lá em Aracatu. Depois do acidente com menos de um mês, eu tava no hospital internado e eles resolveram amputar a perna, disse o médico que não tinha mais jeito que tava morta. Quando eles falaram isso eu não tinha mais o que dizer né? A perna já tava morta, esbagaçou o osso eu não tava sentindo mais nada, a perna já tava arroxeadada e ai teve que cortar”.</p>		
NOME: ARISTEU	IDADE: 82 ANOS	SEXO: M
PROFISSÃO: Comerciante		
TIPO DE DEFICIÊNCIA FÍSICA: amputação em nível de tornozelo direito		
<p>“Eu tava trabalhando e comecei a sentir uma dor na batata da perna. De noite quando cheguei em casa a dor piorou e no outro dia eu amanheci com o tornozelo direito com umas manchas roxas parecendo varizes grandes. Eu tenho umas veias alteradas porque sempre fiquei muito em pé. Ai depois de uns dias procurei um médico, minha irmã marcou o médico e fui. Lá ele olhou, fez uma exame, ultrassom e disse que eu tava com trombose. Tomei o remédio que ele passou, mas depois deixei e ai voltou mais forte, com mais dores e feriu. Depois que feriu foi piorando, piorando até que deu uma infecção forte e ai tive que amputar no tornozelo, não tinha remédio nem tratamento</p>		

que curava. Isso faz dois anos e agora vim ver se coloca a prótese Eu tinha , tenho diabetes e piora a situação”.		
NOME: HÉRACLES	IDADE: 90 ANOS	SEXO: M
PROFISSÃO: Vaqueiro		
TIPO DE DEFICIÊNCIA FÍSICA: amputação de terço médio de fêmur esquerdo.		
“Tem seis anos que eu amputei a perna. Tava trabalhando e começo a sentir depois de um arranhãozinho. Começo a inchar a perna, doer a perna e ai descobriu a trombose, foi no médico e amputou metade do pé e com seis meses não teve jeito e amputou mais em cima , teve que amputar mais alto. Com a trombose veio outros problemas como diabete, arritmia, pressão alta mas tá tudo controlado”.		
NOME: ARTÊMIO	IDADE: 71 ANOS	SEXO: M
PROFISSÃO: Borracheiro		
TIPO DE DEFICIÊNCIA FÍSICA: amputação de terço médio de tibia direita.		
“Têm uns três anos que eu tirei a perna e coloquei essa prótese. Eu tomava umas cachaça, mas minha saúde não tava muito legal não, eu já tava mal ai veio a trombose. O médico disse que tem um problema no coração, tem hora que sinto falta de ar. Quando disseram, quando me contaram, foi minha filha que ia ter de tirar a perna eu botei a mão na cabeça e parece que tudo ficou escuro, tudo ficou assim rodando e eu pensei: e agora, o que vai ser da minha vida? Bateu um desespero e eu não conseguia falar nada, fiquei parado em choque quando dei por mim já tinha feito a cirurgia. Parece que eu apaguei, não lembro do que aconteceu”.		
NOME: THOR	IDADE: 72 ANOS	SEXO: M
PROFISSÃO: Agricultor		
TIPO DE DEFICIÊNCIA FÍSICA: amputação de terço médio de fêmur esquerdo.		
“Eu tinha problema de diabetes, ai minha diabetes aumentou muito e eu não sabia. Um dia eu desmaiei lá em casa e me levaram para o posto. O médico mediu minha glicose e disse que tava muito alta para eu tomar o remédio. Ai fui pra casa e um dia eu percebi que tava com as pernas inchadas e as veias altas. Apareceu também um calo no meu dedão do pé esquerdo e foi inflamando, inflamando e a pena inchando e arroxendo ai quando fui cuidar, quando decidi ir no médico já não teve mais solução e disseram que ia cortar”.		
NOME: OZIRES	IDADE: 63 ANOS	SEXO: M
PROFISSÃO: Motorista de caminhão		
TIPO DE DEFICIÊNCIA FÍSICA: Hemiplegia à esquerda.		
“Eu era motorista de caminhão, vivia na estrada. Um dia quando cheguei em casa fui tomar um banho e deitei um pouco, deitei porque tava com uma dor de cabeça muito forte, ai quando deitei não consegui dormi e me deu um dor no peito , o braço, esse braço esquerdo começo assim a formigar, eu chamei minha mulher e ela chamou o vizinho que me colocou no carro e me levou no pronto socorro. Lá me deram um remédio e disseram que minha pressão tava alta e que u podia ter tido um derrame, Fiquei a noite lá e quando foi no outro dia, perto de meio dia eu tive outro , outra vez os meus sintomas. Ai eu desacordei e quando acordei mais tarde estava com a boca torna, não estava falando direito e minha perna esquerda e meu braço esquerdo estavam assim meio sem sentir, meio adormecido e me falaram que eu tinha tido um AVE. Depois de uma semana eu tive alta porque estavam esperando a pressão baixar para eu sair porque eu podia ter outro em casa. Você está bem e depois que acorda está sem se movimentar, sem poder se mexer direito é uma coisa muito triste e dá vontade até de morrer”.		
NOME: POSSEIDOM	IDADE: 68 ANOS	SEXO: M
PROFISSÃO: Agricultor		
TIPO DE DEFICIÊNCIA FÍSICA: Hemiplegia à direita.		
“Eu estava na roça e senti mal, fiquei tonto e deu uma dor de cabeça bem forte. Ai eu gritei meu filho que tava perto e cai no chão. Não lembro de mais nada. Quando dei por mim estava no hospital, deitado e com os médico e enfermeiro do meu lado. Ai eles me falaram o que tinha acontecido e que eu tinha dado um derrame. Fiquei internado uns 5 dias e depois fui pra casa. Primeiro eu não consegui sentir meu lado direito, minhas perna eu não conseguia tirar do lugar tava mole e meu braço, o direito também. Com os meses eu fui endurecendo mais, e depois endureceu demais que eu não conseguia esticar o joelho, a mão ficou torta e ai eu não conseguia nem apoiar, esticar a pena quando me colocavam de pé. Ai eu vim aqui pra Conquista, sai da roça e comecei a		

fazer fisioterapia aqui ai melhorou mais e hoje eu consigo andar um pouco de muleta aqui na fisioterapia em dentro de casa. Na maior parte do tempo eu ando de cadeira de roda”.		
NOME: BACO	IDADE: 19 ANOS	SEXO: M
PROFISSÃO: Sapateiro		
TIPO DE DEFICIÊNCIA FÍSICA: Hemiplegia à direita.		
“Minha vida sempre foi muito desregrada, eu sempre bebi, fumei muito e, além disso, meu trabalho tem um agravante que é a cola de sapateiro. Aquilo fazia um mal danado pra mim, mas eu tinha que suportar porque era meu trabalho. Um dia eu tava na sapataria e passei mal, senti uma dor na cabeça e a dor foi piorando e pedi pra um rapaz, uma que sempre ia lá Na sapataria um cliente para me levar no hospital. Quando cheguei lá, ele me deixou e eu fiquei esperando, depois de 4 horas é que me botaram pra dentro e eu falei o que tava sentindo e depois eu desmaiei. Quando acordei eu tava numa maca no corredor e me falaram que u tinha tido um AVC. Ai minha família chegou, o rapaz avisou que tinha me deixado lá pra minha mulher e como eu demorei pra voltar ela foi me ver. Quando eu vi minha mulher eu perguntei o que tinha acontecido e ela me disse e naquela hora eu só fiz chorar e chorei por muitos dias, foi difícil aceitar aquilo tudo e ainda é até hoje”.		
NOME: AMON	IDADE: 67 ANOS	SEXO: M
PROFISSÃO: Comerciante		
TIPO DE DEFICIÊNCIA FÍSICA: Hemiplegia à direita.		
“Eu já sou aposentado e moro com minha filha desde que eu fiquei viúvo, faz seis anos, e eu sai da roça e vim pra cidade e me aposentei. Ai veio a doença, eu tive um derrame porque eu tinha a pressão alta e não tomava o remédio nos horário certo, então a pressão subia e um dia eu acordei já com a boca assim virada, torna sem falar direito. E também assim com o corpo, um lado do corpo meio morto, sem responder direito quando eu queria mexer, levantar a pena e o braço direito. Ai minha família, minha filha e meu genro me levou pro hospital. Fiquei lá três dias pra baixar a pressão que tava muito alta e voltei pra casa. Ai me contaram que eu ficar com o braço e a perna com os movimentos prejudicados, eu fiquei meio triste, não vou mentir, pensei como é que ia ser, e ai caiu a ficha que eu ia ficar mais limitado e a tal da depressão me atingiu, eu fiquei muito triste, chorava muito . Isso foi uns seis meses assim”.		
NOME: VENUS	IDADE: 60 ANOS	SEXO: M
PROFISSÃO: Comerciante		
TIPO DE DEFICIÊNCIA FÍSICA: hemiplegia à esquerda		
“Eu vivia bem, quase não ia no médico. Um dia eu senti uma dor muito forte na cabeça, eu acordei assim e passei o dia todo e não tomei nada, nenhum remédio. Quando cheguei de noite eu fui pra casa e deitei. Ai eu comecei a sentir cada vez mais dor de cabeça e minha mulher chamou o SAMU, quando eles chegaram eu já tinha dado o AVE e estava deitado na cama e percebi que meu corpo do lado esquerdo está ficando assim meio mole. Eles me botaram na ambulância e me levaram para o Hospital. Lá eu fiz vários exames, eles me deram o remédio para cabeça e para pressão que estava muito, muito alta e fiquei lá repousando por Três dias e depois tive alta. Eu sempre comi muita coisa pesada, eu gosto de comida gordurosa, essas comidas boas, sabe que dá gosto de comer. Essas coisas cheias de frescura eu não gosto não. Meu paladar gosta é de buchada, rabada, sarapatel e eu gostava de comer isso, comia muito na rua essas comidas assim. Não era de beber não, não bebia não, não gosto nem do cheiro, nunca fui de beber nem de fumar, meu mal era a gula mesmo”.		
NOME: AFRODITE	IDADE: 60 ANOS	SEXO: F
PROFISSÃO: Costureira		
TIPO DE DEFICIENCIA FÍSICA: amputação de terço proximal de tibia direita.		
“Eu passei mal e me levaram pro pronto socorro, meu cunhado me levou. Fiquei tonto, deu uma dor muito forte de cabeça que eu caí no chão de tanta dor. Fiquei no hospital internado uma semana e tive o AVC lá, porque os remédios não baixavam a pressão. Ai fiquei assim, com esse lado esquerdo paralisado, não mexo quase nada, é bem pouco o movimento, só um tracinho de movimento. Sempre tive a pressão alta e esses tempos eu tive uns problemas na família, problema		

financeiro e acho que tudo mexia com minha pressão. Tava tendo dor de cabeça sempre e quando media a pressão tava sempre descontrolada, e o remédio não dava solução. Ai, aconteceu o que aconteceu”.