PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Helaine Patrícia Correia Lustosa

Envelhecer Sem Espelhos: Olhando o Envelhecimento de Pessoas com Deficiência Visual

MESTRADO EM GERONTOLOGIA

SÃO PAULO
2009

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Helaine Patrícia Correia Lustosa

Envelhecer Sem Espelhos: Olhando o Envelhecimento de Pessoas com Deficiência Visual

MESTRADO EM GERONTOLOGIA

Dissertação apresentada à Banca examinadora como exigência parcial para a obtenção do título de MESTRE em Gerontologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sob a orientação da Profª Doutora Suzana Aparecida da Rocha Medeiros

SÃO PAULO
2009

Catalogação na fonte.
Bibliotecária: Carla Virginia Alves de Freitas / CRB/15 – nº 278

L972e

Lustosa, Helaine Patrícia Correia

Envelhecer sem espelhos: olhando o envelhecimento de pessoas com deficiência visual / Helaine Patrícia Correia Lustosa – São Paulo: PUC-SP, 2009.

103p.

Orientadora: Profª Drª Suzana Aparecida da R. Medeiros.

Dissertação (Mestrado em Gerontologia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP

1. Gerontologia – Dissertação. 2. Envelhecimento – Dissertação. 3. Deficiência Visual – Dissertação. I. Medeiros, Suzana Aparecida da R. II.Título. III. Autor.

CDU 616-053.9

Banca Examinadora:

_____

_____

_____

_____

_____

Aos meus pais, Hélio e Elizabete...

Para eles e por eles, sempre!!!

AGRADECIMENTOS

A Deus, por manter-me no meu caminho, mesmo nos momentos em que não percebi por onde deveria caminhar...
Aos meus pais, por tudo na minha vida...
Aos meus irmãos e sobrinhas-quase irmãs, por encherem minha vida de amor...
A minha orientadora, Profª Drª Suzana Medeiros, pelo rigor e dedicação com que me orientou durante todo o caminho percorrido para a realização deste trabalho...
Ao corpo docente do Programa de Mestrado em Gerontologia da PUC-SP, pelos valiosos ensinamentos sobre a Gerontologia...

Ao Profº Drº Fábio Luís Fernandes Lisboa, mestre durante a graduação e incentivador do meu crescimento profissional.
A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela bolsa concedida durante dois anos, imprescindível para a conclusão do curso.

A Fundação Dorina Nowill para Cegos, pelo apoio fornecido para a realização da pesquisa...

Aos idosos que conheci ou atendi, por me mostrarem quantas velhices podem existir...
Aos meus amigos, Ana Luíza, Andréa, Stênio e Maria Claúdia, por me acompanharem desde o início nesta jornada em terras paulistas. Chegamos juntos, crescemos juntos, aprendemos juntos, sobrevivemos juntos. A amizade de vocês foi, é e sempre será imprescindível na minha vida...
Aos meus amigos de Natal que moram ou moraram em São Paulo durante esses anos, pelos inúmeros momentos de alegrias, inúmeras risadas, inúmeras "resenhas", inúmeras vezes que eu quis desistir e a presença de vocês me confortou...
Aos meus amigos de Natal quer permaneceram em Natal, pelo apoio e energia a distância que sempre recebi e pela alegria de vocês com as minhas visitas...
Aos meus novos amigos de várias cidades do Brasil, por encherem o meu caminho de carinho. Nunca esquecerei de vocês...
A todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para o meu amadurecimento pessoal e intelectual nos últimos três anos, por tornarem os meus dias mais felizes...

“Um dia a senhora NTS se viu no espelho e se assustou. A mulher do espelho não era ela. Era outra mulher. Por um instante pensou que fosse uma brincadeira do espelho, porém descartou essa idéia e correu a se olhar no grande espelho da sala. Nada. A mesma senhora. Foi no banheiro, no corredor, nos pequenos espelhinhos que carregava na sua bolsa, e nada. Aquela mesma senhora desconhecida estava lá.

Decidiu sentar e fechar os olhos. Sentia vontade de fugir para um lugar bem longe onde não pudesse se encontrar com aquela pessoa. Porém era mais prudente ficar por perto, não deixá-la sozinha. Observá-la.

Parou para refletir: quem poderia ser essa senhora? Talvez a que morou antes de mim neste apartamento?Talvez a que morará aqui quando eu sair? Ou, quem sabe, a mulher que eu mesma seria se minha mãe se tivesse casado com seu primeiro namorado? Ou, quem sabe, a mulher que eu mesma teria gostado de ser?

Lancei uma rápida olhada no espelho e decidi que não. De jeito nenhum eu teria gostado de ser essa senhora. Depois de pensar muito a senhora NTS chegou a conclusão de que todos os espelhos da casa tinham enlouquecido, agiam como atacados por uma doença misteriosa.

Tentei aceitar a situação, não me preocupar mais, e simplesmente parar de me olhar no espelho. A gente pode viver muito bem sem se olhar no espelho. Guardei os pequenos espelhos de bolsa para tempos melhores, e cobri com panos os maiores. Um belo dia, quando por força do hábito estava me penteando frente ao espelho do armário, o pano caiu, e ali estava a outra me olhando, aquela desconhecida. Desconhecida? parece-me que já não tanto assim. Contemplo-a durante longos minutos. Começo a achar que tem um certo ar de família. Talvez esta dama compreenda minha situação e por pura bondade tente se adaptar a mim, a minha imagem que por tanto tempo habitou meus espelhos.

Desde então, olho-me ao espelho todos os dias, a toda hora. A outra, não tenho dúvidas, se parece cada vez mais comigo, Ou eu com ela?”

(Mariana Frenk- Westheim, 1995)

LUSTOSA, Helaine Patrícia Correia. ***Envelhecer sem espelhos:*** olhando o envelhecimento de pessoas com deficiência visual. São Paulo: PUC/SP, 2009. 103p.

RESUMO

Envelhecimento e deficiência visual são dois temas complexos que nesta pesquisa se interligaram, com o intuito de se conhecer mais profundamente sobre esta questão. É a partir da compreensão do fenômeno que podem ser provocadas alterações nas atitudes da sociedade em relação ao envelhecimento com deficiência visual. Tentar compreender como se dá este processo de envelhecimento tão específico é primordial para que sejam pensadas formas de proporcionar melhores condições de vida, visando o desenvolvimento pleno de todas as capacidades destes indivíduos. Este trabalho tem como objetivo investigar como ocorre o envelhecimento da pessoa que apresenta deficiência visual, que em algum momento da sua vida foi atendido pela Fundação Dorina Nowill para Cegos, ou ainda é freqüentador desta fundação. Foi utilizada a abordagem qualitativa, coletando-se os depoimentos de sete idosos e baseando-se em um roteiro de perguntas pré-definido, com a pergunta norteadora ao final. Os sujeitos foram selecionados de forma intencional, segundo os critérios de inclusão pré-estabelecidos. Os dados foram analisados a partir das categorias extraídas das falas dos idosos**.** Durante as transcrições foram percebidas duas grandes categorias de análise: envelhecimento e Deficiência. Dentro dessas categorias foram trabalhadas questões como dependência, família, relações sociais, percepção do envelhecimento, manutenção dos projetos de vida dentre outras. Enfim, perceber o envelhecimento pode ser mais difícil quando não se pode contar com o parâmetro da imagem especular. A adaptação a deficiência visual e a forma de enfrentamento do envelhecimento com a deficiência dependem da rede de suporte social que envolve o sujeito, incluindo família, amigos e instituição de apoio especializada, e a manutenção de estilo de vida autônomo e independente e a autodeterminação de continuar lutando pela sobrevivência.

Palavras-chaves: Gerontologia, Envelhecimento, Deficiência Visual.

LUSTOSA, Helaine Patrícia Correia. ***Ageing without mirrors:*** looking at the ageing of persons with visual disabilities. São Paulo: PUC/SP, 2009. 103 p.

ABSTRACT

Ageing and visual impairment are complex subjects that are interlinked in the present study in order to get a more in-depth understanding of this issue. From the understanding of this phenomenon, changes can be caused in the attitudes of society regarding ageing with visual impairment. Understanding how such a specific ageing process comes about is essential to drafting strategies aimed at improving living conditions and encouraging the full development of all the skills these individuals have. The aim of the present study was to investigate how ageing occurs in individuals with visual impairment who were treated at the Dorina Nowill Foundation for the Blind at some point in their lives. A qualitative approach was employed, gathering statements from seven elderly individuals based on pre-defined questions and a final guiding question. The individuals were selected intentionally, following pre-established inclusion criteria. The data were analyzed based on the categories extracted from the statements of the individuals. During the transcriptions, two main analysis categories were perceived: Ageing and Disability. Within these categories, issues such as dependence, family, social relations, perception of ageing, maintenance of life projects, etc. were addressed. Finally, it was perceived that ageing can be more difficult when one cannot rely upon the specular image parameter. Adaptation to visual impairment and coping strategies regarding ageing with a disability depend upon the social support network that involves the subject, including family, friends and specialized support institution as well as the maintenance of an autonomous, independent life and self-determination to continue fighting for survival.

Key Words: Gerontology, Ageing, Visual Disabilities

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Ilustração representando algumas estruturas oculares acessórias 29
FIGURA 2 – Ilustração representando as estruturas formadoras do bulbo ocular 30
FIGURA 3 – Foto representando uma visão normal 37
FIGURA 4 – Foto representando o resíduo visual de pessoas com catarata 37
FIGURA 5 – Foto representando a redução do campo visual por glaucoma ou retinose pigmentar.....38
FIGURA 6 – Foto representando uma visão com degeneração macular relacionada à idade e outras doenças como toxoplasmose ocular.....39
FIGURA 7 – Classificação da gravidade do comprometimento visual recomendado pelo Grupo de Estudos da Prevenção da Cegueira da OMS em Nov./1972.....41
FIGURA 8 – Parte da fachada do prédio da Fundação com a sua logomarca 57
FIGURA 9 – Exemplares das revistas Veja e Claudia gravadas em Cd, no formato de MP3.....58

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1: PERCEPÇÕES INICIAIS
1. APRESENTAÇÃO 12
1.1 DEFINIÇÃO DO TEMA DE PESQUISA 12
1.2 OBJETIVO GERAL 16
1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 16
1.4 JUSTIFICATIVA 16
1.5 ESTRUTURA DO TRABALHO 17

CAPÍTULO 2: OLHARES
2. REFERENCIAL TEÓRICO 20
2.1. UM OLHAR SOBRE O ENVELHECIMENTO 20
2.2 UM OLHAR SOBRE A DEFICIÊNCIA 23
2.3 UM OLHAR SOBRE A VISÃO 27
2.3.1 O olho 27
2.3.2 A Visão no Contexto dos Sentidos 31
2.3.3 A Deficiência Visual 33
2.4 UM OLHAR SOBRE O DESENVOLVIMENTO PESSOAL 43

CAPÍTULO 3: A INVESTIGAÇÃO
3. METODOLOGIA 48
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA 48
3.2 PESQUISA DE CAMPO 51

CAPÍTULO 4: ESPELHO
4. LOCAL, SUJEITOS, PERCEPÇÕES 56
4.1 FUNDAÇÃO DORINA NOWILL PARA CEGOS 56
4.2 SETE VISÕES 60

CAPÍTULO 5: DESVENDANDO A ANÁLISE DOS DADOS
5. INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS 79

CAPÍTULO 6: COMPREENDENDO
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS 96

REFERÊNCIAS 99

ANEXOS
ANEXO I 105
ANEXO II 107
ANEXO III 109

CAPÍTULO 1:
PERCEPÇÕES INICIAIS

1. APRESENTAÇÃO

1.1 DEFINIÇÃO DO TEMA DE PESQUISA

Através da leitura do livro *Memória e Sociedade*, escrito por Ecléa Bosi (1979), aprendi que o resgate da memória para os idosos é mais do que um exercício cognitivo. É uma possibilidade de demarcação do seu lugar social, pelo trabalho de rememorar fatos e da construção da memória coletiva da sociedade. O idoso que encontra ouvidos atentos ou "ressonância" como foi bem colocado pela autora tem a chance de se tornar um "guardião do passado". No entanto, para os indivíduos que se encontram absorvidos pelo tempo presente e pela avalanche de atividades do cotidiano, a ação de rememorar o passado é bem mais complicada e, invariavelmente, esquecida.

Ao deparar-me com a necessidade de escrever a minha trajetória para a elaboração deste texto, essa dificuldade veio à tona. Porém, este foi um exercício que me fez compreender um pouco mais os caminhos que percorri, as escolhas que fiz, o quanto eu aprendi, e principalmente o quanto eu ainda preciso aprender, estudar, compreender sobre a vida, a relação com as pessoas, a fisioterapia, a velhice e o envelhecimento (o meu e o dos outros).

Eu costumava achar que o meu interesse pela gerontologia havia despertado durante a graduação em Fisioterapia. Porém, ao rememorar fatos e pessoas da minha infância, recordei situações passadas com meus avós e no tempo em que eles estavam vivos, percebi que esta pode ter sido uma necessidade latente que permaneceu durante muitos anos no meu inconsciente.

Hoje eu afirmo que o meu interesse pela gerontologia foi despertado e depois foi aguçado durante os anos em que aprendi a ser Fisioterapeuta. No desenrolar da minha vida acadêmica sempre fui incentivada a me aprofundar no estudo do envelhecimento e suas consequências, principalmente nas fisiopatológicas. Destaco estas, porque durante muito tempo foram elas que nortearam o meu pensamento sobre a velhice. Confesso que, apesar de ter conhecimento (mínimo) sobre a gerontologia, a visão da geriatria foi a que prevaleceu nesse período de formação. Tal visão impregnava todos os contatos com pacientes idosos, desde os que eram atendidos na própria Clínica Escola, até aqueles que residiam em duas instituições

públicas de longa permanência, que foram campos de estágios oferecidos pelo curso.

A convivência com os idosos nessas instituições, ainda que por pouco tempo, impulsionou o desejo de aprofundar meus estudos sobre o envelhecimento. No interior de espaços com estrutura física precária, poucos recursos financeiros e relações sociais praticamente impessoais, atendi e observei os mais variados tipos humanos. Ver a convivência entre indivíduos acamados, demenciados, deficientes físicos com outras pessoas independentes e autônomas, possuindo ainda potencialidades e energia (inexploradas pela situação de abandono) foi decisivo para o meu interesse pela gerontologia.

Apesar de ter me ajudado a enxergar uma parte da realidade enfrentada pelos idosos (principalmente por aqueles cuja situação financeira era mais precária), essa vivência prática despertou em mim a certeza de que os subsídios teórico-práticos oferecidos pela graduação em Fisioterapia não eram suficientes para o entendimento dessa problemática. Como a maioria dos cursos da área da saúde, este se caracterizava por fornecer uma visão restrita sobre o envelhecimento, a velhice e o sujeito idoso. E as questões formuladas, durante esse período ficaram temporariamente sem respostas. Ao concluir o curso, senti a necessidade de preencher (se não totalmente, pelo menos em grande parte) essas lacunas referidas acima. Precisava continuar estudando e pesquisando sobre esse tema.

Ingressei então no Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia e desenvolvi inicialmente um interesse em realizar estudos em instituições de longa permanência. Após assistir ao filme, *Velhice*, sugerido pela Profª Suzana Medeiros, percebi no depoimento de uma idosa portadora de deficiência visual sobre a sua rotina diária, o estado de apatia e resignação diante da vida que idosos residentes em instituições desse tipo e possuidores de algum tipo de dependência física podem desenvolver. Esse depoimento foi muito marcante para mim, porque se tratava da fala de um ser idoso, com limitações, institucionalizado, abandonado, como tantos outros que eu já havia encontrado na minha curta vida de fisioterapeuta.

> Dorme, acorda, vai tomar banho, vai tomar café, torna a deitar mais um pouco e depois chega [...] E eu que não enxergo, né?. Não faço nada. Não faço nada porque não enxergo, né? Então eu torno a deitar de novo e chega a hora do almoço, almoça e a vida é essa aí, aqui a vida é essa aí. È comer e dormir. Comer e dormir, só.

Depois de muitas reflexões, resgatando aquelas antigas questões formuladas no decorrer dos estágios e as minhas impressões sobre este documentário, surgiu o desejo de ouvir as falas de idosos com esse perfil. Inicialmente, ao cruzar essas reflexões, algumas dúvidas começaram a se delinear, partindo de um problema de pesquisa: Como é o envelhecer do idoso com deficiência?

A ideia inicial era tentar compreender o envelhecimento do idoso institucionalizado e com qualquer tipo de deficiência, porém esse seria um caminho muito amplo a ser percorrido, visto que assim como há múltiplas velhices, existem também múltiplas deficiências e várias formas diferenciadas de se conviver com as limitações. A questão da institucionalização também poderia desviar a pesquisa do seu enfoque que era demonstrar a possibilidade de envelhecer com uma deficiência e possuir desenvolvimento pessoal e uma vida plena. Além disso, eu não estava inserida em nenhuma instituição de longa permanência na cidade de São Paulo, em que pudesse desenvolver a pesquisa. Decidi então que estudar o envelhecimento de pessoas com um tipo de deficiência, além de facilitar a análise, promoveria uma compreensão mais aprofundada da deficiência escolhida especificamente. A deficiência visual foi escolhida dentre tantas outras devido à influência que o depoimento daquela idosa cega presente no documentário teve nos rumos das minhas decisões com relação ao tema de pesquisa.

A minha curiosidade de conhecer a Fundação Dorina Nowill para Cegos (FDNC) também foi relevante na escolha da deficiência visual em idoso como tema. Eu já havia escutado o relato de algumas pessoas sobre o trabalho da FDNC e através de pesquisas pela internet descobri um pouco mais sobre o trabalho realizado e o suporte oferecido ao deficiente visual. Assim, entrei em contato com uma funcionária da FDNC que explicou um pouco sobre o trabalho desenvolvido por eles e confirmou a possibilidade de realização da pesquisa. A partir dessa etapa, comecei a “enxergar” um caminho para estudar o problema de pesquisa escolhido. A curiosidade de como seria o envelhecimento de pessoas cegas e com baixa visão foi sendo aguçada e, assim, o problema de pesquisa passou a girar em torno da seguinte pergunta: *Como é o envelhecimento do idoso com deficiência visual?*

Trilhei vários caminhos de pensamento com relação a abordagem do tema, antes de perceber essa possibilidade de investigação, que se tornou o ponto de partida para a formulação de outras perguntas contidas nos objetivos específicos da pesquisa. A delimitação deste tema de pesquisa não foi fácil, porque o tempo de

elaboração tanto do tema e quanto do problema foi permeado por várias dúvidas, críticas e reformulações de pensamento. E isso tudo serviu como um aprendizado, promoveu um amadurecimento intelectual indispensável para o prosseguimento da pesquisa.

A minha intenção foi tentar compreender os sujeitos da pesquisa, considerando a heterogeneidade da população escolhida. A riqueza da fala do ser idoso foi utilizada como instrumento de pesquisa e pude ouvi-los, perceber suas inquietações e suas frustrações, registrar suas alegrias, satisfações e o modo como encaram a vida, o envelhecimento e a deficiência visual. Nesta pesquisa, delimitamos como sujeitos pessoas que adquiriram a deficiência visual durante o seu processo de vida e que em algum momento de sua vida foram atendidas pela Fundação Dorina Nowill para Cegos, ou ainda frequentam essa fundação. Embora a amostra de uma pesquisa qualitativa possa ser pequena (neste caso, foram sete sujeitos), essa não foi uma tarefa fácil, porém finalizei a pesquisa com a esperança de poder contribuir para o entendimento dessas velhices, muitas vezes esquecidas, desprezadas e estigmatizadas.

Esta experiência foi de suma importância no meu processo de crescimento pessoal e profissional e tornou-se o alicerce para que eu colocasse em prática as ideias que aprendi na teoria. Juntar os temas envelhecimento, deficiência e desenvolvimento pessoal foi bastante enriquecedor. Através do referencial teórico e das falas dos sujeitos, pude perceber que continuar com projetos de vida, estar inserido na família ou em um grupo social e manter uma atitude positiva perante as dificuldades da vida é imprescindível para a manutenção do desenvolvimento pessoal em qualquer fase da vida.

Foi importante também para que percebesse o envelhecimento, não apenas como um processo que ocorre com outros indivíduos, mas também como algo que é gradativo também para mim. O tempo cronológico não pára e cabe a cada um construir o seu próprio tempo de vida, o seu *kairós*. Pensar sobre o próprio envelhecimento não é tarefa fácil de ser realizada, mas é um exercício obrigatório para aqueles que pretendem atingir a velhice de uma forma plena. Tentar compreender o envelhecimento de outras pessoas é ainda mais difícil, porém gratificante no momento em que nos deparamos com as verdades de cada um.

1.2 OBJETIVO GERAL

Investigar como ocorre o envelhecimento da pessoa que apresenta deficiência visual, que em algum momento de sua vida foi atendido pela Fundação Dorina Nowill para Cegos, ou ainda é frequentador desta fundação.

1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1) Conhecer como o idoso com deficiência visual se apropria do seu próprio envelhecimento.
2) Conhecer atitudes ou comportamentos dos idosos em relação às suas limitações visuais.
3) Conhecer se há mecanismos adaptativos para enfrentar a perda da funcionalidade.
4) Contribuir para a formulação de programas destinados a essa população.

1.4 JUSTIFICATIVA

Envelhecimento e deficiência visual são dois temas complexos que nesta pesquisa se interligaram, com o intuito de se conhecer mais profundamente sobre essa questão. É a partir da compreensão do fenômeno que podem ser provocadas não apenas alterações nas atitudes da sociedade em relação ao envelhecimento com deficiência visual, como também nas condições causadoras da deficiência. O entendimento se dá na forma de observação e pesquisa, transformando-se em ferramenta ativa para a promoção de medidas necessárias à população estudada. Tentar compreender como se dá esse processo de envelhecimento tão específico é primordial para que sejam pensadas formas de proporcionar melhores condições de vida, com uma rede de suporte social capacitada e integrada, visando ao desenvolvimento pleno de todas as capacidades desses indivíduos. No caso do Brasil, em que os serviços destinados à população em geral ainda pecam pela precariedade, é imperativo que cada vez mais surjam instituições destinadas a fornecer o suporte necessário aos deficientes de todas as idades, a exemplo da

Fundação Dorina Nowill para Cegos, da Associação de Deficientes Visuais e Amigos (ADEVA) e da Associação Brasileira de Assistência ao Deficiente Visual (Laramara), sediadas na cidade de São Paulo.

É preciso também uma maior exploração do tema pelo meio acadêmico, principalmente no desenvolvimento de investigações qualitativas, visando a um melhor aprofundamento sobre essa questão e subsidiando melhor as formas de atendimento e de apoio aos deficientes visuais, sejam eles idosos ou não, com longo tempo de convivência com a deficiência ou não. Pesquisas como esta são importantes a fim de se trilharem novos conhecimentos sobre o assunto e além de servir como embasamento para o fornecimento de recursos em todos os aspectos, com profissionais capacitados e serviços eficientes. Necessita-se ainda enfatizar a possibilidade de serem encontrados meios de prevenção da deficiência visual e da promoção da integridade da visão em todas as idades, evitando-se assim que alterações facilmente resolvidas ou que podem ser controladas precocemente se transformem em grandes perdas. Outro fruto de trabalhos na área do envelhecimento interligado com a deficiência visual é a desmistificação de preconceitos e estereótipos, demonstrando-se que os idosos com essa deficiência, ao receberem o apoio necessário e desenvolvendo os seus próprios recursos pessoais podem encontrar um caminho para superar as suas limitações visuais.

1.5. ESTRUTURA DO TRABALHO

O capítulo 1 informa sobre as p*ercepções iniciais*, apresentando os caminhos utilizados para a definição do tema e do problema de pesquisa, bem como a delimitação dos objetivos do estudo e a justificativa para realizá-lo. O segundo capítulo refere-se ao embasamento teórico utilizado para respaldar o desenvolvimento do estudo. Nesta parte do texto, o*lhares* de autores conceituados, de referência, antigos ou mais atuais, são o alicerce para discorrer sobre assuntos como envelhecimento, deficiência, visão e desenvolvimento pessoal.

No capítulo 3, encontra-se a descrição da fase de investigação, sendo explanada a caracterização da pesquisa e o trabalho de campo, com todos os procedimentos realizados e as adequações necessárias para a continuação da pesquisa. O capítulo 4, denominado de *Espelho*, demonstra o que foi encontrado na

pesquisa de campo, contextualizando-se inicialmente o local onde o estudo foi realizado, a Fundação Dorina Nowill para Cegos (FDNC) e o perfil dos sete sujeitos entrevistados. Esse capítulo também contém as falas desses sujeitos agrupadas em subcategorias, podendo ser observadas, em cada parágrafo, referências às duas grandes categorias: envelhecimento e deficiência visual.

O capitulo 5, *Desvendando a análise dos dados,* apresenta o diálogo das falas dos sujeitos com alguns autores como, por exemplo, Simone de Beauvoir, Oliver Sacks, Jack Messy e Mária Lúcia Amiralian, dentre outros, cujas obras se relacionam diretamente com as percepções dos sujeitos sobre o assunto pesquisado. A finalização do trabalho encontra-se no capítulo 6, *Compreendendo,* onde estão explícitas as considerações finais, com a interpretação do que foi pesquisado e o destaque dos achados mais relevantes sobre o tema estudado.

CAPÍTULO 2:
OLHARES

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo contém o embasamento teórico com um encadeamento de vários *olhares* sobre os assuntos relevantes para esta pesquisa. Os subsídios teóricos sobre envelhecimento, deficiência, visão e o desenvolvimento pessoal serão expostos a seguir, tornando-se imprescindíveis para se iniciar a construção da compreensão sobre como é envelhecer com deficiência visual.

2.1. UM OLHAR SOBRE O ENVELHECIMENTO

Existem várias formas de se olhar o envelhecimento, a velhice e o próprio sujeito idoso. Dependendo da formação profissional e sensibilidade, o observador pode considerar inúmeras perspectivas e posicionar-se de maneira mais "biologizada", social, psicológica, literária, dentre outras. Porém, na visão da sociedade, existe uma concepção comum e reducionista com relação ao envelhecimento, velhice e idoso: decadência, decrepitude, fragilidade e fim da vida. Esse é o ângulo de observação do indivíduo comum, a definição estabelecida no imaginário social e que se encontra nos dicionários emocionais da população, como aponta Guimarães (1997) apud Minayo e Coimbra Jr.(2004).

Esta parcialidade é guia também de uma generalização da população idosa. Para Monteiro (2005), "enaltecer a generalidade em detrimento da particularidade do velho é absurdo e arbitrário". Em outras palavras, essa concepção negativa da velhice nega a singularidade de cada sujeito e acredita que a velhice não faz parte do processo de desenvolvimento humano, desconsiderando o tempo subjetivo de cada um.

Para Goldfarb (1998, p. 13):

> [...] Falando de todas as velhices (dos outros), sempre falamos de uma velhice (a nossa) e dos muitos velhos que poderemos chegar a ser. Da velhice que desejamos e da que tememos. Mas, se cada sujeito tem sua velhice singular, as velhices são incontáveis.

Goldfarb (1998) também fala sobre a dificuldade de categorização da velhice por se tratar de um estado de subjetivação, dependente de uma autopercepção, do

reconhecimento de si mesmo como velho. Definir um velho é tarefa difícil, visto que por mais que se utilizem os parâmetros biológicos, psicológicos, estéticos, temporais, nenhum deles é capaz de delimitar com exatidão esse objeto de estudo mutante e subjetivo.

Porém, a cultura impele a sociedade a pensar de outra maneira. De acordo com Queiroz e Otta (2000), a cultura é impositora de alguns padrões estéticos e é "adestradora" do corpo, portanto aqueles indivíduos que "fogem à regra", são frequentemente estigmatizados e desvalorizados, devido as suas diferenças corporais ou comportamentais. Indo-se além deste conceito, pode-se afirmar que o meio social em que vivemos promove uma intolerância a todo e qualquer tipo de diferença humana, seja esta de ordem física, econômica, de escolaridade, de idade produtiva ou de *status* social. O indivíduo inserido na sociedade aparentemente é aquele que tem aparência jovem, sem alterações físicas aparentes, que é produtivo e está incluído no mercado de trabalho.

Sobre o corpo, Queiroz e Otta (2000) afirmam que se trata de um objeto de domesticação exercida pela cultura, sendo por ela apropriado e moldado, transformando-o além do que é imposto pela natureza. Sua valorização, portanto, é condicionada ao que o coletivo (social) classifica como sendo o certo, o normal, ou o simétrico, dentre outros adjetivos de padronização. O corpo, tanto o envelhecido quanto aquele com deficiência, apresenta uma transgressão desses valores pelas alterações físicas, fisiológicas ou funcionais que podem ocorrer, determinando um afastamento dos padrões estéticos e de produtividade.

Nesse contexto, como afirma Luft (2004), compreende-se por que o velho carrega uma marca de incapacidade e isolamento. Para a sociedade, aparentemente não é concebível que um indivíduo que atingiu a idade de 60, 70, 80, 90 ou 100 anos continue perfeitamente lúcido, autônomo, saudável e com projetos de vida (plenamente realizáveis). Luft (2004) afirma ainda que esse é "um dos mais extraordinários desperdícios de nossa época". Conquistamos uma maior longevidade, no entanto o "repúdio à velhice" é imperioso, e muitas vezes avalizado pela insegurança dos próprios idosos, em relação à sua maturidade.

A ideia não é afirmar que a maturidade e a velhice são as melhores fases da vida, porque dependendo do indivíduo pode ser ou não ser. O que se defende é que o ser humano pode viver plenamente em qualquer idade, com as limitações, anseios, angústias e sabedoria daquela fase específica. Com o sujeito idoso, não

precisa ser necessariamente diferente. A sua subjetividade ou seja, o seu “eu”, não se modifica porque ele está se tornando mais velho. É inegável que pode haver mudanças corporais, fisiológicas, diminuição da capacidade de realizar uma ou outra atividade, mas isto não deveria anular a pessoa e nem a relegá-la a uma vida em segundo plano.

Referindo-se a isso, Luft (2004, p.137) afirma que:

> A vida é sempre nossa vida, aos 12, aos 30, aos 70. Dela podemos fazer alguma coisa mesmo quando nos dizem que não. Dentro dos limites, do possível, do sensato (até alguma vez do insensato), podemos. Só seremos nada se acharmos que merecemos menos de tudo que ainda é possível obter.

Para uma sociedade cada vez mais envelhecida, é importante considerar uma reconstrução de pensamento sobre o envelhecimento, a velhice e o indivíduo idoso. Minayo e Coimbra Jr. (2004) argumentam que não se podem considerar “como farinha do mesmo saco envelhecimento, doença, privação, dependência tristeza e frustração”. Longe disso, deve-se “positivar o envelhecimento, como um tempo produtivo, específico da vida emocional, intelectual e social, superando assim os estigmas da discriminação”.

O primeiro passo em direção à mudança de concepção em relação à velhice é considerar que envelhecimento não é um processo homogêneo, como afirmam Minayo e Coimbra Jr. (2004). Desnaturalizá-la e entendê-la como uma fase de complexidade fisiológica, psicológica e social é o caminho para que o lugar social do ser idoso seja garantido. Nessa perspectiva, Mercadante (2005, p. 25) expõe:

> O pensamento redutor, disjuntivo, e, portanto, parcial, não analisa de forma ampla e profunda a velhice que se mostra como um fenômeno multifacetado em que ao lado dos fatores biológicos, temos também as diversas situações socioculturais e históricas constitutivas deste mesmo fenômeno. A diversidade sociocultural indica a existência de uma pluralidade de formas de viver a vida pelos assim denominados velhos.

A multiplicidade de possibilidades humanas não é exclusiva da juventude. Assim como existe uma variedade de tipos, grupos sociais, histórias de vida, psiquismos na infância, na adolescência e na fase adulta, há também na velhice. As mais variadas formas de envelhecer e de ser velho podem ocorrer. O grande desafio é fazer com que essas formas ocorram plenamente, sem restrições sociais, culturais, econômicas, mesmo para aqueles com limitações físicas.

2.2 UM OLHAR SOBRE A DEFICIÊNCIA

O pensamento reducionista também é geralmente aquele que norteia quando se considera a pessoa com deficiência. Imagina-se que um indivíduo que apresenta algum problema funcional ou estrutural do corpo perde a capacidade de desenvolver as suas potencialidades, impedindo o seu desenvolvimento como pessoa. Esse é o cerne de um preconceito que ronda a vida desses indivíduos.

Damásio de Jesus, ao escrever o prefácio do livro *Pessoa portadora de deficiência: direitos e garantias* (ASSIS; POZZOLI, 2002), explicita a razão pela qual se deve abandonar esse pensamento preconceituoso:

> O homem não é somente um ser livre, mas também um ser único que deve ser respeitado em sua individualidade. Quando se discrimina alguém em razão de sua deficiência, quando se impede que ele tenha possibilidade de desenvolver suas potencialidades ou, ainda, quando se abandona clinica ou materialmente, como se tratasse de uma doença desprezível e inútil, violenta-se o núcleo essencial de sua humanidade e personalidade. Aniquila-se o homem. Contra isso se deve lutar.

Mas que deficiência é essa? A palavra deficiência por si só é bastante abrangente e dela podem-se extrair várias categorias de problemas. Quando referente à saúde, segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade e Saúde (CIF) (2001), essa palavra significa que há um problema nas funções (fisiológicas dos sistemas orgânicos, incluindo as psicológicas) ou nas estruturas do corpo (parte anatômica, como órgãos, membros e seus componentes), havendo um desvio importante ou uma perda.

A CIF faz parte de um conjunto de classificações desenvolvidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), visando ao registro e organização das informações referentes aos diferentes estados de saúde. Com esse instrumento, é possível enquadrar o indivíduo, classificando a sua função corporal, estrutura do corpo, atividade e participação social e ambiente em que vive. Também é função da CIF determinar o impacto pessoal e familiar de um novo evento de saúde na vida de uma pessoa. Essa iniciativa é válida quando se considera, em termos práticos, uma forma de uniformizar e padronizar a linguagem internacional sobre a descrição dos diferentes estados de saúde ou doença. Também vale salientar que a partir da implementação da CIF, iniciou-se a discussão de um novo paradigma de saúde, baseado na funcionalidade e não na quantidade de enfermidades (BATTISTELLA;

BRITO, 2002). Porém, apesar dos seus méritos, o conhecimento sobre a deficiência não deve ser pautado apenas nessa classificação, visto que há o risco de se permanecer diante de generalizações e posturas classificatórias ao tratar de seres deficientes.

Ribas (1986, p. 26) afirma:

> A rigor existem três tipos de deficiência, sendo que um deles divide-se em dois. Existem as deficiências físicas (de origem motora: amputações, malformações ou sequelas de vários tipos etc), as deficiências sensoriais, que se dividem em deficiências auditivas (surdez total ou parcial) e visuais (cegueira também total ou parcial), e as deficiências mentais (de vários graus, de origem pré, peri ou pós-natal).

Um corpo que se desvia do que é considerado normal, seja por perdas estruturais, seja por limitações na sua funcionalidade, geralmente é enquadrado em um perfil biomédico. O conceito de normal exposto por Ey e modificado por Canguilhem (2000, p. 90) expõe a concepção de normalidade que a fisiologia e a medicina exploram continuamente:

> O normal não é uma média correlativa a um conceito social, não é um julgamento de realidade, é um julgamento de valor, é uma noção-limite que define o máximo de capacidade física de um ser. Não há limite superior da normalidade.

No entanto, a presença de uma deficiência não implica necessariamente a presença de uma enfermidade ou de uma anormalidade e nem o indivíduo com deficiência deve ser considerado um ser doente ou anormal. Para Canguilhem (2000, p. 109), “O homem normal é o homem normativo, o ser capaz de instituir novas normas, mesmo orgânicas. Uma norma única de vida é sentida privativamente e não positivamente”.

Ainda para Canguilhem (2000), não existe fato que seja normal ou patológico em si. Por exemplo, uma anomalia ou mutação não podem ser consideradas patológicas porque denotam outras formas de vida possíveis e sua normalidade é fruto da sua normatividade. Extrapolando esta afirmação para o cerne da deficiência, pode-se considerar que o ser deficiente é um ser normal, mesmo com a limitação física, porque invariavelmente é capaz de sobreviver ao meio, ditando suas próprias normas biológicas.

Ainda sobre o normal, Canguilhem (2000, p. 145) expõe:

> Portanto, se o normal não tem a rigidez de um determinativo para todos os indivíduos da mesma espécie e sim a flexibilidade de uma norma que se transforma em sua relação com condições individuais, é claro que o limite entre o normal e o patológico torna-se impreciso.

Limitar o ser humano a uma condição única e invariável de enfermidade ou de deficiência é negar que a “normatividade vital”, proposta por Canguilhem (2000), pode determinar uma adaptação possível e voluntária e que o indivíduo pode vir a desenvolver um papel social digno. Essa atividade normativa traduz-se na reação biológica de cada ser vivo em reagir “a uma doença, a uma lesão, a uma infestação, a uma anarquia funcional”. A fronteira entre o normal e o patológico é imprecisa e ditada pelo próprio indivíduo. Ele é quem avaliará se será capaz ou não de realizar suas atividades com a nova situação que lhe é imposta.

A pessoa que apresenta uma deficiência (seja ela física, visual, auditiva ou mental) é muito mais do que um conjunto de perdas físicas e limitações socioambientais. É, acima de tudo, um indivíduo pertencente a uma sociedade que o estigmatiza. Sobre estigma, Goffman apud Presoto (2005), considera que esse é um rótulo depreciativo atribuído a um indivíduo e que subestima as suas potencialidades. Para Ribas (1986 p. 16), “toda pessoa considerada fora das normas e das regras estabelecidas é uma pessoa estigmatizada”. Ou seja, o estigma não está na pessoa, ou na deficiência em si, mas nos valores culturais da sociedade na qual aquele indivíduo está inserido. Tais valores incluem as ideias dos padrões de beleza e estética, bem como da busca pelo sucesso, como uma garantia de *status* e felicidade. A própria palavra “deficiente” colabora para a designação de um ser que se opõe ao “eficiente”. Tal marca afasta o indivíduo da “normalidade”, podando, em muitas ocasiões, o seu potencial de viver plenamente.

Para Queiroz e Otta (2000, p. 62):

> O ideal de beleza pressupõe integridade física. Deformidades corporais evidentes contrariam o ideal estético estabelecido, podendo converter-se em autênticos estigmas e, eventualmente, marginalizar os seus portadores. Tais deformidades são vistas não apenas como imperfeições corporais, mas também sinalizam, de acordo com o senso comum, traços negativos de caráter. O ditado ‘se Deus marcou, não foi à toa’ expressa bem essa crença difundida no imaginário popular.

Vale salientar que as pessoas que apresentam alguma deficiência não formam um grupo homogêneo. Necessariamente, essas pessoas não apresentam as mesmas limitações, não estão nas mesmas faixas etárias, não recebem os mesmos

estímulos e apoio dos familiares ou da sociedade e não pertencem ao mesmo status socioeconômico (MEIRA, 2002). Não se pode considerar que um cego, seja igual a um surdo, ou a um indivíduo com síndrome de Down, ou àquele que não consegue andar, simplesmente porque apresenta em comum a deficiência. E, ainda, a criança com deficiência tem aspirações muito diferentes do adulto e completamente distintas das dos idosos com as mesmas dificuldades e assim por diante.

Oliver Sacks (1999), ao iniciar o prefácio do livro *Um antropólogo em marte,* relata que naquele momento se encontrava com o ombro direito imobilizado devido uma cirurgia e afirma que estava em um processo de adaptação do uso da mão esquerda e dos pés (para apanhar objetos, por exemplo). Essa simples circunstância de limitação demonstrou a ele que é necessária uma série de reprogramações não apenas físicas, mas também psíquicas para se habituar a uma nova forma de usar o corpo. Para esse neurologista, o fenômeno da saúde e das doenças representa bem mais do que apenas perdas. Deve-se estar atento às "infinitas formas de adaptação individual com que os organismos humanos se reconstroem diante dos desafios e vicissitudes da vida".

Com relação a essa capacidade de readaptação do ser humano e principalmente do cérebro humano, com sua notável maleabilidade para criar uma nova organização e ordem, adequadas à sua condição específica e uma vez modificada as suas novas necessidades, Sacks (1999, p. 16) afirma que deficiências, distúrbios e doenças podem revelar "o potencial criativo":

> Assim como é possível ficar horrorizado com a devastação causada por doenças ou distúrbios de desenvolvimento, por vezes também podemos vê-los como criativos – já que, se por um lado destroem caminhos precisos, certas maneiras de executarmos coisas podem, por outro, forçar o sistema nervoso a buscar caminhos e maneiras diferentes, forçá-lo a um inesperado crescimento e evolução. Esse outro lado do desenvolvimento ou da doença é que vejo, potencialmente, em quase todo paciente, e é isso que me interessa especialmente descrever aqui.

Embora a deficiência nesta pesquisa não seja considerada como uma doença, esse raciocínio de Sacks com relação ao potencial criativo de um distúrbio na saúde, pode ser aproveitado quando a consideramos, seja congênita ou adquirida. Nesta pesquisa, o ser deficiente será visto como alguém com capacidade adaptativa peculiar, com um tipo de desenvolvimento qualitativamente diferente e específico e que se utiliza geralmente de outros percursos e meios neurológicos e

psíquicos e transforma o negativo de uma perda no positivo de outras formas de realização.

2.3 UM OLHAR SOBRE A VISÃO

Nesta parte do texto, serão explorados a visão e o processo visual, bem como os conceitos e definições importantes que envolvem a deficiência visual. Inicialmente serão expostas de maneira breve a anatomia e a fisiologia que envolvem o ato de ver e em seguida será discutida a deficiência visual, de modo a situar o leitor sobre este tema.

2.3.1 O olho

> A natureza nos dá órgãos para nos advertir, através do prazer, sobre aquilo que devemos buscar e através da dor, sobre aquilo de que devemos fugir. Mas ela se detém aí; e deixa à experiência o encargo de nos fazer contrair hábitos e concluir a obra que ela começou (CONDILLAC, 1993, p. 56).

Os olhos são os órgãos responsáveis pela visão. Visão é a capacidade que o ser humano possui de transformar estímulos luminosos, que incidem sobre um objeto, em uma imagem percebida pelo cérebro. No ser humano, os olhos estão situados no crânio e são separados por uma distância suficientemente capaz de produzir uma “visão binocular”, ao focalizar um objeto. É importante ressaltar a opinião de Condillac (1993, p. 107) sobre a visão:

> Ademais, não basta ao olho ver uma figura inteira para formar uma ideia sua, tal como lhe basta ver uma cor para conhecê-la. Ele não capta o conjunto da mais simples figura sem tê-la antes analisado, isto é, ter antes observado sucessivamente todas as suas partes. É-lhe necessário um juízo para cada uma em particular, e um outro juízo para reuni-las; ele precisa dizer a si mesmo: eis um lado, eis outro, eis um terceiro; eis o intervalo que eles delimitam e de tudo isso resulta um triângulo.

Várias estruturas participam do processo visual. Algumas desempenham um papel fundamental e outras são apenas coadjuvantes, porém com funções muito importantes de proteção, lubrificação e movimentação. As estruturas oculares podem ser divididas em acessórias e em formadoras do bulbo do olho (globo ocular).

As estruturas acessórias são:

- Órbita óssea: É a cavidade óssea, que apoia e protege o bulbo do olho, formada pelos ossos do crânio.
- Sobrancelhas: São as camadas de pêlos posicionadas sobre ambos os olhos, que atuam como um anteparo contra o sol, a transpiração ou quaisquer partículas que possam agredir os olhos.
- Pálpebras: São pregas reforçadas de pele que contêm uma camada muscular responsável pela movimentação palpebral. Esses movimentos protegem o olho contra o ressecamento, pelo ato de piscar reflexamente a cada sete segundos. Outra forma de proteção é o ato reflexo de piscar quando um objeto se aproxima do olho.
- Cílios: camada de pelos localizados nas pálpebras, que tem a função de proteger o olho de partículas transportadas pelo ar.
- Túnica conjuntiva: É uma membrana que reveste a superfície interna de cada pálpebra e a superfície exposta do bulbo do olho.
- Aparelho lacrimal: É formado pela glândula lacrimal, que produz e secreta as lágrimas, e por uma série de ductos que escoam este líquido para a cavidade nasal. Uma observação importante é que a produção e a eliminação de lágrimas além de ter uma ação bactericida, é uma forma de expressar as emoções com o ato de chorar.
- Músculos extrínsecos: Cada olho é controlado por seis músculos que atuam de forma combinada e sincrônica para que os olhos se movimentem para cima, para baixo, para os lados e obliquamente. Esses músculos são denominados de: músculos retos (superior, inferior, lateral e medial) e músculos oblíquos (superior e inferior).

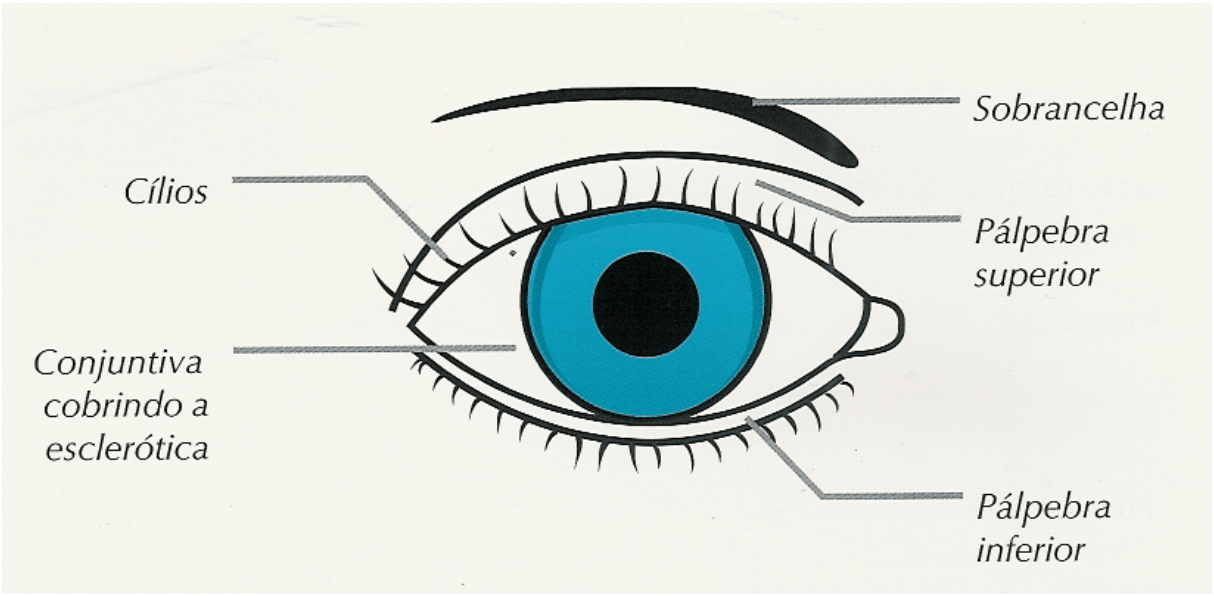

FIGURA 1: *Ilustração representando algumas estruturas oculares acessórias.*
Fonte: Manual "Convivendo com a baixa visão: da criança à pessoa idosa" desenvolvido pela FDNC.

O bulbo do olho, também conhecido como globo ocular, é uma esfera posicionada em sua maior parte no interior da órbita. As estruturas que formam o bulbo ocular são:

- Esclera: É a parte branca externa dos olhos que tem a função de proteger as estruturas internas e de fornecer fixação para a musculatura extrínseca;
- Córnea: É a parte transparente e convexa mais anterior do olho e tem a função de refração (desvio) dos raios luminosos que entram, auxiliando na formação da imagem;
- Íris: É a porção colorida do olho e consiste em fibras musculares que podem contrair-se e regular o diâmetro da pupila (orifício central), de acordo com os estímulos luminosos que chegam aos olhos. A contração da pupila restringe a quantidade de luz que entra no bulbo do olho e a sua dilatação permite que mais luz entre em resposta ao escurecimento.
- Retina: Membrana interna que contém células nervosas (cones e bastonetes) que são receptores para a luz, ou fotorreceptores. Essas células recebem estímulo nervoso e através da ligação com neurônios, esse estímulo é enviado ao nervo óptico e finalmente ao córtex cerebral, onde haverá a formação e o processamento da imagem. Um detalhe interessante é que a imagem formada na retina é invertida. Quando os impulsos nervosos dessa imagem são levados ao cérebro, a imagem é interpretada com o lado correto para cima.

- Cristalino: É uma lente biconvexa que sofre adaptações e acomodações (ajuste automático por contração muscular) para que os raios luminosos atravessem de forma adequada o olho. Por exemplo, quando o cristalino está aplainado é possível ver um objeto distante e quando está arredondado, objetos próximos são melhores visualizados.
- Humor aquoso: É um líquido aquoso que preenche o espaço entre a córnea e a íris, mantendo a pressão intraocular e nutrindo a córnea e o cristalino.
- Humor vítreo: É uma substância gelatinosa que preenche a cavidade posterior do bulbo do olho, mantendo a pressão intraocular e a forma do bulbo do olho (SOUZA, 2001; VAN DE GRAAF, 2003).

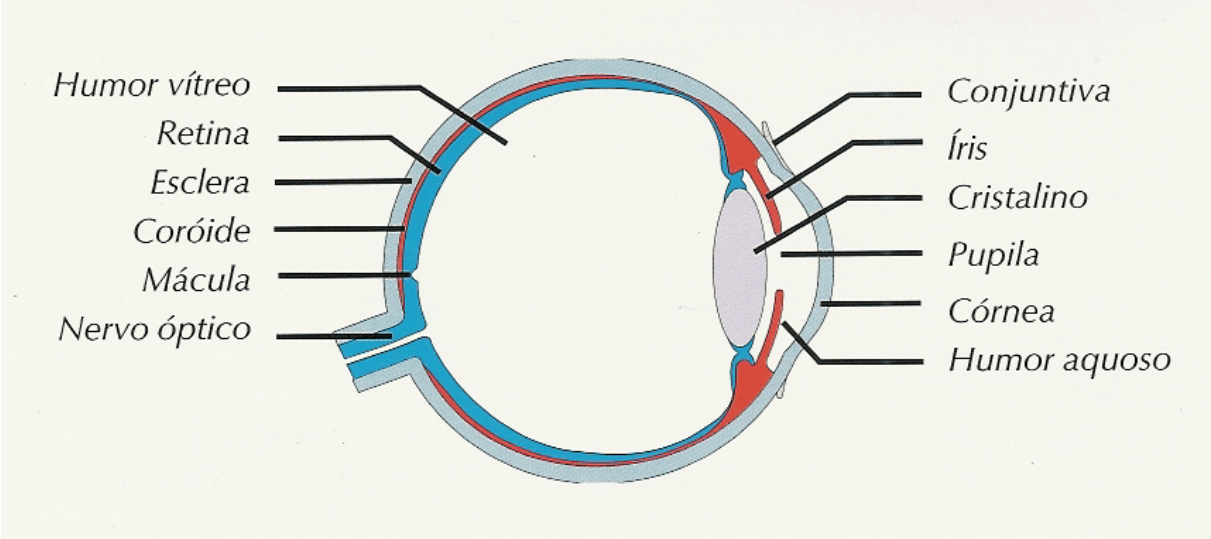

FIGURA 2: *Ilustração representando as estruturas formadoras do bulbo ocular..*
Fonte: Manual "Convivendo com a baixa visão: da criança à pessoa idosa" desenvolvido pela FDNC.

A principal função dos olhos é a visão, porém esses órgãos também têm a capacidade de transmitir a emoção do indivíduo e de captar conhecimento. Apesar de nesta parte do texto o enfoque anatômico ter sido priorizado, é importante ressaltar que o olho não significa apenas mais um órgão do corpo humano. Os olhos de uma pessoa são uma das suas formas de sentir o mundo e de expressar para o outro aquilo que está sentindo. A sua função não é resumida somente em captar estímulos luminosos e levá-los ao cérebro para a formação da imagem. Os olhos representam um importante órgão para a comunicação humana, talvez seja por isso que popularmente o olho seja conhecido como "janela da alma" (QUEIROZ; OTTA, 2000).

Com o avançar do envelhecimento físico, várias alterações podem ocorrer no funcionamento do corpo humano. O sistema sensorial, e mais precisamente o visual pode sofrer algumas modificações fisiológicas e levar a dificuldades visuais. A presbiopia, que se caracteriza por uma diminuição na capacidade de acomodação ou de focalização de objetos próximos, inicia-se geralmente em torno dos 40 ou 50 anos e é uma das primeiras mudanças visuais que podem ser sentidas com o passar dos anos. Além da presbiopia, outras alterações como diminuição do campo visual, da sensibilidade ao contraste, da discriminação das cores, da capacidade de acomodar-se à luz ofuscante ou ao escuro e da noção de profundidade podem surgir, determinando ou não impactos na vida do sujeito (MACEDO ET AL., 2008).

2.3.2 A visão no contexto dos sentidos

A palavra “ver” apresenta inúmeros significados dentro da língua portuguesa, podendo simbolizar desde o ato de utilizar o sentido da visão para perceber objetos e o meio externo, até denotar um sentido de relação com outros seres humanos. É através do “ver” que reconhecemos as pessoas e a nós mesmos, que nos relacionamos, gravando imagens do que nos é relevante para construir uma vida. No Moderno Dicionário da Língua Portuguesa Michaelis, “ver” significa:

> 1 Conhecer (os objetos externos) por meio do sentido da visão; 2 Alcançar com a vista; avistar, enxergar; 3 Avistar-se, contemplar-se, mirar-se; 4 Ser espectador ou testemunha de; presenciar; 5 Achar, encontrar; 6 Notar, observar; 7 Distinguir, divisar; 8 Percorrer; 9 Achar-se, encontrar-se em alguma condição, estado ou situação; 10 Achar-se, encontrar-se em algum lugar; 11 Sentir-se; 12 Atender a, reparar, tomar cuidado em; 13 Conhecer; 14 Estudar; 15 Ler; 16 Visitar; 17 Prestar serviços médicos a; 18 Estar em contato, em convivência ou em relações com; frequentar, receber; 19 Reconhecer; 20 Reconhecer-se; 21 Compreender; 22 Julgar; 23 Examinar, indagar, investigar; 24 Inferir, deduzir, concluir; 25 Ter elementos para perceber ou para chegar à conclusão de; 26 Prever; 27 Participar de; 28 Fazer uma tentativa no sentido de obter (um resultado que não é certo); 9 Fantasiar, imaginar; 30 Recordar; 31 Experimentar; 32 Calcular [...]

A evolução da visão humana deu-se no ambiente arbóreo da floresta e foi adquirindo uma importância no modo de o homem primitivo sobreviver nesse ambiente denso e complexo. A visão humana atingiu um nível em que cores são distinguidas com notável precisão, bem como os contornos de objetos

tridimensionais podem ser avaliados devido à visão estereoscópica (binocular). Apesar da limitação do campo visual, em função da localização dos olhos na frente da face, a visão binocular auxilia no significado da distribuição da luz e da sombra, da profundidade, da consistência e da forma dos objetos (TUAN, 1980).

Para Tuan (1980, p. 07), a visão desempenha papel primordial na percepção humana:

> Dos cinco sentidos tradicionais, o homem depende mais conscientemente da visão do que dos demais sentidos para progredir no mundo. Ele é predominantemente um animal visual. Um mundo mais amplo se lhe abre e muito mais informação, que é espacialmente detalhada e especifica, chega até ele através dos olhos, do que através dos sistemas sensoriais da audição, olfato, paladar e tato. A maioria das pessoas, provavelmente considera a visão como sua faculdade mais valiosa e preferiria perder uma perna ou tornar-se surda ou muda a sacrificar a visão.

Porém a percepção do mundo não ocorre apenas pela visão. Tato, olfato, paladar, audição e outras características, como sensibilidade de umidade e pressão atmosférica ou senso de direção, constituem-se em qualidades essenciais para a apreensão das sensações. Apenas “ver” não nos envolve profundamente, para tanto é necessário sentir o cheiro do esgoto da favela para perceber o quão é indesejável, ou ouvir o choro de uma criança para acudi-la ou apreciar um alimento para nos remeter à infância, por exemplo. Simultaneamente, através de todos os sentidos, o mundo vai se desvelando para o ser humano e é no seu dia a dia e de acordo com a sua cultura que um ou outro sentido vai se destacando (TUAN, 1980).

Para os esquimós Aivilik, da ilha Southampton, por exemplo, é necessário o uso de todos os sentidos, para a sua orientação e movimentação, principalmente no inverno quando o céu e a terra adquirem o mesmo aspecto, dificultando a percepção de distância, perspectiva ou delineamentos. É necessário então que ele avalie as configurações da neve, sinta a sua consistência sob os pés, perceba a salinidade do ar e os sons do vento (TUAN, 1980).

O homem contemporâneo confia cada vez mais na visão. Sua percepção é predominantemente visual, porque necessita ver o espaço com delimitação de objetos e fronteiras. A importância do “ver” no mundo moderno é exacerbada, visto que se considera que pelo menos 80% de informações colhidas do ambiente são percebidas através da visão. A imagem visual é considerada mais interativa do que informações sonoras e até mesmo táteis (TUAN, 1980; AMIRALIAN, 1997).

“Evidente”, “sem sombra de dúvida”, “visão de mundo”, “ponto de vista” e “revisão” são palavras e expressões que indicam a identificação do ato de ver com o ato de conhecer. Também é comum serem atribuídas qualidades ao olhar ou ao olho, tais como “olhar ardente”, “olho gordo”, “olho de peixe morto” ou “mau olhado”, por exemplo, ou utilizando expressões como “ o que os olhos não vêem, o coração não sente”, demonstrando a associação da visão e dos seus derivados com a expressão de sentimentos (AMIRALIAN, 1997).

A visão também desempenha um importante papel de controle social que pode ser observado na tendência de se considerar um lugar escuro como perigoso, no castigo do “quarto escuro” imposto às crianças, no crime que foi cometido em “plena luz do dia”, nas práticas sexuais relegadas geralmente ao “escurinho” e à desaceleração do ritmo de vida que usualmente ocorre à noite. Também é importante como instrumento de apavoramento e de imposição de autoridade, como pode ser constatado com a seguinte afirmação de Queiroz e Otta (2000, p. 350):

> Uniformes militares, máscaras, certos ornamentos e padrões de pintura aterrorizam as pessoas, fazendo com que se conformem a determinadas condutas prescritas pelos agentes do controle social, constituindo, portanto, autênticos espantalhos, marcadores de interdições morais ou espaciais.

A percepção do mundo através de um ou outro sentido dependerá das características individuais, da atividade que é realizada, daquilo que foi estimulado mais precocemente e da integridade dos órgãos dos sentidos. Para o deficiente visual que, desde o nascer, aprende a estar no mundo sem a visão, o desenvolvimento dos outros sentidos é imprescindível para o seu desenvolvimento. Mas para aquele sujeito que a perde após anos de uso constante, a deficiência pode significar um empecilho para a sua integração com o mundo, principalmente se está inserido dentro de ambiente em que a visão é supervalorizada.

2.3.3 A deficiência visual

> A grande maioria daqueles a quem denominamos cegos frequentemente distingue o claro do escuro, percebe vultos e conta dedos a uma determinada distância. Por outro lado, se pensarmos que trevas e escuridão são dados perceptuais que têm no pólo a claridade e a brancura, um sujeito que nunca enxergou poderá jamais ver nem a escuridão nem a claridade,

> sendo portanto esses conceitos muito mais metafóricos do que dados da realidade (AMIRALIAN, 1997, p. 29).

Os olhos ou a sua perda e o ato de enxergar ou a incapacidade de realizá-lo são carregados de simbolismo e desde os tempos mais antigos existem relatos sobre pessoas e personagens que perderam a visão ou os olhos, de forma autoinfligida ou não, de forma súbita ou gradativa. Geralmente, essa condição era encarada como um castigo por más ações ou como um destino a ser carregado. Na Bíblia, são encontradas narrações de vários milagres de Jesus Cristo em que cegos são curados de sua condição de não videntes. É também bem conhecida a história de Santa Lúcia (ou Santa Luzia), considerada a protetora dos olhos, que perdeu a visão após uma série de torturas por recusar uma proposta de casamento. Na mitologia grega, há o mito de Tirésias que era cego, mas como compensação podia enxergar o futuro, sendo também um “vidente”. Outro personagem mitológico é Édipo que ao descobrir que sua esposa é, na verdade, a sua mãe, fura os próprios olhos, por não a ter reconhecido (BARCZINSKI, 2007).

Na mitologia nórdica, Odin, o maior dos deuses vikings, troca um dos seus olhos pelo direito de beber do poço de Mimir, o mais sábio dos deuses nórdicos, e assim conseguir um pouco da sua sabedoria. Conta-se também que Lady Godiva, aristocrata anglo-saxônica, barganhando com o seu marido, teria desfilado nua pelas ruas de Coventry em troca da diminuição dos impostos pagos pela população. O povo deveria permanecer em suas casas até que ela passasse e ninguém poderia vê-la, porém um homem desrespeitou a ordem e ficou cego imediatamente. Esses são alguns exemplos de histórias e mitos envolvendo a deficiência visual e que demonstram o significado da perda visual como uma punição ou como uma troca de um bem de tão grande valor que apenas poderia ser trocado por algo também de muito valor (BARCZINSKI, 2007).

A história da humanidade é permeada pelas mudanças de atitudes em relação às pessoas com deficiência e mais especificamente com deficiência visual. A deficiência, fenômeno construído socialmente, depende do olhar e das atitudes dos “não deficientes” com relação aos deficientes. Sendo assim, desde as sociedades primitivas até a contemporaneidade, vários fatores influenciaram a mudança nessas atitudes e determinaram o lugar social do deficiente visual. Até a Idade Média, a cegueira era considerada uma punição, simbolizava a expiação dos pecados ou relacionava-se com a influência de um espírito mau. Os cegos eram frequentemente

abandonados à própria sorte ou em sociedades mais evoluídas, eram isolados em asilos, segregando-os e evitando-se o seu contato com os seres humanos considerados “normais”. A partir do século XVIII, com o advento de uma visão mais organicista, a deficiência visual começou a ser compreendida a partir de uma perspectiva mais anátomo-fisiológica, com o surgimento dos primeiros conhecimentos sobre o funcionamento do olho e do cérebro (FRANCO; DIAS, 2008).

Com essa mudança na compreensão sobre a deficiência visual, ocorreu um avanço com relação aos serviços e atitudes destinados aos cegos. Valentin Haüy fundou em 1784 a primeira escola destinada à educação de cegos e Louis Braille, em 1829, inventou um sistema de leitura e escrita em relevo, em que a composição de pontos em relevo formavam os símbolos fonéticos. A criação do sistema Braille é considerada um marco, uma vez que possibilitou um meio concreto de instrução e integração social para os deficientes visuais. Outras escolas voltadas para as pessoas cegas foram sendo fundadas pelo mundo e o sistema Braille foi cada vez mais sendo considerado como um método universal de ensino para os deficientes visuais (FRANCO; DIAS, 2008).

Após a Segunda Guerra Mundial e a Declaração Universal dos Direitos Humanos, o modelo de escola segregada começou a ser repensado e começou a surgir a possibilidade de inclusão dos deficientes visuais na escola regular. Apesar da inclusão social da pessoa portadora de deficiência ter se iniciado com a necessidade de integração dos mutilados de guerra, não são apenas as necessidades educacionais que devem ser supridas. É necessária a organização de uma sociedade que atenda os interesses de todos os deficientes visuais, de qualquer faixa etária, assim como de qualquer outra minoria (FRANCO; DIAS, 2008).

Em termos estatísticos atuais, dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), referentes ao ano de 2002, demonstraram que 161 milhões de pessoas apresentavam deficiência visual, sendo que 124 milhões possuíam baixa visão e 37 milhões eram cegas. Ainda segundo estes dados, 82% das pessoas cegas estavam na faixa etária de 50 anos ou mais e havia um maior risco de mulheres desenvolverem deficiência visual do que os homens, em todas as regiões do mundo. No último boletim, divulgado no site da OMS em março de 2009, a quantidade de pessoas deficientes visuais no mundo aumentou, passando de 161 milhões para 314 milhões. Deste total, 45 milhões são cegos e as pessoas que se encontram nas faixas etárias mais altas e as mulheres constituem ainda os grupos que apresentam

maiores riscos de desenvolverem uma deficiência visual. Esses números vêm aumentando devido ao crescimento populacional, aumento da expectativa de vida, à escassez de serviços especializados, às dificuldades de acesso da população à assistência e à escassez de ações educativas preventivas de agravos ou complicações da visão (RESKINOFF ET AL, 2004; TEMPORINI; KARA-JOSÉ, 2004; ARAÚJO FILHO ET AL, 2008; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2009).

O impacto da deficiência visual é profundo na vida pessoal, econômica e social. Pesquisas de bases populacionais vêm demonstrando que um número cada vez maior de pessoas com mais de 65 anos apresentam dificuldades em ler jornais de forma efetiva ou em reconhecer faces. Em casos mais graves, as dificuldades encontram-se em atividades simples da vida diária, como usar o telefone ou uma caneta, ou na mobilidade. Deficiências que limitam a realização das atividades de vida diária podem gerar um impacto na vida independente e autônoma do sujeito (ARAÚJO FILHO ET AL., 2008).

Segundo a OMS, a principal causa de cegueira no mundo é a catarata, seguida pelos erros de refração não corrigidos (miopia e astigmatismo, por exemplo), glaucoma e degeneração macular, respectivamente. Tracoma, opacidade da córnea, cegueira congênita e retinopatia diabética apresentam uma prevalência semelhante como causas de deficiência visual. Em um estudo desenvolvido pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), com 801 idosos residentes em comunidades com baixo nível socioeconômico, foi observado que a principal causa de limitação visual e cegueira também era a catarata, alterações da retina como retinopatia diabética e degeneração macular relacionada à idade, e erros de refração (hipermetropia, astigmatismo, miopia). Dos 801 idosos, setenta e sete necessitavam de assistência do serviço de oftalmologia dessa universidade devido ao tratamento da catarata, 64 pelas alterações da retina e 54 por presença de glaucoma ou suspeita desta doença (RESKINOFF ET AL., 2004; ARAÚJO FILHO ET AL., 2008; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2009).

FIGURA 3: *Foto representando uma visão normal.*
Fonte: Manual "Convivendo com a baixa visão: da criança à pessoa idosa" desenvolvido pela FDNC.

A catarata é uma opacidade da retina, causando uma progressiva diminuição da acuidade visual, ofuscamento e alteração da visão de cores. O glaucoma consiste em um padrão específico de dano à cabeça do nervo óptico e ao campo visual, que pode estar associado a um desequilíbrio entre a pressão intraocular e os mecanismos de autorregulação do fluxo sanguíneo, ocasionando a diminuição da circulação na retina e no nervo óptico. A degeneração macular relacionada à idade é uma doença degenerativa que se caracteriza por alterações da retina e presença de drusas (pequenas manchas de cor clara e amarelada). A retinopatia diabética caracteriza-se por alterações da retina e do humor vítreo, causadas pelo excesso de glicose no sangue (RESKINOFF ET AL., 2004; FARAH ET AL., 2001).

FIGURA 4: *Foto representando o resíduo visual de pessoas com catarata.*
Fonte: Manual "Convivendo com a baixa visão: da criança à pessoa idosa" desenvolvido pela FDNC.

O entendimento sobre a deficiência visual exige a introdução de um outro conceito, o de acuidade visual. A acuidade visual, de forma mais simplificada, é uma medida de desempenho da função do olho em que se considera a capacidade de discriminar formas e contrastes (detalhes espaciais). A preservação da acuidade visual depende do bom funcionamento não apenas do sistema óptico do olho (com a chegada do estímulo luminoso na retina), mas também da integridade do sistema nervoso (tanto pela condução nervosa do estímulo até o cérebro como pela sua decodificação e transformação em uma imagem mental) e da cognição, para que haja o entendimento correto do significado daquilo que está sendo visto. Portanto, os atos de ver, enxergar e olhar necessitam de uma perfeita sincronia do físico e do psíquico. A deficiência pode ser relacionada não apenas ao olho, mas pela diminuição da competência neuronal para completar essas ações (BICAS, 2002).

FIGURA 5: *Foto representando a redução do campo visual por glaucoma ou retinose pigmentar. Fonte: Manual "Convivendo com a baixa visão: da criança à pessoa idosa" desenvolvido pela FDNC.*

A deficiência pode determinar a cegueira e também uma condição conhecida como baixa visão. Outros acometimentos, como daltonismo (uma inabilidade cerebral de ver ou perceber cores) e agnosia (o não entendimento simbólico e semiótico das imagens), podem causar uma limitação no modo de o indivíduo de "ver" o mundo. Nesta parte do texto, será priorizada a conceituação da cegueira e da baixa visão, já que é este o enfoque que será dado à pesquisa.

FIGURA 6: *Foto representando uma visão com degeneração macular relacionada à idade e outras doenças como toxoplasmose ocular.*
Fonte: Manual "Convivendo com a baixa visão: da criança à pessoa idosa" desenvolvido pela FDNC.

A classificação da deficiência visual sofreu uma evolução com o passar dos anos. Antes o foco das classificações era a perda em si e suas consequências e as denominações comumente utilizadas eram cego, parcialmente vidente e parcialmente cego, como considerava Lowenfeld em 1960 e outros pesquisadores que o seguiram. A ausência de visão também foi o norte para o desenvolvimento de pesquisas até a década de 1970, que consideravam apenas os polos "ver" e "não ver". Nesse contexto, eram difundidas generalizações sobre as dificuldades e os efeitos do desenvolvimento e ajustamento das pessoas tanto com cegueira, quanto com baixa visão. Essas questões eram consideradas idênticas para os dois grupos e o uso e a eficácia do desenvolvimento do resíduo visual não eram considerados como facilitadores na melhora da qualidade de vida do deficiente (AMIRALIAN, 2004).

Porém, foi-se percebendo que os deficientes visuais são um grupo bastante heterogêneo. Os indivíduos considerados cegos apresentam certos tipos de limitações e os de baixa visão apresentam outros tipos, e, mesmo dentro deste último grupo, ocorrem variações de acordo com o grau de resíduo visual remanescente. A preocupação em se fazer essa diferenciação iniciou-se na década de 1970, com a introdução do termo "visão subnormal" (AMIRALIAN, 2004).

A constatação de que muitas crianças enquadradas nos parâmetros médicos para diagnóstico de cegueira apresentavam um resíduo visual, já que conseguiam "ler" o Braille com os olhos, foi o ponto de partida para a reformulação dessas

conceituações. Foi criado então o diagnóstico educacional de deficiência visual, enfatizando o modo de utilização da percepção visual do indivíduo e respeitando a presença do resíduo visual. O primeiro termo utilizado era “visão reduzida”, concentrando-se ainda na perda da visão. Em seguida, traduziu-se a expressão em inglês *low vision*, surgindo a “visão subnormal’, uma vez que especialistas começaram a considerar que não havia redução da visão, e sim uma capacidade limitada para perceber o mundo ao seu redor (AMIRALIAN, 2004).

O termo mais atual é “baixa visão”, que retira a carga de preconceito embutida no termo “subnormal”. Desde a década de 1980, a questão da baixa visão vem adquirindo atenção de oftalmologistas e educadores, que estão buscando os melhores meios para desenvolver recursos ópticos, tecnológicos e educacionais, bem como o incentivo ao treinamento da visão remanescente. Observa-se, dessa maneira, a mudança de enfoque na perda simplesmente, para a possibilidade de usar o resíduo visual, por mínimo que este seja (AMIRALIAN, 2004).

As razões para essa maior visibilidade da baixa visão são:

- 70 a 80% dos deficientes visuais apresentam resíduo visual;
- A eficiência visual nestes deficientes depende da utilização efetiva do resíduo;
- O uso do resíduo auxilia na realização de tarefas, como: constituição e organização do espaço, coordenação dos movimentos, mobilidade e locomoção, contato e relação com o ambiente, aprendizagem por imitação e aprendizagem da leitura e escrita (AMIRALIAN, 2004).

A Organização Mundial da Saúde baseia-se na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) para definir os parâmetros de cegueira e baixa visão. Segundo essa classificação, o cego é aquele que apresenta uma acuidade visual menor do que 3/60 no melhor olho com a melhor correção possível, ou um campo visual correspondente não maior do que 10 graus no melhor olho. Para ser considerado cego então, o deficiente visual deve enxergar a 3 pés de distância aquilo que o sujeito de visão normal enxerga a 60 pés, sendo “pés” uma medida de comprimento que corresponde a 30,48 centímetros. A cegueira pode ser subdividida em três níveis de acometimento visual, usando como parâmetros a capacidade de conseguir contar dedos a um metro com o melhor olho após a melhor correção óptica e ausência de percepção da luz. A baixa visão corresponde a uma acuidade visual menor de 6/18,porém igual a ou melhor de 3/ 60, com a melhor correção possível no melhor olho.

De acordo com o manual desenvolvido por Lima, Nassif e Felippe (2007) pela Fundação Dorina Nowill, existem conceitos legais e educacionais sobre a deficiência visual. A denominação legal de cegueira consiste em uma acuidade visual igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica. No aspecto educacional, é considerado cego aquele indivíduo que apresenta perda total ou resíduo mínimo de visão, que o leva a necessitar do sistema Braille como meio de leitura. Com relação à definição legal de baixa visão, esse manual considera uma acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica. Para fins educacionais, a baixa visão ocorre quando há presença de resíduo visual em graus que permite ler textos impressos ampliados ou com uso de recursos ópticos especiais.

Graus de comprometimento visual	Acuidade visual com a melhor correção visual possível	
	Máxima menor que:	Mínima igual ou maior que:
1	6/18 3/10 (0,3) 20/70	6/60 1/10 (0,1) 20/200
2	6/60 1/10 (0,1) 20/200	3/60 1/20 (0,5) 20/400
3	3/60 1/20 (0,05) 20/400	1/60 (capacidade de contar dedos a 1 metro) 1/50 (0,02) 5/300 (20/1200)
4	1/60 (capacidade de contar dedos a 1 metro) 1/50 (0,02) 5/300	Percepção de luz
5	Ausência da percepção da luz	
9	Indeterminada ou não especificada	

FIGURA 7[1]: *Classificação da gravidade do comprometimento visual que foi recomendado pelo Grupo de Estudos da Prevenção da Cegueira da OMS em novembro de 1972.*
Fonte: CID-10.

[1] Pessoas com baixa visão são enquadradas nas categorias 1 e 2; cegueira é referente às categorias 3, 4 e 5 e a categoria 9 enquadra a perda da visão não qualificada.

Os conceitos podem ser considerados classificatórios para fins médicos, legais ou educacionais. Porém, o indivíduo com deficiência visual revela-se de uma forma bastante diferenciada para o mundo, extrapolando os limites destes conceitos.

Sobre o indivíduo cego, Amiralian (1997, p. 21) afirma que:

> As pessoas cegas são portadoras de uma deficiência sensorial- a ausência de visão- que as limita em suas possibilidades de apreensão do mundo externo, interferindo em seu desenvolvimento e ajustamento às situações comuns da vida.

Pode-se inferir então que as pessoas cegas e também as de baixa visão apreendem o mundo de uma maneira peculiar, utilizando meios não usuais para estabelecerem relações com tudo que os cercam (objetos e pessoas). Essa forma de “ver” o mundo, através do tato, olfato, paladar, audição e cinestesia, reflete-se na construção cognitiva e psicológica do deficiente visual.Quanto mais cedo ocorre a limitação visual, maior será a influência sobre a personalidade do sujeito e maior peso será concedido à limitação. Entretanto, nas deficiências adquiridas em uma fase mais tardia da vida, os efeitos sociais da limitação e as condições apresentadas pelo sujeito antes de surgir a limitação tornam-se preponderantes (AMIRALIAN, 1997).

Segundo Carrol (1968), para o indivíduo que perdeu a visão quando já conhecia o mundo através do olhar, a deficiência visual é um “morrer” e também pode significar um renascimento. Um “morrer” porque aquela pessoa com visão não existe mais e um renascimento porque mesmo sem o sentido da visão, esse indivíduo pode se readaptar à nova condição de vida e procurar vencer as múltiplas limitações que a cegueira impõe.

As perdas desse indivíduo percorrem o caminho desde o mutilamento da sua integridade física desviando-o da normalidade em relação aos outros, podendo ocasionar um dano na autoestima, bem como prejuízos que afetam diretamente a sua capacidade de sentir o meio ambiente com os sentidos remanescentes, a mobilidade, a comunicação e o sono, por exemplo. A deficiência visual também pode ter uma influência negativa em outros campos da vida do sujeito, tais como a independência pessoal, carreira, a segurança financeira e o lazer.

Sobre a cegueira súbita, Amiralian (1997, p. 69) diz:

> Sem dúvida, a perda da visão é um morrer, é o fim de uma certa maneira de viver, é o término de métodos adquiridos de realizações , é a perda de relações humanas estabelecidas e de uma auto-imagem como pessoa vidente.

A cegueira progressiva apresenta a vantagem de não causar choque, permitindo que o sujeito conviva e até acostume-se com a ideia de tornar-se cego. Apesar da ameaça de perigo iminente, o período de convivência com essa possibilidade pode capacitá-lo a enfrentar as adversidades, facilitando o acesso às informações e a busca por apoio antes da instalação total da perda.

A readaptação certamente não é simples e nem imediata. Depois da fase do choque e das lamentações, “a pausa no umbral da porta antes de encarar uma situação nova”, que caracteriza todas as perdas que o ser humano sofre durante o curso da vida, o indivíduo que se tornou cego apresenta condições de continuar com suas realizações e suas relações humanas, desde que seja compreendido e apoiado por aqueles que o rodeiam.

2.4 UM OLHAR SOBRE O DESENVOLVIMENTO PESSOAL

Há algumas décadas a humanidade vem sendo presenteada com o aumento da longevidade, que é a duração do tempo que se passa na vida. Vários fatores, como, por exemplo, o alto nível tecnológico, resultaram em um período maior para ser vivido, que pode se estender até 100 anos ou mais. Em termos de Brasil, a redução da mortalidade em idades avançadas e o declínio das taxas de fecundidade vêm causando o progressivo aumento da população idosa. No Censo Demográfico realizado em 2000, demonstrou-se que cerca de 14 milhões de idosos residiam no país, representando 8,6% da população total. A estimativa é que em 2020 este percentual esteja em torno dos 14% da população total, havendo também um crescimento do número de idosos com mais de 80 anos (em 1950 este grupo correspondia a menos de meio ponto percentual da população brasileira e, em 2000, deram um salto representativo para 1,1%). Na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada em 2007, o percentual de pessoas mais velhas continuou apresentando um aumento generalizado, exceto na região Norte, onde

houve um aumento de 1,3% na população de 0 a 14 anos (ARCURI, 2005; CAMARANO; ET AL 2005; IBGE, 2007; LIMA, 2008).

No entanto, o envelhecimento populacional não pode ser considerado apenas como uma questão demográfica. Há vários outros fatores envolvidos nesse processo e que devem ser discutidos. As consequências são muitas, desde o rearranjo das dinâmicas familiares, passando pela necessidade de mudanças de comportamento da sociedade em relação à velhice e chegando-se à necessidade de alteração do pensamento do próprio indivíduo idoso em relação a essa etapa da vida.

Para Monteiro (2005), é preciso transcender o pensamento linear em relação ao envelhecimento e a velhice, criar novos paradigmas e negar-se a aceitar esta atual apologia à juventude eterna. Se nós ganhamos mais quarenta anos (no mínimo) de vida na velhice, não é necessário (nem inteligente) transformá-los em uma busca incessante pela antiga aparência ou em um martírio pelas capacidades perdidas. Podemos pensar que temos mais pelo menos quatro décadas para treinarmos outras habilidades, realizar sonhos, fazer projetos e viver intensamente esse tempo da maneira que nos é apresentado. Mas para isso é preciso aceitarmos o nosso próprio tempo, não o cronológico, mas aquele que dá significado à nossa maturidade e subjetividade. Como afirma Monteiro (2005, p. 73) “O abismo da idade será sempre um risco para quem não vê a paisagem de si mesmo”.

Com relação a esse tempo construído pelas experiências vividas, Martins (1998) caracteriza-o como um “horizonte de possibilidades do ser”. Por isso, não somos apenas uma série segmentada de etapas da vida. Somos seres com a possibilidade plena de permanente desenvolvimento, seja na infância, adolescência, juventude ou velhice.

Esee desenvolvimento implica vontade de agarrar oportunidades, de viver novas experiências ou pelo menos modificar de forma positiva a percepção das alterações de vida. Almeida (2005) lembra que a diminuição ou limitação de força, agilidade e produtividade não devem significar a perda do “estatuto de humanidade”. Devem-se associar duas ideias opostas e complementares de perder e ganhar na velhice, para que se entenda que essa etapa pode ser plenamente vivida.

Perder algumas capacidades e habilidades, ganhar em maturidade e experiências significa “viver com todas as maravilhas e dores deste mundo”, como é dito por Tótora (2005). Para essa autora, “a velhice constitui meta positiva da existência” e é um privilégio porque significa que o sujeito velho desfrutou de uma

longa existência. No entanto, para desfrutá-la é necessário o exercício constante do "cuidado de si", na busca de "elaborar-se, transformar-se e atingir um certo modo de ser" e com isso conseguir produzir, criar, inventar e aumentar a sua "potência de agir", de viver.

O cuidado de si (epiméleia heautoû em grego) constitui-se em um princípio fundamental para caracterizar a atitude filosófica ao longo de quase toda a cultura grega, helenística e romana. A disseminação da ideia do cuidado de si mesmo foi um fenômeno cultural de conjunto, próprio dessas sociedades e principalmente de suas elites, iniciando uma reformulação no pensamento em toda filosofia antiga até o limiar do cristianismo (FOUCAULT, 2006).

Também para Foucault (2006, p. 11), o cuidado de si pode ser comparado a uma picada de um inseto, que agita os animais fazendo-os correr. Ele afirma:

> O cuidado de si é uma espécie de aguilhão que deve ser implantado na carne dos homens, cravado na sua existência e constitui-se em um principio de agitação, um princípio de movimento, um princípio de permanente inquietude no curso da existência.

É nesse sentido que o ser humano que envelhece pode não apresentar um envelhecimento saudável ou ativo, uma velhice feliz ou sem problemas de qualquer ordem, mas independente das circunstâncias negativas pode ser capaz de apresentar uma vida plena, enriquecedora, apaixonante, valiosa, estimulante e, principalmente, significativa. Nas palavras de Rogers (1973), psicoterapeuta que trabalhou com o conceito de vida plena, esta é um processo, não um estado fixo de existência e consiste em uma direção escolhida pelo próprio organismo humano à abertura para a experiência.

Esse conceito parece estar bem atrelado ao de cuidar de si mesmo na visão de Foucault. Cuidar de si resume-se em uma atitude para consigo e para com os outros, refletindo-se na maneira de estar no mundo do sujeito, bem como na sua relação com o outro. Essa atitude é embasada na conversão do olhar para dentro de si mesmo, com uma maior atenção ao próprio pensamento, com uma maior atenção voltada para si. Isso implica um amadurecimento na forma de viver, em que há uma gradativa construção de confiança em suas próprias reações, fazendo uso de todas as informações que o sistema nervoso pode fornecer e tendo consciência que muitas vezes o organismo é mais sábio que a própria consciência. Na verdade, essas escolhas orgânicas para o desenvolvimento de uma vida plena permitem um

funcionamento do ser em toda a sua complexidade e a possibilidade de estar aberto às consequências de cada um de seus atos e à sua correção, se estes não os satisfizerem (ROGERS, 1973).

Uma vida plena caminha sob a perspectiva do livre arbítrio, uma vez que o ser carrega dentro de si o poder nítido de escolher o que pretende se tornar, se necessita esconder-se, se progride ou retrocede, se constrói ou destrói, se morre ou vive (psico ou fisiologicamente). A justificativa para isso é que a natureza humana, quando funciona livremente se torna construtiva e digna de confiança e o resultado são reações positivas e progressivas do ser em relação a si próprio e à sociedade. Pode-se considerar que uma pessoa que viva esse processo, está na “vanguarda da evolução humana”, podendo adaptar-se, de forma construtiva e harmônica, às alterações em sua vida. Nesse contexto, adjetivos como feliz, satisfeito, contente ou agradável não são apropriados para qualificar o sujeito, o melhor a fazer é afirmar que este “mergulhou em cheio na corrente da vida” e que ele “escolheu a vida plena como processo de transformação” (ROGERS, 1973).

CAPÍTULO 3:
A INVESTIGAÇÃO

3. METODOLOGIA

O “passo a passo” da pesquisa será explicado neste capítulo. Inicialmente, a pesquisa será caracterizada, mostrando a estruturação inicial preparada para o prosseguimento da *investigação*. No item *pesquisa de campo*, estão elencadas as modificações que foram necessárias no meio do caminho, como a inclusão de perguntas para o aprofundamento do assunto envelhecimento e as alterações dos critérios de inclusão.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

A abordagem qualitativa, utilizada nesta pesquisa, é defendida por Minayo et al. (2002) e prioriza o universo de significados, aspirações, crenças, valores e atitudes, desvendando (ou pelo menos, tentando desvendar) a teia das ações e relações humanas. Nesta pesquisa,o envelhecimento do idoso com deficiência visual foi estudado a partir das falas de sete idosos deficientes visuais, frequentadores da Fundação Dorina Nowill para Cegos, ou que foram lá atendidos. As falas foram coletadas a partir dos relatos orais, sob a forma de depoimentos. Sobre a definição da amostragem na pesquisa qualitativa, Minayo et al. (2002) esclarece que a representatividade deste tipo de pesquisa não é baseada no critério numérico, mas sim na abrangência da investigação do problema em suas múltiplas dimensões.

A coleta na forma de depoimentos é considerada por Brandão (1999) como um redefinidor de identidades, sendo um meio de transmissão e conservação da cultura, através de um movimento catártico dos narradores. A partir deles o pesquisador consegue visualizar diferentes formas de se interpretar e viver a realidade, dispondo da “vivacidade dos sons” e da “opulência dos detalhes”.

Haguette (1987) aponta que como os relatos orais se baseiam em depoimentos pessoais e na memória dos sujeitos, este método é geralmente alvo de críticas questionadoras de sua validade. Diz-se que é um método parcial (o sujeito no posto de ator social relata a sua versão pessoal dos fatos) e que ao utilizar a

memória, torna-se falho e deficiente, podendo haver distorções, deslocamentos ou omissões de fatos, episódios ou elementos importantes para a pesquisa.

Porém, compartilhando as ideias desta mesma autora, a visão que se tem nesta pesquisa, ao defender o uso dos relatos orais, é que as mudanças de perspectivas e de valores dos sujeitos incorporadas aos dados colhidos não são privilégio deste método. Todo tipo de informação que é coletada, seja a partir de história oral, história de vida ou entrevista, é permeada pelas ideias do sujeito pesquisado e sofre interferências da memória. Por isso, não foi colhido apenas um relato, mas um conjunto de depoimentos, “capazes de informar o todo” e demonstrar ao pesquisador as diferentes formas de interpretar e viver a realidade, como já foi dito.

Citando Schutz apud Minayo (2000, p. 113), aquele assegura que:

> [...] cada ator social experimenta, conhece o fato social de forma peculiar. É a constelação das diferentes informações individuais vivenciadas em comum por um grupo que permite compor o quadro global das estruturas e das relações, onde o mais importante não é a soma dos elementos, mas a compreensão dos modelos culturais e as particularidades das determinações.

A forma de resgate desses depoimentos foi através de uma entrevista com um roteiro predefinido, contendo perguntas menos específicas e uma pergunta direcionada: *Como está sendo o seu envelhecimento?*

É preciso salientar que as conversas com cada sujeito apresentaram as suas particularidades. Em alguns poucos casos, não foi necessário o uso das perguntas de “aquecimento” para se chegar no assunto “envelhecimento”, porém na maioria das vezes essas perguntas foram imprescindíveis para o aprofundamento dos depoimentos, sendo necessária até certa insistência para que se iniciasse esse assunto. Com relação a isso, respaldando-se em Minayo et al (2002), o pesquisador deve se livrar de formulações prefixadas, podendo introduzir perguntas ou fazer intervenções que visam abrir o campo de explanação do entrevistado ou aprofundar o nível de informações ou opiniões.

Foram valorizados como aspectos fundamentais os dados contidos no diário de campo, onde foram registradas as condições em que foram feitas as entrevistas, observações e reflexões importantes para contextualizar as entrevistas. A descrição minuciosa do diário do campo é considerada por Macedo (2000) como intimista,

tratando-se de um aprofundamento reflexivo sobre as experiências vividas, no campo da pesquisa e da própria elaboração intelectual do pesquisador. Valendo-se deste registro, ele pode situar-se melhor nos meandros e nuances, geralmente descartados, e aprofundar-se no contexto do trabalho de investigação científica.

A captação dos relatos orais ocorreu com o uso de um gravador, armazenando-se todas as informações fornecidas pelos sujeitos da pesquisa. Sobre o uso do gravador como recurso da pesquisa, Queiroz (1991, p. 2) afirma:

> O desenvolvimento tecnológico, colocando à disposição do cientista social novos meios de captar o real, como o gravador, reavivou novamente o relato oral: as fitas pareciam agora o meio milagroso de conservar na narração uma vivacidade de que o simples registro no papel as despojava, uma vez que a voz do entrevistado, suas entonações, suas pausas, seu vai-e-vem no que contava constituíam outros tantos dados preciosos para estudo.

Antes de iniciar o relato da pesquisa de campo, é necessário salientar que os sete sujeitos a serem entrevistados seriam escolhidos aleatoriamente dentre a população idosa frequentadora da FDNC, a partir dos critérios de inclusão estabelecidos (os mesmos utilizados para a escolha do sujeito da entrevista-piloto).

Tais critérios consistiam em:

- O indivíduo deveria apresentar idade maior ou igual a 60 anos;
- A função cognitiva deveria estar preservada, sendo o entrevistado capaz de responder perguntas com respostas elaboradas convenientemente;
- O sujeito deveria também ter uma longa convivência com a deficiência visual (cegueira ou baixa visão), apresentando uma alteração congênita ou desenvolvida na infância ou adolescência. Para facilitar a busca pelos sujeitos na Fundação, foi estabelecida uma convivência mínima de dez anos com a deficiência visual, característica da população de idosos dessa instituição.

No entanto, com a realização da entrevista-piloto foi percebida a necessidade de modificar os critérios de inclusão (relatada no item a seguir) e a forma de escolha dos entrevistados passou a ser intencional (de acordo com o conhecimento da funcionária da Fundação que indicou quem participaria ou não da pesquisa). Sobre a escolha dos sujeitos, Macedo (2000) considera que a escolha de um informante dentro da tradição da história oral não pode ser aleatória, e sim intencional para que

sejam incluídos os personagens que desempenham um papel importante na prática estudada.

3.2 PESQUISA DE CAMPO

Para iniciar o processo de coleta de dados, foi necessário o estabelecimento do contato em março de 2008, com a Fundação Dorina Nowill para Cegos (FDNC). A escolha desta instituição ocorreu pela sua excelência na inclusão social das pessoas com deficiência visual, sendo essa a sua missão, respeitando as necessidades individuais com produtos e serviços especializados. A partir do primeiro contato telefônico, foi agendada uma visita para conhecer *in loco* o trabalho desenvolvido na instituição. Nessa visita, o objetivo e a metodologia da pesquisa foram explicados e foi fornecida também uma lista de documentos necessários para a sua realização nesse local.

Antes de se concluir o caminho burocrático de entrega dos documentos, foi permitida a realização da entrevista-piloto, como um “ensaio” da pesquisa de campo. Nessa entrevista, foi avaliado se o roteiro de perguntas (ANEXO I), elaborado previamente, deveria sofrer alguma modificação de escrita e no sentido das perguntas ou se deveriam ser acrescentadas mais questões para que houvesse um melhor entendimento sobre o envelhecimento do idoso com deficiência. Esse foi um passo importante da pesquisa, visto que foram necessários alguns ajustes nos critérios de inclusão, bem como reformulação do roteiro da entrevista, para o prosseguimento da pesquisa.

Após a transcrição, a leitura e releitura das falas da entrevista-piloto, foi percebido que, mesmo na pergunta específica sobre o envelhecimento, não houve uma resposta aprofundada, de onde pudessem ser extraídas categorias para a análise. Talvez pela entrevistada ainda não perceber o seu próprio processo de envelhecimento, no momento da entrevista, esse assunto, que seria o foco central da pesquisa, não teve a abordagem necessária. Isto se constituiu em um problema porque apenas a pergunta “Como está sendo o seu envelhecimento?” não foi suficiente para o relato fidedigno das suas percepções sobre o processo de envelhecimento e como a deficiência interfere neste processo. Também se pode

cogitar que o tema “envelhecimento” provoque uma “resistência” entre as pessoas, impedindo de forma inconsciente o aprofundamento necessário da questão.

Já que esta foi uma entrevista-piloto, houve a possibilidade de reformulação do roteiro da entrevista antes da sua aplicação na pesquisa de campo. O assunto envelhecimento pôde então ser abordado de forma mais aprofundada ao serem incluídas as seguintes perguntas:

- O Sr.(a) deixou de fazer alguma coisa que gostaria de ter feito, algum projeto de vida?Por quê?
- Como está sendo o seu envelhecimento?
- Como percebe o seu envelhecimento?
- O que espera fazer o ano que vem?
- Se soubesse que iria apresentar uma deficiência visual ao envelhecer, o que teria feito?

Foi necessária também uma reformulação nos critérios de inclusão, já que se acreditava que idosos mais velhos apresentariam uma maior percepção sobre o próprio envelhecimento. Com este dado, ficou estabelecido que a ortoptista da Fundação Dorina Nowill, que auxiliou na busca pelos sujeitos interessados em participar da pesquisa, solicitaria o contato com idosos mais velhos (com idade maior do que 65 anos, pelo menos). O intuito era que fossem entrevistados idosos mais velhos, que apresentassem consciência do seu próprio envelhecimento, e que fossem deficientes visuais há mais de dez anos. Porém, esbarramos em algumas dificuldades, relatadas a seguir:

1) A maioria dos idosos mais velhos, que estão registrados na FDNC, não frequenta mais o setor de Reabilitação Visual semanalmente. Alguns, por motivos de agravamento de doenças prévias, estão suspensos dos atendimentos. Outros já ultrapassaram a fase de reabilitação e submetem-se apenas às consultas periódicas de controle. E alguns poucos se submeteram ao atendimento inicial, mas recusaram-se a participar das atividades, entretanto continuam registrados e usam apenas os serviços da biblioteca. Haveria então a dificuldade de encontrá-los na FDNC para a realização da entrevista. Apesar desses empecilhos, a funcionária forneceu uma lista

de oito pessoas que não frequentam regularmente a FDNC, mas que se encaixariam nos novos critérios e poderiam aceitar participar da pesquisa. Dos oito indicados nesse momento, apenas uma senhora aceitou imediatamente. A recusa dos outros sete idosos ou dos seus familiares estava relacionada com doenças e cognição prejudicada.

2) Coube então a ortoptista uma conversa inicial com outros possíveis candidatos a participar da pesquisa. Foram convidados mais seis sujeitos que aceitaram participar da pesquisa.

3) Dos sete sujeitos convidados que aceitaram, todos possuíam idade maior ou igual a 65 anos, porém apenas três apresentavam tempo de convivência com a deficiência (relatado pelos próprios sujeitos) maior do que dez anos.

Devido às dificuldades descritas acima em se encontrarem sujeitos dentro dos critérios estabelecidos, esses sete sujeitos foram escolhidos. Antes das gravações dos relatos, foram realizadas algumas ações que, segundo Minayo et al. (2002), são importantes para que haja uma interação entre o entrevistado e o entrevistador. A primeira delas refere-se à apresentação entre estes dois indivíduos, por uma pessoa de confiança do possível entrevistado. Como já foi mencionado, apenas a primeira senhora que aceitou ser sujeito da pesquisa não foi contatada inicialmente pela ortoptista da FDNC. No entanto, o contato inicial com os outros seis sujeitos se deu a partir dessa funcionária, que por conhecer os idosos, indicou-os e explicou-lhes previamente sobre o trabalho a ser realizado.

Em seguida as apresentações, os interesses da pesquisa foram explicados, bem como os motivos para desenvolvê-la, justificando-se como foi realizada a escolha dos entrevistados e garantindo-se a sua anomicidade e o sigilo sobre os depoimentos. A coleta de dados iniciou-se somente após a permissão dos sujeitos e assinatura de termo de consentimento (ANEXO II) , por eles mesmos ou por familiares. Também foi valorizada uma conversa inicial, que criou um clima descontraído para o início dos relatos, constituindo-se no “aquecimento”.

Essa conversa inicial foi direcionada por um roteiro reformulado após a entrevista-piloto, com perguntas gerais para que o entrevistado ficasse confortável em responder às questões sobre o envelhecimento e a deficiência. A coleta de

dados com os sujeitos da pesquisa foi iniciada após a definição deste roteiro de perguntas e após a aprovação deste projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (ANEXO III).

Finalizadas as gravações com os sujeitos, foram realizadas as transcrições e iniciou-se a análise dos dados. Os objetivos foram atingidos, através da interpretação das falas, seguindo-se as categorias orientadoras do roteiro e outras que apareceram inesperadamente, durante a coleta. A justificativa para o uso das categorias baseia-se no que é afirmado por Minayo et al (2002, p.70):

> As categorias são empregadas para se estabelecer classificações. Nesse sentido, trabalhar com elas significa agrupar elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso. Esse tipo de procedimento, de um modo geral, pode ser utilizado em qualquer tipo de análise em pesquisa qualitativa.

A análise dos dados foi realizada com base no referencial teórico que direciona a pesquisa integrando-os com os dados encontrados e articulando-os de forma a promover relações entre o concreto e o abstrato, o geral e o particular, a teoria e a prática. Com relação ao final da análise, Minayo et al. (2002) conclui que deve ser sempre encarado como “provisório e aproximativo”, justificando-se no fato de que na ciência “as afirmações podem superar conclusões prévias a elas e podem ser superadas por outras afirmações futuras”.

CAPÍTULO 4:
ESPELHO

4. LOCAL, SUJEITOS, PERCEPÇÕES

Inicia-se este capítulo com a descrição do local de pesquisa, demonstrando a sua organização, os serviços oferecidos e a sua missão. Em seguida, após uma breve caracterização do perfil dos sete sujeitos entrevistados, segue-se com a etapa de ver através do *espelho,* em que são expostos trechos das falas sobre a deficiência, as limitações, o apoio recebido ou não, a fase de adaptação às perdas, os projetos de vida e o envelhecimento para um melhor esclarecimento sobre as *visões* dos sete sujeitos. Nessa etapa, o intuito foi demonstrar o máximo possível a riqueza das falas e permitir ao leitor uma maior compreensão sobre o assunto.

4.1 FUNDAÇÃO DORINA NOWILL PARA CEGOS

Para um melhor entendimento sobre a temática escolhida, é necessária a descrição do local onde foi realizado o estudo, juntando informações de um relatório anual, do site da internet deste local e de impressões pessoais registradas no diário de campo. Minayo et al. (2002) afirma que o campo de pesquisa é o recorte que o pesquisador faz em termos de espaço, representando uma realidade empírica a ser estudada, partindo da teoria em que o objeto de estudo se encontra fundamentado. Nesta pesquisa, a Fundação Dorina Nowill para Cegos foi escolhida para ser o campo de pesquisa pelo seu trabalho pioneiro e sua excelência no atendimento ao deficiente visual.[2]

[2] Informações extraídas do Relatório Anual e do site da Fundação Dorina Nowill para Cegos (www.fundacaodorina.org.br).

FIGURA 8: *Parte da fachada do prédio da Fundação Dorina Nowill para Cegos com a sua logomarca.*
Fonte: www.fundacaodorina.org.br

Trata-se de uma organização particular sem fins lucrativos e de caráter filantrópico que se iniciou há 62 anos por iniciativa da professora Dorina de Gouvêa Nowill e de um grupo de amigas, em uma pequena sala cedida pela Cruz Vermelha Brasileira. A Fundação é responsável pelo trabalho pioneiro da implantação da primeira imprensa Braille de grande porte do Brasil e pela luta em prol da inclusão social do deficiente visual, com a educação especial para cegos.

Visando ao entretenimento e ao acesso à literatura e ao estudo, a Fundação produz livros didático-pedagógicos, paradidáticos, literários e obras específicas solicitadas pelos deficientes visuais, impressos com o alfabeto Braille. Livros e revistas falados ou no acesso digital acessível (com até cinco níveis de ampliação da tela do computador) também garantem outras opções de fornecimento de informações para os deficientes visuais.

FIGURA 9: *Exemplares das revistas Veja e Claudia gravadas em Cd, no formato de MP3.*
Fonte: Cedidas por um dos entrevistados.

Também faz parte da missão da Fundação, o atendimento especializado e gratuito ao deficiente visual e toda a sua família. Essa assistência pode ser usufruída por todas as faixas etárias, fornecendo tratamento adequado às suas necessidades e proporcionando condições para um desenvolvimento pleno, considerando-se o seu potencial individual e as condições sociais, educacionais e econômicas, visando à sua inclusão social. O atendimento é realizado por meio de programas individualizados e tem como objetivo a independência do deficiente visual em todos os ambientes em que está inserido. Esse trabalho é desenvolvido por uma equipe interdisciplinar que integra as seguintes áreas: Serviço Social, Psicologia, Pedagogia, Fisioterapia, Professores de Orientação e Mobilidade, Terapia Ocupacional, Ortóptica e Oftalmologia.

Três programas de atendimento fornecem o suporte ao deficiente visual, de acordo com as suas necessidades e faixa etária, sendo ele: Reabilitação Visual, Educação Especial e Reabilitação. Na Reabilitação Visual, ocorre inicialmente uma avaliação para se conhecerem as condições psíquicas, sociais, pedagógicas e oftalmológicas do sujeito. Faz parte desse programa também a Clínica de Visão Subnormal, onde procedimentos técnicos específicos para as pessoas com baixa visão são ensinados para o melhor aproveitamento do resíduo visual. A Educação Especial está voltada para a faixa etária de 0 a 16 anos e oferece condições favoráveis à aprendizagem e à adaptação social, incluindo orientações para a família e a escola. O Programa de Reabilitação contém três subprogramas que são:

1) Reabilitação integral: Procedimentos para o resgate das funções prejudicada e diminuição das dificuldades na realização de tarefas. São incluídas nessa

etapa: comunicação, orientação e mobilidade, atividades da vida diária, fisioterapia, psicologia e serviço social.

2) Reabilitação especial: Procedimentos voltados para pessoas com independência parcial ou não e/ou pessoas idosas, atendendo às necessidades específicas e de acordo com os interesses e o momento de vida de cada um.

3) Reabilitação profissional: Conjunto de medidas de avaliação, orientação, adaptação e emprego, para a integração do deficiente visual na sociedade através do desempenho em uma atividade laboral condizente com as suas necessidades e potencialidades.

Dados do ano de 2007 demonstram que na população total atendida pela Fundação existe uma maior prevalência de baixa visão (889 casos), contra 228 casos de cegueira e 35 casos inelegíveis. A faixa etária de 60 anos ou mais apresenta 284 sujeitos e a maioria deles apresenta baixa visão (251 casos).

As principais patologias determinantes de cegueira e de baixa visão são a retinopatia diabética e a degeneração macular relacionada à idade. Esse dado discorda de dados mundiais que foram divulgados pela Organização Mundial de Saúde em 2002, demonstrando a catarata como principal causa de cegueira. Uma pesquisa recente realizada em São Paulo também demonstrou a catarata como principal determinante de limitação visual e cegueira (RESKINOFF ET AL., 2004; ARAUJO FILHO ET AL., 2008).

A Fundação pode representar uma alternativa para aqueles que perderam totalmente ou parcialmente a visão. Ao frequentar as atividades oferecidas, o deficiente e os familiares recebem o suporte para enfrentar as mudanças que ocorrerão em suas vidas. Essa rede de suporte torna-se não apenas um espaço para discussão de angústias ou de aprendizado de novas técnicas de realização das atividades rotineiras, mas também significa uma oportunidade de sociabilização e integração com pessoas que apresentam as mesmas dificuldades.

É necessário salientar que apesar de a pesquisadora ter sido recebida de forma acolhedora na fundação, com vários profissionais dispostos a auxiliar na procura de sujeitos para as entrevistas e no fornecimento de informações, o acesso

aos prontuários dos sujeitos entrevistados foi restrito, em função das normas internas da instituição. Portanto, todas as informações aqui relatadas e discutidas foram fornecidas pelos próprios sujeitos, durante as conversas iniciais e entrevistas.

4.2 SETE VISÕES

Após a fundamentação da pesquisa nas fases anteriores, iniciou-se a transcrição das falas dos sete sujeitos, sendo garantido o seu anonimato através do uso das iniciais dos primeiros nomes. Portanto, os sujeitos da pesquisa são: *A*, *B*, *E*, *J*, *M*, *S* e *T*.

O perfil da população idosa da FDNC não permitiu que a pesquisa fosse realizada nos termos estabelecidos previamente. Tanto a exigência da idade, quanto do tempo de convivência com a deficiência não puderam ser cumpridas. Apesar de ter tomado um rumo um pouco diferente, seguiram-se os planos iniciais de análise e foi possível entender um pouco mais sobre o envelhecimento do idoso com deficiência visual.

Durante uma semana de dezembro de 2008, foram sendo colhidas sete visões sobre o envelhecimento com deficiência visual de sete pessoas que, por não se precaverem, por falta de esclarecimentos médicos ou por infortúnios da vida, desenvolveram uma deficiência visual. Esses sujeitos nasceram “videntes”, desenvolveram-se em um mundo de forma e cores e ao envelhecer estão sendo obrigados a se readaptar a uma nova situação sensorial.

A Tabela 1 demonstra a caracterização esquemática dos sujeitos, seguindo as variáveis sociodemográficas.

TABELA 1: *Caracterização sociodemográfica dos participantes da pesquisa*

Sujeitos	Idade	Sexo	Naturalidade	Escolaridade	Fonte de Renda
T	F	65	São Paulo	Ensino Fundamental Incompleto	Aposentadoria
E	F	66	Sergipe	Ensino Fundamental Incompleto	Aposentadoria
J	M	66	São Paulo	Graduado em Química Industrial e Administração	Aposentadoria
S	M	75	São Paulo	Ensino Médio Completo	Aposentadoria
B	F	76	Portugal	Ensino Fundamental Incompleto	Aposentadoria
M	F	78	São Paulo	Ensino Médio Completo	Aposentadoria
A	F	83	São Paulo	Ensino Fundamental Completo	Pensão

Fonte: Elaborado pela autora. Jun. 2009

Dois homens e cinco mulheres com idades variando entre 65 e 83 anos foram os responsáveis por dar voz aos idosos com deficiência visual. Todos moram na cidade de São Paulo, porém apenas cinco são naturais desta cidade. Uma das entrevistadas é portuguesa e a outra é sergipana, mas reside em São Paulo há 49 anos. Seis dos entrevistados são aposentados. A única que não é recebe uma pensão, uma vez que nunca trabalhou formalmente. Dos sete, apenas dois conseguiram concluir o segundo grau do ensino médio e somente um deles apresentou um nível de escolaridade mais alto, com duas graduações: Administração e Química Industrial. O restante cursou até o primeiro grau do ensino fundamental e apenas um conseguiu concluir esta etapa.

A Tabela 2 diferencia os sujeitos com relação às características da deficiência visual.

TABELA 2: *Caracterização dos participantes da pesquisa com relação à deficiência visual*

Sujeitos	Tempo De Deficiência (em anos)	Deficiência Visual	Frequenta FDNC
T	18	Baixa Visão	Sim
E	8	Baixa Visão	Sim
J	7	Baixa Visão	Não
S	10	Cegueira	Sim
B	3	Cegueira	Sim
M	9	Baixa Visão	Não
A	20	Baixa Visão	Não

Fonte: Elaborado pela autora. Jun. 2009.

Um homem e uma mulher apresentam cegueira total e o restante apresenta graus variáveis de baixa visão. Os quatro sujeitos que frequentam a Fundação regularmente estão inseridos no Programa de Reabilitação, e foram entrevistados na própria Fundação, em uma sala vazia destinada à realização de fisioterapia. Os outros três se recusaram a participar das atividades propostas pela Fundação, por não desejarem ou por dificuldades de locomoção. As entrevistas desses três sujeitos foram realizadas em seus domicílios.

Como já foi explicado, uma das limitações da pesquisa foi encontrar sujeitos com o tempo de convivência com a deficiência visual maior ou igual a 10 anos, de acordo com o critério estabelecido. Foi necessário um ajuste e dos sete entrevistados apenas três obedeciam a esse critério, convivendo com a deficiência há 20 anos (*A*), 18 anos (*T*) e 10 anos (*S*). *M*, *E*, *J* e *B* convivem há 9, 8, 7 e 3 anos respectivamente.

Dos cinco entrevistados que apresentam baixa visão, três (*A*, *M* e *J*) não demonstraram, em um primeiro momento, a presença de limitação visual. Coincidentemente, foram os mesmos que me receberam em seus domicílios e talvez por essa razão apresentavam desenvoltura na locomoção. Porém, durante a conversa indícios de perda visual foram sendo relatados e revelados por ações dos entrevistados. O primeiro indício foi a necessidade de auxílio para assinar o Termo

de Consentimento Livre e Esclarecido, observado em todos os entrevistados, inclusive naqueles que aparentemente não apresentavam deficiência visual. Depois, com o decorrer da conversa foram revelados fatos da vida de cada um como: não conseguir manusear o controle remoto da televisão, intolerância à claridade e dificuldades ou até mesmo incapacidade para ler, visualizar uma peça de teatro ou dirigir.

Durante as transcrições foram percebidas duas grandes categorias de análise: envelhecimento e deficiência. Esta divisão foi realizada apenas para fins de organização, porque contidas nelas estão várias outras ”subcategorias” ou assuntos discutidos que muitas vezes se repetiram ou se entrelaçaram. Essas subcategorias foram surgindo baseadas nas perguntas contidas no roteiro desenvolvido previamente ou foram aparecendo espontaneamente de acordo com o desenrolar das conversas. Para uma melhor compreensão, a Tabela 3 dispõe essas subcategorias:

TABELA 3: *Subcategorias presentes no texto*

Categoria	**Subcategoria**
Deficiência visual	**Causas da deficiência visual** **Importância da prevenção** **Adaptação a deficiência visual** **Dependência/independência** **Uso da bengala** **Família** **Amizades/relações sociais** **Importância da FDNC**
Envelhecimento	**Espanto inicial** **Envelhecimento/deficiência visual/ Dependência** **Envelhecimento físico** **Percepção do envelhecimento** **Família** **Relações intergeracionais** **Medo** **Frustrações** **Projetos de vida**

Fonte: Elaborado pela autora. Jun.2009.

A seguir, encontram-se alguns trechos das conversas e cada parágrafo é norteador de uma subcategoria citada anteriormente. A seguir, eles falam da deficiência visual:

> [...] Iniciei com baixa visão e em 2005 acabou tudo. Tudo! Não vejo nem vulto! (*B*, 76 anos).
>
> [...] Até 2000 deu para eu trazer a minha vida, assim, normal que eu falo pra mim, né?Aí depois de 2000, eu comecei a sentir que cada vez parece que tava ficando escuro na minha vida (*E*, 66 anos).
>
> Hoje em dia não vê nada. Fica tudo cinzento assim, tudo cinza, meio esbranquiçado. É a mesma coisa de você tampar a visão, né? Pronto, é isso que você é (*S*, 75 anos).
>
> Ainda, graças a Deus, eu enxergo um pouco. Eu consigo ver tudo, mas não com nitidez. A claridade me faz mal para a visão, me atrapalha mais ainda há visão (*A*, 83 anos).
>
> [...] em 88 eu tinha perdido o lado direito e o lado esquerdo perdi também em 90 [...] O lado esquerdo tem um pouquinho que enxerga e eu estou tratando o direito [...] minha vista é muito enjoada. Eu pintava cabelo, mas minha vista não gosta de cheiro de tinta, não gosta de sol, não gosta de frio (risos) (*T*, 65 anos).
>
> [...] em 99 eu já trabalhava mal, já sentia dificuldade, de vez em quando saia alguma coisa errada. De lá para cá realmente passei por várias fases. Fases ruins (*M*, 78 anos).
>
> Eu acho que foi mais ou menos aos 58 anos que isso aí começou. Começou a visão a ficar embaçada. As letras ficavam como uma onda, começava a ler e a frase ficava ondulada, aí chegou um tempo que não dava para ler mais (*J*, 66 anos).

Devido à impossibilidade de acesso aos prontuários, a determinação dos diagnósticos dos sujeitos foi limitada. Alguns deles conseguiram relatar com precisão a causa da deficiência, porém outros, mesmo após insistência na pergunta, não souberam responder com precisão o que causou as suas limitações.

> Eu não tenho um diagnóstico único, esse é que é o problema porque quando eu fui na Escola Paulista, eu fui examinado lá por uns 3 ou 4 professores e ninguém foi claro. Aí na Fundação, o doutor falou que tenho a visão subnormal que é um problema da retina (*J*, 66 anos).
>
> [...] Isso se chama degeneração da mácula. É uma coisa que vem com a idade e por enquanto não existe nenhum tratamento (*M*, 78 anos).
>
> É, eles falaram que é degeneração da mácula, né? (*A*, 83 anos).
>
> [...] depois que eu vim aqui no HSP que ele falou que meu caso já praticamente não tinha mais...já num (pausa)... Falou que era negócio da diabetes, né? É retinopatia diabética. Todos os meses foi passando e cada vez piorando (*S*, 75 anos).

> Eu tenho glaucoma e tenho retinose e eles fala que não tem cirurgia, né? [...] aí eu comecei assim a caminhar, a fazer tratamento no Hospital São Paulo (pausa)...Aí eles já me desenganaram, falaram que não ia ter assim cirurgia (*E*, 66 anos).
>
> A minha deficiência visual, ela começou em 2004 e (pausa)...Eu nasci com um problema, que eu não lembro agora o nome da doença, mas com exames bem profundos na clinica oftalmológica de Santana com o Dr. Jorge, falaram que foi uma infecção que minha mãe teve na gravidez (*B*, 76 anos).

Duas entrevistadas destacam fatos de suas vidas pessoais como determinantes do agravamento da perda da visão. Elas relacionam o falecimento de um ente querido e a separação do marido, como marcos em suas vidas, fazendo com que surgissem os primeiros sintomas ou a visão íntegra de um olho começasse a apresentar uma perda.

> [...] Casei com 49, 50 anos, aí meu ex-marido era muito, muito (pausa)...Aí eu disse: vou separar! Aí minha vista esquerda começou a ficar ruim (*T*, 65 anos).
>
> Meu irmão faleceu há 20 anos e eu comecei a ficar com isso e fui tratando com o médico (*A*, 83 anos).

Um dos entrevistados, cego devido à retinopatia diabética, destaca a necessidade e importância da prevenção da cegueira. Neste caso especifico, o idoso apresentava a patologia *diabetes mellitus*, que se não for tratada adequadamente pode levar a repercussões visuais, dentre outras consequências. Por falta de cuidado ou de informação, o idoso desenvolveu a cegueira e demonstra arrependimento pela negligência no tratamento.

> Foi um pouco de descuido. Se eu tivesse um pouco mais de cuidado, talvez eu não tivesse perdido a visão. Teria prevenido, teria cuidado da minha diabetes. Naquela época, não era divulgado, como se divulga hoje, o problema da diabetes. Cinquenta por cento da minha visão eu perdi por conta da diabetes. Eu tomava medicamentos, mas talvez faltou mais cuidado da parte da alimentação. O médico também, foi o médico errado. Hoje em dia tem médico especialista, qualquer lugar que você vá hoje em posto de saúde, os diabéticos têm uma orientação, né? (*S*, 75 anos).

Em algumas falas sobre a deficiência pode-se perceber a necessidade de uma adaptação à nova situação de “não vidente”. Essa readaptação aparentemente vai se adequando à gravidade gradual das deficiências e torna-se uma forma de

enfrentar a limitação, um mecanismo de defesa para não se deixar abater pelas circunstâncias impostas a eles.

> Depois que você tem essa perda assim, você precisa se readequar e não se deixar cair numa depressão (*J*, 66 anos).
>
> E assim vem, devagar, devagar, devagar. Foi muito devagar, quase imperceptível. Eu acho que é o tempo exato que a natureza dá para a gente se adaptar ao que é desagradável, sabe? (*M*, 78 anos).

Um aspecto importante desta readaptação é a perda da independência na realização de atividades rotineiras ou prazerosas. A busca pela independência e a sua valorização foram relatadas várias vezes durante as conversas. Em alguns casos, o medo da dependência pelas limitações da perda visual é somado pelo receio de tornar-se mais dependente pela velhice.

> Você vai tendo que se reformular, reformular a sua vida para se tornar independente ou semi-independente [...] A gente procura se precaver, por isso que eu me trato sempre, você tá entendendo?Porque você depender de alguém, é complicado, principalmente nos dias de hoje. Por isso que eu procuro me tratar, porque eu tive um acidente no tornozelo e fiquei uns 15 ou 20 dias imobilizado, descia a escada sentado no chão, ia no banheiro com aquela dificuldade. Então eu já experimentei essa coisa (*J*, 66 anos).
>
> Faz tempo que eu não consigo mais ler. Nem leio, nem escrevo. Então isso faz com que a vida vá ficando muito vazia, sem nada, nada. Não posso fazer nada praticamente. Porque você não enxergando, sendo uma pessoa que sempre enxergou, está habituada a se movimentar rápido e tudo, fica limitado. É indiscutível que fica. Então você tem um tempo de aprendizado, eu ainda estou no aprendizado, eu ainda não estou com movimentos muito livres nem nada (*M*, 78 anos).
>
> [...] Trouxe bastante limitação, mas (pausa)...Trouxe bastante limitação, realmente! Que era uma pessoa que tinha bastante atividade ainda, que viajava, que fazia tudo Trouxe bastante limitação! [...] Não posso sair sozinha, só com acompanhante, nunca mais viajei. Não tenho vontade de viajar, não tenho vontade de passear porque eu não enxergo! Não enxergo nada!E eu me sinto que (pausa)...Não me sinto bem! (*B*, 76 anos).
>
> Minha preocupação é não depender muito do outro, né? (*T*, 65 anos).

Essa busca pela independência é percebida também quando o assunto é a rotina diária. Sentir-se útil e continuar a realização de atividades domésticas, de autocuidado ou de administração da casa parece ser fundamental para a vida dessas pessoas. Todos recebem ajuda de pessoas que enxergam (familiares ou empregados) em alguma atividade rotineira, porém as atividades que realizam independentemente são valorizadas e descritas com detalhes.

> [...] Ela me ajuda só na cozinha e na limpeza da casa. Eu troco minhas roupas, eu arrumo minha cama, eu tomo banho sozinha, tomo os meus remédios. Eu sei onde está as minhas roupas [...]Conheço tudo onde está e ninguém pode mexer. Quando mexe eu já (pausa)...ou quando tem alguma coisa fora do lugar, eu chamo ela. Eu sei onde ponho tudo, sei a cor da roupa, mas não que eu enxergo (*B*, 76 anos).
>
> [...] trocar a roupa...é claro que ela que tem que me dar. Mas eu sei onde estão as coisas, né? Banho eu já sei. A toalha depois que eu tomo, penduro a toalha. As minhas coisas, tudo assim de uso pessoal, né? Loção, *shampoo*, escova de dente, aparelho de barba, tudo isso aí eu sei onde está. Sempre fica no mesmo lugar, se alguém mexer, eu já sei que alguém mexeu (*S*, 75 anos).
>
> Eu acho assim: a gente é que faz bicho de sete cabeça, que não existe. Quando você quer, você quer enfrentar, você vai, você consegue.Se você tem vontade e força de vontade, você consegue andar, se virar, comprar suas coisas.Eu fui na Pernambucanas essa semana, comprei meu liquidificador, microondas, assim, sabe? [...] As atividades de casa eu faço. Isso aí eu tiro de letra. É devagar porque não é como todo mundo que enxerga que a gente vai fazer rápido. Eu limpo a minha casa, eu passo aspirador, eu tiro o pó, eu passo pano na casa, lavo os banheiros, os azulejos, subo na cadeira, cozinho, eu faço mistura, eu lavo roupa, eu passo a roupa, eu ligo a máquina, eu tomo banho sozinha (*E*, 66 anos).
>
> Minha irmã trata de tudo que é meu, mas eu saio de manhã deixo meu quarto arrumado, minha roupa pendurada, meus sapatos limpos e arrumados. As minhas coisas pessoais eu ainda cuido, quase todas. Não lavo uma roupa, não passo, isso tudo precisa que ajude e minha irmã ajuda muitíssimo[...]E eu faço questão, por exemplo, anteontem fui pagar várias contas. Fui sozinha. Eu vou no caixa do banco, explico para ela que eu tenho dificuldade e...(pausa) (*M*, 78 anos).
>
> [...] Eu tinha esse motorista de minha sobrinha que me levava. Eu fazia as compras, pagava. Ela antigamente fazia para mim. Depois eu falei: 'Não, eu prefiro eu mesma fazer porque não compro em quantidade.' Eu vou, mas agora não tem mais ele porque como ele não é motorista mais da minha sobrinha, eu tenho que pagar o dia dele. [...] Então eu vou por exemplo, eu vou na parte da manhã, que não tá muito sol, procuro ir, voltar e pego um menino lá do supermercado e eles trazem para mim (*A*, 83 anos).

Para três sujeitos, o uso da bengala foi determinante para a conquista de mais independência. A mobilidade com a bengala faz parte do processo de reabilitação em que esses sujeitos estão inseridos na Fundação. Eles são incentivados a se adaptar ao uso desse dispositivo de auxílio à marcha, para melhorar a orientação espacial e aumentar a independência, tanto em seus domicílios quanto na Fundação e em ambientes externos também, como ruas e metrôs. Porém, andar com uma bengala foge do padrão de normalidade, podendo causar vergonha por medo do que as outras pessoas vão falar ou por medo de tornar-se o foco da compaixão de alguém.

> [...] Tinha uma senhora que não aceitou a filha com bengala, não leva a bengala em lugar nenhum. Não leva a filha em lugar nenhum porque tem vergonha que a filha anda de bengala. Graças a Deus, meu filho aceita eu, leva em todo lugar, me chama para ir em todo lado, com bengala ou sem bengala. Já fui até em casamento com ele com bengala (*B*, 76 anos).
>
> A bengala me dá independência e muita confiança. Você não anda com medo. A primeira vez que eu saí na rua, nossa, tremia [...] E aqui na Fundação, você andando com a bengala, parece que ela é um prolongamento da sua mão, você vai batendo tanto no chão, quanto nas paredes, nos postes (*S*, 75 anos).
>
> [...] Aí comecei a vir, passei na fisioterapia, na psicologia, na assistente social, aí chegou a hora da bengala (risos). Para mim enfrentar a bengala, não vou dizer que foi fácil. Não foi! Eu achava uma coisa assim, meia esquisita. Mas eu acostumei. Ia, vinha, ia, vinha [...] Aí na hora que a professora mandou: 'ó, a partir de hoje, você vai andar de bengala na sua casa, todo lugar que você for, você vai de bengala.' E eu para enfrentar o pessoal da minha rua? Eu tinha vergonha. Ninguém nunca tinha me visto com a bengala. Aí falei: 'eu vou fazer caminhada, sozinha'. Aí um dia eu peguei a bengala, pus embaixo do braço e desci, quando eu chegava lá embaixo que eu ia abrir a bengala porque ninguém me conhecia na outra rua, né? Mas pela minha surpresa, um certo dia, eu vinha vindo e tinha um monte de mulher que ia fazer ginástica lá não sei aonde, as mulher tudo da minha rua. Aí quebrou, quebrou aquele negócio que eu tinha, sabe? Aí me deu aquela força, aí pronto, acabou, quebrou aquele encanto. Aí todo dia eu saio com a minha bengala, vou fazer a minha caminhada, me viro sozinha. Agora não, agora pode ser o rei, que eu não estou nem aí, vou embora. Ando com a bengala, ando com meu marido, porque ele não teve preconceito nenhum, porque tem homem que tem, né? Pra andar com uma mulher com bengala. Eu ando com ele com a bengala, vou para todo canto, vou para o banco, vou para o mercado, vou para todo canto (*E*, 66 anos).

A família é considerada como peça-chave nesse processo de manutenção da independência e autonomia. Esposas, maridos, irmãs, filhos e outros familiares são obrigados a se readaptar também para enfrentar as novas demandas requeridas pelo idoso com deficiência visual. O choque de ver um ente querido sofrendo com uma perda física e/ou a necessidade de mudanças na rotina e na forma de tratá-lo podem gerar conflitos para todos.

> Agora o que eu posso fazer é quando o meu filho vem me buscar em casa (pausa)...Eu tenho um filho, mas ele trabalha, é advogado [...] Eles me aceitaram muito bem, me tratam muito bem, não deixam faltar nada. Não peço nada, mas tudo que eu pedir no alcance deles, eu tenho, tanto o meu filho quanto o meu neto. O meu neto paga a Yoga o ano inteiro para mim (*B*, 76 anos).
>
> No começo, aquela revolta minha, aquela depressão (pausa)...Eu tive problema com eles. Eu não aceitava certas coisas que eles faziam [...] Eu ficava assim meio de lado, eles me deixavam de lado e minha esposa também. Uma época ela ficou (pausa)...Porque agora que eu entendo (pausa)...Tava difícil para todo mundo! (*S*, 75 anos).
>
> O envelhecimento na família é meio complicado, viu? Ou é bem complicado! Porque quando você não tem um braço, aí todo mundo fala:

> ah, ela não tem o braço, tudo bem! Quando você tá normal, aí você fala assim: dá uma lida para mim. Aí vem: 'ah, agora eu não posso, depois eu leio!' (*J*, 66 anos).

Outros trechos das entrevistas demonstram que a causa desse conflito na família pode não ser apenas a deficiência visual. O envelhecimento, nesses casos, contribui para situações de isolamento, descaso, ou até mesmo ruptura com a família.

> Ela, a velhice, traz alegrias e tristezas, viu?A casa vai ficando vazia. Hoje a tendência é o pessoal viver quase que sozinho, os jovens, né? E os que vão vir depois, os adultos também. Então você vai levando uma vida meia isolada, né?E eu não gosto de ficar isolado. Eu até posso ficar, viver aqui e tal, mas não é a minha, não é a minha praia. [...] Hoje eu procuro me precaver muito mais, porque (pausa)...A vida dos filhos também não é a mesma. Você tem que correr atrás, senão você (pausa)...Então eles tratam da vida deles. Eles me dão um apoio assim, de leve, você tá entendendo? (*J*, 66 anos).

> [...] Tem muitos que perdem a família, que às vezes não tão nem aí porque já tá velha mesmo. Para que sair? Para que ficar enchendo a paciência? Tem muitas coisas assim, que quando a gente fica bem velhinho, a gente perde. Perde até o amor das pessoas em volta que acha que a gente porque tá velho não precisa mais de nada, um carinho. Às vezes tem um filho, uma irmã que vem conversar com você e outros nem enxerga que você tá ali naquele lugar. Tem sim, tem muitas coisas que quando a pessoa tá bem velhinha (pausa)...E também se ela seja rabugenta ninguém chega perto dela. (*E*, 66 anos)

> Ah as pessoas minha filha (pausa)...Você ainda é moça (pausa)...As pessoas deixam de te procurar! Ninguém te procura mais quando você é pessoa de idade (pausa)... A não ser que queira um favor. Senão ninguém mais vem! [...] A minha família se resume nessa cunhada que ficou viúva, esse filho (da cunhada) que mora em Peruíbe, esse outro meu sobrinho que é dentista e que a mulher trabalha numa agência de publicidade, tem o sobrinho neto. Tá vendo? Acabou a família! Os primos não procuram (*A*, 83 anos).

Um dos entrevistados enfatiza conflitos na vida conjugal após a aposentadoria e fala sobre a necessidade, não compartilhada pela sua esposa, de uma vida sexual ativa, demonstrando que o desejo sexual não minou nem pela presença de uma deficiência, nem pelo envelhecimento.

> Então hoje, existe principalmente nas reportagens que eu ouço na Veja, existe hoje muita separação entre o pessoal de 65 anos, da minha idade, você tá entendendo? Porque, vamos supor a minha esposa: três filhos aqui nessa casa, eu trabalhando de dia, de noite, correndo para lá e para cá. Quantas horas eu ficava em casa? Cinco horas? Dormia quatro, conversava uma. Aí de repente você tem um homem em casa o dia inteiro, você tá entendendo? É uma outra coisa. Ela criou o ambiente dela, ela faz pintura, faz num sei o que, aí eu cheguei. Aí você começa a dar sua opinião, começa a trombar, você tá entendendo? (*J*, 66 anos).

> [...] Hoje tem o Viagra, você tá entendendo? Então as coisas vão mudando na parte do amor, do sexo entre os casais, o que a mulher às vezes não vem preparada de lá ou às vezes a mãe dela era do sistema antigo. Então é uma salada, viu? Não é muito fácil, não. (*J*, 66 anos)

Alguns entrevistados destacam também as relações com pessoas que não são da família. Dois destacam o afastamento de antigas amizades. Um deles relata que os próprios amigos brincam de forma desagradável, aproveitando-se da sua deficiência visual. Uma das entrevistadas afirma que as amizades são importantes para manter formas de lazer. E outra levanta a questão de a deficiência ou o envelhecimento interferirem nas relações com as vizinhas.

> Tenho amizades, mas também é complicado porque hoje tá cada vez mais difícil as pessoas convidarem umas para irem nas casas dos outros porque envolve gastos. Então vai restringindo (*J*, 66 anos).
>
> As amigas antigas se afastou agora tudo de mim (*B*, 76 anos).
>
> E tem muitas brincadeiras do pessoal encostar o dedo em você sem avisar, aquilo num (pausa)... Aí você tá com uma sacola e o pessoal puxa a sacola brincando e não sabe nada do que tem por dentro da gente, né? Geralmente quem faz isso é os amigos (*S*, 75 anos).
>
> E tem muitos amigos da minha irmã, sobretudo os que vêm com frequência, né? Tem amiga que vem buscar a gente para jantar, vem buscar a gente para sair e me levam junto, eu vou, a gente vai (*M*, 78 anos).
>
> Eu não tenho muita amiga lá onde eu moro. Tem gente que eu não sei se é por causa da minha deficiência. Tem umas três ou quatro que conversam comigo, as outras passam parece que nem me vê. Eu acho que quando a gente vai ficando velha, a gente vai perdendo esse lado das pessoas ligar para você, das pessoas passar e nem te cumprimentar. Tem gente que é (pausa)...Não todas, né? Mas tem gente que é egoísta,que acha que a pessoa que tá velha, que tem uma deficiência não é gente (*E*, 66 anos).

Para aqueles que frequentam a Fundação, uma das principais vantagens encontradas nesse local é a possibilidade de conhecer pessoas com os mesmos problemas e sentimentos em relação à deficiência. Esses encontros solidificam laços de amizades entre os deficientes visuais, promovendo uma possibilidade de relações pessoais e diminuindo o isolamento social.

> [...] O que eu estou arranjando é amizades de deficientes igual a mim. Uns estão aqui e outros já saíram da Fundação, que eu conheci. Tem um senhor que é meu amigo, a esposa dele, que ela enxerga. São amigos meus, a gente se telefona. Tem um amigo meu também que se formou aqui, fez aqui e agora é massoterapeuta formado, dá massagem, trabalha em uma empresa e é muito meu amigo, me dá muito apoio. E quando eu perdi as amizades, que eu acho que não seria amizade, porque amizades não poderiam deixar (pausa)...Eu estou conseguindo amizades com o mesmo

> problema meu, a gente se entende, a gente conversa, sente a mesma dor. (*B*, 76 anos)
>
> [...] Conheci bastante gente, fiz amigas. Domingo mesmo nós fizemos um piquenique lá para o lado do Pico do Jaraguá, aí brinquemos de amigo-secreto, cada um tirou um e domingo dia 14 vai haver outro churrasco. Eu acho que a mais velha sou eu, a que tem perto de mim tem 51 e tem mais uma quase da minha idade (*E*, 66 anos).
>
> Eu fiquei muito tempo sem conversar com as pessoas A pessoa que enxerga é uma conversa completamente diferente da nossa, de quem não enxerga, entendeu? Então eu queria saber dessas pessoas que vem aqui (na FDNC), o que eles sentem também. Porque eu não sabia.Será que todo sentimento que eu sinto, será que é só eu que sinto isso aí ou a pessoa que é deficiente também tem o mesmo sentimento, o mesmo problema em casa, né? Agora vindo aqui, a gente conversa muito, principalmente quando a gente passa na psicóloga, na assistente social, que aí quando tá em grupo, né? Todo mundo começa a expor e você fala: 'poxa, não é só eu, né? O pessoal também tem o mesmo problema que eu'. Não estou sozinho, né? Todo mundo tem o mesmo problema. Isso é uma coisa que me ajudou muito. E agora a gente entende melhor das outras partes, né filha? (*S*, 75 anos).

Outro benefício relatado pelos frequentadores da Fundação é a melhora da autoestima e da autoconfiança. A entrada na Fundação parece ser um "divisor de águas" para os entrevistados que relataram esse benefício. Eles falam do antes e do depois, relatando que "o antes" seria o período de depressão e de isolamento e "o depois" seria um renascimento, a abertura para novas possibilidades de relacionamentos, de lazer e de aprendizado.

> Ela me deu tudo que eu esperava. Se não tivesse sido ela, eu acho que eu não tava mais do jeito que eu estou. Depois que eu comecei aqui, eu tenho vontade de me arrumar, tenho vontade de cortar cabelo, tenho vontade de me passar creme, tenho muita assim aquela vontade de viver, parece que eu renasci outra vez [...] Eu acho que eu se eu não tivesse conhecido aqui, eu não estaria fazendo o que faço hoje, de ir no supermercado, de ir nas lojas Eu acho que se eu não tivesse conhecido aqui, eu acho que estava muito (pausa)...Tava encostada! Agora como eu te falei, parece que eu renasci outra vez (*E*, 66 anos).
>
> Para mim foi uma importância muito grande porque quando eu perdi a visão, eu fiquei em casa, eu não saia de casa, eu não falava com ninguém. Foi quase um ano e meio e depois eu tive vontade de fazer yoga também e voltei para cá e graças a Deus não tenho vergonha de andar de bengala. Tinha vergonha da pessoa me ver que eu não enxergava, que eu apalpava as coisas, mas hoje em dia não tenho. Porque eu estou vendo as pessoas aqui igual a mim, estou lidando com pessoas com o mesmo problema, e outros ainda maior do que o meu. Então o papel daqui foi muito bom e foi muito útil para mim (*B*, 76 anos).
>
> Ah, me deu tudo assim, me deu a confiança, em casa, com o relacionamento com meus filhos com tudo, porque praticamente para mim perder a visão (pausa)...Foi praticamente, eu acho que caiu o mundo para mim, né? Eu tava numa situação que eu falei: 'Acabou tudo para mim'. E

> hoje em dia não, eu já tenho vontade de sair, de sair muito. Aniversário dos parentes tudo, eu não ia. Dos meus sobrinhos eu não ia. Fim de ano, todo mundo ia e eu ficava em casa sozinho. Não tinha vontade, né? (*S*, 75 anos).

Falar sobre o envelhecimento pareceu ser uma novidade para a maioria dos entrevistados e alguns chegaram até mesmo a demonstrar reações de espanto quando perguntados sobre o assunto. Outros pareciam não saber o que responder. Foi preciso que algumas vezes fossem instigados com outras perguntas sobre o envelhecimento, até mesmo fora do roteiro predeterminado, para se conseguir que o assunto fosse aprofundado na conversa. Algumas falas iniciais, logo após as primeiras perguntas sobre envelhecimento e velhice demonstram isso:

> Agora não está pensando muito nisso, não (silêncio)... (*T*, 65 anos).

> [...] Então eu acho que eu num (pausa)... Eu não ponho esse negócio assim de eu ficar velha. O que eu vou fazer quando ficar velha?. Eu não ponho isso na minha cabeça. Eu sei que eu tenho idade, mas eu ainda não percebi que eu estou ficando velha! (*E*, 66 anos).

> (risos)...Não, é claro. É claro pela idade, né? Quando eu vi, eu já tava com 50 anos e falei: 'nossa!'. Mas agora, num (pausa)... (*S*, 75 anos).

> Meu envelhecimento? Em que sentido? (*M*, 78 anos).

Em cinco entrevistas foi percebida uma necessidade de falar da deficiência visual em si. Mesmo quando os rumos das conversas mudavam para o assunto "envelhecimento" ou quando a pergunta " Como está sendo o seu envelhecimento?" era introduzida, os entrevistados invariavelmente desviavam as respostas para a limitação própria da perda visual. O envelhecimento com deficiência visual é percebido como limitante de atividades de rotina, de lazer e laborais ou como uma busca incessante por assistência médica.

> Olha, eu acho que agora, tá assim normal, né? Tô seguindo. O problema é porque a gente sendo deficiente visual, que depende dos outros, é meio complicado a velhice, porque muito tempo é correndo atrás de médico. Então é meio complicado. Eu acho que não seria, se eu tivesse assim, sem a deficiência visual (*S*, 75 anos).

> Eu não percebi que estava envelhecendo. Eu já estava! (risos)...Quando eu percebi algo estranho com a vista, que eu pensei nisso. Eu ia fazer cálculos, enxergava mal, errava números. Foi aí que eu comecei a perceber que eu estava limitando, mas eu ainda tinha muita energia depois disso. Não parei assim com tudo. Continuei dirigindo, continuei viajando, continuei fazendo muita coisa (*M*, 78 anos).

> Se eu não tivesse perda visual, eu podia tentar me especializar em algum assunto do computador, trabalhar e continuar minha vida profissional numa outra área. Mas assim é complicado, né? Limita muito (*J*, 66 anos).
>
> [...] É mais interno, para mim mesma (pausa)...Eu realmente tenho uma coisa interna, dentro de mim. Por mais que a pessoa diga: 'Ah, você vai aqui, vai ali, você tá bonita, você num sei o que'. Dentro da gente, essa mágoa de perder a visão, ela nunca vai esquecer. A dor é grande! (choro) (*B*, 76 anos).
>
> Só há perdas. Não tem ganhos! O que eu vou ganhar mais? Não tem o que ganhar! [...] Se eu encontrar com as pessoas eu gosto de conversar. Eu gosto. Mas eu agora, eu não vou mais. O que eu vou fazer? Vou num cinema? Que eu não enxergo direito? Cinema é difícil, né? (*A*, 83 anos).

O envelhecimento físico foi bastante enfatizado. Todos relataram mudanças físicas como parte do processo de envelhecer e para alguns essas mudanças foram determinantes para a autopercepção desse processo.

> Depois dos 50, o cabelo já tá na metade, já caiu quase todo. A pele fica mais (pausa)... Vem as rugas, né? E não tem aquela disposição também como antigamente né? (*S*, 75 anos)
>
> Fisicamente eu não estou bem. Eu tenho dores que eu nunca tive antes, que me limitam também de andar. A vista me limita, porque (pausa)...É lógico! [...] Mas aí quando comecei a perceber que para trabalhar não estava dando mais, comecei a me sentir meia, meia mal. Mas tem que ver isso como uma coisa natural, né? Você não pode passar os anos sem que alguma coisa aconteça. Não é doce de coco, não é sorvete de creme (risos)... Mas dá para ir levando (*M*, 78 anos).
>
> Eu estou com problema de coluna. Eu precisaria fazer (pausa)... Eu fui no médico, eu fiz fisioterapia [...] Tem essa senhora da mesma idade, uma vizinha. Ela me pediu para ir no médico. Eu falei: 'Não tem condição. Mesmo pegando um táxi, não tem condições.' Se eu cair na rua, deixo ela cair, não tenho como levantar. Eu sou muito agora assim (*A*, 83 anos).
>
> Estou envelhecendo por problemas que eu tenho. Às vezes não quero nem fazer minha comida (*T*, 65 anos).
>
> [...] Ah, você sabe que eu nem lembro que estou ficando velha, sabe? Eu olho no espelho, tem dia que eu olho aí me acho tão velha! Meu Deus do céu, que rosto que eu estou! Outro dia eu me acho bonita, outro dia eu falo assim: 'Nossa, eu estou tão elegante! (*E*, 66 anos).
>
> Eu acho que meu envelhecimento está sendo bom. Meio complicado, mas bom. Porque como você vai vivendo mais, a sua estrutura corpórea começa a apresentar problemas. Eu tenho problema na vista, no coração. Então como no coração é problema de veia, tem problema de aterosclerose, o joelho tá desgastado. Então hoje eu ando com joelheiras, tá entendendo? Então você acaba tomando uma série de remédios por dia, para se manter em pé, você tá entendendo? (*J*, 66 anos).

A percepção do envelhecimento também foi relacionada a um certo momento da vida em que a vida profissional e familiar se encontrava estabilizada. Um dos

entrevistados relata o que parece ser uma “crise” aos quarenta anos, em que ele começou a perceber que estava envelhecendo por ter atingido um certo patamar de estabilidade financeira e familiar.

> Eu percebi que estava envelhecendo, aos 40 anos, porque o que acontece, você estuda, trabalha, mais uns quatro, cinco anos você tá numa outra posição econômica e social também. Aí passa lá você tá com uns quarenta e pouco e pensa assim: ‘E eu? Como que eu tô nessa história? E eu como que fico?Aí você começa a pensar em você, né? Mas você tem uma família atrás, você não pode falar: ‘ Não, eu quero ir pescar, quero ir fazer uma viagem para num sei aonde, quero fazer um curso no exterior e tal’. Você já tá preso ali, né? Então essa reformulação você vai ter que ir tendo, né? E quanto mais velho você vai ficando, você vai tendo que se reformular (*J*, 66 anos).

Para uma entrevistada que apresenta cegueira total, a questão do envelhecimento físico é limitada pela impossibilidade de olhar-se e avaliar-se ao espelho. Essa idosa se apega bastante à opinião de outras pessoas sobre a sua aparência física e afirma que justamente por não conseguir ver sua imagem, não consegue perceber o seu envelhecimento.

> Eu acho que não percebo. Eu me acho a mesma coisa, a mesma resistência física e tudo que eu tinha há seis anos atrás. Se eu estou, não estou percebendo porque eu não me olho no espelho. Não vejo espelho. Não uso maquiagem. Só uso filtro solar (*B*, 76 anos).
>
> [...] E todo mundo acha que eu estou muito bem. Tanto fisicamente, com doenças. Não tenho nenhuma doença grave. Às vezes a pressão oscila, mas é mais como se diz, é emocional. Então não tenho doença nenhuma, graças a Deus. E dizem que eu estou sempre na mesma. Eu vi um médico em abril, que eu não via há vinte anos e quando ele me viu falou: ‘B, você tá igual! Tá a mesma!’ Então eu não sei, não posso falar do envelhecimento porque agora eu não enxergo (*B*, 76 anos).

As entrevistadas *M* e *B* levantam outra questão importante no envelhecimento que é a convivência com outras gerações. Sobrinhos-netos e netos participam das suas rotinas e a troca intergeracional parece ser uma fonte de alegria, permitindo um maior bem estar.

> Já me senti melhor, já me senti melhor. Eu passo muito bem, durante muito tempo, porque aqui tem uma grande vantagem. Daqui a pouco eles vão chegar. Vem muita criança aí, os netos da minha irmã. E criança dá uma nova vida, né? Eles brincam, eles riem, eles me contam casos e querem jogar futebol comigo. Então eles me dão uma nova vida. Se não fosse eles, eu acho que a minha vida seria muito ruim. Dois de seis, uma de oito e uma de dez anos (*M*, 78 anos).
>
> Quando eu saio com meu filho eu vou em shopping, restaurante, vou num sítio que ele tem na Castelo Branco, por sinal fui agora essa semana. Na

> volta, passamos na casa do meu neto para ver as meninas, porque meu neto tá agora com duas meninas gêmeas. É muito legal pegar elas no colo. Elas tão com oito meses. Uma tá com 7,5kg e a outra com 6,5kg. Elas nasceram prematuras. Bateram fotos. Elas são muito bonitas (*B*, 76 anos).

O medo foi um aspecto explorado por quatro idosos, durante o tempo que conversamos sobre envelhecimento. Esse sentimento parece exacerbar-se pela limitação visual. Um deles relatou medo de sofrer alguma injúria à sua saúde, após o alerta de um médico. Outra relata um medo de solidão, de isolamento social, com o passar dos anos. E duas sentem medo de alguém causar-lhes algum dano, furtando os seus pertences.

> A questão de um ano para cá eu piorei, tava melhor para andar na rua, ia para a cidade, só que hoje (pausa)...Toda vida desde criança eu tive muito medo, medo. E hoje eu estou sentindo muito medo, então quando eu sinto medo eu vou para a cama e me deito, porque eu falo, tá trancada a porta [...] Mas eu sinto medo!Medo, medo, medo [...] Piorou acho que por causa da idade. Às vezes eu quero ir na padaria, cinco e meia eu não saio mais de casa e não vou porque eu tenho medo do escuro. Hoje em dia tem muita gente ruim. Não te falei que minha cunhada foi roubada? (*A*, 83 anos).
>
> Tenho medo do ladrão para roubar. Eu arrumo pessoa para fazer faxina e pessoa geralmente rouba de mim (*T*, 65 anos).
>
> Sentia medo de tropeçar, porque o médico falava: 'Olha pela sua idade, só de você quebrar uma perna, a recuperação vai ser difícil, né? E você não enxergando, aí vai ter mais problemas, então'. Ele falou só para alertar, né? Para tomar mais cuidado. Então você já fica com esse medo, né? Você não tem confiança nenhuma (*S*, 75 anos).
>
> Eu tenho um pouco de medo assim, sabe? Da gente ficar velha e as pessoas te cortarem. É só isso que eu tenho medo (*E*, 66 anos).

Quando perguntados sobre os projetos de vida que não foram realizados, alguns idosos relataram frustrações da vida profissional e íntima. Essas frustrações estão relacionadas não apenas a limitação visual, mas também a questões familiares ou financeiras.

> Aos 21 anos eu já tava ganhando um salário que muito pai de família não ganhava. Aí depois de um tempo eu conheci a minha esposa e tal, a gente casou. Ela foi se formar professora de português e aí eu comecei a fazer administração de empresas. Mas se eu tivesse tido condições financeiras e tudo, eu ia fazer uma Getúlio Vargas, ia participar de algum cargo político ou público. Então, se eu pudesse reformular a minha vida hoje, eu seria um político, você tá entendendo? (*J*, 66 anos).
>
> Gostaria de ter ido para Nova York. Para a Itália eu fui, para a Inglaterra eu fui. Para tanto lugar! Fui para Miami, fui para (pausa)...Todos os lugares aí eu fui. Agora não tem mais. É muito caro, né? [...] É mais por uma questão

> financeira, porque se tivesse condições, pagaria para uma outra pessoa ir comigo, né? (*A*, 83 anos).
>
> Eu acho que mais foi o estudo. Eu não estudei lá onde eu nasci. Vim estudar aqui, né? Eu cheguei a fazer o terceiro ano, mas eu ia na aula, eu estudava muito, para mim era muito difícil. O pouco que eu aprendi é o que eu sei. A professora passava as coisas na lousa e eu não conseguia ler, nem copiar (*E*, 66 anos).
>
> Tenho, tenho muitos. Eu gostava muito de mexer na cozinha, de fazer uma refeição. Essas coisas assim de tem que fazer um jantar, um almoço eu gostava. Então o meu sonho era ter uma lanchonete para fazer lanches assim bem incrementados, diferenciados dos outros [...] Era um projeto de vida uma hora ter uma lanchonete (*S*, 75 anos).

Dois idosos falam explicitamente da realização pessoal em suas vidas. Um deles afirma que como está impossibilitado de enxergar, o sonho de ver o casamento dos filhos, o crescimento dos netos será impossível. A outra diz que apesar de ser uma pessoa realizada, poderia ter feito mais na sua vida profissional, mas não consegue definir o que poderia ter realizado.

> Não, porque a perda visual praticamente não me deixou realizar tudo que eu queria, né? Porque o sonho da gente foi ver os filhos casados, ver os netos, tudo, né? Coisas que eu não vou conseguir e isso aí me deixa um pouco frustrado, né? De não poder enxergar essa parte, né? (*S*, 75 anos).
>
> Eu sou uma pessoa realizada até o momento em que deixei de ser. Eu sou uma pessoa realizada, mas eu poderia realizar mais. [...] Se tivesse alguma atividade que não me causasse algum incômodo financeiro para ir lá e voltar e que eu pudesse fazer uma coisa ainda hoje, eu gostaria, mas eu não sei o que (*M*, 78 anos).

Ao falarem do futuro, dois idosos demonstram uma visão pessimista, relacionando a impossibilidade de realizar ainda algum projeto de vida pela idade ou por questões financeiras. Uma das idosas relatou que não pensou ainda sobre o futuro, coincidentemente, foi a mesma que disse que não estava pensando muito sobre o seu próprio envelhecimento.

> Se eu fosse jovem, se eu precisasse, por exemplo, eu ia partir para o negócio de emprego, né?Eu ia trabalhar, né? Eu ia fazer computação, Braille, até estudar, mas (pausa)...Pela minha idade, eu não pretendo não (*S*, 75 anos).
>
> Sair um pouco, viajar um pouco. Se eu tivesse uma acompanhante, mas não tenho. Quem vai querer sair com uma velha? Só uma outra velha. Você vê aquelas excursões, você vê aquela velharia todinha, só velharia vai atrás. O público mais jovem é aquele que tá acompanhando porque tá recebendo dinheiro. Você vai ficar doida comigo! (risos) (*A*, 83 anos).
>
> Então eu acho que eu num (pausa)... Eu não ponho esse negocio assim de eu ficar velha. O que eu vou fazer quando ficar velha?. Eu não ponho isso

> na minha cabeça. Eu sei que eu tenho idade, mas eu ainda não percebi que eu estou ficando velha! Como é o meu futuro quando eu ficar mais velha? Eu acho que no dia que eu estiver mais velhinha, com setenta (pausa)...Eu acho que eu vou ser o normal mesmo. Eu acho. De querer viver, de querer usar roupas, de passar creme, cortar cabelo, eu acho que eu não vou mudar isso (pausa)...É de mim, desde pequena que eu tenho isso [...] Olha por enquanto eu ainda não pensei. Não parei para pensar o que eu vou fazer. Eu falava assim, que eu queria estudar ainda, mas eu não sei se vou conseguir. Plano assim para mim fazer, eu não tenho não! (*E*, 66 anos).

Outros relacionam o futuro com a possibilidade de aprendizado, de mudanças de domicílio, de viagens e até mesmo de esperança para conseguir alguma melhora da visão. Esses aparentemente apresentam uma visão mais otimista, revelando um futuro com projetos e uma possibilidade de desenvolvimento pessoal.

> Eu queria tanto aprender a andar com a bengala, aprender a ler. É muito ruim não ler! Cozinhar melhor, fazer exercício melhor. Sempre melhorar. [...] Tem professor que pensa que pessoa de idade não aprende, mas eu quero aprender (*T*, 65 anos).
>
> Estou comprando um apartamento na praia (Santos). Tenho a intenção de passar umas temporadas lá. Não sei se vai dar certo. Vou tentar! Isso é exatamente para tentar me mexer mais nos ambientes, né? (*M*, 78 anos).
>
> A nossa ideia mais adiante é vender a chácara no interior e viajar um pouco, inclusive lá para o Nordeste que eu gosto muito daqueles lados, Natal, Maceió, Bahia. Talvez um dia, vender essa casa. [...] Essa casa tá grande para a gente (*J*, 66 anos).
>
> Eu tenho fé e esperança que (pausa)... Eu estou com um médico particular. A consulta dele é R$ 400,00. Há quatro anos que eu consulto com ele e ele nem me cobra isso. Ele quer que eu vá a cada seis meses ou uma vez por ano. Porque ele tá vendo aí nos congressos e ele acredita que venha alguma coisa aí de fora, para mim, que tem uns estudos na Inglaterra e outros nos Estados Unidos. Isso eu tenho escutado e as pessoas me contam. No Jornal Nacional está sempre dando. Custe o que custar, porque não tem nada que pague a visão (*B*, 76 anos).

Cada entrevistado, dentro do seu universo de significação do envelhecimento, construiu uma visão peculiar desse processo associado à deficiência visual. Todas as entrevistas apresentaram rumos diferentes, com a ênfase do que parece ser mais relevante na vida de cada um. A ausência de percepção do envelhecimento (por não conseguir visualizar a imagem no espelho ou por não “sentir-se” velho), a valorização do envelhecimento físico, a valorização da independência e da autonomia, a perda de uma atividade prazerosa ou laboral, as dinâmicas familiares, as relações de amizade e os projetos de vida (não realizados ou para o futuro) foram alguns dos aspectos relatados por eles e que delineiam um processo de adaptação à deficiência visual e desta deficiência ao envelhecimento.

CAPÍTULO 5:
DESVENDANDO A ANÁLISE DOS DADOS

5. INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo é destinado à interpretação das falas dos sujeitos, havendo um diálogo com o pensamento de alguns autores e trabalhando-se alguns conceitos relevantes para a compreensão do envelhecimento com deficiência visual. Algumas falas expostas no capítulo anterior serão repetidas, para uma melhor compreensão do entrelaçamento entre aquilo que foi dito pelos sujeitos da pesquisa com o referencial teórico utlizado neste momento.

Sete histórias de vida, sete depoimentos, sete visões sobre um processo de envelhecimento peculiar, com especificidades advindas de uma deficiência visual adquirida após a vivência em um mundo de cores, formas, profundidade e luz. Talvez apenas uma conversa de uma hora (uma hora e meia, no máximo) não tenha sido suficiente para resgatar toda a complexidade contida em cada um dos idosos que participaram da pesquisa, mas foi o início para se tentar compreendê-los. Várias questões foram pontuadas pelos sujeitos.

Mercadante (2005, p. 23), apoiando-se na concepção de complexidade de Edgar Morin, afirma que “não há uma resposta simples a ser buscada e, nem tampouco, um conceito-chave, ‘que abra as portas’, que consiga analisar situações psíquica, existencial, social, econômica e política”.

Alguns enfatizaram mais a relação familiar (ou a falta desta), outros as perdas ou ganhos que tiveram ao longo dos anos e outros destacaram temas mais específicos, como relações intergeracionais, necessidade de manutenção da sexualidade, aposentadoria devido à perda visual, medos em geral, projetos de vida frustrados, projetos de vida para o futuro e esperança. Neste capítulo, serão destacadas questões, que, direta ou indiretamente, atingem os sete idosos, ou uma parte deles (por exemplo, os frequentadores da FDNC), e que facilitam a compreensão sobre os seus envelhecimentos.

Ao iniciar a pesquisa de campo, a intenção era compreender e demonstrar que seria possível envelhecer com deficiência visual e manter-se em constante desenvolvimento pessoal, vivendo-se plenamente com essa velhice peculiar. Porém, como a realidade é diferente da teoria, o que se pode observar é que em sete envelhecimentos distintos, nem todos mantêm essa capacidade e que principalmente, a maioria ainda não percebeu o seu próprio envelhecimento.

Dos sete sujeitos, dois são cegos (*B* há três anos e *S* há dez anos) e os outros cinco apresentam baixa visão com tempo de convivência variando de vinte a sete anos. Com o desenrolar das entrevistas, percebeu-se que o tempo de convivência com a deficiência para esse grupo específico não foi fator relevante para quantificar o processo de adaptação a essa situação. Ou seja, aqueles que convivem há mais tempo com a cegueira ou a baixa visão nem sempre foram os mais adaptados ou conformados com a sua situação. Nesse processo, outras questões além do tempo foram sendo agregadas para qualificá-lo, como a perda gradativa ou não da independência física, mudanças nas relações familiares, novas possibilidades de sociabilização (para os frequentadores da FDNC) e adequação quanto às mudanças não visualizáveis na aparência.

A multiplicidade de aspectos que constituem uma vida, independente da idade, deve ser considerada quando se tenta apreender a velhice. Características fisiológicas, dados psicológicos, as relações com o tempo cronológico e o tempo vivido e as interfaces com outros seres humanos são interdependentes e determinam um ser velho único e complexo (BEAUVOIR, 1990). Nesta pesquisa, soma-se à complexidade do processo de envelhecimento a ausência total ou parcial de uma faculdade imprescindível para a percepção do mundo: a visão. Principalmente se o sujeito era “vidente” e tornou-se gradativamente ou subitamente deficiente visual. Os “olhares” aos quais os sujeitos da pesquisa submetem os seus envelhecimentos, mesmo para aqueles que não se percebem velhos, revelam uma necessidade de reajuste a esta situação de não conseguir enxergar. É preciso uma adaptação a um novo tempo de vida que se diferencia do tempo de “vidente” e, concomitantemente a isso, eles vão envelhecendo.

O mecanismo de adaptação parece estar relacionado à qualidade resiliente desses idosos. Mesmo aqueles que não frequentam a FDNC demonstram uma capacidade ou pelo menos uma vontade de seguir adiante, apesar das dificuldades. Para Dell’Aglio, Koller e Yunes (2006), a resiliência, em uma significação psicológica, consiste na capacidade de superação de estresses e adversidades. Os mesmos eventos podem ser vivenciados de formas distintas por pessoas diferentes, havendo a interação de fatores como a idade, o nível de desenvolvimento do sistema nervoso, o gênero, a genética, o contexto cultural e ambiental.

O termo resiliência é derivado de uma propriedade física das substâncias que retornam à forma original após a remoção de uma pressão a qual estejam

submetidas. Para o sujeito que sofre algum tipo de pressão psicológica devido a uma doença, trauma, guerra, ou como no caso desta pesquisa, por uma deficiência, a capacidade de readequação ao novo estado é imprescindível para a sobrevivência. Job. (2000), em seu estudo com trinta idosos sobreviventes do Holocausto, descreve padrões de resiliência, destacando características disposicionais (recursos individuais, como inteligência, boa saúde, autoestima e autoconfiança, dentre outros), relacionais (suporte social, solidariedade, capacidade de comunicação e aprendizagem), situacionais (criatividade, adaptabilidade, coragem, força de vontade, determinação, autonomia e humor), filosóficas e religiosas (sentido para viver, fé, esperança e sorte).

Masiero (2008), em sua dissertação de mestrado *A resiliência em pessoas com lesão medular que estão no mercado de trabalho: uma abordagem psicossomática,* destaca como importantes fatores de enfrentamento da deficiência física adquirida o momento de vida em que ocorre, a história de vida de cada um, as habilidades sociais, os recursos emocionais desenvolvidos, suporte e estrutura familiar e os recursos financeiros disponíveis para a aquisição de aparelhos, medicamentos e tratamentos. Podemos expandir a relevância desses fatores para outros tipos de deficiência, considerando-os importantes aliados no processo de enfrentamento e ressignificação de uma adversidade tanto física como sensorial (como, por exemplo, a deficiência visual).

Alguns desses aspectos foram percebidos ou relatados durante as entrevistas e podem ter contribuído para a luta a favor de uma vida com bem-estar. Porém, antes dessa readequação, alguns relatam momentos de desespero, em que se deixaram abater pela depressão e pelo isolamento. Para os frequentadores da FDNC, o início das atividades na Fundação é considerado como um incentivo para a retomada de suas vidas, uma “injeção de ânimo”. Seja pela possibilidade de reabilitação, com ensinamentos para driblar dificuldades do dia a dia, seja pela disponibilidade de material de lazer (livros em Braille, livros falados, acesso digital) ou apenas pelo espaço de encontro com outros deficientes, a FDNC representa um papel fundamental na vida desses idosos. A oportunidade de sociabilização é percebida como uma forma de conhecer pessoas com os mesmos problemas, da mesma faixa etária ou não, e poder conhecer os sentimentos de outro deficiente em relação à limitação visual e com isso dividir as suas próprias angústias.

> Eu fiquei muito tempo sem conversar com as pessoas A pessoa que enxerga é uma conversa completamente diferente da nossa, de quem não enxerga, entendeu? [...] Agora vindo aqui, a gente conversa muito, principalmente quando a gente passa na psicóloga, na assistente social, que aí, quando tá em grupo, né? Todo mundo começa a expor e você fala: 'Poxa, não é só eu, né? O pessoal também tem o mesmo problema que eu'. Não estou sozinho, né? Todo mundo tem o mesmo problema. Isso é uma coisa que me ajudou muito. E agora a gente entende melhor das outras partes, né filha? (*S*, 75 anos).

A importância na só do contato com outros deficientes, como também oportunidade de conversar sobre os seus próprios problemas, foi enfatizada como um meio para se readequar à nova situação. Sentir-se incluído em um grupo com problemas semelhantes fornece uma melhor compreensão de si mesmo e pode levar a novas possibilidades e estratégias de adaptação. Dessa forma, esse sentimento de pertencimento e igualdade pode amenizar o isolamento social gerado após o início da deficiência visual.

Amiralian (2004, p. 26) destaca sobre esse sentimento de pertencimento:

> O sentimento de igualdade e pertencimento é um local de descanso para o ser humano. Precisamos saber qual é nossa família, nosso clube, nosso país, nossos colegas, enfim, nossos iguais. O sentimento de pertença nos permite identificar qual é o nosso grupo e saber quem são aqueles que podem compreender as nossas dificuldades e alegrias.

Sacks (1996), em *A Ilha dos daltônicos*, ao finalizar a narrativa sobre Pingelap, ilha do Oceano Pacífico em que existe uma grande incidência de pessoas com acromatopsia congênita (daltonismo) devido a causas genéticas que remontam aos primeiros habitantes, faz uma reflexão sobre a afinidade familiar, perceptiva e cognitiva, resultando em entendimento e solidariedade entre as pessoas acometidas, por crescerem e viverem com as mesmas limitações (cegueira para cores, intolerância à luz e incapacidade de enxergar detalhes). O autor também ressalta que por viverem em uma sociedade "acostumada" com a possibilidade de uma deficiência visual, os daltônicos pingelapenses crescem em um meio com conhecimento cultural sobre o seu mundo perceptivo, as suas necessidades e pontos fortes específicos, havendo até mitos locais para explicar a situação (origem do daltonismo pelos deuses, por maldições ou pelo contato com o homem branco). Essa convivência secular com a deficiência em Pingelap consiste em um fator facilitador na sociabilização dos habitantes daltônicos, já que estes foram sempre incluídos na construção cultural da ilha.

Para Guedea et al. (2006), os recursos de enfrentamento de uma situação modificadora na vida do idoso estão associados ao apoio social que lhe é fornecido. A possibilidade de um intercâmbio social recíproco, em que o idoso possa receber e prover um apoio, como ocorre com aqueles que participam das atividades oferecidas pela Fundação, é benéfica para que haja uma maior satisfação com a vida. O papel ativo dos idosos com deficiência visual na Fundação ao prover um apoio ocorre quando há a possibilidade de trocas de experiências com outros deficientes, seja por uma atividade da reabilitação (como os grupos), seja pela iniciativa pessoal com os novos amigos. O papel passivo e ativo na rede social é positivo para a sua readequação ao novo modo de vida.

Ainda para Guedea et al. (2006, p.307):

> Tal constatação permite olhar a velhice com uma perspectiva diferente, pois, em geral, presume-se que o idoso é quem precisa do apoio para satisfazer suas necessidades (Gracia, 1997). Mas os resultados indicam que os idosos que enfrentam em forma direta e re-avaliativa seus problemas, recebem e dão apoio, são os que relatam maior bem-estar. Isso contribui para mudar a concepção do idoso como mero receptor passivo de ajuda, indicando a possibilidade de seu envolvimento bidirecional, dando e recebendo recursos para a promoção do próprio bem-estar.

Ao falarem da importância da história oral, Simson e Giglio (2001, p. 144) usam uma justificativa que pode ser empregada na relevância da participação de idosos em grupos:

> Do ponto de vista psíquico, afetivo, emocional, a pessoa que envelhece só poderá ter a noção de que as informações que dispõe são preciosas, e não um fardo inútil, se seu meio social se interessar por elas, ou seja, se as acolher como interessantes ou úteis; só terá a noção de que suas informações são únicas porque têm sido guardadas na sua memória individual, original, se tiver a oportunidade de partilhá-las com outros detentores de lembranças dos mesmos fatos e épocas. Assim, as pessoas de mais idade dentro de um grupo sociocultural podem afirmar a sua própria identidade, expandir as fronteiras do seu valor, reconhecerem-se como participantes da vida atual do grupo, por meio da memória compartilhada, porque a identidade individual é uma instância que depende do outro.

Debert (2004, p. 151) expõe a opinião de integrantes do Núcleo de Estudos da Terceira Idade da Universidade Federal de Santa Catarina, sobre os grupos de idosos. Essa opinião pode extrapolar os grupos exclusivamente de terceira idade e ser verdadeira também quando se trata de grupos voltados para a discussão da

deficiência visual ou mesmo quando há o contato com outras pessoas que passam pelos mesmos problemas, mesmo que não participem formalmente de grupos.

> Nos grupos de convivência, é comum encontrar-se idosos que, uma vez engajados, assumem atitudes positiva em relação à vida, aceitando de forma sadia os processos de mudança que vivenciam e que ocorrem muitas vezes de forma acelerada e conflitiva [...] O idoso redescobre interesses novos, sente-se estimulado a participar em todas as etapas de sua vida e, com essa postura, tem mais chance de solucionar seus problemas pessoais.

Ainda no campo das relações pessoais, alguns idosos destacam a família como base para suportar mudanças advindas da deficiência e do envelhecimento. O auxílio físico, financeiro e emocional é relatado, na maioria das falas, como fator importante no processo de readaptação e na manutenção do bem-estar. Porém, outras falas abordam uma possibilidade de isolamento e de perda de contato com familiares, agravada pelo envelhecimento. Para os autores dessas falas, envelhecer provoca o afastamento de pessoas queridas, provocando sentimentos de tristeza, revolta e até mesmo a certeza de não poder contar com o apoio dessas pessoas. A ausência de cônjuge ou filhos, atritos conjugais e o distanciamento de filhos adultos que constituíram o seu próprio núcleo familiar parecem ser causas desse isolamento social, relatado por alguns idosos.

Das cinco mulheres, apenas uma (*E*) é casada, as outras quatro são solteiras (*A* e *M*), divorciada (*T)* e viúva (*B*) e nenhuma possui filhos. *T* e *M* recebem o apoio de familiares como irmãos, cunhados e sobrinhos. Apenas nas entrevistas de *E* e *A,* o assunto “afastamento da família” surgiu. *E*, recebe o apoio do marido, mas fala sobre o isolamento social, usando o artifício da segunda e terceira pessoa. *A,* afirma que recebe o apoio de sobrinhos, mas a sua fala revela um distanciamento da família e de pessoas queridas.

> Tem muitas coisas assim, que quando a gente fica bem velhinho, a gente perde. Perde até o amor das pessoas em volta que acha que a gente porque tá velho não precisa mais de nada, um carinho (pausa)... Às vezes tem um filho, uma irmã que vem conversar com você e outros nem enxerga que você tá ali naquele lugar. Tem sim, tem muitas coisas que quando a pessoa tá bem velhinha (pausa)... (*E*, 66 anos).

> Ninguém te procura mais quando você é pessoa de idade (pausa)... A não ser que queira um favor. Senão ninguém mais vem! (*A*, 83 anos).

Apenas os dois homens são casados e têm filhos. Os dois, coincidentemente, relatam momentos de atritos familiares, seja pela necessidade de adequação dos familiares à deficiência, seja pelo envelhecimento e questões que o acompanham como a aposentadoria.

> No começo, aquela revolta minha, aquela depressão(pausa)...Eu tive problema com eles. Eu não aceitava certas coisas que eles faziam [...] Eu ficava assim meio de lado, eles me deixavam de lado e minha esposa também. Uma época ela ficou (pausa)...Porque agora que eu entendo (pausa)...Tava difícil para todo mundo! (*S*, 75 anos).
>
> Então hoje, existe principalmente nas reportagens que eu ouço na Veja, existe hoje muita separação entre o pessoal de 65 anos, da minha idade, você tá entendendo? Porque, vamos supor a minha esposa: três filhos aqui nessa casa, eu trabalhando de dia, de noite, correndo para lá e para cá. Quantas horas eu ficava em casa? 5 horas? Dormia quatro, conversava uma. Aí de repente você tem um homem em casa o dia inteiro, você tá entendendo? É uma outra coisa. Ela criou o ambiente dela, ela faz pintura, faz num sei o que, aí eu cheguei. Aí você começa a dar sua opinião, começa a trombar, você tá entendendo? (*J*, 66 anos).
>
> Então você vai levando uma vida meia isolada, né?E eu não gosto de ficar isolado. Eu até posso ficar, viver aqui e tal, mas não é a minha, não é a minha praia (*J*, 66 anos).

Masiero (2008), ao falar do impacto da deficiência na família, afirma que os familiares também passam por um processo de elaboração de sentimentos e de mudanças na vida diária, devido à necessidade de adequação às novas demandas exigidas. Alves (2007, p. 55), ao discorrer sobre o lugar da família para o idoso, com base nos dados da pesquisa *Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade,* afirma:

> A redução no número de filhos e a instabilidade maior dos laços conjugais observadas hoje entre as gerações mais jovens podem indicar que, no futuro, esse suporte vindo da família nuclear tenha que ser revisto, tanto para os homens quanto para as mulheres. Talvez o percentual de idosos sem apoio ou com apoio de não parentes e não co-residentes aumente. Isso indica que a sociedade e os indivíduos devem se preocupar desde já com a disponibilidade de auxílios não baseados no vínculo conjugal e na parentalidade para as gerações de velhos do futuro.

Para Debert e Simões (2006), a família contemporânea não é mais aquela nuclear do século XIX, em que a base era o núcleo parental e seus descendentes. A plasticidade das práticas sociais e das formas culturais da atualidade vem demonstrando que os arranjos familiares e suas relações não são mais imutáveis. Pais e filhos na modernidade lidam com mudanças e fatores que interferem nas suas

relações cotidianas. O “ócio” de um aposentado, mudanças na configuração do cuidado (necessidade de filhos cuidarem de pais) por doenças ou deficiências, o reajuste a uma situação de maior dependência dos pais, arranjos familiares em que outros parentes são a base do apoio foram citados nesta pesquisa e demonstram as dificuldades vividas e talvez expliquem (mas não justifiquem) o afastamento e atritos citados por alguns dos idosos desta pesquisa.

Outro aspecto ressaltado pelos sujeitos foi a necessidade de ajustamento à perda da independência física, em decorrência da limitação visual. Em algumas falas, foi percebida uma preocupação em não depender tanto de terceiros para a realização das atividades, em outras foram enfatizadas as atividades realizadas independentemente. O envelhecimento surge em algumas falas como um fator amplificador dessa dependência, sendo demonstrado o medo de cada vez mais precisar da ajuda de outras pessoas.

> [...] Porque você depender de alguém, é complicado, principalmente nos dias de hoje (*J*, 66 anos).
>
> Minha preocupação é não depender muito do outro, né? (*T*, 65 anos).

A ênfase na independência foi relatada também pela importância dada ao uso da bengala, incentivado no processo de reabilitação e imprescindível para a conquista de uma maior independência e segurança na realização das atividades. O treino de mobilidade com esse dispositivo ocorre tanto no ambiente da Fundação, quanto em ambientes externos, e os sujeitos são estimulados a integrá-la à sua rotina, o que necessita de um processo de aceitação e adaptação. Apesar de ser uma marca da limitação pela deficiência, demonstrando para os outros que aquele ser é cego ou possui baixa visão, a melhora na mobilidade que a bengala propicia parece ser um fator “libertador” para os seus usuários. A locomoção independente e com o mínimo de riscos é tão enfatizada que um dos sujeitos considera a sua bengala como um “prolongamento da mão”.

> A bengala me dá independência e muita confiança. Você não anda com medo. A primeira vez que eu saí na rua, nossa, tremia [...] E aqui na Fundação, você andando com a bengala, parece que ela é um prolongamento da sua mão, você vai batendo tanto no chão, quanto nas paredes, nos postes (*S*, 75 anos).

Segundo artigo, publicado na revista *Die Gegenwart* (2001), o uso da bengala é relatado desde a Antiguidade como uma forma de apoio e orientação às pessoas cegas. Atualmente, a cor desse instrumento é geralmente branca para facilitar a visualização pelos videntes e seu comprimento, mais longo do que o da bengala usual, depende da altura da pessoa que for utilizá-la. A bengala deve ser utilizada de maneira que fique à frente do corpo, inclinada para baixo e devem ser realizados movimentos pendulares, de um lado para o outro, fornecendo segurança na mudança de passo, durante a caminhada, como uma espécie de braço prolongado para a detecção de obstáculos. A utilização da bengala no dia a dia deve ser treinada e são considerados fatores como: tempo de deficiência, necessidades individuais, idade, características físicas e psíquicas e a atividade laboral.

Em outro momento, *S* destaca o medo de tropeçar e cair por causa da limitação visual. Medo enfatizado por um médico, que o alertou da possibilidade de machucar-se em uma queda e de complicações advindas deste evento devido à sua "idade". Esse receio de cair durante a locomoção e o medo tornam a pessoa mais dependente e isso é um incentivo para cada vez mais utilizar a bengala como auxílio na locomoção.

> Sentia medo de tropeçar, porque o médico falava: 'Olha, pela sua idade, só de você quebrar uma perna, a recuperação vai ser difícil, né?E você não enxergando, aí vai ter mais problemas, então'. Ele falou só para alertar, né? Para tomar mais cuidado. Então você já fica com esse medo, né? Você não tem confiança nenhuma (*S*, 75 anos).

Segundo Macedo et al. (2008), o sistema visual interfere na manutenção do equilíbrio corporal, fornecendo informações sobre o ambiente, a direção e velocidade dos movimentos corporais, além de diferenciar o que é movimento do próprio corpo, do que é o movimento de um objeto externo. Portanto, limitações na visão podem interferir no desempenho motor e promover uma dificuldade na realização das atividades que envolvam o deslocamento do corpo (caminhar ou sentar e levantar de uma cadeira, por exemplo), aumentando o risco de quedas.

Paranhos (2008), em sua dissertação de mestrado *Apropriação do espaço por adultos com deficiência visual: estudo de caso*, relata em certa parte do texto os sentimentos de três deficientes visuais em relação ao uso da bengala. Essas pessoas, assim como os sujeitos da presente pesquisa que usam a bengala, passaram por um processo de aceitação e de perda da vergonha. Para eles, mais importante do que outros pensam ou falam a respeito de quem a usa, é a

possibilidade de ir e vir independentemente e a segurança proporcionada por esse instrumento. Esse benefício na mobilidade relaciona-se diretamente com a autoestima dos deficientes visuais, já que lhes permite uma maior independência e autonomia.

A capacidade de realizar com seus próprios meios as atividades rotineiras e a autonomia nas decisões necessárias ao dia a dia de cada um são aspectos importantes da capacidade funcional. A manutenção da funcionalidade – diante das mudanças epidemiológicas (mudanças do perfil de saúde da população com a predominância de doenças crônico-degenerativas) ocorridas em paralelo às mudanças demográficas (envelhecimento populacional) – vem sendo considerada um novo paradigma de saúde para a população idosa, não importando tanto o número de doenças crônicas presentes em um sujeito, e sim as suas consequências na independência e autonomia (CHAIMOWICZ, 1997).

Para Pereira et al. (2006), a independência físico-funcional geralmente depende da integridade dos órgãos dos sentidos (em especial a visão), da manutenção da capacidade física para realizar tarefas, da preservação da função cognitiva, do ambiente no qual o sujeito está inserido e da sua capacidade adaptativa às adversidades. Em conjunto, independência física e autonomia relacionam-se diretamente com o autogoverno do sujeito, bem como com o senso de bem-estar e com a autoestima. Para Alves apud Masiero (2008), a manutenção da autoestima, a base da instalação e manutenção ao longo da vida do processo de resiliência, pois a autoadmiração e o amor próprio promovem a “fé na vida”, dando força para lutar e vencer as dificuldades.

Sentir-se inútil na realização de atividades elementares da vida diária pode minar a autoestima e a negação do sentimento de não ser suficientemente capaz pode justificar a ênfase dada à independência/dependência, pelos sujeitos da presente pesquisa. Envolver-se na rotina doméstica, ser capaz de manter o autocuidado, manter a capacidade de ir e vir e realizar atividades externas, como pagar contas em banco e fazer compras, parece ser uma compensação pela limitação em atividades laborais e prazerosas, como viagens, leituras, idas ao teatro e cinema, por exemplo.

Apesar de nas perguntas de “aquecimento”, o assunto envelhecimento surgir timidamente nas respostas de alguns sujeitos, quando se deu início as perguntas diretamente relacionadas a esse assunto, surgiram algumas reações de espanto ou

de incerteza quanto às respostas que deveriam ser dadas. Em alguns casos, independente de serem mais velhos ou não, as falas demonstravam uma dificuldade em lidar com essa questão ou de percebê-la em si mesmo.

> Agora não está pensando muito nisso, não (silêncio)...(*T*, 65 anos).
>
> (risos)...Não, é claro. É claro pela idade, né? Quando eu vi, eu já tava com 50 anos e falei: 'Nossa!'. Mas agora, num (pausa)...(*S*, 75 anos).
>
> Meu envelhecimento? Em que sentido? (*M*, 78 anos).

Ainda assim, foi possível colher em algumas falas os momentos em que eles começaram a sentir-se velhos. Uma das idosas relata que percebeu que estava envelhecendo apenas quando começou a perder a visão, outro sujeito relata uma fase (aos 40 anos) de estabilidade na vida profissional e pessoal e outros relatam mudanças físicas de outra natureza como determinantes da percepção do envelhecimento.

> Eu não percebi que estava envelhecendo. Eu já estava! (risos)...Quando eu percebi algo estranho com a vista, que eu pensei nisso. Eu ia fazer cálculos, enxergava mal, errava números. Foi aí que eu comecei a perceber que eu estava limitando (*M*, 78 anos).
>
> Estou envelhecendo por problemas que eu tenho. Às vezes não quero nem fazer minha comida (*T*, 65 anos).
>
> Eu percebi que estava envelhecendo, aos 40 anos, porque o que acontece, você estuda, trabalha, mais uns quatro, cinco anos você tá numa outra posição econômica e social também (J, 66 anos).

Goethe apud Beauvoir (1990) escreve que "a idade se apodera de nós de surpresa". O espanto de que o passar dos anos tenha resultado em uma metamorfose pessoal é desconcertante, porque quando somos adultos não aplicamos no nosso dia a dia a noção de idade. A vida vai nos impelindo a viver cada dia, cada ano sem pensar em que estamos nos tornando. Às vezes, somente nos percebemos velhos, através do olhar que o outro nos impõe ou através das mudanças da senescência que podem ou não ser imperceptíveis ou confundidas com manifestações patológicas. Portanto, a percepção da velhice é muito frágil e carregada de ambiguidades (BEAUVOIR, 1990).

Beauvoir (1990, p. 356) afirma ainda que:

> Esbarramos numa espécie de escândalo intelectual: devemos assumir uma realidade que é, indubitavelmente, nós mesmos, embora ela nos atinja do

> exterior e nos permaneça inapreensível. Há uma contradição insolúvel entre a evidência íntima que nos garante nossa permanência e a certeza objetiva de nossa metamorfose. Só podemos oscilar de uma à outra, sem jamais conciliá-las firmemente.

O envelhecimento físico foi bastante enfatizado por esse grupo de sujeitos e as limitações impostas tanto pelas mudanças corpóreas e fisiológicas, quanto pela perda visual vão mostrando-lhes a medida do passar dos anos. Para os sujeitos que relataram as alterações físicas, o envelhecimento parece determinar uma carga de perdas físicas limitantes. Sobre as mudanças físicas, Goldfarb (1998, p. 57) relata que limitações físicas e alterações na funcionalidade podem ser sinalizadoras da velhice, principalmente na idade mais avançada. O corpo é sentido como estranho e são depositadas ansiedades pelas perdas físicas.

> Na velhice mais avançada, o mais preocupante não é a proximidade da morte nem o aspecto estético da deterioração física, mas a decadência orgânica, a falta de força, a perda da memória que desemboca na dependência.

Outro ponto importante levantado por uma das entrevistadas (*B*) foi a dificuldade de sentir-se velha por não poder ver a sua imagem refletida no espelho. Esta senhora, com cegueira total, relata que não se percebe velha e baseia-se no olhar de outras pessoas do seu convívio para ter uma noção da sua aparência física. *B,* de 76 anos, também relata uma estabilidade física, não apresentando nenhuma "doença grave", evidenciando-se mais uma vez a relação da velhice com doença, perdas e limitação.

> Eu acho que não percebo. Eu me acho a mesma coisa, a mesma resistência física e tudo que eu tinha há seis anos atrás. Se eu estou, não estou percebendo porque eu não me olho no espelho. Não vejo espelho. Não uso maquiagem. Só uso filtro solar (*B*, 76 anos).
>
> [...] E todo mundo acha que eu estou muito bem.[...]Eu vi um médico em abril, que eu não via há vinte anos e quando ele me viu falou: 'B, você tá igual! Tá a mesma!' Então eu não sei, não posso falar do envelhecimento porque agora eu não enxergo (B, 76 anos).

Por depender de um olhar externo, a velhice é irrealizável, de acordo com Sartre, para quem a vive, visto que não é possível percebê-la internamente do modo como outra pessoa a julga em nós mesmos. O olhar do outro afirmando que somos velhos muitas vezes não coincide com a nossa autopercepção de sermos velhos.

Cada pessoa nos percebe de uma maneira diferente, cada uma a sua maneira, e essas imagens não são as mesmas que temos de nós mesmos (BEAUVOIR, 1990).

Para Messy (1999), na nossa concepção, velho é sempre o outro e nele não conseguimos nos reconhecer. Se confrontarmos a imagem que temos de nós mesmos com a imagem presentificada no espelho, sentiremos estranheza e uma impossibilidade de aderir a essa imagem que antecipa ou demonstra a passagem do tempo. Nesse processo de perceber a velhice, é fundamental o papel dessa imagem refletida no espelho. A aparência física vai nos transformando lentamente e quase que imperceptivelmente, porém pode haver o momento crucial da revelação como o citado por Beauvoir (1990, p. 352):

> Uma mudança brutal pode destruir essa tranquilidade. Aos 60 anos, Lou Andreas Salomé perdeu os cabelos em consequência de uma doença; até ali, ela sentia-se "sem idade"; confessou, então, que se encontrava "do lado mau da escada". Mas a menos que haja um acidente análogo, para nos fazer parar diante do reflexo que nos propõe o espelho, e nele descobrir nossa idade, é preciso já ter razões para interrogá-lo.

Em uma visão sobre a imagem especular, Goldfarb (1998, p. 54) reflete:

> Este momento singular ante a própria estranheza ante a própria imagem, que chamamos espelho negativo, acontece na maioria dos casos antes da velhice se instalar, entre os 50 e 60 anos; é um fenômeno que anuncia a velhice em termos de estética e que vem acompanhado de outros, relacionados com a funcionalidade do corpo e com o significado social que cada cultura outorga a esta fase da vida. A sensação é que a transformação acontece, como se um relógio que marcava sempre a mesma hora começasse a funcionar bruscamente. Observamos que geralmente existe um fator desencadeante como uma doença, uma perda, ou até um fato proveniente do social, algo que venha de "fora" e localiza o sujeito em um novo tempo. É sempre o outro que repentinamente nos nomeia "velhos".

Concordando com essa afirmação de Goldfarb, dois sujeitos desta pesquisa reafirmam a importância da aparência física como reveladora da idade. *E*, que ainda possui um resíduo visual, apesar de em alguns momentos não perceber o seu envelhecimento, revela em outro momento que o espelho pode iniciar o processo de achar-se velha:

> [...] Então eu acho que eu num (pausa)... Eu não ponho esse negócio assim de eu ficar velha. O que eu vou fazer quando ficar velha? Eu não ponho isso na minha cabeça. Eu sei que eu tenho idade, mas eu ainda não percebi que eu estou ficando velha! (*E*, 66 anos).

> [...] Ah, você sabe que eu nem lembro que estou ficando velha, sabe? Eu olho no espelho, tem dia que eu olho aí me acho tão velha: 'Meu Deus do céu, que rosto que eu estou!' Outro dia eu me acho bonita, outro dia eu falo assim: 'Nossa, eu estou tão elegante! (*E*, 66 anos).

S, apesar de ser cego e não conseguir enxergar sua imagem no espelho, fala de mudanças físicas que ele não pode ver atualmente, mas que antes de ficar cego pôde presenciar:

> Depois dos 50, o cabelo já tá na metade, já caiu quase todo. A pele fica mais (pausa)... Vem as rugas, né? (*S*, 75 anos).

Apesar de serem mais novos, as falas de *S* e *E* contrapõem-se a dificuldade de percepção de *B.* No caso específico de B, a dificuldade em perceber-se velha é justificada pela junção de três fatores: o olhar do outro lhe diz que ela não mudou e que não há marcas de envelhecimento, a impossibilidade de basear-se na imagem especular em decorrência da cegueira e a ausência de limitações importantes na sua saúde. Para S, talvez a presença de uma doença crônica (*diabetes mellitus*) e, para E, a possibilidade de enxergar-se no espelho constituem-se em fatores facilitadores dessa percepção.

As mudanças corporais, principalmente aquelas que são visíveis aos olhos, são fundamentais para estabelecer uma ligação com a velhice. Cabelos brancos e rugas podem resultar em espanto e demonstram que a pessoa terá que assumi-los, podendo haver fugas e tentativas de adiamento desse processo. Goldfarb (1998) diz que a falta de reconhecimento na imagem especular revela uma estranheza, visto que inconscientemente aquela imagem não é a representação conhecida de seu próprio rosto. A imagem que está no espelho antecipa ou confirma a velhice.

Para pessoas que apresentam integridade da visão, contemplar-se no espelho e perceber-se envelhecendo é uma tarefa difícil, como mostra Sacks (1996), ao relatar uma lenda pingelapense em que o herói Isohkelekel, que se depara com sua imagem envelhecida no fundo do lago, atira-se e afoga-se, representando um narciso ao contrário. No caso da pessoa privada totalmente da visão, a imagem no espelho pode apresentar nenhuma significação. Como não enxerga a sua imagem, ela não consegue visualizar as mudanças na aparência e por isso não nota o seu próprio envelhecimento, como ocorre com *B*. Pessoas como *B*, mais do que qualquer outra com visão normal, se apegam ao que os outros relatam sobre a sua aparência. Elas precisam do olhar do outro e, se não houver nenhuma alteração estrutural no corpo que lhes sinalize o passar dos anos, a sua percepção de envelhecimento pode torna-se um processo mais tardio ou nunca aparecer.

Apropriar-se do envelhecimento nesse contexto é complicado, visto que é impossível “tomar as rédeas” de uma situação que não é assimilada completamente.

A maior parte destes idosos não demonstrou uma apropriação da sua velhice, sejam eles cegos ou com baixa visão. Talvez pelo tempo de convivência com a deficiência ou pela própria idade, eles parecem estar ainda empenhados em adequar-se à sua situação de deficiência e em elaborar esta situação com a velhice. Encontram-se em um estado de “limbo”, em que parecem ainda buscar uma compreensão sobre o processo pelo qual estão passando, mas que, em alguns momentos consciente ou inconscientemente, dão-se conta exatamente do que é ser idoso e deficiente visual.

Sobre os projetos de vida e a possibilidade de desenvolvimento pessoal, pôde-se observar aparentemente uma visão pessimista em algumas falas, associando a impossibilidade de conseguir realizá-los em razão da questão financeira, da idade ou da limitação visual:

> Se eu fosse jovem, se eu precisasse, por exemplo, eu ia partir para o negócio de emprego, né?Eu ia trabalhar, né? Eu ia fazer computação, Braille, até estudar, mas (pausa)... Pela minha idade, eu não pretendo não.[...] Não, porque a perda visual praticamente não me deixou realizar tudo que eu queria, né? Porque o sonho da gente foi ver os filhos casados, ver os netos, tudo, né? Coisas que eu não vou conseguir e isso aí me deixa um pouco frustrado, né? De não poder enxergar essa parte, né? (*S*, 75 anos).

> Sair um pouco, viajar um pouco. Se eu tivesse uma acompanhante, mas não tenho. Quem vai querer sair com uma velha? Só uma outra velha. Você vê aquelas excursões, você vê aquela velharia todinha, só velharia vai atrás. O público mais jovem é aquele que tá acompanhando porque tá recebendo dinheiro. Você vai ficar doida comigo! (risos)... (*A*, 83 anos).

> Eu sou uma pessoa realizada até o momento em que deixei de ser. Eu sou uma pessoa realizada, mas eu poderia realizar mais. [...] Se tivesse alguma atividade que não me causasse algum incômodo financeiro para ir lá e voltar e que eu pudesse fazer uma coisa ainda hoje, eu gostaria, mas eu não sei o quê (*M*, 78 anos).

> [...] Olha por enquanto eu ainda não pensei. Não parei para pensar o que eu vou fazer. Eu falava, assim, que eu queria estudar ainda, mas eu não sei se vou conseguir. Plano assim para mim fazer, eu não tenho não! (*E*, 66 anos).

Independente deste estado de “limbo” e apesar de algumas frustrações na vida como não poder visualizar o casamento dos filhos ou não realizar algum projeto profissional, outras falas demonstraram a possibilidade de realização de projetos de vida, esperança ou pelo menos uma visão mais otimista do futuro e da vida:

> Como é o meu futuro quando eu ficar mais velha? Eu acho que no dia que eu estiver mais velhinha, com setenta (pausa)...Eu acho que eu vou ser o normal mesmo. Eu acho. De querer viver, de querer usar roupas, de passar creme, cortar cabelo, eu acho que eu não vou mudar isso. É de mim, desde pequena que eu tenho isso (*E*, 66 anos).

> Eu queria tanto aprender a andar com a bengala, aprender a ler. É muito ruim não ler! Cozinhar melhor, fazer exercício melhor. Sempre melhorar. [...] Tem professor que pensa que pessoa de idade não aprende, mas eu quero aprender (*T*, 65 anos).
>
> Estou comprando um apartamento na praia (Santos). Tenho a intenção de passar umas temporadas lá. Não sei se vai dar certo. Vou tentar! Isso é exatamente para tentar me mexer mais nos ambientes, né? (*M*, 78 anos).
>
> A nossa ideia mais adiante é vender a chácara no interior e viajar um pouco, inclusive lá para o Nordeste que eu gosto muito daqueles lados, Natal, Maceió, Bahia. Talvez um dia, vender essa casa. [...] Essa casa tá grande para a gente (*J*, 66 anos).
>
> Eu tenho fé e esperança que (pausa)... Eu estou com um médico particular. [...] Porque ele ta vendo aí nos congressos e ele acredita que venha alguma coisa aí de fora, para mim, que tem uns estudos na Inglaterra e outros nos Estados Unidos. Isso eu tenho escutado e as pessoas me contam. No Jornal Nacional está sempre dando. Custe o que custar, porque não tem nada que pague a visão (*B*, 76 anos) .

Luft (2004) neste trecho retirado do seu livro *Perdas e ganhos*, ilustra que na simplicidade de uma ação também pode ser contemplado um ganho, um desenvolvimento e um cuidado de si.

> Uma velha senhora mora sozinha, mas curte as amizades, a família, livros e música, a natureza. De vez em quando abre uma garrafa de champanha e faz um brinde sozinha (não chorosa): as coisas boas que teve, coisas boas que tem e uma ou outra que pretende viver. Um dia lhe manifestei minha admiração por isso. Com um sorriso entre tímido e divertido ela respondeu que sempre havia o que celebrar. Era um privilégio estar viva tendo consciência disso, e sem graves problemas de saúde. Poder apreciar a luz da manhã, o aroma da comida, o perfume das pessoas, Comunicar-se, saber das notícias, que podiam ir do esporte à musica, à política, ao...que eu quiser. Participar ainda.

A manutenção de projetos de vida é uma importante aliada no processo de desenvolvimento, mesmo que o planejamento seja apenas para o aprendizado de uma nova forma de realizar atividades corriqueiras, programar uma viagem, apegar-se à esperança de cura ou permanecer com a certeza de que a vida continuará sem grandes modificações. Esse talvez seja o caminho para continuar com a potência de agir e de viver, comentada por Tótora (2005). O idoso com deficiência visual, mesmo que ainda esteja em processo de percepção do seu próprio envelhecimento, é capaz de driblar as dificuldades impostas e manter-se em desenvolvimento e em busca de uma vida plena.

CAPÍTULO 6:

COMPREENDENDO

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo encontra-se o resultado da *compreensão* sobre o tema de pesquisa. As minhas percepções em conjunto com as falas colhidas e os textos lidos formam uma miscelânea de pensamentos, alguns esperados e outros surpreendentes, que vão demonstrando timidamente como é o envelhecimento de pessoas que apresentam deficiência visual, de acordo com os objetivos desta pesquisa. Timidamente porque é provável que haja ainda muito a ser explorado neste tema tão rico de significações. Não serão descritas ideias conclusivas, mas ideias que abram caminhos para novas e também produtivas investigações.

Durante a elaboração de um projeto de pesquisa, o pesquisador tem que estar preparado para as adversidades e incertezas impostas pelas limitações que o estudo pode enfrentar. A presente pesquisa foi sendo moldada simultaneamente ao meu amadurecimento sobre o assunto. Ideias surgiam e desapareciam, pessoas sugeriam ou criticavam e assim foi sendo delimitado este tema de pesquisa e foi surgindo um projeto baseado fundamentado em teorias. Antes da preparação desta pesquisa, eu nada sabia sobre o que é envelhecer com deficiência visual e pouco sabia sobre como realizar uma pesquisa qualitativa.

Na prática, aprendi que temos que estar preparados para modificações no meio do caminho de uma pesquisa, ajustes necessários para que haja adequações ao tema, ao lugar onde o estudo será realizado e as formas de enxergar o assunto em destaque pelos sujeitos entrevistados. Os objetivos da pesquisa têm que estar bem delimitados, mas também têm que apresentar uma flexibilidade com relação a essas adequações, para que se compreenda mesmo que parcialmente, mesmo que através de um pequeno recorte da realidade, o tema proposto.

Investigar qualitativamente como ocorre o envelhecimento da pessoa que apresenta deficiência visual exigiu certo grau de sensibilidade da minha parte. Sensibilidade que eu nem sabia que possuía. Sensibilidade para perceber que, de sete sujeitos entrevistados, nenhum apresenta um envelhecimento igual ao outro. Semelhanças são visíveis, porém as particularidades das vidas de cada um, além de demonstrarem a heterogeneidade humana, determinaram o surgimento de questões inesperadas.

Nesta pesquisa, surgiu um aspecto não considerado previamente sobre o envelhecimento com deficiência visual, que se relaciona com a questão da percepção do envelhecimento pela imagem especular. Principalmente para as pessoas cegas ou que apresentam pouco resíduo visual, essa é uma faceta importante quando se considera a significação do envelhecimento para o deficiente visual. Se o sujeito não consegue visualizar as alterações físicas que o acompanham e se não apresenta mudanças importantes na sua saúde, fica mais difícil para ele dimensionar o passar dos anos. E ele vai se tornando dependente do olhar do outro para perceber a sua velhice.

Outro aspecto percebido é que as atitudes e comportamentos com relação às limitações visuais dependem não apenas da forma de enfrentamento pessoal que o idoso possui, mas também do apoio que recebe, seja da família, dos amigos, do meio social em que está inserido ou de alguma instituição de suporte como a FDNC. Mecanismos adaptativos são evidenciados com a perda visual e são imprescindíveis não apenas para a adequação ao novo status funcional ou ao ambiente, mas também para a adequação do seu lugar social na família e na rede social que o cercam. Pistas deste processo de adaptação foram demonstradas pelos sete sujeitos entrevistados. Uns mais, outros menos, uns com mais apoio, outros com pouco apoio, mas todos encontraram um caminho para continuar vivendo e envelhecendo, mesmo que o envelhecimento não seja completamente percebido.

Nesse caminho, podem ser destacados alguns fatores facilitadores, como o suporte familiar, a inserção em uma rede de apoio específico para a deficiência, a manutenção de um estilo de vida autônomo e independente (dentro das possibilidades de cada um) e a autodeterminação de continuar lutando pela sobrevivência. Ainda que o envelhecimento não seja completamente compreendido, vivenciado ou percebido, nota-se que estes fatores são muito importantes para a permanência do desenvolvimento pessoal, durante a velhice com deficiência visual.

Aqueles idosos que recebem o apoio da família ou amigos, que participam das atividades da FDNC e aprendem novas técnicas para a manutenção da independência, parecem apresentar uma visão mais positiva da vida, mesmo que em alguns momentos tenham deixado escapar frustrações e medo ou relatado momentos de tristeza e depressão. Estes parecem levar com mais “tranquilidade” esse momento, e o seu processo de adaptação parece ser menos traumático do que para aqueles que dispõem em menor grau dos facilitadores.

A importância da inserção em uma instituição que forneça um suporte psicológico e social ficou evidente nas falas dos idosos frequentadores da FDNC. No caso desta Fundação, ocorre uma amplificação da rede social do deficiente, havendo o contato com outras pessoas em situação semelhante, bem como o atendimento pela equipe interdisciplinar, composta por profissionais capacitados para atendê-los e orientá-los. Os serviços oferecidos pela FDNC são um meio prático de adaptação ao novo estado visual, como o treinamento de habilidades funcionais e de mobilidade com a bengala, dentre outros . Nesse contexto, o suporte que os profissionais disponibilizam para as famílias, orientado-as a como proceder com o ente que se tornou deficiente e outras vantagens, como a possibilidade de aprendizado da leitura pelo sistema Braille, a inclusão digital, a disponibilidade de livros e revista falados ou em Braille também são imprescindíveis para a plena adequação do deficiente visual.

Ações interdisciplinares e educativas como essas, desenvolvidas por instituições especializadas, são fundamentais para a preservação da independência e autonomia do sujeito deficiente visual. A informação sobre esses serviços compete geralmente ao médico oftalmologista ou a outro agente de saúde que tenha conhecimento sobre o assunto e é tão importante quanto a divulgação de cuidados para a preservação da saúde dos olhos. Uma doença ocular pode ser dificilmente prevenida ou controlada, porém os danos provocados por ela podem ser minimizados e, se forem bem trabalhados, podem não impedir o processo de constante desenvolvimento pessoal, em qualquer fase da vida.

REFERÊNCIAS

A, 83 anos: **depoimento [dez. 2008].** Entrevistadora: Helaine Patrícia Correia Lustosa. São Paulo, 2008. 1 cassete sonoro (50 min). Entrevista concedida para fins acadêmicos.

ALMEIDA, V. Velhice e projeto de vida: possibilidades e desafios. In: CORTE, B.; MERCADANTE, E.; ARCURI, I. (Orgs). **Velhice, Envelhecimento, Complex(idade)**. São Paulo: Vetor, 2005.

ALVES, A. Os idosos, as redes de relações sociais e as relações familiares. In: **Idosos no Brasil:** Vivências, desafios e expectativas na terceira idade. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2007.

AMIRALIAN, M. **Compreendendo o Cego**: uma visão psicanalítica da cegueira por meio de desenhos-estórias. São Paulo: Fapesp, 1997.

_____. Sou cego ou enxergo? As questões da baixa visão. **Rev. Educar**, nº 23, 2004. p. 15-28.

ARAÚJO FILHO, ET AL. **Prevalence of visual impairment, blindness, ocular disosrders and cataract surgery outcomes in low-income elderly from a metropolitan region of São Paulo-Brazil**. Arq. Bras. Oftalmologia. v. 71, n. 2, 2008. p. 246-253.

ARCURI, I. Velhice: Da gerontofobia ao desenvolvimento humano. In: CORTE, B.; MERCADANTE, E.; ARCURI, I. (Orgs). **Velhice, Envelhecimento, Complex(idade)**. São Paulo: Vetor, 2005.

ASSIS, O; POZZOLI, L. **Pessoa Portadora de Deficiência:** Direitos e Garantias. São Paulo: Damásio de Jesus, 2005.

B, 76 anos: **depoimento [dez. 2008].** Entrevistadora: Helaine Patrícia Correia Lustosa. São Paulo, 2008. 1 cassete sonoro (36 min). Entrevista concedida para fins acadêmicos.

BARCZINSKI, M. **Reações psicológicas à perda da Visão**. Disponível em: http://deficienciavisual.com.sapo.pt/r-olhares.htm, acesso: 01/06/09

BATTISTELLA, L; BRITO, C. **Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF)**. Acta Fisiátrica. v. 9. n. 2, 2002. p. 98-101.

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

BICAS, H. **Acuidade Visual. Medidas e Notações. Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, v. 65, 2002. p. 375-384.

BOSI, E. **Memória e sociedade:** lembrança de velhos. São Paulo: T.A. Queiroz editora, 1979.

BRANDÃO, V. **Memória, Cultura, Projeto de Vida.** 1999. 184f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Pontifícia Universidade Católica, São Paulo.

CAMARANO, A ET AL. **Idosos brasileiros:** indicadores de condições de vida e de acompanhamento de políticas. Brasília: Presidência da República, Subsecretaria de Direitos Humanos, 2005.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico.** 5.ed. São Paulo: Editora Forense Universitária, 2000.

CARROLL, T. **Cegueira.** São Paulo: Fundação para o Livro do Cego no Brasil, 1968.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 2, 1997. p.184– 200.

CID-10: **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.** Disponível em: http://books.google.com.br/. Acesso em: 09 de fev de 2009.

CIF: **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.** [Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais, org.; coordenação de tradução Cassia Maria Buchalla].- São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.

CONDILLAC, E. **Tratado das Sensações.** Campinas: Editora da Unicamp, 1993.

DEBERT, G; SIMÕES, J. Envelhecimento e velhice na família contemporânea. In: FREITAS, E ET AL. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Koogan, 2006.

DEBERT, G. **A Reinvenção da Velhice.** São Paulo: Edusp, 2004.

DELL'AGLIO, D; KOLLER, S; YUNES, M. **Resiliência e Psicologia Positiva:** Interfaces do Risco à Proteção. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

Die Gegenwart, 2001. **A bengala como símbolo e auxiliar.** Disponível em: http://deficienciavisual.com.sapo.pt/r-olhares.htm, acesso: 01/06/09

E. 66 anos: **depoimento [dez. 2008].** Entrevistadora: Helaine Patrícia Correia Lustosa. São Paulo, 2008. 1 cassete sonoro (40 min). Entrevista concedida para fins acadêmicos.

FARAH, E ET AL. Degeneração macular relacionada à idade: modalidades terapêuticas. **Arq. Bras. Oftalmologia.** v. 64, 2001. p. 583-588.

FOUCAULT, M. **A Hermenêutica do Sujeito.** 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FRANCO, J; DIAS, T. **A pessoa cega no processo histórico:** um breve percurso. Disponível em: http://deficienciavisual.com.sapo.pt/r-olhares.htm, acesso: 01/06/09.

FUNDAÇÃO DORINA NOWILL PARA CEGOS. Disponível em: http://www.fundacaodorina.org.br. Acesso em: 01 de fev. de 2009

FUNDAÇÃO DORINA NOWILL PARA CEGOS. **Uma história de sucesso**. Relatório Anual, 2007.

GOLDFARB, D. **Corpo, Tempo e Envelhecimento.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

GUEDEA, M. ET AL. Relação do Bem-Estar Subjetivo: Estratégias de Enfrentamento e Apoio Social em Idosos. **Psicologia:** Reflexão e Crítica. v. 19. n. 2, 2006. p. 301-308.

HAGUETTE, T. A história oral. In: **Metodologias qualitativas na Sociologia.** São Paulo, Vozes, 1987.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios** – PNAD/IBGE. 2007. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=977&id_pagina=1 >. Acesso em: 01 de fev de 2009.

J, 66 anos: **depoimento [dez. 2008].** Entrevistadora: Helaine Patrícia Correia Lustosa. São Paulo, 2008. 1 cassete sonoro (97 min). Entrevista concedida para fins acadêmicos.

JOB. J. **A escritura da resiliência**: testemunhas do holocausto e a memória de vida. 2000. 208 p. Tese de Doutorado - Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2008.

LIMA, E.; NASSIF, M.; FELIPPE, M. **Convivendo com a Baixa Visão:** Da Criança à Pessoa Idosa. São Paulo: Fundação Dorina Nowill para Cegos, 2007.

LIMA, L. **Número de contribuintes da Previdência passa da metade do contingente de trabalhadores.** Disponível em: http://www.portaldoenvelhecimento.net/artigos/ p128.htm. Acesso em: 05 de fev de 2009.

LUFT, L. Velhice, por que não?. In: **Perda & Ganhos.** 28.ed. São Paulo: Record, 2004.

M, 78 anos: **depoimento [dez. 2008].** Entrevistadora: Helaine Patrícia Correia Lustosa. São Paulo, 2008. 1 cassete sonoro (40 min). Entrevista concedida para fins acadêmicos.

MACEDO, B. et al. Impacto das alterações visuais nas quedas, desempenho funcional, controle postural e no equilíbrio dos idosos: uma revisão de literatura. **Rev. Bras. Geriatria e Gerontologia**. v. 11. n. 3, 2008. P. 419-432

MACEDO, R. Diário de campo. Notas de existência e conhecimento. In: **A etnopesquisa crítica e multirreferencial nas Ciências Humanas e na Educação.** Salvador: Edufba, 2000.

MACEDO, R. História Oral - História de Vida. In: **A etnopesquisa crítica e multirreferencial nas Ciências Humanas e na Educação.** Salvador: Edufba, 2000.

MARTINS, J. Não somo Kronos, somos Kairós. **Revista Kairós-Gerontologia.** Ano 1. n º 1. São Paulo: EDUC, 1998.

MASIERO, C. **A resiliência em pessoas com lesão medular que estão no mercado de trabalho:** Uma abordagem psicossomática. 2008. 170 p. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) - Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2008.

MEIRA, S. **Um olhar aquém do envelhecimento:** O portador de deficiência múltipla em processo de envelhecimento. 2002. 131 p. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) - Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2002.

MERCADANTE, E. Vellhice: uma questão complexa. In: CORTE, B; MERCADANTE, E; ARCURI, I (Orgs). **Velhice, Envelhecimento, Complex(idade).** São Paulo: Vetor, 2005.

MESSY, J. **A Pessoa Idosa Não Existe:** Uma abordagem psicanalítica da velhice. 2.ed. São Paulo: Aleph, 1999.

MICHAELIS, H. **Novo Michaelis:** dicionário ilustrado. 13.ed. São Paulo: Melhoramentos, 2005, 1838p.

MINAYO, M. **O Desafio do Conhecimento-Pesquisa Qualitativa em Saúde.** 7.ed. Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 2000.

MINAYO, M; COIMBRA JR, C, E. A. Entre a Liberdade e a Dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. In: MINAYO, M; COIMBRA JR, C. (Orgs.). **Antropologia, Saúde e Envelhecimento.** São Paulo: Fiocruz, 2004.

MINAYO, M. ET Al. **Pesquisa Social-teoria, método e criatividade.** 21.ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

MONTEIRO, P. Somos velhos porque o tempo não pára. In: CORTE, B; MERCADANTE, E; ARCURI, I (Orgs). **Velhice, Envelhecimento, Complex(idade).** São Paulo: Vetor, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Visual Impairment and blindness**. Disponível em: http://www.who.int/en/. Acesso em: 01 de fev. de 2009.

PARANHOS, M. **Apropriação do espaço por adultos com deficiência visual:** estudo de caso. 2008. 124 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Pontifícia Universidade Católica, São Paulo 2008.

PEREIRA, L. ET AL. Fisioterapia em Gerontologia. In: Freitas, E et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** 2.ed. RJ: Guanabara Koogan. 2006, 1198-1208.

PRESOTO, D. **Deficiente Físico "Cadeirante":** Identidade e Individuação. 2005.165 p. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2005.

QUEIROZ, R; OTTA, E. A beleza em foco: condicionantes culturais e psicobiológicos na definição da estética corporal. In: QUEIROZ, R. **O Corpo do Brasileiro.** São Paulo: SENAC, 2000.

RESKINOFF, S. ET AL. Global data on visual impairmet in the year 2002. **Bulletin of the World Heath Organization,** v.82, n.11, 2004. p. 844-851

RIBAS, J. **O que são pessoas deficientes.** São Paulo: Brasiliense, 1986.

ROGERS, C. **Tornar-se pessoa.** Santos: Martins fontes, 1973.

S, 75 anos: **depoimento [dez. 2008].** Entrevistadora: Helaine Patrícia Correia Lustosa. São Paulo, 2008. 1 cassete sonoro (50 min). Entrevista concedida para fins acadêmicos.

SACKS, O. **A Ilha dos Daltônicos.** São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

_____. Ver e Não Ver. In: SACKS, O. **Um Antropólogo em Marte:** sete histórias paradoxais. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

SIMSON, O; GIGLIO, Z. A Arte de Recriar o Passado: História Oral e Velhice Bem-Sucedida. In: NERI, A (Org.). **Desenvolvimento e Envelhecimento:** Perspectivas Biológicas e Sociológicas. Campinas: Papirus, 2001.

SOUZA, R. **Anatomia Humana.** São Paulo: Manole, 2001.

T, 65 anos: **depoimento [dez. 2008].** Entrevistadora: Helaine Patrícia Correia Lustosa. São Paulo, 2008. 1 cassete sonoro (38 min). Entrevista concedida para fins acadêmicos.

TEMPORINI, E; KARA-JOSÉ, N. A perda da visão: estratégias de prevenção. **Arq. Bras. Oftalmologia,** v. 67, n. 4, 2004. p. 597-601.

TÓTORA, S. Ética da vida e o envelhecimento. In: CORTE, B; MERCADANTE, E; ARCURI, I (Orgs). **Envelhecimento e Velhice:** um guia para a vida. São Paulo: Vetor, 2006.

TUAN, Y. **Topofilia:** um estudo da percepção, atitudes e valores do meio ambiente. São Paulo: DIFEL, 1980.

VAN DE GRAAF, K. **Anatomia Humana.** 6.ed. São Paulo: Manole, 2003.

VARELLA, A. **Resiliência e desenvolvimento pessoal:** mais uma possibilidade de se envelhecer? 2003. 93 p. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) - Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2003.

Velhices. Produção de Maria Ionescu. (1 videocassete 925 min), color.

ANEXOS

ANEXO I

ROTEIRO DAS ENTREVISTAS

Nº da entrevista:_____

DADOS GERAIS:

- Nome:_____

- Telefone para contato:_____

-Data de nascimento:_____

- Idade: _____ Sexo:_____

- Nacionalidade:_____ Local de nascimento: _____

- Cor:_____ Estado Civil:_____

- Escolaridade:_____

- Ocupação Atual:_____

- Ambiente onde foi realizada a entrevista:_____

ROTEIRO DE PERGUNTAS:

1. Onde mora?
2. Com quem o Sr. (a) mora?
3. Quantos anos o Sr. (a) estudou?
4. O Sr. (a) trabalha ou trabalhava? Em que?
6. Tem algum *hobby*?
5. Fala-me sobre a sua deficiência visual:
    a) Qual é?
    b) Há quanto tempo convive?
7. Recebe algum tipo de ajuda nas atividades do dia-a dia? Quem lhe ajuda?
8. Quando o Sr. (a) começou a freqüentar a Fundação Dorina Nowill?
9. Com que freqüência o Sr. (a) vem à Fundação?
10. E participa de quais atividades?
11. Qual o papel da Fundação na sua vida?
12. A deficiência trouxe alguma limitação para a sua vida?

13. O Sr.(a) deixou de fazer alguma coisa que gostaria de ter feito, algum projeto de vida?Por quê?

14. Como está sendo o seu envelhecimento?

15. Como percebe o seu envelhecimento?

16.O que espera fazer o ano que vem?

17. Se soubesse que iria apresentar uma deficiência visual ao envelhecer, o que teria feito?

ANEXO II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1. Título do Projeto: **Envelhecer Sem Espelhos: Olhando o Envelhecimento de Pessoas com Deficiência Visual.**

2. Essas informações estão sendo fornecidas para a sua participação voluntária nesta pesquisa, que tem como objetivo um estudo mais aprofundado sobre como é o envelhecimento de idosos que apresentam deficiência visual.

3. O(a) senhor(a) participará de uma entrevista individual que seguirá um roteiro orientador, elaborado pela pesquisadora. Esta entrevista será armazenada em um gravador e se houver necessidade, algumas anotações poderão ser realizadas pela pesquisadora.

4. Após todas as entrevistas realizadas, os depoimentos gravados serão transcritos e os conteúdos serão analisados, seguindo-se as categorias teóricas pré-determinadas com os referencias teóricos utilizados pela pesquisadora.

5. É garantida liberdade ao senhor (a) para a retirada do consentimento, a qualquer momento, em que deseje ser excluído da pesquisa.

6. É garantido o anonimato do senhor (a), com o compromisso da pesquisadora de não divulgar qualquer dado de identificação da sua pessoa.

7. Em qualquer fase do estudo, não haverá despesas pessoais nem ressarcimento por parte da pesquisadora para nenhum dos participantes da pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo **Envelhecer Sem Espelhos: Olhando o Envelhecimento de Pessoas com Deficiência Visual.**

Eu discuti com a fisioterapeuta e mestranda Helaine Patrícia Correia Lustosa sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas ou ressarcimentos por parte da pesquisadora.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades

ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste serviço.

_____ Data: / /

Assinatura do participante

_____ Data: / /

Assinatura da testemunha

SOMENTE PARA O RESPONSÁVEL PELO PROJETO:

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

_____ Data: / /

Assinatura do responsável pelo estudo

ANEXO III

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PUC-SP
SEDE CAMPUS MONTE ALEGRE

Protocolo de Pesquisa nº 260/2008

Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia da PUC-SP
Orientador(a): Profa. Dra. Suzana A. da Rocha Medeiros
Autor(a): Helaine Patrícia Correia Lustosa

PARECER sobre o Protocolo de Pesquisa, em nível de Dissertação de Mestrado, intitulado ***Envelhecimento e deficiência visual: uma nova visão***

CONSIDERAÇÕES APROVADAS EM COLEGIADO

Em conformidade com os dispositivos da Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e demais resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS), em que os critérios da relevância social, da relação custo/benefício e da autonomia dos sujeitos da pesquisa pesquisados foram preenchidos.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido permite ao sujeito compreender o significado, o alcance e os limites de sua participação nesta pesquisa.

A exposição do Projeto é clara e objetiva, feita de maneira concisa e fundamentada, permitindo concluir que o trabalho tem uma linha metodológica bem definida, na base do qual será possível retirar conclusões consistentes e, portanto, válidas.

No entendimento do CEP da PUC-SP, o Projeto em questão não apresenta qualquer risco ou dano ao ser humano do ponto de vista ético.

CONCLUSÃO

Face ao parecer consubstanciado apensado ao Protocolo de Pesquisa, o Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP – Sede Campus Monte Alegre, em Reunião Ordinária de 29/09/2008, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº 260/2008.

Cabe ao(s) pesquisador(es) elaborar e apresentar ao CEP da PUC-SP – Sede Campus Monte Alegre, os relatórios parcial e final sobre a pesquisa, conforme disposto na Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, inciso IX.2, alínea "c", do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS), bem como cumprir integralmente os comandos do referido texto legal e demais resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS).

São Paulo, 29 de setembro de 2008.

Prof. Dr. Paulo-Edgar Almeida Resende
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP

Rua Ministro de Godói, 969 – Sala 63-C (Andar Térreo do E.R.B.M.) – Perdizes – São Paulo – SP – CEP: 05015-001
Tel.: (0xx11) 36708466 – Fax: (0xx11) 36708466 – e-mail: cometica@pucsp.br