

**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO  
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM PSICOLOGIA  
CURSO DE MESTRADO**

**MARLA BERNARDES CARMINO DOS SANTOS DIAS LUNA**

**Representações Sociais da Deficiência nas Famílias: Um estudo  
comparativo**

**Seropédica**

**2014**

**MARLA BERNARDES CARMINO DOS SANTOS DIAS LUNA**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA DEFICIENCIA NAS FAMILIAS: UM  
ESTUDO COMPARATIVO**

Dissertação apresentado ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Processos psicossociais e coletivos

Orientadora - Luciene Alves  
MiguezNaiff

Seropédica/RJ  
Março de 2014



303.32  
3 Luna, Marla Bernardes Carmino dos  
Santos Dias, 1980-

L961r Representações sociais da  
T deficiência nas famílias: um estudo  
comparativo /Marla Bernardes Carmino  
dos Santos Dias Luna.- 2014.

128 f.

Orientador: Luciene Alves  
MiguezNaiff.

Dissertação (mestrado) -  
Universidade Federal Rural do Rio de  
Janeiro, Curso de Pós-Graduação em  
Psicologia.

Bibliografia: f.105-110.

1. Família - Aspectos sociais -  
Teses. 2. Deficientes - Relações com a  
família - Teses. 3. Deficientes -  
Aspectos sociais - Teses. I. Naiff,  
Luciene Alves Miguez, 1969-. II.  
Universidade Federal Rural do Rio de  
Janeiro. Curso de Pós-Graduação em  
Psicologia. III. Título.

**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO  
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM PSICOLOGIA  
CURSO DE MESTRADO**

**MARLA BERNARDES CARMINO DOS SANTOS DIAS LUNA**

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Psicologia**, no Programa de Pós-Graduação *StrictuSensu* em Psicologia.

**DISSERTAÇÃO APROVADA EM 21 de março de 2014.**

---

**Prof. Dr<sup>a</sup>. Luciene Alves MiguezNaiff (Orientadora)**

---

**Prof. Dr. Denis Giovani Monteiro Naiff**

---

**Prof. Dr<sup>a</sup>. Marli Lopes**

## DEDICATÓRIA

Às minhas filhas Gabriela e Beatriz, inspirações de vida que me ensinam a dar mais um passo e não ver o visível, nem esperar o possível, mais enxergar além do horizonte e sentir que *Tudo é possível ao que crê!*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecer a Deus, que me faz levantar todas as manhãs e sentir a vida.

Agradecer ao meu marido Silvio de Luna pelo incentivo, compreensão e parceria.

As minhas filhas Gabriela e Beatriz Luna, riquezas na minha vida.

Aos meus pais, João Carmino dos Santos Dias e Marilíbie Bernardes Carmino dos Santos Dias, suporte de todas as horas.

A minha tia Saraí Bernardes, pelo cuidado.

Às amigas: Deborah Ribeiro Rodrigues, informante do Mestrado e Mirian Cunha, pelo apoio quando necessário.

À minha orientadora Dr<sup>a</sup> Luciene Alves Miguez Naiff, pela dedicação, paciência e confiança.

À amiga Dr<sup>a</sup> Marli Lopes, pelo pontapé inicial.

A Dr<sup>a</sup> Valéria Marques de Oliveira, pelas contribuições no decorrer do curso.

Ao Dr Denis Giovani Monteiro Naiff, em compor a banca de defesa.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFRRJ.

As amizades construídas durante o curso.

As companheiras de viagem: Nilma Barros, Cristiane Sá e Rosane Rodrigues.

Aos familiares participantes da pesquisa.

Ao Centro de Reabilitação da Vila Militar - CERVIM, na pessoa da Professora e Fisioterapeuta Tânia Frazão.

Aqueles que direta e indiretamente me auxiliaram nessa caminhada, como também a Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro- Faperj, pelo apoio financeiro através da bolsa de estudos no decorrer do curso.

**Até a próxima!!!**

## **Epigrafe**

*“O semeador vive e sempre viverá dos milagres das  
sementes”  
(UFRRJ-anônimo)*

## RESUMO

A presente pesquisa se propôs desenvolver um estudo psicossocial, a partir do referencial teórico da Teoria das Representações Sociais acerca da deficiência e seu impacto nas famílias em nossa sociedade. Assim, identificar as representações sociais da família sobre deficiência pode se tornar uma maneira de subsidiar ações que possam ajudar a família, a pessoa com deficiência e a sociedade a lidar melhor com essa temática. O principal objetivo desta pesquisa foi identificar as representações sociais da deficiência nas famílias, independente do tipo de deficiência, considerando 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” (Relatório Mundial sobre a Deficiência, 2012). Optou-se comparar a representação de dois tipos de grupos familiares: um grupo familiar no qual há convívio direto com pessoas com deficiência e outro grupo familiar em que não há convívio direto com pessoas com deficiência. Esta pesquisa foi de caráter quantitativo e qualitativo. Para tanto utilizamos questionários com questões fechadas e abertas e tarefas de evocação livre. Na utilização de questionários pretendeu-se comparar as representações sociais de cinquenta e quatro famílias de cada grupo sob dois objetos Deficiência e Pessoa com Deficiência. As famílias que possuem alguma pessoa com deficiência são pertencentes ao CERVIM (Centro de Reabilitação da Vila Militar) que atende pessoas de todo o estado do Rio de Janeiro que necessitam de reabilitação. As famílias que não possuem pessoas com deficiência foram abordadas por conveniência, seguindo o mesmo critério, a eleição pela própria família do membro que pode representá-la. A pesquisa foi realizada com famílias residentes no Estado do Rio de Janeiro. O referencial teórico utilizado está baseado em estudos de Moscovici, Jodelet, Sá e Abric, assim como os estudos sobre a família e deficiência, Ariès; em Glat, Omote, Buscaglia, Amaral e outros. Os resultados apontam as representações sociais nas famílias com convívio direto às pessoas com deficiência ligadas aos aspectos da dinâmica cotidiana, dos direitos e da visão de compreender a pessoa com deficiência além de sua condição, como sujeito. As famílias que não apresentam essa realidade possuem representações sociais relacionadas a sentimentos de pena, compaixão, com olhar para a pessoa com deficiência ainda impregnado de desconhecimento, gerando preconceitos e discriminações. Como semelhança os grupos apontaram a dificuldade vivida pela pessoa com deficiência para garantir seus direitos, a falta de infraestrutura/acessibilidade, além da falta de políticas públicas efetivas, educação e saúde disponíveis e qualificadas.

Palavras chaves: pessoa com deficiência, família e representação social.

## ABSTRACT

### **Social representations of disabilities in families: a comparative study**

This study intended to develop a psychosocial study, from the theoretical framework of the Theory of Social Representations about the disability and its impact on families in our society. Thus, to identify the social representations of the family on disability can become a way of subsidizing actions that can help families, the disabled person and society to better deal with this issue. The main objective of this research was to identify the social representations of disability in families, regardless of type of disability, considering that "disability results from the interaction between persons with impairments and attitudinal and environmental barriers that hinders their full and effective participation in society on an equal basis" (World Report on Disability 2012, p. 4). We chose to compare the representation of two types of family groups: a family group in which there is direct contact with people with disabilities and another family group in which no direct contact with people with disabilities. This research was both quantitative and qualitative. To use both questionnaires with closed and open questions and free recall tasks. In the use of questionnaires was intended to compare the social representations of fifty-four families from each group in two and Disabled Person with Disabilities objects. Families who have someone with disabilities belonging to CERVIM (Rehabilitation Center of Military Village) that serves people from all over the state of Rio de Janeiro who need rehabilitation. Families that do not have people with disabilities were addressed for convenience, following the same criteria, the election by the family member who can represent it. The survey was conducted with families residing in the State of Rio de Janeiro. The theoretical framework is based on studies of Moscovici (1961, 2012), Jodelet (2001), Sá (1996, 1998, 2002, 2007) and Abric (1994, 2005), as well as studies on the family and disability, Aries (1981); in Glat (1995, 2004, 2007), Omote (1996) Buscaglia (1997), Amaral (1988, 2001) and others. The results indicate the social representations in families with direct contact people with disabilities related to aspects of everyday dynamics of rights and the vision to understand the person with disabilities as well as their status as subject. Families that do not exhibit this reality have social representations related to feelings of pity, compassion, look for the person with disabilities is still steeped in ignorance, generating prejudice and discrimination. How similarity groups pointed out the difficulty experienced by people with disabilities to ensure their rights, lack of infrastructure / accessibility, and the lack of effective public policy, education and health care available and qualified.

Keywords : people with disabilities , family and social representation .

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Relação entre objetivos de pesquisa e tipo de coleta	16
<b>Tabela 2</b> - Categorias do grupo sem convívio direto/questão 05	54
<b>Tabela 3</b> - Categorias grupo sem convívio direto/ questão 06	59
<b>Tabela 4</b> - Distribuição das categorias do grupo em convivência/questão 05.	66
<b>Tabela 5</b> - Distribuição de categorias do grupo em convivência/questão 06	71
<b>Tabela 6</b> - Quadro de quatro casas-grupo sem convívio/Termo indutor: Pessoa com deficiência.	83
<b>Tabela 7</b> - Quadro de quatro casas- grupo sem convívio/Termo indutor: Deficiência	84
<b>Tabela 8</b> - Quadro de quatro casas– grupo com convívio direto/Termo indutor: Pessoa com deficiência.	86
<b>Tabela 9</b> - Quadro de quatro casas – grupo com convívio/Termo indutor: Deficiência.	87
<b>Tabela 10</b> - Os elementos comuns em nos objetos e grupos pesquisados	96

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1-</b> Dados sociodemográficos referente a moradia com pessoas com deficiências.	45
<b>Gráfico 2 -</b> Distribuição dos participantes quanto ao gênero.	45
<b>Gráfico 3 -</b> Distribuição da renda familiar dos participantes.	45
<b>Gráfico 4 -</b> Distribuição de acordo com a faixa etária dos participantes.	46
<b>Gráfico 5-</b> Dados sociodemográficos referente a ausência de moradia com pessoas com deficiências.	46
<b>Gráfico 6 -</b> Distribuição dos participantes quanto ao gênero.	47
<b>Gráfico 7 -</b> Distribuição da renda familiar dos participantes.	47
<b>Gráfico 8 -</b> Distribuição de acordo com a faixa etária dos participantes.	48

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Intersecção entre os termos indutores do grupo sem convívio	83
<b>Figura 2</b> - 2º Quadrante dos objetos Deficiência e Pessoa com deficiência no grupo sem convívio direto	84
<b>Figura 3</b> - 3º Quadrante dos objetos Deficiência e Pessoa com Deficiência no grupo sem convívio direto	85
<b>Figura 4</b> - 4º Quadrante dos objetos deficiência e pessoa com deficiência no grupo sem convívio direto	85
<b>Figura 5</b> - Intersecção dos termos indutores no grupo com convívio direto	87
<b>Figura 6</b> - 2º Quadrante dos objetos deficiência e pessoa com deficiência no grupo com convívio direto	88
<b>Figura 7</b> - 3º Quadrante dos objetos deficiência e pessoa com deficiência no grupo com convívio direto	89
<b>Figura 8</b> - 4º Quadrante dos objetos deficiência e pessoa com deficiência no grupo com convívio direto	89
<b>Figura 9</b> - Os prováveis elementos do núcleo central do objeto pessoa com deficiência nos grupos	90
<b>Figura 10</b> - Os prováveis elementos do núcleo central do objeto Deficiência nos grupos	92

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I - TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS</b>	<b>4</b>
<b>1.1. Definindo representações sociais</b>	<b>4</b>
<b>1.2. Fundamentos da Teoria das Representações Sociais de Serge Moscovici (1961)</b>	<b>6</b>
<b>1.3. A Teoria das Representações Sociais (TRS): conhecendo seus principais pressupostos</b>	<b>7</b>
<b>1.4. A Teoria do Núcleo Central – TNC.</b>	<b>12</b>
1.4.1. A metodologia das Representações Sociais segundo a abordagem estrutural	15
1.4.2. A zona muda das representações sociais.	17
<b>1.5. Considerações sobre a relação Representações Sociais e Práticas Sociais</b>	<b>19</b>
<b>CAPÍTULO II– AS IMPLICAÇÕES SOBRE A DEFICIÊNCIA</b>	<b>21</b>
<b>2.1. A Deficiência e seu contexto histórico no mundo</b>	<b>21</b>
2.1.1. Os primeiros passos para humanização de algumas modalidades de deficiência: a história da reabilitação	24
2.1.2. Contexto histórico da Deficiência no Brasil	25
<b>2.2. A deficiência no Brasil e no mundo até o início do século XXI</b>	<b>27</b>
2.2.1. Os modelos médico, social e biopsicossocial de classificação.	29
2.2.2. Algumas leis que vigoram no Brasil sobre a deficiência.	30
2.2.3. Leis específicas do Estado do Rio de Janeiro.	33
<b>2.3. A terminologia da Deficiência</b>	<b>35</b>
<b>2.4. A relevância atual do objeto de estudo escolhido</b>	<b>36</b>
2.4.1. A representação social sobre a deficiência.	36
2.4.2. Estudos recentes sobre a deficiência.	38
2.4.3. Deficiência e família.	39
<b>CAPÍTULO III - OBJETIVOS E METODOLOGIA</b>	<b>43</b>
<b>3.1. Objetivos</b>	<b>43</b>
3.1.1. Objetivos Gerais	43
3.1.2. Objetivos Específicos	43
<b>3.2. Metodologia</b>	<b>44</b>
3.2.1. Participantes	44
3.2.1.1. Grupo de participantes em que não há convivência direta com pessoas com deficiência	45
3.2.1.2. Grupo de participantes em que há convivência direta com pessoas com deficiência	46

3.2.2. Procedimentos	48
3.2.2.1. Instrumentos	49
3.2.3. Proposta de análise	49
3.2.4. Aspectos éticos	50
<b>CAPÍTULO IV – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	<b>52</b>
<b>4.1. Análise das questões abertas</b>	<b>52</b>
4.1.1. Grupo de família em que não há convívio direto com pessoas com deficiência	52
4.1.2. Grupo de família em que há convívio direto com pessoas com deficiência	64
4.1.3. Discussão e comparação dos resultados por questão e por grupo	76
<b>4.2. Análise das Evocações Livres</b>	<b>81</b>
4.2.1. Grupo de famílias sem pessoas com deficiência em sua convivência mais direta	82
4.2.1.1. Discussão das Análises das evocações dos dois termos indutores no grupo em que não há convívio direto com pessoas com deficiência	83
4.2.2. Grupo de famílias com pessoas com deficiência em sua convivência mais direta	86
4.2.2.1. Discussão das análises das evocações do grupo em que há convívio direto com pessoas com deficiência	87
<b>4.3. Análise geral das Evocações dos grupos pesquisados</b>	<b>90</b>
4.3.1. Análise dos prováveis elementos do núcleo central no objeto Pessoa com Deficiência nos grupos pesquisados	90
4.3.2. Análise dos prováveis elementos do sistema periférico no objeto Pessoa com Deficiência nos grupos pesquisados	91
4.3.3. Análise dos prováveis elementos do núcleo central no objeto Deficiência nos grupos pesquisados	92
4.3.4. Análise dos prováveis elementos do sistema periférico no objeto Deficiência nos grupos pesquisados	94
<b>4.4. Discussão e análise dos resultados em conjunto: evocação e perguntas abertas</b>	<b>95</b>
<b>CAPÍTULO V. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>102</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>105</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>111</b>

## INTRODUÇÃO

A presente pesquisa se propõe desenvolver um estudo psicossocial, a partir do referencial teórico da Teoria das Representações Sociais acerca da deficiência e seu impacto nas famílias e em nossa sociedade. Esse tema ganha relevância especial nos dias atuais, em que assistimos diversas mudanças na garantia de direitos das pessoas com deficiência.

É a partir da identificação e da popularização da necessidade de acesso aos direitos dessa parcela da população, que passamos a conhecer melhor suas necessidades e perceber aquilo que falta para que esses direitos sejam de fato atingidos.

O convívio de informações, muitas vezes desencontradas, com práticas de inclusão ainda frágeis pela falta de uma estrutura que as sustentem, torna-se terreno fértil para a apropriação de fenômenos ligados à deficiência por grupos sociais variados (Sá, 1996). Falar de pessoas com deficiência no Brasil significa, nos dias atuais, deflagrar uma série de discussões que já encontramos disponíveis nas mídias, na ciência, nas leis, nas conversações de uma maneira geral e que fazem as pessoas buscarem formas socialmente compartilhadas de se posicionarem e orientarem suas práticas produzindo o que o psicólogo social Serge Moscovici chamou das representações sociais (Jodelet, 2001).

Assim, identificar as representações sociais sobre deficiência, pode se tornar uma maneira de subsidiar ações que possam ajudar a família, a pessoa com deficiência e a sociedade a lidar melhor com essa temática.

Segundo o Relatório Mundial da Deficiência (2012), a deficiência atualmente é vista como um aspecto da condição humana. Portanto, de uma maneira ou de outra esta condição deverá afetar a todos seja através de uma deficiência temporária ou permanente, seja através das consequências do próprio envelhecimento.

De acordo com Amiralian *et al* (2000), no ano de 1976, surge na IX Assembleia da OMS - Organização Mundial de Saúde a *Internacional Classification of impairments, disabilities, and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease (ICIDH)* utilizada como referência na área da saúde e doença em alguns países, pois abrange de maneira mais detalhada as conceituações acerca da deficiência. Em 1989, a obra foi

traduzida como **Classificação Internacional de deficiências, incapacidades e desvantagens: um manual de classificação das consequências das doenças (CIDID)**.

Segundo a CIDID (1989), deficiência é:

Perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, temporária ou permanente. Incluem-se nessas a ocorrência de uma anomalia, defeito ou perda de um membro, órgão, tecido ou qualquer outra estrutura do corpo, inclusive das funções mentais. Representa a exteriorização de um estado patológico, refletindo um distúrbio orgânico ou uma perturbação no órgão (p.98).

O principal grupo social afetado pela existência da deficiência entre seus membros é o grupo familiar. A família exerce diversos papéis, dentre eles a proteção e cuidado. Nesse sentido, é na família que a questão da deficiência toma sentidos e significados específicos tornando-se, portanto, um grupo privilegiado na produção de representações sociais (Naiff, Sá & Naiff, 2005).

A partir das considerações expostas acima e da importância que os estudos psicossociais podem trazer na ampliação dos conhecimentos sobre a percepção da deficiência na sociedade brasileira, o principal objetivo desta pesquisa é identificar as representações sociais da deficiência nas famílias. Optou-se comparar a representação de dois tipos de grupos familiares: um grupo familiar no qual a deficiência é presente em algum membro mais próximo e em outro grupo familiar no qual a deficiência em si não está presente.

A comparação da representação desses dois grupos poderá evidenciar alguns objetivos específicos, como perceber se: existe diferença de representação entre os grupos pesquisados; se as diferenças existirem de que maneiras elas acontecem; que tipo de influência predominante acontece na construção das representações nos dois grupos; e se ocorre alguma incongruência sobre o que é dito do que é pensado a partir das considerações de Abric (2005) acerca da zona muda das representações sociais.

A escolha do referencial teórico da Teoria das Representações Sociais se justifica pelo objetivo de identificar como está sendo construído o pensamento social dos dois grupos familiares que serão pesquisados acerca da deficiência e permitirá, em última análise, conhecer como esse conhecimento socialmente partilhado irá orientar comportamentos. A principal obra de Jodelet (2005) acerca da loucura e das representações sociais já aponta

pistas de como a pessoa com deficiência é vista na sociedade e como essa percepção orienta práticas.

Buscamos em Ariès (1981), a noção de família que nos interessa, ou seja, família é uma construção social e cultural e sua definição está a serviço de seu tempo e história. Desta forma, nota-se que família é quem a pessoa define e aponta como sendo, independente de laços sanguíneos ou de residirem no mesmo espaço físico. Portanto, iremos pesquisar a família através da pessoa escolhida para representá-la e que tenha a maior participação como cuidadora da pessoa com deficiência. Nas famílias sem pessoa com deficiência, será a pessoa escolhida pelos outros membros para representá-los.

A composição da presente pesquisa está organizada da seguinte forma: apresentaremos a revisão bibliográfica dividida em dois capítulos, a saber: a) O primeiro capítulo destina-se a apresentar a Teoria das Representações Sociais de Serge Moscovici (1961), citando um breve histórico da Psicologia Social e suas perspectivas, o surgimento dos estudos em Representações Sociais, a Abordagem Psicossociológica e a Abordagem Estrutural em Jean Claude Abric; b) O capítulo II trará o objeto da presente pesquisa, a saber: **deficiência**. Abordaremos o modo como a deficiência é entendida através dos tempos pela sociedade como também o movimento histórico da terminologia utilizada até chegarmos a forma utilizada atualmente para a deficiência, além de explorar os conceitos de família e pontuar os estudos já realizados sobre este tema e quais estão surgindo na atualidade.

O terceiro capítulo abordará os objetivos e a metodologia apresentando os participantes, os instrumentos, e os procedimentos.

O quarto capítulo refere-se aos Resultados obtidos a partir dos questionários aplicados em pesquisa nos grupos de famílias participantes através das aplicações metodológicas escolhidas.

Segue as conclusões, a apresentação das referências que compõem a revisão bibliográfica e os anexos da pesquisa.

## CAPÍTULO I

### TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Vários pensadores fizeram uso da terminologia “representações” em suas experimentações. Portanto, utilizar o termo representar não é exclusividade da Teoria do psicólogo social Serge Moscovici. No entanto, Vala (2004) destaca que no estudo das representações tidas como **sociais**, o sujeito se remete aos aspectos sociais de pertença, comunicação e na representação atenta-se para sua função e eficácia sociais. É dessa representação social, inserida no escopo teórico da Psicologia social sociológica que nos referimos ao tratar do presente capítulo.

#### 1.1. Definindo representações sociais

Para apresentarmos a Teoria das Representações Sociais teremos que retornar às suas raízes epistemológicas. Conforme afirma Jodelet (2001), o nascimento dos estudos sobre as representações está em Émile Durkheim em 1912 que cunha a expressão representações coletivas ao se referir aos mitos e crenças duradouras em grupos sociais. Meio século depois esse conceito é retomado nos estudos das representações com a obra seminal de Moscovici em 1961, *Psychanalyse: son image et son public*. Moscovici atualiza o conceito de Durkheim e desenvolve a Teoria das Representações Sociais (1961) e seus conceitos básicos. No período

entre o 1960 e 1970 este estudo ganha maior visibilidade, atraindo demais estudiosos como Abric em 1976; Codol em 1969 e Flament em 1967.

Jodelet (2001) argumenta que Durkheim, que era sociólogo, distinguia as representações em seus estudos como sendo individuais ou coletivas. As representações coletivas para Durkheim são produto de uma sociedade, refere-se às representações duradouras, tradicionais passadas por gerações e ligadas à cultura e assunto da sociologia. As representações individuais seriam específicas de cada pessoa e próprias dos estudos da psicologia. Já Moscovici (2012) atualiza a visão das representações coletivas para uma perspectiva mais contemporânea e aproxima a psicologia da sociologia com a Teoria das representações sociais. Esse conceito está mais a serviço dos tempos modernos e se espalham rapidamente pela população com um período mais curto de existência, sendo consideradas como uma psicologia do cotidiano ou ciência do senso-comum.

O final da década de 70 e início da década de 80 foram considerados como o período de grande efusão nos estudos sobre representações sociais. De tal modo que ocorre o surgimento de duas escolas na Europa: a Escola de Aix – in – Provence e a Escola de Genebra com interesses nas relações intergrupais, na formação das representações sociais nas relações grupais, nas relações sociais e na orientação das práticas. Estas escolas repercutem no Brasil e entre a década de 80 a 90 surgem os primeiros trabalhos em representação social na América Latina (Jodelet, 2011).

O conceito de representações sociais nunca foi totalmente concluído por Moscovici. O autor sempre chamou a atenção para a necessidade de deixar o conceito em aberto para que pudesse receber contribuições futuras. Nesse sentido, cabe aqui citar algumas definições sobre representações sociais. Moscovici (1981) afirma que:

Por representações sociais, entendemos um conjunto de conceitos, proposições e explicações originado na vida cotidiana no curso de comunicações interpessoais. Elas são o equivalente, em nossa sociedade, dos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais; podem também ser vistas como a versão contemporânea do senso comum (p. 181).

Comenta Abric (1998) sobre representação que:

Toda representação é, portanto, uma forma de visão global e unitária de um objeto, mas também de um sujeito. Esta

representação reestrutura a realidade para permitir a integração das características objetivas do objeto, das experiências anteriores do sujeito e do seu sistema de atitudes e de normas. Isto permite definir a representação como uma visão funcional do mundo, que, por sua vez, permite ao indivíduo ou ao grupo dar um sentido às suas condutas e compreender a realidade através de seu próprio sistema de referências; permitindo assim ao indivíduo de se adaptar e de encontrar um lugar nesta realidade. (pp.27-28)

Jodelet (2001) diz que 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).

Diante das definições descritas acima sobre representações sociais, três pontos de vista podem ser considerados: o primeiro é o epistemológico, focalizado nos processos cognitivos; o segundo é o psicodinâmico, onde a ênfase está em mecanismos intrapsíquicos e o último o social ou coletivo que se refere à análise dos dois processos, cognitivo e psicodinâmico, acrescido da análise do pertencimento, da participação social e cultural do sujeito (Sá, 1996).

De acordo com Palmonari e Cerrato (2011), três aspectos também colaboraram no marco da construção da Teoria das Representações Sociais: a aquisição das percepções e crenças através da interação social, a importância das crenças e das representações e o papel delas na vida do sujeito. A partir dessas fundamentações dá-se mais importância às relações e interações sociais às relações sujeito/objeto e surge então a proposta de Moscovici em centralizar a pesquisa no plano coletivo. Assim, a pesquisa psicossocial além de envolver os processos e os conteúdos do pensamento social, enfatiza as relações sociais, intersubjetivas e as relações entre sujeito/objeto.

## **1.2- Fundamentos da Teoria das Representações Sociais de Serge Moscovici (1961)**

A obra seminal de Moscovici em 1961 trata sobre as representações sociais da psicanálise na comunidade parisiense. Moscovici (1961; 2012) retoma a origem das representações sociais a partir das considerações de Durkeim sobre as representações

coletivas. Em sua reflexão, as representações sociais constituíam uma classe muito geral de fenômenos psíquicos e sociais compreendendo o que chamamos de ciência, ideologia, mito etc. Elas diferenciavam o aspecto individual do aspecto social, e paralelamente a vertente perceptiva da vertente intelectual do funcionamento coletivo:

um homem que não pensaria por conceitos não seria um homem; pois não seria um ser social, reduzido que estaria somente ao aspecto perceptivo individual, ele seria indiferenciado e animal”. “Pensar conceitualmente não é só isolar e agrupar juntas as características comuns a certos objetos; é subsumir o variável no permanente, o individual no social (p.39 e 40).

Moscovici (2012) ainda destaca que em Durkeim a noção de representação perde sua clareza na medida em que não é abordado literalmente, nem explicado, o modo de organização do pensamento social. A Representação Social para Moscovici (2012) é um guia que prepara não só o comportamento, mas também reconstitui elementos do meio no qual o comportamento vai ocorrer.

De acordo com Vala (2004), enquanto para Durkeim as representações coletivas são as imutáveis, mais rígidas e permeiam toda uma coletividade independente da cultura e composição sócio-histórica desse grupo, Moscovici (1988) as chamará de representação social hegemônica e acrescenta mais dois tipos de representações sociais: as representações sociais emancipadas e as representações sociais polêmicas.

Uma das questões abordadas (Vala, 2004) quanto a relação sujeito-objeto diz respeito à importância que Moscovici dá para a dimensão processual em que coloca a representação: “a representação, como pensamos, não é a instância intermediária, mas um processo que, de alguma forma, torna o conceito e a percepção intercambiáveis pelo fato de se engendram reciprocamente”. (Vala 2004, p. 53)

Jodelet (2011) afirma que o conceito de representação social foi renovador para a Psicologia Social agregando as demais ciências ao conceito, como a Antropologia, Sociologia e História. Hoje é estudada e utilizada por diversas ciências com inúmeras aplicações, mas para a autora é preciso dizer que:

as representações devem ser estudadas articulando-se elementos afetivos, mentais e sociais e integrando -ao lado da cognição, da linguagem e da comunicação- a consideração das relações

sociais que afetam as representações e a realidade material, social e ideativa sobre a qual elas têm de intervir (p. 26).

Aos desdobramentos da representação social, a formação das escolas de pensamento e aos caminhos que levaram às novas abordagens são os temas que pretendemos nos aprofundar no próximo capítulo. Desde os fundamentos da Teoria da Representação Social até chegarmos à linha de pesquisa de Abric e Flament, a chamada Abordagem Estrutural das Representações Sociais.

### **1.3. A Teoria das Representações Sociais (TRS): conhecendo seus principais pressupostos**

Para se entender a Teoria das Representações Sociais é preciso conhecer suas classificações, dimensões e processos (Vala, 2004; Jodelet, 2001). Moscovici (1988) apresenta a seguinte tipologia para a Teoria das Representações Sociais:

1 - **Representações sociais hegemônicas:** se referem às representações coletivas de Durkeim e se caracterizam pela uniformidade, pelo modo cristalizado e rígido compartilhado e presente em um grupo. Como exemplo, cita uma nação, um partido e a igreja.

2 - **Representações sociais emancipadas:** são resultados das trocas de significados diferentes referente a um mesmo objeto. Como exemplo, citamos a obra de Jodelet (1989) sobre a representação da doença mental em um vilarejo da França.

3 - **Representações sociais polêmicas:** são as que ocorrem durante os conflitos sociais e nada mais são do que as reflexões particulares de cada um sobre um mesmo objeto.

Jodelet (2001) afirma que “as representações sociais se elaboram por meio das (e nas) relações de comunicação” (p. 193). Para Vala (2004), os sistemas de comunicação podem interferir nas construções das representações sociais e servem como alimentadores para as mesmas.

Assim, as representações hegemônicas seriam alimentadas pela comunicação de propagação. Essa forma de comunicação fornece a manutenção das representações já existentes e podem integrar novas representações (Vala 2004). Jodelet (2001) comenta que

nessa relação de propagação procura-se acomodar os novos conteúdos aos princípios já existentes no grupo.

Quanto às representações polêmicas, para Vala (2004) o alimentador é a propaganda, que exercerá as funções de organização, mobilização e regulação do grupo. A função de *regulação* serve para manter a identidade desse grupo; a de *organização* se dá através dos investimentos de valores como verdades imutáveis e a de *mobilização* prescreve ao grupo as ações do mesmo identificando seus objetivos. Referente à propaganda afirma Jodelet (2001) que se estabelece mais em relações sociais conflituosas, já que pode ser transmitido uma visão antagônica entre um saber legítimo, verdadeiro e um saber ilegítimo ou falso saber.

Ao se referir as representações emancipadas, comenta Vala (2004), a comunicação é de difusão, onde às visões contraditórias podem de certa forma ser mais receptível pelo grupo devido à elevada incerteza e ambiguidade presentes. Para Jodelet (2001), a difusão é “caracterizada por uma indiferenciação entre a fonte e os receptores da comunicação” (p.191).

Moscovici (1961; 2012) apresenta os processos sociocognitivos de objetivação e ancoragem como os maiores processos formadores da representação social. O processo de objetivação é aquele que:

permite tornar real um esquema conceitual e substituir uma imagem por sua contrapartida material, resultado que tem primeiro um alcance cognitivo: o estoque de indícios e de significantes que a pessoa recebe, emite e manipula no ciclo das infracomunicações pode tornar-se superabundante. Para reduzir a distância entre a massa de palavras que circulam e objetos que as acompanham, e como não se poderia falar de “nada”, os “signos linguísticos” são acoplados a “estruturas materiais” (tentamos acoplar a palavra à coisa). Esse processo é mais indispensável quanto mais a linguagem – a linguagem científica principalmente – pressupuser as convenções que fixam sua adequação ao real. (Moscovici, 2012, p.100)

Enquanto a objetivação sintetiza-se na imagem, o conceito da ancoragem, como o nome já diz, encaixa ou fixa o conceito a um já existente para que ocorra a assimilação. Afirma Moscovici (2012):

A ancoragem designa a inserção de uma ciência na hierarquia dos valores e nas operações concretizadas pela sociedade. Em outras palavras, pelo processo de ancoragem, a sociedade torna

o objeto social um instrumento do qual pode dispor e esse objeto é colocado numa escala de preferência nas relações sociais existentes. Poderíamos também dizer que a ancoragem transforma a ciência em quadro de referência e em rede de significações, mas seria um pouco apressado (...) o mesmo resultado é buscado no processo de ancoragem que transforma a ciência de conhecimento útil a todos. Melhor dizendo, a objetivação transfere a ciência para o domínio do *ser* e a ancoragem a delimita no do *fazer* para contornar o impedimento de comunicação (p.156).

Jodelet (2001) comenta que a objetivação nada mais é do que a concretização do abstrato, transformando em imagem, um saber. Quanto à ancoragem, consiste na familiarização do que é assimilado como estranho, a princípio.

Vala (2004) acrescenta que o processo de objetivação envolve três momentos: a construção seletiva, a esquematização e a naturalização. Entende-se por construção seletiva o processo de seleção e descontextualização, pois para se tornar mais útil e comunicável uma nova mensagem sofre redução e acentuação, que são os processos de seleção.

Quanto à esquematização, esta é a organização para constituírem um padrão de relações estruturadas, o que correspondem a uma dimensão imagética ou figurativa; cada elemento de sentido corresponde a uma imagem. A naturalização é onde os esquemas retidos são constituídos em categorias naturais que adquirem materialidade (Vala, 2004).

Ao referir-se à função do processo de objetivação, diz Vala (2004):

O processo de objetivação consiste assim, em identificar os elementos que dão sentido a um objeto, a sua seleção de um conjunto mais vasto de conceitos, as relações entre esses conceitos (reconstrução de um esquema), a sua figuração e as modalidades que assume a sua naturalização (p. 467).

No processo de naturalização, descrito acima, a materialização de uma ideia processa-se por meio de três situações: da personificação, da figuração e da ontologização. Vala (2004) afirma que a personalização é materializar num nome ou num rosto uma ideia, associar uma teoria a um objeto, que pode ocorrer através da tradução de uma ideia em exemplares ou em um protótipo.

Na personalização dizer que a tradução é por exemplares, significa que a informação é apreendida como se apresenta e que uma categorização corresponde a um conjunto de

exemplares, onde os atributos de uma categoria variam de acordo com os exemplares registrados nessa categoria. Quando à tradução se dá por protótipo, os saberes sociais sobre um objeto são representados como organização de conhecimento por meio do protótipo que é um conjunto de características que definem os membros de uma categoria (Vala, 2004).

O outro processo existente na naturalização, afirma Vala (2004) é a metaforização em que a difusão de uma nova ideia no grupo estaria dependente da sua figuração em imagens e metáforas que transmitam o essencial do seu conteúdo de forma aceitável para o quadro de valores do grupo. Afirma o referido autor acima: “as metáforas não são meras figuras de estilo ou retórica, mas expressões do próprio processo de pensamento, permitindo transferências de sentido e a naturalização do que era abstração conceptual” (p.472).

Sobre o estudo da ancoragem, Vala (2004) diz que: “refere-se à assimilação de um objeto novo por objetos já presentes no sistema cognitivo” (p. 475). Este processo de ancoragem está presente no antes e no depois do processo de objetivação; antecede a objetivação porque qualquer construção exige pontos de referência para se ancorar e a precede para dar sentido aos acontecimentos, aos comportamentos, as pessoas, aos grupos e aos fatos sociais. A ancoragem funciona como um estabilizador do meio, pois é redutor de novas aprendizagens e de comportamentos inovadores.

Conforme Vala (2004) cita, há duas perspectivas no processo de ancoragem. A primeira perspectiva foi criada por Doise em 1992, que divide a ancoragem em três tipos: ancoragem psicológica, ancoragem sociológica e ancoragem psicossociológica. Cabe definir aqui cada tipo de ancoragem:

1- **Ancoragem psicológica:** são “modelações de uma representação que decorrem do nível de análise individual ou interindividual. De certa forma, este tipo de ancoragem remete para uma perspectiva diferencialista ou para processos intra-individuais básicos” (Vala 2004, p.475);

2- **Ancoragem sociológica:** analisa a relação social diretamente ligada a representação social, onde experiências comuns às pessoas de um grupo provocam representações sociais semelhantes no grupo; e

3- **Ancoragem psicossociológica**: consiste na maneira como os indivíduos nas reações sociais e nas divisões posicionais e categorias de um dado campo social localizam-se simbolicamente. Inclui-se aqui a análise de identidades e representações sociais.

Moscovici (1961; 2012) também argumenta sobre as três dimensões da representação social que são: **atitude**, **campo de representação** ou imagem e a **informação**. A informação está para a organização do conhecimento, assim como o campo de representação está para ideia de imagem e a atitude para a tomada de decisão ou posição. Entretanto é a partir da atitude, conclui Moscovici, que a informação e a representação de algum objeto acontecem.

Ao se considerar as dimensões, acrescentou Moscovici (2012):

deduz-se que a atitude é a mais frequente das três dimensões e, talvez, geneticamente seja a primeira. Consequentemente é razoável concluir que nos informamos e representamos alguma coisa unicamente depois de ter tomado uma posição e em função desse posicionamento (p. 69).

Segundo Vala (2004), as representações sociais possuem a função de atribuição de sentido ou a organização significativa do real. Na atribuição há dois caminhos que se segue: no primeiro é a atribuição em que se privilegia mais as causas internas às causas externas, o que é chamado de erro fundamental. Já o segundo caminho da atribuição dá-se ênfase aos fenômenos ou comportamentos sociais, no qual as explicações do tipo social prevalecem às individuais.

Pontuamos até aqui algumas considerações sobre a Teoria das Representações Sociais. Antes de finalizarmos este subitem, é interessante pautarmos sobre as escolas que deram prosseguimento na Europa aos estudos da Teoria das Representações Sociais, as quais influenciaram e ainda influenciam as pesquisas no mundo acadêmico.

Conforme afirma Jodelet (2011), a Escola de *Genebra*, tem Doise como principal expoente e visa estudar as dinâmicas representacionais voltadas ao contexto das relações sociais, chamada de ordem societal.

Outra escola que pretendemos dar ênfase é a Escola *Aix em Provence*, especificamente à abordagem Estrutural de Abric e Flament a qual esclarece Jodelet (2011), está focada na autenticidade da transformação das representações, apropriando-se do estudo da dinâmica do núcleo central e sistema periférico além da atenção aos intervenientes como as práticas

sociais. Deixaremos para o próximo subitem as contribuições da Teoria do Núcleo Central das representações sociais visto que será essa a abordagem escolhida para dar suporte teórico e metodológico ao presente estudo.

#### **1.4. A teoria do núcleo central – TNC**

A Teoria do Núcleo Central foi proposta em 1976 por Jean Claude Abric através de sua tese de doutorado em pesquisa experimental. Nesta obra o autor remete sua idéia aos trabalhos de Heider de 1927 sobre atribuição de causalidade e Asch em 1946 sobre os experimentos com traços centrais na percepção de pessoas, além do próprio Moscovici (1961) que traz na construção da Teoria “mãe” a concepção de núcleo figurativo resultante de um processo de formação da objetivação. Para Abric (1994), no entanto, a diferença de sua proposta de núcleo central para a noção de núcleo figurativo está no caráter imagético da objetivação, conceito que Abric abandona pela sua dificuldade de identificação e manejo em pesquisa empírica (Abric, 1994; Sá, 1996).

Assim Abric (1994) afirma que as representações sociais estão organizadas em torno de um núcleo e este determina sua organização interna e significação. O núcleo é como um subconjunto da representação, pois a ausência dele daria uma significação totalmente diferente à representação. Sobre o núcleo central afirma Abric (1994):

la organización de una representación presenta una modalidad particular, específica: no únicamente los elementos de la representación son jerarquizados sino además toda representación está organizada alrededor de un núcleo central, constituido por uno o varios elementos que dan su significación a la representación”. (p.18)

O núcleo central, segundo Abric (1994), é um elemento estável que estrutura a representação e possui duas funções essenciais: a) a função geradora, pois é através dela que se cria ou se transforma os elementos constitutivos da representação; e b) a função organizadora que determina a natureza dos laços que unem entre si os elementos da representação.

Jodelet (2001) refuta que “o lugar de coerência de uma representação autônoma é o núcleo central da representação (...) o núcleo é uma estrutura que organiza os elementos da representação e lhes dá sentido” (p. 175).

Além das funções, o núcleo central pode assumir duas dimensões: a dimensão funcional, no qual o núcleo se constitui dos elementos mais importantes para a realização da tarefa; e a dimensão normativa, onde uma norma, ou um estereótipo, ou atitude estão presentes fortemente no núcleo da representação (Abric, 1994).

Abric (1994) faz referência a Claude Flament na formulação dos grandes tipos de representação, pois para Abric (1994) nem todos os objetos são passíveis de serem representado. Este, segundo o autor é o cerne da diferenciação entre representações autônomas e as representações não autônomas. Nas autônomas o objeto faz parte do núcleo central, está incluído com solidez na representação. Nas não autônomas o núcleo central está fora do objeto em si.

Acrescenta Abric (1994), que o sistema central da representação social chamado de núcleo central é determinado socialmente, marcado pelas condições históricas, sociológicas e ideológicas. É o núcleo que garante a estabilidade e homogeneidade da representação. O autor afirma que: “Luego el núcleo es simple, concreto, gráfico y coherente, corresponde igualmente al sistema de valores al cual se refiere el individuo, es decir que lleva la marca de la cultura y las normas del entorno social” (p. 20).

No Brasil, os estudos da Teoria das Representações Sociais são aplicados desde a década de 80, destacando-se, sobretudo os estudos do psicólogo social Celso Sá (1996) que vem se dedicando a aprofundar os estudos sobre a Teoria do Núcleo Central e as aproximações da TRS com os estudos de memória social.

Sá (1996) complementa a discussão sobre as características do Núcleo Central afirmando ser ele de certa forma independente do contexto social e material imediato. O núcleo se caracteriza por ser estável, contínuo, permanente e resistente à mudança.

As representações sociais são formadas por um duplo sistema, um deles já descrito, é o sistema central, o outro é chamado de sistema periférico e como o nome já diz encontra-se ao redor do sistema central. Sobre o sistema periférico Abric (1994) afirma:

Constituyen lo esencial del contenido de la representación, su lado más accesible, pero también lo más vivo y concreto.

Abarcan informaciones retenidas, seleccionadas e interpretadas, juicios formulados al respecto del objeto y su entorno, estereotipos y creencias. Estos elementos están jerarquizados, es decir que pueden estar más o menos cercanos a los elementos centrales: próximos al núcleo, desempeñan un papel importante en la concreción del significado de la representación, más distantes de él ilustran, aclaran, justifican esta significación. Si como lo pensamos, los elementos centrales constituyen la clave de bóveda de la representación, los elementos periféricos desempeñan también un papel esencial en la representación (p. 23).

Segundo Jodelet (2001), nos esquemas periféricos há a decodificação de uma dada situação, indicando o que é de certo modo normal e o que não é normal ou adequado. Quando a situação é considerada normal, ou fora de ameaça, a representação funciona sem a necessidade de passar por análises constantes. Acrescenta ainda que:

Na realidade, a periferia da representação serve de pára-choque entre uma realidade que a questiona e um núcleo central que não deve mudar facilmente. Os desacordos da realidade são absorvidos pelos esquemas periféricos que, assim, asseguram a estabilidade (reativa) da representação (Jodelet, 2001, p.178).

No sistema periférico, descreve Abric (1994), podem-se exercer as funções de concretização, função de regulação e função de defesa. A primeira função de *concretização* concede a compreensão da representação em termos mais acessíveis e concretos. A segunda função, a *reguladora*, faz com que informações novas possam ser integradas ou não, devido à permeabilidade dos elementos periféricos. A terceira função de *defesa*, como já se diz, protege o núcleo central das transformações e interpretações novas, pois essas ocorrem no nível periférico.

Acerca das funções exercidas pelo sistema periférico, Jodelet (2001) descreveu algumas considerações sobre a ideologia e as práticas sociais e representações. Para a autora, as ideologias estão no sistema periférico, ou seja, não atingem o núcleo central de uma representação. No entanto, as práticas sociais estão diretamente ligadas ao núcleo central de uma representação levando a transformação de toda a representação já que afeta o núcleo central. As práticas sociais podem estar em total contradição com a representação e se assim o for aparecem os esquemas estranhos na representação e a modificação é agressiva, impactante

para a mudança, pois se rompe com o passado. Porém, se as práticas sociais a princípio forem aceitas, a transformação da representação acontece paulatinamente, sem grandes impactos de mudança, ainda preservando ligações com o passado.

A partir do que foi visto até aqui acerca da abordagem estrutural das representações sociais, é importante ressaltar os avanços que essa proposta trouxe ao entendimento da TRS originalmente proposta por Moscovici. Os avanços não seguiram somente na perspectiva teórica. Importantes desenhos metodológicos foram desenvolvidos e aperfeiçoados, faz-se necessário apresentar um breve resumo desses estudos.

#### **1.4.1- A metodologia das representações sociais segundo a abordagem estrutural**

Abric (1994), sobre a metodologia de coleta das representações sociais, aponta dois impasses: a coleta em si e a análise dos dados. Afirma o autor, que todo método aplicado deve estar em acordo com a natureza do objeto em estudo, ou seja, com as considerações empíricas e mais do que isso, a metodologia deve harmonizar com o suporte teórico que sustenta a pesquisa.

A representação social é formada por dois componentes, que são: a) *o conteúdo*, que aqui Abric (1994) faz referência às informações e as atitudes pautadas em Moscovici (1961); e, b) *a organização*, que nada mais é do que a estrutura interna ou campo da representação. O autor ressalta a importância dos dois componentes, sendo que o conteúdo e a organização da representação social encontram-se hierarquizados, ou seja, é mais importante o que está no núcleo central. Diz Abric (1994):

Una representación social se define por dos componentes: por un lado, su contenido (informaciones y actitudes para utilizar los términos de Moscovici), y por el otro su organización, es decir su estructura interna (el campo de la representación). Por tanto no es únicamente el contenido en si mismo lo que ser investigado, sino también la organización de ese contenido. Según nosotros esa organización reposa sobre una jerarquía determinada, entre elementos, por lo que hemos denominado el núcleo central (p. 54).

Conforme nos diz Abric (1994), a pesquisa é dividida em etapas de coleta de dados conforme os seus objetivos. Assim, se o objetivo é levantar o conteúdo da representação a

coleta se fará pelos métodos interrogativos; se o objetivo é o de estudar as relações entre os elementos, identificando a importância relativa e hierárquica, a coleta de dados faz-se por um trabalho cognitivo de análise, com comparação e hierarquização sobre as respostas; e se o objetivo é a determinação e o controle do núcleo central utiliza-se, conforme Sá (1996), métodos de levantamento ou de identificação das cognições centrais encontrados em Moliner (1994).

A partir da literatura consultada, foi criada especificamente nesta pesquisa uma tabela sobre a correspondência entre objetivos e a coleta de dados, que pode ser assim demonstrada:

Objetivo	Tipo de coleta
Levantar conteúdo da representação	Métodos Interrogativos (entrevistas, questionários, suportes gráficos, métodos associativos e etc.)
Relacionar os elementos em importância hierárquica e relativa	Trabalho cognitivo de análise (autoaplicável)
Determinação e controle do núcleo central	Métodos de Levantamento (associação livre, hierarquização de itens, indução por cenário ambíguo ) e Método de identificação das cognições centrais (técnicas de questionamento, esquemas cognitivos de base)

Tabela 1: Relação entre objetivos de pesquisa e tipo de coleta em representações sociais

Em vista da descrição acima, se pode perceber que a representação social tem caráter plurimetodológico, como afirma Sá (1996). Os métodos utilizados, segundo este autor, são assim discriminados:

- a) **Métodos Interrogativos**- são os que fazem referencia as entrevistas, aos questionários, aos desenhos e a outros suportes gráficos, como também aos métodos associativos, tais como as evocações ou associações livres, os mapas associativos e similares, cujo objetivo é levantar o conteúdo da representação;
- b) **Trabalho Cognitivo de Análise com comparação e hierarquização das respostas** é realizado pelo próprio sujeito pesquisado, para que seja descartado qualquer influencia ou interpretação falsa pelo pesquisador, cujo objetivo é

identificar a importância relativa e hierárquica dos elementos da representação social; e

c) **Análise da Determinação e Controle do Núcleo Central**, segundo Sá (1996) transcorre sobre as quatro propriedades distintas às cognições centrais em Moliner (1994), que são: valor simbólico; poder associativo; saliência e a forte conexão na estrutura. Sá (1996) comenta que estas propriedades são distinguidas por Moliner (1994) em propriedades qualitativas e propriedades quantitativas. O valor simbólico e o poder associativo são propriedades qualitativas, já a saliência e a conexão da estrutura são as quantitativas.

d) **Os métodos de levantamento**, seguindo Sá (1996), colocam em evidência as propriedades quantitativas (saliência e conexão) que permitem a formulação inicial de hipóteses quanto à constituição do núcleo central.

As principais técnicas desenvolvidas para as propriedades quantitativas pertencem ao Grupo Midi e Sá (1996) apresenta as combinações dos autores Abric (1994) e Moliner (1994) nas classificações destas técnicas. Para a propriedade de saliência dos elementos de uma representação social pode se usar três técnicas:

- 1) A **associação livre ou evocação livre** – a qual é considerada por Abric (1994) a maior técnica para obter o conteúdo da representação. Realizada através do cruzamento da frequência das palavras e a ordem de produção; Sá (1996) comenta que a esta técnica Vergès (1992) acrescenta a evocação de palavras a partir do termo indutor.
- 2) A **hierarquização de itens** – na qual uma lista é estabelecida e criada para calcular a ordem da produção. Abric em 1984 cria as Triagens Hierarquizadas Sucessivas e Guimelli em 1989 desenvolve as Escolhas Sucessivas por Blocos. (Sá, 1996; Abric, 1994)
- 3) A **indução por cenário ambíguo** – desenvolvido por Moliner (1993) consiste na formulação de hipóteses de certos elementos do núcleo central. Este método forma e testa as hipóteses. Utiliza-se neste teste tanto o método de levantamento como o de identificação das cognições centrais (Sá, 1996).

Estas são as principais técnicas utilizadas em representações sociais que foram retratadas por Sá (1996) e Abric (1994) e estão aqui apontadas.

#### 1.4.2 A zona muda das representações

Abric (1994) conclui em sua obra que a ligação entre as representações sociais e as práticas sociais é inquestionável. Deve-se atentar, no entanto, para a constituição da representação e da prática, ou seja, sua natureza, sua estrutura, as características fundamentais de cada uma, pois para Abric (1994): “la naturaleza de la representación determina su significación y su interacción social” (p. 214).

Remetendo-nos diretamente ao que Abric (2005) chamou de zona muda das representações sociais, a saber:

Não estamos, aqui, falando de processos inconscientes; a zona muda não é parte inconsciente de nossas representações. A zona muda não é o *recalcado* da abordagem psicanalítica. Ela faz parte da consciência dos indivíduos, ela é conhecida por eles, contudo ela *não* pode ser expressada, porque o indivíduo ou o grupo *não* quer expressá-la pública ou explicitamente (p. 23).

Abric (2005) argumenta que quanto mais normativo o objeto de estudo for, mais implicará em uma pressão normativa sobre a resposta do indivíduo ou do grupo. Assim as respostas não corresponderão ao que realmente o indivíduo ou o grupo pensa. Diante desse fato, o autor citado apresenta duas possibilidades de redução da pressão normativa: uma é agir sobre o próprio sujeito e a outra é agir sobre um grupo de referência.

Para agir sobre o próprio indivíduo, Abric (2005) refere-se à Técnica de Substituição, na qual a pressão normativa sobre o sujeito é diminuída pela redução de implicação ou envolvimento do sujeito nas respostas. A outra técnica utilizada é a Descontextualização normativa, na qual a pressão normativa diminui pelo afastamento do sujeito ao grupo de referência.

Abric (2005) comenta que a noção de zona muda ainda é recente, mas importante para explicar algumas incoerências entre representações sociais e práticas em certas situações. O

autor esclarece que nem todos os objetos de estudo apresentarão uma zona muda, somente aqueles em que os valores e normas sociais estão fortemente presentes. Abric (2005) finaliza expondo a necessidade de criar outros instrumentos que possam contribuir na identificação e averiguação da zona muda.

A presente pesquisa trata das representações sociais da pessoa com deficiência e/ou da deficiência em si. Essa é uma questão que atravessa preconceitos e discriminações históricas, e, portanto, recai em uma esfera normativa em que as pessoas não apenas se comportam a partir de seu posicionamento individual ou social, mas também a partir do comportamento considerado adequado socialmente. Nesse sentido, faz-se necessário abordar a temática da zona muda que irá ser contemplada na construção metodológica do estudo aqui proposto.

### **1.5- Considerações sobre a relação entre representações sociais e práticas sociais.**

Em sua obra *Práticas Sociales y Representaciones* em 1994, Abric faz uma correlação entre práticas e representações sociais. Nessa reflexão uma questão se impõe: as práticas determinam as representações ou as representações sociais determinam as práticas sociais?

Abric (1994) cita três fatores determinantes no papel das práticas sociais na constituição das representações: os fatores culturais, os fatores ligados às normas e valores e os fatores de ação do sujeito.

Campos (2003) faz algumas considerações interessantes em relação a questão acima colocada. Para ele:

Do momento em que se fala de *determinação*, somente duas possibilidades podem se configurar: ou as práticas são consideradas como variável independente, exercendo uma influência sobre as representações, ou, ao contrário, as práticas são tomadas como variável dependente (p. 29).

Ou seja, segundo Campos (2003) existem quatro possibilidades: 1) Ausência recíproca de influência entre práticas sociais e representações sociais; 2) As práticas sociais influenciam as representações sociais; 3) As representações sociais influenciam as práticas sociais e 4) Práticas sociais e representações sociais influenciam-se reciprocamente.

Por fim, Campos (2003) reafirma os modelos de transformação de Flament (1987), no qual quando o contexto sofre alteração desencadeia transformações nas representações, essas transformações acontecem no esquema periférico e pode se dar em três maneiras:

- a) **Transformação progressiva:** na qual as práticas sociais não estão em completa contradição com o núcleo central;
- b) **Transformação resistente:** quando mesmo em contradição com as representações as novas práticas possibilitam que os mecanismos de defesa da representação funcionem, o que desencadeia os chamados *esquemas estranhos*. Com o tempo os esquemas estranhos alteram o núcleo central, logo a representação.
- c) **Transformação brutal:** quando as circunstâncias afetam diretamente a significação central da representação, não permitindo ação de defesa. Campos (2003), completa que a transformação é sem ruptura, quando acontece progressivamente e sem resistência.

Assim, este capítulo se propôs a discorrer sobre os estudos da Teoria das Representações Sociais. Desde sua origem proposta por Serge Moscovici até uma de suas principais contribuições conhecida como Abordagem Estrutural oriundas do Grupo de Midi, e aprimorada por Abric e Flament, passando pela discussão, que ainda se mantém atual, acerca da relação com as práticas sociais. Sabemos que as considerações aqui citadas foram feitas de modo breve e de maneira geral, mas buscou-se apresentar aqui os conteúdos literários mais importantes utilizados sobre o referencial teórico escolhido.

O capítulo seguinte refere-se à temática de pesquisa escolhida, Deficiência e seu contexto, apontando o movimento histórico e suas contextualizações através do tempo tanto no Brasil como no mundo e como é percebido este fenômeno no contexto social, se houve alguma alteração na concepção de entender a Deficiência como condição e a pessoa com deficiência, para além da situação, como sujeito.



## **CAPÍTULO II**

### **AS IMPLICAÇÕES SOBRE A DEFICIÊNCIA**

Definir a deficiência envolve considerar não apenas os fatores concretos a ela ligados, mas em especial atenção os fatores históricos e culturais que permearam e que ainda permeiam seu entendimento. A deficiência enquanto um fenômeno social, ainda hoje, é um desafio a se enfrentar. Não somente nas intervenções de acessibilidade relacionadas às limitações físicas por ela causadas, como também pelas consequências que a produção desse conceito gera nas relações interpessoais das pessoas com deficiência e seus familiares. O sujeito social acometido de uma deficiência é um ser histórico-cultural, com habilidades e personalidade que lhe são singulares e que estão além da deficiência em si. No entanto, nem sempre são observadas suas potencialidades, fator que acentua os preconceitos e a discriminação.

Nesse sentido, embarcar na construção desse fenômeno social como um objeto de estudos na área da psicologia social, mas especificamente, olhar a deficiência e suas consequências nas famílias pelo olhar da Teoria das Representações Sociais, impõe reconstruir o fenômeno em sua dimensão histórico social, conhecer como tratamos dessa questão no mundo atual e apresentar como o Brasil vem incorporando teorias, leis e práticas sobre essa questão.

#### **2.1- A Deficiência e seu contexto histórico no mundo**

A deficiência hoje pode ser considerada como uma condição do sujeito, no entanto, nem sempre foi assim. Nos registros históricos mais remotos, comenta (Silva 1987), as civilizações primitivas do Egito Antigo indicavam receitas para deficiências como as visuais e para algumas fraturas. Para essa civilização, somente o nanismo não era mal visto, os anões poderiam assumir cargos importantes e de alta fidelidade. Já para as comunidades indígenas, a deficiência era considerada como uma má formação proveniente de um castigo divino ou maldição, sendo visto como necessário exterminar o indivíduo que a tivesse. Percebemos

nesses dois exemplos, dois comportamentos diferentes ligados à cultura de cada região, o que reforça o caráter sócio-histórico-cultural que o fenômeno apresenta: os egípcios aceitavam em certas circunstâncias, enquanto os indígenas exterminavam. A aceitação dos egípcios, entretanto, ocorria quando a deficiência era proveniente de sequelas de guerra ou de um trabalho de caça, ou seja, dependia do cargo que o sujeito ocupava e de sua classe social. Os sujeitos pertencentes a classes mais baixas e com deficiência tinham como destino, na maioria das vezes, a mendicância (Silva, 1987).

Moreira, Martins & Castro (2004) afirmam que os conceitos nunca estão isolados ou fora de um contexto ou conjuntura social, cultural e política. Portanto, somente mudanças que atinjam a cultura de um povo ou que sejam provenientes de políticas e leis socialmente consensuadas é que provocam mudanças nos sentidos e significados dos fenômenos sociais e, conseqüentemente, nos conceitos que os explicam. Fato é que um dos conceitos por muito tempo usado para deficiência no mundo foi *handicaps*, traduzido como “chapéus na mão”. Esse termo faz alusão à Era Antiga em que muitas pessoas, em sua maioria com deficiência física, ficavam nas ruas pedindo esmolas (Diniz, Barbosa & Santos, 2009).

Na Era Pré-Histórica, conforme argumenta Moreira, Martins & Castro (2004), há mais de 2000 anos a.C, encontrou-se um capítulo entre os 40 manuscritos do livro babilônico de medicina que descrevia diversos ataques epiléticos atribuindo suas causas a espíritos malignos. Essa concepção mística prevaleceu por muito tempo invadindo diversas culturas, inclusive de povos como os gregos. Encontra-se nos estudos de Hipócrates de 400 anos a.C a descrição da epilepsia como um distúrbio do cérebro, mas atribuía-se a divindades, em sua maioria a deuses de espíritos maus, as razões para os comportamentos considerados anormais, fora do padrão social da época.

Foi nesse período que, segundo Silva (1987), houve o crescimento das investigações, dissecações e especialidades ligadas à medicina da época sobre as causas das deformidades. Além das causas naturais da deficiência e das mutilações adquiridas em resultados de guerra ou acidentes no trabalho, percebeu-se também seu surgimento ligado à idade e também como resultado da utilização de mutilações como método de punição para crimes e pecados cometidos.

Goffman (1980) relata sobre os sinais ou marcas que os gregos faziam, como recurso visual, para marcar um escravo, um criminoso, um traidor, pessoas que deviam ser socialmente evitadas. Esse procedimento persistiu na Era - Cristã e foi utilizado também com alusão religiosa em pessoas com deficiência física.

Ainda na Era Cristã, comenta Pan (2008), dá-se prosseguimento às tentativas de avanços no conhecimento sobre deficiência ao mesmo tempo em que a religião católica passa a considerar todos como filhos de Deus. Dessa forma, a Igreja Católica é a principal força que assume a assistência daqueles que apresentavam deficiências, muitas das vezes refugiando-os em seus templos. Surgem também os hospitais de caridade, abrigando não só pessoas com deficiências físicas e/ou intelectuais, mas também doentes mentais, pobres e toda pessoa considerada na época necessitada, marginalizada, fora da norma social, inclusive as mães solteiras.

Pan (2008) ainda destaca que há um dúbio sentido abrigo-exílio, pois abrigar essa população também a segregava do convívio social e atribuía sua condição a castigos divinos, que, dependendo do nível de deficiência e de sua manifestação poderia levar a pessoa à Santa Inquisição.

De fato na Era Medieval ocorreram avanços no cuidado e entendimento de algumas deficiências, como a deficiência física, por exemplo, dando início, ainda que remoto, a consideração de que a deficiência possui um fator biológico e não espiritual. Porém, não se pode afirmar que havia unanimidade no tratamento da questão. Em Roma, por exemplo, comenta Silva (1987), os estudos da época se concentravam nas Bibliotecas dos Mosteiros, portanto era a igreja a principal detentora do saber. Esse período foi marcado pelas perseguições aos cristãos que não aceitavam a soberania da igreja, os quais eram torturados e /ou executados. Um dos principais recursos utilizados em nome da ordem era mutilar os ditos infames publicamente, como forma de punição com objetivo de diminuir a rebeldia religiosa. Mesmo assim, aumentava-se a população flagelada e insatisfeita com o regime da época.

O período foi marcado pelas incongruências sobre o pensar e tratar a pessoa com deficiência, principalmente na Europa e suas colônias. Ora eram filhos de Deus, frutos de divindade, que deveriam ser protegidos; ora vistos como frutos do demônio eram temidos, considerados como bruxos, magos e feiticeiros. Alguns eram até reverenciados como

iluminados, descendentes de deuses, misteriosos e, dependendo do aspecto físico, eram levados aos palácios para servirem de apreciação como bobos da corte (Silva, 1987).

Entretanto, em outras culturas, como a do Japão, no século IX, de acordo com Silva (1987), houve o apoio do próprio imperador, após seu filho ser acometido de cegueira, a educar os cegos ao ofício de massagista e da acupuntura como modo de desenvolver suas habilidades, serviço exercido ainda hoje por pessoas com deficiência visual na cultura oriental.

Na Europa ainda, as doenças de uma maneira geral, mas principalmente as epidemias ou doenças sem cura na época, eram tratadas nos hospitais de caridade. Sem saneamento básico e com a aglomeração populacional não havia como tratar doenças como: hanseníase, difteria, influenza e peste bubônica. Aos hospitais cabiam os enfermos e pobres como um modo de afastar essa população do meio social; aos nobres cabia o atendimento em suas casas, ou em seus aposentos (Pan, 2008).

Até então, não se tinha conhecimento sobre cura de qualquer enfermidade, a medicina se restringia aos cuidados. Somente com o Renascimento, mas especificamente nos séculos XV e XVI, o chamado espírito científico deu vez ao conhecimento e a busca do saber. O Iluminismo fez o homem buscar meios de tratar a deficiência, compreender e estudar as prováveis causas das deficiências, além de reivindicar e de se apropriar de alguns direitos de cidadania considerando o ser humano para além de sua classe ou condição social (Moreira, Martins & Castro, 2004).

### **2.1.1. Os primeiros passos para a humanização de algumas modalidades de deficiência: a história da reabilitação**

Segundo Souza e Faro (2011), nos séculos XV e XVI com o Renascimento e o desenvolvimento das Artes e do Humanismo, crescem os interesses na manutenção do estado saudável, através do cuidado com o corpo e a prática de exercícios para prevenção de doenças ou de forma a evitar o agravamento delas. Essa medida foi fortalecida na Revolução Industrial, no qual o número de pessoas com doenças aumenta devido às cargas estafantes de

trabalho, à má alimentação e ao elevado índice de acidentes de trabalho. Essa nova realidade leva a medicina da época a se especializar na cura e recuperação do sujeito.

Mais tarde, no século XVIII e XIX, essa prática resulta na quarta função da medicina, qual seja: a reabilitação, cuidando do sujeito de modo mais integral e não apenas focado na cura da doença, mas na reinserção desse sujeito ao mercado de trabalho e a sociedade de modo geral.

A América do Norte, na segunda metade do século XIX, destacou-se na criação do centro de reabilitação em deficiências físicas em Nova York, criado no dia primeiro de maio de 1863, hoje um dos hospitais de referência no mundo sobre deficiências físicas (Silva, 1987).

Segundo Souza e Faro (2011), quatro foram os fenômenos que contribuíram para o fortalecimento da Reabilitação no mundo: as duas guerras mundiais, o acelerado desenvolvimento urbano e industrial e a proliferação de epidemias e acidentes de trabalho. A função de reabilitar esta diretamente implicada com os aspectos sociais, já que o objetivo é levar o sujeito à ressocialização independente das sequelas do trabalho ou da deficiência.

Ainda conforme as autoras, a atenção à reabilitação e à assistência às pessoas com deficiência percorre todo o mundo. Na Alemanha em 1832, institui-se a primeira escola pra deficientes físicos e anos mais tarde, em 1884, criou-se a primeira lei no mundo de proteção para acidentes de trabalho. Na Holanda, antes das guerras militares, já havia a associação de fisioterapeutas médicos e posteriormente surge os Centros de Reabilitação. Na Grã-Bretanha, em meados da década de 50 do século XX, apoiados pelo governo surgem os Centros de Reabilitação especializados na recuperação de deficientes e funcionários de indústrias, com o objetivo de retorná-los à produtividade. Além do interesse econômico, não podemos deixar de ressaltar o movimento social vigente. Com o crescimento das tendências humanistas, o homem passa a ser visto como centro de tudo e há um fortalecimento das relações sociais e da família.

Silva (1987) afirma ainda que é no século XX que os Seminários de Reabilitação, Programas de Incentivos e demais Organizações intergovernamentais, como: a UNICEF-Fundo de Emergência das Nações Unidas para as Crianças, OIT- Organização Internacional do Trabalho, OMS- Organização Mundial da Saúde, Organização das Nações Unidas para

Refugiados e UNESCO- Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura, se unem e compõem junto à ONU as primeiras diretrizes e leis às pessoas com deficiência.

Com a aceleração e investimento na área da reabilitação e com o fortalecimento dos movimentos sociais e de direitos humanos em todo o mundo, há um engajamento em benefício das pessoas com deficiência, com a elaboração de leis que corroboraram a afirmação dessa população num contexto social, histórico e político mais amplo.

### **2.1.2. Contexto histórico da deficiência no Brasil**

Lanna Júnior (2010) discorre sobre o contexto histórico da deficiência no Brasil colônia. Nesse período, as pessoas com deficiência eram isoladas em suas casas ou levadas às Casas de Saúde e hospícios para internação com o intuito de mantê-las longe do convívio social. Este tipo de comportamento só sofrerá alteração com a chegada da Corte Portuguesa.

Silva (1987) comenta que foi no período de colonização no Brasil que surgiram os primeiros abrigos e as casas de misericórdia para assistir, a princípio, soldados enfermos de longas viagens com febres e pestes e os feridos de guerras e batalhas. Por ser uma terra desconhecida para os colonizadores, muitos eram afetados por insetos, submetidos a amputações e cirurgias, que naquela época era feita de forma rústica e sem muito asseio.

É importante considerar que os primeiros dois séculos no Brasil foram marcados mais pela exploração do que pelo investimento. Foi somente com Dom Pedro II, no Brasil império, segundo Souza e Faro (2011), que surge o marco em educação para deficientes com o Imperial Instituto de Meninos Cegos no Estado do Rio de Janeiro, o primeiro recurso de iniciativa da Coroa Brasileira para as pessoas com deficiência. Lanna Junior (2010) comenta que nesse período somente os surdos e os cegos receberam ações de educação, já que em além da criação do Instituto de Meninos Cegos em 1854, dois anos mais tarde inaugura-se o Imperial Instituto dos Surdos-Mudos.

Seguindo a medicina europeia, Souza e Faro (2011) afirmam que se instala no Brasil a Casa das Duchas em 1871, para o tratamento de algumas doenças através de águas doces e águas do mar e alguns anos depois entre 1879 a 1883, o primeiro gabinete de Eletroterapia.

No entanto, foi somente após a Segunda Guerra que os Centros de Reabilitação ganham força no Brasil e no mundo, sendo criado o primeiro Serviço de Medicina Física e Reabilitação em 1947, no Rio de Janeiro e o primeiro centro de reabilitação em 1950, com o Centro Piloto de Reabilitação do SESI em São Paulo.

Já no Brasil República, há o crescimento na área educacional para as pessoas com deficiência. Segundo Lanna Júnior (2010), surge em 1926, a primeira Sociedade Pestalozzi em Canoas, Rio Grande do Sul inspirada no ideário do suíço Johann Heinrich Pestalozzi com o atendimento voltado às pessoas com deficiência intelectual. Posteriormente são criadas instituições como a APAE- Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais em 1954, e os centros de reabilitação AACD - Associação de Assistência à Criança Defeituosa no ano de 1950, em São Paulo, hoje chamada Associação de Assistência à Criança Deficiente e a ABBR – Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação, em 1956, no Rio de Janeiro, em funcionamento até os dias de hoje.

Para Silva (1987), outros centros de reabilitação vão surgindo proveniente da chamada década voltada à deficiência de 1970 a 1980, período de incentivo a formação de profissionais de saúde e desenvolvimento de políticas públicas voltadas a reabilitação e a necessidade de inserção de pessoas com deficiência no mercado de trabalho. Assim, surgem os Institutos de Reabilitação instalado no Hospital das Clínicas em São Paulo e o Centro de Reabilitação Sarah Kubitschek em Brasília.

## **2.2. A deficiência no Brasil e no mundo até o início do século XXI.**

Silva (1987) nos relata que, diante do contexto histórico, político e social vigente no século XX, o primeiro Programa de Inserção das Pessoas com Deficiência ao mercado de trabalho para que o contingente de produção se alargasse devido ao desenvolvimento Industrial ocorre em 1946, organizado pela ONU. No intuito de aumentar os recursos humanos, várias outras resoluções foram criadas ressaltando a prevenção de deficiências, como por exemplo, a imunização de algumas doenças através das Campanhas de Vacinação.

Acompanhando e reforçando essas ações, os movimentos sociais nesse período se fortaleciam numa compreensão mais humanizada do homem como sujeito de direitos, detentor de saberes e voltado ao desenvolvimento social.

É interessante destacar, como nos diz Rodrigues (2010), que a Declaração dos Direitos Humanos em 1948 é vista como um importante aliado em prol da população com deficiência. Seguindo a Declaração de 1948, em 1971 a ONU aprovou em Assembleia Geral a Resolução sobre a Declaração dos Direitos das Pessoas com Retardo Mental e em 1975 aprovou a Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes. Silva (1987) relata que a população marginalizada e com deficiência já estava em meio bilhão de pessoas e muito se precisava fazer de modo a abranger todos os países para a atenção a essa população. Essa preocupação com o crescimento do contingente de pessoas com deficiência provocou a mobilização social e interesse do mundo todo, sendo declarada de 1970 a 1980, a Década Internacional da Pessoa com Deficiência e o ano de 1981, como o Ano Internacional para as Pessoas Deficientes.

Ainda de acordo com Silva (1987), a definição para deficiência na Declaração dos Direitos das Pessoas com deficiência se referia a: “qualquer pessoa incapaz de assegurar por si mesma, total ou parcialmente, as necessidades de uma vida individual ou social normal, em decorrência de uma deficiência, congênita ou não, em suas capacidades físicas ou mentais” (p. 230).

Amiralian *et al* (2000) cita que na IX Assembleia da OMS, em 1976, surgiu uma nova conceituação, a “*Internacional Classification of impairments, disabilities, and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease*” (ICIDH), traduzida como “Classificação Internacional de deficiências, incapacidades e desvantagens: um manual de classificação das consequências das doenças” (CIDID) e publicada em 1989. Essa classificação, segunda a autora citada, recebeu muitas críticas posteriores por abordar somente o aspecto especificamente biológico e etiológico da doença deixando aspectos intocados como as perturbações mais crônicas, evolutivas e irreversíveis.

É importante registrar aqui os encadeamentos de providências sobre a deficiência a partir dos anos 80. No ano de 1983 deu-se a elaboração da Convenção 159 pela OIT (Organização Internacional do Trabalho). Nessa Convenção, ressaltou-se tanto a oportunidade em equidade para o trabalho, como a readaptação às pessoas com deficiência para que se pudesse manter o trabalho plenamente, sem prejuízo de carreira. Em 1990 é aprovada a ADA (Lei dos Deficientes dos Estados Unidos), aplicável a toda empresa com mais de quinze

funcionários. E dois anos após, em 1992, houve a eleição do dia de dezembro como Dia Internacional das Pessoas Portadoras de Deficiência (Febraban, 2006).

Na Espanha em 1994, ocorre a Declaração de Salamanca, tratando da educação especial, com proposta de uma Escola Inclusiva, considerando não só pessoas com deficiência, como também pessoas com dificuldades de aprendizagem devido a dificuldades econômicas e sócio culturais. Na Declaração atribui-se a responsabilização à Instituição Escolar de se munir de estratégias curriculares e propostas de ensino para favorecer e beneficiar a aprendizagem de seus alunos independente do tipo de deficiência ou dificuldade (UNESCO, 1994).

Em 1997, ocorre o Tratado de Amsterdã, no qual a União Europeia se compromete a facilitar a entrada e a permanência das pessoas com deficiência nos mercados de trabalho. Logo após, em 1999, é promulgada na Guatemala a Convenção Interamericana, com o objetivo de eliminar todas as formas de discriminação contra as pessoas portadoras de deficiência, como se referia na época. Já no século XXI, em 2002, realizou-se em março o Congresso Europeu sobre Deficiência, na cidade de Madri onde se nomeou o ano de 2003 como o Ano Europeu das Pessoas com Deficiência (Febraban, 2006).

O estabelecimento dessas resoluções deixaram algumas brechas de discussões, pois de maneira prática não abordavam todas as características que envolvem a pessoa com deficiência. A contestação estava principalmente nos modelos utilizados para classificá-las que iremos abordar a seguir.

### **2.2.1. Os modelos médico, social e biopsicossocial de classificação.**

A CIDID de 1976 (Amiralian, 2000), fundamenta-se num modelo médico, centrado prioritariamente no corpo, na reabilitação e na extinção das limitações da deficiência, apontando somente para a doença e seus fatores biológicos. Por muito tempo isso foi um

incômodo para os movimentos sociais, principalmente para a Declaração dos Direitos Humanos que buscava os direitos da pessoa independente da existência de qualquer limitação ou deficiência.

Segundo Diniz, Barbosa & Santos (2009), em contestação ao modelo médico, surge o modelo social valorizando o sentido da deficiência, destacando as barreiras e limitações culturais da normalização. No modelo social, a deficiência passa da opressão da natureza, considerando uma causa biológica, para a opressão da cultura da normalidade que discriminava alguns corpos como indesejáveis. Com o modelo social, a deficiência não era de cunho doméstico e privado, mas sim público e de justiça.

O Relatório Mundial sobre a Deficiência de 2012 considera que a partir da CIF- Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde que foi aprovada em 2001 pela OMS, surge um modelo de função e incapacidade e um sistema de classificação com linguagem biopsicossocial. Essa proposta visa intercambiar os dois modelos existentes, o modelo médico e o modelo social para uma nova compreensão, articulando as dimensões de saúde no aspecto biológico, individual e social incluindo os fatores culturais ligados à pessoa com deficiência.

A deficiência é um conceito em evolução, mas deve ser realçado 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”(Relatório Mundial sobre a Deficiência, 2012. p.4). Definir a deficiência como uma interação significa que a “deficiência” não é um atributo da pessoa. O progresso na melhoria da participação social pode ser realizado lidando com as barreiras que afetam pessoas com deficiência na vida diária (Relatório Mundial sobre a Deficiência, 2012).

A partir da proposta da CIF, a ONU em 2006 estabelece a Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência, que passa a vigorar assegurando dentre outros direitos: o da igualdade de oportunidade em emprego, a não discriminação, a adaptação de instrumentos e o exercício do direito de ir e vir. A deficiência nesse contexto é tratada da seguinte maneira:

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 (Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência, 2006, p.16).

Segundo o Relatório Mundial de Deficiência (2011), a CIF considera que as funcionalidades e os problemas existentes vão caracterizar uma deficiência e podem abranger três áreas:

- 1) **Alterações das estruturas e funções corporais:** significa problemas de funções corporais ou alterações de estruturas do corpo, como por exemplo, paralisia ou cegueira; 2) **Limitações:** são dificuldades para executar certas atividades, por exemplo, caminhar ou comer; 3) **Restrições à participação:** em certas atividades são problemas que envolvem qualquer aspecto da vida, por exemplo, enfrentar discriminação no emprego ou nos transportes (Relatório Mundial sobre Deficiência, 2012, p. 5).

A CIF é utilizada atualmente por ser a classificação mais abrangente, considerando a deficiência como uma condição e a pessoa com deficiência como um sujeito, ou seja, está para além de qualquer limitação existente.

### **2.2.2. Algumas leis que vigoram no Brasil sobre a deficiência**

O Brasil tem sido signatário das Convenções, Cartas e Declarações instituídas internacionalmente e também criou leis nacionais para assegurar os direitos da pessoa com deficiência. O panorama geral das políticas públicas nacionais sobre as pessoas com deficiência estão sob a articulação e coordenação da Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD), antiga CORDE- Coordenadoria Nacional para integração da pessoa Portadora de Deficiência, vinculada a SDH/PR- Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SNPD, 2012).

De acordo com a SNPD (2012), o CONADE - Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência foi criado para acompanhar e avaliar a efetivação da Política Nacional de Inclusão da Pessoa com Deficiência na educação, saúde, trabalho, assistência social, transporte, cultura, turismo, lazer e política urbana vinculado a SEDH/PR-Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República (Lei 10.683/03, art. 24, parágrafo

único). Este conselho foi criado após o Censo de 2000 do IBGE, que identificou 14,5% da população com algum tipo de deficiência. Essa classificação obedeceu a uma categorização que compreende quatro tipos de deficiência: a visual, a auditiva, a física e a mental/intelectual. A análise preliminar do Censo de 2010 aponta que o índice cresceu para 23,92% da população geral, perfazendo o número de 45.623.910 milhões de pessoas com alguma deficiência (site da SNPD <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br>).

É interessante destacar aqui a legislação mais recente sobre a pessoa com deficiência como cidadão de direito e a sua família, pois essa produção de conhecimento e posicionamentos sociais acerca dessa temática, certamente influenciam a produção de representações sociais.

Segundo a Secretaria Nacional das Pessoas com Deficiência (SNPD, 2012), podemos destacar os seguintes decretos:

a) o **Decreto Legislativo 186** de 09 de julho de 2008 que aprovou a CDPD - Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu protocolo facultativo, em 30 de março de 2007 em Nova York. A Convenção considera em seus princípios gerais o respeito à dignidade, à autonomia individual com liberdade para fazer suas próprias escolhas, à não discriminação, à acessibilidade, ao respeito no desenvolvimento das capacidades das crianças com deficiência e preservação de sua identidade; respeito pela diferença e pela aceitação da pessoa com deficiência, a igualdade entre homem e mulher e igualdade de oportunidades.

O Artigo 23 da Convenção se ocupa dos direitos na família. São eles: a não discriminação em relação a uma constituição familiar, destacando-se a maioria para a relação matrimonial; a escolha sob a quantidade de filhos e conservação de sua fertilidade, como também o direito de ser acolhido e cuidado em sua família:

4. Os Estados Partes assegurarão que uma criança não será separada de seus pais contra a vontade destes, exceto quando autoridades competentes, sujeitas a controle jurisdicional, determinarem, em conformidade com as leis e procedimentos aplicáveis, que a separação é necessária, no superior interesse da criança. Em nenhum caso, uma criança será separada dos pais sob alegação de deficiência da criança ou de um ou ambos os pais.

5. Os Estados Partes, no caso em que a família imediata de uma criança com deficiência não tenha condições de cuidar da criança, farão todo esforço para que cuidados alternativos sejam oferecidos por outros parentes e, se isso não for possível, dentro de ambiente familiar, na comunidade (<http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br>).

b) O **Decreto de lei 7.612** de 17 de novembro de 2011 que se refere sobre o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite, que consiste em articular políticas para que os direitos estabelecidos pela Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, comentados acima, efetivamente vigorem.

Quanto às Leis Federais instituídas, conforme o site da Câmara Legislativa ([http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/Constituicoes\\_Brasileiras/constituicao1988.html](http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/Constituicoes_Brasileiras/constituicao1988.html)) pode-se destacar a Constituição Federal de 1988 que no Artigo 227 prevê o dever da família em cuidar e assegurar a criança e adolescente o direito à vida, à saúde, à alimentação, à dignidade e ao respeito. A Emenda Constitucional nº 65, de 2010 alude à criação de programas e atendimento especializado nas pessoas com deficiência, além da integração do adolescente e jovem com alguma deficiência para o trabalho após treinamento, e o direito a convivência facilitando os acessos aos bens e serviços coletivos, a eliminação de obstáculos arquitetônicos e de todas as formas de discriminação. Seguem no segundo parágrafo as normas de construção e de veículos adaptáveis para garantir o acesso das pessoas com deficiência.

No entanto, a lei referente especificamente aos direitos dessa população, de acordo com o IBDD- Instituto Brasileiro dos Direitos das Pessoas com Deficiência é a Lei 7.853 de 24 de outubro de 1989 criada para assegurar os direitos das pessoas com deficiência. Essa lei criminalizava o preconceito e advertia ao Estado Brasileiro às obrigações relacionadas às pessoas com deficiência. Além disso, instituiu a CORDE – Coordenadoria Nacional para integração da pessoa Portadora de Deficiência, atualmente denominada Secretaria Nacional de Pessoas com Deficiência. (<http://www.ibdd.org.br/noticias-informe-5%20primeira%20lei%20.asp>)

O Projeto de Lei nº 6 de 18 de fevereiro de 2003 sobre o Estatuto da Pessoa com Deficiência está em tramitação para aprovação no ano de 2013, segundo o site do Senado Federal (Senado Federal, 2013). Neste Estatuto em seu Artigo 2º: “considera-se deficiência

toda restrição física, intelectual ou sensorial, de natureza permanente ou transitória, que limita a capacidade de exercer uma ou mais atividades essenciais da vida diária e/ou atividades remuneradas, causada ou agravada pelo ambiente econômico e social, dificultando sua inclusão social” (p. 9). Ainda discrimina a deficiência em oito categorias, são elas: I- Deficiência Física, II- Deficiência Auditiva, III- Deficiência Visual, IV- Deficiência Intelectual, V- Surda-cegueira, VI- Autismo, VII- Condutas Típicas e VIII- Deficiência Múltipla. No Artigo 22 desse mesmo documento é assegurado à pessoa com deficiência o direito à habilitação e reabilitação, seja em local público ou privado, em promoção, prevenção e assistência à saúde. Esse direito à habilitação e reabilitação é por tempo indeterminado, se necessário por toda à vida, se não houver no local de residência da pessoa poderá ser realizado no município mais perto da residência da pessoa, facilitando seu atendimento e acompanhamento (<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/432201.pdf>).

São inúmeras as Leis, Decretos e Projetos que aludem direta ou indiretamente os direitos da pessoa com deficiência. Destacamos até aqui àquelas que por sua importância e significância social pautam ações e intervenções governamentais. Abordaremos a seguir as legislações específicas do Estado do Rio de Janeiro, aproximando-nos, com isso, de nosso recorte geográfico para a pesquisa.

### **2.2.3. Leis específicas do Estado do Rio de Janeiro.**

As leis que vigoram no Estado do Rio de Janeiro sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, seguem a Constituição Estadual do Rio de Janeiro. O órgão responsável é a SEADH- Secretaria Estadual de Assistência Social e Direitos Humanos e o CEPDE- Conselho Estadual de Pessoas com Deficiência.

Na cidade do Rio de Janeiro existe a Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência – SMPD, o Conselho Municipal da Pessoa com Deficiência- CMPD que fiscaliza a efetivação das leis da pessoa com deficiência no município. As leis gerais que regem o atendimento e os direitos dessa população específica no município do Rio de Janeiro estão registradas e

regulamentadas no site da SMPD -(<http://www.rio.rj.gov.br/web/smpd/exibeconteudo?article-id=151369>).

A FUNLAR – Fundação Municipal Francisco de Paula vinculada a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social no Rio de Janeiro é a responsável por supervisionar as instituições voltadas a atenção às pessoas com deficiência. Na década de 70, cabia à extinta LBA- Legião Brasileira de Assistência financiar serviços de reabilitação e instituir programas como: Prevenção e Estimulação Precoce, Habilitação e Reabilitação, Distúrbio de Comportamento e Bolsa Manutenção.

Atualmente destaca-se dentre as modalidades, a residência com família acolhedora, ou seja, o atendimento é feito por famílias cadastradas que são capacitadas para acolher e cuidar de pessoas com deficiência temporariamente, em estado de abandono, ou impossibilitada de conviver com sua própria família ou sem a mesma.

Outra modalidade é o atendimento domiciliar em que uma pessoa habilitada presta auxílios nas atividades diárias da pessoa com deficiência que encontra-se em alto nível de dependência, no mínimo três vezes por semana e supervisionado por um profissional de nível superior capacitado.

As leis que asseguram as regulamentações estaduais estão imbricadas na Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS 7.842, de sete de dezembro de 1993, cujo um dos objetivos é:

Art. 2º A assistência social tem por objetivos: I - a proteção social, que visa à garantia da vida, à redução de danos e à prevenção da incidência de riscos, especialmente (...); d) a habilitação e reabilitação das pessoas com deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária ([http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8742.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742.htm));

Outra lei já mencionada anteriormente é a Lei 7.853/89 que dispõe sobre a Política Nacional de Assistência Social e de Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, que visa apoio às pessoas com deficiência, salientando os direitos a educação, trabalho e saúde. No Artigo 2º tem-se:

II - na área da saúde:

a) a promoção de ações preventivas, como as referentes ao planejamento familiar, ao aconselhamento genético, ao acompanhamento da gravidez, do parto e do puerpério, à nutrição da mulher e da criança, à identificação e ao controle da

- gestante e do feto de alto risco, à imunização, às doenças do metabolismo e seu diagnóstico e ao encaminhamento precoce de outras doenças causadoras de deficiência;
- b) o desenvolvimento de programas especiais de prevenção de acidente do trabalho e de trânsito, e de tratamento adequado a suas vítimas;
  - c) a criação de uma rede de serviços especializados em reabilitação e habilitação;
  - d) a garantia de acesso das pessoas portadoras de deficiência aos estabelecimentos de saúde públicos e privados, e de seu adequado tratamento neles, sob normas técnicas e padrões de conduta apropriados;
  - e) a garantia de atendimento domiciliar de saúde ao deficiente grave não internado;
  - f) o desenvolvimento de programas de saúde voltados para as pessoas portadoras de deficiência, desenvolvidos com a participação da sociedade e que lhes ensejem a integração social ([http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L7853.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7853.htm));

As orientações normativas do Estado do Rio de Janeiro segundo o site da Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência (SMPD, 2013) faz uso também do Decreto Municipal 20.349 /2001 que cria a Rede Macrofuncional de Apoio as Pessoas Portadoras de Deficiência na Cidade do Rio de Janeiro e da Resolução da Secretaria Municipal de Assistência Social - SMAS nº 399/2003 que estabelece a Rede Única de Assistência Social no Município do Rio de Janeiro (<http://www.rio.rj.gov.br/web/smpd/exibeconteudo?article-id=151369>).

### **2.3 A terminologia da deficiência**

Quanto ao conceito de deficiência, da forma como é apropriado e compartilhado em nossa sociedade, devemos ter em mente que existe um conhecimento que chamamos de reificado, ou seja, produzido no universo científico que tenta explicar de forma objetiva e clara todos os aspectos desse conceito. Mas, existe também uma forma peculiar dos grupos sociais tratarem essa questão, que chamamos de conhecimento do senso comum. Tanto uma forma de conhecimento quanto de outra estão submetidas às necessidades do tempo histórico na qual foram formuladas (Moscovici, 1988).

Para Sasaki (2003), a terminologia usada para retratar a deficiência está em constante movimento, já que acompanha o contexto histórico e cultural de cada época.

Rodrigues (2010:23) comenta que, sobre os conceitos e terminologias adotadas ao longo do tempo um fator comum observado é o foco negativo nas nomeações, como: “idiota, aleijado, mongolóide, débil, doido, coitado...” dentre outras em que a condição da deficiência é destacada e não o sujeito, a pessoa em si. A autora descreve o movimento que o termo deficiência sofreu durante os anos até chegarmos à atualidade com o termo “pessoa com deficiência”.

O termo Excepcional, afirma Sasaki (2003) foi usado nas décadas 50, 60 e 70 para designar não só pessoas com deficiência intelectual, mas na década de 80 e 90 com as renovações e descobertas educacionais, o termo referiu-se tanto a pessoas com inteligência múltipla acima da média e pessoas com inteligência lógico-matemática abaixo da média.

Até os anos 80 o uso indiscriminado do termo aleijado, inválido, incapacitado, defeituoso era o mais utilizado pela população. A partir do Ano Internacional das Pessoas Deficientes em 1981, passa-se a utilizar o termo pessoa com deficiência como adjetivo, que defende que independente da deficiência existe a pessoa (Sasaki, 2003).

Silva (2011) refuta que atribuir ao termo a palavra “pessoa” contribuiu para se observar a existência do ser humano, porque até então priorizava-se apenas a nomeação da deficiência. Esta palavra “deficiência” de acordo com esta autora foi substituída por “necessidades especiais” no início da década de 90. Nesse período nomeava-se “pessoas com necessidades especiais”, no entanto este termo também foi alterado por evidenciar um eufemismo e surge a nomeação “pessoa portadora de deficiência”.

Sasaki (2003) comenta que em meados da década de 90, o termo pessoa com deficiência foi o que perdurou, em detrimento de “pessoa portadora de deficiência” que remetia a algo que se poderia portar ou não, que no caso não caracterizaria a deficiência como uma condição. Acrescenta ainda que, ao se referir a pessoas não se devem usar siglas, como PPDs - Pessoas Portadoras de Deficiências ou especificar a deficiência, como por exemplo: “ele é deficiente físico”. Ambos os termos podem suscitar discriminação, pois remetem aos usos na década de 70, em que a deficiência era tida como um substantivo. A substantivação de uma palavra dá a ideia do todo inválido, ex: “ele é um deficiente”; por isso, o que vigora

como o termo mais acertado até então é pessoa com deficiência, utilizado para qualquer tipo de deficiência.

Rodrigues (2010) aponta a importância da Convenção Internacional para a Proteção e Promoção dos Direitos e Dignidade das Pessoas com Deficiência ou Convenção de Guatemala na definição da deficiência e na padronização do termo utilizado na atualidade “pessoa com deficiência”.

Apesar da mudança nos usos do termo sobre a deficiência, Sasaki (2003) argumenta que nem todas as pessoas se apropriam do termo ideal e ainda no senso comum percebe-se o uso inadequado ao se referir às pessoas com deficiência com terminologias ultrapassadas e pejorativas da década de 50 e 60.

## **2.4. A relevância atual do objeto de estudo escolhido.**

### **2.4.1. As representações sociais sobre a deficiência.**

Após uma revisão bibliográfica sobre os estudos de Representações Sociais da Deficiência nas famílias, percebe-se que a maioria aponta para a identificação das representações sociais de alguma situação, condição específica ou tipo de deficiência, como a Síndrome de Down, Paralisia Cerebral, Deficiência Intelectual e outras deficiências. Ou então a especificidade está no público ou na situação alvo da representação, como a representação de pais ou mães de pessoas com deficiência, ou a pesquisa está centrada numa situação especial como o momento da escuta diagnóstica sobre a deficiência (Souza e Faro, 2011; Silva, 2011)

Em uma pesquisa no Município do Rio de Janeiro em três instituições de atendimento tendo como foco as Representações Sociais sobre direitos e violência na área da deficiência (Cavalcanti e Minayo, 2009), foram entrevistados profissionais e familiares sobre a existência de atos de violência no trato com as pessoas com deficiência. Observou-se a ausência de conhecimento sobre os direitos para evitar as violências física e verbal ou a violação dos direitos das pessoas com deficiência, além de evidenciar a existência de maus tratos e abuso no ambiente intrafamiliar que não eram relatados ou abordados pelos profissionais ou pelos próprios familiares.

Bastos e Deslandes (2007) desenvolveram um estudo sobre Adolescer com deficiência mental sob a ótica dos pais. Neste estudo, os responsáveis apontavam o que para eles simbolizavam a passagem dos filhos pela adolescência e se para eles havia diferença de comportamento nesse período em seus filhos. Na pesquisa foi retratada a inabilidade ou falta de conhecimento dos responsáveis em lidar com essa fase no ciclo da vida de seus filhos e a ausência de estímulos para a autonomia e desenvolvimento de outras habilidades tanto por parte dos familiares como da sociedade em geral.

Almeida (2009) descreve a representação social dos professores da rede regular de ensino do município citado em comparação com alunos de magistério sobre a inclusão social. Nos professores atuantes evidenciou-se através dos dados a “sensação de despreparo fruto do medo do novo e da resistência em incorporar novos conhecimentos” (Almeida, 2009 p. 114), em contrapartida os estudantes apresentaram um maior preparo em enfrentar a inclusão educacional, segundo a autora uma das razões para essa diferença de resultados nos grupos entrevistados seria o fato de haver hoje um ensino mais voltado ao preparo ao atendimento às pessoas com deficiência ainda que remoto, mais de maior amplitude que há anos atrás.

Rodrigues (2010) realizou uma pesquisa sobre a Educação Inclusiva na perspectiva da Teoria das Representações Sociais entrevistando docentes e discentes do Instituto Federal do Norte de Minas Gerais – Campus Salinas. Nesta pesquisa a autora identificou as representações sociais referente à inclusão de pessoas com deficiência em sala de aula nos cursos profissionalizantes. Os dados coletados demonstraram que os professores e alunos acreditam na importância da participação das pessoas com deficiência no seu convívio escolar, porém, os professores apresentaram despreparo na condução do ensino frente a essa população. Cabe ressaltar que o preparo está além do professor, pois se o mesmo não recebe uma formação que contemple essa necessidade e se não há redes educacionais e políticas públicas de incentivos que proporcionem o suporte a essa capacitação de ensino, logo, o profissional não estará preparado a essa demanda.

Outra pesquisa realizada por Lacerda, Dias, de Paula & Chamom (2010) buscando uma revisão da literatura sobre as Representações Sociais da Deficiência retratou uma meta-análise sobre o tema em questão na Base de Dados disponíveis no Banco de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES. Nessa análise

foram obtidas sete trabalhos ao todo, no período de 1987-2010, sendo seis dissertações e uma tese, onde apenas dois trabalhos abordaram a deficiência geral sem especificidade. Esta pesquisa denunciou a escassez de pesquisa abrangendo a deficiência de modo mais amplo, reconhecendo suas especificidades, mas enfatizando a necessidade de ampliar os estudos da temática para benefício das práticas sociais.

Uma das mais recentes pesquisas sobre deficiência intitulada - Relatório Mundial sobre deficiência de 2012 - refere-se à situação mundial da deficiência. Observou-se que nos países mais pobres o número de deficiência é maior devido à falta de acessos à saúde e à reabilitação. O objetivo desta obra é “permitir que todas as pessoas com deficiência desfrute das mesmas escolhas e oportunidades na vida atualmente apenas disponíveis para uma minoria, minimizando os impactos adversos da deficiência, e eliminando a discriminação e o preconceito” (p. 14). Apresenta-se também a relação direta entre envelhecimento e deficiência acrescentando que nos países de baixa renda a proporção de deficiência e envelhecimento é maior do que nos países mais desenvolvidos. Ficou evidenciado que pessoas com deficiência têm menos acesso à educação e ao trabalho que resulta numa maior possibilidade de pobreza ou tendência à baixa renda se comparado às pessoas sem deficiência. O relatório conclui que cerca de mais de um bilhão de pessoas, ou melhor, cerca de 15% da população mundial encontram-se vivendo com alguma deficiência. O ambiente, o envelhecimento global, os problemas crônicos de saúde são indicadores que agregam essa porcentagem.

Outra obra pesquisada, aqui no Brasil, foi de Lanna Júnior (2010), intitulada *História do Movimento Político das Pessoas com Deficiência no Brasil*. Neste compêndio encontra-se o levantamento histórico da deficiência no mundo e Brasil, além do processo de surgimento e desenvolvimento das instituições e organizações no país voltado a deficiência, como a CONADE - Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência e a CORDE. A obra traz ainda entrevistas com alguns representantes de entidades como Instituto Brasileiro dos Direitos da Pessoa com Deficiência (IBDD) cita Teresa d’Amaral criadora da IBDD e primeira coordenadora da CORDE; Romeu Sasaki, representante do Conselho Nacional dos Centros de Vida Independente (CVI-Brasil) junto ao Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (CONADE) na gestão 2009 a 2011 e Lia Crespo uma das fundadoras do Núcleo de Integração de Deficientes (NID), que publicava o boletim, *O Saci, participante*

do 1º Encontro Nacional de Entidades de Pessoas Deficientes, e da criação do Conselho Estadual para Assuntos das Pessoas Deficientes. Lia foi presidenta do primeiro Conselho Municipal das Pessoas Deficientes de São Paulo e uma das fundadoras e presidente do CVI-Araci Nallin, em 1996. Nas entrevistas contidas na obra pode-se conhecer um pouco mais da história e do desenvolvimento de cada instituição ligada a área da deficiência.

Em 2008, Smith lança sua obra sobre *Introdução à Educação Especial: ensinar em tempos de inclusão*. Dentre outros assuntos, é abordado o contexto histórico da deficiência apontando a especificidade de cada lugar sobre a temática, além do caminho percorrido sobre a Educação Especial, o surgimento de algumas instituições pioneiras no ensino desta população, a elegibilidade para educação especial e os processos de inclusão abrangendo como se desenvolver os trabalhos em alunos com deficiência.

#### **2.4.3. Deficiência e família**

Quando tratamos da temática da família e sua relação com a deficiência ou com o adoecimento há um grande acervo de pesquisas, uma delas é a pesquisa etnográfica realizada por Cavalcante (2003), que descreve quatro casos de pessoas com deficiência e sua relação familiar, as fases, as dificuldades e a superação em cada situação contribuem para uma compreensão maior da articulação necessária na família e a intervenção profissional junto a elas. O foco principal são as fases e os processos de enfrentamento que vive a família com um membro com deficiência, os efeitos na família após o diagnóstico da deficiência, os caminhos traçados e a função familiar a partir deste momento. A autora conclui:

a ‘desinvenção’ da loucura e a reinvenção da saúde e da educação revolucionam, inovam, descristalizam papéis, fazem valer os direitos sociais mais legítimos, as políticas de saúde/educação mais avançadas, transformando a todos em agentes de mudança social e produção de vida: os terapeutas, os professores, os religiosos, a comunidade, os amigos, os pais, os irmãos, as mães e os portadores de deficiência. É a perda de soberanias epistemológicas previstas por Morin (1987), a ‘quebra’ das hierarquias do saber-poder em uma atitude de reinvenção da vida, apontando caminhos para uma nova civilização mais fraterna, mais solidária, mais sensível às diferenças e aos direitos humanos. (p. 408)

As temáticas família e deficiência também estão presentes na pesquisa etnográfica de Denise Jodelet (2005). Em sua obra *Loucuras e Representações Sociais*, a autora desenvolveu uma pesquisa num vilarejo de Paris sobre a representação social de famílias que conviviam com pessoas com deficiência. O preconceito foi evidenciado fora e dentro das relações familiares. Um dos exemplos era a separação dos utensílios pessoais utilizados para refeição pela pessoa com deficiência dos demais, para não haver o “contágio”.

Moreira, Martins & Castro (2012) pesquisaram 12 familiares de pacientes sobre o papel do psicólogo no Hospital tendo o psicólogo o objetivo de minimizar o sofrimento da hospitalização. Na referente pesquisa, a família constitui-se “como um sistema intercomunicante, onde cada membro exerce uma função, formando, assim, uma dinâmica com funcionamento próprio através de suas leis internas (p.45)”. Os resultados demonstraram que os familiares veem o psicólogo hospitalar como um auxiliador, mas alegam a necessidade de um suporte profissional mais específico à família, com um tempo maior para orientação, informação, alívio de sofrimento e demais demandas.

Silva (2011), pesquisando sobre as representações sociais da família sobre a deficiência física de crianças, utilizou entrevistas com 20 sujeitos delineando o percurso familiar do diagnóstico ao cotidiano no cuidado da pessoa com deficiência. Em seu resultado foi apontado ambivalência na compreensão da deficiência, pois ao mesmo tempo em que não é tida como doença, busca-se uma aproximação à normalização baseada no modelo médico de que a deficiência é um déficit.

Glat (1996; 2004) descreve a importância da família na integração da pessoa com deficiência na comunidade como na própria família, destacando dois ângulos: o de facilitação e o do impedimento. Para a autora, a família tem função formadora e determinante no desenvolvimento cognitivo–afetivo do sujeito como também é nela que estão os chamados os primeiros “outros significativos” do processo de identificação. Glat (2004) ainda ressalta as fases que a família passa após o diagnóstico de deficiência:

A presença de um indivíduo portador de uma deficiência (ou qualquer outra condição especial grave e / ou permanente) implica, portanto, invariavelmente, para sua família, além da decepção inicial, em uma série de situações críticas, geralmente acompanhadas de sentimentos e emoções dolorosas e

conflitantes. Nesse processo, as famílias passam por diversas fases cíclicas, incluindo o choque inicial da descoberta, a negação do diagnóstico e busca por “curas milagrosas”, o luto e a depressão, até que possam entrar no estágio de aceitação e adaptação (p. 2).

Glat (2004) afirma ainda que compreender a dinâmica familiar é compreender a pessoa com deficiência, logo é indiscutível a necessidade do suporte profissional na família para obter conhecimento e flexibilidade em lidar com a pessoa com deficiência.

Goffman (1980) apresenta as situações de estigma em relação às pessoas com deficiência mental, apontando os conceitos de *desacreditado* e *desacreditável* presentes nas relações sociais intra-familiar e na sociedade como um todo, como os papéis de estigmatizado e de pessoa normal que desempenhamos durante as relações. Assim, conclui Goffman:

O estigma envolve não tanto um conjunto de indivíduos concretos que podem ser divididos em duas pilhas, a de estigmatizados e a de normais, quanto um processo social de dois papéis no qual cada indivíduo participa de ambos, pelo menos em algumas conexões e em algumas fases da vida. O normal e o estigmatizado não são pessoas, e sim perspectivas que são geradas em situações sociais durante os contatos mistos, em virtude de normas não cumpridas que provavelmente atuam sobre o encontro. Os atributos duradouros de um indivíduo em particular podem convertê-lo em alguém que é escalado para representar um determinado tipo de papel; ele pode desempenhar o papel de estigmatizado em quase todas as situações sociais, tornando natural a referência a ele, como eu o fiz, como uma pessoa estigmatizada cuja situação de vida o coloca em oposição aos normais. Entretanto, os seus atributos estigmatizadores específicos não determinam a natureza dos dois papéis, o normal e o estigmatizado, mas simplesmente a frequência com que ele desempenha cada um deles. E já que aquilo que está envolvido são papéis em interação e não os indivíduos concretos, não deveria causar surpresa o fato de que, em muitos casos, aquele que é estigmatizado num determinado aspecto exhibe todos os preconceitos normais contra os que são estigmatizados em outro aspecto. (pp. 148 -149)

Há de se considerar que as representações sociais, como produtos do senso comum estão presentes no pensar sobre a deficiência. Interessante é investigar se na atualidade os fatores culturais e históricos ainda são os principais norteadores nas representações sociais da deficiência e até que ponto elementos do universo reificado oriundo dos estudos atuais sobre a

deficiência e das legislações estão interferindo na forma como os indivíduos representam socialmente o fenômeno da deficiência.

## CAPÍTULO III

### OBJETIVOS E METODOLOGIA

#### 3.1. Objetivos

##### 3.1.1. Objetivos gerais

O principal objetivo desta pesquisa foi identificar as representações sociais da deficiência e da pessoa com deficiência pelas famílias. Optou-se comparar a representação de dois tipos de grupos familiares: um grupo familiar em que há convívio direto com alguma pessoa com deficiência, com o critério de residirem no mesmo espaço físico e outro grupo familiar em que não há convívio direto relacionado a moradia com alguma pessoa com deficiência, ou seja, podem conhecer, mas não residem no mesmo espaço. Optou-se também em estudar dois objetos distintos: a Deficiência e a Pessoa com Deficiência, com o objetivo de identificar como os grupos percebem esses objetos e se fazem distinção entre eles. Portanto, os objetivos gerais foram:

- Identificar as representações sociais de **famílias com pessoas com deficiência** sobre a **deficiência**
- Identificar as representações sociais de **famílias com pessoas com deficiência** sobre a **pessoa com deficiência**
- Identificar as representações sociais de **famílias sem pessoas com deficiência** sobre a **deficiência**
- Identificar as representações sociais de **famílias sem pessoas com deficiência** sobre a **pessoa com deficiência**

##### 3.1.2. Objetivos específicos

- Comparar as representações sociais advindas de famílias em que há o convívio direto com pessoas com deficiência e de famílias em que não há o convívio

com pessoas com deficiência acerca dos dois objetos pesquisados a saber: Deficiência e Pessoa com Deficiência;

- Identificar possíveis incoerências na relação das representações sociais e as práticas sociais a partir das considerações da zona muda das representações sociais, abordado por Abric (2005) quando analisadas as representações dos grupos pesquisados.

### **3.2. Metodologia**

A escolha metodológica obedeceu às propostas pela abordagem estrutural das representações sociais, a qual entende que as representações sociais possuem dois sistemas: o sistema central e o periférico. O sistema central, representado pelo núcleo central, concentra as representações mais rígidas, resistentes à mudança e o sistema periférico tem um caráter mais permeável e acessível (Abric, 1994). Nesse sentido, utilizamos tarefas de evocação livre e questionários com perguntas abertas e fechadas.

Apresentaremos abaixo os participantes e os procedimentos adotados na presente pesquisa.

#### **3.2.1. Participantes**

Identificamos as representações sociais em indivíduos pertencentes a dois grupos familiares: 54 famílias em que há deficiência em algum membro dela e 54 famílias na qual não existe deficiência, num total de 108 pessoas participantes. O conceito de família, segundo Ariès (1981), é a organização entre pessoas elegidas como família pelo elo do sentimento, ou seja, não importando se há ou não consanguinidade entre os membros familiares. Assim para realização da pesquisa foi solicitado à família a escolha de um representante para responder pelo grupo familiar.

Quanto ao conteúdo demográfico dos participantes pesquisados distribuímos em dois grupos de análise, que veremos a seguir:

### 3.2.1.1. Grupo de participantes em que não há convivência direta com pessoas com deficiência

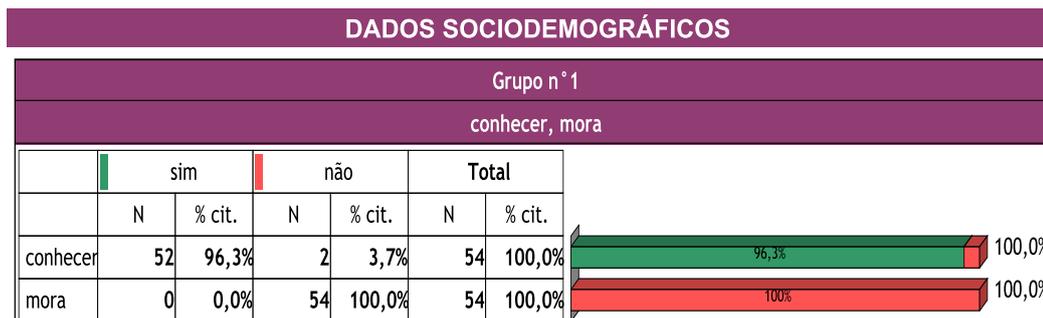


Gráfico 1. Dados referentes a relação dos sujeitos com as pessoas com deficiências.

Através dos dados coletados houve a estimativa de 96,3% dos familiares participantes que pertenciam ao grupo em que não havia convívio direto com alguma pessoa com deficiência disseram conhecer alguém com deficiência, apenas 3,7% não conheciam ninguém com deficiência. No entanto, 100% não moravam ou conviviam diretamente.



Gráfico 2. Distribuição dos participantes quanto ao gênero.

A maioria dos participantes voluntários foi do sexo feminino, chegando a 77,8% da amostra, o que podemos inferir que ainda são as mulheres mais solícitas em participar desta pesquisa, devido ao perfil solicitado de exercer a função de cuidador na família. No entanto a participação de pessoas do sexo masculino foi significativa, já que a pessoa que respondeu a pesquisa foi a pessoa escolhida como a de referência no papel de cuidador, compondo 22,2 % da amostra.

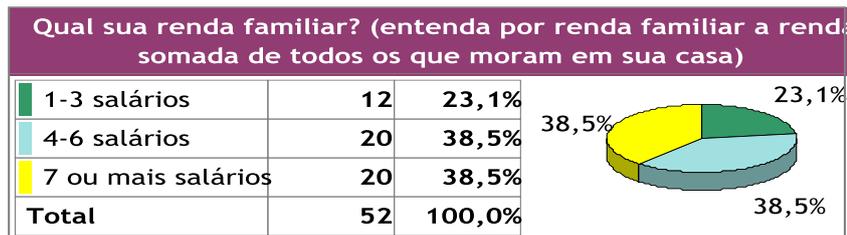


Gráfico 3. Distribuição da renda familiar dos participantes.

Os dados respectivos à renda familiar dos participantes estão assim distribuídos: 38,5% de participantes entre 4-6 salários mínimos, 38,5% de participantes com 07 ou mais salários mínimos e 23,1% correspondendo renda de 1-3 salários mínimos.

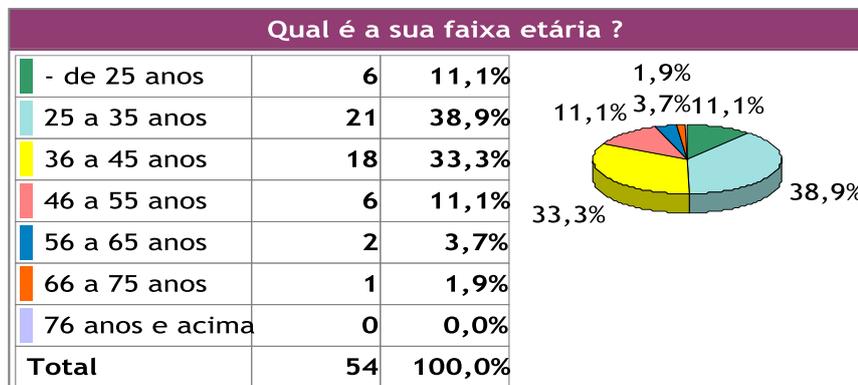


Gráfico 4. Distribuição de acordo com a faixa etária dos participantes.

Quanto à faixa etária, cerca de 38,9% dos familiares encontraram-se entre 25- 35 anos, seguido de 33,3% de participantes entre 36-45 anos, como também 11,1% entre 46-55 anos, de igual modo 11,1% dos participantes com idade até 25 anos. Corresponderam a 3,7% da amostra os participantes entre 56-65 anos e 1,9% aos participantes acima de 65 anos.

Portanto a faixa etária dos respondentes teve maior frequência no intervalo 25 a 45 anos, totalizando 39 sujeitos em 54, o que corresponde a 72,2%

### 3.2.1.2. Grupo de participantes em que há convívio direto com pessoas com deficiência

#### DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Grupo n° 1						
conhecer, mora						
	sim		não		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
conhecer	54	100,0%	0	0,0%	54	100,0%
mora	54	100,0%	0	0,0%	54	100,0%

Gráfico 5. Dados referentes a relação com pessoas com deficiências.

De acordo com os dados coletados na pesquisa, destacamos que a maioria dos participantes, que consistiam em familiares com convívio direto com pessoas com deficiência, foram abordadas no Centro de Reabilitação da Vila Militar - CERVIM. Sendo que apenas seis questionários, dentre os cinquenta e quatro, foram aplicados por conveniência e fora de um ambiente institucional. Como revelam os dados acima estes familiares participantes não somente conheciam alguma pessoa com deficiência como afirmaram morar com esta pessoa. Mantemos essa pergunta na pesquisa, pois esse era nosso principal viés de escolha entre os grupos.

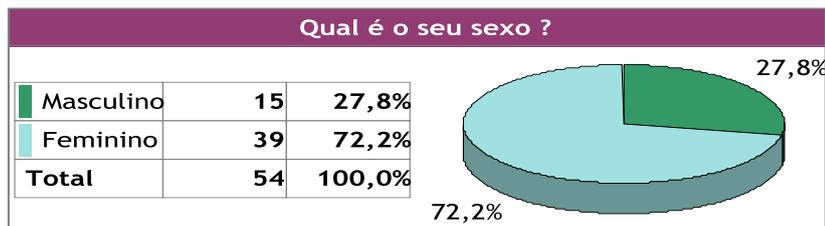


Gráfico 6. Distribuição dos participantes quanto ao gênero.

Em sua maioria os participantes foram sexo feminino, correspondendo a 72,2 % da amostra e 27,8% dos participantes do sexo masculino. Estes dados podem indicar que a função do cuidado ainda está ligada a figura feminina, pois mesmo considerando que a participação da pesquisa foi voluntária, as mulheres foram as que mais responderam que quiseram participar e as que mais frequentavam a instituição.

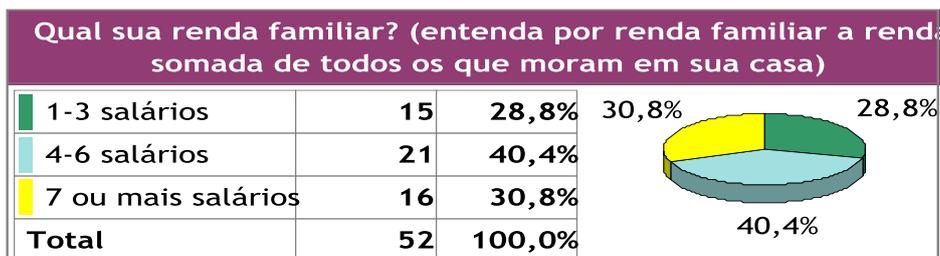


Gráfico 7. Distribuição da renda familiar dos participantes.

Quanto à renda familiar apresentada observou-se no gráfico 7 que há um grande percentual, correspondendo a 40,4% da amostra, de participantes com renda familiar de 4- 6 salários mínimos. Ainda, quanto à renda familiar houve 30,8% da amostra que apresentou renda igual ou superior a sete salários e 28,8% com renda entre um a três salários mínimos. O que configura que na instituição onde foram abordados os familiares que pertencem a varias classes sociais, mais em sua maioria a classe média como demonstrado acima.

Outro dado apontado refere-se a faixa etária dos participantes conforme conferimos abaixo no gráfico 8. Cerca de 37,0% estavam entre os 36- 45 anos; seguido de 25,9% de familiares entre 25-35 anos; como também 16,7% destes entre 46-55 anos; além de 9,6% entre 56-65 anos; 7,4% dos participantes com menos de 25 anos e os outros 3,8% correspondem àqueles acima de 65 anos.

Percebe-se aqui o envolvimento efetivo dos adultos na participação da pesquisa no intervalo de idade entre 25 e 45 anos (62,9%), e considerando o local onde ela se realizou podemos afirmar que cabe a estes familiares a responsabilidade de acompanhar e/ou conduzir e observar o tratamento da pessoa com deficiência. Observamos que além da população adulta, esta tarefa também é desenvolvida pelas pessoas com a faixa etária mais elevada, de 46-65 anos. Como demonstrado na tabela a seguir:

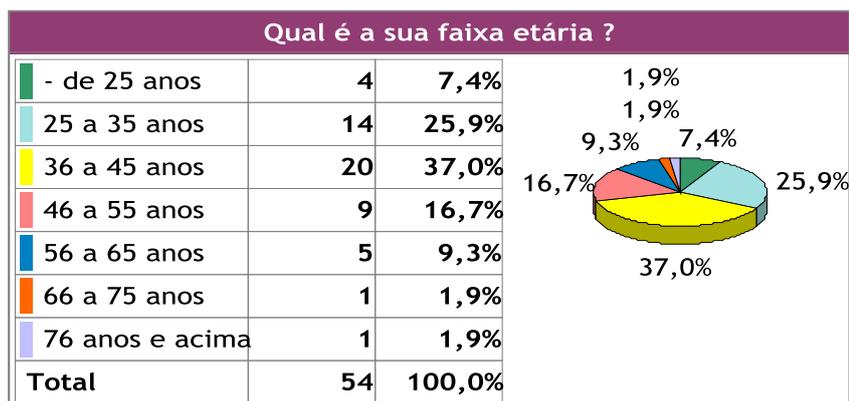


Gráfico 8. Distribuição de acordo com a faixa etária dos participantes.

### 3.2.2. Procedimentos

O contato com os sujeitos foi feito da seguinte forma:

- 1) As famílias que possuem algum membro com deficiência foram as pertencentes ao CERVIM- Centro de Reabilitação da Vila Militar, por se tratar de uma instituição que é referência nacional em centros de habilitação e reabilitação para pessoas portadoras de necessidades especiais. Este centro é considerado pioneiro na utilização de novas técnicas de tratamento, na promoção dos cursos de extensão com treinamento para profissionais das áreas da Saúde e Educação e na introdução de Esportes Adaptados e Paraolímpicos no âmbito terapêutico. Tal como é apresentado em sua home page ([www.cervim.com.br](http://www.cervim.com.br)), a função do CERVIM é criar uma plataforma para que seus pacientes, alunos, atletas, profissionais, parceiros e a própria empresa, atinjam o potencial que lhe são próprios, estimulando assim o desenvolvimento de uma consciência maior da capacidade de superação frente aos obstáculos inerentes a cada pessoa e sua deficiência.

Os usuários do CERVIM contam com um atendimento multidisciplinar como equoterapia, fisioterapia (motora e respiratória), psicomotricidade, terapia ocupacional, hidroterapia, Psicopedagogia, musicoterapia, psicologia, *therasuit* e *wii* terapia. O método *therasuit* criado em Michigan/USA, visou inicialmente à reabilitação de pessoas com paralisia cerebral. A base da técnica é uma veste criada por pesquisadores russos com intuito de contrapor os efeitos negativos vividos pelos astronautas (atrofia muscular, osteoporose) devidos à falta de ação da gravidade em suas longas viagens pelo espaço. Através de repetições intensas de exercícios para aprender e adquirir uma nova habilidade motora ocorre melhora significativa dos pacientes com distúrbios neurológicos. Já a *wii* terapia consiste em estimular as pessoas a reconquistar o equilíbrio, coordenação motora e força muscular através do vídeo game *wii sports* (<http://www.cervim.com.br/cervim/index.php/habilitacao-e-reabilitacao>). O centro está localizado na Avenida Brasil, no bairro de Deodoro, Rio de Janeiro e possuem outras três unidades filiais nos bairros de São Cristovão, Lagoa e Barra da Tijuca. Todas as unidades oferecem gratuitamente, mediante parceria com a AETERJ (Associação Equoterapia do Estado do Rio de Janeiro), esportes paraolímpicos nas

modalidades: natação, bocha e futebol, para pessoas com necessidades especiais com idade e inclusão escolar e atende conveniada a alguns planos de saúde e particularmente.

- 2) As famílias que não possuem membro com deficiência foram abordadas por conveniência e de forma espontânea dentre aquelas incluídas no perfil desejado para a inclusão nesse grupo de sujeitos, qual seja: fornecer um representante, não ter pessoas com deficiência em seu convívio direto, não residindo no mesmo ambiente.

### **3.2.2.1. Instrumentos**

Esta pesquisa foi de caráter quantitativo e qualitativo. Para tanto utilizamos questionários com questões abertas, questões fechadas para os dados sócio demográficos e tarefas de evocação livre.

A tarefa de evocação livre, segundo Abric (2003), se trata de uma tarefa em que o sujeito elege três a cinco palavras que são pensadas imediatamente após um termo indutor, as palavras elegidas pelo sujeito foram, num segundo momento, hierarquizadas pelo próprio sujeito, configurando um grau de importância das palavras escolhidas. Os termos indutores utilizados foram: deficiência e pessoa com deficiência.

O questionário foi produzido após a aplicação de um instrumento-piloto de forma a melhor delinear as questões abertas e fechadas, identificar possíveis falhas na apresentação das mesmas, medir tempo de aplicação e viabilidade nos locais de coleta. O questionário com questões abertas e fechadas teve as questões abertas analisadas através da análise de conteúdo de Bardin (2010).

### **3.2.3. Proposta de análise**

A análise dos dados foi feita pelo EVOC 2005® (*Ensemble de programmes permettant l'analyse des evocations*) que através das combinações entre frequência e ordem de evocação, demonstra o grau de saliência, uma das propriedades quantitativas do método de levantamento, de cada grupo pesquisado. (Vergès, 2005; Oliveira, Marques, Gomes &

Teixeira, 2005). O programa organiza em quadrantes os elementos extraídos do corpus completo das evocações livres realizadas pelos sujeitos.

O primeiro quadrante diz respeito aos elementos mais prontamente evocados e com maior frequência e, portanto, o possível núcleo central. A primeira periferia ao lado refere-se aos elementos mais frequentes, mais com uma ordem de evocação mais distante de 1. A zona de contraste que fica no lado esquerdo abaixo do quadrante do provável núcleo central, apresenta elementos com frequência menor que a média, mas com ordem de evocação mais próxima de 1. Esses elementos podem demonstrar a aparição de subgrupos que apesar do número ainda pouco expressivo em relação ao grupo total, apresentam maior aderência a alguns elementos conferido a eles maior importância. Por último, a 2ª periferia que seria o 4º quadrante com os elementos com maior ordem de evocação, ou seja, mais distantes do 1 e com menor frequência.

As questões abertas foram analisadas pela análise de conteúdo de Bardin (2010), que consiste em criar categorias a partir dos relatos obtidos e possui dois movimentos: o inventário, que isola os elementos das respostas e a classificação que permite organizar os elementos das mensagens. Na fase de codificar os elementos presentes nas respostas apresentadas é possível identificar as Unidades de Registro, que podem ser frases ou palavras que expressem o cerne ou sentido das mensagens e que compõem as Unidades de Contexto que podem ser consideradas como os parágrafos e/ou extratos do conteúdo.

Vale lembrar que apesar da quantificação mais simplificada através de porcentagens, a técnica de análise de conteúdo de Laurence Bardin permite a conjugação dos elementos de sentido oriundos do conteúdo com a frequência de aparição no grupo, mostrando a saliência e importância na formação de representações sociais. E, por isso, pode ser considerada uma técnica quanti/quali.

#### **3.2.4. Aspectos Éticos**

Utilizamos na realização deste estudo a apresentação do Termo de Livre Consentimento às famílias que foi assinado pelo representante escolhido. A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro,

processo 23083.003355/2013-14 atendendo os princípios éticos de acordo com a Resolução 196/96 que regulamenta os procedimentos de pesquisa envolvendo seres humanos. Após a realização da pesquisa e da consolidação da defesa da dissertação será feita uma devolução dos resultados aos sujeitos (a instituição CERVIM ficará com uma cópia do trabalho e os demais sujeitos poderão acessá-lo na home page do PPGPSI/UFRRJ).

## **CAPÍTULO IV**

### **ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Os resultados serão apresentados juntamente com a análise proposta. Organizamos a apresentação e discussão iniciando pelas questões abertas do instrumento de coleta de dados e que gerou a análise de conteúdo inspirada em Bardin para depois apresentar os dados oriundos das tarefas de evocação livre. Apresentaremos também cada grupo separadamente: primeiro as famílias que não tem convívio direto e depois as famílias com convívio direto.

#### **4.1. ANÁLISE DAS QUESTÕES ABERTAS**

Nas questões abertas do questionário aplicado em pesquisa que consistiam em descrever sobre as dificuldades e as facilidades que as pessoas com deficiências enfrentam, os resultados seguiram a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (2010), cuja proposta é criar categorias que possui dois movimentos: o inventário, que isola os elementos das respostas e a classificação que permite organizar os elementos das mensagens. Nessa fase de codificar os elementos presentes nas respostas apresentadas é possível identificar as Unidades de Registro, que podem ser frases ou palavras que expressem o cerne ou sentido das mensagens e as Unidades de Contexto, compreende o contexto da Unidade de Registro e podem ser consideradas como os parágrafos e/ou extratos do conteúdo em que foram extraídos as Unidades de Registro.

Segundo Bardin (2010) a Análise de Conteúdo tem o intuito de evidenciar o sentido e significado dos vocábulos de cada grupo pesquisado. Sendo assim, deixamos emergir, a partir de uma leitura flutuante, as categorias que trazem a tona as semelhanças e as diferenças nas respostas dos dois grupos de família em análise.

##### **4.1.1. Grupo de famílias em que não há convívio direto com pessoas com deficiência**

A Tabela 2 corresponde aos dados coletados à questão aberta: *Considerando os dias de hoje, em sua opinião quais são os fatores que dificultam a vida das pessoas com deficiência de uma maneira geral (pense não apenas na acessibilidade física, mas do ponto de vista das relações entre as pessoas)*. Observamos 7 categorias que serão melhor apresentadas abaixo:

CATEGORIAS	UNIDADE DE REGISTRO	UNIDADES DE CONTEXTO	(f) %
<b>Relações de Convivência</b>	<p>“...tratar com mais amor e carinho.”</p> <p>“...tem gente que pensa que a pessoa com deficiência é inútil...”</p> <p>“a pessoa com deficiência também tem preconceito quando alguém se aproxima dela.”</p>	<p>Ter quem cuidá-las não só de forma técnica, exemplar como um médico, um psiquiatra. Amor, carinho, paciência, respeito entre outros não se aprendem na faculdade. Precisam de quem cuide com amor e atenção. (q-20)</p> <p>Preconceito e falta de esclarecimento, muita gente tem a ideia pré-concebida de que uma pessoa com certa necessidade especial é incompetente, inútil, o tipo de pensamento que isola, não dá oportunidade para que a pessoa e a sociedade se desenvolvam para dar acesso a todos. (q-39)</p> <p>Preconceito de ambas as partes: tanto de quem não tem deficiência de chegar e se aproximar, quanto da pessoa que tem, diz que quando alguém se aproxima se retrai. (q-03)</p>	60%
<b>Políticas públicas</b>	<p>“...com efetivação das políticas publicas haveria mais respeito às pessoas com deficiência.”</p>	<p>Elas deveriam ser tratadas como qualquer outra pessoa, respeitando suas necessidades especiais. Respeito dos governantes, implantação de acesso nas escolas. (q-25)</p>	12,3%
<b>Educação</b>	<p>“... para a formação da pessoa com deficiência faltam profissionais e instituições preparadas.”.</p>	<p>A falta de estrutura educacional impossibilita a construção intelectual de pessoas com deficiências específicas, como cegos, surdos e mudos. Não temos Universidades capacitadas em sua totalidade,</p>	7,6%

		com professores preparados para lidar com este estrito perfil do aluno. A falta de estrutura educacional se dá no início da alfabetização, pois temos poucas escolas que proporcionam esse tipo especial de educação. (q-42)	
<b>Infraestrutura/ Acessibilidade</b>	“...falta acessibilidade nos lugares públicos.”	...A falta de estrutura desde ruas até escolas, shoppings, hospitais, falta de investimento para melhorar a vida dos deficientes. (q-54)	6,1%
<b>Saúde</b>	“...os profissionais fazem a ponte para a convivência.”	Outras pessoas aptas para ingressá-los no convívio com os outros. Principalmente no caso de Autista e Deficiente mental. (q-45)	4,6%
<b>Informação</b>	“...a informação sobre os locais de atendimento é importante para a família.”	Falta de informação para divulgar os serviços...parceria da família com responsabilidade e muito amor. (q-15)	4,6%
<b>Recursos</b>	“...a pessoa com deficiência ainda é entendida em muitos casos como improdutiva.”  “...só consegue bom tratamento quem tem recurso...”	No sistema capitalista em que vivemos, a sociedade é moldada para que se dê conta de produção. Partindo desse ponto de vista, aquele que é capaz de produzir é bem aceito pelo grupo social. Em contra partida, aquele que por alguma razão não consegue realizar tal produção é colocado de lado. Infelizmente a ordem está invertida: Usam-se as pessoas e valorizam-se as coisas. (q-53) Tudo dificulta a não ser que a pessoa tenha situação financeira boa, pois um deficiente depender dos órgãos públicos fica tudo mais difícil. (q-08)	4,6%

Tabela 2. Tabela referente as dificuldades acerca da vivência da deficiência no relato do grupo sem convívio direto

Considerando o número de 54 sujeitos participantes as respostas do grupo de família em que não há convívio direto com alguma pessoa com deficiência e em relação aos fatores que dificultam a vida das pessoas com deficiência de alguma maneira, distribuíram-se as

seguintes categorias: **Relações de convivência, Infraestrutura, Saúde, Políticas públicas, Educação, Informação e Recursos**, num total de 65 Unidades de Registro.

Especificando as categorias, assim como as URs (Unidades de Registro) tem-se:

### **CATEGORIA 1: Relações de convivência**

Esta categoria contém 39 URs (Unidades de Registro) correspondendo a 60% das respostas. Sendo essa a categoria mais pregnante no grupo estudado, podemos discutir a importância conferida às relações interpessoais e de convivência no que pode ser gerado de dificuldade na vida da pessoa com deficiência. A falta de sentimentos ou o preconceito, além de enxergar a pessoa com deficiência como incapaz, devido a aspectos como o desconhecido ou o estranhamento, podem ser os piores obstáculos a ser enfrentado. O relato abaixo mostra melhor como o grupo citado respondeu a questão:

*...aquele que é capaz de produzir é bem aceito pelo grupo social. (q-53)*

*...tem muitas pessoas que acham que a deficiência é uma doença contagiosa... (q-36)*

*...não estamos preparados para lidar com essas pessoas, suas dificuldades. (q-21)*

As respostas aqui mencionadas nos remetem a concepção de pessoa com deficiência semelhante a do século XIX como citou Silva (1987), que as pessoas segregavam, isolavam este público, pois delas nada se podia esperar. Apesar do reconhecimento por alguns participantes de suas atitudes e sentimentos percebe-se ainda um distanciamento no relato quanto à tentativa de aproximação e contato direto com as pessoas com deficiência.

### **CATEGORIA 2: Políticas Públicas**

Foram identificadas 08 URs, correspondendo 12,3% das respostas, enfatizando o apoio dos governantes no cumprimento das leis, em investimentos voltado aos estudos da área da deficiência e cuidado a esse público:

*...dificuldade de cumprimento das leis... política pública de inclusão. (q-16)*

*...políticas públicas com olhar diferenciado e com foco nesse público. (q-15)*

É notável o esclarecimento sobre a necessidade do apoio dos órgãos públicos para que realmente aconteçam as melhorias necessárias que atendam as pessoas com deficiência de maneira a garantir seus direitos como parcela da sociedade. O Relatório Mundial sobre a Deficiência (2012) também aponta a efetiva participação das políticas públicas como garantia para que as pessoas com deficiência sejam asseguradas nos seus direitos.

### **CATEGORIA 3: Educação**

As principais ideias por trás dessa categoria dizem respeito à formação da pessoa com deficiência desde sua base escolar, citando a Inclusão até sua inserção na Universidade. Sobre este aspecto identificou-se 05 URs, correspondendo a 7,6% das respostas, neste grupo pesquisado.

*...Aceitação nas escolas, pois mesmo com a lei que permite a inclusão nas escolas sem ser especial, ainda há dificuldade em uma escola comum. (q-22)*

Além da falta de adaptações nos espaços físicos, os recursos humanos para atender e contemplar a formação das pessoas com deficiência desde sua base até a formação Universitária é precária. Segundo a UNESCO a Declaração de Salamanca (1994) foi realizada em Conferencia Mundial ficando acordado entre os países que, aquelas crianças que apresentarem necessidades educacionais especiais devem estar em escolas regulares e que cabe a escola desenvolver uma Pedagogia centrada na criança que abarque suas habilidades e necessidades, incluindo todos os tipos de crianças, pois elas possuem capacidades e perfis de aprendizagem únicos.

### **CATEGORIA 4: Infraestrutura/Acessibilidade**

Esta categoria apresentou 04 URs, correspondendo a 6,1% das respostas, as quais denunciaram a falta de investimento na acessibilidade de transportes e locais públicos, o que pode se tornar uma barreira no convívio social.

*...Descaso das autoridades em preparar calçadas, ruas, rampas e sinalizações. (q-32).*

Percebe-se que mesmo sendo solicitado no questionário pensar nas dificuldades para além da acessibilidade, algumas respostas apresentaram somente este discurso, de caráter

mais objetivo e prático não percebendo as dificuldades voltadas ao sujeito, mas sim ao aspecto físico. Segundo o Relatório Mundial sobre a Deficiência (2012), a acessibilidade é um dos fatores que podem fomentar a participação e inclusão das pessoas com deficiência, assim como a falta dessas melhorias podem incapacitar não só este público mais o público em geral, pois a acessibilidade contempla também pessoas idosas, pais com carrinhos de bebês e etc. No entanto, um ambiente favorecedor do convívio social vai além das adaptações físicas, pois dependem de um ambiente social e comportamental também acessível e acolhedor.

### **CATEGORIA 5: Saúde**

Registrou-se a ocorrência de 03 URs, correspondendo a 4,6% das respostas voltadas à capacitação de profissionais e falta de hospitais especializados.

*...profissionais capacitados para lidar com essa pessoa que é diferente. (q-14)*

É visível neste relato o entendimento da falta de capacitação de profissionais em lidar com as diferenças. Fato é que, essa necessidade não se restringe somente aos profissionais de saúde e/ou profissionais sociais, mas cabe a todos, pois se caracteriza como um ato de cidadania procurar, tentar e saber lidar com as diferenças.

### **CATERGORIA 6: Informação**

A informação foi apontada em 03 URs, correspondendo 4,6% das respostas, num entendimento mais geral e abrangente sem especificação de sua finalidade, a não ser pela necessidade de se informar a existência dos lugares de serviços prestados as pessoas com deficiência.

*...Falta de informação para divulgar os serviços. (q-15)*

A informação abrange vários aspectos e pode ser utilizada como facilitador entre as relações, pois o que é desconhecido causa estranhamento, distanciamento e o isolamento social, como afirmou Goffman (1980) que quando nos deparamos com o estranho, o diferente, podem surgir pré-concepções diante do desconhecido e conseqüentemente surge a categorização daquilo que não se conhece para que seja de certa forma incluída, normalizada ou conhecida no grupo, logo pode surgir o estigma, onde o descrédito, o defeito, a fraqueza fica mais evidente na identificação de uma pessoa.

### CATEGORIA 7: Recursos

O nome dado a esta categoria engloba aspectos referentes ao Mercado de trabalho e a tratamento oneroso, devido à falta de recursos em manter um tratamento de alto custo às pessoas com deficiência. Foram identificadas com esse tema 03 URs, correspondendo também a 4,6% respostas.

*Dinheiro para ter determinados equipamentos para se desenvolver. (q-05)*

Conforme o relato acima é preciso recursos financeiros, para manter um tratamento específico de Reabilitação e supervisão de saúde e esse custo segundo o Relatório Mundial sobre a Deficiência (2012) pode ser direto ou indireto. É considerado custo direto duas situações: aquela em que a família tem que custear no mínimo um padrão de vida razoável de manutenção da pessoa com deficiência, transporte e seu tratamento, custo que depende também do tipo de deficiência e os benefícios ou programas sociais que o governo institui para as pessoas com deficiência ou para programas sociais que atendam esse público. Existem ainda os custos indiretos que são a perda de produtividade ou abandono do trabalho devido a alguma deficiência ou a necessidade de abandono ou perda de produtividade de um familiar no trabalho para cuidar de uma pessoa com deficiência.

A Tabela 3 é referente a questão apresentada sobre os *fatores que poderiam facilitar a vida das pessoas com deficiência* ainda se tratando do grupo em que não há convívio direto com as pessoas com deficiência. Observamos a partir das respostas coletadas o total de 82 URs, as quais estão distribuídas em 09 categorias. Diante disso pôde-se organizar e agrupar as Unidades de Registro e as Unidades de Contexto segundo suas categorias, que se apresentaram da seguinte maneira:

CATEGORIAS	UNIDADE DE REGISTRO	UNIDADES DE CONTEXTO	(f) %
<b>Relações de Convivência</b>	“...não tratar as pessoas com deficiência com inferioridade.”	Tratar as pessoas com o mesmo carinho que elas gostariam de ser tratadas e principalmente não tratarmos pessoas com deficiências como se elas fossem menores ou inferiores às outras. “Minha filha tinha quatro anos quando estudou em uma escola onde havia um menino com	25,6%

		<p>deficiência visual e todos os coleguinhas de todas as salinhas o tratavam com muito carinho e aprenderam desde cedo a tratar o diferente com muito respeito e amor”. (q-26)</p> <p>As pessoas não terem nojo, nem medo das pessoas com esse tipo de quadro... (q-35)</p>	
<b>Educação</b>	“... não deixar somente na sala de aula.”	<p>...as escolas também deveriam inserir os portadores de deficiência de maneira real e não só para deixar a criança na sala de aula. (q-33)</p> <p>Que já nos é oferecido por parte do governo são as escolas específicas para este público, no entanto o numero ainda é muito baixo e, além disso, é preciso investir também nas escolas técnicas e universidades com profissionais habilitados para atender as necessidades de seus alunos e capacitá-los melhor para o mercado de trabalho. (q-43)</p>	19,5%
<b>Infraestrutura</b>	“...acessibilidade, em diversos locais.”	Ter mais estrutura em banheiros públicos, nas ruas, escolas, shoppings, hospitais e etc... (54)	15,8%
<b>Políticas Públicas</b>	“...assistência à pessoa com deficiência e sua família.”	<p>Cumprimento de Acessibilidade exigida por lei, cumprimento de cota de empregabilidade para os PCD’S, capacitação profissional, respeito às leis existentes. (q-16)</p> <p>Melhor assistência do governo federal proporcionando o devido acompanhamento médico, psicológico, educacional, enfim... assistencial em geral tanto do portador quanto de sua família que com ele convive diariamente, deveria ser aplicado para melhoria e facilitação do processo de aceitação e convívio. (q- 42)</p>	12,1%

<b>Informação/ Acessibilidade</b>	“... informação para conhecer melhor a necessidade do outro.”	Esclarecimento sobre o que é cada necessidade especial: autismo, Down, surdos, cegos etc., com conhecimento podemos nos relacionar melhor e compreender a necessidade do outro. (q-39)	8,5%
<b>Saúde</b>	“...atendimento multidisciplinar.”	...centros de Recuperação, Centros de Fisioterapia, Acompanhamento psicológico e psicopedagógico. (q-21)	7,3%
<b>Família</b>	“aceitação da família.”	Aceitação da deficiência e do deficiente pela família. (q-19)	4,8%
<b>Recursos</b>	“... disponibilizar as vagas para pessoa com deficiência.”	Algumas empresas disponibilizam vagas exclusivas para pessoas com deficiência, esperamos que essa atitude venha ser copiada por todos os segmentos da sociedade, já está comprovado que o trabalho realizado por uma pessoa deficiente comparado com uma pessoa sem deficiência tem bem menos ou quase praticamente é sem erros. (q-41)	2,4%

Tabela 3. Tabela referente as facilidades acerca da vivência da deficiência no relato do grupo sem convívio direto

### **CATEGORIA 1: Relações de convivência**

Esta categoria corresponde a 25,6% das respostas, num total de 21 URs. Nesta categoria encontram-se as respostas relacionadas diretamente a condição de deficiência e o comportamento social obtido diante do contato com a pessoa com deficiência. Como exemplo, destacamos alguns trechos dos relatos.

*... Devemos olhar de outra maneira, pois quem tem deficiência precisa de ajuda, de oportunidade, pois com certeza são pessoas muito talentosas, afinal provam isso todos os dias com muita força de vontade. (q-50)*

*...se colocar no lugar do outro com deficiência, empatia... como forma de compreender a situação. (q-28)*

As Unidades de Registro contidas nessa categoria também apresentam a carga afetiva nas respostas, como já comentado anteriormente na análise da Tabela 2 deste mesmo grupo, que traz à tona a contribuição histórica da necessidade de acolhimento deste público. É possível observar que a empatia também está presente na questão anterior do mesmo grupo. O que diferencia é a ideia de Superação, que aparecem em alguns discursos neste momento. A superação apontada é vista como a necessidade da pessoa com deficiência superar suas limitações a cada dia, exemplo:

*...Mantendo-se a determinação, a esperança. O corpo pode ser quebrado, não o espírito. (q-23)*

*...Força de vontade e superação. (q-05)*

Logo, percebe-se que o entendimento a respeito da deficiência está mais atrelado ao rompimento de barreiras e dificuldades, é perceptível que elas existam como diz Glat (2004), elas só não precisam se tornar o cartão de visita da família. Não podemos descartar também a contribuição de Diniz, Barbosa & Santos (2009) acerca da influência do conceito mais biomédico da visão corporal na cultura brasileira. Interessante é acrescentar aqui a visão das audiências sociais de Omote (1994), o qual destaca a contribuição social do público de quem observa as diferenças e a origem da visão ou da classificação da deficiência. Este estudo pretende de alguma forma evidenciar isso, já que compreende tanto a audiência social de familiares sem o convívio direto com pessoas com deficiência como a audiência de familiares com o convívio direto com pessoas com deficiência.

## **CATEGORIA 2: Educação**

O tema educação corresponde a 19,5% das respostas, num total de 16 URs. Nos relatos analisados observaram-se tanto depoimentos pessoais a respeito da necessidade do convívio desde a escola regular com pessoas com deficiência, como a necessidade de cursos e capacitação a todos, para maior integração social.

*...escolas com capacidade de aceitação para todos. Não tratar disso como um caso a ser estudado ou aceito, mais simplesmente integrado na vida como um todo. (q-25)*

*Educação é tudo, para formar pessoas que possam sim ajudar os deficientes. (q-52)*

*A inclusão nas escolas regulares é benéfica, porém não se descartar um outro tipo de acompanhamento mais específico. (q-51)*

Percebe-se que em alguns relatos ainda há resquícios de comportamentos discriminatórios, como: *...pessoas sim que possam ajudar os deficientes...* ou é possível incluir mas *...não se pode descartar um outro tipo de acompanhamento mais específico*. Estes relatos podem apontar para o que Abric (2005) chama de zona muda das representações sociais. Quando um tema tem grande significação normativa à ocorrência de algumas incongruências entre as representações e as práticas ganham proporções maiores, o sujeito é consciente em escolher as respostas apropriadas de um discurso para não se expor publicamente contra o politicamente correto. É necessário afirmar que não houve nenhuma técnica específica para identificar a zona muda das representações sociais nesta pesquisa, logo, pode-se apenas apontar ou suspeitar sua ocorrência nos dados coletados.

### **CATEGORIA 3: Infraestrutura**

Essa categoria corresponde a 15,8% das respostas, perfazendo um total de 13 URs, se caracteriza em destacar a necessidade dos lugares adaptados, o transporte público, relacionado à acessibilidade em geral, incluindo ambientes de lazer. Exemplos como:

*O governo poderia disponibilizar um lazer em especial para eles, pois acho sem estrutura. (q-08)*

*Alguns serviços como passe-livre. Poderiam ter transportes reservados e específicos. (q-49)*

O exemplo acima fala da necessidade de transporte específico ou como menciona o Relatório Mundial sobre a Deficiência (2012) os serviços de transportes especiais – STS. Esses serviços tem uma taxa fixa mínima e atendem pessoas com deficiência e idosos de modo geral. Há lugares onde os STS já estão em funcionamento, como em Curitiba, com vans de operadores privados que recolhem por uma taxa fixa passageiros em elevadores de casa para as estações de ônibus, no entanto, o alerta está nos altos custos que esses transportes podem sofrer à medida que a população idosa cresce e o aumento da segregação com um transporte especial.

#### **CATEGORIA 4: Políticas públicas**

A necessidade da efetivação das políticas públicas é abordada em 12,1% das respostas, num total de 10 URs. Nos relatos há menção sobre os direitos da população, a atenção e investimento dos governantes e o cumprimento das leis.

*Que respeitem as leis que já existem... (q-15)*

*Melhor assistência do governo federal proporcionando o devido acompanhamento médico, psicológico, educacional, enfim assistencial em geral, tanto do portador como de sua família que com ele convive. (q-42)*

*Os governantes deveriam investir mais nesta área, com respeito e carinho aos deficientes. (q-34)*

A esse respeito o já citado Relatório Mundial sobre a Deficiência (2012) afirma que a pauta deficiência faz parte dos Direitos Humanos devido às desigualdades políticas dispensadas a essa população, além de ser alvo de comportamentos sociais aversivos. Sendo assim estabelece que os países que utilizam a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência- CDPD aprovada em 2006 devem dentre outras práticas, incluir a deficiência em todas as políticas públicas e programas relevantes e tomar as medidas necessárias para eliminar atitudes discriminatórias contras as pessoas com deficiência por qualquer pessoa, organização ou empresa privada.

#### **CATERGORIA 5: Informação**

A categoria Informação tem duas ideias principais que a compõem: a Orientação sobre a Inclusão e Esclarecimento sobre as Deficiências, correspondendo a 07 URs e 8,5% das respostas.

*Congressos, palestras para a população, não somente para os profissionais da área. (q-04)*

*Este trabalho é importante para o esclarecimento da sociedade que pode em muito ajudar nas conquistas a favor deste grupo. (q-53)*

É notável que nos relatos acima as pessoas corroborem a necessidade de informação e conhecimento sobre as Deficiências. O acesso a essa informação é um dos meios de

minimizar o preconceito e podem estreitar as relações entre as diferenças (Rodrigues, Assmar & Jablonski, 2003).

### **CATEGORIA 6: Saúde**

A Saúde é tema presente nos discursos analisados em cerca de, 7,3% das respostas, correspondendo a 06 URs. Esta categoria apresenta relatos sobre a necessidade de qualidade nos atendimentos, a ampliação dos locais e da equipe de atendimento multidisciplinar.

*...tratamento adequado, preciso e rápido. Pois logo assim que diagnosticado ter o mais rápido. (q-11)*

*A saúde deveria se estender para atender o deficiente desde a infância. (q-33)*

A hora do diagnóstico é apontada por Glat (1994) como uma das mais difíceis a ser enfrentada pela família, é um momento de crise de identidade da família imaginária para a família real. Ainda segundo a autora a equipe de saúde nesse momento é fundamental para acolher e orientar a família.

### **CATEGORIA 7: Família**

O tema Família foi abordado em alguns discursos do grupo em análise, correspondendo a 4,8% das respostas, com 04 URs e corresponde as noções de melhoria na vida da família e maior aceitação.

*...melhorar a vida de toda família. (q-04)*

*...Dedicação da família. (q-07)*

*...necessário trabalhar com todas as famílias das pessoas com deficiência. (q-14)*

Os discursos acima descrevem sobre a necessidade de a família ser trabalhada mais também a importância da família saber lidar com a pessoa com deficiência. Conforme já comentado, Glat (1996) afirma a necessidade do amparo à família pós-diagnóstico sobre a deficiência, pois a família vivencia uma crise de identidade nesse período, ocorre o desapego aos papéis e expectativas criadas anteriormente ao diagnóstico. Para a autora até a família chegar à fase de aceitação, ela passa inúmeras vezes pelo luto que é revivido em várias ocasiões, como o aniversário, ou um período especial, como o de aprender a andar, a falar, a escrever e outros, fases que podem acontecer ou acontecer com dificuldades e nem vir a

acontecer. Estes momentos chaves ou de grande significação devem ser trabalhados na família, o que nem sempre acontece e pode se tornar uma grande barreira no desenvolvimento familiar.

#### **CATEGORIA 8: Outros**

Aqui nesta categoria estão as respostas em branco ou que não apresentaram argumento nas respostas, correspondendo a 3,6% em 03 URs.

Percebe-se que essa porcentagem ainda é mais alta que a categoria a seguir o que pode significar desconhecimento sobre o assunto solicitado na questão ou mesmo oposição a ela como o exemplo descrito na tabela acima.

#### **CATEGORIA 9: Recursos**

A categoria Recursos se destaca por relatos sobre o Mercado de Trabalho e Cotas de Emprego às pessoas com deficiência. Correspondem a 2,4% das respostas, com 02 URs.

*...necessidade de melhor capacitá-los para o mercado de trabalho. (q-43)*

Os dois relatos desta categoria informa sobre as cotas reservadas a esse público, e a capacitação para o mercado de trabalho. A visão deste grupo, ainda que mínima em porcentagem possa significar a necessidade de ampliação, a oportunidade e compreensão da visão de sujeito, que possui habilidades e peculiaridades observáveis e aproveitáveis como qualquer outro público.

#### **4.1.2. Grupo de famílias em convívio direto com pessoas com deficiência**

O grupo em análise apresenta convívio direto com pessoas com deficiência, ou seja, reside com elas no mesmo espaço físico. Como no grupo anteriormente pesquisado o critério estabelecido está no desempenho do papel de cuidador a outra pessoa.

Diante dos dados coletados na questão: *Considerando os dias de hoje, em sua opinião quais são os fatores que dificultam a vida das pessoas com deficiência de uma maneira geral (pense não apenas na acessibilidade física, mas do ponto de vista das relações entre as pessoas)*, puderam-se organizar os discursos nas seguintes categorias:

Relações de convivência; Infraestrutura, Saúde, Políticas públicas, Educação, Informação, Recursos e O sujeito. As oito categorias formaram um total de 96 Unidades de Registro em 54 sujeitos participantes.

CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTRO	UNIDADES DE CONTEXTO	(f) %
<b>Relações de Convivência</b>	<p>“nem chegam perto, parece ter medo, nojo”.</p> <p>“... ou ocorre o estranhamento ou uma compaixão abobalhada, o que só reforça a segregação.”</p>	<p>Um dos fatores é o preconceito, porque algumas pessoas nem chegam perto, parecem ter medo, nojo, parece doença infectocontagiosa, com isso muitas vezes se afastam. (q-16)</p> <p>...o brasileiro tem duas condutas: o estranhamento, sem saber agir e acaba por ignorar e a compaixão abobalhada e assistencialista, quase como se quisesse exibir uma bondade ensaiada. Na minha opinião os dois comportamentos só reforçam a segregação, a ideia de que o deficiente não é igual aos outros. (q-51)</p>	40,6%
<b>Infraestrutura/ Acessibilidade</b>	<p>“não há lugares adaptados e nem a cobertura de todas as terapias nos planos de saúde.”</p>	<p>A dificuldade já começa pelos órgãos públicos, pela falta de adaptação, isso é falta de respeito em relação ao deficiente como pessoa. Vou a praça, não dá... Vai ao parque difícil, graças a Deus temos esporte adaptado, ao shopping...(parquinho nada adaptado e nem pessoas preocupadas para ajudar). Plano de saúde não cobre terapias, tudo muito caro em relação a reabilitação e locomoção. (q-50)</p>	19,7%
<b>Informação</b>	<p>“... para se comunicar é preciso conhecimento.”</p>	<p>Comunicação, pois muitas das vezes para se comunicar com um deficiente é necessário conhecê-lo. Existe quem não fala quem tem dificuldades na fala e quem tem vergonha. (q-20)</p>	13,5%
<b>Políticas Públicas</b>	<p>“... falta de políticas públicas e do cumprimento das leis.”</p>	<p>A falta de divulgação das deficiências de um modo geral e a falta de políticas públicas, de cumprimento das leis que já existem favorecendo o portador de necessidades especiais. (q-30)</p>	8,3%

<b>Saúde</b>	“... falta de crédito por parte dos médicos.”	Falta de credibilidade por parte dos médicos em depositar confiança no paciente, isto é acha que o deficiente não é capaz. (q-31)	6,2%
<b>Educação</b>	“... falta preparo dos profissionais.”	...falta de preparo dos profissionais de educação, saúde e social, em libras, em braile. (q-23)	5,2%
<b>Recursos</b>	“... é necessário o acompanhamento pelas empresas às pessoas com deficiência que já trabalham.”  “... as mães precisam trabalhar.”	Falta de suporte das empresas para acompanhamento do deficiente que ocupa vaga por autorização (amparados por lei). (q-40)  Falta de condução, recurso para as mães poderem trabalhar. (q-14)	4,1%
<b>O sujeito</b>	“...as limitações leva ao abandono e à referencia de incapacidade.”  “...as pessoas não se interessam pela opinião da pessoa com deficiência, tratam-na como bebê.”	Por causa das limitações dessas pessoas, elas tendem a serem até certo ponto ignoradas ou abandonadas, mesmo por acharem que são diferentes ou incapazes. (q-29)  ...as pessoas quando veem um deficiente com acompanhante não perguntam o que lhe interessam da deficiência ao deficiente e sim ao acompanhante e tratam o deficiente como bebê. (q-23)	3,1%

Tabela 4. Tabela referente as dificuldades acerca da vivência da deficiência no relato do grupo com convívio direto

### **CATEGORIA 1: Relações de convivência**

Esta categoria foi organizada em três ideias principais: Preconceito, Assistencialismo e Bulling, correspondendo a 40,6% das respostas com 39 URs:

*...discriminação por parte das pessoas em gera, não procuram se inteirar acerca da real capacidade do deficiente. (q-40)*

*Ainda nesse tempo moderno existem pessoas que ainda acham algumas deficiências diferentes, ficam olhando, outros ficam rindo, infelizmente não é... fico indignada. (q-01)*

*A ausência de solidariedade, não entendendo os limites do deficiente e suas necessidades especiais. (q-06)*

Observa-se nos relatos do familiar em que há convívio o interesse em que a pessoa com deficiência seja aceita socialmente ou ao menos que seja percebida como uma pessoa além de qualquer deficiência.

Segundo o Relatório Mundial sobre a Deficiência (2012) a pessoa com deficiência pode sofrer *bullying* por meio de professores, alunos e funcionários escolares, o medo de sofrer *bullying* é tão desastroso quanto o ato e pode limitar a presença de pessoas com deficiência nas escolas, por exemplo. Entretanto, Rodrigues, Assmar & Jablonski (2003) faz referência à hipótese de contato realizada em pesquisa por Allport em 1954, que afirma a redução de ações discriminatórias e preconceituosas a partir da convivência de grupos com pessoas diferentes em condições de status social igualitária e em objetivos comuns.

### **CATEGORIA 2: Infraestrutura**

Relacionado a esta categoria estão 19,7% das respostas, ou seja, 19 URs. Infraestrutura aparece relacionada a acessibilidade, a hospitais especializados e a cobertura de terapias nos planos de saúde. Os discursos que destacam sobre esta categoria são semelhantes a estes exemplos:

*Os ônibus que tem possibilidade de ter mais conforto, não tem, nem ajuda... entre outras coisas. (q-38)*

*Precisamos de adequações físicas... (q-51)*

Além dos exemplos acima, o exemplo que está na tabela evidencia com mais clareza a indignação dos familiares e o descaso das autoridades quanto à infraestrutura dos lugares. Que restringe a presença das pessoas com deficiência aos lugares públicos, logo, interfere na interação social, como já reforçado pelo Relatório Mundial sobre a Deficiência (2012).

### **CATEGORIA 3: Informação**

A informação também é enfocada neste grupo e diz respeito a necessidade de esclarecimento sobre as Deficiências e pela falta de conhecimento que a sociedade tem, correspondendo a 13,5% das respostas, com 13 URs. Os relatos a seguir demonstram a importância dessa categoria.

*...a ignorância da sociedade sobre o assunto é a outra dificuldade maior... (q-49)*

*A falta de conhecimento gera a intolerância generalizada do dito “normal” com relação a P.P.N.E. (q-18)*

Os familiares que convivem diretamente com pessoas com deficiência percebem a importância da informação na construção de um relacionamento social mais igualitário. Pesquisas recentes como as de Naiff, Naiff & Rodrigues (2012) revelam que os professores se sentem despreparados para trabalhar com classes inclusivas, pois pouco se sabe sobre o assunto. Logo, a informação e o conhecimento se faz necessário em vários aspectos, no estreitamento das relações assim como no amparo de um melhor atendimento às pessoas com deficiência em varias áreas como na educação e na saúde, já discutido anteriormente.

#### **CATEGORIA 4: Políticas Públicas**

Quanto à categoria Políticas Públicas tem-se 08 URs, que concerne em 8,3% das respostas, em que o grupo estudado relata sobre a indiferença das autoridades sobre o cumprimento das leis existentes e o surgimento de políticas que melhor atendam a pessoa com deficiência:

*...falta de apoio do Estado para cuidar dessas deficiências de maneira clínica acentuando a precariedade pública. (q-06)*

*...escassez de políticas públicas que melhorem a qualidade de vida dos deficientes. (q-37)*

A existência de políticas públicas não garante seu cumprimento é preciso que a execução e fiscalização das leis sejam feitas para que efetivamente haja a garantia do direitos a esse público. Lanna Júnior (2010) descreve que o movimento histórico no Brasil das pessoas com deficiência ganhou força depois de 1970 onde o modelo caritativo e assistencialista perde força e as pessoas com deficiência começam a protagonizar suas lutas e participar efetivamente das políticas públicas, com o lema internacionalmente conhecido *Nada Sobre Nós Sem Nós*.

#### **CATEGORIA 5: Saúde**

A Categoria Saúde engloba dois principais pontos de discussão: a falta de atendimento e de credibilidade dos médicos, num total de 06 URs, 6,2% das respostas. Os discursos assim apontam:

*...falta de hospitais para melhor tratamento... (q-42)*

*Falta de assistência, de qualidade para as pessoas com deficiência na rede pública. (q-10)*

Os discursos apresentam uma saúde deficitária nos atendimentos e denuncia o comportamento de profissionais que muitas vezes são os primeiros a agir de maneira preconceituosa. O suporte profissional e técnico necessário que Glat (1994) defende desde o diagnóstico precisa ser uma realidade mais eficaz.

### **CATEGORIA 6: Educação**

A educação também esteve presente nos discursos do grupo com convívio direto, relatando em especial o despreparo dos profissionais e a inclusão, com 05 URs, correspondendo a 5,2% das respostas.

*...inclusão desde pequenos para que tenhamos adultos diferentes... (q-45)*

*...falta de formação e principalmente falta de respeito pelo próximo... (q-41)*

A questão da Inclusão e da formação adequada para que este público seja inserido na escola regular é pauta de muitos autores da área da educação e pesquisadores sociais como Marques e Satriano (2012), que afirmam sobre o direito de inclusão escolar de maneira igualitária e respeitando as diferenças, uma inclusão sem barreiras físicas, sociais ou atitudinais. Entretanto, para estes autores o sucesso da inclusão está na rede de apoio que vai além da escola e é sustentada pelas políticas públicas, rede que funcione de maneira coordenada com a família, a escola e a comunidade.

### **CATEGORIA 7: Recursos**

Os recursos apontam para um maior incentivo das empresas e condições de trabalho às mães. Correspondem a 4,1% das respostas consistindo em 04 URs.

*Falta de recurso para manter nossas crianças... (q-25)*

*Falta de dinheiro... (q-32)*

Segundo o Relatório Mundial sobre Deficiências (2012) há países que aderem ao sistema de cotas em empresas como oferta de trabalho às pessoas com deficiência e recebem incentivos fiscais para isso, no entanto nem sempre as cotas são preenchidas em sua totalidade pela falta de treinamento e capacitação pessoal, ou ocorre à redução da faixa salarial que acaba sendo menor que de uma pessoa sem deficiência, pois muitas vezes o custo com acessibilidade ou as barreiras sociais de discriminação e preconceito podem impedir o acesso deste público ao mercado de trabalho.

Ainda conforme o Relatório Mundial sobre a Deficiência (2012), não há comprovação científica que apresente o sistema de cotas como a maneira mais eficaz no objetivo de inserir todos no mercado de trabalho. Justamente por essas e outras dificuldades relatadas e custos adicionais com tratamentos medicamentosos, de reabilitação, quando necessário, que as despesas e os custos tornam-se elevados e a renda familiar muitas vezes não é o suficiente na manutenção e suprimento dessas necessidades.

#### **CATEGORIA 8: O sujeito**

Esta categoria aborda sobre como os familiares percebem o tratamento que as pessoas com deficiência recebem por outros a sua volta e como os mesmos vivenciam o tratamento recebido pelas outras pessoas. Com 03 URs e 3,1% das respostas, os relatos deste grupo demonstram certa indignação ao comportamento social recebido referente a seu familiar.

*...a imagem da pessoa com deficiência mostra para o outro o risco de também ser diferente. (q-43)*

O relato acima especificamente comenta sobre o impacto recebido diante da imagem que uma pessoa com deficiência provoca no outro. Cavalcante (2003) comenta que quando dirigiu o grupo psicoterápico com pais no Centro de Estimulação e Psicopedagogia-Criart, no Rio de Janeiro, percebeu a resistência dos pais em relatar detalhes sobre os constrangimentos, discriminação e rejeição que passaram por serem pais de filhos com síndromes raras e deficiências. O contato muitas vezes com os profissionais de saúde também era difícil, pois além de não saberem informar sobre as deficiências não se mostravam sensibilizados em

apresentar o diagnóstico aos familiares. Os pais mostravam-se ora indignados com o tratamento recebido, ora perdido sem saber como lidar com seu filho.

A Tabela 5 se refere a pergunta: *Em sua opinião quais os fatores que facilitam a vida da pessoa com deficiência* nos discursos do grupo em que há convívio direto com pessoas com deficiência. As respostas ficaram distribuídas em 10 categorias: **Relações de Convivência, Infraestrutura, Saúde, Educação, Políticas Públicas, Informação, O sujeito, Família, Recursos e Outros**. Essas categorias correspondem a 86 Unidades de Registros no total. As categorias discriminadas abaixo apresentam a análise deste grupo.

CATEGORIAS	UNIDADE DE REGISTRO	UNIDADE DE CONTEXTO	(f) %
<b>Infraestrutura/ Acessibilidade</b>	“... lugares adaptados também nas áreas de lazer.”	E acessibilidade em todos os lugares, principalmente nos lugares de lazer, onde nunca se pensa na pessoa com deficiência. (q-49)	18,6%
<b>Saúde</b>	“... ampliação e melhoria dos tratamentos existentes.”	Melhor tratamento e amplitude na rede, hospitais, Centros de Reabilitação bem preparados com equipamentos atuais. (q-54)	18,6%
<b>Relações de Convivência</b>	“... igualdade não é padronizar o tratamento é compreender a diferença.”	Daí em diante tirar o rótulo de coitadinhos e passar a tratá-los com igualdade. Veja que igualdade não é padronizar o tratamento é compreender que se pode ser diferente e ainda sim ter uma vida produtiva e feliz. Não é necessário se chocar, nem ficar exercitando o bom samaritanismo como alívio de consciência. (q-51)	12,7%
<b>Educação</b>	“... preparo dos professores na escola regular.”	Os professores poderiam ser preparados para receber crianças especiais nas escolas regulares. (q-09)	9,3%
<b>Políticas Públicas</b>	“... apoio ao desenvolvimento de pesquisas e materiais para as pessoas com deficiência.”	Apoio dos órgãos governamentais ao desenvolvimento contínuo de materiais. (q-12)	9,3%
<b>Informação</b>	“... esclarecimento sobre as deficiências ajudaria a	O que facilitaria era um melhor esclarecimento das	9,3%

	compreensão e o relacionamento entre as pessoas.”	pessoas; compreender cada deficiência é o primeiro passo para que não sejam colocados no mesmo saco de ‘especiais’. (q-51)	
<b>Outros</b>	“... só quem tem é que sabe.”	Hoje nada facilita a vida dessas pessoas, só quem tem um na família e se importa é que sabe. (q-45)	9,3%
<b>Recursos</b>	“... salário a cada criança com deficiência.”	Toda criança especial deveria ter um salário. (q-09)	5,8%
<b>O sujeito</b>	“... ensinam a dar valor à vida.”	Elas ensinam os principais valores da vida: a você correr atrás de objetivos sem olhar para limitações, só enxergando seu alvo principal, o sucesso, a superação. (q-50)	4,6%
<b>Família</b>	“... as mães precisam de recurso.”  “... os cursos poderiam ajudar as famílias.”	...recurso para as mães terem uma profissão. (q-14)  ...curso para as famílias saber como lidar com eles. (q- 22)	2,3%

Tabela 5. Tabela referente as facilidades acerca da vivência da deficiência no relato do grupo com convívio direto

### **CATEGORIA 1: Infraestrutura**

Assim como no grupo anterior analisado a Infraestrutura é uma categoria presente nas respostas e correspondem a 18,6%, num total de 16 URs, com as idéias principais relacionadas a acessibilidade e transporte público para tratamento.

*Poderia melhorar os ônibus, os locais para fisioterapia, aparelhos para pessoas que precisam... escolas, etc... (q-38)*

*...um ônibus do governo para todas as pessoas com deficiência com todo o conforto que eles necessitam. (q-35)*

As mudanças ambientais, de infraestrutura nos serviços públicos reduzem os impedimentos quanto à participação das pessoas com deficiência no desenvolvimento de muitas atividades. Essas alterações e adaptações ambientais podem ocorrer desde dentro de casa até os locais públicos, tratamentos de saúde e saneamento que trazem contribuições relevantes até quanto à prevenção do desenvolvimento de deficiências (Relatório Mundial sobre a Deficiência 2012).

### **CATEGORIA 2: Saúde**

Saúde é tema abordado pelo grupo e abrange as temáticas da amplitude e melhoria da rede de atendimento, tratamentos alternativos e descoberta do diagnóstico com facilidade. Os relatos correspondem a 18,6% das respostas, ou seja, 16 URs.

*...melhores atendimentos nos hospitais... (q-27)*

*Os lugares de tratamento serem um lugar só, com possibilidade de ser feita toda atividade num dia só e no mesmo lugar como na ABBR. (q-33)*

*...mais amor por parte dos profissionais da área da saúde... (q-31)*

Cavalcante (2003) reforça que a frieza e a desinformação dos profissionais que atendem as crianças com deficiência, além de outros aspectos como a exposição das dificuldades da criança, o medo de não conseguir a ajuda devida nos hospitais, faz com que os pais tomem atitudes independentes, ou melhor, se tornem autossuficientes no manejo das situações, exigindo-se além do que possa ser o razoável muitas das vezes. Glat (1996) afirma que é pelo fato dos profissionais subestimarem a importância da dinâmica familiar que a inserção social muitas vezes não acontece.

### **CATEGORIA 3: Relações de convivência**

Nesta categoria estão as respostas relacionadas diretamente as atitudes e comportamentos que segundo o grupo facilitam a vida das pessoas com deficiência. Discute-se nessa categoria a compreensão a diferença e o amor, com 12,7% das respostas, num total de 11 URs.

*Amor a todos, com amor tudo fica mais fácil. (q-48)*

*Educação de base no seio familiar, de respeitar o outro tendo ou não deficiência. (q-30)*

Conforme Cavalcante (2003) há diferentes funções que a família desempenha dentro de sua ideologia, uma das funções é a organizadora que define os papéis, lugares, as trocas e a interação com o meio, como a maneira de lidar com conflitos, relacionar-se com os outros, sendo assim admitir que haja necessidade de educação no seio familiar é reconhecer sua função organizadora.

#### **CATEGORIA 4: Educação**

A categoria Educação engloba a inclusão escolar, o atendimento multidisciplinar e os professores preparados para lidar com a dita inclusão. Essa categoria correspondem a 9,3% das respostas, 08 URs. Os exemplos abaixo especificam os relatos:

*Discussão nas instituições sobre as formas de inclusão... (q-43)*

*Todos os colégios ter fonoaudióloga, psicóloga... (q-42)*

*A escola com o projeto de integração é uma boa, pena que é só um projeto, a realidade é escola que não tem condições de receber esse deficiente. Não temos as devidas adaptações e nem professores preparados. (q-34)*

Smith (2008) relata que o conceito de inclusão é algo que difere de pessoa para pessoa, para alguns significa participar da educação pública, para outros é ser designado para salas de aula do ensino regular, quando não há sucesso na inclusão o motivo é a aplicação incorreta dela. Apesar de todas as discussões sobre a inclusão Smith afirma que o numero de pessoas com deficiência no ensino regular ainda é muito baixo.

#### **CATEGORIA 5: Políticas públicas**

No grupo em análise a categoria Políticas Públicas apresenta a gratuidade no tratamento e o apoio dos órgãos governamentais como temáticas centrais. Correspondem a 9,3% das repostas, com 08 URs.

*Facilidade e agilidade aos acessos de direitos. (q-06)*

*Colocar em prática muitas leis que preveem benefícios à pessoas com deficiência, pois muitas nunca saíram do papel. (q-04)*

A luta para a efetivação das políticas e a garantia da implantação dos instrumentos legais que já foram conquistados é o principal passo na atualidade no movimento das pessoas com deficiência, diz Lanna Júnior (2010), além de outras metas como construir um discurso comum considerando as particularidades de cada deficiência e formar, fortalecer novas lideranças que deem continuidade ao movimento político das pessoas com deficiência no Brasil.

### **CATEGORIA 6: Informação**

Esclarecimento sobre as deficiências e tecnologia fazem parte desta categoria e apresentam 08 URs, 9,3% das respostas. Nos discursos observa-se a necessidade da informação como facilitador entre as diferenças e contra o preconceito.

*...principalmente esclarecer e informar as famílias de deficientes. (q-41)*

*...poderia melhorar é mais informação. (q-07)*

Quanto à tecnologia Smith (2008) afirma que esta se mostra como uma grande aliada no auxílio ao desenvolvimento cognitivo de muitas crianças com deficiências e dificuldades de aprendizagem, comenta que muitos educadores sugerem que a tecnologia pode ser considerada como *prótese cognitiva* para alunos com distúrbios de aprendizagem, por exemplo. Dentre outros benefícios cita que a tecnologia, se devidamente aplicada, pode proporcionar o aumento do potencial do indivíduo; compensar o efeito da deficiência e fornecer modelos alternativos de desempenho em tarefas.

### **CATEGORIA 7: Outros**

Nesta categoria estão presentes ideias mais gerais. Estas correspondem a 9,3% das respostas, com 08 URs.

*Nada, uma pessoa com deficiência não tem nada que facilite na sociedade... (q-07)*

*...desenvolvimento de pesquisa pelos profissionais responsáveis pelo acompanhamento das pessoas com deficiência, de forma que estes possam.*

*Aperfeiçoar o que já é oferecido e buscar novas possibilidades. (q-20)*

Na concepção de alguns familiares nada beneficia ou facilita a vida das pessoas com deficiência, Cavalcante (2003) como já comentado acima, cita a dificuldade que alguns familiares têm em vivenciar a situação e as barreiras físicas, sociais e emocionais que as pessoas com deficiência sofrem e conseqüentemente seus familiares. Glat (1996) também reforça que muitos familiares são considerados socialmente como família com deficiência.

### **CATEGORIA 8: Recursos**

Apresenta-se nessa categoria recursos relacionados a bolsa salário e recursos para as mães e corresponde a 5,8% com 05 URs. Nos relatos observa-se a necessidade do aumento na renda familiar.

*...recursos para as mães terem uma profissão. (q-14)*

*...poderia ter mais oportunidade de trabalho... (q-01)*

*Dinheiro... (q-32)*

A necessidade do crescimento da renda familiar também é apontada no Relatório Mundial sobre a Deficiência (2012). Muitas são as barreiras a enfrentar para se quebrar o vínculo entre deficiência e pobreza, pois estar no mercado de trabalho implica estar qualificado, o que muitas vezes não é possível devido à inacessibilidade, a falta de educação especial, condições de reabilitação e saúde satisfatória, dentre outras necessidades.

Já se observou um grande índice de desemprego entre pessoas com comprometimento cognitivo e com deficiência intelectual se comparado às pessoas sem deficiência. A família como um todo sofre abalos financeiros também devido à falta de recursos no tratamento para as pessoas com deficiência, pois sem o apoio das políticas públicas, o familiar se vê impedido de trabalhar pela necessidade de acompanhar e assegurar a saúde da pessoa com deficiência muitas das vezes, os chamados custos indiretos (Relatório Mundial sobre a Deficiência 2012).

### **CATEGORIA 9: O sujeito**

O sujeito foi destacado neste grupo como categoria, pois nos relatos há referência ao reconhecimento da existência de uma pessoa, um sujeito, além de qualquer deficiência, com 04 URs, proporcional a 4,6% das respostas.

*Mentalidade especial é o que falta à sociedade, acho que todos os deficientes são especiais, então eles, os deficientes poderiam ser consultados sobre suas necessidades ou limitações e anseios. (q-29)*

As autoras Glat (1996) e Amiralian (1997) concordam com os resultados de pesquisas que descrevem as pessoas com deficiências evidenciando suas potencialidades como primeiramente pessoas, com peculiaridades e características que precisam ser

estimuladas como qualquer outra, sendo capazes de expressar seus sentimentos e anseios. Amiralian (1997) refuta que mesmo que o sujeito apresente um comprometimento cognitivo acelerado ele é capaz de expressar seus sentimentos e desenvolver-se através de um autoconhecimento com o apoio psicológico.

### **CATEGORIA 8: Família**

A Família está presente nos discursos deste grupo, correspondem a 2,3% das respostas com 02 URs. A unidade de registro pertencente a esta categoria é apresentada na tabela acima respectiva ao grupo:

*...curso para as famílias saber como lidar com eles. (q- 22)*

A angústia da família de como lidar com a deficiência é também tema de muitos autores, como Glat (1996), Omote (1994), Cavalcante (2003), Jodelet (2005), dentre outros. Cabe aqui ressaltar a pesquisa etnográfica de Cavalcante (2003) em que a autora descreve a experiência e o sentimento familiar de quatro casos de pessoas com deficiência numa visão diacrônica, fazendo uma contextualização de época e reconstruindo a biografia familiar.

Cavalcante (2003) afirma que cada família com pessoas com deficiência tem o seu modo de lidar com a deficiência e cada membro familiar também a enfrenta de sua maneira, mas mesmo na desigualdade de encarar a situação pode-se encontrar uma maneira de encontrar uma harmonia e reciprocidade no grupo familiar. Enquanto a reação para alguns é de muita dor e sofrimento, para outros a dor conduz a busca incansável de solução, que para a autora citada, começa na busca da cura e termina no ideal de transformação social.

Através da categorização dos discursos puderam-se analisar detalhadamente as respostas abertas do questionário de pesquisa, sem a pretensão de isolar os discursos, pois cada categoria apresentada faz parte de um conjunto da construção do conhecimento e pensamento de cada sujeito participante. Acredita-se que a Análise de conteúdo de Bardin (2010) contribui num método que auxilia na compreensão e estudo sobre as ideias, a formação de opinião, tão logo, a representação social referente ao objeto em análise.

#### **4.1.3. Discussão e comparação dos resultados por questão e por grupo**

Ao analisar os dados obtidos nas questões abertas do questionário aplicado aos participantes, puderam-se perceber alguns aspectos semelhantes entre os grupos de famílias, como também aspectos em que os prováveis elementos que compõem a representação social destes grupos divergem.

É preciso apontar aqui que referente ao grupo em que não há o convívio direto com pessoas com deficiência, conforme apresentado na distribuição de categorias, não emergiu a categoria *O sujeito* na análise de conteúdo, ou seja, ainda existe um distanciamento no entendimento deficiência como condição e pessoa com deficiência, como sujeito. Já no grupo com familiares em convívio direto a pessoas com deficiência esta categoria aparece com 3,1% de frequência ligada aos fatores que dificultam a vida das pessoas com deficiência e 4,6% relacionado aos fatores que facilitam a vida das pessoas com deficiência. O enfoque desta categoria é enxergar a existência de uma pessoa além de qualquer deficiência, que vive, luta, sonha, sofre, como um sujeito. Mesmo sem apresentar alta porcentagem como categoria, é interessante apontar seu surgimento somente no grupo em convivência mais direta.

Outro destaque está na existência da categoria *Família* presente nos grupos relacionado aos fatores que facilitam a vida das pessoas com deficiência. A categoria chega a 4,8% no grupo em que não há convívio direto e 2,3% no grupo com convívio direto. No primeiro grupo esta categoria pode representar à necessidade e importância do suporte familiar à pessoa com deficiência, como também a necessidade do preparo e suporte à própria família. No grupo com convívio direto a categoria *Família* surge com a demanda de saber como lidar com a pessoa com deficiência, como uma angústia familiar vivida principalmente na fase de diagnóstico (Glat 1994). Interessante perceber que no grupo em convivência direta a frequência desta categoria não é tão significativa, o que pode revelar a falta de reconhecimento do seu papel de familiar, sua total importância, influência e comprometimento sobre a pessoa com deficiência, fica o questionamento, em que nível de envolvimento a relação com a pessoa com deficiência se estabelece? Restringe-se somente ao levar e trazer? Aos cuidados higiênicos e medicamentosos? Aos tratamentos de reabilitação? Ou há realmente uma relação de troca mais estreita, interessada em se envolver com todas as necessidades físicas, emocionais, sociais, comportamentais desse sujeito? Talvez a percepção da importância dessa relação direta e estreita ainda esteja em ebulição, pois quando nos

deparamos com a categoria Infraestrutura/Acessibilidade, esta apresenta a maior frequência, juntamente com a categoria Saúde quanto aos fatores que facilitam a vida das pessoas com deficiência. Facilitam a vida das pessoas com deficiência? Ou a vida dos familiares das pessoas com deficiência está mais ligada à locomoção da pessoa com deficiência, ao levar e trazer? Talvez esse índice tenha se tornado mais pontual considerando o local de realização da pesquisa, Centro de Reabilitação, ambiente direcionado mais ao aspecto físico, ao corpo, ao movimento, a locomoção.

A reflexão acima pode se tornar mais evidente quando percebemos que na categoria Infraestrutura/Acessibilidade aparece a frequência de 18,6% das respostas no grupo em convívio direto, referente aos fatores que facilitam a vida das pessoas com deficiência. Entretanto a categoria Infraestrutura/Acessibilidade é apontada em ambos os grupos com essa média de frequência, ainda para o grupo familiar em convivência e referente aos aspectos que dificultam a vida das pessoas com deficiência há 19,7% nas respostas. Para o grupo familiar em que não há convívio direto há 15,8% nas respostas que facilitam a vida das pessoas com deficiência e apresenta 6,1% das respostas no que se refere aos fatores que dificultam a vida das pessoas com deficiência. Aqui se percebe que para o grupo em que não há convívio a falta de infraestrutura não é percebida como uma dificuldade tão significativa quanto o é para o grupo em convivência.

Quanto à categoria *Relações de convivência*, que diz respeito ao comportamento social existente nessa relação e que ganhou fortes índices de frequência nas respostas analisadas em ambos os grupos, percebe-se a presença de termos com sentido negativo como preconceito, isolamento, indiferença, discriminação nas respostas sobre os fatores que dificultam a vida das pessoas com deficiência e os termos com sentido positivo como: amor, solidariedade, ajuda, respeito, nas respostas sobre os fatores que facilitam a vida das pessoas com deficiência. Nessa categoria é possível identificar, principalmente nas respostas de cunho positivo, os relatos politicamente corretos, socialmente aceitos, que talvez pertençam mais a composição de um discurso do que efetivamente a uma prática.

Estas estão presentes nos discursos conscientemente elaborados que sugerem um comprometimento com a questão envolvida, mas que realmente não há evidência de uma efetivação prática no comportamento, pois se assim o fosse, como nesta pesquisa,

provavelmente não haveria a necessidade de criação de políticas exclusivas a esse público, nem as lutas sociais de combates a tantas situações vexatórias e de preconceito sofrida ao longo do tempo e que se perpetuam até a atualidade. Certo é que, o comportamento negativo apontado nos relatos e que dificultam a vida das pessoas com deficiência já demonstram a consciência da sociedade e até o reconhecimento da necessidade de mudança desse comportamento social negativo.

Ainda referente à categoria *Relações de Convivência*, o grupo em que não há convívio direto a apresenta em 60% das respostas sobre os fatores que dificultam às pessoas com deficiência e 25,6% nas respostas sobre os fatores que facilitam. O grupo em convivência direta apresenta nesta categoria uma frequência de 40,6% às respostas sobre os fatores que dificultam e somente 12,7% sobre os fatores que facilitam. Para o grupo em que não há convivência aspectos relacionados à falta de amor, ignorância, desprezo e o preconceito são os principais fatores que dificultam a pessoa com deficiência, o que se confirma com a porcentagem também elevada no grupo em convivência. Quanto aos fatores que facilitam a vida da pessoa com deficiência no grupo sem convívio, esta categoria fica mais diluída entre as demais, chega a 25,6%, ainda é considerada a categoria mais frequente, porém se comparada às categorias Educação e Infraestrutura, estas ganham o dobro de frequência neste grupo quando referidas como facilitadoras. A participação mais perceptiva da categoria Infraestrutura/Acessibilidade, 18,6% acontece no grupo em convívio direto, como já referido acima, com mais frequência que as *Relações de Convivência*, o que reforça que a falta de estrutura ambiental e acesso afeta mais diretamente a vida tanto dos familiares como das próprias pessoas com deficiência.

Em se tratando da categoria *Educação*, apresenta maior frequência 19,5% como um fator facilitador para o grupo em que não há convívio direto referente à necessidade de escolas inclusivas, mas por outro lado há relatos que reforçam a existência de escolas específicas a pessoas com deficiência nesta porcentagem. Como fator de dificuldade para este mesmo grupo, Educação obtém 7,6% das respostas. No grupo em convivência *Educação* é percebido mais como um dos fatores que facilitam a vida das pessoas com deficiência, com 9,3% das respostas. O enfoque dado refere-se à ausência de capacitação desses profissionais, como corrobora em pesquisa Almeida (2009) e Silva (2011). Ainda no grupo em convívio esta

categoria é citada como um fator de dificuldade à vida das pessoas com deficiência em 5,2% das respostas.

Cabe destacar também a referência dada às categorias *Políticas Públicas* presente em todas as respostas e em ambos os grupos com considerável frequência. No grupo em que não há convívio direto e como fator de dificuldade tem-se 12,3% das respostas, como fator facilitador está presente em 12,1%. Já no grupo em convívio direto como fator de dificuldade apresenta-se em 8,3% das respostas e como facilitador em 9,3% das respostas para este grupo. O que pode indicar que a necessidade de maior apoio e implicação do Estado nas causas desse público é vista de modo comum aos grupos.

A categoria *Saúde* também tem relevância nos grupos de pesquisa, os relatos remetem à falta de condições de saúde e ampliação de rede de atendimentos às pessoas com deficiência, como também ao preparo de profissionais da área no atendimento e no acompanhamento as pessoas com deficiência. O preparo de profissionais é apontado por Glat (1994), como fundamental também no acompanhamento do familiar que tem que lidar com muitas mudanças e fases após a chegada de uma pessoa com deficiência em casa. Para o grupo em convívio direto e como facilitador a categoria *Saúde* recebe uma das maiores frequências com 18,6%, juntamente com a categoria *Infraestrutura/Acessibilidade* já comentada, o que pode indicar que para os familiares a realidade está mais voltada a rotina de conduzir à pessoa com deficiência aos atendimentos ligados aos profissionais de saúde (médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicólogos, dentre outros). Ainda para este grupo como fator de dificuldade esta categoria apresenta 6,2% das respostas e no grupo em que não há convívio direto e como facilitador, tem-se 7,3% de frequência das respostas, como fator de dificuldade apresenta 4,6%, indicando que referente a esta categoria este grupo desconhece a realidade vivida pelo grupo em convívio.

No grupo em que não há convívio direto observou-se que a categoria *Informação* como fator de dificuldade apresenta 4,6% de frequência e como facilitador 8,5%. No grupo em convívio esta categoria como fator de dificuldade chega a 13,5% de frequência e 9,3% como facilitador à vida das pessoas com deficiência, segundo os familiares. Nos relatos argumentou-se a falta de informação sobre as deficiências e que somente através de maior informação e esclarecimento sobre as deficiências poderá lidar melhor com as diferenças,

quebrar os mitos, tabus e preconceitos que tem dificultado a inclusão social (Omote, 1994; Relatório Mundial sobre a Deficiência, 2012). Entretanto, a importância dessa categoria está mais evidente no grupo com convívio direto com pessoas com deficiência.

*Recurso* é apresentado também como categoria em todos os grupos, no entanto, ganha conotação um tanto diferente entre as famílias pesquisadas, pois para as pessoas que não tem convívio direto o aspecto de referência está voltado mais a inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho, já para as famílias em convívio direto além da inclusão apresenta-se a necessidade de emprego também aos familiares, ou um benefício garantido pelo governo para que haja maior suporte à pessoa com deficiência, sendo o tratamento muito oneroso e longo, quando não por toda vida, nem sempre a própria pessoa com deficiência pode preencher os requisitos necessários para desempenhar os cargos oferecidos. Os custos e a dificuldade em manter os tratamentos e a renda familiar, ou a qualificação de uma pessoa com deficiência também é apresentado no Relatório Mundial sobre as Deficiências (2012). Por isso, no grupo em convívio direto alega-se a necessidade até de uma Bolsa salário para custear as despesas, ou meios que permitam ao familiar, que na maioria das vezes é a mãe, conforme Silva (2011) inserir-se no mercado de trabalho, pois dependendo da deficiência, o familiar fica impossibilitado de trabalhar devido a sua função de *cuidador*. Assim *Recurso* no grupo em que não há convívio e como fator de dificuldade apresenta 4,6% de frequência e como facilitador somente 2,4%, já no grupo em convívio direto como fator de dificuldade apresenta 4,1% e como facilitador 5,8%.

A categoria *Outros* compreende as respostas de participantes que não responderam as questões a anularam com um risco ou até responderam *nada facilita* ou até *não sei*. Como também reforçam no relato à necessidade de se pesquisar mais acerca do tema proposto. A categoria somente está presente no grupo em convívio direto e como facilitador à vida das pessoas com deficiência, apresenta frequência maior que outras categorias, com 9,3%, o que indica o quanto a temática precisa permear mais o cotidiano social através da importância e necessidade de maior informação, conhecimento, saúde, infraestrutura, recursos, relações de convivência, dentre outros, surge mais como um protesto de familiares em responder que nada facilita devido à falta de apoio. Assim apropriando-se desses benefícios talvez lacunas não só

no papel, mas também nas atitudes, no comportamento, no pensamento social poderão ser preenchidas e as respostas solicitadas, respondidas.

No questionário de pesquisa aplicado, além das questões abertas, foram apresentadas questões de evocações livres sobre dois termos indutores: deficiência e pessoa com deficiência, que foram analisadas com o auxílio do software Evoc® 2005, método aplicado para discriminar a organização da representação social, identificação de sua composição quanto aos prováveis elementos do núcleo central e os prováveis elementos do sistema periférico.

## **4.2 ANÁLISE DAS EVOCAÇÕES LIVRES**

Referente aos dados analisados de evocação livre utilizou-se o Evoc® (2005), que consiste em demonstrar a provável organização da representação social a partir da ordem de palavras evocadas no quadrante de quatro casas. As respostas de cada grupo foram analisadas sobre os dois objetos Deficiência e Pessoa com Deficiência.

O primeiro grupo analisado foi aquele em que não há convívio direto com pessoas com deficiência. O segundo grupo a ser analisado é aquele em convívio direto com pessoas com deficiência. Os grupos de familiares participantes formaram um total de 108 sujeitos, sendo o número de 54 sujeitos em cada grupo e sob os dois objetos em pesquisa, acima referidos.

### **4.2.1. GRUPO DE FAMÍLIAS SEM PESSOAS COM DEFICIÊNCIA EM SUA CONVIVÊNCIA MAIS DIRETA**

#### **QUADRO DE QUATRO CASAS TERMO INDUTOR PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

<b>&lt; 3,1 ordem média de evocação ≥ 3,1</b>			
Ajuda	16	3,000	Amor            9            3,778
Superação	10	3,000	
Exclusão	10	2,900	
Limitação	10	1,500	
Dificuldade	9	2,444	
<b>Frequência &lt; 9</b>			<b>Frequência ≥ 9</b>
Dependência	8	2,000	
Sufrimento	7	1,714	
Carinho	6	2,833	
Preconceito	5	2,400	

Tabela 6. Quadro de quatro casas-grupo sem convívio/Termo indutor: Pessoa com deficiência.

Os prováveis elementos do núcleo central surgidos na Tabela 6, respectivo ao objeto Pessoa com Deficiência foram: Ajuda, Superação, Exclusão, Limitação e Dificuldade. Como elementos que formam o sistema periférico, no segundo quadrante têm o elemento Amor e no terceiro quadrante apareceram Dependência, Sofrimento, Carinho e Preconceito. Neste caso não houve registros de elementos no quarto quadrante.

Na Tabela 7 abaixo, respectiva ao objeto Deficiência, os prováveis elementos do primeiro quadrante são: Dificuldade, Ajuda, Cuidado, Limitação, Preconceito, Falta, Incapacidade, seguido dos elementos do segundo quadrante: Paciência, Amor e Dependência. Conseqüentemente no terceiro quadrante estão: Denominações de Deficiências, Carinho e Diferente e por fim, no quarto quadrante os elementos: Necessidade, Superação e Tristeza.

**QUADRO DE QUATRO CASAS  
TERMO INDUTOR  
DEFICIÊNCIA**

<b>&lt;2,9 ordem média de evocação ≥2,9</b>					
Dificuldade	17	1,824	Paciência	9	3,111
Ajuda	9	2,778	Amor	8	3,250
Cuidado	9	2,333	Dependência	8	3,000
Limitação	9	2,111			
Preconceito	9	2,111			
Falta	8	2,625			
Incapacidade	8	1,875			
			<b>Frequência ≥ 8</b>		
<b>Frequência &lt; 8</b>					
Denom. Deficiências	7	1,714	Necessidade	7	3,329
Carinho	7	2,571	Superação	7	4,143
Diferente	7	2,857	Tristeza	6	3,000

Tabela 7. Quadro de quatro casas- grupo sem convívio/Termo indutor: Deficiência

#### 4.2.1.1 – Discussão das Análises das evocações dos dois termos indutores no grupo em que não há convívio direto com pessoas com deficiência.

Após a apresentação geral dos quadrantes podemos partir para uma análise mais específica de cada quadro. Assim, quanto aos prováveis elementos dos núcleos centrais da representação social no grupo em discussão, tem-se:

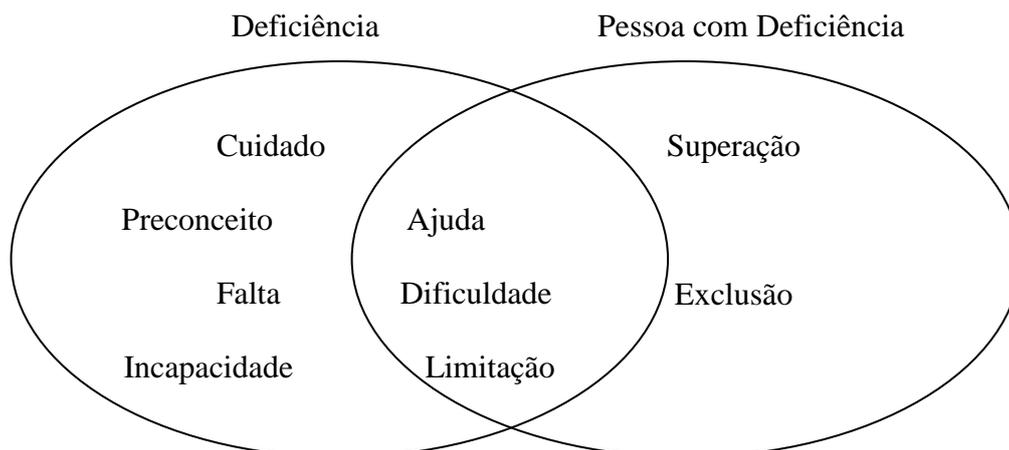


Figura 1. Intersecção entre os termos indutores do grupo sem convívio

No grupo das famílias em que não há convívio direto com pessoas com deficiência percebe-se que os núcleos centrais do objeto Deficiência e Pessoa com deficiência apresentaram como elementos comuns: Ajuda, Dificuldade e Limitação. Estes três elementos remetem a aspectos negativos, de necessidade ou déficit, o que conforme Silva (1987) comenta que historicamente as pessoas com deficiência são assim percebidas pela sociedade desde os tempos mais remotos até a atualidade, ou seja, não se percebe perspectiva alguma nessa condição, muito menos a existência de um sujeito.

Os elementos pertencentes ao objeto Deficiência em estudo segue a mesma visão, pois apresentam além dos elementos comuns, os elementos: Cuidado, Preconceito, Falta e Incapacidade em sua composição e o objeto estudado Pessoa com deficiência, acrescentam-se aos elementos não comuns os elementos Superação e Exclusão.

Numa visão mais abrangente, os elementos pertencentes aos dois objetos referidos quando não são aspectos relativos à necessidade do outro, como o Cuidado e Ajuda, são de inferioridade: Falta, Incapacidade, Limitação ou de tratamento: Preconceito e Exclusão.

Os prováveis elementos do sistema periférico, que compõe a primeira periferia:

2º Quadrante Objeto: Pessoa com Deficiência <b>ordem média de evocação <math>\geq 3,1</math></b>			2º Quadrante Objeto: Deficiência <b>ordem média de evocação <math>\geq 2,9</math></b>		
Amor	9	3,778	Paciência	9	3,111
			Amor	8	3,250
			Dependência	8	3,000
<b>Frequência <math>\geq 9</math></b>			<b>Frequência <math>\geq 8</math></b>		

Figura 2. 2º Quadrante dos objetos Deficiência e Pessoa com deficiência no grupo sem convívio direto.

Na primeira periferia está presente o Amor como um elemento comum nos dois objetos estudados, ou seja, para este grupo analisado o sentimento Amor é importante quando se pensa sobre a deficiência ou sobre a pessoa com deficiência. A presença deste sentimento também é apontada em outras pesquisas como a de Almeida (2009) que afirma a existência desse sentimento a uma visão assistencialista vivida no século XIX, onde cabia somente às pessoas com deficiência o cuidado, como um ato fraternal, de amor ao próximo.

Outros elementos também aparecem somente no objeto Deficiência, são eles: Paciência e Dependência, o que também confirma referir-se ao objeto como algo fadado a inércia ou ausência de dinamismo na relação, uma via de mão única, ou seja, não tendo o que esperar em troca, enxergando a situação como um ato de doação, sustentado pela caridade e amor ao próximo. (Pan 2008, Silva 1987)

Ao observar o terceiro quadrante dos objetos, tem-se:

3º Quadrante Objeto: Pessoa com Deficiência <b>3,1</b> □ ordem média de evocação			3º Quadrante Objeto: Deficiência <b>2,9</b> □ ordem média de evocação		
<b>Frequência &lt; 9</b>			<b>Frequência &lt; 8</b>		
Dependência	8	2,000	Denom. Def.	7	1,714
Sufrimento	7	1,714	Carinho	7	2,571
Carinho	6	2,833	Diferente	7	2,857
Preconceito	5	2,400			

Figura 3. 3º Quadrante dos objetos Deficiência e Pessoa com Deficiência no grupo sem convívio direto.

Os dados acima mostram que o Carinho está presente no terceiro quadrante de ambos os objetos. Os elementos nesse quadrante no objeto Pessoa com Deficiência além do elemento Carinho, que tem um sentido positivo e de contato com o outro, apontam mais para um sentido negativo na relação de contato, como: Dependência, Sofrimento e Preconceito. No objeto Deficiência observam-se os elementos Denominações de Deficiências e Diferente, que apresentam certa ambiguidade de sentido, pois podem se caracterizar com sentido positivo e com sentido negativo.

Ao fazer um recorte sobre o último quadrante desse grupo, em que estão os prováveis elementos presentes na segunda periferia, tem-se:

4º Quadrante Objeto: Pessoa com deficiência <b>ordem de evocação ≥ 3,1</b>			4º Quadrante Objeto: Deficiência <b>ordem de evocação ≥ 2,9</b>		
<b>Frequência &lt; 9</b>			<b>Frequência &lt; 8</b>		
			Necessidade	7	3,329
			Superação	7	4,143
			Tristeza	6	3,000

Figura 4. 4º Quadrante dos objetos deficiência e pessoa com deficiência no grupo sem convívio direto.

No quarto quadrante o objeto Deficiência apresenta os elementos Necessidade, Superação e Tristeza. Elementos estes que conforme Pereira (2005) são os elementos de maior frequência e maior ordem de evocação e ficam na camada de primeiro impacto, ou na camada mais superficial do sistema periférico, para Oliveira *et al* (2005), os elementos mencionados constituem a segunda periferia do sistema periférico, elementos que são menos frequentes. Conforme o quadro acima, o objeto Pessoa com Deficiência não apresentou elementos neste quadrante.

#### 4.2.2. GRUPO DE FAMÍLIAS COM PESSOAS COM DEFICIÊNCIA EM SUA CONVIVÊNCIA MAIS DIRETA

##### QUADRO DE QUATRO CASAS TERMO INDUTOR PESSOA COM DEFICIÊNCIA

<b>&lt; 3,0 ordem média de evocação ≥3,0</b>					
Ajuda	22	2,909	Superação	14	3,357
Denom. Deficiências	15	2,933			
Dificuldades	14	2,500			
Amor	14	2,714			
			<b>Frequência ≥ 11</b>		
<b>Frequência &lt; 11</b>					
Limitação	10	2,900	Luta	8	3,750
Preconceito	7	2,571	Força	7	3,571
Sufrimento	7	2,429	Persistência	6	3,333

Tabela 8. Quadro de quatro casas – grupo com convívio direto/Termo indutor: Pessoa com Deficiência.

Na Tabela 8 os prováveis elementos que apareceram respectivo ao objeto Pessoa com Deficiência, pertencentes ao núcleo central foram: Ajuda, Denominações de Deficiências, Dificuldades e Amor. O elemento de primeira periferia foi Superação. No terceiro quadrante Limitação, Preconceito e Sofrimento seguido dos elementos Luta, Força e Persistência no quarto quadrante.

**QUADRO DE QUATRO CASAS  
TERMO INDUTOR  
DEFICIÊNCIA**

<b>&lt;3,0 ordem média de evocação ≥3,0</b>					
Amor	20	3,050			
Dificuldade	20	1,650	Força	11	3,364
Denom. Deficiências	19	2,842			
Superação	14	2,214			
			<b>Frequência ≥ 11</b>		
<b>Frequência &lt; 11</b>					
Limitação	10	1,700	Dedicação	8	4,500
Dependência	9	2,889	Preconceito	8	3,000
Paciência	9	2,667	Descaso	6	3,333
			Compreensão	5	3,600
			Diferente	5	3,200

Tabela 9. Quadro de quatro casas – grupo com convívio/Termo indutor: Deficiência.

Temos na Tabela 9 os elementos prováveis do núcleo central, respectivo ao objeto Deficiência, foram: Amor, Dificuldade, Denominações de Deficiências e Superação como pertencentes ao núcleo central, o elemento Força na primeira periferia e na segunda periferia aparecem Limitação, Dependência e Paciência. Estão presentes no quarto quadrante: Dedicação, Preconceito, Descaso, Compreensão e Diferente.

**4.2.2.1 Discussão das Análises das evocações do grupo em que há convívio direto com pessoas com deficiência.**

Diante dos quadrantes expostos pode-se seguir com a análise do grupo em que há convívio direto com pessoas com deficiência. Os prováveis núcleos centrais dos objetos em estudo foram:



Figura 5. Intersecção dos termos indutores no grupo com convívio direto.

Observa-se que no núcleo central dos dois objetos Deficiência e Pessoa com deficiência há elementos semelhantes como Amor, Dificuldades, Denominação de Deficiências, diferindo somente os elementos Ajuda no objeto Pessoa com Deficiência e Superação no objeto Deficiência. Interessante perceber que essa semelhança prediz que os objetos investigados são vistos da mesma maneira para esse grupo. No entanto, o elemento Ajuda no núcleo central do objeto Pessoa com deficiência reforça a necessidade de contato com o outro.

Já o elemento Superação que aparece como elemento no núcleo central do objeto Deficiência e como elemento de primeira periferia no objeto Pessoa com deficiência refere-se a um ato de investimento, de superar a si mesmo, aos seus próprios limites. Cabe ressaltar aqui que os elementos: Ajuda, Dificuldade e Superação também declaram a visão parcial do sujeito, visando o que está aparente, ou seja, faz referência àquele que precisa de Ajuda, que possui Dificuldade e que precisa de Superação.

Seguindo a análise dos dados coletados referente ao segundo quadrante e sobre os dois objetos de pesquisa, observou-se que:

2º Quadrante		
Objeto: Pessoa Com Deficiência		
ordem média de evocação $\geq 3,0$		
Superação	14	3,357
<b>Frequência <math>\geq 11</math></b>		

2º Quadrante		
Objeto: Deficiência		
ordem média de evocação $\geq 3,0$		
Força	11	3,364
<b>Frequência <math>\geq 11</math></b>		

Figura 6. 2º Quadrante dos objetos deficiência e pessoa com deficiência no grupo com convívio direto.

Assim, na primeira periferia do objeto Pessoa com Deficiência está presente o elemento Superação já no objeto Deficiência aparece o elemento Força, este mesmo elemento aparece no quarto quadrante e com menor frequência no objeto Pessoa com deficiência, indicando que este elemento não é visto da mesma maneira nos objetos pesquisados, pois é considerado um analisador importante no objeto Deficiência, mas não no objeto Pessoa com deficiência.

O elemento Superação pertencente ao objeto Pessoa com Deficiência indica a superação do sujeito frente a diversas situações limites: de origem física em alguns casos, de ordem cognitiva em outros, senão em ambas as situações, além dos limites sociais.

3º Quadrante Objeto: Pessoa com Deficiência <b>0,3</b> □ ordem média de evocação			3º Quadrante Objeto: Deficiência <b>0,3</b> □ ordem média de evocação		
<b>Frequência</b> □ 11			<b>Frequência</b> < 11		
Limitação	10	2,900	Limitação	10	1,700
Preconceito	7	2,571	Dependência	9	2,889
Sufrimento	7	2,429	Paciência	9	2,667

Figura 7. 3º Quadrante dos objetos deficiência e pessoa com deficiência no grupo com convívio direto.

No terceiro quadrante o elemento comum visto acima nos dois objetos é Limitação. Mesmo presente em ambos os objetos, este elemento apresenta-se como elemento de contraste do sistema periférico das representações. Logo é considerado relevante por um numero menor de participantes, acrescenta-se a ele os elementos Dependência e Paciência no objeto Deficiência.

O elemento Limitação, presente também no objeto Pessoa com deficiência, vem acompanhado dos elementos Preconceito e Sofrimento, em se tratando deste ultimo objeto percebe-se que aparecem elementos ligados mais a um contato social que no objeto anterior, Deficiência.

Ao analisar o ao quarto quadrante dos objetos pessoa com deficiência e deficiência, chegou-se a seguinte visualização:

4º Quadrante Objeto: Deficiência			4º Quadrante Objeto: Pessoa com Deficiência		
<b>ordem média de evocação <math>\geq 3,0</math></b>			<b>ordem média de evocação <math>\geq 3,0</math></b>		
<b>Frequência <math>\geq 11</math></b>			<b>Frequência <math>\geq 11</math></b>		
Dedicação	8	4,500	Luta	8	3,750
Preconceito	8	3,000	Força	7	3,571
Descaso	6	3,333	Persistência	6	3,333
Compreensão	5	3,600			
Diferente	5	3,200			

Figura 8. 4º Quadrante dos objetos deficiência e pessoa com deficiência no grupo com convívio direto.

Os elementos que se apresentam no último quadrante são Dedicação, Preconceito, Descaso, Compreensão e Diferente no objeto Deficiência e no objeto Pessoa com deficiência aparecem: Luta, Força e Persistência. Estes elementos foram os de menor frequência e de maior ordem de evocação, que conforme Pereira (2005) os elementos deste quadrante servem para contrastar com os elementos do núcleo central medindo a importância destes para a representação.

### 4.3. ANÁLISE GERAL DAS EVOCAÇÕES DOS GRUPOS PESQUISADOS

Diante da análise feita de cada grupo familiar de pesquisa separadamente, cabe aqui analisar comparativamente os dados coletados dos grupos. Seguindo a dinâmica anterior, a comparação será realizada quadrante por quadrante.

### 4.3.1. Análise dos prováveis elementos do núcleo central no objeto Pessoa com Deficiência nos grupos pesquisados

Os prováveis núcleos centrais do objeto Pessoa com Deficiência nos dois grupos de pesquisa são:

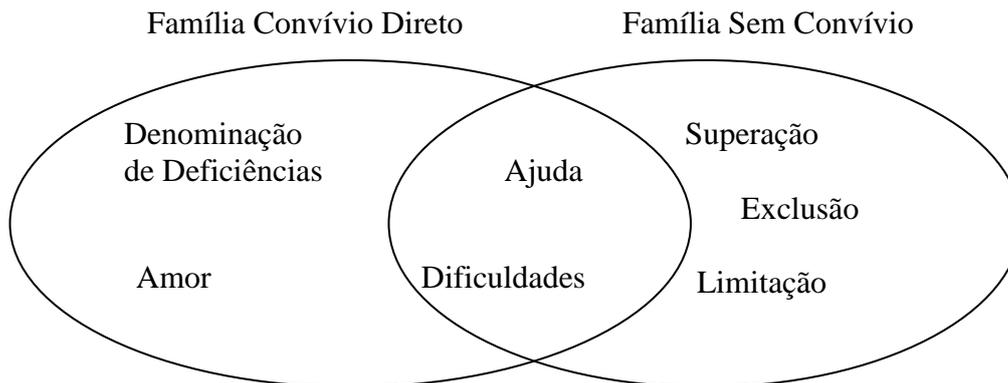


Figura 9. Os prováveis elementos do núcleo central do objeto pessoa com deficiência nos grupos.

Os elementos comuns entre os grupos são Ajuda e Dificuldades, o que revela que para ambos os grupos é perceptível à necessidade de Ajuda e as inúmeras Dificuldades que o público referido enfrenta.

Os elementos que divergem nos grupos e que se referem ao objeto Pessoa com Deficiência são: no grupo em que há um convívio direto com alguma pessoa com deficiência Denominação de Deficiências e Amor. Estes elementos denotam a preocupação na classificação do tipo da deficiência e a carga afetiva necessária no *holding* dessa relação, conforme Glat (2004) diz a família após o diagnóstico quando chegam a fase de aceitação do diagnóstico, buscam entender as características da deficiência que está atrelada muitas vezes a uma classificação, logo a Denominação de Deficiências faz parte da realidade das famílias que estão em convívio direto com as pessoas com deficiência. Ainda para a autora a carga afetiva, o sentimento é vivido intensamente, pois despende grande envolvimento e desgaste emocional, para uma criança com deficiência tudo é mais lento, difícil e exige um maior investimento afetivo, funcional e financeiro.

No grupo em que não há convívio direto com pessoas com deficiência os elementos que acompanham Ajuda e Dificuldades como prováveis núcleos centrais são: Superação,

Exclusão e Limitação. Elementos que se referem mais a condição de deficiência, sem a tentativa de se estabelecer qualquer interação com o objeto Pessoa com deficiência. Percebe-se que há o reconhecimento por parte desse grupo quanto a possível realidade vivida da pessoa com deficiência, mas há elementos muito mais estático, de condição, relacionado à situação da pessoa com deficiência, somente o elemento Ajuda refere-se à necessidade de uma relação ou contato com a pessoa.

#### **4.3.2. Análise dos prováveis elementos do sistema periférico no objeto Pessoa com deficiência nos grupos pesquisados**

O elemento Superação no grupo em que há o convívio direto com alguma pessoa com deficiência refuta a condição deficiência ligado muito mais a situação corporal, ou seja, numa visão mais biomédica, onde há um padrão de normalidade a ser seguido e o que foge a esse padrão é considerado como patológico (Diniz, Barbosa & Santos, 2009). O elemento Superação pode também estar ligado à superação de seus próprios limites, sem necessariamente estar em jogo um modelo a ser alcançado.

O elemento Amor, na primeira periferia no grupo em que não há convívio direto demonstra que para esse grupo a pessoa com deficiência está diretamente atrelada a esse sentimento, ou porque é através desse elemento Amor que há o fortalecimento da relação entre a pessoa com deficiência e sua família, ou porque historicamente a relação com as pessoas que tinham alguma deficiência teriam que ser amparado somente com amor fraternal, modelo caritativo, pois delas nada se podia esperar (Pan 2008 e Lanna Júnior 2010).

Ao analisar o terceiro quadrante ou elementos de contraste do objeto Pessoa com Deficiência nos grupos pesquisados, observa-se os elementos Preconceito e Sofrimento são comuns aos dois grupos pesquisados, estes elementos podem ter interação entre si já que preconceito pode gerar Sofrimento, no entanto o elemento Sofrimento também faz alusão a uma percepção diante da condição de deficiência. Os demais elementos presentes Limitação no grupo em que há convívio direto e Dependência e Carinho no grupo em que não há o convívio direto são elementos de conotação negativa que remete ao já discutido discurso biomédico, referindo-se somente a situação corporal ou a uma exaltação de afeto como

atributo de compensação de uma situação aquém da esperada Diniz, Barbosa & Santos (2009). Carinho é também um elemento que induz a necessidade de afeto à pessoa com deficiência, assim como o elemento Amor já comentado acima.

No quarto quadrante somente há elementos no grupo em que há o convívio direto, os elementos Luta, Força e Persistência reforçam o entendimento de que a pessoa com deficiência não é vista além da sua condição, como já antes comentado.

#### 4.3.3. Análise dos prováveis elementos do núcleo central no objeto Deficiência nos grupos pesquisados.

Ao prosseguir na análise dos dados coletados nos grupos de pesquisa a respeito do objeto Deficiência pôde-se identificar comparativamente que os prováveis elementos do núcleo central são:

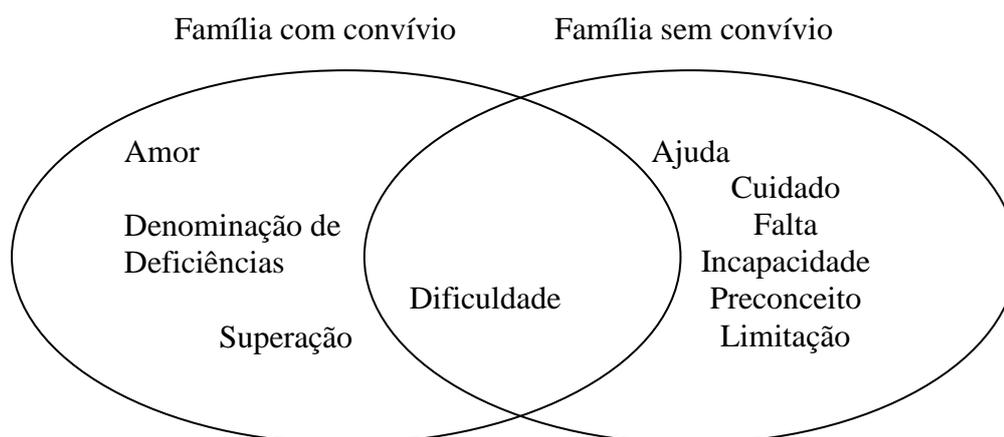


Figura 10. Os prováveis elementos do núcleo central do objeto Deficiência nos grupos.

Observa-se que o elemento Dificuldade aparece comum nos dois grupos de pesquisa, o que indica que ambos os grupos percebem que a Deficiência leva ao enfrentamento de muitos obstáculos, em diversas áreas, ou seja, a inúmeras Dificuldades. O grupo em que há convívio direto com pessoas com deficiência ainda apresentou os elementos Amor, Denominação de Deficiências e Superação em seu núcleo; já o grupo em que não há convívio direto apresentou além de Dificuldade os elementos, Ajuda, Cuidado, Falta, Incapacidade, Preconceito e Limitação.

No grupo em que há convívio direto com pessoa com deficiência percebe-se o elemento Amor, que como já referido anteriormente, pode evidenciar que o sentimento é um dos pilares, se não o pilar para o estabelecimento da relação familiar com a pessoa com deficiência e/ou a herança histórica e cultural de que às pessoas com deficiência devem ser alvo de afetuosidade fraterna e doação, pois nada, além disso, pode se esperar (Silva 1987 e Lanna Júnior 2010). O mesmo não acontece com o grupo em que não há convívio direto, o que denota que para o grupo com convívio a relação com a pessoa com deficiência está permeada fortemente por esse sentimento.

Os elementos Denominação de Deficiências e Superação assemelham-se em relação ao sentido, aos elementos Limitação, Falta e Incapacidade, Ajuda e Cuidado do grupo em que não há convívio direto com pessoas com deficiência, pois se referem ao recurso curativo ou corretivo apregoado pelo modelo biomédico, visando mais o corpo e seus impedimentos fomentando as desigualdades entre as pessoas numa concepção mais nosológica entre normal e patológico, conforme Diniz, Barbosa & Santos (2009).

O outro elemento do núcleo central ainda no grupo em que não há convívio direto com pessoas com deficiência é o Preconceito, que revela a afirmação e reconhecimento de postura ou atitude diante do desconhecido, do diferente (Rodrigues, 2003), um comportamento social à condição de Deficiência. O elemento Preconceito presente nesse grupo ainda pode indicar o reconhecimento de um comportamento aversivo perante o objeto, mesmo que ainda seja o único elemento com esse sentido diante dos demais.

O reconhecimento da existência desse elemento Preconceito atrelado ao objeto Deficiência pode ser indício de uma conscientização e necessidade de mudança frente a essa temática, como também resultados das lutas pelas garantias de direitos, inclusão social e influências recebidas das mídias (Lanna Júnior 2010).

Outros elementos presentes no sistema periférico dos grupos pesquisados corroboram a análise.

#### **4.3.4. Análise dos prováveis elementos do sistema periférico do objeto Deficiência nos grupos pesquisados.**

Partindo para a análise dos elementos presentes no sistema periférico da representação, mais especificamente os presentes na primeira periferia do objeto Deficiência,

pode-se visualizar que no grupo em que há convívio direto é composto pelo elemento Força. Este elemento refere-se à necessidade de energia para lidar com as fragilidades do objeto, fragilidades físicas, emocionais, cognitivas e outras. Logo, é um elemento que evidencia a desigualdade de condição e reforça as discussões acima, onde o objeto Deficiência é visto como extremamente carente de possibilidades e/ou relações sociais.

Os elementos Paciência, Amor e Dependência aparecem no grupo de família em que não há convívio direto. Amor e Paciência são elementos de afetos ou de contato com o outro, o elemento Dependência não tem essa característica, está mais voltado a uma necessidade que a pessoa com deficiência apresenta. Assim os três elementos referidos acima tem incomum ao elemento Força no grupo de convívio, a exigência de um investimento emocional, físico e social aparentemente maior que em outras situações que o familiar faz a pessoa com deficiência. Glat (2004) afirma que, a necessidade maior de cuidado exigida pela pessoa com deficiência restringe e transforma a vidas das pessoas que lhe são próximas. No entanto, deve-se estar atento, pois esta condição muitas vezes se torna o “cartão de visita” da família, ou seja, os problemas e dificuldades familiares são minimizados e despercebidos devido o foco de atenção familiar estar somente na pessoa com deficiência.

Os elementos de contraste observados no objeto Deficiência no grupo em que há convívio direto estão os elementos Limitação, Dependência e Paciência. Estes elementos, conforme Oliveira *et al* (2005) chamado de elementos de contraste é de grande importância para o sujeito participante e podem tanto reforçar os elementos da primeira periferia como revelar a origem de um grupo menor com uma representação diferente. Até aqui os elementos de contraste tem se caracterizado como reforçadores dos elementos de primeira periferia.

Os elementos presentes no grupo em que não há convívio direto, Denominação de Deficiências, Carinho e Diferente também coadunam com os elementos anteriores, do segundo quadrante, elementos de primeira periferia no grupo, pois como já exposto acima revelam uma relação de imersão por parte do familiar a pessoa com deficiência como o elemento Carinho. Os elementos Denominação de Deficiências e Diferente se encontram num plano de observação, de neutralidade no contato com esse público, mas de alguma forma revelam que o olhar ao objeto Deficiência pode estar em modificação, como a presença do elemento Diferente.

O último e quarto quadrante do objeto Deficiência presentes nos grupos de pesquisa apresentam os elementos configurados como menos frequentes e menos importantes, pertencentes ao quarto quadrante, no entanto, podem reforçar o sentido e as discussões realizadas diante da análise dos quadrantes anteriores (Pereira 2005), com os elementos: Dedicção, Preconceito, Descaso, Compreensão e Diferente no grupo em que há convívio direto e os elementos Necessidade, Superação e Tristeza no grupo onde não há convívio direto com pessoas com deficiência.

#### **4.4. DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS EM CONJUNTO: EVOCAÇÃO E PERGUNTAS ABERTAS**

Ao analisar as evocações livres, observa-se que o elemento Dificuldade aparece em todos os núcleos centrais dos grupos e objetos em pesquisa. Este elemento comum demonstra ser um analisador importante que para os grupos representa a unidade de sentido por traz das representações sociais acerca da deficiência e da pessoa com deficiência.

O elemento Amor também está presente fortemente nos grupos, sendo que para o grupo de convívio direto ele se caracteriza como elemento do núcleo central e para o grupo em que não há convívio como elemento de primeira periferia.

O elemento Limitação também é em elemento comum aos grupos e aos objetos em pesquisa, sendo que para o grupo em que há convívio se caracteriza como elementos de contraste ou elementos presentes na segunda periferia, já para o grupo em que não há convívio, como elementos do núcleo central.

Outro elemento presente nas evocações dos grupos é Ajuda, sendo núcleo central no objeto pessoa com deficiência nos dois grupos pesquisados e também aparece no núcleo central no objeto deficiência no grupo em que não há o convívio direto com pessoas com deficiência.

O elemento Preconceito também aparece nos grupos, como elemento de contraste no objeto pessoa com deficiência no grupo com convívio direto e no objeto deficiência no quarto quadrante. No grupo onde não há convívio direto o elemento Preconceito apresenta-se como

elemento de contraste no objeto pessoa com deficiência e como elemento pertencente ao núcleo central no objeto deficiência.

Superação é também um elemento comum em ambos os grupos e objetos. No grupo com convívio direto o elemento está presente na primeira periferia do objeto pessoa com deficiência e no núcleo central no objeto deficiência. No grupo em que não há convívio direto aparece no núcleo central no objeto pessoa com deficiência e no quarto quadrante no objeto deficiência.

Diante dos elementos citados acima pertencentes a ambos os grupos e também presentes nos objetos de pesquisa Pessoa com Deficiência e Deficiência é possível apresentá-los para melhor visualização em um quadro, elaborado para facilitar o entendimento e a discussão proposta nas considerações finais.

<b>Grupo</b> <b>Elemento</b>	<b>Família com convívio direto/ Objeto: Pessoa com Deficiência</b>	<b>Família com convívio direto/ Objeto: Deficiência</b>	<b>Família em que não há convívio direto/ Objeto: Pessoa com Deficiência</b>	<b>Família em que não há convívio direto/ Objeto: Deficiência</b>
<b>Dificuldade</b>	núcleo central	núcleo central	núcleo central	núcleo central
<b>Amor</b>	núcleo central	núcleo central	1ª periferia	1ª periferia
<b>Limitação</b>	zona de contraste	zona de contraste	núcleo central	núcleo central
<b>Ajuda</b>	núcleo central	não apareceu	núcleo central	núcleo central
<b>Preconceito</b>	zona de contraste	2ª periferia	zona de contraste	núcleo central
<b>Superação</b>	1ª periferia	núcleo central	núcleo central	2ª periferia

Tabela 10. Os elementos comuns nos objetos e grupos pesquisados.

Ao observar o quadro acima, percebe-se que os elementos comuns aos grupos ainda estão arraigados ao fator histórico que permeia a temática Deficiência, elementos carregados de valores do discurso biomédico e de reabilitação, característico do caminho percorrido pela história brasileira em se tratando de deficiência, que se remete principalmente em cuidar, reabilitar, superar e outros elementos que reforçam a dependência física e muitas vezes se

limitando só a ela a pessoa com deficiência. (Lanna Júnior 2010; Diniz, Barbosa & Santos, 2009)

Interessante é perceber o peso unânime do elemento Dificuldade nos grupos, certamente é o elemento que mais se aproxima da descrição para os grupos sobre a Deficiência e a Pessoa com deficiência, pode indicar também que o grupo em que não há convívio percebe que muito ainda há de se fazer para proporcionar maior dignidade e cidadania às pessoas com deficiência. O elemento em discussão também aparece nas questões abertas desta pesquisa em diversas categorias: em *Relações de Convivência*, *Infraestrutura* principalmente no que se refere à acessibilidade, como também aparece nas categorias *Saúde*, *Políticas Públicas*, *Recursos e Educação*, sendo que para o grupo em que não há convívio direto a dificuldade é apontada e percebida, mas para o grupo em convívio direto a Dificuldade é vivenciada, faz parte da rotina de vida, o que se percebe nos relatos presentes nas questões abertas. Assim, percebemos que ainda há muito distanciamento entre o discurso presente no grupo em que não há convívio para a sua prática, cabe ressaltar que o discurso quando muito polido está camuflando ou revestindo o que realmente é pensado (Abric, 2005).

O elemento Amor está presente em todos os grupos e objetos, mais é fortemente representado pelas famílias em convívio direto com pessoas com deficiência, o que pode elucidar que o sentimento ainda é um forte pilar de sustentação no relacionamento entre o familiar e a pessoa com deficiência. É também percebido pelo grupo em que não há convívio, pois está presente na primeira periferia. O que também é reforçado nas questões abertas desta pesquisa discutido anteriormente, em que a categoria *Relações de Convivência* é a mais apontadas pelos grupos, sendo que para o grupo em que não há convívio esta categoria apresenta grande destaque quando se refere as dificuldades que a pessoa com deficiência podem enfrentar, como visto na Tabela 2. O Amor nas questões abertas está presente nos discursos atrelado ao cuidado, a paciência e a outros comportamentos, ato que remete ao comportamento no século XIX, período em que cabia a igreja cuidar das pessoas com deficiência e de outros sujeitos à margem da sociedade, pois necessitavam de atenção, cuidado, amor, com o comprometimento de fraternidade pelas almas (Silva, 1987). O sentido do elemento Amor no grupo com convívio, nas questões abertas é diferente, exemplo claro está na Tabela 4 e 5, em que na categoria *Relações de Convivência* este elemento é pouco

explorado e quando citado, o familiar critica esse cuidado presente nas relações com a pessoa com deficiência chamando-o de *bom samaritanismo*, expressando mais um exagero de atitude, num preconceito velado, o que se aproxima ao que Abric (2005) aponta como zona muda das representações sociais.

Limitação foi outro elemento comum aos grupos e que se apresenta muito fortemente no grupo em que não há o convívio direto, o que pode representar que para este grupo o aspecto corporal, físico ainda é o mais enfocado, o que é reforçado pela ausência da categoria *O sujeito* neste grupo. Além de afirmações apresentadas na Análise de conteúdo em que citam a necessidade do familiar perceber que a pessoa com deficiência possui limitações. Em afirmações como esta se pode apontar alguns sinais do que Abric (2005) afirma como zona muda das representações sociais, pois enquanto em uma categoria se afirma que o preconceito é um dos fatores que dificulta a vida das pessoas com deficiência em outra categoria afirma-se a necessidade de se perceber as pessoas com deficiência com limitações. No entanto, não podemos afirmar com veemência esta suspeita, pois este estudo não contemplou técnica de avaliação ou de identificação da zona muda das representações sociais nos discursos.

No grupo em que há convívio direto com pessoas com deficiência a Limitação está presente, entretanto é um elemento de segunda periferia, elemento de contraste, ou seja, percebe-se a Limitação como condição real, mas talvez não limitadora a ponto de não enxergar o sujeito, já que a categoria *O sujeito* foi apontada mesmo que timidamente por este grupo e no relato em destaque na Tabela 4 nesta categoria, o familiar cita que o motivo de muito preconceito e desprezo vivido está na condição de ser percebido apenas por sua limitação. Logo, o olhar para as pessoas com deficiência ainda está circunscrito na leitura do corpo, do físico, do biológico, como afirma Diniz, Barbosa & Santos (2009), que ainda é a concepção sobre a deficiência mais reforçada no Brasil. O grupo em convívio também aponta a limitação do corpo mas percebe o que está além da limitação, o sujeito, o que precisa ser mais evidente pois a frequência desta categoria não passa de 4,6% no grupo, mas há diferença entre os grupos ao compreender a limitação na pessoa com deficiência.

Ajuda é outro elemento comum e forte nos grupos, pois aparece como elemento do núcleo central da representação social em ambos os grupos, exceto no grupo em que há convívio direto com pessoas com deficiência no objeto Deficiência, interessante ressaltar que

esse elemento não aparece nem mesmo no sistema periférico, no entanto ainda no grupo em que há convívio direto Ajuda pertence ao núcleo central do objeto Pessoa com Deficiência, assim como no núcleo central no objeto Deficiência e Pessoa com Deficiência no grupo em que não há convívio direto. O que pode indicar que para o grupo sem convívio direto o entendimento indistinto entre esses dois objetos, o que para o grupo em convívio direto parece haver distinção em assimilar os objetos estudados, ou seja, o falar de Deficiência é distinto de falar de Pessoa com Deficiência. Como já comentado acima, a categoria *O sujeito* reafirma claramente esta distinção entre os grupos. O entendimento do grupo em que não há convivência está envolto muito mais nos constructos do amparo, do cuidado, do pegar no colo, por uma necessidade extrema, como diz Goffman (1980) quando há o estigma o indivíduo é percebido pelo traço que o difere dos demais e logo se resume a este traço que se destaca e impede que outros atributos sejam percebidos.

Assim, enquanto que Ajuda para o grupo sem convívio, nas questões abertas se refere à categoria *Relações de Convivência*, ou seja, enfatiza a necessidade das pessoas com deficiência serem ajudadas, a Ajuda para o grupo em convívio recebe mais ênfase nas questões abertas, quando se refere à Ajuda que as Políticas Públicas podem oferecer, que os profissionais de saúde podem exercer no atendimento, na Infraestrutura e Acessibilidade necessárias para facilitar a vida das pessoas com deficiência.

O Preconceito é um elemento presente nas evocações livres e nas questões abertas em ambos os grupos. No grupo em convívio direto ele aparece evocado no objeto Pessoa com Deficiência como elemento de contraste do sistema periférico, no objeto Deficiência está presente na segunda periferia ou quarto quadrante, o que pode indicar que o elemento preconceito neste grupo vem sofrendo alterações de impacto nas relações sociais que provavelmente são resultados do histórico das lutas sociais de inclusão e a ampliação de políticas públicas que visam estreitar as relações sociais e garantir os direitos de cidadania as pessoas com deficiência (Lanna Júnior, 2010; Relatório Mundial sobre a Deficiência, 2012).

No grupo em que não há o convívio direto percebe-se que o elemento Preconceito é mais intensamente evocado, pois pertence ao núcleo central no objeto Deficiência e apresenta-se como elemento de contraste do sistema periférico no objeto Pessoa com Deficiência. Para este grupo o preconceito também está fortemente presente nas questões abertas

principalmente indicado como um dos fatores que mais dificultam a vida das pessoas com deficiência, pertencente a categoria *Relações de Convivência* que chega a 60% das respostas. O grupo em convívio também reconhece a importância deste elemento como um dos maiores impedimentos nas relações sociais, pois também apresenta na categoria *Relações de convivência* uma frequência alta de 25,6%. No entanto, para o grupo sem convivência o preconceito é muito mais evocado e apresentado nas questões abertas que o grupo em convívio. Para o grupo em convívio o elemento preconceito é um fator de dificuldade evidente, mas há outros fatores de dificuldade como os que se apresentam nas categorias *Infraestrutura/Acessibilidade, Saúde, Educação, Políticas públicas, Recursos e Outros*. No entanto, ainda é este elemento um dos motivos afirmado pelas famílias em convívio direto que impedem as pessoas com deficiência serem vistas como sujeito que possui suas próprias habilidades, desejos, sonhos, sentimento. Interessante acrescentar aqui que o Preconceito foi um elemento também citado pelo grupo em que não há convívio na categoria *Relações de convivência* como um comportamento efetuado por parte dos familiares em convívio direto, que hesitam em se aproximar das pessoas com a prerrogativa de que sofrerão preconceito.

O último elemento comum aos grupos é *Superação*, que pode apresentar dois sentidos: o sentido de se superar como não prostração as dificuldades externas e internas, ou no sentido de autoafirmação com a preocupação de demonstrar ao outro de que é capaz. Em alguns discursos na Análise de Conteúdo Bardin (2010) perceberam-se estes dois sentidos. O grupo com convívio direto dialoga com a superação no sentido de não prostração diante das dificuldades, o que é reforçado nas questões abertas como um facilitador principalmente nas categorias *Relações de convivência, O sujeito, Saúde e Educação*, em que percebeu-se nos discursos a *Superação* no sentido de envolver a pessoa com deficiência em atividades físicas, nos esportes paraolímpicos e na rotina de exercícios de reabilitação. O grupo em que não há convívio dialoga a necessidade de se superar como um indicador de capacidade a partir de um modelo, comparando a pessoa com deficiência em diversos momentos na categoria *Relações de convivência*, como o relato de alguns discursos em que: *é vista socialmente como incapaz, pois no mundo capitalista ela não produz* (q-53), ou, *ela deve ter força de vontade e superação* (q-05), *temos que ajudar essas pessoas, pois elas provam todo dia que tem força se vontade* (q-50) e, *não estamos preparados pra lidar com essas pessoas, suas dificuldades*

(q-21). Em todos os discursos acima mencionados há comparação da condição da pessoa com deficiência como a necessidade de corresponder à expectativa do que é socialmente aceito, aprovado. Essa expectativa de corresponder ao que é socialmente aceito faz parte também do universo do familiar das pessoas com deficiência, segundo Glat (1996, 2004) as famílias entram em conflito muitas vezes em fases de desenvolvimento de vida em que seu filho com deficiência não acompanha ou não desenvolve, sendo um processo de luto, que está ligado também a pressão social de ter um filho com comportamento padrão, o dito normal. Observa-se também que no grupo em convivência o elemento Superação está mais fortemente ligado ao objeto Deficiência que ao objeto Pessoa com deficiência, o inverso ocorre no grupo em que não há convívio direto, pois este elemento está no núcleo central no objeto Pessoa com Deficiência e aparece como segunda periferia, ou no quarto quadrante no objeto Deficiência.

Há outros elementos que aparecem no núcleo central das evocações livres nos objetos e que não são comuns aos grupos, como o elemento Denominações de Deficiências que diz respeito aos tipos de deficiência ou sua classificação em deficiência auditiva, deficiência visual, deficiência intelectual e deficiência motora ou deficiência múltipla, que aparece somente no grupo de familiares em que há convívio nos dois objetos Deficiência e Pessoa com Deficiência. Este elemento está fortemente evocado no grupo, o que indica que o conhecimento sobre as nomenclaturas, tipologias e denominações a respeito de Deficiências correspondem ao universo desse familiar, que desde muito cedo, na hora do diagnóstico, enfatizada por Glat (1996) e Omote (1994), o familiar entra em processo de luto e se depara com uma nova realidade. Diante dos resultados nas questões abertas a preocupação em saber o tipo ou a denominação das deficiências não apareceu, apesar de serem intensamente evocadas as denominações sobre as deficiências não influenciam diretamente como fatores que dificultem ou facilitem a vida das pessoas com deficiência.

No grupo em que não há convívio direto aparecem outros elementos no núcleo central, além dos que já comentados acima, que não aparecem no outro grupo. No objeto Deficiência estão presentes elementos: Cuidado, Preconceito, Falta e Incapacidade, estes elementos aparecem também nas questões abertas neste grupo relacionado a fatores que dificultam a vida das pessoas com deficiência na categoria *Relações de Convivência* com 60% de frequência das respostas, compreendendo todos estes elementos nos discursos deste grupo,

o que indica que para o grupo o objeto Deficiência ainda está relacionado à visão do físico, ligado ao corpo, apontada por diversos autores (Silva, 1987; Diniz, Barbosa & Santos, 2009; Sasaki, 2003). No objeto Pessoa com Deficiência aparece, na Figura 2, o elemento Exclusão, este elemento nas questões abertas também está incluso na categoria *Relações de Convivência* que recebe 60% de frequência, indicando que a exclusão ainda é uma realidade percebida pelo grupo e um fator de dificuldade para as pessoas com deficiência.

## **CAPÍTULO V**

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante dos objetivos propostos nesta pesquisa, pôde-se identificar e apresentar através das análises realizadas as representações sociais dos grupos, referente aos dois objetos: Deficiência e Pessoa com Deficiência. A escolha destes dois objetos na pesquisa surgiu para levantar duas situações especificamente: uma para conhecer se há alguma familiaridade com a terminologia mais utilizada atualmente pra este público nos grupos e segunda para destacar a diferença entre o sujeito e sua condição, que é um dos objetivos do termo (Sasaki, 2003). Quanto à familiarização ou até mesmo conhecimento sobre o objetivo da terminologia atual percebeu-se que não há muita distinção entre estes termos, muitas vezes os termos eram identificados pelos participantes como idênticos. Já como elementos representações sociais nas tarefas de evocação apresentou-se diferença em considerar os termos Deficiência e Pessoa com Deficiência, principalmente para o grupo com

convívio mais direto. O grupo em convívio apresenta uma parcela de 4,6% e 3,1% na categoria *O sujeito* nas questões abertas, o que demonstra que este grupo percebe de maneira evidente a diferença em considerar apenas a condição da pessoa e a pessoa em si, como sujeito.

Os objetivos gerais e específicos propostos nesta pesquisa foram alcançados, pois houve a comparação das representações sociais entre o grupo de família em que há convívio direto com a pessoa com deficiência e o grupo de família em que não há convívio direto com pessoas com deficiência, além de uma provável existência da zona muda das representações sociais Abric (2005), presente nos discursos presente nas questões abertas do questionário aplicado que foram submetidas à Análise de Conteúdo de Bardin (2010). Esse item em especial não foi totalmente comprovado, porque não foram utilizadas técnicas de coleta específicas para atingir esse intento. No entanto, a normatividade da temática, aliada a um discurso politicamente correto, sugere a existência de censuras na argumentação dessas questões em nossa sociedade que vimos refletidas nas respostas dos sujeitos.

Logo, pode-se afirmar que há diferenças e semelhanças entre as representações sociais nos grupos de família participante da pesquisa, como já demonstrado nas análises presente no capítulo anterior de Análises e Resultados.

Numa visão holística, a semelhança nos grupos está em reconhecer que os fatores que dificultam a vida das pessoas com deficiência estão ligados a duas principais categorias: *Relações de Convivência, Infraestrutura/Acessibilidade*, nestas encontramos os prováveis elementos que aparecem núcleos centrais ou na primeira periferia das representações nas evocações livres, são eles: Dificuldade, Limitação, Superação, Ajuda, Amor e Preconceito.

De outro modo a principal diferença entre os grupos está nas reais necessidades e em como é visto a pessoa com deficiência e a própria família. No grupo sem o convívio direto não há muita distinção entre os objetos Deficiência e Pessoa com deficiência, ou seja, há o entendimento de que a pessoa com deficiência é um sujeito, para além da deficiência. (Glat, 1994; 1996; Omote, 1994), mais esta percepção ainda está atravessada pelo modelo médico, biológico sobre a deficiência (Diniz, Barbosa & Santos, 2009) e a família é apontada como a principal responsável sobre a pessoa com deficiência e seu desenvolvimento. No grupo em que há convivência a pessoa com deficiência é concebida como sujeito, com opinião, desejos,

anseios, emoções, percebe-se isso mais evidente com o surgimento neste grupo na categoria *O sujeito*. Logo, há uma visão global a respeito do sujeito, não se pauta somente no modelo médico de entendimento, mas dialoga com mais facilidade com o modelo biopsicossocial em que fatores sociais, ambientais e biológicos interferem no entendimento sobre a Deficiência. A categoria *Família* neste grupo aparece de maneira modesta com 2,3% de frequência em ser um dos fatores que facilitam a vida da pessoa com deficiência. Para o grupo anterior a categoria *Família* como facilitador chega a 4,8%.

Interessante registrar que durante a aplicação dos questionários percebeu-se uma grande resistência em alguns familiares em participar da pesquisa, mesmo sendo família com convívio direto com pessoas com deficiência e em ambiente frequentado por essas famílias, muitas optaram em rejeitar a participação, outras alegavam a falta de tempo e outras até levavam para responderem em casa o questionário mais não o retornavam preenchido e em outras vezes, nem retornavam o questionário.

Outro fator interessante foi perceber que ambos os grupos muitas vezes não percebiam a diferença entre a primeira e segunda questão no questionário, que retratam sobre a evocação livre dos dois objetos pesquisados, alegando não haver diferença entre Deficiência e Pessoa com Deficiência. O que pode significar que o termo Pessoa na terminologia ainda não alcança o seu principal objetivo, apresentado por Sassaki (2003) que é destacar prontamente a existência do sujeito para além de qualquer condição, apesar dessa diferenciação estar evidente quanto ao conteúdo das representações sociais nos grupos.

A pretensão inicial da pesquisa em levantar o conteúdo das representações sociais nos grupos através dos métodos interrogativos (Abric, 1994) aconteceu, com as questões de evocações livres e questões abertas presentes no questionário.

Diante das análises realizadas e experiência sentida como pesquisadora, assim como Cavalcante (2003), percebo que os elementos presentes nas representações sociais de ambos os grupos em pesquisa é o que o sujeito tem a respeito dos objetos de pesquisa, e que reflete a produção de sentidos dada ao mundo partilhada entre seus pares.

Apropriando-se dos resultados, a reflexão está se nas famílias em que há o convívio mais direto com a pessoa com deficiência os elementos das representações sociais são formados a partir do parâmetro somente do familiar participante, ou sua representação está

imbricada no que este recebe da pessoa com deficiência, ou melhor, será que o grupo com convivência direta respondeu se colocando no lugar da pessoa com deficiência, ou no lugar de familiar da pessoa com deficiência? Certo é que, mesmo se colocando no lugar da pessoa com deficiência não seria ela, entretanto, o convívio direto e diário pode levar o familiar a estar tão envolvido com a pessoa com deficiência que vive de tal modo a sua resposta ser a transmissão real do que é sentido e percebido pela própria pessoa com deficiência. Talvez esses questionamentos, no decorrer de outros estudos, ou no desenvolvimento de uma pesquisa mais aprofundada, poderá ser mais bem estudado e discutido, principalmente se os participantes forem as próprias pessoas com deficiência, fazendo uso da expressão de luta citada por Lanna Júnior (2010) *Nada Sobre Nós Sem Nós*.

## REFERENCIAS

- Abric, J.C. (1994). *Pratiques socialis y representaciones*. México: Filosofia y Cultura Contemporanea.
- Abric, J. C. (1998). A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P., OLIVEIRA, D. C. *Estudos interdisciplinares de representação social*. Goiânia: AB, p.27-37.
- Abric, J.C. (2003). *Méthodes d'étude des représentations sociales*. Paris:Érès, p.27-38.
- Abric, J.C. (2005). A zona muda das representações sociais. In: OLIVEIRA, D. C.; CAMPOS, P. H. F. *Representações sociais: uma teoria sem fronteiras*. Rio de Janeiro: Museu da República, p. 23-34.
- Almeida, S. A. de. (2009). *As representações sociais dos professores do município de Mendes acerca do processo de inclusão educacional* [tese]. orientadora, Luciene Alves Miguez Naiff. Niterói, 164p.
- Amiralian, M. L. T. (1997). Compreendendo a deficiência pela óptica das propostas Winnicottianas. *Estilos da Clínica*, 2(2), 96-102.
- Amiralian, M. L. T., Pinto, E. B., Ghirardi, M. I.G., Lichtig, I., Masini, E. F. S., Pasqualin, L., (2000). Conceituando deficiência. *Revista de Saúde Pública*, 34(1), 97-103.
- Ariès, P. (1981). *História social da criança e da família* (2ª ed.). Rio de Janeiro: LTC.
- Bardin, L. (2010). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bastos, O. M., Deslandes, S. F. (2007). Adolescer com deficiência mental: a ótica dos pais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 79-87.

- Brasil (2008) *Decreto nº186, de 09 de julho de 2008*. Aprovou a CDPD - Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu protocolo facultativo, em 30 de março de 2007 em Nova York. Brasília, DF. Recuperado em 10 dezembro, 2012 de <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br>.
- Brasil (2001). *Decreto Municipal nº 20.349, de 2001*. Institui a Rede Macrofuncional de Apoio às PPD na Cidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ. Recuperado em 15 dezembro, 2012 de <http://www.rio.rj.gov.br/web/smpd/exibeconteudo?article-id=151369>.
- Brasil (2011). *Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011*. Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Brasília, DF. Recuperado em 15 dezembro, 2012 de <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br>.
- Brasil (1989). *Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989*. Política Nacional de Assistência Social e de Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, criada para assegurar os direitos das pessoas com deficiência. Brasília, DF. Recuperado em 11 dezembro, 2012 de <http://www.rio.rj.gov.br/web/smpd/exibeconteudo?article-id=151369>.
- Brasil (1993). *Lei nº 7.842, de 07 de dezembro de 1993*. Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS. Brasília, DF. Recuperado em 10 dezembro, 2012 de <http://www.rio.rj.gov.br/web/smpd/exibeconteudo?article-id=151369>.
- Brasil (2003). *Projeto de Lei nº6, de 18 de fevereiro de 2003*. Estatuto da Pessoa com Deficiência. Brasília, DF. Recuperado em 08 janeiro, 2013 de <http://www.camara.gov.br/sileg/integras/432201.pdf>.
- Campos, P. H. F. (2003). A abordagem estrutural e o estudo das relações entre práticas e representações sociais. In CAMPOS, P.H.F. & LOUREIRO, M.S. (Orgs), *Representações sociais e práticas educativas*. (pp. 21-36).Goiânia: UCG.
- CERVIM – *Centro de reabilitação da vila militar* (1991) [ site da internet]. [acessado Agosto 2012]. Disponível em: [http://www.cervim.com.br/quem\\_somos.php](http://www.cervim.com.br/quem_somos.php).
- Cavalcante, F. G. (2003). *Pessoas muito especiais: a construção social do portador de deficiência e a reinvenção da família*. Rio de Janeiro: Fio Cruz.

- Cavalcanti, F. G., Minayo, M. C. S. (2009). Representações sociais sobre direitos e violência na área da deficiência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 57-66.
- Diniz, D., Barbosa, L. & Santos dos, W. R. (2009). Deficiência, direitos humanos e justiça. *Revista Internacional de Direitos Humanos*, 6(11), 65-77.
- EVOC.(2002). *Conjunto de programas que permitem a análise de evocações*. Versão 5: Provence. Apostila.
- Febraban- Federação Brasileira de Bancos (2006). Pessoas com deficiência, direitos e deveres. *Coleção Febraban de Inclusão Social*, São Paulo: Febraban.
- Glat, R. (1994). A integração dos portadores de deficiência: uma questão psicossocial. Disponível em: ([http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413)). Acessado em setembro de 2012.
- Glat, R. (1996). O papel da família na integração do portador de deficiência. Disponível em: (<http://educa.fcc.org.br/pdf/rbee/v02n04/v02n04a10.pdf>). Acessado em setembro de 2012.
- Glat, R. (2004). Uma família presente e participativa: o papel da família no desenvolvimento e inclusão social da pessoa com necessidades especiais. *Anais do 9º Congresso Estadual das APAEs de Minas Gerais, Belo Horizonte/MG*. publicado em CD-ROM.
- Goffman, E. (1980). *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro. Zahar.
- IBDD - Instituto Brasileiro dos Direitos das Pessoas com Deficiência. Disponível em: (<http://www.ibdd.org.br/noticias-informe-5%20primeira%20lei%20.asp>). Acessado em: janeiro de 2013.
- Jodelet, D. (198). Représentations sociales: un domaine em expansion. In: JODELET, D. (Org.). *Les Représentations Sociales*. Paris: PUF, p 31-61.

- Jodelet, D. (2001). *As representações sociais*. Rio de Janeiro: Eduerj.
- Jodelet, D. (2011). A fecundidade múltipla da obra “A psicanálise, sua imagem e seu público”. In ALMEIDA, A. M. de O., SANTOS, M. de F. de S. & TRINDADE, Z. A. (Orgs), *Teoria das representações sociais: 50 anos*. Brasília: Technopolitik, p. 305-332.
- Jodelet, D. (2005). *Loucuras e representações sociais*. Petrópolis. Vozes.
- Lacerda, P., Dias, G. L., Paula de, M. A. B., Chamon, E. M. Q. O. (2010). Representações sociais da deficiência: revisão da literatura.
- Lanna Júnior, M. C. M. (2010). *História do Movimento Político das Pessoas com Deficiência no Brasil* (Compendio). Brasília: Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência.
- Marques, V. & Satriano, C.(2012). Educando com necessidades educacionais especiais: contribuições da psicologia da educação ao ensino profissional agrícola In: DAMASCENO, A.; PAULA, L. L.; MARQUES, V. (Orgs.). *Educação Profissional Inclusiva: desafios e perspectivas*. Rio de Janeiro: EDUR.
- Moreira, E. K. C. B., Martins, T. M e Castro, M. M. (2012). Representação social da Psicologia Hospitalar para familiares de pacientes hospitalizados em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*. Rio de Janeiro.15(1), 134-162.
- Moscovici, S. (1981). *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Moscovici, S. (1988). Notes towards a description of Social Representations. *European Journal of Social Psychology*, 18, 211-250.
- Moscovici, S. (2012). *A Psicanálise, sua imagem e seu público* (S. Fuhrmann, trad.) Petrópolis: Vozes (Obra original publicada em 1961).
- Naiff, L. A. M., Naiff, D. G. M, Rodrigues, A. S. (2012). A educação inclusiva na perspectiva da teoria das representações sociais: concepções de docentes e discentes do Instituto

Federal do Norte de Minas gerais. In: A. Damasceno, L. de Paula, V. Marques (Orgs). *Educação Profissional Inclusiva: desafios e perspectivas*. Seropédica, RJ: EDUR.

Naiff, L. A. M, Sá, C. P., & Naiff, D. G. M.(2005). Exclusão social nas memórias autobiográficas de mães e filhas [CD-ROM]. In *Anais da IV Jornada Internacional e II Conferência Brasileira sobre Representações Sociais* (pp. 1233-1247). João Pessoa: Editora da Universidade Federal da Paraíba.

Omote, S. (1994). Deficiência e não-deficiência: recortes do mesmo tecido. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 1(2), 65-74.

Oliveira, D. C.; Marques, S. C.; Gomes, M. T.; Teixeira, M. C. T. V. (2005). Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In A. S. P. MOREIRA; B. V. CAMARGO; J. C. JESUÍNO & S. M. NÓBREGA (Orgs.), *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais* (pp. 573-603). João Pessoa: Editora da UFPB.

Palmonari, A., Cerrato, J. (2011). Representações sociais e psicologia social. In ALMEIDA, A. M. de O., SANTOS, M. de F. de S. & TRINDADE, Z. A. (Orgs), *Teoria das representações sociais: 50 anos*. Brasília: Technopolitik, p. 305-332.

Pan, M. A. G. S, de. (2008). O direito à diferença: uma reflexão sobre deficiência intelectual e educação inclusiva. Curitiba. IbepeX.

Pereira, F. J. C. (2005). Análise de dados qualitativos aplicados às representações sociais. In A. S. P. Moreira, B. V. Camargo, J. C. Jesuíno, & S. M. Nóbrega (Eds.). *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais*. (pp. 25-60). João Pessoa, PB: Editora Universitária da Universidade Federal da Paraíba.

Relatório mundial sobre a deficiência. (2012). *World Health Organization, The World Bank*, tradução Lexicus Serviços Linguísticos. São Paulo. SEDPCD, 334 p.

Rodrigues, A., Assmar, E. M. L & Jablonski, B. (2003). *Psicologia Social*. 22ed. Petrópolis: Vozes.

- Rodrigues, A. S. (2011). *A Educação Inclusiva na Perspectiva da Teoria das Representações Sociais: Concepções de Docentes e Discentes do Instituto Federal do Norte de Minas Gerais – Campus Salinas* [tese]. orientador, Dennis Giovani Monteiro Naiff. Rio de Janeiro, 105p.
- Sá, C. P de. (1998). *A construção do objeto de pesquisa em representações sociais*. Rio de Janeiro: Eduerj.
- Sá, C. P de. (1996). *Núcleo central das representações sociais*. Petrópolis: Vozes.
- Sasaki, R.K. (2003). Terminologia da Deficiência na Era da Inclusão. Em: Virata, Veet (Coord.) *Mídia e Deficiência*. Brasília: Andi: Fundação Banco do Brasil, 160-164.
- Smith, D. D. (2008). *Introdução à educação especial: ensinar em tempos de inclusão*. Porto Alegre. Artmed.
- Silva, O. M. (1987). *Epopéia Ignorada: a pessoa deficiente na história do mundo de ontem e de hoje*. São Paulo. Cedas.
- Silva, A. M. F. (2011). *Representações sociais da família sobre a deficiência física da criança e suas implicações no cotidiano* [tese]. orientadora, Jussara Gue Martini. Florianópolis, 211p
- SMPD- Secretaria Municipal de Pessoas com Deficiência. Disponível em: (<http://www.rio.rj.gov.br/web/smpd/exibeconteudo?article-id=151369>). Acessado em: novembro de 2012.
- SNPD- Secretaria Nacional de Pessoas com Deficiência. Disponível em: (<http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br>). Acessado em: novembro de 2012.
- Souza, L. A. & Faro, A. C. M. E. (2011). Historia de la rehabilitación en Brasil, en el mundo y el papel de enfermería em este contexto: reflexiones y tendencias basadas em la revisión de literatura. *Enfermería Global*, 24(1), p. 290-306.
- UNESCO. (1994). *Declaração de salamanca e linha de ação sobre necessidades educativas especiais*. Brasília: CORDE.

- Vala, J. (2004). Representações sociais e psicologia social do conhecimento quotidiano. In VALA, J. & MONTEIRO, M. B., *Psicologia Social*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, p. 457-502.
- Vergès, P. (2005). A evocação do dinheiro: um método para a definição do núcleo central de uma representação. In A. S. P. MOREIRA; B. V. CAMARGO; J. C. JESUÍNO & S. M. NÓBREGA (Orgs.), *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais* (pp. 471-488). João Pessoa, Editora UFPB

# Anexos

**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**  
**MESTRADO**

*Prezado participante, gostaria de convidá-lo a participar de uma pesquisa sobre a deficiência e as pessoas que com ela convivem. Sua ajuda é muito importante para que possamos conhecer melhor esse fenômeno. Não existem respostas certas nem erradas. Pedimos apenas seu posicionamento.*

*Muito Obrigada!*

*Marla Luna*

1. Cite cinco palavras que vem imediatamente a sua mente quando você ouve a palavra **DEFICIÊNCIA**.

1. \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_  
 3. \_\_\_\_\_  
 4. \_\_\_\_\_  
 5. \_\_\_\_\_

2. Dentre as palavras que você citou acima escolha e escreva duas que pra você melhor definem a palavra **DEFICIÊNCIA** e explique porque

3. Agora que você falou sobre a **DEFICIÊNCIA**, tente imaginar uma **PESSOA COM DEFICIÊNCIA**. Cite cinco palavras que vem imediatamente a sua mente quando você ouve a palavra **PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

1. \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_  
 3. \_\_\_\_\_  
 4. \_\_\_\_\_  
 5. \_\_\_\_\_

4. Dentre as palavras que você citou acima escolha e escreva duas que pra você melhor definem a palavra **PESSOA COM DEFICIÊNCIA** e explique porque.

5. Considerando os dias de hoje, em sua opinião quais são os fatores que dificultam a vida das pessoas com deficiência de uma maneira geral (pense não apenas na acessibilidade física, mas do ponto de vista das relações entre as pessoas)

6. Agora que você já respondeu sobre os fatores que dificultam, em sua opinião quais os fatores que facilitam ou poderiam facilitar a vida das pessoas com deficiência? (opine pensando no que já é oferecido e no que poderia melhorar)

7. Você conhece alguma pessoa com deficiência?

1. sim  2. não

8. Se sua resposta for sim. Essa pessoa mora ou depende de você?

1. sim  2. não

**DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

9. Qual é o seu sexo?

1. Masculino  2. Feminino

## Termo de Assentimento para participação em pesquisa

### REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA DEFICIÊNCIA NAS FAMÍLIAS: UM ESTUDO COMPARATIVO

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa acima citada. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se houver desistência em participar a qualquer momento, isso não lhe causará nenhum prejuízo.

Eu,....., consinto em participar do estudo proposto

---

Estou ciente que:

1. O estudo tem o objetivo de conhecer os aspectos psicossociais que envolvem o fenômeno da representação social da deficiência;
2. A participação neste projeto não tem objetivo de me submeter um tratamento, bem como não me acarretará qualquer ônus pecuniário com relação aos procedimentos avaliativos efetuados com o estudo;
3. Tenho liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação;
4. A desistência não causará nenhum prejuízo a minha saúde ou bem estar físico;
5. Os resultados obtidos neste estudo serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que os meus dados pessoais não sejam mencionados;
6. Estou ciente que minha identidade e dados pessoais não serão divulgados, sendo mantidos em sigilo.
7. Caso eu deseje, posso pessoalmente tomar conhecimento dos resultados, ao final desta pesquisa entrando em contato com as pesquisadoras no endereço referido abaixo da assinatura do pesquisador responsável.
8. Assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Participante da pesquisa

---

Ass. Responsável pelo projeto  
Marla Bernardes Carmino dos Santos Dias Luna (Psicóloga)  
Telefone para contato: (21) 971288972  
e-mail: marlapsic@gmail.com



