

Vanessa de Abreu Carvalho Ferreira

APRENDENDO A SER VELHO E DEFICIENTE VISUAL

VENDA PROIBIDA



**INSTITUTO
BENJAMIN CONSTANT**

GOVERNO FEDERAL
PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA
Jair Messias Bolsonaro

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Victor Godoy Veiga

INSTITUTO BENJAMIN CONSTANT
João Ricardo Melo Figueiredo

DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO, PESQUISA E EXTENSÃO
Elise de Melo Borba Ferreira

DIVISÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
Luiz Paulo da Silva Braga

Copyright © Instituto Benjamin Constant, 2022

Todos os direitos reservados.
É permitida a reprodução parcial ou total desta
obra, desde que citada a fonte e que
não seja para venda ou qualquer fim comercial.
A responsabilidade pelo conteúdo e pelos direitos autorais de
textos e imagens desta obra é dos autores.

Copidesque e revisão geral
Laize Santos de Oliveira

Capa e Diagramação
Wanderlei Pinto da Motta

F383a **FERREIRA, Vanessa de Abreu Carvalho**

Aprendendo a ser velho e deficiente visual / Vanessa de Abreu Carvalho Ferreira. – Rio de Janeiro : Instituto Benjamin Constant, 2022.

Arquivo digital; PDF; 678 KB
ISBN: 978-65-00-57635-1

1. Deficiente visual. 2. Idoso. 3. Etnografia. 4. Pesquisa.
5. Antropologia. 6. Serviço Social. 7. Trabalho acadêmico. I.
Título.

CDD – 305.90871

Ficha elaborada por Edilmar Alcantara dos S. Junior. CRB/7: 5872

Todos os direitos reservados para
Instituto Benjamin Constant
Av. Pasteur, 350/368 - Urca
CEP: 22290-250 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil
Tel.: 55 21 3478-4458 E-mail: dppsec1@ibc.gov.br

Vanessa de Abreu Carvalho Ferreira

**APRENDENDO A
SER VELHO
E DEFICIENTE VISUAL**



**INSTITUTO
BENJAMIN CONSTANT**
Rio de Janeiro
2022

ESTE LIVRO FOI SELECIONADO PARA PUBLICAÇÃO
PELA COMISSÃO EDITORIAL DA
DIVISÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA,
COMO RESULTADO DO PROCESSO DE
SUBMISSÃO REALIZADO PELA REFERIDA DIVISÃO NO
PRIMEIRO SEMESTRE DE 2021

COMISSÃO EDITORIAL DA DIVISÃO
DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
DO INSTITUTO BENJAMIN CONSTANT (2019-2021):

Bianca Della Líbera da Silva (Presidente)

Cristina Costa de Moraes

Hyléa de Camargo Vale Fernandes Lima

Marcelo Bustamante Chilingue

Talita Adão Perini de Oliveira

Suplentes:

Aires da Conceição Silva

Jane Alves de Souza

Jefferson Gomes de Moura

Marcia Noronha de Mello

Mauro Marcos Farias da Conceição

Pareceristas Ad Hoc:

Ana Fátima Berquó Carneiro Ferreira

*EM MEMÓRIA de
Wanderley Rufino,
Maria Aparecida Evangélio e
Marlene Amorim.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço àquele que sempre está olhando por mim e me permitindo concretizar sonhos: Deus.

Aos meus pais, Francisco e Carmelita, que sempre me incentivaram a estudar e a buscar de maneira persistente e lúcida a felicidade. Reconheço o esforço sem igual que fizeram, mudando de estado, inclusive, para dar a mim e meus irmãos melhores condições de vida, condições estas que significaram abdicação de alguns de seus sonhos. Além do mais, por todo amor e dedicação que dispensam durante parte dos seus dias nos cuidados com nossa família.

Aos meus irmãos, pessoas nas quais me espelho na busca persistente pelos sonhos.

Ao Instituto Benjamin Constant, por valorizar a qualificação de seus profissionais e por permitir que a pesquisa fosse realizada no seu espaço.

À professora Dra. Myriam Moraes Lins de Barros, que me orientou no mestrado e muito contribuiu com esta obra, pela compreensão nos momentos confusos e singulares dessa jornada. Agradeço por sua amizade e companheirismo, que me deram segurança e liberdade para desenvolver este trabalho.

Aos sete idosos entrevistados, que contribuíram de forma primordial para a confecção deste trabalho, sem os quais os resultados não seriam os mesmos.

Agradeço a meu esposo, Djavan, por seu amor, compreensão e apoio em todos os momentos dessa jornada. Obrigada por todo o cuidado e preocupação que teve comigo durante essas várias horas seguidas de estudos e ausências. Obrigada por ocupar as horas da minha ausência com a nossa Sara com as melhores brincadeiras e com todo o seu amor. Obrigada por me ouvir nas descobertas durante os estudos, por opinar nos meus trabalhos e durante a escrita dessa obra. Obrigada por todo seu esforço em tudo.

Por fim, agradeço aos meus filhos, Sara, Bento e Sofia, por existirem em minha vida, trazendo muitos risos e amor. À minha Sara, filha única na época da escrita deste livro, agradeço a tentativa de compreender que a mamãe estava aqui, mas não podia brincar. Obrigada por aceitar sentar-se no colo da mamãe e “escrever”. Agradeço também pelos rabiscos nos meus textos e cadernos, que, inesperadamente, eu encontrava durante as aulas ou leituras e me faziam sorrir. Guardo cada rabisco seu. Obrigada por existir na minha vida e me incentivar a estudar, mesmo sem saber, no alto dos seus dois aninhos de idade. Hoje, vejo que nossas horas de companheirismo, compreensão e estudos nesses dois anos foram certamente um período muito feliz da minha vida.

SUMÁRIO

PREFÁCIO	9
APRESENTAÇÃO	12
INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO 1	
Nossa Segunda Casa	19
CAPÍTULO 2	
Velhice e Deficiência Visual no Brasil	37
CAPÍTULO 3	
As Narrativas: Um Discurso Situado	71
CAPÍTULO 4	
Deficiência Visual na Velhice: A Construção de uma Nova Sociabilidade? ...	96
CONSIDERAÇÕES FINAIS	140
REFERÊNCIAS	148

PREFÁCIO

O ato de pesquisar, em todas as áreas de conhecimento, começa com indagações, dúvidas e questionamentos sobre trabalhos anteriores. Nossa própria trajetória de pesquisa nos leva a caminhos novos ainda não trilhados. Nunca estamos sozinhos — nem nas dúvidas, nem nas tentativas de responder às perguntas trazidas pelas experiências de pesquisa. Há sempre uma troca fundamental entre colegas, professores e estudantes no contexto da pesquisa.

Como professora universitária da Escola de Serviço Social da UFRJ e como antropóloga, aprendi a formular novas questões, rever interpretações e abrir espaços para novos campos de pesquisa. Em diferentes campos profissionais, a curiosidade intelectual é despertada no cotidiano do trabalho e leva o profissional, muitas vezes, a organizar perguntas em um projeto de investigação.

A experiência profissional de Vanessa de Abreu Carvalho Ferreira como assistente social do Instituto Benjamin Constant (IBC) a levou a construir um projeto de pesquisa ao longo do seu mestrado, que agora vemos publicado neste livro.

A própria autora apresenta, desde o início da obra, seu lugar no IBC como assistente social-pesquisadora a partir do momento em que observa seu ambiente de trabalho como tempo e espaço de pesquisa.

Ao dialogar com vários autores sobre o processo de pesquisa, Vanessa traz um aspecto fundamental para o trabalho de campo das ciências sociais: como observar o cotidiano; como estar ao mesmo tempo perto e longe do universo de pesquisa e de seu contexto; como lidar com suas emoções e a de seus interlocutores que se colocaram disponíveis para serem entrevistados. Assim, ao longo dos capítulos, a autora constrói paulatinamente o cenário da pesquisa, “estranhando o familiar”.

A observação do cotidiano não se faz apenas de nossa vivência, mesmo que seja a de uma profissional, como é o caso da autora deste livro. A obser-

vação da vida cotidiana exige a elaboração de questões fundamentadas em teorias, conceitos e noções.

A curiosidade da autora parte dos relatos dos idosos sobre sua trajetória de vida antes e depois da deficiência visual; das narrativas da crise com a confirmação da cegueira na velhice; das conversas com os familiares dos idosos com deficiência visual e do ambiente institucional.

Ao longo da pesquisa, a autora trabalha na interseção de diferentes campos de conhecimento, como antropologia, sociologia, demografia e história. O diálogo entre essas áreas é fundamental para a análise da realidade social contemporânea, sobretudo nas áreas urbanas.

Como é apresentado no livro, a história do Instituto Benjamin Constant e sua atual organização, assim como os dados demográficos sobre a população brasileira, são fundamentais para a compreensão das narrativas de histórias de vida das idosas e dos idosos.

O debate presente ao longo dos capítulos sobre políticas públicas, cidadania e exclusão, justiça social e direitos sociais dos idosos e das pessoas com deficiência apresenta um histórico da visibilidade pública e política destes segmentos sociais. Além disso, traz à tona a interrelação entre problemas sociais em nossa sociedade, como a velhice, a desigualdade social, as desigualdades de gênero, entre outros.

Neste contexto histórico, a autora nos remete às narrativas de vida das sete pessoas entrevistadas. O conhecimento da deficiência visual na velhice é experimentado como marco na vida de cada indivíduo entrevistado. Evento este que surge como crise individual e relacional, enfatizando aspectos tensos sempre presentes na vida cotidiana, seja na família e nos arranjos familiares, nas relações intergeracionais, na experiência urbana, na vivência da representação estigmatizada da velhice e da deficiência visual.

Ao final do livro, a autora descreve, analiticamente, a socialização secundária, um novo aprendizado nesta etapa da vida, quando homens e mulheres com perda de visão passam a frequentar o IBC. A socialização secundá-

ria depois da perda da visão cria outras interpretações da realidade e do próprio corpo. Estar em casa, na vizinhança, transitar pela cidade, indo de algum bairro do subúrbio carioca à zona sul, onde se situa o IBC, e participar de redes de sociabilidade são vivências novas. Embora os olhos não possam mais identificar os espaços urbanos, os corpos passam a reconhecer o percurso das linhas de ônibus. O corpo, no seu vai e vem, nas curvas das ruas, mostra o caminho dos trajetos cotidianos. Novos objetos são incorporados no processo de socialização secundária, como a bengala. Este objeto traz, muitas vezes, vergonha e raiva. Porém, o acessório que representava tristeza e insegurança passa a significar a autonomia e independência.

Os símbolos e os significados são construídos em sociedade em constante transformação. Só existimos como indivíduos nos contextos sociais, a reciprocidade entre indivíduos e grupos nos insere na vida social. Em nossa sociedade moderna-contemporânea, transitamos entre mundos sociais no nosso cotidiano.

As mulheres e os homens entrevistados nesta pesquisa passaram a incorporar um novo espaço de sociabilidade, um novo mundo com um aprendizado e um novo sentido à vida.

As experiências de vida na velhice de pessoas com deficiência visual foram tratadas ao longo do livro, a partir de interlocuções com autores e grupos de pesquisa sobre envelhecimento, gênero, espaço urbano, políticas públicas e direitos sociais. Este livro é agora parte do acervo de conhecimento sobre as temáticas da velhice e da deficiência visual.

Myriam Moraes Lins de Barros

Doutora em Antropologia Social

pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Professora Titular da Escola de Serviço Social da mesma universidade

APRESENTAÇÃO

As questões abordadas neste livro estão ligadas à experiência de atuação da autora durante onze anos como assistente social do Instituto Benjamin Constant (IBC) e resultam de sua pesquisa de mestrado, realizada no ano de 2015.

Ao longo de sua atuação profissional, a autora notou a necessidade de voltar-se aos estudos sobre velhice e deficiência visual, considerando que vários pontos foram se colocando como importantes indagações. Foi a partir da observação do familiar, como diria Roberto DaMatta (1986), que as questões foram instigando a profissional.

A motivação para a escolha do tema ocorreu quando ela se deparou com um grande desafio: atender uma população com deficiência visual (cega ou com baixa visão) composta majoritariamente por idosos.

Foi nesse momento que notou a necessidade de compreender a realidade das pessoas com deficiência visual frente à sua perspectiva de pessoa vidente, de quem não possui deficiência visual. Pois, em seu cotidiano de trabalho, a autora encontrava dificuldade em responder, sem essa aproximação, às demandas que lhe eram colocadas. Posteriormente, ela também começou a questionar o lugar ocupado pela visão em seus modos de ser e estar no mundo.

No cotidiano de trabalho, a autora teve a oportunidade de participar e coordenar grupos com idosos, além de conhecer suas realidades individuais e familiares mais de perto. No decorrer desses momentos de trocas, fossem eles em atendimentos sociais, entrevistas sociais com os idosos e/ou seus familiares ou nos momentos dos grupos, várias questões apareciam tão recorrentemente que ela sentiu a necessidade de “estranhá-las” para tentar melhor compreendê-las.

As indagações às quais se refere, após vários momentos de organização de ideias, foram provocadas a partir das narrativas dos idosos em entrevistas

e grupos sobre as suas relações antes e depois da deficiência visual. As perguntas apareciam ou se aguçavam a partir do momento em que o idoso ficava sabendo que não mais voltaria a enxergar — isto é, era a partir desse momento de crise instaurada na vida dos idosos e de seus familiares que as questões surgiam.

Em muitos casos, era a partir de um atendimento oftalmológico, oferecido no IBC, que a notícia da deficiência visual era informada ao idoso. Em outros casos, tendo em vista a notoriedade dessa instituição em relação à deficiência visual, alguns idosos já sabiam do diagnóstico ou prognóstico, e buscavam o atendimento oftalmológico do IBC para tirar a dúvida. Isto é, confirmar ou não o diagnóstico dado por outros oftalmologistas fora dessa instituição.

Logo, para realizar um melhor trabalho com essa população, a autora notou a necessidade de ir além da compreensão a partir das vivências relatadas nas centenas de entrevistas sociais realizadas, tanto com os idosos quanto com seus familiares, ou em conversas com outros profissionais envolvidos no atendimento dessa população. Era preciso compreender as vivências sobre a velhice com cegueira à luz das discussões teóricas relacionadas a esses sujeitos.

Dessa forma, a teoria mostrou-se muito mais do que um apêndice à prática. Ela se evidenciou necessária para a compreensão das questões que se apresentavam no cotidiano de trabalho.

O que ocorre quando a notícia, em muitos casos vista como uma questão de tempo, torna-se uma realidade? Quem é esse idoso? Como ele comprehende sua velhice? O que acontece nas relações familiares em que há um idoso cego ou com baixa visão? Os arranjos familiares são reorganizados? Há diferenças nas relações quando é um homem ou uma mulher a perder a visão? De que maneira a inserção em atividades no Instituto Benjamin Constant afeta essas relações? Qual o lugar da deficiência visual de um idoso na contemporaneidade? Qual a sociabilidade que o cerca? Que dificuldades en-

frentam diante da velhice com deficiência visual? Enfim, como é envelhecer com deficiência visual? Assim, compreender esse momento de crise instaurado na vida desse idoso que se torna deficiente visual requer o entendimento desses questionamentos a partir do ponto de vista deles, pois o objetivo é se aproximar da percepção deles sobre as questões investigadas.

A fim de preservar as identidades dos entrevistados, optou-se pela utilização de pseudônimos. Sendo sete os entrevistados, foram utilizados os nomes das sete notas musicais (Dó, Ré, Mi, Fá, Sol, Lá, Si).

O intuito dessa pesquisa é conhecer não só os usuários desses serviços e suas questões no campo do envelhecimento e da deficiência visual, mas também de nos percebermos nessas questões enquanto indivíduos e profissionais.

INTRODUÇÃO

Eu acho que com a visão todo mundo é melhor.
(Entrevistado Lá – Baixa visão – 76 anos)

Os significados do envelhecer com a cegueira para idosos que já enxergaram é a principal questão estudada e desenvolvida nesta obra. Assim, deseja-se entender o modo como os idosos compreendem essa fase de suas vidas diante da perda visual.

Considera-se idosa a pessoa com 60 anos de idade ou mais, de acordo com a Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003 (Estatuto do Idoso), e deficiente visual, segundo o artigo 4º do Decreto 3.298, de 20 de dezembro de 1999, a pessoa que possui acuidade visual igual ou menor que 20/200 no melhor olho, após a melhor correção, ou campo visual inferior a 20º (tabela de Snellen), ou ocorrência simultânea de ambas as situações. Para elucidar melhor a questão, a Fundação Dorina Nowill para Cegos¹ explica em seu site:

A deficiência visual é definida como a perda total ou parcial, congênita ou adquirida, da visão. O nível de acuidade visual pode variar, o que determina dois grupos de deficiência:

Cegueira - há perda total da visão ou pouquíssima capacidade de enxergar, o que leva a pessoa a necessitar do Sistema Braille como meio de leitura e escrita.

Baixa visão ou visão subnormal - caracteriza-se pelo comprometimento do funcionamento visual dos olhos, mesmo após tratamento ou correção. As pessoas com baixa visão podem ler textos impressos ampliados ou com uso de recursos óticos especiais².

Desse modo, a pessoa com deficiência visual pode ser cega ou ter baixa visão. A cegueira inclui desde a perda total da visão até a perda de percepção luminosa. A baixa visão inclui a capacidade de percepção luminosa. As deficiências são consideradas uma questão de direitos humanos internacionalmente.

¹ Fonte: <http://www.fundacaodorina.org.br/quem-somos/a-fundacao-dorina/> Acesso em: 3 mar. 2016.

² Fonte: <http://www.fundacaodorina.org.br/deficiencia-visual/> Acesso em: 2 mar. 2016.

Nesta obra, a deficiência e a velhice não são compreendidas em termos jurídicos ou médicos, mas em termos subjetivos, a partir das vivências dos próprios idosos entrevistados. Assim, comprehende-se que os termos *deficiente* ou *pessoa com deficiência* diz de forma clara sobre quem é o foco deste livro, pois também é assim que eles se autodenominam.

Salienta-se que o termo correto e ideal para denominar tais pessoas é o termo *pessoas com deficiência*. Desse modo, será comum encontrar no decorrer do livro ambas as denominações. Já os termos *velho* e *idoso* serão usados significando as pessoas acima de 60 anos e trazendo, muitas vezes, uma reflexão sobre o porquê do incômodo que a palavra *velho* carrega quando a utilizamos em referência às pessoas com mais idade.

Nesse sentido, são variados os modos de ver e de não ver, tanto das pessoas que enxergam como daquelas que não enxergam. Como afirma Donna Haraway (1998 apud MARTINS, 2013, p. 58), toda a visão se encontra situada em um corpo e em um contexto. Assim, compreender a vida de uma pessoa idosa que por algum momento da sua existência enxergou, e a partir de determinado momento de sua vida ficou cega ou com baixa visão, torna-se importante e necessário, pois esse idoso está fragilizado diante do centrismo visual moderno (MARTINS, 2013).

Esse estudo auxilia na compreensão do que é ser um idoso com deficiência visual na contemporaneidade, mostrando a necessidade de ressignificação da deficiência visual, a partir da recusa da noção de tragédia pessoal e enfatizando tantas outras possibilidades que envolvem o não ver. Pode também contribuir para desmistificar ideias a respeito desse idoso. Ele não é voltado apenas para quem trabalha com pessoas com deficiência visual, mas sim para quem entende que a população idosa é crescente e precisará lidar cada vez mais com a presença do idoso nos espaços ocupacionais e na vida. Segundo Barczinski (2004, p. 1), apesar dos recursos com que se pode contar atualmente para evitar a perda da visão, a cada dia muitas pessoas ficam cegas por doença, acidente ou velhice.

A deficiência visual surge na vida dos idosos entrevistados como um evento marcante, por isso cabe pensar a dinâmica desse acontecimento e seus desdobramentos na velhice deles a partir da tentativa de compreensão das suas trajetórias de vida, visto que havia uma experiência de vida anterior a essa ocorrência.

O primeiro capítulo realiza uma contextualização com a apresentação do Instituto Benjamin Constant, muitas vezes citado como a segunda casa do deficiente visual; da conceituação do termo *reabilitação* a partir do qual as instituições de saúde passam a definir suas ações às pessoas com deficiência, seguida da apresentação do setor de reabilitação do IBC e dos perfis e biografias dos entrevistados. Assim, completa-se a primeira parte do trabalho que anuncia as questões discutidas adiante.

O segundo capítulo situa o tema investigado histórico e politicamente, demarcando a situação atual da velhice e da deficiência visual no Brasil. A proposta é apresentar subsídios para a compreensão dos novos significados da velhice e da deficiência visual com os quais dialoga-se durante todo o livro. Os temas velhice e deficiência visual são apresentados e discute-se os modos como a velhice (do estigma à *melhor idade*) e a deficiência visual (do patológico ao oprimido) foram sendo construídas socialmente, apontando para as diversas situações dos idosos com deficiência visual narradas por eles no capítulo seguinte.

O terceiro capítulo apresenta os assuntos abordados nas entrevistas situando as narrativas naquilo que se pretende compreender: o ponto de vista deles sobre suas situações enquanto velhos com deficiência visual e as implicações envolvidas por serem participantes de atividades no Instituto Benjamin Constant. O discurso deles vai sendo estabelecido de acordo com as questões surgidas durante as entrevistas e daquilo que estava previamente pensado para esse diálogo. Assim, as narrativas foram enquadradas nos temas: *família* e suas transformações; *geração*, na qual a migração como busca por melhores condições de vida (via escolarização e trabalho) e as trocas e conflitos

intergeracionais foram fortemente percebidos nos discursos; *gênero*, demarcando os papéis sociais desses homens e mulheres; e *religião/religiosidade*, percebidas como meio de apoio social na experiência de ser idoso e estar deficiente visual. Trata-se da análise dos discursos, daquilo que foi explicita ou implicitamente dito ou calado.

O quarto capítulo busca compreender se vivenciar a velhice possuindo deficiência visual significa a construção ou não de uma nova sociabilidade. Nesse capítulo apresentamos os dilemas envolvidos na experiência de estar deficiente visual na velhice; a maneira como a deficiência visual surgiu na trajetória de vida dos entrevistados; de que formas o IBC contribuiu para a ressignificação da deficiência aos idosos, estabelecendo o surgimento de novos sentidos por meio, por exemplo, do ensinar o uso da bengala e o braille; a definição de velhice e deficiência para os idosos entrevistados; e, por fim, os caminhos que levam à superação dos estigmas a eles associados, a partir de uma nova sociabilidade que os cerca na experiência de ser idoso com deficiência visual.

O último item constitui-se das considerações finais pertinentes à pesquisa e seus desdobramentos.

Ao iniciar cada parte que compõe este trabalho, frases pronunciadas pelos entrevistados serão anunciadas como forma de complementar o início das reflexões sobre cada item. Desde o primeiro capítulo até o final do trabalho, procuramos promover o diálogo entre as questões aqui apresentadas e as narrativas dos próprios idosos, uma maneira encontrada de dar voz a eles.

CAPÍTULO 1 – Nossa Segunda Casa

Aí, quando eu aprendi a escrever, a ler e escrever em braille, pronto! Aí clareou! [...] Clareou no sentido de que a minha mente voltou a ser normal. Acabou aquela escuridão, entendeu?
(Entrevistada Fá – Cega – 68 anos)

1.1 O Instituto Benjamin Constant (IBC)

O Imperial Instituto dos Meninos Cegos, primeiro nome que teve o Instituto Benjamin Constant, atualmente situado no bairro da Urca, na cidade do Rio de Janeiro, foi criado pelo imperador D. Pedro II, em 17 de setembro de 1854. Antes de ter o nome atual, também já foi denominado de Instituto Nacional de Cegos, em 1890.

Durante os 168 anos de sua existência, o IBC derrubou preconceitos e se firmou como uma instituição de referência no que diz respeito à deficiência visual no Brasil. A função precípua do instituto, conforme regimento interno aprovado pela Portaria nº 942, de 13 de setembro de 1996, é ser o Centro de Referência Nacional na área da Deficiência da Visão (INSTITUTO BENJAMIN CONSTANT, 2007, p. 24). Atualmente, o Instituto Benjamin Constant é um órgão público federal voltado ao atendimento de pessoas com deficiência visual, diretamente subordinado ao Ministério da Educação (MEC).

O Instituto, durante sua existência, vem se redirecionando e se readequando às realidades impostas pelo passar do tempo. Notadamente, trata-se de um órgão complexo e com um amplo espectro de atuação no que diz respeito às questões envolvidas na deficiência visual no país. Em linhas gerais, o IBC é uma instituição especializada na educação e capacitação profissional. Desse modo, atende crianças, jovens e adultos com deficiência visual, surdocegueira e outras deficiências associadas à deficiência visual. Entretanto, além do ensino regular, o instituto oferece atividades de apoio e pesquisa.

Dentre as divisões organizacionais da instituição, o Departamento de Estudos e Pesquisas Médicas e de Reabilitação (DMR) é o responsável pela promoção de atendimentos nas áreas médica, oftalmológica, odontológica e nutricional para alunos e reabilitandos (alunos que frequentam o setor de reabilitação) do IBC. Inclusive, os serviços oftalmológicos oferecidos vão desde atendimentos (estendidos também à comunidade) até a formação de profissionais nessa área, por meio de atividade acadêmica em um programa de residência médica, credenciado pelo MEC em 2001.

É também nesse departamento que se situa o trabalho do Serviço Social da instituição, na Divisão de Orientação e Acompanhamento (DOA). São realizados atendimentos a questões referentes aos alunos da escola e suas famílias, aos participantes do setor de Reabilitação (que totalizavam 369 pessoas inscritas em 2015) e seus familiares. Além disso, é nesse departamento que está o trabalho da Divisão de Reabilitação, de preparação para o trabalho e encaminhamento profissional, que será apresentado no próximo item e que também possui um Núcleo de Atendimento Educacional à Pessoa com Surdocegueira.

Confirmando o que foi dito sobre a notoriedade do Instituto Benjamin Constant, no atendimento a pessoas com deficiência visual, os idosos entrevistados relataram como foi a descoberta desse espaço para eles. Dos sete entrevistados, três foram indicados ou encaminhados por oftalmologistas de serviços de saúde públicos ou particulares do país. O entrevistado Dó conta como chegou ao IBC:

Eu descobri o Instituto assim: minha filha [...] trabalha no Hospital do Fundão. [...] Então, lá surgiu uma campanha de catarata. [...] Eu já estava doente das vistas e não sabia. Eu enxergava, mas de vez em quando eu sentia uma coceirinha, uma coisa diferente. [...] Quando os médicos me examinaram eu já estava com essa vista do olho esquerdo praticamente perdida. Aí eu tenho glaucoma e no exame da catarata eu entrei em tratamento lá. Eles me levaram lá para as máquinas, aí depois marcaram consultas. Quatro meses depois para a próxima consulta foi tendo aquelas consultas, receberam colírios para manter a pressão dos olhos que é o glaucoma. Fui usando. Chegou a um ponto que ela (médica) falou assim pra

mim se eu queria operar, fazer uma cirurgia do olho esquerdo, mas não é garantia de nada. Era pra mim [sic] optar se eu queria fazer a cirurgia ou queria manter aquela baixa visão que eu tinha. A baixa visão que eu tinha era uma baixa visão boa, e eu tinha que manter o uso dos colírios, porque podia ficar cego total de repente. Aí eu pensei... pensei: pra mim [sic] operar e ficar cego de vez eu vou é aproveitar esse pouco que eu tenho e aí comecei a usar o colírio nas duas vistas. Aí fiquei usando e acompanhando nas consultas que elas marcavam. Quando eu senti que a minha vista tava piorando mesmo aí ela (a médica) me desenganou. Aí eu vim parar aqui no IBC porque eles me encaminharam do hospital do Fundão para o Benjamin Constant. Porque é muito difícil conseguir uma vaga aqui, uma consulta, conseguir um cadastro para tratamento aqui é muito difícil. Tanto lá como aqui, mas daí eu vim direto para a reabilitação (Entrevistado Dó – 82 anos).

Nesse relato nota-se que a chegada ao IBC coincide com a chegada ou descoberta da deficiência visual na vida dele, o que é recorrente também nas narrativas dos outros idosos.

O entrevistado também fala sobre a dificuldade de se conseguir consultas oftalmológicas no Hospital do Fundão e no IBC. Nas entrevistas realizadas no cotidiano de trabalho, eram muitas as narrativas sobre a peregrinação na busca por consultas oftalmológicas no serviço público de saúde, dada à dificuldade de conseguir o atendimento, tanto pela falta de profissionais, quanto pela falta de vagas para primeiros atendimentos. O entrevistado Dó também comenta sobre as escolhas que fazem quando se pode optar por realizar uma cirurgia oftalmológica que não possui garantias, ou seja, pode melhorar a visão ou fazê-los perdê-la de vez. Outros idosos relataram situações semelhantes.

O entrevistado Ré conta como conheceu o IBC: “Foi assim: um amigo do meu filho trouxe a mãe dele pra cá. Daí meu filho conversou com esse rapaz que indicou pra gente vir aqui para o Instituto”. Em seguida, ele conta as consequências da progressiva perda de visão na sua vida, quando trabalhava como segurança numa empresa:

Ah! Isso aí foi um processo meio duro, né?! Começou esse processo em casa... Eu tava trabalhando, mas não tava enxergando muito bem não. Eu trabalhava numa empresa de plásticos na Pavuna. Eu ficava na sede da empresa. Aí o que que acontece...eu tive que me afastar do emprego também, porque começou esse processo de

tratamento no Hospital do Olho, fui para o Hospital do Fundão, depois eu vim pro Benjamin (Entrevistado Ré – 68 anos).

O entrevistado Sol relata que a indicação do IBC foi feita pela oftalmologista que o atendia pelo seu plano de saúde e a recomendação se deu por ter chegado o momento de aprender o uso da bengala, já que ele possui uma doença degenerativa da retina que o deixaria progressivamente cego:

Aí, eu faço acompanhamento com uma doutora em Botafogo, não sei se você já ouviu falar o nome dela. É doutora [...] Ela é especialista em retinose. [...] Foi ela que notou que eu já estava precisando usar a bengala. Aí ela me aconselhou a ir buscar aqui, o Instituto. [...] Eu vim para a reabilitação para aprender a andar de bengala (Entrevistado Sol – 80 anos).

Três idosas tiveram a indicação de parentes e/ou conhecidos, uma delas inclusive em um outro estado brasileiro. A entrevistada Mi relata que sua relação com o IBC se deu a partir da necessidade de encontrar uma escola adequada ao ensino de seus dois filhos, quando descobriu, ainda durante a infância deles, que tinham problemas visuais. A entrevistada disse que eles enxergam e uma filha tem baixa visão:

Conhecer o Instituto foi quando eu vim para o Rio, mas conhecer pelo nome... Eu morava nessa cidade que eu nasci [Iporá, no estado de Goiás]. Eu era professora de piano e tive um aluno que teve problema de retinose pigmentar. [...] eu tinha esse aluno de piano e a visão dele estava diminuindo e ele queria fazer alguma coisa. Os pais não eram ricos, mas de um certo modo tinham recursos. Então ele entrou em contato com o Instituto e começou a vir. [...] Então, quando os meus filhos estavam pequenos, com problema visual, ele falou: [...] "A senhora pode ir lá pro Rio. Lá tem o Benjamin Constant". Foi através desse aluno meu que eu soube do Benjamin, mas eu não pus aquilo pra frente... [...] Aí teve um encontro de musicografia em braille aqui. Eu vim assistir, pois eu não sabia nada de música em braille. Fiquei uma semana, fiz esse encontro aqui com os professores e eu arrumei a vaga pro menino. No final do ano eu trouxe o menino. Depois eu trouxe a (filha). Isso foi em 1983/1984. Foi quando eu comecei a frequentar aqui, porque meus filhos estudavam aqui (Entrevistada Mi – 75 anos).

Em seguida, ela conta que passou a frequentar atividades como braille e tricô, pois nessa época ela já estava deficiente visual, mas ainda não estava cega (o que ocorreu no ano 2000). Outra idosa afirmou:

[...] quem indicou o Instituto foi essa minha prima que mora em Copacabana. Ela tinha uma consulta marcada pra ela. Depois, ela me ligou e perguntou: "Eu conheci o Instituto Benjamin Constant, você não quer fazer uma consulta?" Nessa época eu já era baixa visão. Eu nunca tive visão normal. Aí eu falei pra ela que quero (sic). Ela marcou uma consulta e eu vim (Entrevistada Fá – 68 anos).

A entrevistada Si relata o seguinte:

Em casa fiquei falando pra todo mundo que eu estava cega e eles falaram: Vai no Benjamin Constant! Vai no Benjamin Constant! [...] Eu sabia da existência do Instituto. Não com o que tem hoje, né?... reabilitação não... eu sabia que lá uma vez por mês tinha marcação de consultas. Aí no dia eu fui pra lá. Fiquei numa fila umas 3 horas, mais ou menos, que a fila ia até quase na Urca, né? [...] Fui para fazer consulta (Entrevistada Si – 66 anos).

Podemos notar que a descoberta do IBC pelos idosos entrevistados está diretamente ligada à história de como se tornaram deficientes visuais, seja pelo fato de buscarem uma confirmação ou como uma resposta ao fato de não estarem enxergando bem. Há também o reconhecimento de outros profissionais e de pessoas conhecidas sobre alguns recursos que a instituição possui.

Ademais, para os idosos entrevistados, o IBC surge em suas vidas trazendo outras perspectivas da deficiência visual (uma forma diferente de tratamento pessoal, a apresentação de possibilidades de reabilitação, a necessidade de encarar a deficiência e construir outros conceitos sobre ela).

1.2 Reabilitação: a construção do conceito

Historicamente vem se modificando a forma como a sociedade lida com as questões relacionadas às pessoas com deficiência, pois também ao longo do tempo vêm se transformando as concepções de mundo do homem. Apesar de pessoas com deficiência existirem desde que o mundo é mundo, nem sempre essa existência foi entendida socialmente como uma das formas de expressão humana, como mais uma forma de ser e estar no mundo.

Quando se busca uma história das deficiências³, encontramos referências aos momentos históricos do desenvolvimento humano. Na Idade Média, essas

³ Paulino (2007) e Moreira (2015), por exemplo, fazem esse resgate histórico.

pessoas eram consideradas entidades e não indivíduos. Entendia-se que as deficiências eram “respostas divinas” ou castigos e que, portanto, não haveria nenhuma intervenção favorável a elas. Muitas pessoas com deficiência, inclusive, foram mortas ou sacrificadas. No final da Idade Média e na Renascença, elas passam a ser vistas de maneira mística, misteriosa, ligadas ao mal.

Entre os séculos XVI e XIX, assistiu-se a processos de higienização das cidades a partir do alastramento das pestes e da lepra. Tal fato significava expulsar as pessoas doentes das cidades e do convívio com quem estava saudável, isolando-as num mesmo espaço de acordo com a doença acometida. No entanto, deficiência não é doença. Porém, esse processo de higienização representou uma classificação social que reuniu doentes, deficientes, pobres, prostitutas e desempregados como uma parcela da população moralmente doente, indesejável, desviante da ordem social. A partir disso surgiram os locais de isolamento. As instituições totais tiveram, inicialmente, o intuito de afastar os doentes da sociedade, para conter o alastramento das doenças. Entretanto, em seu processo de implementação, essas instituições passaram a acolher também outros tipos de “doentes”, aqueles considerados moralmente comprometidos, como mencionamos previamente.

Nesse sentido, o reconhecimento dos direitos das minorias sociais vem sendo alcançado a partir do momento em que tais indivíduos começam a ser reconhecidos como cidadãos. No caso das pessoas com deficiência visual, no Brasil, somente em 1932 se permitiu o voto (Decreto Lei 21.076/1932). Esse fato histórico demonstra que esse percurso em direção à constituição de uma cidadania para esse grupo segue a passos lentos, considerando, por exemplo, que o voto já tinha mais de cem anos de existência quando o decreto supracitado foi promulgado.

Em seu trabalho, Moreira (2015) destaca dois momentos de inserção de questões relacionadas às pessoas com deficiência nas políticas públicas brasileiras. As primeiras iniciativas que constituem o primeiro momento, denominado pela autora de políticas precursoras, efetivaram-se a partir da segregação

ção em instituições próprias. O segundo momento, denominado de políticas de reabilitação, foi marcado pela integração, a partir da ideia de normalizar as pessoas com deficiência. Junto com as ideias desse segundo momento, surge a necessidade de se questionar a institucionalização desses sujeitos, culminando numa posterior movimentação em favor da desinstitucionalização.

No caso do surgimento das iniciativas de reabilitação no Brasil, Moreira (2015) afirma que a partir de reuniões em associações surgiram pessoas interessadas nas questões envolvendo as pessoas com deficiência, e esses sujeitos passaram a pensar em meios de promoção de educação e reabilitação de crianças e adolescentes.

A autora afirma ainda que nos anos de 1950 houve a criação de centros de reabilitação física no Brasil, nos moldes estrangeiros (Europa e Estados Unidos), trazidos por estudantes de medicina e especialistas. Esses moldes estavam intimamente ligados aos anseios de atendimentos para reinserção social de pessoas que foram vitimadas na Segunda Guerra Mundial. Assim sendo, eram iniciativas pensadas para o retorno a uma “normalidade”. Além disso, Moreira também lembra que nesse mesmo período o Brasil presenciou um surto de poliomielite, causando paralisia em muitos brasileiros, contribuindo então para a criação dos primeiros centros brasileiros de reabilitação.

Desse modo, apresenta-se o início da área de reabilitação no Brasil, com seus discursos voltados nitidamente para o modelo biomédico da deficiência. A base desse projeto está em um corpo com defeitos que precisam ser corrigidos, chegando o mais próximo possível dos padrões de normalidade. Lembre-se das próteses e órteses, meios de proporcionar a aproximação de um corpo defeituoso a um corpo são. O corpo com lesão (física, intelectual ou sensorial), impedido de funcionar normalmente, precisa ser corrigido sem que se repense o modo como a sociedade (não) incorpora as diferentes formas de apresentação desses corpos. Nesse sentido, essa reinserção social estava mesmo voltada para uma readaptação dos sujeitos deficientes ao meio inalterado, isto é, a um meio social incapaz de se readequar a essa nova condição social de muitos sujeitos. Moreira (2015) destaca que:

Alicerçou-se a reabilitação no modelo biomédico da deficiência, centrado nos impedimentos funcionais do corpo, sejam de ordem física, intelectual ou sensorial, e não, na organização social, incapaz de responder as diversidades corporais. Estruturou-se no paradigma do serviço, presidido pela ideia de normalização, a qual representava a necessidade de introduzir a pessoa com deficiência na sociedade, ajudando-a a adquirir as condições e os padrões da vida cotidiana o mais próximo das curvas de normalidade (p. 42).

A mesma autora afirma que, em finais dos anos de 1970, observa-se que, no Brasil, por meio de atuações de movimentos questionadores da institucionalização das pessoas com deficiência, esses sujeitos passam a solicitar da sociedade e do poder público novas posturas, pois:

As pessoas com deficiência que viviam a experiência da institucionalização, da segregação, vistas como alvos da caridade e da filantropia, a partir desta década, passam a falar por si mesmas. Este segmento social, através de sua organização política, passa a pressionar a sociedade civil e ao poder público a não reduzí-los à objetos de intervenção clínica, de reabilitação ou de assistencialismo, mas exigem o reconhecimento de que são sujeitos de direito, por quanto, cidadãs. Com o lema *Nada sobre nós, sem nós*, as pessoas com deficiência ingressam na arena política, protagonizando uma mudança de eixo na forma de se conceber e de se lidar com a deficiência (MOREIRA, 2015, p. 43).

Assim, é nesse contexto que surgem os serviços de reabilitação no Brasil.

1.3 O setor de Reabilitação do IBC

Conforme explicitado anteriormente, o IBC possui diversas áreas de atendimento a pessoas com deficiência visual. Com isso, o atendimento ao idoso não se restringe ao setor de Reabilitação. No entanto, a pesquisa foi realizada nesse setor por causa da especificidade do público atendido: pessoas que perderam a visão na fase adulta ou que, mesmo tendo perdido a visão mais cedo, não tiveram oportunidades de acesso a programas de atendimento especializado.

Criado há mais de 20 anos, o setor de Reabilitação tinha o objetivo de atender pessoas que perderam a visão na juventude e na fase adulta, oferecendo atividades que possibilitariam a esses indivíduos uma reinserção nos

espaços usufruídos anteriormente à perda visual e uma readaptação a essa nova realidade.

O referido setor realizava atendimentos em orientação e mobilidade, atividade da vida diária, habilidades básicas de preparação para o braille, leitura e escrita no Sistema Braille, escrita cursiva, inglês básico, música, teatro, cestaria, artesanato (*biscuit*, tricô, tapeçaria), cerâmica, educação física, capacitação de usuários de computadores equipados com software do sistema DOSVOX, do MAGic (ampliador de tela para pessoas com baixa visão) e do JAWS (leitor de tela), atendimento social e psicológico. A Reabilitação oferecia também cursos profissionalizantes: massoterapia, shiatsuterapia, drenagem linfática manual, reflexologia dos pés, afinação de piano e oficina de cerâmica. Além disso, o setor desenvolvia o Programa de Atendimento e Apoio ao Surdocego e o encaminhamento ao mercado de trabalho.

Vale destacar que, apesar de não possuir uma proposta de cunho biomédico, esse nome dado ao setor trazia consigo uma marca. O que poderia explicar, por exemplo, a confusão em relação ao nome “reabilitação”, estabelecida em algumas situações de atendimentos. Por exemplo, no momento em que apresentava o trabalho do IBC e da Reabilitação para pessoas encaminhadas para o setor pelos médicos oftalmologistas do IBC, algumas desistiam de participar das atividades oferecidas, alegando que viam a reabilitação como uma forma de apresentar a elas meios de melhorar a visão ou para voltar a enxergar.

Desse modo, a marca a que me refiro é: reabilitação estaria voltada para a normalização das situações de deficiência. Em outros termos, há uma nítida associação, no senso comum, entre reabilitação — medicina — cura.

No entanto, no discurso institucional, não era essa a proposta da Reabilitação do IBC, apesar de o trabalho estar situado num departamento que incluía atendimentos médicos. Pessoas envolvidas nesse trabalho a chamaravam de reabilitação social. De modo geral, esse projeto teria a proposta de apresentar às pessoas atendidas meios de continuar a vida social mediante ao

fato de não enxergar. No entanto, o adjetivo social não era largamente difundido no meio institucional, o que podia dificultar a compreensão imediata do ouvinte quando era informado do encaminhamento para a Reabilitação.

No ano de 2015, esse setor teve 369 pessoas inscritas, sendo 191 homens e 178 mulheres. Esse dado é interessante, pois havia a impressão de que serviços envolvendo questões de saúde e lazer possuíam uma busca maior de pessoas do gênero feminino. Certamente a natureza dos serviços oferecidos era bem específica, mas cabe pensar sobre quais motivos levavam mais homens do que mulheres a buscar o atendimento. Como não possuímos dados comparativos, também não sabemos se já houve um número maior de mulheres ou se a maioria sempre foi do gênero masculino, nem mesmo se já houve uma igualdade de número de inscritos entre esses dois grupos, por exemplo. Durante o ano observado houve dois falecimentos (um homem e uma mulher), mas os dados aqui apresentados trabalham com a quantidade total de pessoas inscritas, desconsiderando esses casos.

O panorama sobre as idades das pessoas inscritas no setor de Reabilitação no ano de 2015 era o seguinte: dos 369 inscritos, 10 tinham até 20 anos; 65 tinham entre 20 e 35 anos; 80 tinham entre 35 e 50 anos; 102 tinham entre 50 e 60 anos; e 112 tinham mais de 60 anos.

Esses dados mostravam que a inserção nas atividades de Reabilitação do IBC se dava em todas as faixas de idade, desde jovens adultos a idosos. Notava-se também que quanto maior a idade, maior o número de pessoas inseridas. Enquanto na faixa de até 20 anos havia 10 pessoas, a faixa de 50 a 60 anos possuía cerca de 100 inscritos. E a faixa acima de 60 anos possuía mais de 110 inscritos. Essa discrepância em relação à quantidade de jovens e de idosos que buscavam as atividades nesse setor corrobora o que dizem as pesquisas sobre a relação das deficiências com as idades das pessoas: quanto mais idade se tem, maiores as chances de adquirir uma deficiência.

Os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010 (último censo realizado até então) apontam a seguinte situação dos

brasileiros residentes no país em relação às deficiências: 23,9% da população brasileira possuía pelo menos uma deficiência (visual, auditiva, motora, mental ou intelectual). Dentre as deficiências que acometem os brasileiros, a deficiência visual é a de maior incidência (18,6%). Em segundo lugar está a deficiência motora, ocorrendo em 7% dessa população; depois está a deficiência auditiva, em 5,1%; por último, a deficiência mental ou intelectual, que acomete 1,4%. Ou seja, do total da população brasileira com pelo menos uma deficiência em 2010, 77,82% era de pessoas com deficiência visual.

Separando a população brasileira residente no país com pelo menos um tipo de deficiência em três grupos de idades (0 a 14, 15 a 64 e mais de 65 anos), nota-se crescente a incidência de alguma deficiência conforme aumenta a idade.

Na faixa de 0 a 14 anos havia 5,3% com deficiência visual, 1,3% com deficiência auditiva, 1,0% com deficiência motora e 0,9% com deficiência mental ou intelectual. Na faixa de 15 a 64 anos havia 20,1% com deficiência visual, 4,2% com deficiência auditiva, 5,7% com deficiência motora e 1,4% com deficiência mental ou intelectual. E na faixa acima de 65 anos havia 49,8% com deficiência visual, 25,6% com deficiência auditiva, 38,3% com deficiência motora e 2,9% com deficiência mental ou intelectual (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010, p. 10).

Esses dados mostram que a deficiência visual prevalece em todos os grupos de idade de maneira crescente, conforme se aumenta a idade. É relevante observar que no grupo acima de 65 anos ela acomete quase a metade dessa população (49,8%). Ou seja, a pequena demonstração relativa às informações obtidas no setor de reabilitação do IBC possui total relação com aquelas presentes na pesquisa do IBGE, que reflete a situação de toda a população brasileira.

Nos dados que informam as idades dos reabilitandos do IBC, também chama atenção o fato de que, em no máximo dez anos, supondo que a situação se estendesse ao longo do tempo, o número de pessoas idosas iria quase dobrar (sem considerar as pessoas que entrarão e sairão de todos os grupos

de idade). Ou seja, as 100 pessoas que estavam na faixa de 50 a 60 anos fariam parte da faixa de pessoas idosas. No entanto, em curto prazo observa-se que, já nos cinco anos subsequentes, 63 das pessoas inscritas nesse ano entrariam na faixa acima de 60 anos. Ou seja, mais da metade das pessoas do grupo de 50 a 60 anos já faria parte do grupo de idosos.

Dividiu-se o mesmo grupo, incluindo-se apenas as pessoas com mais idade, a partir dos 50 anos, em faixas de tempo menores (de 5 em 5 anos) para observarmos o que identificamos nessa análise. Entre 50 a 55 anos havia quase 40 inscritos; entre 55 a 60 anos, mais de 60 inscritos; e acima de 60 anos, mais de 110 inscritos.

Nesse sentido, cabe pensar sobre as consequências dessa grande mudança não só na instituição, como também de modo geral, tendo em vista que essa pequena demonstração só corrobora com os dados já explícitos sobre a longevidade da população brasileira. Isso poderá significar inclusive a necessidade de reconfiguração do setor de Reabilitação para conseguir atender à demanda crescente de idosos.

Além disso, em muitos casos, essas pessoas não entram apenas numa faixa de idade diferente, mas em um grupo que possui uma gama de direitos socialmente aceitos. Isto é, em muitos casos, são pessoas que não possuíam direito a nada e, após alcançar certa idade, passam a ter os direitos dos idosos.

Em geral, após o diagnóstico da cegueira ou da baixa visão pelo oftalmologista da instituição, o candidato ao programa (adulto, jovem ou idoso) era encaminhado para a Reabilitação.

Para a entrada nesse programa, o candidato era atendido por alguns profissionais: pelo clínico geral, que fazia uma avaliação da saúde; pelo psicólogo, que fazia, dentre outras coisas, uma anamnese para saber dos interesses pelas atividades oferecidas pelo programa; e pelo assistente social, que fazia uma entrevista socioeconômica para conhecer melhor a realidade do candidato e fornecer orientações pertinentes aos seus direitos. Após passar

por esses profissionais é que se efetuava ou não a inscrição do candidato. Em alguns casos, quando ainda não queriam aceitar a nova realidade e acreditavam haver alguma chance de se reverter o quadro clínico, eles desistiam, afirmado que buscariam outros médicos para confirmar a condição de cego ou de baixa visão. Dessa forma se configurava uma parte do trabalho do setor de Reabilitação.

1.4 Os entrevistados: breve biografia⁴

O entrevistado Dó declarou-se negro e tinha 82 anos. Estava cego, mas pouco tempo antes da entrevista apresentava baixa visão. Ele também possuía glaucoma, mas não soube especificar há quanto tempo estava com baixa visão. Foi perdendo a visão gradativamente. Natural de Tombos de Carangola, Minas Gerais, o entrevistado foi casado por 46 anos, do qual é viúvo há cerca de nove anos.

Além disso, o entrevistado relata ter estudado até o quarto ano primário, que seria a escolarização oferecida naquela cidade na sua época. Sobre sua profissão, informou ter sido pedreiro na cidade onde nasceu, apesar de não ter trabalhado nesse ramo após sua saída da cidade e vinda para o Rio de Janeiro. Possuía renda mensal de cerca de dois mil reais, proveniente de sua aposentadoria por tempo de serviço e pensão por falecimento da sua esposa. Morava com uma filha e sua família em Guadalupe, bairro da zona oeste da cidade do Rio de Janeiro.

O entrevistado Ré declarou-se negro e tinha 68 anos. Estava deficiente visual há cerca de quinze anos (foi baixa visão por cerca de quatro anos). Ré ficou cego por causa da retinopatia diabética, doença causada por complicações no quadro de diabetes. Foi perdendo a visão gradativamente. O entrevistado é natural do Rio de Janeiro, nascido em São Cristóvão e casado há 45 anos. Ele relatou que estava terminando o ensino fundamental novamente,

⁴ Dados coletados em entrevistas qualitativas com roteiro semiestruturado realizadas no ano de 2015.

pois fez na época dele o antigo supletivo e resolveu fazer tudo de novo. Sobre sua profissão, informou ter sido segurança. O entrevistado possuía renda mensal de mil e cem reais, proveniente de sua aposentadoria por invalidez. Além disso, morava com sua esposa e um cunhado na Pavuna, bairro da zona norte da cidade do Rio de Janeiro.

A entrevistada Mi declarou-se branca e tinha 75 anos. Perdeu a visão de um olho quando tinha 11 anos de idade por catarata congênita, e ficou cega do outro olho aos 59 anos. Foi perdendo a visão gradativamente. Mi é natural de Iporá – Goiânia. Ela era casada, mas vivia separada há cerca de 20 anos. Tem ensino superior incompleto em Letras Inglês/Português e em Licenciatura em Educação Musical. A entrevistada abandonou as duas faculdades devido às dificuldades decorrentes de não estar enxergando, pois “na época era ignorante sobre os meus direitos”. Sobre sua profissão, informou ser professora, inclusive foi aposentada por invalidez em seu estado, como tal. Mi relatou possuir renda mensal de um salário-mínimo proveniente de sua aposentadoria por invalidez. Quando perguntada sobre com quem morava, ela disse: “Ou quem mora comigo, né? (risos)”, referindo-se que o “morar com o outro” significaria que a casa não era dela, já que dois filhos e uma neta residiam com ela em São Cristóvão, bairro da zona norte da cidade do Rio de Janeiro.

A entrevistada Fá declarou-se branca e tinha 68 anos. Estava cega por ter retinose pigmentar, uma doença degenerativa da retina, mas só soube disso em 1996, quando fez uma consulta no IBC. A partir de certa idade, ela passou a notar a visão piorando, mas acreditava que se tratava de um problema dos óculos que comprava. Foi perdendo a visão gradativamente e não soube precisar desde quando. Fá é natural de Reriutaba, no estado do Ceará. Viúva há 39 anos (seu marido teve morte presumida em 1977), a entrevistada relata ter estudado até o segundo ano incompleto, mas não soube especificar, disse que achava ser do ensino médio. Sobre sua profissão, informou ser do lar. Possuía renda mensal de mil e cem reais, proveniente de sua aposentadoria por invalidez. Além disso, morava com seu filho e sua nora na sua casa, no Méier, bairro da zona norte da cidade do Rio de Janeiro.

O entrevistado Sol declarou-se branco e tinha 80 anos. Ele tem retinose pigmentar e vem perdendo a visão gradativamente. Disse: "A perda é muito lenta, às vezes, você nem percebe". Sol disse que era baixa visão, mas estava "praticamente cego". Natural de Belo Horizonte, capital de Minas Gerais, o entrevistado é casado há 58 anos. Sol relatou ter estudado até o primeiro grau e possuir curso técnico em desenho mecânico. Sobre sua profissão, informou ter sido metalúrgico. Possuía renda mensal de dois mil e duzentos reais, proveniente de sua aposentadoria por invalidez e sua esposa recebia um salário-mínimo⁵. Além disso, morava com sua esposa em Irajá, bairro da zona norte da cidade do Rio de Janeiro.

O entrevistado Lá se declarou como branco e tinha 76 anos. Estava com baixa visão em um olho e cego de outro desde a infância. Mas disse que sempre enxergou normal com o outro olho e afirmou: "Eu não sabia que ia ficar quase sem enxergar". Lá é natural do Rio de Janeiro. Na data da entrevista, era viúvo de um relacionamento de 42 anos e há dois anos morava com sua nova companheira. Além disso, o entrevistado relatou ter completado o ginásio e o científico. Sobre sua profissão, declarou ter sido propagandista. Ele informou que possui uma renda mensal de um salário-mínimo proveniente de sua aposentadoria por tempo de serviço e que sua atual companheira também recebia um salário-mínimo. Os dois moravam juntos no apartamento dele no Largo do Machado, situado na zona sul da cidade do Rio de Janeiro.

A entrevistada Si declarou-se negra e tinha 66 anos. Estava cega por causa da retinopatia diabética. Perdeu a visão de um olho em 1990 e doze anos depois perdeu a visão do outro olho. Mas durante esses doze anos já apresentava baixa visão. A entrevistada declarou-se solteira (por não ter se casado civilmente), mas disse que se casou com seu ex-marido quando tinha 23 anos. Estava separada dele há alguns anos. Além disso, Si afirmou ter estudado até a quarta série e declarou não ter profissão. Possuía renda mensal de um salário-mínimo proveniente do BPC (Benefício de Prestação Conti-

5 Em 2015, o salário-mínimo tinha o valor de R\$ 788, 00 (setecentos e oitenta e oito reais).

nuada). A entrevistada também declarou que sua filha, com quem morava, tinha uma renda mensal de cinco mil reais. Si morava na casa dessa filha, com ela, duas netas e um neto, no bairro do Riachuelo, situado na zona norte da cidade do Rio de Janeiro.

1.5 Algumas implicações sobre as entrevistas

O aprendizado de assinar sem enxergar era ensinado no IBC na atividade de escrita cursiva. Esse era apenas um momento dessa atividade, mas diante da necessidade de assinar para exercer alguns de seus direitos de cidadão, era uma parte importante. Ressalta-se que para uma pessoa com deficiência visual, aprender a assinar não significa, necessariamente, saber escrever de forma cursiva qualquer palavra.

Para as entrevistas foi levada uma régua vazada de papelão utilizada por deficientes visuais para colher suas assinaturas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, um documento necessário para a realização de pesquisas dessa natureza. Também havia um coletor de impressão digital caso houvesse algum idoso que não assinasse. No caso da necessidade de colher assinatura a partir da digital, fazia-se necessária a presença e assinatura de outra pessoa sem deficiência visual, confirmando que a digital colhida era daquele idoso mencionado no termo.

Os sete entrevistados assinaram os termos, não sendo necessária a coleta de impressão digital. Apenas dois idosos não estavam de posse de sua própria régua vazada. Eles esqueceram-se de levá-las consigo. Os outros cinco assinaram com o auxílio das suas próprias réguas (de material metálico), que estavam nos bolsos da camisa (quando eram homens) ou nas bolsas (quando eram mulheres). O único auxílio que pediram na hora de assinar foi que colasse o espaço vazado da régua no correspondente reservado para suas assinaturas. Todos tiveram a preocupação de perguntar se havia ficado boa a assinatura e diziam enquanto assinavam: "Ih! Acho que subi!"; "Está ficando bom?"; "Preciso treinar mais, faz tempo que não assino meu nome."; "Ficou direito?".

Observada a qualidade das entrevistas realizadas com os sete idosos, que contemplavam as questões a serem desenvolvidas, não buscou-se realizar novas entrevistas com mais idosos. Nas pesquisas qualitativas com entrevistas abertas não se pretende encontrar uma média que corresponda a um padrão do universo entrevistado.

As entrevistas foram marcadas por telefone e os idosos escolheram o local onde seriam realizadas. Seis idosos escolheram realizar a entrevista na própria instituição e uma preferiu que fosse na sua casa, tendo em vista estar com dificuldade de locomoção por conta de um acidente vascular cerebral sofrido há alguns meses.

Como as entrevistas foram realizadas no período em que se iniciava o recesso para os alunos e reabilitandos da instituição, não foi difícil negociar uma sala para a realização. Inclusive a sala cedida era conhecida dos idosos, pois era o local onde seus grupos aconteciam. Assim, não houve nenhum transtorno para encontrarem a sala combinada. Os horários das entrevistas foram escolhidos por eles. Apenas um entrevistado preferiu fazer a entrevista no horário da tarde durante a semana. Ele era o que morava num bairro mais próximo da instituição. Cinco deles escolheram ser entrevistados na parte da manhã e durante a semana e uma entrevista foi realizada num sábado pela manhã (na casa da entrevistada). Observou-se que eles preferiram realizar seus compromissos na parte da manhã, pois o entardecer e a noite podiam tornar o deslocamento inacessível e perigoso, visto que alguns possuíam percepção luminosa e se guiavam a partir dela.

A entrevista realizada em domicílio foi a mais longa, pois não havia impedimentos como horário de encerramento das atividades e entrega das chaves na portaria, como era o caso das entrevistas realizadas na instituição, por exemplo. Além disso, foi muito rico ter a oportunidade de conhecer o espaço da casa e circular no bairro onde essa entrevistada morava, podendo visualizar e compreender melhor de quais pontos de vista ela falava, inclusive em relação ao trajeto percorrido semanalmente por ela para ir e vir do IBC. Ainda foi possível conhecer rapidamente algumas pessoas do convívio diário dela. Nes-

se caso, a entrevista foi realizada no quarto da entrevistada, por sua escolha. Esta residia na casa de sua filha, que reservava a ela um quarto separado na casa.

O roteiro de entrevistas possuía questões relativas a informações gerais (nome, idade, cidade natal, profissão, renda, estado civil, bairro onde mora e escolaridade) e a informações sobre diferentes temas como: trabalho, família, deficiência visual, IBC, velhice, saúde etc. Além desses temas, outras perguntas foram feitas de acordo com o permitido pelo desenrolar das conversas.

Durante as entrevistas, cada idoso seguiu uma determinada linha de raciocínio e o roteiro de entrevista serviu como um guia para orientar sobre as questões que se pretendiam ser abordadas. Nesse sentido, as perguntas não foram feitas todas na mesma ordem para todos os entrevistados, considerando que as entrevistas seguiram como uma conversa, na qual muitas vezes eles davam respostas de perguntas que ainda não haviam sido feitas. Algumas indagações foram feitas mais de uma vez, pois em alguns casos o idoso tratava de um assunto e não respondia à pergunta. Conforme cada idoso foi se sentindo mais à vontade para falar sobre determinados assuntos, outras perguntas que não estavam no roteiro surgiram, pois tinham relação com a pesquisa, dando abertura para novas indagações.

Cada entrevistado sentiu à sua maneira o momento da entrevista; uns mais à vontade para falar de determinado assunto, outros menos à vontade. Essas diferenças foram determinadas, inclusive, pela relação profissional da autora com eles, ou seja, aqueles com quem ela teve mais contato no cotidiano de trabalho ou que a conheciam há mais tempo falaram mais e participaram mais da conversa/entrevista do que aqueles com quem ela teve menos contato. Além disso, cada um trouxe para a entrevista seu tom individual ao tratar de suas trajetórias de vida.

CAPÍTULO 2 – Velhice e Deficiência Visual no Brasil

Eu acho que se eu fosse deficiente visual mais novo, seria uma coisa, mas na situação em que eu estou juntam os problemas de uma pessoa já idosa, doenças e as coisas que nos acomete mais a deficiência visual e a impossibilidade de você fazer as coisas em casa... as coisas mais banais dentro de uma casa.
(Entrevistado Sol – baixa visão – 80 anos)

A apresentação dos temas velhice e deficiência será conformada a seguir, apresentando-se o contexto político no qual esses temas se inserem no Brasil e, num segundo momento, buscando expor de maneira preliminar algumas de suas relações. Diniz e Medeiros (2004) apontam alguns motivos da relevância da aproximação entre velhice e deficiência:

Mostrar a relação entre envelhecimento e deficiência é importante por várias razões. Primeiro, porque o envelhecimento vem acompanhado de algumas limitações nas capacidades físicas e, às vezes, intelectuais, mas apesar do envelhecimento crescente de quase todas as populações do mundo, na maioria delas pouco ou nada se tem feito para que essas limitações não se tornem causa de deficiências. Segundo, porque mostra que, na ausência de mudanças na forma como as sociedades organizam seu cotidiano, que todos seguem em direção a uma fase da vida em que se tornarão deficientes, o que motiva, ainda que por meio da defesa de interesses egoístas, a melhoria das políticas públicas voltadas à deficiência. Terceiro, porque lembra que a interdependência e o cuidado não são algo necessário apenas diante de situações excepcionais e sim necessidades ordinárias em vários momentos da vida de todas as pessoas. Quarto, porque a previsibilidade do envelhecimento permite entender que muito da deficiência é resultado de um contexto social e econômico que se reproduz no tempo, pois a deficiência no envelhecimento é, em parte, a expressão de desigualdades surgidas no passado e que são mantidas (p. 113).

2.1 Contexto político

No Brasil, a história da construção da cidadania das pessoas com deficiência e idosas é a história do processo de democratização, e também do de-

senvolvimento e acirramento da questão social. Apesar de contraditório, é dentro do contexto do capitalismo que se torna possível a ideia de pessoas livres para venderem sua força de trabalho e, com isso, livres para exercerem seus deveres e direitos de cidadãos. A exclusão como forma de determinar quem é ou não cidadão passa a ser cada vez mais perseguida, de maneira que cada vez mais um maior número de sujeitos luta para ser incluído no rol dos cidadãos. Nessas lutas estão idosos e pessoas com deficiências em busca de seus direitos, inserindo assim esses dois segmentos no contexto das questões sociais.

A questão social não é apenas exclusão social. Como aponta Robert Castel (2013), ela é um conjunto de processos dinâmicos e históricos que desencadeiam variados tipos de desfiliações. Nesse sentido, a questão social não é uma só, e não é sempre a mesma, isto é, ela está sendo historicamente reformulada (a partir das crises e continuidades históricas). Ela é determinada por uma conjunção de qualidades acerca de uma mesma problematização. É por esse entendimento, inclusive, que esse autor denomina seu livro de *Metamorfose da Questão Social*.

Desse modo, a exclusão e a inclusão são processos dinâmicos que necessitam de um referencial concreto para serem compreendidos, ou seja, se é ou está excluído ou incluído em alguma coisa. O que define a exclusão é uma relação, um vínculo que se estabelece com algo, um processo, é a condição de estar ou ser excluído. A ideia de ser pobre, por exemplo, é relacional, pois significa não possuir o que determinado grupo conquistou.

Na teoria social liberal, cidadania está vinculada ao acesso a um determinado conjunto de direitos. Essa teoria pensa o ser humano que tem que ampliar suas esferas de bem-estar. Assim, a cidadania foi acolhendo, a partir de lutas sociais dos mais variados sujeitos, cada vez mais setores. O que define a cidadania é uma condição, uma posição, um estado. A luta pela cidadania significa permitir acesso a espaços, o que depende de meios jurídicos, de respaldos e direitos atribuídos, e, dessa forma, a relação direta com as leis e as lutas por sua efetivação.

A partir da compreensão de que a deficiência é um fenômeno social, e não um infortúnio individual vivido por algumas pessoas, notamos a necessidade de inserir esse debate em outro patamar: o dos direitos sociais. Pensar em termos de direitos sociais obriga-nos a refletir sobre processos de exclusão social (compreendido apenas se pensado em termos de inclusão) e de lutas por cidadania. Formas concretas de viabilizar esses direitos ocorrem a partir de políticas públicas, espaços privilegiados nos quais se desenvolvem os temas sobre cidadania e exclusão. Apesar desses temas não serem recentes, ganham espaço no terreno das políticas públicas mais recentemente. A partir de mudanças historicamente situadas na compreensão dos sujeitos e do que vinha a ser o homem, incluindo também a noção de cidadania, desloca-se o debate sobre a deficiência.

O contexto no qual surge a ideia da seguridade social e que se coloca a Assistência Social como política pública e dever do Estado (a partir da Constituição Federal de 1988) é um contexto totalmente diverso do qual essa mesma política vai se desenvolver, isto é, nos anos 2000. Esse espaço entre a previsão e a normatização e implementação da política significou um espaço de mudanças estruturais, principalmente no que diz respeito à política estatal. Esses dois contextos, o primeiro de ampliação dos direitos sociais e o segundo de restrição deles, afetaram fortemente a maneira pela qual a política se concretizou.

A Política Nacional de Assistência Social, da maneira como foi implementada e diante do quadro recessivo, seguramente foi e vem sendo uma política exitosa. Isso significa que, apesar das forças contrárias, alguns avanços têm sido alcançados, a partir de muitas lutas dos sujeitos com ela envolvidos. Ainda assim, muitos são os avanços a serem alcançados, principalmente no que tange ao diálogo com outras políticas públicas que facilitem o acesso aos usuários dos serviços.

Desse modo, a partir da Constituição de 1988 nota-se a ampliação dos direitos dos idosos e das pessoas com deficiência. A consolidação desses direitos surge com a implementação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS)

de 1993 que, ao instituir o Benefício de Prestação Continuada (BPC), consolida um dos direitos desses dois grupos. Em 1994, também como consequência do texto constitucional, implementa-se a Política Nacional do Idoso (PNI), regulamentada em 1996. Em 1999, surge também a Política Nacional de Saúde do Idoso e, em 2003, o Estatuto do Idoso. Em concomitância à realização da pesquisa que resultou neste livro, ocorreu a promulgação da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Lei 13.146/2015). A partir de então, diversas iniciativas vêm sendo criadas na tentativa de efetivar os direitos desses dois segmentos sociais.

Destacamos, a seguir, algumas reflexões acerca do Benefício de Prestação Continuada, pois ele representa no IBC a fonte de renda de grande parte dos seus usuários, apesar de apenas uma idosa entrevistada ser beneficiária do auxílio.

Diante do quadro atual do envelhecimento populacional no Brasil, explicita-se que a Política de Assistência Social deverá, em curto e médio prazo, atender um contingente muito expressivo de usuários, tendo em vista que só tende a aumentar o número de pessoas idosas e, consequentemente, com alguma deficiência, no Brasil.

2.1.1 O Benefício de Prestação Continuada (BPC)

O Benefício de Prestação Continuada (BPC) foi instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social⁶.

Ele é um benefício da Política de Assistência Social, que integra a Proteção Social Básica no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), e para acessá-lo não é necessário ter contribuído para a Previdência Social. É um benefício individual, não vitalício e intransferível, que assegura a transferência mensal de 1 (um) salário-mínimo ao idoso, com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais, e à pessoa com deficiência, de qualquer idade, com impedi-

⁶ LOAS, Lei 8.742, de 7 de dezembro de 1993; pelas Leis nº 12.435, de 06 de julho de 2011 e nº 12.470, de 31 de agosto de 2011, que alteram dispositivos da LOAS e pelos Decretos nº 6.214, de 26 de setembro de 2007 e nº 6.564, de 12 de setembro de 2008.

mentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. Em ambos os casos, devem comprovar não possuir meios de garantir o próprio sustento, nem o ter provido por sua família. A renda mensal familiar *per capita* deve ser igual ou inferior a um quarto do salário-mínimo vigente.

Sua gestão é feita pelo Ministério da Cidadania, o antigo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), intermediado pela Secretaria Nacional de Assistência Social, que implementa, coordena, regula, financia, monitora e avalia o Benefício. O Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) é quem operacionaliza esse serviço, por isso muitos beneficiários confundem o benefício com uma aposentadoria. Todos os recursos do BPC são provenientes do Fundo Nacional de Assistência Social, ou seja, são recursos assistenciais e não previdenciários. Desse modo, o benefício não gera direitos como décimo terceiro salário ou pensão em caso de morte do beneficiário.

Segundo dados do DATAPREV/SINTESE, em abril de 2014 havia 4.021.827 beneficiários do BPC em todo o Brasil, destes, 2.178.925 são pessoas com deficiência e 1.842.092 são pessoas idosas. Considerando que o envelhecimento populacional é crescente a cada ano, podemos afirmar que esse número de indivíduos para se tornar beneficiário também só tende a aumentar. Além disso, a cada ano nascem pessoas com deficiência e outras passam a ter impedimentos de longo prazo, o que as tornará, se estiverem dentro das condicionalidades, novas possíveis beneficiárias.

Dados da mesma fonte, do ano de 2016, já informam um aumento nesses números: 4.242.700 de beneficiários, sendo 2.323.797 de pessoas com deficiência e 1.918.903 de idosos. Dados de fevereiro de 2021, encontrados no site Portal da Transparência do Governo Federal⁷, informam que o total de beneficiários do BPC já é de 4.654.891 pessoas. Desse modo, evidencia-se que num período de seis anos (2014 a 2021) houve um aumento significativo

7 Fonte: <http://www.portaltransparencia.gov.br/beneficios> Acesso em: 18 abr. 2021.

(mais de 600 mil pessoas) de sujeitos que fazem parte do grupo que necessita desse benefício.

A ideia de igualdade e justiça social que perpassa o Benefício de Prestação Continuada presume idosos e pessoas com deficiência como sujeitos historicamente excluídos e, consequentemente, desconsiderados dos espaços dos direitos sociais. Na verdade, acredita-se que por estarem fora do sistema de trabalho e não possuírem renda, não podem participar do círculo de consumo necessário à sobrevivência mínima. Então, possibilitar uma renda significa incluir esses sujeitos num lugar social menos desprestigiado.

Levando em conta que, por muito tempo, no sistema econômico capitalista, esses sujeitos estiveram à margem e desconsiderados das políticas sociais brasileiras, ter, desde 1993, uma lei como a LOAS (Lei Orgânica da Assistência Social) e a previsão do BPC foi certamente um grande avanço no que diz respeito à tentativa de retirá-los da posição de marginalização social. Por outro lado, a proposta do BPC está totalmente em consonância com o modelo econômico vigente, pois esses sujeitos passam a ser vistos como consumidores ao adquirirem uma renda mensal.

As lutas por melhorias na forma de viabilização do BPC mostram que ainda existem avanços a serem alcançados. Por exemplo, os idosos tiveram uma vitória em relação ao BPC: antes do Estatuto do Idoso (Lei 10.741/2003), se dois idosos que necessitassem do benefício morassem sozinhos na mesma residência, apenas um deles teria o direito a receber a quantia. Afinal, a renda que o benefício proporcionasse a um desses idosos seria considerada para o outro. Desse modo, a condicionalidade de um quarto do salário-mínimo não seria alcançada por um dos idosos. A partir do Estatuto do Idoso isso mudou. Atualmente, de acordo com o artigo 34, parágrafo único da referida lei, a renda de BPC não é considerada para fins de concessão de outro benefício para idoso da mesma residência. O mesmo já não ocorre no caso de pessoas com deficiência, ou seja, se uma mulher tiver dois filhos deficientes e dentro das condicionalidades, apenas um dos filhos tem o direito de receber o benefício. Em novembro de 2019 foi encaminhado para a Câmara dos Deputados o

Projeto de Lei (PL) 3.260/2019 com o objetivo de permitir que duas pessoas com deficiência residentes no mesmo domicílio possam solicitar e receber o BPC.

Apesar de ser inegável que esse benefício modifica a vida dos seus beneficiários para melhor, no sentido de que vivemos numa sociedade na qual consumir é necessário e imprescindível para sobreviver, as concepções de igualdade e de direitos são sustentadas pela premissa de que, ao tornar consumidor quem antes não podia consumir, torna-os iguais. Na verdade, a ideia por trás disso é a de que permitir acesso ao consumo bastaria para tornar todos os indivíduos cidadãos. Desse modo, fica latente que a cidadania se encontra sempre na disputa entre capitalismo e democracia, entre a sociedade do consumo e a busca pela efetivação dos direitos sociais.

As pessoas beneficiárias do BPC (idosos ou pessoas com deficiência) conseguem, apesar das outras dificuldades, acessar esse direito, mas ainda encontram obstáculos, principalmente no que diz respeito ao cumprimento das condicionalidades impostas, pois muitos necessitam do benefício, mas não conseguem comprovar a condição de pessoa com deficiência, por exemplo, porque tal condição deve ser afirmada por equipe médica especializada na área da deficiência, mas muitas vezes os usuários não conseguem ter acesso aos serviços de saúde de áreas específicas e, consequentemente, não acessam o direito.

As atuais políticas públicas são vinculadas a outros fatores, que muitas vezes dependem da eficácia de outras políticas públicas (saúde e educação, principalmente). Entretanto, nota-se um esforço em culpabilizar o usuário dos serviços, como se ele fosse o responsável por não conseguir acesso aos benefícios. Não se busca compreender os processos mais amplos nos quais se inserem esses sujeitos, que impedem o cumprimento das mais variadas condicionalidades impostas nos programas e projetos sociais.

As características das políticas sociais atuais colaboram para o aumento de pessoas que necessitam delas, mas que não as alcançarão devido a tantas condicionalidades impostas. A focalização e a fragmentação das políticas, na

qual cada um faz parte de uma minoria desfavorecida que busca seus direitos, enfraquece a luta maior dos trabalhadores, desfavorecidos amplamente de vários direitos.

Enfim, a contradição entre a ordem econômica e a ordem social é bastante evidente. Podemos concluir, portanto, que a relação entre a condição de ser cidadão e de estar excluído está diretamente ligada às desigualdades produzidas cotidianamente por esse sistema contraditório, que é o sistema capitalista. Enquanto necessita produzir as desigualdades para continuar seu ciclo, também não pode fazê-lo sempre desprezando uma parcela. Para que esse sistema funcione, deve haver momentos de ampliação de direitos, e é sempre nesses momentos que os direitos de cidadania são ampliados e que mais parcelas de sujeitos entram no ciclo do consumo e, contraditoriamente, da cidadania.

2.2 Situando velhice e deficiência

O tema velhice vem sendo amplamente estudado desde os apontamentos dos estudos demográficos que indicavam uma nova configuração da pirâmide etária. Observou-se um crescimento significativo da população adulta que culminaria, em alguns anos, numa modificação da pirâmide etária. Dessa forma, os dados evidenciaram sinais de inversão: a população jovem diminuindo e a população idosa aumentando. Ou seja, a base da pirâmide deixaria de ser composta na maioria por jovens e seu topo deixava de ter uma minoria idosa. A partir dessa constatação, vários investimentos têm sido feitos por pesquisadores e estudiosos. Eles buscam compreender quais as consequências dessa nova configuração social, que já é uma realidade há mais tempo nos países mais ricos.

O tema deficiência também vem sendo cada vez mais estudado a partir do reconhecimento de que a sociedade precisa incluir as diferenças e as minorias, considerando as especificidades de cada grupo. Percebe-se que a partir do debate sobre inclusão social das minorias inclui-se a questão das diferen-

ças no debate mais amplo e as considerações sobre as deficiências passam a ter um espaço nas pesquisas.

No que concerne às pesquisas sobre deficiência nos estudos atuais, notamos um esforço de separação entre duas vertentes teóricas: o modelo biomédico e o modelo social da deficiência. Em linhas gerais, o modelo biomédico traduz no corpo as diferenças entre os sujeitos, enquanto o modelo social traduz culturalmente essas diferenças. Ou seja, o problema não está na falta de um membro, de um órgão ou de um sentido, mas sim na construção das diferenças a partir das relações sociais, na incapacidade social de criar meios de participação desses sujeitos nos mais variados espaços. Essa (in)capacidade social é culturalmente produzida, por isso o modelo social da deficiência defende um projeto de mudança política e cultural em relação às deficiências para que as questões relativas a quem possui alguma deficiência também sejam incorporadas. Telford e Sawrey (1976 apud PAULINO, 2007) apontam que

As atitudes respeitantes à educação, assistência e reabilitação do indivíduo deficiente e as medidas públicas que lhe são dedicadas constituem, em grande parte, o reflexo de um conjunto de crenças e atitudes mais genéricas e culturalmente mais vastas sobre as obrigações da sociedade, como um todo, para com cada um dos seus cidadãos. [...] O modo como a sociedade equaciona os problemas criados pela presença de minorias deficientes e desfavorecidas reflete sua concepção fundamental da natureza e valor do homem e seus pressupostos básicos sobre as obrigações comunitárias para com o cidadão individual (pp. 16-17).

A aproximação teórica dos estudos sobre envelhecimento e velhice com as pesquisas sobre deficiência é relativamente nova no Brasil, mas se torna necessária e urgente diante do crescente envelhecimento no país.

As percepções sociais da velhice e da deficiência convergem em alguns pontos: as perdas, as dificuldades e os estigmas. Esse modo de compreensão da velhice e da deficiência está articulado com as visões estereotipadas dessas condições na nossa sociedade. Em contraponto a essas visões há estudos críticos que buscam a superação desses estereótipos. Quanto às pessoas com deficiência, a linha crítica foi acima explicitada: os estudos do modelo social

da deficiência. Quanto à velhice, observa-se, nas últimas décadas do século passado, o surgimento de uma nova categoria social: a terceira idade (que carrega uma visão positiva da velhice). É a noção de terceira idade e os motivos de sua disseminação que os estudos críticos sobre velhice buscam compreender, posto que, a partir dessa visão positiva da velhice, há uma exigência do cuidado de si aos idosos e uma culpabilização deles quando da incapacidade de reprodução desse modo de ser.

Assim, a terceira idade está ancorada num discurso médico sobre a velhice, e seu modo de compreendê-la foi construído em contraste a uma visão estigmatizada da velhice (que não é ativa e não “produz”). Diante de uma tendência coletiva, socialmente produzida, de se normalizar, disfarçar, de esconder aspectos considerados negativos nos sujeitos, velhice e deficiência precisam ser, no mínimo, atenuadas.

Desse modo, podemos identificar algumas semelhanças entre os estudos sobre velhice e deficiência. Dentre elas, a presença de vertentes críticas às visões estigmatizadoras que dia a dia buscam renovar seus discursos sobre os idosos e pessoas com deficiência. Um primeiro questionamento que se faz é: será que a visão estigmatizada da velhice é reforçada a partir do momento em que idosos se tornam deficientes? Contribuindo para uma possível resposta a essa primeira indagação, alguns idosos entrevistados comentam:

[...] na situação em que eu estou juntam os problemas de uma pessoa já idosa, doenças e as coisas que nos acomete, mais a deficiência visual e a impossibilidade de você fazer as coisas em casa... as coisas mais banais dentro de uma casa (Entrevistado Sol – 80 anos).

[...] Eu tenho certeza que eu ia fazer muita coisa (se não tivesse ficado cega), porque eu quando perdi a visão estava justamente me preparando para voltar para a escola. [...] porque eu tinha na minha cabeça que eu tinha que aprender um ofício (Entrevistada Si – 66 anos).

[...] o meu filho, por exemplo, quer que eu fique em casa para que eles (os filhos) tomem conta de tudo. Só que eu não aceito isso, porque eu ainda estou bem e eu quero continuar resolvendo minhas coisas (Entrevistada Mi – 75 anos).

Cada entrevistado está falando sobre a dependência/independência de cada um frente à cegueira. Cabe ressaltar que as experiências em relação à velhice e à deficiência visual estão também articuladas com a condição social e econômica dos países onde vivem esses sujeitos. Isto é, quanto melhores as condições socioeconômicas dos países, melhores as condições de vida das pessoas idosas e com deficiências. Não à toa, o *Relatório Mundial Sobre Deficiência (World Report on Disability*, no original inglês), publicado pela Organização Mundial da Saúde em 2011, traz um subtítulo denominado Deficiência e pobreza. Nesse relatório, comparando dados de pessoas com deficiência e sem deficiência em países desenvolvidos e em desenvolvimento no quesito trabalho e educação, explicita-se que:

As pesquisas quantitativas sobre o status socioeconômico das pessoas com deficiência nos países em desenvolvimento, embora em pequeno número, tem aumentado recentemente. Como ocorre com os países desenvolvidos, os dados descritivos sugerem que as pessoas com deficiência estão em desvantagem em termos de formação educacional e resultados no mercado de trabalho. Os indícios são menos conclusivos para o status de pobreza mensurado pela posse de bens, condições de vida, renda e despesas com consumo. A maioria dos estudos revela que as pessoas com deficiência apresentam menores taxas de desemprego e menor formação educacional do que as pessoas sem deficiência (RELATÓRIO MUNDIAL SOBRE A DEFICIÊNCIA, 2012, p. 65).

O mesmo relatório, no item Demografia, subitem Idosos, mostra a relação causal entre a idade e a deficiência, corroborando com uma das preocupações que deve cada vez mais fazer parte das políticas e programas sociais conforme aconteça o avançar da idade no Brasil e no mundo, pois:

O envelhecimento global tem uma grande influência sobre as tendências relativas às deficiências. A relação aqui é direta: há um risco maior de deficiência entre pessoas mais velhas, e as populações nacionais estão envelhecendo a taxas nunca antes observadas. As maiores taxas de ocorrência de deficiências entre pessoas idosas refletem um acúmulo de riscos de saúde durante um período de vida marcado por doenças, lesões, e doenças crônicas. A prevalência de deficiências entre pessoas com 45 anos ou mais nos países de baixa renda é maior do que nos países de alta renda, e maior entre as mulheres do que entre os homens. [...] As taxas de deficiência são muito maiores entre as pessoas com 80 a 89 anos

de idade, a faixa etária de maior crescimento no mundo todo, aumentando cerca de 3,9% por ano, e que deverá representar 20% da população global de 60 anos ou mais até o ano 2050 (RELATÓRIO MUNDIAL SOBRE DEFICIÊNCIA, 2011, p. 36).

Somados aos dados a seguir, essas observações apontam a urgente necessidade de novos direcionamentos das políticas públicas. É preciso um planejamento para as áreas que abrangem trabalhos com a população idosa e com as pessoas com deficiência visual. Dentre elas, destacam-se as áreas da saúde, da previdência e da assistência. Além disso, urge investir na formação e qualificação de pessoal para atuar com os idosos, e, mais especificamente, com as pessoas com deficiência visual. Afinal, considerando que quanto maior a quantidade de pessoas idosas, maior será o número de pessoas idosas com deficiência⁸.

Com o envelhecimento crescente da população, o principal grupo de deficientes concentra-se entre idosos, um fenômeno que torna essa aproximação teórica ainda mais urgente. (...) dado o cruzamento entre deficientes e idosos, as perspectivas teóricas e políticas do modelo social da deficiência são uma fonte rica de diálogo e inspiração para políticas de bem-estar para idosos (DINIZ; MEDEIROS, 2004, p. 108).

Quanto à questão do envelhecimento populacional, dados publicados no ano de 2014 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) estimam que a população idosa no Brasil irá mais do que triplicar nos próximos 20 anos. Isso significa que o país passará de 22,9 milhões de idosos (11,34% da população total) para 88,6 milhões (39,2%). Esse aumento da quantidade de idosos significará também um aumento da expectativa de vida, que passará de 75 para 81 anos. Esses são dados positivos, mas preocupantes, visto que viver mais não significa, necessariamente, viver melhor.

Referindo-se à questão da deficiência visual, segundo dados do IBGE no Censo de 2010, no Brasil existiam mais de 6,5 milhões de pessoas com deficiência visual. Dessas, 582 mil cegas e 6 milhões com baixa visão. Dian-

⁸ Informação apreendida a partir da leitura da Cartilha do Censo 2010 – pessoas com deficiência, publicado em 2012 pela Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República.

te do número expressivo de pessoas com deficiência visual não só no Brasil, como também no mundo, a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Agência Internacional para a Prevenção da Cegueira (IAPB) e o Ministério da Saúde, além de outras instituições envolvidas com o tema, criaram programas com intuito de erradicar a cegueira tratável ou possível de ser prevista no mundo até 2020. Afinal, cerca de 80% dos casos resultam de causas possíveis de serem prevenidas ou tratáveis. Infelizmente, tal erradicação não ocorreu até então. As doenças que mais cegam as pessoas adultas são a retinopatia diabética, o glaucoma, a atrofia do nervo óptico, a retinose pigmentar e a degeneração macular relacionada à idade.

Alguns idosos entrevistados mencionaram falta de informações sobre doenças que levam à cegueira, como a diabetes. Outros mencionaram que, quando buscaram atendimento oftalmológico, descobriram já estarem sem visão ou com visão parcial pelo menos em um dos olhos.

Eu já estava doente das vistas e não sabia. Eu enxergava, mas de vez em quando eu sentia uma coceirinha, uma coisa diferente. Aí a [filha] me inscreveu na campanha de catarata. Quando os médicos me examinaram eu já estava com essa vista do olho esquerdo praticamente perdida. Aí eu tenho glaucoma. (Entrevistado Dó – 82 anos – em processo de transição de baixa visão para cegueira por glaucoma)

Eu tenho retinose. Não tinha casos de deficientes visuais na minha família. Que eu me lembre, não. Porque dizem que a diabetes desenvolve o que eu contraí. Naquela época não se tinha aquela grande informação aí foi onde veio a cegueira. Eu perdi uma visão de um olho e o outro veio pra baixa visão. Aí depois eu perdi total. (Entrevistado Ré – 68 anos – cego por retinopatia diabética)

Eu nunca usei óculos na minha vida. Nunca precisei, e quando eu comecei a tratar da diabetes, porque foi comprovado que eu era diabética dependente de insulina. Comecei a usar insulina, mas os médicos nunca me preveniraram sobre negócio de visão. [...] Ninguém me falou que poderia acontecer algo com a minha vista e olha que eu tratei no Gaffrée e Guinle, me tratei no IED e nunca me falaram nada a respeito de visão. Nunca fiz um campo visual, nunca fiz um exame assim... eu fazia meu exame era só de glicose. Glicose está alta, aumenta insulina. Glicose está baixa, diminui a insulina. Era só isso que eles cuidavam. (Entrevistada Si – 66 anos – cega por retinopatia diabética).

Essa breve ilustração mostra que muitos avanços precisam ser conquistados para uma possível erradicação da cegueira tratável ou possível de ser prevenida e os esforços precisam vir também por parte de outros especialistas, como aqueles que lidam com doenças responsáveis por provocar a cegueira ou a baixa visão. A falta de informação de uma época passada vivida por alguns idosos ainda persiste. Muitos mitos precisam ainda ser desconstruídos em relação à deficiência e muitos saberes precisam ser partilhados. Principalmente com a população pobre, que é a mais afetada pelas deficiências, conforme os estudos apontam.

Nesse sentido, cabe salientar que os impactos dessa realidade nas políticas sociais brasileiras são os mais variados. No caso da Previdência, o aumento da expectativa de vida já vem sendo tema de pesquisas, pois, segundo esses estudos, a tendência é de que se chegue ao ponto em que o número de idosos seja maior que o número de contribuintes, culminando em reformas previdenciárias. Em relação à política de saúde, os serviços deverão estar preparados para atender à crescente demanda de idosos, de modo que a velhice possa ser cada vez mais vivenciada com qualidade de vida, incluindo não só a assistência à saúde. No caso da política de Assistência Social, também se deverá pensar em novas formas de efetivar esse direito, pois o meio de proteção àqueles que dela fazem uso está frequentemente ameaçado perante as políticas socioeconômicas do país.

O que se tem hoje como política assistencial pode-se resumir ao acesso de pessoas idosas e/ou com deficiências, pobres ao Benefício de Prestação Continuada – BPC, regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, Lei 8.742 de 1993, implementado a partir de 1996, que transfere a renda mensal de um salário-mínimo a esses sujeitos. Para além dele, são previstos benefícios eventuais para dar suporte a sujeitos em vulnerabilidade social de caráter eventual. Como, por exemplo, o Auxílio Emergencial, criado para atender famílias durante o período da pandemia de covid-19 instaurada desde início de 2020 e que permanece em 2021.

Assim como a política de assistência, o acesso ao Sistema Único de Saúde – SUS, parte da política de saúde, apesar de explicitamente considerado um direito universal, acaba por atender principalmente as pessoas mais empobrecidas. Visto que o longo tempo de espera para ser atendido, a má distribuição dos serviços pelo território, dentre outros problemas, leva as pessoas que têm melhores condições econômicas a buscar alternativas a ele, como os planos de saúde e atendimentos particulares. Estar velho, com deficiência e pobre nesse país torna-se um martírio. Brevemente algumas narrativas dos idosos entrevistados colaboram com essa impressão. Uns falaram sobre a falta de um acompanhamento contínuo num único lugar, relatando atendimentos em vários locais e a dificuldade também em se conseguir o acompanhamento em determinados locais.

[...] eles me encaminharam do Hospital do Fundão para o Benjamin Constant. Porque é muito difícil conseguir uma vaga aqui, uma consulta, conseguir um cadastro para tratamento aqui é muito difícil. Tanto lá (Hospital do Fundão) como aqui. (Entrevistado Dó – 82 anos)

[...] eu tive que me afastar do emprego também, porque começou esse processo de tratamento no Hospital do Olho, fui para o Hospital do Fundão, depois eu vim pro Benjamin. (Entrevistado Ré – 68 anos).

A seguir, as formas como velhice e deficiência visual foram sendo socialmente construídas vão auxiliar numa posterior compreensão da velhice com deficiência visual dos sujeitos entrevistados.

2.3 A construção social da velhice: do estigma à *melhor idade*

A construção social da velhice no Brasil está articulada com a entrada desses novos atores sociais em cena a partir das constatações de que o Brasil não era mais um país só de jovens. Durante os governos militares, por exemplo, a imagem de um Brasil jovem era reforçada baseada nas constatações demográficas. Afinal, os dados apontavam que o maior contingente da população brasileira era formado por crianças e jovens.

Lins de Barros (2007, p. 45) comenta que na década de 1970, a velhice e o envelhecimento não estavam nas pautas dos jornais e nas telas da televisão como hoje e não eram, ainda, temas francamente debatidos nos espaços públicos e na academia. Destacando dados sobre o envelhecimento apresentados pelo IBGE, Paulino (2007, p. 27) afirma que em 1970 o percentual de idosos sobre a população total era de 5,06%; em 1980, de 6,06%; em 1990, de 7,06%; em 2000, correspondia a 8,06%, mas a estimativa para 2025 é de 15%. Estudiosos destacam também o caráter irreversível desse processo. Ou seja, a expectativa é de que, com o passar dos anos, o número de idosos aumente em relação à população total dos países.

O fenômeno do envelhecimento populacional se deve, entre outros fatores, a uma redução das taxas de natalidade e a um aumento da expectativa de vida proporcionado por diversos avanços tecnológicos nas mais diversas áreas do conhecimento. Nesse sentido, ressalta-se que a velhice não se apresenta como uma realidade homogênea e consensual. Ao contrário disso, ela se apresenta complexamente e está relacionada com as experiências subjetivas e com as condições objetivas permitidas pelos contextos sociais, culturais e econômicos de cada um.

Em razão disso, algumas referências teóricas começaram a constatar a necessidade de se falar em 'velhices', no plural. Dessa forma, observou-se um esforço político, social e econômico para se compreender as consequências dessa nova configuração social brasileira, traduzido principalmente por incentivos a pesquisas e estudos sobre o envelhecimento no Brasil. Assim, a velhice deixa de ser uma questão individual, do âmbito privado e familiar, e passa a se colocar como uma questão pública, que enquanto tal necessita de intervenções políticas e sociais.

Paulino (2007) comenta que:

No Brasil, os anos 90 marcaram o *boom* gerontológico, sendo a velhice, a partir de então, matéria de interesse público, cada vez mais abordada por estudiosos, especialistas, prestadores de serviços, e também pela mídia (no momento em que a terceira idade passa a constituir também um mercado de consumo específico) (p. 34).

Uma das primeiras atitudes em relação ao reconhecimento da velhice como questão relevante a ser discutida foi a delimitação de uma idade cronológica para esse grupo. Como os países desenvolvidos já experimentavam essas mudanças há mais tempo e essa alteração é relativamente recente nos países em desenvolvimento, a ONU estabeleceu que a velhice fosse demarcada com a idade de 65 anos para pessoas de países desenvolvidos e de 60 anos para os países em desenvolvimento (PAULINO, 2007, p. 28).

Cabe ressaltar que, embora se reconheça que cada país proporciona aos seus habitantes uma maneira particular de experimentar a velhice, variando, inclusive, de acordo com as condições sociais, histórico-culturais e econômicas de cada lugar, considerou-se que essa delimitação cronológica atende a essa primeira medida.

Essa classificação etária tem a ver com o que Debert (1997) chama de mudanças no curso da vida. Essa autora fala que estudiosos desse tema consideram que a história da civilização ocidental pode ser dividida em três etapas: a pré-modernidade, a modernidade e a pós-modernidade.

Na primeira etapa levava-se em conta menos a idade cronológica e mais a situação de *status* do membro diante da família. Na segunda etapa observa-se o processo de cronologização da vida, caracterizado pela construção de etapas bem delimitadas, inclusive com o lugar de cada segmento (infância e juventude/escola, vida adulta/trabalho e velhice/aposentadoria). Entretanto, na terceira etapa, eles observam um processo de descronologização da vida, caracterizado pela tentativa de extinção das fronteiras entre os grupos etários criados no período anterior. Dessa forma, vem se configurando o curso da vida como instituição social.

Na construção social da velhice no Brasil, Debert (1997) aponta também mudanças ocorridas no curso da vida que, contemporaneamente, são traduzidas numa criação de diversas etapas intermediárias entre a idade adulta e a velhice. Nesse contexto, ela exemplifica a criação da meia idade, da terceira idade e da aposentadoria ativa. Logo, a velhice, mais do que uma constatação biológica, é uma construção social. Como afirma Debert (2007),

A pesquisa antropológica é rica em exemplos que servem para demonstrar que fases da vida como a infância, a adolescência e a velhice não se constituem em propriedades substanciais que os indivíduos adquirem com o avanço da idade cronológica. Pelo contrário, o próprio da pesquisa antropológica sobre os períodos da vida é mostrar como um processo biológico é elaborado simbolicamente com rituais que definem fronteiras entre idades pelas quais os indivíduos passam e que não são necessariamente as mesmas em todas as sociedades (p. 51).

Essas mudanças no curso da vida são parte das transformações historicamente ocorridas nas sociedades estudadas. Nesse período de descronologização da vida, que definiria a contemporaneidade, as modificações ocorridas no domínio da família (casamentos, divórcios, maternidade, convívio intergeracional, por exemplo) e da economia (mais baseada no consumo do que na produtividade, criando mercados específicos para cada grupo etário) são apontadas como as mais relevantes para o desenvolvimento desse processo.

Concomitante à criação da terceira idade nesse processo de descronologização da vida, como uma eterna juventude, na qual a velhice passa a estar na cabeça de cada um e é assim considerada como a melhor idade, aparecem os mercados voltados para esses jovens velhos (como biotecnologias comercializadas para o rejuvenescimento e medicamentos para a preservação da vida sexual), no qual as mulheres velhas e seus corpos⁹ são alvos principais.

Nesse processo em que a juventude é dissociada de uma específica etapa da vida, passando a ser um valor que pode e deve ser vivido em qualquer idade, a velhice passa a ser a terceira idade. Essa fase, então, passa a ser um estilo de vida, no qual o cuidado de si é o principal caminho.

Como o estilo de vida é uma opção pessoal, Debert (1997) observa um processo de desresponsabilização estatal em relação aos idosos, que transfere aos indivíduos as responsabilidades para com seus processos de envelhecimento, é o que ela denomina de reprivatização da velhice. Ressaltam Lins de Barros e Alves (2012) que:

⁹ As relações que envolvem os contornos do corpo serão abordadas no item seguinte.

Em nossa sociedade atual, as idades definem estilos que podem ou não ser adotados e que delimitam fronteiras entre indivíduos e segmentos sociais, em um contínuo jogo de tensões. A juventude apresenta-se no senso comum como um contraste à velhice e como um padrão de vida que deve ser estendido a todas as faixas etárias. Ser jovem é ter saúde, ser belo e feliz; mesmo que não tenhamos parâmetros sólidos para medir cada uma dessas características. A velhice estigmatizada, por outro lado, não desaparece de nossa realidade. Ela apenas é colocada em outro lugar, ocultada e adiada para outro tempo da vida de cada um de nós (LINS DE BARROS, 2006, p. 33).

Desse modo, a velhice, associada a uma série de estereótipos vinculados à imagem do envelhecimento com um contínuo processo de perdas, cede lugar para a terceira idade, que agora é vivida pelos idosos, não pelos velhos. Não à toa, nenhum dos sujeitos que eu entrevistei (com idades entre 66 e 82 anos) sentiram-se confortáveis em afirmar que eram velhos, pois eles são idosos. Eles associaram a velhice ou os velhos à rejeição, impaciência, chatice, reclamações, incapacidade. O termo foi associado ao que é descartável, pejorativo, sem saúde, que não vale nada. A velhice passa então a ser vista como consequência de um descuido pessoal e não tem lugar nessa contemporaneidade.

Segundo Lins de Barros (2007), no campo da antropologia, busca-se analisar as relações sociais das complexas sociedades contemporâneas, a partir de temas como:

a heterogeneidade das trajetórias de vida, o campo de possibilidades para a realização de projetos e a construção de narrativas de lembranças; a pluralidade de mundos sociais; as diferenças e desigualdades de classe, gênero e geração, e a sociabilidade e as interações sociais nos espaços público e privado (p. 45).

Passam a fazer parte das preocupações em relação à velhice questões como aposentadoria, assistência médica e outros serviços específicos para os velhos. Surgem também como um mercado de consumo em potencial e percebe-se um massivo investimento nesse sentido. A aposentadoria, considerada um marco na transição da vida adulta para a velhice, que de início sustentava o ideário de permitir aos trabalhadores gozar de um patamar de vida próximo ao que se tinha quando no período de atividade laborativa, passa a

ser questionada diante de um quadro no qual os salários e, consequentemente, as aposentadorias têm seus níveis rebaixados. Em função disso, as condições de vida desses idosos também são degradadas, obrigando muitos aposentados a retornar ao trabalho¹⁰.

Desde que as aposentadorias foram desvinculadas do salário-mínimo, na década de 1990, acontece paulatinamente o achatamento dos salários dos aposentados, pois o percentual de aumento que recebem os aposentados não acompanha o percentual de aumento dos salários. Um dos idosos entrevistados comenta que sua aposentadoria já deu para fazer muita coisa, mas que hoje ela está em apenas um salário. Quando fala de sua renda, comenta: "Agora já está em um salário. Acabou tudo. Tudo o que eu tinha, eu já perdi" (Entrevistado Lá – 76 anos, aposentado por tempo de serviço). Em seguida, ele comenta os motivos pelos quais não visita mais seus filhos que moram na Alemanha: "Eles vêm me visitar. Eu já fui uma vez lá, em 1999, e não pretendendo ir mais, porque hoje não há mais dinheiro para isso. Acabou".

Diversos são os fatores que indicarão como a significação da velhice vai se constituir para os sujeitos, questões de classe social, de gênero, de geração vão se imbricando na formação das identidades dos idosos. O envelhecimento é aqui compreendido não só como parte do processo de desenvolvimento humano, que como tal expõe o idoso a transições. É também um período de implementação de estratégias e de resolução de desafios, considerando oportunidades e potencial de adaptação de cada um.

Conforme Featherstone (1998 apud LINS DE BARROS E ALVES, 2012),

A compreensão da velhice saudável é construída em contraste com as representações estigmatizantes da velhice, associadas à ideia de declínio e perda de diferentes capacidades do ser humano, como as que asseguram ao indivíduo inserção social como trabalhador ou como indivíduo (sic) sexualmente ativo, com controle do corpo e da mente (p. 33).

10 Em 2000, o IBGE informava que essa era a realidade de mais de um terço das pessoas aposentadas no Brasil. Ressalte-se que nem todas as pessoas em idade de se aposentar gozam desse direito.

Diante da ideologia do envelhecimento saudável, a partir da qual se qualifica o modelo de ser velho como pessoas idosas ativas com saúde física e mental, qual o lugar do idoso com deficiência visual? Preliminarmente identifica-se que não há de fato lugar para eles. As entidades e órgãos com projetos ou programas voltados para a inclusão desses grupos nas mais variadas atividades de terceira idade desconsideram a inserção de idosos com deficiência, principalmente por não saberem lidar com eles.

2.4 A construção social da deficiência: do patológico ao oprimido

Culturalmente as pessoas não sabem lidar com o diferente. A cegueira é motivo de pena para muitos. Para muitas pessoas, é impossível olhar a pessoa cega ou com baixa visão como alguém que possui uma limitação (não enxergar ou enxergar pouco), mas que ouve, cheira, sente e percebe o mundo em sua volta, de maneira diferente daqueles que enxergam. Lins de Barros e Alves (2012) contribuem para essa discussão, afirmando que

É importante enxergar os diferentes estilos de experimentação do curso da vida sem eleger a priori quais devem ser seguidos e quais devem ser banidos, mesmo que saibamos que as escolhas morais sempre se reapresentam na vida social. Em vez de discutirmos tolerância, talvez fosse mais profícuo falarmos no direito radical de viver a vida em sua plenitude e diversidade e isso vale para todos os momentos (p. 36).

Desse modo, pensar em deficiência é pensar também em termos da diferença e igualdade. Uma contribuição importante, nesses termos, leva-nos a conhecer a luta entre igualdade e diferença da história do feminismo.

Num primeiro momento, as feministas lutaram e debateram em termos de igualdade política entre homens e mulheres, ou seja, elas são iguais a eles e, portanto, também são sujeitos políticos. Num segundo momento, as feministas perceberam a necessidade de ponderar essa igualdade e incluir a questão da diferença, ou seja, apesar das diferenças, as mulheres são iguais aos homens.

Apresentando o paradoxo identificado nas lutas feministas francesas, Scott (2002) discute o conceito da diferença e da igualdade baseados nas ideias do linguista e filósofo Ferdinand de Saussure (1857-1913). A linguística estruturalista comprehende que o significado do conceito de diferença foi construído a partir do contraste (diferença x igualdade), ou seja, a ideia de que uma definição positiva se apoia na sua negação ou na repressão de algo que seja representado como sua antítese.

Para Scott (2002), desse modo, igualdade e diferença se apresentam como oposições fixas e, consequentemente, como fenômenos naturais. Dessa forma, o problema da diferença justifica um tratamento diferenciado. Isso oculta o seu verdadeiro significado: fenômenos indeterminados (independentes e hierárquicos) cujos significados estão sempre em discussão. Criar a ideia da diferença (sexual, no caso do trabalho da autora) foi uma forma de garantir a exclusão dos diferentes (no caso, da mulher).

Buscava-se explicar também a exclusão dos sujeitos com deficiências a partir do discurso da diferença. Nascer ou tornar-se deficiente seria uma condição imposta aleatoriamente pela natureza, e, como tal, não cabia intervenção, posto que, na natureza, tudo esteja sempre em equilíbrio.

Outra dimensão importante quando se trata de questões relativas a idosos e pessoas com deficiência é a questão do cuidado. Nessa dimensão também se reconhece a importância da contribuição feminista, pois, a partir do reconhecimento da desvalorização social do trabalho do cuidado (exercido majoritariamente por mulheres na nossa sociedade), o feminismo conceituou o cuidado familiar não remunerado como trabalho, aumentando a visibilidade dessa questão, sobretudo no planejamento de políticas públicas (UNGERSON, 2000 apud GROISMAN, 2015, p. 62).

Conforme surge a velhice como questão social, surge também a deficiência. Esta, que também era considerada uma questão do âmbito privado da vida de cada um, passa a ser paulatinamente uma questão pública que demanda respostas dos poderes públicos e da sociedade. Observa Lins de Barros (2007) que

Ainda nessa década de 1970 o debate sobre identidade social e, nas pesquisas na área urbana, a discussão sobre desvio social e estigma, com os trabalhos de Erving Goffman e Howard Becker, estiveram no centro das questões sobre as relações sociais nas grandes cidades. Ao mesmo tempo, há uma sensibilidade para novas formas de organização social e de expressões das identidades sociais numa sociedade em processo de franca transformação em suas mais diferentes esferas (p. 46).

Nesse sentido, entram em cena, nos estudos sobre identidade social e nas pesquisas na área urbana, também questões relativas às deficiências. Para colocar a questão das deficiências em pauta nos estudos teóricos era necessário conceituar politicamente os termos referentes aos sujeitos deficientes. Segundo Moreira (2015):

Há consenso por parte de estudiosos sobre a deficiência (CARVALHO-FREITAS, 2007; CARVALHO-FREITAS e MARQUES, 2010; KASSAR, 2000) que a forma compartilhada pelas pessoas de interpretá-la constitui um fator explicativo importante para gestão desta dimensão da diversidade, na medida em que sua incorporação, enquanto prática social representa tratamento diferenciado, dispensado na condução de políticas e programas afetos às pessoas com deficiência (pp. 24-25).

Após algumas leituras sobre essa questão, observou-se que o único consenso é a inadequação de termos com sentidos pejorativos e depreciativos, como aleijado, retardado, manco, por exemplo, por compreender que eles colocam a deficiência como uma propriedade da pessoa, logo o foco torna-se a diferença naquela pessoa.

No caso desta obra, entende-se que o uso do termo deficiente ou pessoa com deficiência define de maneira clara e objetiva sobre a quem está se referindo, sem depreciar ou desqualificar esses sujeitos, pois trata-se da ordem de suas questões identitárias e socioculturais. Nos documentos públicos brasileiros atuais¹¹, o termo usado é pessoa com deficiência.

11 A partir da promulgação, em agosto de 2009, da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, que o Brasil havia assinado em Nova York em março de 2007, o país adotou a nomenclatura “pessoa com deficiência” no lugar de “pessoa portadora de deficiência”. O site da Secretaria de Direitos Humanos, por exemplo, define-se o órgão governamental referente aos deficientes como Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos das Pessoas com Deficiência.

Oliver (1990 apud DINIZ, 2012) critica o termo pessoa com deficiência, pois:

Essa visão liberal e humanista vai de encontro à realidade tal como ela é experimentada pelos deficientes, que sustentam ser a deficiência parte essencial da constituição de suas identidades e não meramente um apêndice. Nesse sentido, não faz sentido falar sobre pessoas e deficiência separadamente. Em consequência, os deficientes demandam aceitação como são, isto é, como deficientes (p. 21).

No debate contemporâneo sobre a deficiência duas abordagens clássicas de interpretações sobre o fenômeno se destacam: o modelo biomédico e o modelo social da deficiência. Diniz (2012, p. 11) destaca que no Brasil esse tema é pouco explorado não apenas porque a deficiência ainda não se libertou da autoridade biomédica, com poucos cientistas sociais dedicando-se ao tema, mas principalmente porque a deficiência ainda é considerada uma tragédia pessoal, e não uma questão de justiça social.

O modelo biomédico da deficiência comprehende que deficiência é consequência natural da lesão em um corpo, e a pessoa deficiente deve ser objeto de cuidados biomédicos (DINIZ, 2012, p. 15). A lesão engloba uma série de doenças e traumas que no cotidiano resultarão em diversas restrições das pessoas lesionadas, a depender do tipo de lesão pelo qual a pessoa foi acometida. Assim, o foco desse entendimento está num corpo com lesão e necessariamente diante da compreensão do que é patológico. Nesse contexto, situam-se as iniciativas voltadas, inclusive, para a reabilitação desses sujeitos. Não se pode negar que, para a compreensão das deficiências, foram e ainda são necessários os esforços da compreensão médica.

No entanto, considerando o desenvolvimento histórico humano e a necessidade atual de entendimento e absorção no âmbito social e político das questões dos deficientes, esses estudos não superam, de fato, as vivências ruins (situações desvantajosas) dessas pessoas, e esse discurso (biomédico) é suficiente. Hoje, esse saber é necessário, mas não esgota demais possibilidades, como parece ter sido por um longo tempo. Encerra-se, assim, a *exclusividade* do saber médico em relação à compreensão da deficiência. Apesar

disso, muitos são os esforços em combater a hegemonia desse modelo e seu discurso, notados nos mais diversos órgãos e entidades e que compõem parte importante do discurso social sobre a deficiência no Brasil e no mundo.

Desafiando a hegemonia do modelo biomédico, o modelo social da deficiência revoluciona a maneira de lidar com as pessoas que experimentavam a deficiência, pois impõe uma revisão do discurso biomédico da deficiência e sugere novos conceitos. Desse modo, passa a questionar se as dificuldades com que os sujeitos com deficiências se deparam cotidianamente estão no fato de possuírem uma lesão, ou no fato de não existirem meios que os possibilitem ultrapassá-las. Por exemplo, o problema da falta de locomoção ou da locomoção reduzida reside em não se ter pernas, ou em não existir meios que permitam essa locomoção em qualquer espaço? Enfim, a deficiência passa a ser compreendida na sua forma política.

O modelo social da deficiência possui dois momentos, até então a primeira e segunda geração. Segundo Diniz (2012),

A primeira geração de teóricos do modelo social assumiu duas metas como prioritárias. A primeira foi a de alargar a compreensão da deficiência como uma questão multidisciplinar, e não exclusiva do discurso médico sobre a lesão. O esforço acadêmico foi por instituir centros de pesquisa e cursos sobre deficiência nas humanidades. O segundo objetivo foi o de promover uma leitura sociológica: a de que a experiência da opressão pela deficiência era resultado da ideologia capitalista. O materialismo histórico consolidou-se como teoria de sucesso entre os herdeiros imediatos das Upias¹². A entrada de abordagens pós-modernas e de críticas feministas, nos anos 1990 e 2000, definiu a segunda geração de teóricos do modelo social (pp. 55-56).

A primeira geração desse modelo surgiu na década de 1960, a partir da união de sociólogos (todos homens) norte-americanos e ingleses com deficiências para a formação de um grupo de discussão sobre suas questões enquanto deficientes. A partir de uma compreensão da deficiência como uma situação relacional entre os sujeitos de uma determinada cultura, passam a criticar a forma como o tema era visto até então. Ou seja, como uma questão

12 Upias – Liga dos Lesados Físicos Contra a Segregação, primeira organização política formada por um grupo de deficientes no Reino Unido na década de 1970.

apenas médica, relativa à vida das pessoas que tragicamente nasciam ou se tornavam deficientes — esse era o modelo social da deficiência.

Seus autores compreendiam que não se podia excluir ou ignorar as contribuições médicas sobre essa questão, mas elas não explicavam o fenômeno da deficiência, e sim o da lesão. As situações de opressão e desigualdade que esses indivíduos enfrentam só possuem sentido a partir da compreensão do modelo social da deficiência, pois é na relação com os outros (deficientes e não deficientes) que a deficiência como fenômeno social é forjada.

A partir do momento em que se desloca a questão da deficiência de individual para social, surge a necessidade de proteção a esses sujeitos. Quando há o reconhecimento político de que os deficientes foram historicamente massacrados, oprimidos e desqualificados, há também o surgimento das propostas de proteção e de direitos a eles. Nesse sentido, pode-se considerar recente a inserção das questões dos deficientes nas agendas políticas, tendo em vista que somente a partir da década de 1960 surge esse debate.

Dessa forma, a barreira deixa de ser uma questão natural e passa a ser entendida como uma questão sociocultural. Desloca-se do discurso patológico (e normal), para o discurso de oprimidos (e opressores). A sociedade precisa, assim, inserir no seu meio formas de aglutinar as necessidades dos deficientes, promovendo a possibilidade de convívio com outros modos de vida.

Se para o modelo médico lesão levava à deficiência, para o modelo social sistemas sociais excludentes levavam pessoas com lesões à experiência da deficiência. Em síntese, o modelo médico identifica a pessoa deficiente como alguém com algum tipo de inadequação para a sociedade; o modelo social, por sua vez, inverte o argumento e identifica a deficiência na inadequação da sociedade para incluir todos, sem exceção (DINIZ; MEDEIROS, 2004, p. 110).

O modelo social da deficiência compreendia que lesão e deficiência precisavam de uma nova conceituação, sociológica, e não mais biomédica para que se pudesse alcançar um mínimo entendimento das experiências de vida desses sujeitos. Os estudiosos desse modelo avaliavam que havia uma confusão e uma errônea identificação entre lesão e deficiência, pois a identificação

da lesão difundida pelo modelo biomédico não explicava as desvantajosas experiências dos deficientes no contexto social. Diniz e Medeiros (2004) apresentam qual a definição de lesão e deficiência para o grupo Upas, que propôs uma definição explicitando o efeito da exclusão na criação da deficiência:

Lesão: ausência parcial ou total de um membro, órgão ou existência de um mecanismo corporal defeituoso; Deficiência: desvantagem ou restrição de atividade provocada pela organização social contemporânea que pouco ou nada considera aqueles que possuem lesões físicas e os exclui das principais atividades da vida social [Upas (1976, pp. 3-4)] (UPIAS apud DINIZ; MEDEIROS, 2004, p. 109).

Contribuindo, Diniz (2003) coloca que:

o fato de um corpo ser lesado não determinaria, tampouco explicaria, o fenômeno social e político da subalternidade dos deficientes. Explicar a situação de opressão sofrida pelos deficientes em termos das perdas de habilidades provocadas pela lesão era confundir lesão com deficiência, tal como sexo com gênero. Deficiência é um fenômeno sociológico e lesão uma expressão da biologia humana isenta de sentido (p. 2).

Nos anos 1990, um novo debate surge dentro do modelo social da deficiência a partir da entrada de críticas feministas nesses estudos. Surge a segunda geração do modelo social da deficiência, que também inclui críticas pós-modernas a partir dos anos 2000. A partir da aproximação dos estudiosos sobre deficiência com os estudos feministas sobre gênero foi se construindo uma nova percepção do que vinha a ser a deficiência. Diniz (2003) aborda essa questão, mostrando a coerência dessa aproximação teórica.

A escolha do tema da deficiência para a análise da contribuição da epistemologia feminista para a saúde coletiva justifica-se duplamente: 1.porque os estudos sobre deficiência partem do mesmo pressuposto político e teórico do feminismo - o de que a desigualdade e a opressão contra grupos vulneráveis devem ser combatidos - e 2.porque o início da estruturação dos estudos sobre deficiência pautou-se largamente no modelo analítico dos estudos de gênero que supunham a diferenciação entre sexo (natureza) e gênero (social), o que, no campo da deficiência, passou a ser compreendido como a diferença entre lesão (natureza) e deficiência (social) (p. 1).

Todo conhecimento é marcado historicamente. Partindo dessa premissa, o feminismo vai buscar a crítica nas raízes dos pensamentos vigentes na época (antropocentrismo eurocêntrico). Ele abala as estruturas que culminaram na radical separação entre os sexos e questiona todo conhecimento produzido até então, pois prova que a experiência feminina foi, durante todo esse tempo, desconsiderada. Então, pensar em termos de gênero e sua contribuição para a construção das ideias do modelo social da deficiência é pensar na construção de novas identidades. O feminismo nessa sua investida mostrou que os conhecimentos nos mais variados campos e suas teorias produzidas precisavam ser repensados colocando a necessidade de se incluir as experiências femininas. Até então, era o espaço público que se valorizava e estudava.

As feministas vão colocar em evidência as diferenças também vivenciadas no espaço privado. Ao apontar essas experiências, elas mexem com quem fazia parte desse mundo privado, pois nele estavam as experiências sobre deficiências. Aqui reside a maior contribuição a qual me refiro: o movimento feminista colocou a possibilidade desses que só existiam no mundo privado de demonstrarem sua existência no mundo público. Ao reivindicarem direitos a temas do mundo privado e particular, o movimento encoraja as pessoas com deficiência a buscarem também soluções para suas questões particulares, que nada mais eram do que a inversão do que estava posto até então. Isto é, os deficientes não tinham mais que se adequar às demandas da sociedade, e sim esta que deveria agora incorporar igualmente outras formas de ser. Ao questionarem a produção das hierarquias de diferença (e de poder), elas contribuem para se pensar em não haver uma hierarquização das deficiências que culminavam em diferenças de tratamento a depender da deficiência (cegos, surdos etc.).

Os estudos de gênero foram relidos, digamos assim. A partir dessa releitura, os estudiosos do modelo social da deficiência passaram a compreender a opressão aos deficientes analogamente à compreensão da opressão às mulheres. Antes dessa nova proposta de entendimento da deficiência, esta era pensada sob a ótica de ordem biológica. Ou seja, o corpo com lesão e as

consequências disso eram o foco da discussão. Considerava-se que os corpos lesionados eram responsáveis pelas desigualdades entre eles e os sujeitos com corpos sem lesões.

A partir do modelo social da deficiência, esta passou a ser pensada sob uma ótica de ordem social e cultural (a deficiência), de modo que não mais se justificariam as desvantagens como problemas individuais. As desvantagens sofridas pelas pessoas com deficiências não estavam nelas, e sim nas relações delas com o mundo, com os outros. Um mundo em que o diferente não é assimilado como parte efetiva dos modos de ser dos homens. A deficiência é então pensada como um modo de vida, e não como um infortúnio individual, colocando em voga também o problema da apreensão social da diferença. Diniz (2003) aponta:

[...] por ser a deficiência um fenômeno sociológico e não determinado pela natureza, a solução não deveria se centrar na terapêutica, mas na política. [...] a deficiência não deveria ser entendida como um problema do indivíduo, uma tragédia pessoal, mas consequência dos arranjos sociais pouco sensíveis à diversidade. Segundo Michel Oliver, um sociólogo pioneiro do modelo social, “nós saímos da visão da deficiência como um problema trágico de ocorrência isolada de alguns indivíduos menos afortunados para os quais a única resposta social apropriada era o tratamento médico, para vê-la como uma situação de discriminação institucional coletiva e de opressão social para o qual a única resposta apropriada é a ação política” (p. 2).

Essa perspectiva faz com que haja a necessidade de repensar toda a estrutura social, tanto do ponto de vista dos sujeitos deficientes e suas necessidades, quanto no que diz respeito aos modos de vida, às instituições e à atuação dos profissionais das mais diversas áreas e sociabilidades de todo tipo.

Em termos de deficiência e velhice, essa perspectiva teórica coloca-se como um espaço mais amplo de debate, pois “dado o cruzamento entre deficientes e idosos, as perspectivas teóricas e políticas do modelo social da deficiência são uma fonte rica de diálogo e inspiração para políticas de bem-estar para idosos” (DINIZ; MEDEIROS, 2004, p. 108).

A principal crítica das feministas à primeira geração do modelo social era sobre como esta tinha sido pensada a partir da perspectiva masculina dos lesionados medulares daquela época, portanto havia um claro recorte de gênero e classe na produção dos seus conceitos. Não haviam sido contempladas as questões referentes à interdependência, aos corpos com lesões e, sobretudo, discussão sobre o cuidado (inserido mais recentemente). Para Diniz (2012):

As teorias feministas desafiaram não só o tabu do corpo deficiente como, principalmente, a falsa suposição de que todos os deficientes almejariam a independência ou mesmo seriam capazes de experimentá-la como proposto pelos teóricos do modelo social. Com o argumento de que todas as pessoas são dependentes em diferentes momentos da vida, seja na infância, na velhice ou na experiência de doenças, um grupo de feministas introduziu a ideia de igualdade pela interdependência como um princípio mais adequado à reflexão sobre questões de justiça para a deficiência (p. 65).

Nesse sentido, percebe-se que o corpo e a forma como aparecerá ao outro torna-se central nas relações sociais contemporâneas, não só no caso dos idosos ou deficientes. Isso ficou nítido quando, na experiência profissional, levei, a pedido, um grupo de idosos cegos num baile de terceira idade em Copacabana. Notei que querer participar desse momento, para eles, significava aproximar-se da ideia da velhice ativa, de ser como os outros idosos que buscam e participam desse tipo de atividade. A reação dos outros idosos aovê-los ali compartilhando do mesmo baile foi nitidamente de espanto. Alguns olhavam com pena, falavam baixinho uns com os outros, e os olhares não precisavam de palavras.

Assim, para conceituar deficiência e seus significados, consideramos importante definir o que é o corpo e suas nuances entre o normal e o patológico. O corpo, mais do que um organismo humano, é o meio pelo qual experimentamos o mundo externo. Apesar disso, poucos estudos atribuem importância a essa discussão sobre o corpo. Entretanto, nesse caso, lidando com as questões de deficientes visuais e idosos, é imprescindível observar esse aspecto. Sobre o corpo, Diniz (2012) comenta:

O corpo como instância de experiência da opressão foi ignorado pela primeira geração de teóricos do modelo social da deficiência. Porém, com as perspectivas pós-modernas e feministas, fica impossível esquecer que o corpo não é somente a fronteira física de nossos pensamentos. É por meio do corpo que se reclama o direito de estar no mundo. Os deficientes provocam o espanto pelo corpo (p. 73).

Essa afirmação também nos remete ao que ocorre com o corpo velho. A exclusão social baseada nas dificuldades de um corpo velho ou deficiente não se sustenta mais. No entanto, também nos leva a pensar em outros termos: quais motivos levam os sujeitos a desejarem (e aceitarem) determinados tipos de corpos e outros não? Duarte (1999) apresenta um conceito interessante: o de “perfectibilidade”.

A perfectibilidade é um tema bastante conhecido de todos os que se detêm sobre a filosofia da passagem do século XVII para o XVIII. Ele está absolutamente explícito em Rousseau, por exemplo, na ideia de que a espécie humana, que acabava de sair do manto protetor da totalidade religiosa, é dotada de uma capacidade de se aperfeiçoar indefinidamente, de entrar na senda disso que desde então nós chamamos o progresso, o desenvolvimento, a transformação ilimitada, a vanguarda – palavras estas fundamentadas para a nossa cultura, todas elas decorrentes da ideia de que nós somos seres providos de uma capacidade de perfectibilidade constante e indefinida que nos distingue dos demais entes existentes sobre a face da Terra (p. 24).

Ou seja, como seres humanos seria essa capacidade natural de perfectibilidade que nos distinguiria dos demais seres e responderia, de certa forma, ao questionamento acima. Duarte (1999) continua:

Essa perfectibilidade, por outro lado, só pode se desencadear (segundo seus ideólogos originários) através da experiência em relação ao mundo exterior. A razão humana só viceja através do contato dos sujeitos com o mundo propiciado pelos sentidos; ela depende da maneira pela qual eles percebem o mundo que os cerca, e é através desses sentidos que vão poder construir as suas novas formas de relação com o mundo e se tornar eventualmente cada vez mais aperfeiçoados, mais capazes, mais senhores de seu futuro (p. 25).

Nesses termos, cabe entender também o lugar dos sentidos na relação dos sujeitos com o mundo e, consequentemente, pensar na falta de um des-

ses sentidos também. Ou seja, se “é através desses sentidos que se pode construir novas formas de relação com o mundo” (DUARTE, 1999, p. 25) e exercer nossa capacidade de perfectibilidade, a ausência de um ou mais sentidos impossibilitaria aos sujeitos de exercerem essa mesma capacidade? Creio que não. Pelo contrário, a ausência de um ou mais sentidos constrói obrigatoriamente uma nova (outra) forma de ser no mundo, e, como resultado, uma nova forma de relação com esse mundo. Diniz e Medeiros (2004) afirmam que

Em geral, as definições baseadas no modelo médico exigem um grande afastamento dos padrões de normalidade para considerar alguém deficiente. Os critérios utilizados para definir a deficiência geralmente têm como referência a perda completa de certos órgãos ou funções. A identificação da deficiência é feita levando-se em conta características isoladas desses órgãos e funções e comparando-as a limites estabelecidos para cada uma delas. Têm-se, com isso, critérios que estabelecem, para órgão ou função comprometida, os limites da deficiência, como, por exemplo, patamares mínimos de acuidade visual, capacidade auditiva etc. que podem ser avaliados isoladamente uns dos outros, bem como separados das necessidades impostas pelas características sociais de cada pessoa (p. 109).

Assim, a discussão entre normal e patológico também está inserida no contexto da deficiência, mas não só. A vida em sociedade está atravessada por diversas tentativas de definições de normas e patologias, como na obra de Durkheim (1887-1917), que compreendia analogamente indivíduo e sociedade como organismos biológicos e investia na sua teoria da anomia social na busca pelo equilíbrio, quase que orgânico, da sociedade.

O envelhecimento biológico traz consigo diversas mudanças físicas e algumas limitações, que serão vivenciadas de maneiras distintas pelos sujeitos, a depender inclusive das possibilidades de acesso aos aportes necessários, como os oferecidos pelas políticas públicas (saúde, assistência e previdência), por exemplo. Assim também ocorre com as pessoas com deficiência, isto é, a partir do surgimento de uma lesão que seja considerada incapacitante, as mudanças físicas e as limitações se farão presentes na vida desses sujeitos. Diniz (2012) afirma que

Para Goffman, os corpos são espaços demarcados por sinais que antecipam papéis a serem exercidos pelos indivíduos. Um conjunto de valores simbólicos estaria associado aos sinais corporais, sendo a deficiência um dos atributos que mais fascinaram os teóricos do estigma (p. 13).

Assim, as barreiras estão postas concretamente na vida das pessoas que possuem alguma deficiência, não por elas mesmas e pelas incapacidades produzidas por seus corpos, mas sim pelas incapacidades sociais e culturais de aceitar outros modos de experimentar a vida. Desse modo, existe sim um modelo socialmente construído do que é considerado normal, aceitável ou correto e seus antônimos (anormal, inaceitável e incorreto). Esse modo de construção está inegavelmente associado a como nossas vidas são conduzidas no sistema capitalista do qual fazemos parte. Esse sistema constrói socialmente a imagem de um corpo que precisa ser produtivo e assim, normatiza a imagem, define o que é o normal.

Os estudos teóricos, como o modelo social da deficiência, muito contribuem para uma mudança sobre o olhar da deficiência. No entanto, as alterações no mundo teórico não são acompanhadas diretamente por transformações na vida concreta. Quanto mais força política possui uma teoria, mais possivelmente ela pautará ou orientará os serviços e as políticas voltadas aos segmentos-alvo desses estudos.

Nesse sentido, notamos que muitas barreiras ainda precisam ser quebradas no que tange às questões que envolvem as deficiências concretamente. Diniz (2012) comprehende que os estudos sobre deficiência possuem um novo desafio.

O novo desafio dos estudos sobre deficiência será o de não permitir que se perca a força conceitual e política da categoria deficiência. Afirmar que a deficiência é um estilo de vida não significa igualá-la em termos políticos a outros estilos de vida disponíveis. Há algo particular no modo de vida da deficiência, que é o corpo com lesão (p. 73).

Diante da superação da histórica invisibilidade dos deficientes e da deficiência como questões fundamentais dos direitos humanos, o maior desafio contemporâneo seria, mais do que fundamentar direitos desses sujeitos, segundo

Moreira (2015, p. 28) assegurá-los garantidos legalmente, posto que são continuamente violados.

A atual tendência, culturalmente disseminada, de que se deve buscar atenuar velhice e deficiência, traduzida pelo discurso da inclusão social, possui dois problemas notáveis. O primeiro diz respeito a colocar a questão para o âmbito pessoal (cada um que experimente a velhice e/ou a deficiência deve buscar por meios próprios esse disfarce, ou seja, muda-se a cor dos cabelos, utiliza-se tratamento médico e estético, experimenta-se fazer atividades praticadas mais por jovens ou por pessoas não deficientes etc.). O segundo problema é que, ao aproximar a velhice e a deficiência do que é não ser jovem e não ser deficiente, escamoteia-se a verdadeira face dessa busca. Ou seja, a busca pelo belo e pelo perfeito, que usa claramente uma lógica mercadológica e não problematiza a aceitação sociocultural desses modos de vida (a velhice e a deficiência), faz com que essas condições sejam estigmatizadas.

Desse modo, constituiu-se a mudança de paradigma da deficiência de patológico ao oprimido. Inclusive, alguns dilemas estão envolvidos na experiência de ser velho e deficiente visual no Brasil. A seguir, alguns desses dilemas são apresentados a partir do ponto de vista dos idosos entrevistados, facilitando a compreensão da velhice com a deficiência visual.

CAPÍTULO 3 – As Narrativas: Um Discurso Situado

E a gente que é pobre, a gente tem que estudar! E com a televisão a criança não estuda. Então, eu não tinha televisão.
(Entrevistada Si – Cega – 66 anos)

É na interação social que ocorre o aprendizado do que é viver sem a visão. Assim, as instituições sociais (a família, a educação formal, o trabalho, a religião etc.) que nos atravessam enquanto sujeitos sociais no nosso cotidiano contribuem e fazem parte da construção do que é ser velho e deficiente visual. Desse modo, é sabido que as narrativas dos idosos estão claramente marcadas pelas influências desses atravessamentos.

Consideramos que “falar-se a mesma língua não só não exclui que existam grandes diferenças no vocabulário, mas que significados e interpretações diferentes podem ser dados a palavras, categorias ou expressões aparentemente idênticas” (VELHO, 1981, p. 125).

Nesse sentido, para melhor compreensão dos aspectos envolvidos nas experiências dos idosos, seus discursos foram separados nos seguintes temas: família, geração, gênero, deficiência visual e velhice. Ressalta-se que todos esses temas são transversais uns aos outros e estão imbricados por diversos outros aspectos.

3.1 Família

Certamente, não há como se referir aos sujeitos que fizeram parte deste estudo sem fazer referências à família. Nesse sentido, entender as novas configurações familiares, compreender a força que a família tem no imaginário social e de que maneira isso vai se refletir nas relações desses sujeitos se faz necessário. No caso do idoso com deficiência visual que participa do programa

de reabilitação do IBC, a presença da família (entendida de maneira estendida ou por consideração, tendo em vista que atendemos casos nos quais as famílias a que eles se referem são vizinhos ou amigos, ou seja, não necessariamente o laço de consanguinidade precisa estar presente) ou de algum membro dela é importante para o alcance dos objetivos do programa. Assim, entender a situação desses idosos requer também entender as relações que se estabelecem nesse núcleo.

Família é um tema trabalhado por muitos autores e considerado importante para a compreensão de diversos fenômenos sociais. Porém, dissertar sobre ela implica falar de contradições, conflitos, correlações de força. Isto é, significa considerar variadas visões de mundo que se alteram constantemente, pois são socialmente construídas.

No entanto, tratar desse tema não é um empreendimento fácil, pois, como afirma Sarti (2004), tendemos a confundir o conceito de família com a representação da nossa família, o que explicita outra dificuldade: a de estranharmos a *nós* mesmos para termos uma compreensão menos equivocada do *outro*.

Dessa forma, a tendência ao etnocentrismo também se evidencia, isto é, buscamos compreender o *outro* (estranho) a partir das nossas referências sociais e culturais, e não a partir das referências que traz consigo esse ser estranho. Essa autora justifica essa dificuldade afirmado que:

[...] por se referir a uma realidade que nos é muito próxima e com a qual tendemos a nos confundir. Exige um esforço de estranhamento, nem sempre fácil, quando estão em jogo outros pontos de vista, diferentes de nossas próprias referências culturais e sociais (SARTI, 2004, pp. 11-12).

A necessidade desse estranhamento, principalmente quando se trabalha o tema família, ocorre por possibilitar um olhar diferenciado do que vem a ser o *outro* e a mim mesmo. Esse é o movimento de transformação do exótico em familiar e do familiar em exótico, definido como essencial numa pesquisa etnográfica por DaMatta (1978). Obviamente que esse não é um movimento de fácil execução, visto que faz parte da ordem de nossas emoções, isto é, também prescinde de um distanciamento emocional (SARTI, 2004).

Essas dificuldades podem ser reduzidas se pensarmos a noção de família tomando por base as experiências vivenciadas por quem nela está, isto é, entendê-la como um ponto de vista. Assim, é relevante conhecer a família como relações sociais, pois ela tem uma importância significativa na vida das pessoas. Afinal, é a unidade primeira de inserção do homem na sociedade. A partir desse convívio, ocorrem os primeiros contatos com outros homens e são delineados e perpassados os valores que permeiam a sociedade. É onde se aprende o certo e o errado, construindo a identidade social de cada um.

Logo, a família não é apenas uma unidade de reprodução biológica, na qual os acontecimentos relativos ao desenvolvimento biológico (nascer, crescer, envelhecer, morrer) ocorrem. Esse núcleo possui um caráter moral e simbólico. Conforme afirma Sarti (2004), principalmente para a população pobre, a família configura precisamente um valor, pois, segundo ela, essa população ordena o lugar dos indivíduos no mundo social como um todo, dentro e fora da família.

Um idoso entrevistado comenta sobre o que ele considerou importante para o enfrentamento da vida com a deficiência visual: “Eu tenho uma família bem estruturada. É aquilo que eu lhe digo: também ajuda muito a estruturação da família. As pessoas que eu convivo, temos um convívio muito bom. Sempre foi assim” (Entrevistado Ré – 68 anos).

Outro aspecto interessante é a naturalização que se reproduz da família. Sarti (1996) examina o processo de construção de uma ideia naturalizada de família e a define desta forma:

Naturalizadas, as relações na família transformam-se num modelo, de base biológica, a ser seguido. Assim concebida, a família torna-se um terreno fértil para um discurso normativo. Há frequentemente um dever ser no horizonte, referência positiva a partir da qual todo o resto torna-se desvio ou anormalidade, quando não patologia, armadilhas cuidadosamente montadas pelos distintos dispositivos disciplinares – médicos, jurídicos, religiosos, educacionais etc. – próprios do mundo ocidental (p. 116).

De formas diferenciadas e com enfoques distintos, os autores que tratam do tema reconhecem a família como uma instância tradicional de sociali-

zação (SETTON, 2002) embora venha sofrendo muitas mudanças nas últimas décadas. Essas transformações são processadas ao mesmo tempo em que outras ocorrem em diferentes esferas da sociedade.

3.1.1 Transformações na família

As mudanças em processo na sociedade significam transformações na família, pois ela também se define a partir das referências que essa sociedade traz para o mundo familiar. Montali (2003) trata das transformações do mercado de trabalho, referindo-se ao processo de reestruturação produtiva intensificado no Brasil nos anos 1990. Segundo essa autora, o processo de reestruturação produtiva abarca alterações na empregabilidade, como o aumento do desemprego, subemprego, flexibilização das leis trabalhistas e terceirização. Nesse momento são observadas mudanças no emprego por gênero. Ela destaca a restrição dos postos de trabalho masculinos, que afeta a “possibilidade concreta de realização do padrão de família mantido pelo chefe provedor, especialmente nas conjunturas recessivas” (p. 124), em consonância com a crescente participação feminina no mercado de trabalho, com predominância em postos tradicionalmente femininos. Essa crescente participação da mulher se dá, principalmente, no setor de serviços e com vínculos precários. Assim, há a alteração e redefinição dos papéis de homens e mulheres na sociedade e na família. Como afirma Amazonas et al. (2003),

Na família tradicional atribuía-se ao pai a função de prover ao sustento do grupo familiar e à mãe as funções de responder pelos cuidados e afetos dedicados às crianças. Eram o pai e a mãe os responsáveis pela seleção, organização e construção das regras e valores passados aos filhos. Hoje, estas funções vêm sendo descentradas do núcleo tradicional. A responsabilidade pela tranquilidade do lar e os cuidados com os filhos, que eram consideradas tarefas das mulheres, estão sendo compartilhados por ambos os cônjuges. Mesmo quando o modelo é nuclear, o desempenho dos papéis já não é o mesmo de antes. Está aumentando o número de pais que cuidam dos filhos enquanto a mãe trabalha fora. O poder econômico do pai vem sendo enfraquecido, pois as mulheres estão reivindicando seu espaço no mercado de trabalho. Isto acontece tanto pela necessidade da família de aumentar a sua renda, como

pelas necessidades das mulheres de não restringirem sua vida ao âmbito do lar. O ideal de vida das mulheres atuais inclui a realização profissional. Também os avanços tecnológicos influenciam a família. O controle da natalidade, a clonagem e a inseminação artificial estão provocando discussões sobre o que seja a família (p. 12).

Assim, o padrão de família com pai provedor e mãe dona de casa em tempo integral não é mais o único em vigência, apesar de prevalecer frente aos outros tipos de família, como as de recasados, homossexuais ou monoparentais. Ainda há a presença dos agregados, isto é, parentes ou amigos que se instalaram na casa de algum conhecido para facilitar a chegada a uma nova região, quando migrantes, ou para facilitar a chegada ao trabalho e reduzir custos com passageiros quando se mora longe do local de trabalho, por exemplo. A entrevistada Fá relata que quando migrou do Ceará para o Rio de Janeiro com dois filhos contou com o apoio de parentes até conseguir se estabelecer.

Aí, chegando aqui, eu não tinha casa para morar. Quando eu voltei eu vim primeiro confiando em Deus, que é sempre o nosso protetor, e nos parentes que eu tinha aqui, lá em Benfica. Eu tinha primos do segundo grau. Combinei com eles. Foi tudo combinado. Vim com dois filhos (Entrevistada – Fá – 68 anos).

Essa mesma idosa comenta sua concepção de família, que ultrapassa os laços de consanguinidade e abarca o ambiente da casa e da solidariedade:

Olha a minha casa é uma casa duplex. Embaixo tem uma família. Eu moro na parte de cima e eu considero eles, família. Eles são parentes, irmãos da esposa do meu filho, da família da minha nora. Eu também considero família. Se precisar, eles ajudam (Entrevistada Fá – 68 anos).

Sendo assim, as famílias estão sendo compostas de diversas maneiras, e isso é o que Amazonas et al. (2003) denomina de arranjos familiares. Esses novos arranjos expressam mudanças na forma da organização familiar. A autora define arranjos familiares como “os membros da família, consanguíneos ou não, residentes no mesmo domicílio” (p. 11). Esse termo tem sido cada vez mais utilizado pelos estudiosos do tema, visto que expressa de maneira mais exata a forma como as famílias têm se organizado. Essa autora observa um descompasso diante das diversas formas de composição familiar (de casais homossexuais, monoparentais e recasados):

Apesar de tanta diversidade, ainda é grande a dificuldade que sentimos em aceitar as diferenças. A sociedade persiste na transmissão do modelo de família nuclear tradicional, com pai provedor e mãe dona-de-casa em tempo integral, como o ideal, e vê com maus olhos as novas configurações familiares (AMAZONAS et al. 2003, p. 12).

Referindo-se à composição familiar dos idosos entrevistados, há apenas dois casos de reprodução do modelo nuclear. Em alguns comentários deles em relação aos seus descendentes, nota-se que são diversos os arranjos familiares (filhos separados, recasados e mãe solo são alguns exemplos). Sobre sua família de origem, uma idosa comenta:

Tenho (irmãos), mas estão em Goiás. Mas tenho um contato muito raro. Minha família é meio complexa, porque irmãos legítimos eu tive quatro, mas morreram dois e tem dois vivos que eu tenho contato só nas férias. Muito pouco. Viajo para lá nas férias. Agora, irmãos mesmo eu tenho um irmão de criação. Esse eu vejo todas as férias. Eu vejo quando eu vou. Nas férias eu fico com os irmãos de criação, pois com esses eu tenho mais afinidade (Entrevistada Mi – 75 anos).

Os novos arranjos familiares também refletem o compartilhamento das responsabilidades de manutenção da família entre seus componentes e até para outros membros. Um exemplo disso é o cuidado com as crianças, que, muitas vezes, é compartilhado por parentes e vizinhos (AMAZONAS et al., 2003). Tal fato explicita a impossibilidade concreta de realização do modelo chefe-provedor. O mesmo ocorre quando se trata da existência de pessoas idosas e/ou deficientes que possuem vínculos familiares.

Nesses casos, observa-se as relações de solidariedade que se estabelecem entre os membros da família, se estendendo, em alguns casos, à comunidade. Amazonas et al. (2003) acredita que tal fenômeno é expressão de uma das estratégias de sobrevivência adotadas pela classe popular para “garantir a sua existência ante um contexto que oprime seu desenvolvimento” (p. 13). A autora também enfatiza que a lógica da solidariedade não significa harmonia e consenso, visto que se sobrepõe aos desejos individuais, à necessidade coletiva do grupo familiar. Poderíamos denominar esse fenômeno de redes, nas quais o cuidado é compartilhado por parentes e vizinhos, e também pode se expressar por contribuições financeiras por parte dessas pessoas a quem delas necessita.

Considerando que as políticas sociais brasileiras de apoio às famílias (Bolsa-família, seguro-desemprego etc.) não são universais, e as existentes são ainda precárias, cabe fundamentalmente à família desempenhar o papel de suporte central dos sujeitos (PEIXOTO; BOZON, 2001 apud PEIXOTO; LUZ, 2007, p. 173).

Um dos idosos entrevistados comenta como a necessidade de acompanhamento ao IBC, após ter adquirido a deficiência, impactou na sua organização familiar:

Então, elas organizaram o seguinte: a [filha] trabalha numa lojinha de bijuteria dela, aí às terças-feiras ela perde o dia para me trazer aqui. E às quintas-feiras é folga da [outra filha]. Então, ela escolheu esse dia de folga dela para me trazer. Eu estava frequentando aqui às terças e quintas e quando acontece alguma coisa que eu tenho necessidade de comparecer ela troca a folga dela no serviço. Ela trabalha no Hospital do Fundão. É chefe de gabinete lá aí ela troca a folga dela que é quinta-feira. Por exemplo, quando eu tenho um evento na quarta aí ela troca lá no trabalho pra ela poder me trazer. É por isso que eu falei com você que sexta-feira era difícil pra vir por causa da organização que a gente faz (Entrevistado Dó – 82 anos).

Outro idoso que mora com sua esposa (atualmente adoentada com problema de coluna envolvendo a medula) comenta que seus filhos os olham e dão uma cobertura:

Os filhos também olham a gente, também. Cada um tem sua vida, cada um tem sua família, mas quando tem tempo eles ajudam a gente. Tem um que é mais presente. Ele é o do meio. Também o trabalho dele é mais tranquilo, então ele não marca cartão, então ele está sempre mais presente, dá uma cobertura pra gente. [...] Por exemplo: minha esposa faz um tratamento de acupuntura no Flamengo e quem leva é ele. Bota no carro, leva e traz. Ele dá mais assistência. Vai para o mercado, faz compras com a gente e é aquele que se preocupa mais com a gente. Está sempre ligando (Entrevistado Sol – 80 anos).

Alguns idosos também comentaram apoios variados dos vizinhos: o entrevistado Dó comentou que tem uma padaria que ele frequenta no seu bairro em que as atendentes o tratam carinhosamente e sempre que o veem se aproximam, auxiliando a subir a calçada e deixando pronto o seu pedido (rotineiro aos domingos). Outro idoso comenta a solidariedade na vizinhança:

A vizinhança toda, o pessoal lá do prédio, alguns que estou te falando, o jornaleiro, o rapaz da loja de materiais que tem lá perto que

também está sempre preocupado comigo. Ele me vê lá do outro lado, ele já sai para me ajudar, entende?! [...] Essas pessoas, são pessoas da rua, que acostumam com a gente, vê a gente passando todo dia com a bengala. Então são pessoas que acostumam com a gente (Entrevistado Sol – 82 anos).

Conforme podemos perceber, mudanças nas esferas política, econômica, social e cultural justificam alterações na conformação dessas famílias. A entrada da mulher no mercado de trabalho; o desenvolvimento científico-tecnológico, como os anticoncepcionais e a inseminação artificial; o processo de reestruturação produtiva, que reduz maciçamente os postos de trabalho e impõe novos modos de relação no mundo do trabalho; a possibilidade de separações e descasamentos e a internet, possibilitando novos padrões de relacionamento, são alguns dos inúmeros tópicos que provocam discussões sobre o conceito de família.

Cabe ressaltar que essa composição das novas famílias não é estática, isto é, a qualquer momento pode se alterar. Como o próprio nome diz, *arranjo* dá uma ideia de algo mutável e essas mudanças efetivamente acontecem a todo momento nas famílias atuais.

3.2 Geração

A partir da institucionalização do curso da vida, constituíram-se perspectivas e projetos de vida por meio dos quais os indivíduos se orientam e planejam suas ações, individual e coletivamente (DEBERT, 2007, p. 60). Nesse sentido, comprehende-se geração para além da concepção relacionada à família, isto é, a sucessão de um grupo pelo outro. Segundo Debert (2007):

Na verdade, apesar de suas conotações variadas, a ideia de geração implica um conjunto de mudanças que impõem singularidades de costumes e comportamentos a determinadas gerações. Daí falar-se em geração do pós-guerra, da televisão, de 68. A geração não se refere as pessoas que compartilharam a idade, mas às que vivenciaram determinados eventos que definem trajetórias passadas e futuras (p. 60).

A migração foi a marca da geração dos entrevistados. Dos sete idosos, quatro são naturais de outros estados e estabeleceram moradia na cidade do Rio de Janeiro. Ela fez parte dos anseios desses sujeitos por melhores condi-

ções de vida a partir da busca por escolarização e trabalho, para eles ou para seus descendentes. Atualmente, dados demográficos apontam o decréscimo da migração no país¹³.

Além disso, outra marca nas narrativas dos entrevistados refere-se ao convívio com outras gerações (mais novas e mais velhas). Uma das consequências da longevidade é a necessária convivência intergeracional, sinônimo de aprendizados e conflitos. Desse modo, destaco consecutivamente esses dois assuntos a seguir.

3.2.1 Migração: a busca por melhores condições de vida via escolarização e trabalho

A migração para a cidade do Rio de Janeiro foi uma realidade na vida de quatro dos sete idosos entrevistados. Ela fez parte de sua busca por melhores condições de vida, relacionadas à educação e ao trabalho. Alguns relataram a busca por oportunidades de (melhores) empregos e/ou por escolarização individual ou de seus filhos. Foi na cidade do Rio de Janeiro que eles trabalharam grande parte de suas vidas e construíram suas famílias. A migração, na trajetória de vida deles, está intimamente ligada à questão da luta por uma realização pessoal e/ou profissional. A educação formal foi estabelecida como um valor importante nas trajetórias de vida narradas.

Nesse sentido, uma das condições que demonstram que alguns desses anseios se concretizaram é a condição de moradia dos entrevistados: dos sete entrevistados, apenas um não possui casa própria e um possuía, mas vendeu e hoje mora numa residência cedida por um cunhado. Os idosos enfatizaram serem proprietários de suas casas. Diante da realidade atual da juventude brasileira, nesse ponto pode-se afirmar que o idoso está em vantagem por possuir um domicílio próprio. Para Debert (1997),

13 Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) de 2009, entre 1995 e 2000, cerca de 5,2 milhões de pessoas mudaram o estado de residência. Entre 2000 e 2004, o número caiu para 4,6 milhões e, entre 2004 e 2009, pouco mais de 3,2 milhões de pessoas. Entre 2000 e 2009 houve um recuo de 37%.

Pensar nas características da vida adulta contemporânea é traçar um quadro sombrio. A ideia de autonomia que caracterizava essa etapa é substituída pela situação de precariedade e dependência que marca a perda do emprego, a formação profissional que deve ser ininterruptamente continuada e as crises pessoais envolvidas em um sem-número de escolhas que estão sempre presentes (p. 65).

Um dos entrevistados relata sua trajetória de trabalho iniciando sobre o objetivo da sua migração de Carangola (MG) para o Rio de Janeiro:

Eu vim pro Rio para trabalhar. Na minha cidade a minha profissão era pedreiro. Eu vim pro Rio e aqui me empreguei no Colégio Jacobina, onde eu trabalhei... trabalhei... é...24 anos. Trabalhei 24 anos e lá eu era gerente da cantina. Eu trabalhava no setor de arte culinária. Trabalhava na cantina. Dirigia a cantina do Colégio Jacobina. Depois, mais tarde, houve mudanças lá. O colégio estava falindo e eu passei a ser o porteiro, no mesmo colégio. Quando faliu eu me empreguei no Clube de Regatas do Flamengo. Onde eu trabalhei 8 anos na Av. Ruy Barbosa, e trabalhei 4 anos na Gávea, sede do [time de futebol] Flamengo (Entrevistado Dó, 82 anos).

Essa outra idosa, que migrou da cidade de Reriutaba (CE) para o Rio de Janeiro aos seus 22 anos comenta:

Eu, chegando aqui no Rio, comecei a trabalhar. Cheguei aqui com 22 anos. Trabalhei naquele posto de saúde da Rua Visconde de Santa Isabel, em Vila Isabel. Eu trabalhei ali. Eu trabalhava com as enfermeiras. Eu era assistente delas, porque lá no Ceará mesmo meu pai gostava muito de trabalhar assim, com médicos (Entrevistada Fá – 68 anos).

Outra idosa, a entrevistada Mi, fala da migração: “Estou no Rio de Janeiro desde 1986. [...] Eu que vim por causa das crianças, para estudarem aqui”. Sobre a condição de moradia, ela retruca minha pergunta sobre com quem ela morava e diz: “Ou quem mora comigo, né? [risos]”. Ela queria que ficasse esclarecido para mim que a propriedade da casa era dela. Considerou-se que essa afirmação fazia todo sentido, pois tratava-se de uma conquista pessoal, da realização do que foi — e ainda é para muitos brasileiros — o sonho da casa própria. Tanto para ela, quanto para outros entrevistados, esse é um valor extremamente importante. Ela prossegue:

[...] Bem, eu morava antes com meus filhos. Aí se casaram. Quando eu vim pra cá, eu estava alugando. Depois eu consegui construir

uma casinha. E aí a minha filha não casou, mas arrumou uma gravidez, né?! Aí ficou morando comigo. Depois meu filho casou com a primeira esposa, alugou um local... ficaram lá... aí a minha nora não quis ficar aqui foi embora com o filho. Ele casou de novo, ficou morando no meu terreno e construiu uma casinha pra ele, mas agora ele e ela estão dentro da minha casa. No terreno só tem essas duas construções: a minha e a dele (Entrevistada Mi – 75 anos).

O entrevistado Dó fala da casa em que vivem ele e suas filhas, construída com muito esforço por todos eles:

Nós tínhamos construído, eu e minhas filhas; fizemos uma casa em Guadalupe. Fizemos uma casa lá com muito sacrifício. É de dois andares. Na parte de cima vive a [filha] com o esposo e um casal de filhos, e eu moro na parte de baixo com a minha filha [...] e com o esposo dela (Entrevistado Dó - 82 anos).

Outro idoso comenta sobre sua condição de moradia, onde vive com sua esposa há mais de 40 anos, no bairro de Irajá:

Quando eu fui morar onde estou morando atualmente eu ainda trabalhava. Eu trabalhava na fábrica. Pegava o ônibus lá em frente à minha casa. A casa é minha porque eu comprei pelo BNH, eu pagava as prestações. Quando eu me aposentei por invalidez, aí o segurado quitou a outra parte da dívida aí eu recebi o apartamento quitado (Entrevistado Sol – 82 anos).

Outra condição que demonstra a concretização de anseios a partir da migração é a escolarização dos filhos. Nesse caso, mesmo quando não participantes de algum processo migratório, os idosos apontaram a escolarização como um importante valor, conforme podemos notar nos seguintes trechos:

Meu filho trabalha no Hospital de Ipanema. [...] Ele fez faculdade de administração. Fez concurso pra administração. Faz trabalho de técnico administrativo. A minha filha trabalha o dia inteiro, numa empresa (Entrevistada Mi – 75 anos).

Eu, quando trabalhava, eu queria muito continuar estudando também. Estudei. Só que como eu tinha que estudar à noite, pois eu trabalhava durante o dia, eu tive dificuldade de estudar, de ver a letra no quadro. Aí eu tive que parar. Eu gostava muito, mas por não ter oportunidade eu parei. É muito triste, porque pra mim uma das coisas muito ruins no ser humano é ser analfabeto. Eu não sou, mas eu queria estudar, me formar, ter um emprego legal, mas por conta da visão eu tive que parar (Entrevistada Fá – 68 anos).

Essa idosa relata que não conseguiu continuar seus estudos e narra com satisfação a formação educacional dos seus filhos:

Vim com dois filhos; a mais nova ficou lá porque meu pai não deixou eu trazer. Meu filho com 19 anos já tinha terminado o ensino médio aí começou a trabalhar e a minha filha com 16 começou a trabalhar também e a estudar. Aí eu posso dizer que hoje eu tenho uma felicidade muito grande porque todos os dois hoje têm curso superior. A minha filha fez, aqui na UNIRIO, ela é pedagoga; e o meu filho fez empresarial, ele fez administração empresarial. Os dois trabalham com isso. Minha filha se formou e dá aula em duas escolas públicas e o meu filho trabalha no banco na área dele (Entrevistada Fá – 68 anos).

Um idoso comentou que seu projeto para o futuro é se escolarizar:

Então eu voltei também naquela época a estudar, fazer cursos... aí eu queria fazer advocacia, mas aí eu trabalhei em escritório de advocacia, então eu tenho uma certa noção, mas o tempo se passou, fui morar longe, distante, aí tive que deixar de estudar por um tempo e agora que eu voltei a estudar eu gostaria de fazer psicologia. Então eu pretendo continuar estudando. Vou fazer o fundamental, terminar. Vou fazer o ensino médio e depois tentar uma faculdade, quem sabe? Antes de eu desencarnar de repente dá tempo [risos] (Entrevistado Ré – 68 anos).

A idosa que comentou que não tinha televisão em casa por considerar que prejudicava o interesse das filhas pelos estudos comentou: "Eu tinha na minha cabeça que eu tinha que aprender um ofício. [...] Uma das grandes frustrações minha foi por não poder estudar" (Entrevistada Si). Ela comentou que uma de suas filhas formou-se em restauração de obras de arte e a outra voltou a estudar recentemente e está fazendo uma faculdade, o que a deixa muito feliz.

3.2.2 Convivência intergeracional: entre trocas e conflitos

A longevidade implica obrigatoriamente na convivência dos idosos com gerações cada vez mais distantes das suas (mais velhas e mais jovens). Se, por um lado, as pessoas vivem mais, por outro, a aproximação com gerações mais jovens acaba se tornando uma necessidade. No caso de idosos viúvos, adoecidos ou com deficiências isso pode se tornar mais imperativo ainda, por

causa da necessidade de diversos apoios. Além disso, as condições socioeconômicas das populações mais pobres também levam a essa necessidade diante de situações de desemprego e mesmo da dificuldade de filhos de deixarem a casa dos pais.

Peixoto e Luz (2007) discorrem sobre os processos de recoabitação entre as gerações. As autoras destacam que:

Retornar para a casa familiar, ou ir morar na casa de um(a) filho(a) introduz uma nova dinâmica na organização doméstica: a reorganização do espaço – abrir, criar lugares para receber o novo(s) membro(s); a adaptação das regras, horários e tarefas às necessidades e atividades de cada um, e do grupo em particular. Morar com três ou quatro gerações implica em uma contribuição material e financeira, mas, também, em um suporte moral e afetivo no apoio logístico do cotidiano doméstico. A vida em comum só é possível se existir este circuito de reciprocidades, senão a coabitação pode quebrar a harmonia familiar e tornar-se violenta (p. 171).

Uma das idosas entrevistadas passou a morar com uma de suas filhas após sua separação, quando já era deficiente visual e comenta como ocorreu essa mútua adaptação:

Moro com uma de minhas filhas, porque eu tenho duas e moro com meus três netos. Minha filha que tem três filhos e é separada do marido. [...] Esse quarto era do meu neto (19 anos). Dormia no outro quarto, eu, ela (a filha) e as meninas (a mais velha tem 10 anos). Nós quatro lá. Depois que ela arrumou lá em cima, o meu neto subiu e ela: mamãe, você precisa ter seu quarto, as independências. Eu gosto de uma coisa, criança gosta de outra aí eu tenho que ouvir as coisas deles, porque até ela brigou comigo no dia que eu falei porque agora eu vou ter que ficar ouvindo a música de vocês, porque a casa é de vocês, e ela falou: "Não quero nunca mais ouvir isso. Aqui é a sua casa, você mora aqui. É a sua casa. Não vem falar que é minha casa não. É nossa casa!". Nossa, foi muito bom! Ela é muito boa (Entrevistada Si – 66 anos).

Ela também comentou que contribui em casa lavando louças e limpando seu quarto, e que conta com a ajuda do neto na limpeza. Ela comprehende que precisa contribuir de alguma forma por morar na casa da filha e que a melhor forma que viu de contribuir foi essa. Em seguida, comenta sobre o convívio com as netas, que são crianças e passam mais tempo em casa com ela:

Se as meninas não tiverem ouvindo nada, quando elas estão eu saio do quarto eu desligo o rádio porque vai atrapalhar o que elas estão fazendo. Aí eu faço tricô, né!? Aí eu fico muito aqui dentro ouvindo meu rádio, cantando as músicas que eu conheço e fazendo tricô (Entrevistada Si – 66 anos).

Os idosos que convivem com gerações mais jovens também comentam diferenças em relação a gostos culturais, fazendo referências comparativas entre suas épocas e a atual:

[...] Eu ouço a rádio MEC AM, porque é uma rádio que toca só música popular brasileira, músicas boas. Não toca funk. Essas coisas que eu não gosto. Não gosto porque não é do meu tempo (Entrevistada Si – 66 anos).

E outra coisa também que eu gosto muito: eu gosto muito é de dançar. Eu danço. Eu gosto muito de dançar. Então, nas festas que eu vou aí eu fico admirado. Até acho esquisito, principalmente quando é a festa de aniversariante que está fazendo 15 anos. Aí os ritmos de música são diferentes e às vezes quando toca alguma música que o idoso gosta de dançar quase ninguém dança. Fica todo mundo parado (Entrevistado Dó – 82 anos).

Outro fator a ser considerado no que diz respeito ao convívio entre gerações é a existência dos conflitos. As redes de solidariedade entre as gerações, dentre elas a coabitação intergeracional, também incluem essa dimensão. Peixoto e Luz (2007) comentam sobre alguns motivos que levam a essas tensões:

É difícil manter a boa distância quando se vive em uma família com duas, três ou mesmo quatro gerações. Existem tensões, conflitos e até rupturas. O anseio por privacidade, a vontade de ter momentos solitários e de escapar ao controle do grupo familiar para se refugiar em 'territórios pessoais' (Beaujouan, 2000:58) são elementos que tensionam a harmonia familiar e pressionam a construção de estratégias para evitar os conflitos e rupturas (pp. 185-186).

A entrevistada Mi comenta que seus dois filhos estão morando com ela na sua casa. A filha foi mãe solo e a criança mora com ela. O filho se separou da primeira esposa, que foi embora com um filho do casal. Atualmente, ele possui outra companheira, que também mora na mesma casa. O espaço da casa é dividido conforme ela comenta:

Eu tenho um quintalzinho. Era quarto, sala e cozinha, aí eu ampliei. Subi. Em cima tem dois quartos, que é o que é minha filha fica e o

outro que meu filho fica, com uma saleta. Embaixo tem um quarto onde eu durmo e tem uma sala, cozinha e banheiro (Entrevistada Mi – 75 anos).

Nessa fala nota-se que ela separou o ambiente de cima da casa para os filhos e suas famílias e a parte de baixo é o ambiente dela. Em seguida, ela relata que depois da cegueira acirraram-se os conflitos dentro de casa, principalmente com sua filha, que também é deficiente visual, mas não é cega:

Agora dentro de casa é que meu convívio familiar não está muito bom porque parece que eles não (se) conformam de eu não enxergar, entendeu?! Por exemplo, se a minha filha está num lugar e eu esbarro nela, aí ela reclama. Ela fala: eu gosto de ficar na cozinha quando a senhora não está porque daí não fica esbarrando (Entrevistada Mi – 75 anos).

Essa idosa enfatizou os conflitos familiares no convívio com seus filhos em vários momentos da entrevista. Sobre o convívio com sua filha ela comentou:

A minha filha, o convívio com ela está péssimo, mas acontece que ela acha... ela pensa que eu não gosto dela, que eu não dou valor a ela. Ela tem esses sentimentos, só que isso não é verdade. O problema é que às vezes, e por causa da idade, não aceita que a gente fale. Não aceita que eu chame atenção, porque ela já é adulta e tal... que ela não é criança mais, que eu tenho que deixar ela... que ela sabe muito bem fazer as coisas... tomar as decisões. E com ele, meu filho, já não entro nesse sentido. Ela é porque fica mais perto, né?! Por exemplo, ela tem a filha e no momento ela está vivendo muito assim... fazendo o que ela quer da vida dela... e ela vai... por exemplo, no momento ela está para São Paulo agora só volta domingo e a filha fica comigo. Então, em relação a não enxergar... dentro de casa eu peço... eu tenho os lugares que eu ponho as minhas coisas e nisso eles não mexem. Às vezes ela quer mudar alguma coisa aí eu falo: aqui em casa você tem que entender que tem que ser do meu jeito, porque se eu ponho uma coisa aqui ela precisa estar lá quando eu precisar!. As relações são conflitantes por causa disso (Entrevistada Mi – 75 anos).

Essa idosa faz, inclusive, uma distinção de gênero no tratamento entre a filha e o filho (ambos moram com a idosa). Seus maiores conflitos transcorrem com a filha, que é mãe solo, já que a entrevistada tenta interferir nas escolhas que sua filha faz. E afirma que não interfere nas escolhas que o filho faz “já que ele é homem” (Entrevistada Mi – 75 anos). Por fim, ela comenta sobre a dependência dos filhos e o seu desejo: “Eu gostaria que meus filhos

ficassem independentes financeiramente. Apesar de eu ganhar pouco e menos, eu sempre estou ajudando. E não ficassem: 'Ah! Mãe, me empresta isso? Me dá isso? Me dá dez reais?' Eu gostaria deles bem independentes."

Nesse sentido, as trocas e as tensões são parte da solidariedade envolvida nos processos de coabitacão entre as gerações. Em muitos casos, nesses processos ocorrem diversas violências contra mulheres, crianças e idosos. Se, por um lado, as gerações mais jovens e os descendentes, principalmente os filhos, acreditam que possuem uma obrigação moral e afetiva para com seus pais ou avós, por outro lado, os pais ou avós não querem depender de seus descendentes. Diante de diversas situações desfavoráveis nas camadas populares, tanto para os mais jovens quanto para os mais velhos a reciprocidade nos laços familiares se torna indispensável.

3.3 Gênero

Nas narrativas dos idosos entrevistados foram observadas dimensões relativas às relações de gênero. Ressaltamos que elas estão articuladas com a posição social dos idosos diante do seu núcleo familiar. Essa posição é demarcada pelas relações hierárquicas estabelecidas entre os membros da família. Além disso,

Mesmo que consideremos a existência de apenas dois gêneros, homem e mulher, suas experiências são diferentes, uma vez que são influenciadas por outras categorias, tais como classe social, idade e cor, resultando num mosaico desenhado por hierarquias internas, cuja dinâmica modifica-se conforme o tempo e o lugar. [...] o gênero é um produto social, que se constrói na temporalidade. Seu caráter relacional concebe identidades e subjetividades sexuadas, as relações de gênero modelam papéis, atributos e hierarquias de gênero que se reproduzem nas práticas da vida cotidiana. (TAVARES; DELGADO, 2012, pp. 377-378).

Nesse sentido, a condição de gênero (masculino ou feminino) sugere uma expectativa social na reprodução de determinados papéis diante de determinadas situações. Considerando o modelo tradicional de família, os papéis dos membros da família são bem demarcados, tanto em relação aos papéis de gênero quanto aos papéis das gerações.

A expectativa gerada pelo próprio idoso em torno da sua nova condição visual explicita claramente o seu papel diante do seu núcleo familiar. Quando perguntado sobre como sua família recebeu a notícia de que não voltaria a enxergar, ele afirma:

Eles também tiveram que se adaptar, né? Eles ficaram meio assim..., mas eu consegui confortar também eles [risos], né? Eu consegui confortar as pessoas, porque você tem aquela sequência de vida, uma rotina, aí é muito bom você procurar a família. A família é aquele negócio: o negócio tem que ser eu. Eu continuo sendo o pilar da família, da casa. Eu que sou o pilar. Então, isso não mudou. Isso continua. Meus filhos me procuram, me ligam. Minha filha me liga todo dia, me pede orientação sobre alguma coisa. Então, eu continuo sendo o chefe da família. Embora não enxergue mais, estou sempre presente, e ali quando a gente vai fazer alguma coisa, a gente senta, conversa. Não tem nada que o outro fazer não. A gente vai conversar porque se não for assim aí o negócio desanda (Entrevistado Ré – 68 anos).

Outra idosa afirma que não teve uma profissão por dois motivos em diferentes momentos de sua vida: sua condição de filha mais velha de camada popular e, posteriormente, sua condição de esposa e mãe:

Não [teve profissão]. Porque eu trabalhei muito em minha casa em função dos meus irmãos mais novos, menores que eu, né? Saí para trabalhar em casa de família com 20 anos, mas com 23 anos eu me casei e não trabalhei mais. Só em casa. Não trabalhei fora porque o meu marido não deixou [risos]. Ah, eu tinha (vontade), mas eu tinha muito medo de deixar as minhas filhas com pessoas que eu não... Assim (...) meu marido dizia que não, que eu tinha que cuidar das crianças e ele até que ganhava bem, sabe?! Graças a Deus ele sempre ganhou bem (Entrevistada Si – 66 anos).

Quando falava das suas relações com seu marido no período em que ficou cega, a entrevistada Si disse que ele não aceitava a cegueira dela e se comportava dentro de casa como se ela enxergasse. Inclusive, deixava gavetas abertas nas quais ela machucava as pernas ao bater nelas, por não estar enxergando. Na tentativa de compreender o porquê de ele se comportar assim, ela conclui:

[...] é que ele é um homem muito dependente. Trabalho não, trabalho ele é maravilhoso no que ele faz, mas dentro de casa era tudo na mão que eu dava. Aí, o que acontece: ele não conseguia admitir

que eu fiquei cega. Você acredita que até hoje ele vem aqui, puxa a cadeira e senta. Quando ele se levanta a cadeira fica lá no meio da casa. Eu que já ando com a mão assim (fez sinal de tateando) me protegendo, porque chegou um tempo que eu pensei assim: se eu não me proteger... Eu tive que começar a andar de bengala dentro de casa. Meu Deus! Eu falava com ele. Quando eu falava com ele: você deixou a gaveta.... Áí ele falava: eu não aceito que você não enxerga. Mas ele não aceitava a cegueira, depois eu cheguei a essa conclusão, que era porque eu não podia mais fazer tudo que eu sempre fiz pra ele, porque eu era tipo como se fosse uma escrava. Não que ele me obrigasse a fazer, não entendeu? (...) Na minha casa a minha mãe também fazia tudo pro meu pai (Entrevistada Si – 66 anos).

Outra idosa também comentou que não concluiu seus estudos nem conseguiu um emprego bom porque se casou e o marido interferiu na sua vida profissional: “E aí eu trabalhei, só que depois que eu casei foi aquele negócio: marido não queria que eu trabalhasse aí não trabalhei mais. Áí eu parei de trabalhar.” (Entrevistada Fá – 68 anos).

Dentre as possibilidades de um projeto de envelhecimento ativo estão atividades como dança, música, ginástica e hidroginástica, que são incentivadas e fazem parte da realidade de vida de muitos idosos brasileiros. Essas atividades possuem também uma variedade de significações e abarcam, inclusive, a dimensão de gênero. Segundo Alves (2006),

Cada uma dessas atividades está ligada a províncias de significado distintas, ou seja, constituem mundos sociais particulares, com seus códigos e regras de operação, mas que não são fechados. Os indivíduos que deles participam podem transitar entre essas províncias e ter interpretações diferentes sobre seus sentidos, podem estar mais ou menos aderidos a esses mundos. Esse grau de adesão depende, por um lado, da ação individual e, por outro, do nível de exigência dos códigos e regras do mundo social do qual se faz parte (p. 73).

Um idoso comentou um estranhamento diante da perda visual nas relações estabelecidas sobre o momento da dança. Na dança, os papéis também estão dados, dessa forma, qualquer mudança nesses papéis perturba o momento que envolve o dançar. Cabe considerar também que esse estranhamento aponta diferenciação na experiência vivida de um corpo com e sem a deficiência visual.

Algumas vezes que a [filha] vem e me tira para dançar. Eu danço pagode, eu danço bolero, danço rock. Danço qualquer música. Eu comecei a fazer aula de dança, entrei num curso de dança com a [filha]. Então, eu faço alguns passos. Agora o que eu estranho é que eu não vejo a pessoa pra eu tirar pra dançar. Então, se a festa tem parentes meus, muitas sobrinhas, as filhas da minha irmã mais velha que morreu e da outra minha irmã mais nova também que já morreu... então, quando elas fazem festa elas me chamam e aí elas me tiram para dançar. Eu gostava de tirar as pessoas para dançar. Eu vejo você, aí vou perguntar se pode dançar comigo. Agora é o contrário. Eu fico só. Está estranho. Quando é a festa que elas fazem eu gosto de ir porque eu gosto de dançar e elas me tiram pra dançar. Eu não vou me aventurar para chamar alguém para dançar, porque está arriscado de eu tirar um homem para dançar [risos]. São coisas que a gente estranha (Entrevistado Dó – 82 anos).

Outro idoso comentou que após sua aposentadoria ficou em casa “só enchendo a paciência da mulher, aí ela arrumou pra mim [sic] fazer um curso de talhe em madeira” (Entrevistado Sol – 80 anos).

Notou-se também um reforço no discurso das idosas entrevistadas em dizer que “se precisar eu faço, se precisar eu vou, se precisar eu saio”. Esse reforço era sempre colocado por elas quando falavam de alguma coisa que faziam sozinhas antes da deficiência visual e que depois fazem acompanhadas ou não fazem mais. No entanto, elas enfatizavam isso principalmente quando o assunto girava em torno das atividades domésticas (lavar, limpar, arrumar), como se precisasse haver uma justificativa pelo fato delas não fazerem mais esses serviços, que podem se tornar complicados por envolver a necessidade de uso da visão. Parece ser mais do que uma forma de demonstrar sua utilidade, ou seja, é a forma de demonstrar que ainda são úteis enquanto mulheres. Seguem alguns discursos:

Cozinha sou eu, agora limpar a casa eu limpo, mas não gosto muito de limpar o chão porque essa coisa de baixar e levantar... mas mesmo assim quando não tem jeito eu faço. (Entrevistada Mi – 75 anos)

Mas se eu tivesse sozinha, eu ia nos lugares, mas eles não deixam. [...] Eu, se por acaso tiver, eu até lavo a (minha) roupa. Sem problemas! Mas se ela vai ficar limpa, eu não estou vendo (Entrevistada Fá – 68 anos).

Eu posso ainda muitas coisas. [...] Varrer é uma coisa que quando eu era boa já não gostava. Depois que eu perdi a visão, então...

mas o meu quarto eu limpo. Limpo o ventilador (de teto), limpo tudo. Subo numa escada de cinco degraus [...] Eu só não faço mesmo aquilo que eu nunca gostei de fazer, que é arrumar casa, limpar móvel, arrumar cama (Entrevistada Si – 66 anos).

As idosas demonstraram preocupação com a aparência visual delas, afirmindo que vão com frequência ao salão fazer as unhas e cabelos. Em contrapartida, os homens comentaram que gostam do natural, e não pintam os cabelos, por exemplo.

Desse modo, em diversas dimensões da vida, o gênero impõe sua marca do feminino e do masculino, moldando a forma dos sujeitos de estarem no mundo.

3.4 Religião e religiosidade: meios de apoio social

A religião ou a crença numa força sobrenatural ou em um Deus foram consideradas importantes nos discursos dos idosos entrevistados. Como instituição social¹⁴, a religião é composta por um conjunto de regras preestabelecidas, aceitas e reproduzidas por um conjunto social e, por isso, é compreendida como um valor social importante. No cotidiano, ela se expressa nas formas de pensar e agir dos sujeitos nas mais diversas situações. Desse modo, cercada de crenças e valores, a religião se constitui como uma visão de mundo e se manifesta na reprodução dos seus valores. Segundo Souza (2011),

De modo geral, a religião pode ser compreendida como uma crença na existência de poder sobrenatural, que dá ao homem uma natureza espiritual contínua que permanece após sua morte. Está associada à adesão de crenças e práticas relacionadas a uma instituição religiosa organizada, com expressão de crenças e valores espirituais (p. 13).

O Brasil possui uma diversidade religiosa importante. Parte dessa diversidade foi representada nas narrativas dos entrevistados: três homens denominaram-se católicos e um espírita kardecista; uma mulher se declarou adventista do sétimo dia, outra testemunha de Jeová e outra disse que não segue uma religião, mas que acredita em Deus. Esta última disse o seguinte:

14 Para referências sobre os papéis das instituições sociais, veja o próximo capítulo.

Olha, eu acredito muito em Deus, mas eu não tenho nada não. Já fui do Espiritismo, depois que eu perdi a visão, rezar. Já fui em várias igrejas evangélicas. [...] Eu vou à igreja. Morreu um conhecido, um parente, vou à missa de sétimo dia. Eu vou. Até hoje eu vou, mas frequentar a igreja... nenhuma! Eu acredito muito em Deus. Eu tenho fé! Deus me livra. Me dá uns livramentos na rua (Entrevistada Si – 66 anos).

Ela também disse que só frequentou regularmente uma religião na infância:

Não [nunca teve religião]. Só quando eu era criança, na roça. Porque a gente praticamente é obrigada a ir à missa aos domingos, na igreja para dar presença. A regente da escola tem que anotar segunda-feira. Praticamente uma obrigação, que não era ruim. E também lá tinha uma missão: uma vez por mês que a missa era nessa igreja, no local onde a gente morava. E todos os domingos a gente chamava de oração. A gente ia orar e tinha que assinar um papel pra gente apresentar na sala de aula na segunda-feira. Depois que eu saí da escola eu nunca frequentei nada não (Entrevistada Si – 66 anos).

Considerada um importante valor para os que compartilham de alguma crença religiosa, busca-se a inserção dos sujeitos nas religiões desde a mais tenra idade. Nesse sentido, os pais contribuem para a iniciação religiosa de seus filhos. Alguns idosos comentaram sobre suas trajetórias religiosas e de seus descendentes. O entrevistado Lá disse: "Eu sou católico. Sempre fui católico. Vou à igreja aos domingos. Todos os domingos. A minha esposa também. Ela me acompanha" (Entrevistado Lá – 76 anos).

Outro idoso comentou:

Vou à missa todos os domingos. Eu sou religioso. Sou católico. Eu vou à missa. Eu sempre fui católico, desde criancinha. Fiz primeira comunhão e as minhas filhas também criei na igreja. Minha filha que me traz às terças-feiras, participa de várias coisas na igreja. Ela é do crisma; é da parte do crisma. A igreja é perto da minha casa. É uma distância como daqui ao ponto do [ônibus] 107. Então, eu vou com a minha bengala (Entrevistado Dó – 82 anos).

No caso desse idoso, ele afirma que um dos lugares que fez "questão de mentalizar" como chegar sozinho depois da deficiência visual foi à sua igreja. Ele afirma que deixar de ir por algum motivo no domingo à igreja "é como se estivesse faltando algo" no seu dia (Entrevistado Dó – 82 anos).

Ainda sobre as trajetórias religiosas dos entrevistados eles afirmaram:

Minha família, quando eu era garoto, minha mãe era espírita e meu pai nunca foi nada. E eu fui algumas vezes no Centro, mas não gostei muito e eu também não frequentava nada também. Quando eu conheci a minha esposa, a gente começou a namorar. Ela era católica e eu comecei a frequentar a igreja católica. E firmei e estou até hoje. Graças a Deus! Isso tem muito tempo. Nós já temos 58 anos de casados já. Isso foi antes da gente se casar (Entrevistado Sol – 80 anos).

Eu sou espírita kardecista. Tem mais ou menos 30 anos que eu sou kardecista. Antes eu usava mais o catolicismo. Não casei na igreja. Sou casado só no cartório. Eu era católico aí me tornei espírita. Eu frequento a minha religião. Sou assíduo. Vou três vezes na semana. Vou terças, quintas e sábados. Toda semana. Minha esposa também frequenta. Lá na igreja é só estudo mesmo, não tem outras atividades (Entrevistado Ré – 68 anos).

Sou adventista do sétimo dia. Adventista desde que eu conheci o meu marido. Eu era evangélica da igreja cristã, pois minha mãe era. Eu casei em 1968. Quando eu conheci ele, eu era adventista. Eu frequento. Vou aos sábados pela manhã. Temos a escola de estudo da Bíblia das 9 horas e vai até meio-dia. A gente sempre está na igreja: todo sábado e domingo à noite, e quarta à noite. [...] Eu vou a pé. Meus filhos frequentam também, mas cada um vai na sua hora. Eu saio, eles ficam dormindo. Vou sempre mais cedo. Eu era pianista, mas agora a igreja está sem piano, então sempre tive que chegar mais cedo pra poder acompanhar os hinos da igreja (Entrevistada Mi – 75 anos).

A entrevistada Fá, migrante do interior do Ceará, fez questão de explicitar os motivos que a levou a deixar a religião católica para ser testemunha de Jeová: uma grande decepção.

Eu sou testemunha de Jeová. Eu era católica, mas eu me decepcionei tanto! Eu era (católica) desde que nasci, de família. Eu deixei o catolicismo em 1997, foi quando eu cheguei aqui (no Rio de Janeiro). Eu me decepcionei muito com o padre lá da minha cidade, onde eu morava, porque você deve saber que o Ceará é um lugar que tem muita seca. Teve uma época de uma seca muito grande lá. Eu não me lembro se foi em 83. [...] naquela época todo mundo passava necessidade. Não tinha aquela Bolsa Família, coisas de governo. Aí eu sentia tanta pena daquelas pessoas sem ter o que comer, aí a padroeira lá é festejada no mês de agosto. Aí o que o padre faz: ele sabia que as pessoas não tinham recursos para levar aquelas ofertas, porque lá, antes do dia da festa, três dias antes tinha novena e leilão. Era uma época que ninguém estava podendo contribuir. Aí

o que ele fez: ele pegou todos aqueles santinhos e distribuiu nos municípios vizinhos (os santinhos eram dados pela igreja às pessoas que queriam pedir esmolas para serem leiloadas para a igreja). Aquilo me deixou revoltada, porque, na minha opinião, ele tinha era que ajudar aquelas pessoas que mais necessitavam. Aí eles faziam as novenas para arrecadar dinheiro e para a cidade ele não arrecadou. Ele nunca se lembrou que na casa de fulano de tal tinha alguém que estava passando fome. Eu achei que ali não existia amor, porque se Deus é amor, ali não tinha. Aí, nós, testemunhas de Jeová, seguimos exatamente o que a Bíblia ensina. Não quer dizer que nós sejamos perfeitos não. Nós somos pecadores. Temos defeitos, igual a todo mundo, mas a gente procura seguir o que Jesus fez aqui quando ele veio na Terra. Então foi assim que eu conheci no trabalho de campo que a gente faz (Entrevistada Fá – 68 anos).

Nas narrativas, os idosos se referiram às crenças religiosas como parte do apoio necessário para a superação das dificuldades que se apresentam nas situações impostas pela deficiência.

Nesse sentido, quando falamos de idosos,

a religião é reconhecida como fonte de apoio, pois ajuda a encontrar sentido em situações negativas, aceitar a si mesmo e a se aproximar de religiosos que podem oferecer apoio emocional e ajudá-los a encontrar sentido no sofrimento (SOUZA, 2011, p. 42).

Considerando o surgimento da deficiência no decorrer de suas vidas, os idosos comentaram de que maneiras compreendem que a religião ou uma crença foram fonte de fortalecimento.

Eu era evangélica cristã e aí o médico queria me operar quando ele descobriu que eu tinha glaucoma e eu falei: “Não! Não vou operar porque eu acho que é melhor eu perder a visão lentamente. Eu não sei o que vai acontecer”. Eu já tinha conhecido uma senhora inglesa que fazia tratamento lá junto comigo. Ela tinha operado umas 3 vezes. Eu falei: “Não! Eu não quero operar”. Ele chamou minha mãe, minha tia e meu tio e falou que em dois anos eu ia perder a visão. Aí, minha mãe falou para o doutor me convencer. E ele disse: “Não. Ela é mulher de fé. Então, deixa ela como está!” Ninguém na minha família tinha deficiência visual. Então, para você ver: de quando ele queria me operar pra eu perder a visão totalmente durou quase 30 anos. Então, a fé, apesar de que eu não estava na igreja adventista porque a igreja adventista me fez conhecer mais a Bíblia e a saber ter confiança naquilo que eu creio. Por isso eu acho que apesar da gente cometer erros... todo mundo é humano, eu cometi vários, mas essa crença, a fé, me sustentou. Tanto que meus filhos estão na igreja comigo até hoje. Apesar de que cada um... ela (a

filha) canta no coral jovem do Rio. Hoje ela está num encontro de deficientes visuais da igreja lá em São Paulo. E meu filho trabalha no Hospital de Ipanema. Então, quer dizer, eles estão encaminhados (Entrevistada Mi – 75 anos).

Ajudá (a religião)! Ajuda bastante. Porque, Vanessa, a Bíblia tem um texto que diz que futuramente não vai mais haver violência, não vai mais haver velhice, não vai mais haver doenças, então esse texto me ajudou bastante e futuramente a gente vai ter uma vida eterna, a gente não vai mais morrer, através da ressurreição que Jesus vai fazer. Então, são coisas que eu aprendi e eu acredito, porque a Bíblia, o que ela ensina, ela prova. A minha fé contribui muito (Entrevistada Fá – 68 anos).

Uma das idosas, que vem enfrentando recentemente as consequências de um acidente vascular cerebral que a deixou alguns meses sem andar, comentou:

Eu acho que mudou (a relação com a fé após a cegueira). A minha fé é que me ajuda até hoje a permanecer de pé. Eu acredito muito em Deus e acho que ele me dá forças. Eu agradeço todos os dias, antes de dormir, o dia que ele me deu viva. A melhora que eu tô tendo. Então, eu tenho essa crença em Deus (Entrevistada Si – 66 anos).

A participação em alguma instituição religiosa pode ainda sugerir a possibilidade de outras trocas, pois algumas igrejas oferecem atividades diversas para seus frequentadores. Um dos idosos entrevistados disse que aos domingos ele vai a alguma atividade na igreja (católica).

A religiosidade está tão introjetada no cotidiano dos sujeitos que, mesmo quando não se está se referindo necessariamente a uma fé ou uma crença, diversas referências dessa dimensão religiosa são reproduzidas, principalmente em discursos falados. Em vários momentos das entrevistas os idosos exclamaram expressões como: "Meu Deus!", "Graças a Deus", "Glória!" e "Nossa Senhora!". Curiosamente, a idosa que mais reproduziu essas expressões foi a que relatou não seguir nenhuma religião.

Frequentemente há uma associação entre religiosidade e final da vida, principalmente quando se trata de estudos da religião na velhice. No entanto, esse aspecto não foi considerado importante nos discursos dos idosos

entrevistados quando abordaram o assunto religião. Nenhum deles comentou sobre religião, envelhecimento e fim da vida. Os aspectos mais comentados por eles foram as formas como a religião contribuiu e contribui nas suas vidas e sobre as trajetórias religiosas que percorreram até então.

CAPÍTULO 4 – Deficiência Visual na Velhice: A Construção de uma Nova Sociabilidade?

Não enxergo como eu enxergava antes, mas eu enxergo com a alma... de outras maneiras. Hoje em dia eu me considero muito feliz, sabe?
(Entrevistada Ré – Cego – 68 anos)

O trecho acima, retirado da narrativa de um dos idosos entrevistados, é emblemático no que se refere ao que a deficiência já representou e hoje representa para eles. Nesse percurso, o tempo se mostra importante e transformador. Esse mesmo idoso comentava que sua deficiência visual foi um processo progressivo, por cerca de cinco anos (da dificuldade de enxergar à cegueira). No início desse processo, há cerca de dezessete anos, ele afirmou que ficou em casa, saindo apenas para atendimentos médicos/oftalmológicos, durante três anos, numa rotina de confinamento que ele denominou como loucura. E em seguida, o entrevistado comentou: “O princípio da cegueira foram anos difíceis”. Quando comentávamos na entrevista sobre ser velho e deficiente, ele disse: “Eu me sinto feliz, graças a Deus, com a minha idade e com a minha deficiência.” Essas afirmações fazem-nos indagar: Qual foi a mudança ocorrida nesse período que o fez sair dessa situação de tristeza para afirmar que hoje se sente feliz diante da sua idade e da sua deficiência?

Como esse indivíduo passa a ser velho e deficiente visual? Como se dá essa socialização e o aprendizado físico e moral do que é viver sem a visão? A deficiência com a velhice pode levar os idosos a construir novos significados nas relações sociais a partir da interação social?

4.1 Deficiência visual na velhice

A urgência em relacionar a velhice com deficiência é imediata diante do quadro de envelhecimento crescente, pois os idosos representam o maior grupo

dos deficientes. Considerando que de todas a deficiência visual é a que mais acomete os idosos, a necessidade de compreender questões entre velhice e deficiência visual também é iminente.

As deficiências já trazem consigo vários estigmas. Dentre elas, a deficiência visual é uma das mais estigmatizantes, principalmente se considerarmos que atualmente tudo é muito visual (cabe incluir as transformações midiáticas e de informação). Essas novas mídias e aparelhos eletrônicos não costumavam incluir a perspectiva de quem não enxerga (um exemplo são os aparelhos com tecnologia *touchscreen*, em que a falta de botões dificulta a utilização por deficientes visuais), inclusive porque as mercadorias especializadas para esse público, quando existem, custam caro. Assim, a velhice é estigmatizada, mas a velhice cega e pobre é muito mais.

Atuando com uma população deficiente visual das mais variadas idades, e não somente com idosos, percebeu-se que há uma experiência muito particular nos casos da perda visual na fase adulta para pessoas com mais idade. Isto é, notou-se que, quanto mais idade se tinha, mais complicada a aceitação da nova condição, tanto para o sujeito quanto para seus familiares. A própria compreensão do que vinha a ser essa nova condição e como a vida seria dali em diante era muito mais difícil, talvez porque, nesses casos, a pessoa experimentou a maior parte da sua vida, até então, possuindo a visão.

Goffman (1982 apud PAULINO, 2007) ratifica que:

a ideia de que a identidade pessoal do deficiente depende muito do modo pelo qual o indivíduo adquiriu a deficiência. Este estudosso pontua três modelos de *carreiras morais* ou *tipos básicos de história de vida*, identificados entre pessoas deficientes, a saber: dos que têm uma *deficiência congênita*, há os que são socializados dentro de *sua condição de deficiente* (sendo importante o papel da família, das instituições e da educação) e os que são socializados dentro de uma situação de proteção (dentro de uma cápsula protetora, cristalizando essa condição); e ainda os que adquirem a deficiência tardeamente, depois da fase de socialização, exigindo grande esforço para se reabilitar, em todos os aspectos de sua vida (p. 51).

Um idoso entrevistado diz: “É muito sofrimento você enxergar e perder a visão, deixar de ver as pessoas que você gosta e tudo mais”. E complementa:

“é muito ruim, muito ruim mesmo não enxergar, porque quem nasce cego é o mundo dele” (Entrevistado Dó – 82 anos). De fato, se refletirmos a nossa condição de pessoa sem deficiência visual, pensaremos talvez em algumas dificuldades que teríamos caso deixássemos de enxergar, demonstrando uma necessidade de reorganização do mundo à nossa volta. É óbvio que a experiência de vida de quem nasce cego é diferente da de quem se torna cego, mas cabe pensar por que há essa distinção.

Nesse sentido, as contribuições de Berger e Luckmann (1978) colaboraram para a compreensão do que inicialmente parecia uma impressão (as pessoas com mais idade pareciam ter mais dificuldade em lidar com a deficiência visual do que as pessoas com menos idade). Esses autores desenvolveram um estudo sobre a compreensão da realidade social a partir de um enfoque sociológico, traduzindo, principalmente, como essa realidade é construída no sentido comum. Para tal, os estudiosos partiram da compreensão de que a sociedade é dialeticamente (exteriorização, objetivação, interiorização) composta por duas realidades, uma objetiva e outra subjetiva. A sociedade como realidade objetiva apresenta a compreensão deles sobre a vida cotidiana, enquanto a realidade subjetiva demonstra como essa objetividade da realidade é interiorizada pelos sujeitos. Para os autores, essa interiorização da realidade ocorre em dois momentos da socialização humana: na socialização primária e secundária. Segundo eles,

A socialização primária é a primeira socialização que o indivíduo experimenta na infância, e em virtude da qual torna-se membro da sociedade. A socialização secundária é qualquer processo subsequente que introduz um indivíduo já socializado em novos setores do mundo objetivo de sua sociedade. [...] É imediatamente evidente que a socialização primária tem em geral para o indivíduo o valor mais importante e que a estrutura básica de toda socialização secundária deve assemelhar-se à da socialização primária (BERGER; LUCKMANN, 1978, p. 175).

Além disso, os autores afirmam que, na socialização primária, por conseguinte, é construído o primeiro mundo do indivíduo. (p. 182). Desse modo, fica mais claro o que o entrevistado Dó conceitua de o mundo do cego, quando

se refere a um cego congênito. Ou seja, a socialização primária do cego congênito se dá a partir da forma como ele apreende o mundo sem o sentido da visão. Considerando que esse sentido é biologicamente ausente nele desde seu nascimento, não há o sentimento de falta, como há quando alguém foi primeiramente socializado com a presença do sentido da visão. Paulino (2007) afirma que

O cego *congênito* (caso de Hildebrandt) trava contato com sua imagem pessoal e social de D.V.¹⁵ Desde a infância, de modo que o próprio meio familiar e social vai fornecendo *pistas* que o orientarão para a apreensão e compreensão de sua realidade. Quanto à *cegueira adquirida*, sua primeira reação dependerá basicamente de sua concepção anterior sobre esta questão, levando-se em conta a importância dada à visão em nossa cultura e seu preparo para enfrentar novas experiências e contextos, principalmente quando estes representam situações de desvantagem. Esta (auto) percepção, por sua vez, exerce influência em seu comportamento social, de modo que a concepção que se tem de sua própria cegueira será fator fundamental para a construção de sua identidade (pp. 51-52).

Isso ajuda a compreender o que se passa nesse momento de crise que se instaura na vida dos idosos entrevistados, que perderam a visão na fase adulta. Esse idoso que comenta da dificuldade de viver sem a visão, fala isso exatamente porque na sua socialização primária (a que o indivíduo mais valoriza) ele experimentou o mundo de uma forma diferente da pessoa que nasce cega.

No documentário *Janela da Alma*¹⁶ há um depoimento que colabora com esse sentido. Um senhor estrábico e parcialmente cego, que já nasceu assim, diz: “Eu nunca senti falta da visão porque eu não sei como é que os outros me veem. Eu não sei como é que as pessoas me enxergam”. Em outro momento, ele fala: “Eu acho que eu enxergo normal. Quer dizer, normal pra mim”. Essa afirmação expressa a ideia central desse filme e colabora com a fala daquele idoso quando comenta sobre o mundo do cego, ou seja, conforme outro personagem do filme comenta: “Cada experiência de olhar é um limite”. A gente

15 Deficiente visual.

16 Documentário lançado em 2001, dirigido por João Jardim e Walter Carvalho, composto por depoimentos de pessoas com diversos problemas de visão, inclusive de deficientes visuais.

não conhece as coisas como elas são, e sim mediadas pela nossa experiência. Assim, toda forma de ver é sempre uma interpretação.

Importante ressaltar que a deficiência visual comporta dois *tipos* de sujeitos: *cegos* e com *baixa visão*. Isso significa que a experiência dessa deficiência também vai variar de acordo com as diferenças que essa classificação impõe. Há uma representação hierarquizada na qual a cegueira pode ser percebida como inferior à baixa visão, no sentido de que *ter baixa visão* possibilita algum tipo de resquício visual que pode facilitar o convívio social desses sujeitos. Os idosos entrevistados que não são cegos fizeram comentários de que estão sempre ajudando, de diversas maneiras, mas principalmente na locomoção, aos colegas cegos. Por outro lado, considerando que *ter baixa visão* é não estar de um lado nem de outro, isto é, nem está no grupo dos *com visão*, nem dos *sem visão*, isso pode significar a experiência de um *não lugar*. A cegueira é facilmente reconhecida no meio social, no entanto, a baixa visão, não. No cotidiano, pessoas com baixa visão são corriqueiramente associadas a pessoas que estão querendo enganar, fingir que são deficientes visuais. Por isso, é importante que pessoas com baixa visão também usem a bengala, algo que um dos idosos comentou em entrevista.

4.2 O surgimento da deficiência visual na vida dos idosos

Segundo estudos do campo da psicologia sobre a perda da visão, as pessoas experimentam, inicialmente, um período de luto. Martins (2013) afirma que os casos de cegueira súbita em idade adulta são aqueles em que as histórias denotam um registro mais forte das angústias vivenciadas na perda da visão. O autor continua afirmando que a readaptação à cegueira é tão mais dolorosa quanto mais longamente o mundo prévio se consolidou tendo a visão por referencial fenomenológico (p. 62).

O idoso que perde a visão nessa fase da vida em geral sofre também com uma síndrome que tem se tornado comum no envelhecimento e que faz parte desse período de luto acima mencionado: a depressão, que acarreta a

diminuição das relações sociais e que também pode levar a perdas incapacitantes. Num primeiro momento, esse idoso pode acreditar que não existe mais a possibilidade de uma vida autônoma e independente. A notícia da perda visual traz para o idoso e seus familiares um grande choque. Por isso, muitas vezes, eles só buscam a reabilitação do IBC após meses ou anos de convivência com a realidade da deficiência, sendo vivenciada apenas em casa. São poucos os casos de pessoas que buscam o atendimento imediatamente após a notícia da perda visual. No entanto, mesmo que essa busca ocorra de imediato, o processo de aceitação não deixa de ser árduo.

Um primeiro comentário que os idosos fizeram em relação ao surgimento da deficiência visual em suas vidas diz respeito ao choque, à desagradável surpresa em saber que não voltariam a enxergar o mundo da mesma forma. Esse foi o momento que eles identificaram como o início da depressão. Cada um experimentou e superou esse momento de uma forma distinta. Eles declararam ter sofrido de depressão, mesmo sem ter a doença diagnosticada por algum especialista. Eles falaram que naquela época não davam o nome de depressão ao que sentiam porque não havia uma disseminação do conhecimento sobre esse distúrbio, mas que hoje eles sabem que tiveram. Segundo suas narrativas, a doença surgiu em seguida da descoberta da deficiência e antecedeu o processo de aceitação por parte deles. A entrevistada Fá relata:

Eu tive um período difícil porque foi uma surpresa bem desagradável! O que é que eu imaginava? Eu imaginava que eu vou trocar de óculos e eu vou enxergar melhor. Eu não sabia que eu ia perder a visão, entendeu?! Isso foi o mais doloroso. Doloroso foi isso! Eu fiquei alguns meses nesse processo de aceitação. [...] eu estava tão sensível que qualquer coisa que falasse comigo que fosse assim sobre não estar enxergando, eu sabia que era para o meu bem, mas eu não queria aceitar (Entrevistada Fá – 68 anos).

A entrevistada Mi afirma: "E aí não foi de uma vez, mas a passos largos eu fui aceitando aquela coisa, a deficiência, e enfrentando os problemas com a deficiência". Outro idoso comenta:

Você tem aquele momento assim que hoje em dia se fala muito, né?! Depressão, mas a minha depressão de certa forma foi até

educativa, porque eu ficava na beira da cama batucando, porque eu gosto de instrumento. Acordava de manhã sentava na beira da cama e ficava batucando. Daqui a pouco alguém vinha me chamar para tomar café. Eu parava pra tomar café daí eu voltava sentava e ficava batucando, batucando, batucando. Daqui a pouco me chama-vam... isso quando eu tava perdendo a visão... nesse processo. Aí almoçava. Antes do almoço eu tomava banho. Depois do almoço ia pra beira da cama. Botei um colchão rasteirinho, no chão e ficava batucando ali...ali...ali...e aí foi... isso passou um, dois, três anos nessa loucura. A rotina era essa. Era essa rotina. Foram anos difíceis. Foi o princípio da cegueira (Entrevistado Ré – 68 anos).

O entrevistado Sol discorre sobre esse momento. Ele buscou o IBC logo que sua oftalmologista sugeriu que havia chegado o momento de ele aprender a usar a bengala.

Eu fiquei num buraco danado. [...] Eu queria assim: abrir um buraco no chão e me enterrar, entendeu? Ah! Eu voltei arrasado! Voltei arrasado! Arrasado! Foi difícil! Foi difícil pra caramba! Foi uma fase negra na minha vida! Eu tive que lutar muito para continuar. [...] Devo ter tido depressão! Eu fiquei muito tempo com aquela vontade de abrir um buraco e me enterrar. Eu ficava andando aqui dentro com o professor me ensinando a andar de bengala e eu tinha vontade de pegar ela e dar nele com a bengala (Entrevistado Sol – 80 anos).

A entrevistada Si passou por dois momentos que ela considerou difíceis, pois ela perdeu repentinamente a visão de um olho e já ficou sabendo que no máximo em dois anos perderia a visão do outro olho.

Eu chorava dia e noite... eu só fazia chorar, chorar... foi nos anos 1991, 1992. Esses anos, ai meu Deus do céu! Eu fui para Niterói, porque eu morava numa casa na Glória, né?! Aí fui pra Niterói e fui morar no 13º andar de um prédio. Aí o quê que acontecia: eu sentava na varandinha que tinha no apartamento e eu tinha medo de chegar até ali na grade da varandinha. Eu ia sentava lá na porta... eu ia me arrastando (Entrevistada Si – 66 anos).

Ela afirma que na época que perdeu a visão de um olho fez um procedimento com *laser* para segurar a visão do olho que ainda não estava cego, mas que já estava bastante danificado. Nessa ocasião, o médico lhe alertou que ela enxergaria com esse olho por até dois anos. Mas ela relata que a visão mesmo ruim ainda durou 12 anos, e que isso foi uma glória! Porém, foi tempo suficiente para ela novamente passar por um processo difícil, pois como a

previsão do médico já tinha sido ultrapassada em 10 anos, ela chegou a acreditar que permaneceria nessa situação. Nesse período, ela afirma que um médico receitou óculos como recurso que auxiliaria na leitura, mas que só serviria para a leitura. "Se você levantar a cabeça não vai enxergar lá na frente não.", lhe disse o médico. Segundo esse profissional, considerando o estágio avançado do problema visual da entrevistada, esse recurso só lhe serviria por seis meses. Ela comenta: "Olha, Vanessa! Foi seis meses e um dia! Eu dormi. Quando no outro dia eu botei os óculos, eu não enxerguei nada. Aí eu caí em desespero de novo" (Entrevistada Si- 66 anos).

Os idosos relataram os seguintes sentimentos em relação à descoberta da sua deficiência: medo, tristeza, insegurança, vergonha (uma forma de medo), pena, raiva, revolta, desespero, decepção, momento ruim, rejeição. Esses sentimentos demonstram as dificuldades que cercam as pessoas em momentos como esses.

Dessa maneira, adquirir uma deficiência afetará, necessariamente de início, a qualidade de vida da pessoa, mas cabe ressaltar que é um processo que deve ser compreendido para além da questão saúde/doença. Conforme Corrente, Vecchia e Bocchi (2005) afirmam:

O conceito de qualidade de vida está relacionado à autoestima e ao bem-estar pessoal e abrange uma série de aspectos como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive. O conceito de qualidade de vida, portanto, varia de autor para autor e, além disso, é um conceito subjetivo dependente do nível sociocultural, da faixa etária e das aspirações pessoais do indivíduo (p. 247).

Alguns idosos disseram que perder a visão para eles foi a morte. Um idoso entrevistado que tinha baixa visão, mas que está progredindo para a cegueira afirma quando pergunto se gostaria de falar algo mais sobre o que conversamos: "Uma coisa que eu ficaria muito alegre e feliz é que vocês continuassem a me ver no corredor e a falar comigo: 'Olá, senhor Dó!', pois hoje eu não enxergo mais". E assim ele encerra sua narrativa: expressando um

receio, um medo. Ou seja, quando ele enxergava as pessoas passando por ele podia cumprimentá-las. Seu receio é que ao não ver, ele deixe de ser visto (socialmente), e que ao não ser visto, ele deixe de existir. Isso lembra a primeira brincadeira de esconder que fazemos com os bebês e as crianças reproduzem: tapando os olhos elas acreditam que estão escondidas.

O que esse idoso coloca está relacionado com o medo da morte social. Inclusive, esse conceito está relacionado com a velhice e a deficiência visual, pois tem a ver com um dos piores medos que circundam a vida dos velhos e deficientes: a perda da autonomia. A morte social, segundo Lins de Barros (2007), retira do indivíduo sua autonomia e sua independência, sua condição de agir plenamente como indivíduo (p. 47).

Peixoto (2011 apud STEFFENON, 2013, p. 153) comenta em seu trabalho sobre abrigamentos de idosos e alguns motivos pelos quais esses indivíduos resistem à institucionalização nesses abrigos. Tais motivações estão relacionadas com os medos que alguns velhos têm de não poder mais decidir sobre seu destino, suas vontades e seus desejos, de perder a liberdade, de ficar isolado da família — quando ela existe — e do mundo exterior. Percebe-se que os termos utilizados nesse trecho, que têm a ver com as representações sociais que são feitas sobre as instituições de abrigamento de idosos, cabem também para pensar a deficiência visual e as representações sociais que são criadas sobre o tema. Ambas as concepções do senso comum acerca dos abrigamentos e da deficiência são negativas.

Para além de momentos depressivos, alguns idosos também comentam sobre um amadurecimento emocional a partir desse drama nas suas trajetórias de vida. Uma idosa entrevistada comentou sobre o que ela denominou de amadurecimento.

Eu acho que ao me tornar deficiente visual eu amadureci mais, porque antes, minha mãe me criou para eu ser normal, fazer tudo que as crianças que enxergavam faziam. Só que eu sabia que eu não era normal e sempre tinha... hoje a gente sabe que existe aquilo de *bullying*: menino caolho; não pode participar de tudo porque não enxerga e tal. Então eu tinha aquela rejeição pelo meu próprio

problema. Quando os meus filhos nasceram que tiveram a necessidade foi que eu realmente comecei a aceitar o problema da deficiência (Entrevistada Mi – 75 anos).

Sua narrativa coloca claramente que ela se torna deficiente visual quando ela passa a aceitar a sua condição enquanto deficiente visual, ou seja, é como se apesar de já ser deficiente visual, como ela foi criada para “ser normal” pela mãe, ela ainda não se considerava deficiente. E essa aceitação se deu, claramente, a partir da necessidade de ela aceitar a deficiência visual dos seus filhos.

A dificuldade de compreensão da experiência de deficiência visual pelas pessoas que enxergam ou que já enxergaram determinado tempo de suas vidas está relacionada também com outra questão: o lugar atribuído por nós à visão na nossa sociedade. Sobre isso, Paulino (2007) contribui, citando outros autores:

O contato visual é um elemento muito importante na construção dos relacionamentos sociais e afetivos entre os sujeitos, considerando os padrões de socialização impostos em nossa sociedade, que, como diria Levy (1985, apud Machado, 2002), *hipercognitiza* a visão. O cego, então, se prejudica em seu desenvolvimento emocional-social, por não perceber o outro (segundo os padrões sociais vigentes), ficando também a dúvida de como é percebido. [...] o período da vida em que o sujeito adquire determinada deficiência, e como se conscientiza dela, tem grande importância na forma como ele enfrenta as mais variadas questões advindas desse acontecimento. No caso específico da D.V.¹⁷, para uma pessoa que possuía visão normal, a perda deste sentido é muito difícil, dada a elevada relevância a ele atribuída para nossa orientação no mundo (pp.49-50).

No mesmo sentido, mas sob outro aspecto, Lins de Barros (1999) contribui:

Não só se percebe a importância da visão na sociedade moderna e contemporânea como a metáfora do olhar é amplamente utilizada nos estudos sobre cidade. Porém, mais do que comparar a análise da realidade urbana com o sentido da visão, trata-se também, de entendê-la a partir da exorbitância de imagens que enchem o espaço das cidades modernas (p.44).

17 Deficiência visual.

Nesse mesmo trabalho, exemplificando com sua pesquisa sobre memória com idosos do espaço urbano, a autora confirma a importância que a visão tem na construção dos sentidos que dão às suas vivências. Ela afirma que os idosos entrevistados elegem determinados aspectos da vida social para interpretar as mudanças culturais e físicas na cidade e constroem a representação de um processo de transformações a partir da proeminência da visão como sentido mais eficaz para exprimi-las (LINS DE BARROS, 1999, p. 45).

Outro comentário que os idosos entrevistados fizeram diz respeito a como os outros passariam a vê-los a partir de então. Como apontado anteriormente, não há como negar que há uma dimensão corpórea na perda da visão. Em pesquisa realizada com deficientes visuais de Moçambique e Portugal, Martins (2013) destaca que encontrou um sentimento de angústia em comum:

Há certamente uma dimensão corpórea e fenomenológica na perda da visão que não se dilui pelas muitas diferenças que apartam as realidades culturais e socioeconômicas em que constituem os *habitats* da deficiência visual. Essas atinências remetem-nos àquilo que anteriormente designei por angústia da transgressão corporal (MARTINS, 2006). A angústia da transgressão corporal refere-se a uma dimensão de sofrimento pessoal, eminentemente corporal, não totalmente apreensível em sua relação com elementos sociais. A angústia da transgressão corporal refere-se à vulnerabilidade na existência dada por um corpo que nos falha, que transgride nossas referências na existência, nossas referências no modo de ser no mundo (p. 62)

Conforme afirmam Berger e Luckmann (1978), três processos conformam o mundo social: a sociedade é um produto humano; a sociedade é uma realidade objetiva e o homem é um produto social. Assim sendo, as imagens de si e do outro que o homem constrói são classificadas hierarquicamente a partir de estereótipos socialmente produzidos e disseminados. Velho (1981) colabora afirmando que

A hierarquia organizada mapeia e, portanto, cada categoria social tem o seu lugar através de estereótipos como, por exemplo: o trabalhador nordestino, paraíba, é ignorante, infantil, subnutrido; o surfista é maconheiro, alienado etc. Eu acrescentaria que a dimensão do poder e da dominação é fundamental para a construção dessa hierarquia e desse mapa. A etiqueta, a maneira de dirigir-se

às pessoas, as expectativas de respostas, a noção de adequação etc. relacionam-se à distribuição social do poder, que é essencialmente desigual em uma sociedade de classes. Assim, em princípio, dispomos de um mapa que nos *familiariza* com os cenários e situações sociais de nosso cotidiano, dando nome, lugar e posição aos indivíduos (p. 127).

Nesse sentido, a partir do momento que se tornam deficientes visuais, os idosos passam a ser classificados numa outra categoria. Ou seja, como uma condição irreversível, a deficiência visual estaria colocando esses sujeitos fora da possibilidade de concretização da capacidade humana de perfectibilidade. Esses indivíduos descobrem isso a partir de uma mudança de comportamento dos outros para com eles. Mesmo quando questionava se suas posturas em relação aos outros também não haviam mudado a partir da deficiência, eles afirmavam que só mudaram depois que os outros passaram a tratá-los de outras maneiras. Todos os idosos comentaram mudanças nas relações interpessoais, principalmente no que diz respeito às amizades, conforme os trechos a seguir:

Mudou muito! Muita coisa, porque eu gostava de jogar minha sueca com meus amigos. Só sueca. Nunca gostei de jogar valendo. Ainda tenho esses amigos. Eles ficam sentidos de eu não poder mais jogar. [...] Não participo porque o meu sofrimento aumenta. Eles me chamam, mas aí não. Você não vai ver. Como eu disse pra você, onde a gente joga sueca tem um bar. Então um jogava valendo cerveja... como eu não bebo eu comprava meu refrigerante e jogava (Entrevistado Dó – 82 anos).

Ah! As amizades acabaram. Depois que você pega uma enfermidade qualquer os amigos se afastam. Não sei o porquê, mas eu tinha muitos amigos, mas os amigos evadiram, saíram fora. Sei lá! Pena não deve ser, porque eu odeio esse negócio de pena. Sei lá! Às vezes, quando nós nos encontrávamos, você sente, assim, que a atenção nos ambientes... são dadas muito pouca. Então a gente vai... Eu tinha muitos amigos. Tinha amigos de bola, de jogar bola. Amigos de bar. Amigos mesmo! Meus amigos eram vizinhos. Então, dali eu tenho amigos, mas não de ficar conversando. Pra não dizer que não, tem um, esse até eu não condeno. Ele sempre me procurava muito. Ele era sargento e hoje ele tem uma idade que eu não sei nem se ele ainda está com a gente. Perdemos o contato. Mas a gente vai vivendo (Entrevistado Ré – 68 anos).

Eu tinha muitos amigos e poucos ficaram. A gente jogava bola, jogava sinuca, saía para excursão juntos. (amigos da época?)

Raríssimos! Da época, raríssimos! Mas tem alguém ainda (Entrevistado Sol – 82 anos).

As pessoas que eu conhecia antes eram na Glória, mas a maioria, na primeira vez que me viu com a bengala na mão, não tiveram coragem de se aproximar de mim. O porquê eu não sei. Não sei se ficaram com medo, eu só sei que elas me evitavam. Quando eu ia lá... Eu me mudei de lá, mas de vez em quando eu ia lá, pois eu morei lá 20 anos. Então tinha muitas pessoas. Quando eu morei lá, eu morava numa casa coletiva. Então, tinha muita gente. Esse pessoal não, continuaram amigos, me telefonam. Esse ano eu parei de ir lá. De dois em dois meses eu ia pra lá um dia, às vezes até dormia lá, mas o pessoal da rua... porque todo mundo eu parava, conversava: a moça da tinturaria, do salão, da barbearia... Olha, sei lá! Umas vezes eu fui lá sozinha, mas como não tava enxergando ninguém, tudo bem. Daí fui com a minha irmã, aí minha irmã, eu não vou nem nomear, vamos dizer, por exemplo, ih a Teresa tá vindo ali...aí a pessoa virou pro lado. Era fulana. E aí vem fulano, cabeleireiro foi passando do meu lado e virou de lado pra eu passar. Eu não estava vendo, mas a minha irmã estava vendo e falou. Aí aquilo me deu uma tristeza e depois eu falei: "Tem outros olhares pra mim, outras pessoas". Digo: "Ah, não quer me olhar? Não quer me ver?". Não sei se é falta de coragem. Não sei o porquê. Eu acho que é mesmo medo de conversar, de eu me emocionar. Não sei. Nunca soube, porque nunca mais falei com nenhuma delas. Umas cinco ou seis pessoas que nunca mais falei (Entrevistada Si – 66 anos).

Em seguida, essa mesma idosa comenta algo interessante: ela afirma que nota uma diferença de comportamento das pessoas que a conheciam antes da deficiência visual em comparação às pessoas que a conheceram depois da deficiência visual.

Quando me mudei pra cá (no bairro do Riachuelo, onde mora atualmente) você precisava ver: uma garota de dez anos de idade me trouxe do Prix (supermercado) até aqui na minha casa. Dez anos! Ela falou: "Vou pra escola do outro lado, mas eu tô com tempo, eu levo a senhora em casa, pois eu sei onde a senhora mora." (Entrevistada Si – 66 anos).

Tentando compreender, indaguei se ela estava afirmando que as pessoas que a conheciam antes da deficiência visual a tratavam de uma maneira e as que ela conheceu após a deficiência visual a tratavam de outra, e ela responde:

Isso! Teve uma rejeição. Eu acho que é isso. Aqui eu sou muito bem tratada. Eu busquei contato com essas pessoas, mas elas não de-

ram retorno. Não posso fazer nada. Não estou cega porque quero. [risos] E eu sou só cega. Eu falo, ando, ouço (Entrevistada Si – 66 anos).

Então, o surgimento da deficiência visual na vida dos idosos entrevistados os coloca diante de uma nova condição de vida. Afinal, eles passam a fazer parte de um novo mundo social, com outras regras, outros códigos, outras hierarquias, outras qualidades, outras possibilidades.

4.3 O IBC e a construção de novos sentidos

Apesar de cada idoso ter encarado a entrada da deficiência visual no seu cotidiano de modo particular, foi consensual que o que fez parte importante na mudança de olhar deles para essa nova condição foi a participação em atividades no Instituto Benjamin Constant. Além disso, a interação com outros deficientes visuais naquele espaço foi essencial, conforme afirmam as narrativas a seguir:

O Benjamin¹⁸ pra mim foi uma coisa muito boa que aconteceu, pois é muito sofrimento você enxergar e perder a visão. [...] Aí eu cheguei aqui e senti uma coisa boa logo na chegada. O pessoal que atende me atendeu com a maior educação. [...] O dia que eu venho pra cá é maravilhoso, é um dia maravilhoso pra mim. Eu faço educação física e as atividades que me oferecem aqui. Nos outros dias eu às vezes faço alguma coisa em casa, então eu faço alongamento em casa. [...] Só que no Benjamin as atividades daqui do Benjamin é que me fortaleceram. Me fortaleceram, me animou mais (Entrevistado Dó – 82 anos – frequenta a instituição há 4 anos).

Quando eu vim pra cá, primeiro eu fui para o serviço médico. Depois passei pelo psicólogo. Daí ele me jogou pra reabilitação. Mas eu não sabia nada do que era reabilitação (Entrevistado Ré – 68 anos – frequenta a instituição há quase 15 anos).

O Benjamin pra mim foi uma porta preciosa porque eu voltei a pensar um pouco mais na vida mesmo (Entrevistada Si – 66 anos – frequenta a instituição há quase 20 anos).

Nesse sentido, Berger e Luckmann (1978) esclarecem que

18 É comum no contexto institucional referirem-se ao Instituto Benjamin Constant apenas como "Benjamin".

A vida cotidiana apresenta-se como uma realidade interpretada pelos homens e subjetivamente dotada de sentido para eles na medida em que forma um mundo coerente. [...] Apreendo a realidade da vida diária como uma realidade ordenada. [...] A linguagem usada na vida cotidiana fornece-me continuamente as necessárias objetivações e determina a ordem em que estas adquirem sentido e na qual a vida cotidiana ganha significado para mim (pp. 35-36).

Assim, o IBC e as possibilidades de interação que se colocam a partir desse espaço contribuem para um aprendizado físico e moral do que é viver sem a visão. O aprendizado físico se apresenta, por exemplo, em algumas atividades do setor de reabilitação do IBC. Por exemplo, na atividade de orientação e mobilidade, o idoso aprende o uso da bengala; na de escrita cursiva, o idoso reaprende a assinar o próprio nome e no ensino de braille, o idoso aprende a ler e escrever de outra forma.

O aprendizado moral se apresenta, por exemplo, a partir da imersão dos idosos no mundo dos deficientes visuais e na interação deles com o universo que os cerca. A interação com os profissionais e frequentadores do IBC, inclusive nas trocas de aprendizado nas atividades que frequentam e nas conversas nos corredores, vão ensinando um jeito de ser deficiente visual. Ilustrando, uma idosa comenta:

Quando passei a frequentar eu achei bom. Foi muito bom. Já fui conhecendo as pessoas, já fui me enturmando. Eu tenho facilidade, graças a Deus! Aí eu já fui me acostumando com tudo. Eu nunca fui uma pessoa de rejeitar... eu tive um período difícil (Entrevistada Fá – 68 anos – frequenta a instituição há 18 anos).

Eu vim atendendo ao pedido da minha oftalmologista, mas não vim de bom grado não. Foi difícil pra caramba! O início foi complicado. [...] No início eu não gostava de vir pra cá. Conforme fui me relacionando e vendo as outras pessoas que vinham também... a gente vai vendo que vale a pena tentar (Entrevistado Sol – 80 anos – frequenta a instituição há 13 anos).

Foi muito bom. Depois eu passei a vir aqui fazer o controle da pressão (do olho), essas coisas... eu vinha me reabilitar. Eu vinha toda segunda e quarta-feira, isso durante os oito anos. Tem uns oito anos. [...] Foi excelente! Muito bom se adaptar aqui dentro. Foi tudo bom com os professores, com os colegas. [...] Eu gosto daqui sim. [...], mas eu gosto muito dos amigos, dou muito apoio a eles quando precisam, levo no ônibus, trago, volto. Eu gosto mais de ter

os momentos com eles, os colegas. Eu gosto mais de estar me relacionando, a gente vem, a gente brinca, a gente conversa, almoço junto aqui nos dias, então é muito bom. Muito bom mesmo! Eu gosto mais das amizades (Entrevistado – Lá – 76 anos – frequenta a instituição há 8 anos).

Exemplo desses aprendizados são as formas como os idosos, os profissionais, os alunos e outros frequentadores do IBC internalizam e reproduzem naturalmente termos que só possuem significado imediato para quem desse mundo participa de alguma forma. Como, por exemplo, os vocábulos baixa visão, cego, cego total, retinopatia da prematuridade, retinopatia diabética, retinose pigmentar, catarata, glaucoma, catarata congênita, ledor, reabilitando, deficiente visual etc. Os idosos passam a se autodenominar ou a falar de si e de seus colegas utilizando esses termos, bem como os profissionais e outros frequentadores assíduos.

Ao falar sobre as atividades que frequenta na instituição um idoso utiliza alguns desses termos e reproduz um discurso institucional sobre o objetivo da reabilitação:

Foi aonde eu *fui me reabilitando* aos poucos. Graças a Deus! Fui para a casa três¹⁹, onde eu aprendi fazer as guloseimas [risos]... cozinhar. Eu já gostava de cozinhar. Teve uma continuação porque eu já gostava. É aquele negócio: você não vem aprender, você vem *se reabilitar* nas coisas que você vai dar continuação aquilo que você já fazia. Aí lá na casa três eu aprendi a costurar, aprendi a limpar o chão, a fazer as *atividades da vida diária* (Entrevistado Ré – 68 anos, grifos nossos).

Esse aprendizado que o IBC oferece direta e indiretamente faz parte do que foi discutido anteriormente sobre a socialização secundária, que é a interiorização de submundos institucionais ou baseados em instituições (BERGER; LUCKMANN, 1978, p. 184), pois,

a socialização secundária exige a aquisição de vocabulários específicos de funções, o que significa em primeiro lugar a interiorização de campos semânticos que estruturam interpretações e condutas de rotina em uma área institucional. Ao mesmo tempo, são tam-

19 Dentro do espaço do IBC existe uma casa (chamada de “casa três”) mobiliada que representa uma casa comum, com quarto, sala, cozinha e banheiro, na qual as pessoas que fazem reabilitação são ensinadas a se locomover e a fazer atividades em suas residências com segurança.

bém adquiridas compreensões táticas, avaliações e colaborações afetivas desses campos semânticos. Os submundos interiorizados na socialização secundária são geralmente realidades parciais, em contraste com o mundo básico adquirido na socialização primária. Contudo, eles também são realidades mais ou menos coerentes, caracterizadas por componentes normativos e afetivos assim como cognoscitivos (BERGER; LUCKMANN, 1978, p.175).

Desse modo, há uma produção/reprodução de uma específica sociabilidade no espaço do IBC. Inclusive, por ser um espaço institucional único, no sentido de todos os serviços que presta, observa-se também uma espécie de *status* envolvido nesse meio. Na cidade do Rio de Janeiro, o IBC é uma instituição reconhecida socialmente, mesmo que seja apenas de se ter ouvido falar. Nesse sentido, é interessante pensar que ao mesmo tempo em que ensina e reproduz o que é ser deficiente visual, ele pode ser compreendido pelos sujeitos como o único lugar onde esse aprendizado é verdadeiro, reconhecido ou respaldado. Assim, deseja-se apontar que o IBC é mais um espaço onde essa produção/reprodução acontece, e não o único²⁰.

No caso dos idosos entrevistados, a busca ou a sugestão para buscarem serviços no IBC se deu a partir de iniciativas de familiares, parentes ou amigos. Essa procura se iniciou, principalmente, após a informação do oftalmologista que acompanha aquele idoso de que não existem mais possibilidades terapêuticas. Ou seja, o contato com o instituto surge a partir da constatação de que aquele idoso ficará ou já está cego ou com baixa visão. Em nenhum dos casos o próprio idoso buscou a instituição.

A junção da idade e deficiência visual na família pode provocar um momento de crise familiar. A partir desse evento, e considerando importante a participação das pessoas que convivem com os idosos no processo de reabilitação, a instituição busca promover, sempre que possível, encontros com os familiares desses idosos. Em alguns casos, o idoso já conquistou alguma autonomia, por exemplo, de se locomover com o uso da bengala em determinados espaços, mas os familiares, por não acompanharem de perto o processo,

20 Há outras instituições (associações) espalhadas pela cidade do Rio de Janeiro que prestam algum tipo de serviço a deficientes visuais.

ou por não confiarem na capacidade do idoso, não deixam que ele saia sozinho. Do ponto de vista da instituição, isso acaba gerando conflitos entre eles e pode prejudicar o desenvolvimento das atividades de reabilitação.

Do ponto de vista dos idosos, alguns comentaram sobre o que eles definem como proteção da família em relação a eles:

Para andar fora do Instituto eu tenho dificuldade. No meu bairro também tenho, mas acho que devido a essa proteção que tem da família de não deixar eu sair sozinha. Não é que eu tenha medo. Se eu tiver que sair, eu vou sair, mas eles me protegem muito (Entrevistada Fá – 68 anos).

Essa proteção se dá, segundo eles, por parte das pessoas com quem convivem (filhos, noras, esposas). Em outro trecho da entrevista, quando solicitada a falar do seu dia a dia, essa mesma idosa disse o seguinte:

Eu vou com meus filhos no supermercado, com a minha filha, com a minha nora. Sozinha eu não vou porque eles não deixam. Eles não deixam eu ir, porque o meu filho, por exemplo, fala: "Mamãe, é uma obrigação minha fazer qualquer coisa que a senhora necessite. Não é necessário a senhora sair daqui para ir para algum lugar sozinha". Para você ter uma ideia, eu venho aqui para o Benjamin com ele. Ele é gente boa demais! A gente vem de trem. Ele me põe no 107 e pega o metrô, aí eu venho sozinha, mas ele vai comigo... ele vem até o Flamengo. Mas se eu tivesse sozinha, eu ia nos lugares, mas eles não deixam (Entrevistada Fá – 68 anos).

Assim, observa-se que essa nova realidade que se apresenta aos idosos também é refletida nas relações intrafamiliares nas quais os significados da deficiência visual possuem variados contornos. Apesar disso, o consenso é que os idosos e seus familiares buscam a reabilitação do IBC porque o setor representa uma possibilidade para se continuar uma vida mais autônoma ou menos dependente. A gratidão ao IBC expressa pelos idosos entrevistados foi uma constatação de que para eles a vida após a deficiência visual tem se tornado mais compreensível a partir da contribuição da instituição. Um dos entrevistados, no momento reservado para falarem sobre algum outro assunto de interesse deles, afirma:

Eu tenho a acrescentar que aqui por onde eu passei no Benjamin, pelas atividades que passei, todas as pessoas foram muito boas

para mim. E até hoje é assim: muito carinhosas. Elas sempre me cumprimentam, me tratam com aquele carinho que me tratavam quando eu comecei. Eu não vou esquecer de todos aqui. Jamais esquecerei de tudo que vocês me proporcionaram (Entrevistado Dó – 82 anos).

Antes de eu chegar aqui no Benjamin foi difícil, mas depois que eu cheguei aqui no Benjamin foi uma transformação na minha vida. Eu não sabia até como beber um copo d'água. Depois eu passei a ensinar às pessoas que não sabiam como eu. Foi, com certeza, uma mudança radical para melhor na minha vida. Eu gosto de vir pra cá. [...] ainda fui monitor da cerâmica. Eu tenho uma longa história aqui no instituto (Entrevistado Ré – 68 anos).

Compreende-se que a deficiência visual na velhice não está relacionada necessariamente a uma vida infeliz, indigna e sem perspectivas para um futuro. As compreensões de velhice e deficiência estão mais articuladas com as visões de mundo do outro em relação a eles, mediante uma experiência de vida na qual a visão e a juventude são os padrões. E, nesse sentido, está vinculado aos estereótipos e preconceitos atrelados a essas vivências (ser velho e/ou deficiente visual).

Considerando os conhecimentos sobre a deficiência visual e os recursos iniciais necessários para os primeiros momentos de uma reabilitação básica, o setor de reabilitação insere os idosos em algumas atividades consideradas essenciais. Dentre elas, a atividade que eles afirmaram ter marcado suas vidas foi aprender o uso da bengala (orientação e mobilidade) e a ler e/ou escrever em braille.

4.3.1 A bengala – orientação e mobilidade

A bengala na velhice sugere uma locomoção limitada para os idosos que dela se utilizam. Em alguns casos, é um símbolo (assim como os óculos) da imagem estereotipada de velhos, como é possível perceber em qualquer representação artística que se faça das vovós e vovôs, principalmente nas mídias televisivas. Diferente dessa bengala que alguns velhos usam como apoio para dar mais segurança na locomoção, a bengala de cano longo é utilizada por

deficientes visuais como condição primordial para uma locomoção autônoma e segura.

Considerada uma atividade essencial para quem é ou se torna deficiente visual, a orientação e a mobilidade consistem no ensino de como se orientar e se locomover de forma segura com o uso de uma bengala de cano longo. O principal objetivo é permitir aos deficientes visuais uma locomoção autônoma e independente.

Segundo Weishahn (1990 apud MAZZARO, 2003, p. 17), “orientação” é o processo de utilizar os sentidos remanescentes para estabelecer a própria posição e o relacionamento com outros objetos significativos no meio ambiente. A mobilidade, por sua vez, consiste na habilidade de locomover-se com segurança, eficiência e conforto no meio ambiente, por meio dos sentidos remanescentes.

A partir da consciência da localização num determinado espaço, os deficientes visuais precisam se orientar em relação a quatro situações: pontos fixos, quando esses indivíduos estão parados; pontos fixos, quando estão em movimento; pontos em movimento, quando estão parados e pontos em movimento, quando estão em movimento (PHATAS, 1992 apud MAZZARO, 2003, p. 17). Esses processos acontecem de forma dinâmica exigindo do deficiente visual certa agilidade no reconhecimento dos espaços e a construção de mapas mentais. Uma agilidade que pode ser difícil de ser executada nos casos de alguns corpos envelhecidos.

Desse modo observa-se a complexidade que envolve tal aprendizado. Considera-se que essa internalização se torna mais difícil no caso de pessoas que deixam de enxergar adultas, pelo fato de ocorrer de maneira totalmente distinta do que nos casos de pessoas videntes, isto é, sem deficiência visual. Para estes, a visão, muito mais dinâmica, facilita todo o processo.

Existe uma diferença quando o deficiente aprende o uso da bengala quando possui baixa visão e quando é cego. Em alguns casos, quando a deficiência progride da baixa visão para a cegueira, e esse aprendizado se deu no mo-

mento da baixa visão, eles relatam dificuldades para se locomoverem sozinhos, pois aprenderam a usar a bengala utilizando algum resquício visual. Um dos idosos comentou sobre essa diferença que percebeu quando deixou de ter baixa visão e tornou-se cego:

É que a gente quando *perde a visão mesmo* que teria que ter mais uma ajudinha, mas... já passou. Então, quando eu cheguei ainda enxergava um pouco. Ainda *eu via numa baixa visão*. Aí *eu perdi total* com o passar do tempo. Eu ainda estava na reabilitação quando perdi total (Entrevistado Ré – 68 anos).

Para as pessoas que perdem a visão na fase adulta, que já possuíam uma ideia preconcebida do que esse tipo de bengala representa na nossa sociedade, um símbolo da deficiência visual ou da cegueira, esse objeto pode ser inicialmente rejeitado. Conforme afirmam dois idosos entrevistados, a bengala foi sinônimo de vergonha e ódio:

Quando o médico falou isso (que ela estava cega), eu comecei a chorar, aí ele falou: "A senhora está ouvindo um barulhinho aí no corredor?" Aí eu falei: "Tô! Era o pessoal usando a bengala, né?". Aí ele falou: "Olha só, isso aí são pessoas que não enxergam e que usam a bengala para continuarem a vida deles normal! Não é pra ficar achando que não vai ter mais oportunidade para a vida". Aí já foi logo me encaminhando para reabilitação para eu fazer todos os procedimentos que eu tinha que fazer... e foi difícil pra caramba!!! E a *vergonha* que eu tinha?! Achando que as pessoas estavam olhando pra mim andar [sic] com a bengala... eu tinha vergonha durante um bom tempo de usar a bengala (Entrevistada Fá – 68 anos).

Assim que eu comecei, eu *odiava* a bengala, não queria saber. [...] eu ficava aqui dentro com o professor me ensinando a andar de bengala e eu tinha vontade de pegar ela e dar nele com a bengala. [...] A minha revolta era mais interna. Eu não deixava aquilo transparecer (Entrevistado Sol – 80 anos).

Nesse caso, ela comenta ter tido vergonha de usar a bengala. Segundo Ali et al. (2012 apud SAMPAIO, 2013, p. 30), tanto a discriminação pela sociedade quanto a internalização do estigma são processos que interagem mutuamente, não devendo, assim, serem considerados isoladamente.

Esse mesmo idoso que disse que odiava a bengala no início, afirma hoje que considera importante o uso da ferramenta pelas pessoas que possuem baixa visão:

Se a gente vai numa calçada, geralmente a gente procura ir reto. E se vem um outro de encontro a gente, quem que tem que desviar é ele. A gente não tem como desviar. Ainda mais no trânsito, se tiver passando muita gente pra lá e pra cá. Daí a necessidade de quem é baixa visão, mesmo que ele não precise da bengala, ele deve usá-la para mostrar para os outros que ele é um deficiente visual. Ela é um sinal (Entrevistado Sol – 80 anos).

Apesar de considerar importante a conquista de certa autonomia (andando sozinho em diversos lugares, sem acompanhante, por exemplo), o entrevistado afirma que esta nunca mais será totalmente recuperada. Ele diz ainda que recuperou parcialmente sua autonomia e que só a recuperaria totalmente caso houvesse transplante de retina, “(...) mas isso está tão atrasado! Pra mim não vai dar mesmo” (Entrevistado Sol – 80 anos).

Contudo, a rejeição nem sempre é a reação imediata das pessoas que perdem a visão na fase adulta. Uma das idosas entrevistadas relata como se deu seu primeiro contato com a bengala e, em seguida, o que isso representou de imediato para ela:

Em maio de 1993 que eu comecei lá. Fui recebida lá. [A funcionária] me recebeu muito bem. Na mesma hora ela pegou uma bengala e botou na minha mão. Falou assim: “Já que você enxerga ainda um pouco com o olho esquerdo, vai treinando com a bengala”. Aí andou comigo lá dentro, botou a venda no olho, né? Aí mandou eu andar ali no salão. Aí andei e ela falou assim: “Agora, procura pra mim a saída!” [risos]. Aí eu falei: “Ah, não! Você está sendo malvada comigo”. Isso foi no primeiro dia que eu fui lá. No primeiro dia eu já fui pra casa com a bengala. E ficou combinado pra eu voltar. Naquela época, eram três dias de reabilitação. Segunda, quarta e sexta. E eu ia. Aí minha filha me levou duas vezes. Depois eu comecei a ir sozinha. Porque tinha um ônibus direto lá de Niterói que passava ali na Rua da Passagem, que era o Leme-Charitas. Eu saltava na Rua da Passagem e pegava o outro lá pro Benjamin. Aí depois eu vinha a pé do Benjamin até a esquina da faculdade, ali no Pinel, e pegava o Charitas ali e dali era direto. O Charitas me deixava em frente ao Corpo de bombeiros. Eu saltava no bombeiro, o bombeiro me atravessava, né, porque eu morava do outro lado, né? (Entrevistada Si – 66 anos).

Ela complementa afirmando:

Nossa! A bengala pra mim foi, digamos assim, no momento era tudo que eu precisava pra minha liberdade. Porque eu sempre fui uma pessoa [...] ativa. Sempre gostei de andar. Então, quando veio

essa deficiência que bota na gente o limite. Você fica limitada a dar só aquele passo. Aí pra mim foi a morte! Então, quando a [funcionária] me deu a bengala e falou que eu podia correr o mundo a fora, eu acreditei. Porque eu queria e não tinha com quem andar. Eu teria que ter uma pessoa pra ir comigo, mas eu não tinha e não tinha dinheiro pra pagar. Eu ia ficar dentro de casa sentada (Entrevistada Si – 66 anos).

Os idosos entrevistados também comentaram situações envolvendo seus trajetos até o IBC, explicando como aprenderam a reconhecer determinados lugares nesses trajetos.

Eu moro em Guadalupe. Então, para vir pra cá eu ando uma distância a pé de onde eu moro até a Avenida Brasil para panhar a condução. É uma distância como daqui ao ponto do [ônibus] 107. Aí eu pego o 378, salto na Cinelândia. Eu panho o 107. Eu soltava na Central, mas na Central apesar da minha acompanhante vir sentada, minha filha, *aquela voltinha* que o ônibus dava demorava mais de 20 minutos. Atrasa muito e eu nunca chegava na hora da atividade de 8h. Passei a descer na Cinelândia, aí eu chego a tempo. Eu panho o 107 na Cinelândia. Para voltar é a mesma coisa, pego 107. Na Central passam vários para a Avenida Brasil, passa uns quatro deles (Entrevistado Dó – 82 anos).

Eu já sei quando a gente chega na UERJ tem *aquele S*. Ali eu já sei. A partir dele eu já começo a prestar atenção no trajeto. Quando chega na estação do Méier, desce muita gente e sobe. Aí eu já fico atenta. A partir dali, *sobe o viaduto*. Para do outro lado do Méier, que é onde eu moro. Quando ele acaba de descer o viaduto eu já sei que é o segundo ponto depois do viaduto. O primeiro é no Salgado Filho. Depois é o meu, mas aí ele *dá uma curvinha* quando ele sai do Salgado Filho, mas mesmo assim eu gosto de pedir ao motorista. Então, eu sei pelo movimento que o ônibus faz. Eu sei os lugares que eu estou por esse movimento. Aí quando eu peço pra ele me deixar no ponto e ele às vezes esquece e passa direto, lá tem dois sinais. Às vezes, o sinal está aberto e ele vai embora. Aí ele para lá no outro ponto. Aí eu tenho que voltar. Eu volto andando (Entrevistada Fá – 68 anos).

Isso eu aprendi, eu morava em Niterói. Eu soltava na Rua da Passagem. Faz *uma curva assim*. Eu *sentia o movimento* que o ônibus faz. Eu me localizo pelo movimento que ônibus faz. Por exemplo, aqui, eu venho de 457, então ela vai até Maracanã, São Cristóvão. Quando está na Praça da Bandeira, eu sei por que *ele muda de pista* na Praça da Bandeira. Aí depois que sai da linha, quando chega *naquela passarela*, primeira passarela da Presidente Vargas, aí eu sei também porque ele anda um pouquinho, para. Não posso dar uma guinada pra *esquerda* depois à *direita* e então eu fico tomando

conta de tudo. Eu não enxergo, mas tô sabendo onde estou. Tem um *mapa na minha cabeça*. Eu comecei a passar por este caminho eu enxergava pouquinho. Então, comecei a prestar atenção. Quem me falou disso foi o professor: "Pra você aprender o lugar que você vai, sempre presta atenção quantas vezes o ônibus vira pra direita, quantos sinais". Aí eu comecei a fazer isso (Entrevistada Si – 66 anos).

A seguinte narrativa demonstra que uma das idosas gradua as dificuldades de acordo com o que ela considera mais fácil ou difícil chegar sem estar acompanhada:

[...] Assim: alguns lugares mais difíceis, por exemplo, às vezes lá no Norte Shopping, às vezes lá na Cidade eu peço uma menina que às vezes vai comigo. Ela mora perto, mas não é vizinha. E quando não tem ninguém e eu preciso ir, eu vou sozinha. Já fui ao shopping sozinha, já fui à audioteca na (Av.) Primeiro de Março sozinha...quando não tem companhia e precisa, eu enfrento sozinha e quando tem, vai comigo (Entrevistada Mi – 75 anos).

Sampaio (2013) dá pistas do que se passa nessa graduação a qual nos referimos acima e do que envolve o "sair sozinho" para pessoas que não enxergam. A discussão nesse trabalho se insere no contexto sobre a inclusão social e a autonomia das pessoas com deficiência visual.

No caso da pessoa com deficiência visual, uma das maiores dificuldades encontradas para integrar-se socialmente e viver com dignidade é a conquista da locomoção autônoma. Como se pode facilmente compreender, a locomoção na ausência da visão é bem mais estressante do que a locomoção visualmente orientada. De fato, medidas objetivas (indicadores fisiológicos) e subjetivas evidenciaram que sujeitos cegos experimentam muito mais estresse do que sujeitos videntes em situações de locomoção autônoma. (Tanaka, Murakami e Shimizu, 1981) [sic]. Como o nível de estresse dos sujeitos cegos decresce quando seus caminhos se tornam familiares, quando se tornam mais experientes ou quando são guiados por sujeitos videntes, eventuais dificuldades no plano motor desses indivíduos podem ser excluídas; o estresse é de fato diretamente vinculado às incertezas inerentes ao deslocamento sem visão (p. 31).

Arrisca-se a considerar que esse receio ou essa dificuldade em sair sozinho, seja mais aguçado nos deficientes visuais que já enxergaram algum momento de suas vidas e que conhecem (de ver) parte dos obstáculos que

precisam ser enfrentados nessa tarefa. Além disso, no caso dessa pesquisa, o fato de serem idosos pode acentuar ainda mais essa situação, considerando as violências às quais os idosos mais fragilizados estão expostos.

Uma senhora entrevistada relata a consequência da mudança de local do acompanhamento da diabetes:

Eu sempre me tratei pelo SUS, no Rocha Maia [Botafogo]. Agora que eu fui expulsa de lá [risos] porque tem uma Clínica da Família aqui do lado de casa [Riachuelo] aí me transferiram pra cá, mas é perigoso porque eu tenho que atravessar 3 ruas, quer dizer, não dá para eu ir sozinha, eu preciso que alguém me leve. Para lá eu já sabia ir sozinha (Entrevistada Si – 66 anos).

Ou seja: nesse caso, do ponto de vista da sua experiência com a deficiência visual, a proximidade da sua residência a um serviço de saúde importa menos do que a sua familiaridade em chegar a outro serviço de saúde, mesmo que tenha que enfrentar um longo percurso na cidade.

Sampaio (2013) continua sua linha de raciocínio e afirma:

Embora o nível de estresse e o medo que o indivíduo cego experimenta possam ser reduzidos sempre que o trajeto desconhecido se torna familiar, muitos cegos adultos mantêm a recusa em sair, ou raramente saem sozinhos de suas casas (Clark-Carter, 1983; Doods, 1993; Foulke, 1982), evidenciando, dessa forma, grande dificuldade em interromper esse círculo vicioso. [...] Do ponto de vista prático, o maior impacto da ausência de visão na locomoção está na dificuldade de antecipar as características do espaço ambiental (Foulke, 1971; Shindledecker, 1978) (p. 31).

A autora introduz em seguida o que pode dificultar a locomoção de pessoas com deficiência visual que se utilizam da bengala de cano longo.

Embora a bengala de cano longo ofereça alguma antecipação ao cego, essa antecipação é, segundo Foulke (1982), muito restrita quando comparada à antecipação proporcionada ao pedestre visente pelo sistema sensorial visual. [...] Apesar de todo o empenho tecnológico na busca de soluções para uma locomoção autônoma e sem riscos, o deslocamento espacial de indivíduos cegos e de baixa visão ainda permanece problemático. Embora a bengala represente um recurso de grande utilidade, ela apresenta algumas sérias limitações, sobretudo porque não é capaz de dar a proteção desejada para uma das partes mais importantes do corpo humano: a cabeça. Esse problema torna-se especialmente agudo no caso de o cego necessitar se deslocar sozinho em cidades entulhadas de objetos,

como placas de sinalização, aparelhos públicos de telefonia, anúncios etc. (Huges, 1987; Jackson, Alec e Bentzen, 1983; Wardell, 1987) (SAMPAIO, 2013, pp. 31-32).

Todos os idosos entrevistados narraram sobre dificuldades de sair desacompanhados:

Eu não saio de casa porque eu não saio sozinho, porque eu necessito mesmo de acompanhamento. [...] Eu mergulhava aqui na Urca. Eu vinha sozinho. Pegava a condução sozinho. Pegava os dois ônibus. Vinha sozinho, pois tinha baixa visão, eu reconhecia as pessoas passando por mim então eu vinha. Depois, quando a visão piorou eu deixei de vir (Entrevistado Dó – 82).

Lá eu vou com ela, com a minha esposa, porque aquela (Av.) Automóvel Clube é muito complicada (para atravessar). Eu vou acompanhado com ela. Vou para o outro Brizolão também com ela (Entrevistado Ré – 68 anos).

As compras eu faço sozinho, sem saber dos preços, pagando o que cobram. [...] Me cumprimentam na rua e eu nem sei quem são, mas eu falo, eu cumprimento e depois eu digo: "Quem será? Muita gente eu conheço, mas eu não vejo. Não sei quem são" (Entrevistado Lá – 76 anos).

Eu entro no supermercado agora e eu não vejo mais nada. Só vejo as luzes acesas e eu sei que existem os balcões, mas os preços, as placas eu já não vejo, aquelas placas com os preços. Se eu quiser escolher, por exemplo, um refrigerante já não tem mais condição. Então, é complicado. Mudou muito! (Entrevistado Sol – 80 anos).

Essas são algumas das discussões necessárias para uma breve compreensão do que envolve o aprendizado do uso da bengala na locomoção de deficientes visuais que adquiriram a deficiência na idade adulta.

4.3.2 O braille

Considerado também uma atividade essencial para quem é ou se torna deficiente visual, o braille consiste no ensino da leitura e escrita táteis. O principal objetivo desse aprendizado é permitir aos deficientes visuais uma alternativa para que possam ler e escrever. Segundo Paulino (2007),

O *Sistema Braille*, método de leitura e escrita táteis, mundialmente reconhecido e utilizado por deficientes visuais, foi criado na primeira metade do século XIX, por Louis Braille, um adolescente cego

(desde os três anos, devido a um acidente no trabalho de seu pai), aluno interno da escola fundada por Haüy. Braille utilizou, inicialmente, um método de escrita em relevo, apresentado por Charles Barbier (um *vidente* que não tinha qualquer ligação com cegos) - a *grafia sonora*, método criado como estratégia militar, inicialmente chamado de escrita noturna, sendo pouco aceito neste contexto. Louis Braille, por identificar vários problemas no método apresentado por Barbier, resolveu criar um outro, totalmente diverso deste (p. 139-140).

Segundo Ferreira (2009), a forma como se constitui esse sistema de leitura e escrita táteis é a seguinte:

O Sistema Braille é constituído por 63 sinais obtidos pela combinação metódica de seis pontos que, na sua forma fundamental, se agrupam em duas filas verticais e justapostas de três pontos cada. Estes sinais não excedem o campo tátil e podem ser identificados com rapidez, pois pela sua forma, adaptam-se exatamente à polpa do dedo. Na leitura qualquer letra ou sinal Braille é apreendido em todas as suas partes ao mesmo tempo, sem que o dedo tenha que ziguezaguear para cima e para baixo. Nos leitores experimentados o único movimento que se observa é da esquerda para a direita ao longo das linhas (p. 9).

A descrição acima denota a necessidade de tato apurado para reconhecimento dos símbolos em braille. Assim, pessoas com redução do tato (consequência da diabetes, por exemplo) sentem dificuldades em aprender esse sistema de leitura e escrita. O aprendizado do braille também é complexo para pessoas que não têm problemas com o tato, mas já tenham aprendido a ler e escrever em tinta.²¹ Nesse caso, é necessário um tempo maior de adaptação. Uma das idosas entrevistadas comentou que sua filha que possuía baixa visão quando criança teve dificuldades em aprender esse sistema:

A [filha] estava na segunda série e meu filho fez até a quarta série. Meus filhos enxergam. Não têm visão perfeita, mas enxergam, mas a [filha] tem baixa visão. Então, ela estudava no Arsenal dos Cegos. [...] Na escola tinha os recursos, aumentava a letra, dava pincel atômico, tinha caneta futuro, mas ela ficava cansada e pedia pra estudar sem precisar de ler. Aí me orientaram a colocar ela num colégio especial. Aí ela foi pra lá (Arsenal dos cegos) e teve rejeição do braille. Passou dois anos atrasada. Até que ela conseguiu pegar e aprender (Entrevistada Mi – 75 anos).

21 Usa-se o termo “em tinta” para referir-se aos sistemas de leitura e escrita que não são em braille.

Os idosos entrevistados que comentaram sobre a importância de aprender o braille foram os mesmos que demonstraram nos discursos que a educação formal (escolarização) era um valor importante. Como um instrumento fundamental para a educação formal de deficientes visuais, aprender o Sistema Braille configura também como um importante valor.

Uma das entrevistadas disse que não conseguiu concluir dois cursos de nível superior (Letras Inglês/Português na PUC de Goiânia e Licenciatura em Educação Musical na Unirio). A primeira, ela cursava na década de 1960, e a segunda, na década de 1990. A entrevistada relata ainda algumas dificuldades nessa tentativa de estudar na universidade:

Eu tenho ensino superior incompleto. Eu fiz quase um ano e meio em Letras Inglês/Português. Era língua Germânica que a gente chamava na época. E Licenciatura em Educação Musical aqui na UNIRIO. [...] Na primeira eu enxergava, mas tive descolamento de retina²² daí eu parei. Foi por isso que parei. Aí depois eu fiz cirurgia, restabeleci e tal, mas não retorno ao curso. Apesar de ser de Goiânia, em Goiânia eu não tinha conhecimento de poder estudar (sem enxergar). Nessa época eu estava lá. Era na PUC de lá. E aqui eu enfrentei o vestibular na UNIRIO e fui uns 3 ou 4 anos. Eu vinha no ônibus e vinha a secretaria que trabalhava lá na UNIRIO, e eu vinha falando para ela, porque minha visão foi acabando, eu não enxergava mais no quadro. Quando a professora passava exercício que passava no quadro, algumas colegas copiavam para mim para eu poder completar, mas a coisa era tão rápida! Eu tinha que ter pauta ampliada. Eu ampliei várias vezes aqui (no IBC), só que a demora... Ela ia passando outras coisas e eu ficava atrasada. Então, duas pessoas me chamaram e falaram que eu não tinha condição de terminar porque eu não enxergava e não tinha como fazer. E eu ignorante sobre os meus direitos deixei pra lá. Aconteceu que meu pai também morreu nessa época, minha mãe, a universidade entrou em greve, aí eu vinha fazer um período e voltava. Eu tranquei, mas já faz tempo já tentei entrar com recurso para poder retornar, mas não deu (Entrevistada Mi – 75 anos).

Masini (2013) discute resultados de sua pesquisa, realizada entre 2004 e 2007 na cidade de São Paulo, com quatro mulheres estudantes de graduação e pós-graduação com cegueira congênita. O objetivo da autora era realizar o levantamento, a sistematização e a análise do que favorece e do que

22 O descolamento de retina causa cegueira no olho afetado.

dificulta a inclusão de alunos com deficiência visual no Ensino Superior (p. 42). Nesse sentido, Masini comenta que, dentre o que as entrevistadas elegeram como fatores mais importantes para participar e estar na universidade, o “ter amizades e ser auxiliada pelos colegas” foi relevante. Em seguida, ela afirma que as entrevistadas reiteraram o que mais dificultava a inclusão: a falta de disponibilidade dos professores para ouvir as necessidades das alunas e adaptarem-se a elas, procurando recursos e outras técnicas para ensiná-las (p. 43).

Nesse mesmo trabalho a autora discute resultados de mais três pesquisas que envolviam estudantes de graduação e pós-graduação com deficiência visual. Em alguns casos, entrevistados comentaram que professores faziam menos cobranças nas atividades desenvolvidas em sala de aula em relação ao que exigiam dos demais alunos” (p. 43), como se a deficiência visual prejudicasse o raciocínio desses estudantes. Também comentaram a “falta de acessibilidade no ambiente universitário”, “ausência, na biblioteca da universidade, de livros didáticos ou específicos de cada disciplina, em braille ou falados” (p. 45); o preconceito também foi percebido por alunos, relatando que

[...] professores que desestimulavam a continuarem o curso, preocupados com o desempenho profissional futuro; colegas que não tinham paciência em esperar o tempo mais lento das pessoas com deficiência e que verbalizavam ser importante para as pessoas com deficiência visual fazer uma universidade para passar o tempo, sem atentar para as perspectivas profissionais (p. 45).

Desse modo, a autora conclui que

[...] a inclusão do aluno com deficiência visual na educação formal é um trabalho que vai se constituindo ao longo do tempo; não ocorre e se concretiza pelos esforços isolados de pessoas ou instituições; não se concretiza em um período fixo de duração e requer a continuidade, interdisciplinaridade e envolvimento de todos que participam do processo educacional (MASINI, 2013, p. 53).

Conforme pode-se observar na entrevista com essa idosa e nos trabalhos sobre a deficiência visual e o ensino superior, apesar de alguns avanços, muito ainda precisa se concretizar para que pessoas com deficiência visual acessem e concluam o Ensino Superior no Brasil. Diante das diversas dificul-

dades que podem inviabilizar a leitura e a escrita em braille, ouvir a leitura ou livros falados se torna cada vez mais comum na vida dos deficientes visuais. Uma das idosas, que tem o tato reduzido por causa da diabetes e não consegue avançar no aprendizado do braille, relata que o seu desejo ou projeto mais imediato para o futuro é a aquisição de um aparelho de televisão com mp3 para ouvir produções em áudio. Ela afirma:

Então, eu tenho vontade de comprar uma televisão pequena para ouvir áudio, mas o AVC me tirou de jogada. [risos] Mas agora eu estou na reta de novo e, se Deus quiser, antes do meio do ano eu vou ter isso pra ouvir os livros. Porque tem livros bons lá na biblioteca pra gente ler (Entrevistada Si – 66 anos).

Uma idosa que era professora de piano em sua cidade (Iporá) veio ao IBC pela primeira vez para um encontro de musicografia em braille, pois, segundo ela, não sabia nada sobre esse assunto. A entrevistada também afirmou que desde que se tornou cega passou a frequentar o IBC todas as semanas para ter encontros com ledores (pessoas que se voluntariaram na instituição para ler para deficientes visuais, no espaço da biblioteca). Num determinado momento da entrevista, ela externou o motivo desse hábito, dessa necessidade:

Eu, por exemplo, uma das coisas é que eu lia muito. Sempre li muito. Desde pequena, mesmo com um pouco de problema e tal. E hoje eu sinto a falta da visão só por causa da leitura! Por isso eu frequento o leitor: porque eu não quero deixar de ler! Leo tudo! Sou meio eclética nesse ponto! Então, ser idosa e deficiente visual é ter essa limitação, mas no mais é tudo bem! No mais a gente enfrenta (Entrevistada Mi – 75 anos).

Desse modo, a leitura se configura para ela como um valor importante no seu modo de ser. Ela sabe ler e escrever em braille, no entanto, a maioria dos produtos (livros, revistas, jornais etc.) não está disponível no Sistema Braille, o que a faz depender de alguém que leia para ela.

Uma das idosas entrevistadas disse que enquanto aprendia o uso da bengala, no início, ainda não se sentia confortável com a nova condição que a cegueira lhe impôs. No entanto, quando iniciou suas atividades em braille percebeu uma grande mudança:

Aí foi quando eu conheci o [professor]. Foi um professor de braille. Um professor ótimo! Aí quando eu aprendi a escrever, a ler e escrever braille, pronto! Aí clareou! [...] Clareou no sentido de que a minha mente voltou a ser normal. Acabou aquela escuridão, entendeu?! Porque a pessoa cega... Acho que não só a pessoa cega, mas algumas pessoas que não querem ver, para mim elas estão na escuridão. Aprender o braille foi o que mudou! Aí o braille contribuiu para eu sair da escuridão (Entrevistada Fá – 68 anos).

Interessante observar que nesse discurso a idosa reproduz o que Martins (2013) aponta como “metáforas fundadoras do pensamento moderno”. Ele afirma o seguinte:

Nas metáforas fundadoras do pensamento moderno, “alguém que é ignorante está na escuridão, enquanto alguém que é incapaz de saber estar cego (LAKOFF; JOHNSON, 1999, p. 239). Recusar as concepções culturais que suportam essas metáforas, associando a deficiência visual à ignorância e à incapacidade, equivale a assumir que todos temos perspectivas parciais. Mais, implica assumir que as concepções hegemônicas sobre a deficiência visual são ainda mais limitadas quanto recusam a reconhecer os limites que uma experiência eminentemente visualista coloca, seja na apreensão de uma riquíssima realidade multissensorial, seja para aprender a rica experiência de alguém que não usa – ou usa de forma mitigada – o sentido da visão (p. 58).

Desse modo, são diversos os dilemas que envolvem o aprendizado e a disseminação dos conhecimentos sobre o braille para deficientes visuais e para os profissionais da educação, que podem necessitar desse recurso durante uma carreira acadêmica. Diante das variadas situações e dificuldades, os idosos entrevistados estão recorrendo a outros recursos para continuarem acessando informações e se escolarizarem. Um dos idosos entrevistados disse: “Depois que eu comecei a ter tempo, parar. Depois que eu passei a usar a internet, aprender a mexer no computador, tudo pelos comandos de voz, comecei a escrever mais” (Entrevistado Sol – 80 anos).

4.4 O que é ser velho e deficiente visual?

Os idosos se referiram ao início da deficiência visual em suas vidas como uma fase difícil, na qual tiveram que buscar forças para continuar a vida. O evento marcante para eles foi a descoberta da deficiência. Nesse sentido, a velhice não se configurou como uma marca importante.

A partir das entrevistas realizadas pôde-se perceber que os idosos entendem a deficiência visual, a velhice e esse momento de suas vidas de maneira similar. Segundo os entrevistados, a deficiência visual é uma condição que impõe determinados limites, enquanto a velhice passa a ser compreendida como um fator cronológico conectado à questão saúde/doença, demarcando situações de dependência/autonomia. Nos trechos a seguir, alguns idosos comentam as distinções que fazem:

Não (não é velho). Eu sou idoso. Eu não tenho nada pra reclamar: a saúde anda razoavelmente bem, boa, então eu não quero crer que eu sou velho. Eu sou idoso pela minha idade (Entrevistado Lá – 76 anos).

Pela idade a gente tem que ser idosa, mas tem hora que a gente rejeita. Ah! Eu sou idosa. Eu não me considero velha porque eu sou sadia, tenho disposição, eu ando, viajo, graças a Deus até agora eu não tenho nenhum problema de saúde, não tenho diabetes, hipertensão. [...] me considero idosa pela idade que eu tenho, mas eu vou no mercado, as pessoas de lá já me conhecem e me ajudam, vou na farmácia e é do mesmo jeito, vou ao banco, o pessoal também é legal (Entrevistada Mi – 75 anos).

A perda da visão na idade adulta acontece pelos mais variados motivos, desde questões de problemas de saúde preexistentes ou adquiridos, que podem culminar na perda da visão, a acidentes dos mais variados. Os idosos, em geral, também possuem outras doenças, como a hipertensão e problemas cardíacos. Curioso apontar que, quando questionados se possuíam algum problema de saúde, nenhum dos entrevistados hipertensos²³ compreendeu a doença como um problema de saúde. A pergunta era: “O(a) senhor(a) tem algum problema de saúde?”. Seguem algumas respostas:

Eu não tenho problema de saúde. Diabetes, não tenho. Eu faço tratamento de saúde, acompanhamento na cardiologia. Que eu saiba, eu não tenho problemas. Tomo comprimidos durante o dia. Tomo medicamento para pressão, para o estômago, para refluxo (Entrevistado Dó – 82 anos).

23 A hipertensão arterial é uma doença crônica determinada pela elevação da pressão sanguínea nas artérias, que faz com que o coração utilize mais esforço do que o indicado para fazer o sangue circular nos vasos sanguíneos. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Hipertens%C3%A3o_arterial. Acesso em: 12 mar. 2016.

[...] até agora eu não tenho nenhum problema de saúde. Não tenho diabetes, hipertensão. Eu até tomo remédio para controle de pressão, mas é porque dizem que a gente passando de certa idade a pressão sempre tem alteração, mas eu tomo meus medicamentos todo dia (Entrevistada Mi – 75 anos).

[...] eu tenho um problema de próstata, mas graças a Deus está sob controle. Não tem nada de problema. Hipertensão eu tenho, mas tomo remédio e para os olhos eu uso colírio para não aumentar a pressão, pois tenho glaucoma nos dois olhos. (Entrevistado Lá – 76 anos).

Apesar de alguns se considerarem idosos pela idade que têm, eles não se sentem *velhos*, pois a velhice é entendida como sinônimo de desprestígio, inclusive comparando a velhice com coisas que não servem mais, que são “descartáveis”. Além disso, os entrevistados fazem distinção entre *ser velho* e *ser idoso*: os que *não prestam mais* e aqueles que, assim como eles, *ainda podem fazer muita coisa*. Esses dois grupos são antagônicos e expressam a contemporânea representação social da velhice. O primeiro grupo seria composto pelos velhos enfermos e situados numa relação de dependência e perda de autonomia. Assim, fazem uma nítida associação entre velhice e doença. O segundo grupo seria composto pelos velhos saudáveis, independentes e autônomos, que se preocupam com sua saúde e cuidam de si. Apesar de não serem totalmente autônomos ou independentes, a deficiência visual não foi expressa por eles como uma condição que os situaria no *lado dos velhos*. Algumas narrativas demonstram as distinções que fazem entre *ser velho* e *ser idoso*:

A gente costuma se chamar de idoso, né? Porque velho parece uma coisa meio pejorativa. Então eu me considero idoso, com certeza! (Entrevistado Sol – 80 anos).

Olha! Velho não! Eu me considero idoso, porque velho já é uma coisa assim, velho, né?! Joga pra lá, é descartado. Agora idoso não, é mais bonito de se falar. Idoso, eu me considero. Idoso é uma dádiva, né?! Que hoje em dia é difícil chegar, né?! A gente, quando chega nessa idade é uma felicidade! Como vou te dizer?! Meu Deus, é uma coisa maravilhosa você chegar na idade que eu tenho e com a disposição que eu tenho de estudar, de fazer as coisas, de viver (Entrevistado Ré – 68 anos).

Olha! Vou ser franca com você. Não sei qual é essa diferença: velha para idoso. Tem alguma diferença? Porque idoso é uma pessoa que já chegou a uma certa idade, né?! Tem gente que fala assim: velho é uma coisa assim que não serve mais. Então, eu não sou velha, mas hoje eu sei que eu tenho mais de 60 anos, pela questão de prioridade. Eu acho que velho é aquela pessoa que conseguiu atingir além dos 60 anos. Eu não. Considero velho o que não vale nada. Não. Eu não me sinto velha. Não me sinto. Eu acho que eu posso ainda muita coisa. Então, eu não sou jovem, claro. Mas eu ainda posso fazer muita coisa (Entrevistada Si – 66 anos).

A velhice também foi compreendida em oposição à juventude. Alguns idosos comentaram que, apesar da idade que têm, fazem coisas que muitos jovens não fazem ou não conseguem fazer:

[silêncio] Não. Eu não me considero velho não, pois as coisas que eu faço, inclusive muita coisa que eu fazia, garoto de 20 anos não fazia. Mesmo eu tendo essa idade eu ainda não me considero velho, acabado não. Eu respeito a palavra idoso. Eu sou idoso, eu não sou velho. Eu não sou mais novinho, isso eu sei que não sou, mas eu não me considero assim. Eu acho que o velho é aquele que não tem mais capacidade de fazer mais nada. Esse que eu acho que é o velho. Eu me considero idoso. Ser idoso é ter mais de 70 anos, mais de 60 anos (Entrevistado Dó – 82 anos).

A gente precisa ter hora para parar e pensar: “Nossa, eu não vou fazer isso porque a minha idade já não dá”. [risos] Mas acontece que na maioria das coisas eu faço. Acho que a gente vai indo e vai se compenetrando de que tem coisas que dá e outras não dá mais para fazer (Entrevistada Mi – 75 anos).

Para os entrevistados, *ser velho* é algo que está na mente de cada um. Tal crença corrobora com os estudos sobre envelhecimento que apontam que a juventude deixa de ser experiência de determinada faixa etária e passa a ser uma vivência perseguida por todas as idades.

Eu acho que o ser idoso está muito na *mente de cada pessoa*. De achar assim, por exemplo, a gente sabe que a gente tem o direito de andar no ônibus, que nós temos bancos reservados para nós, mas se eu chegar no ônibus e o ônibus estiver totalmente lotado eu não vou fazer questão nenhuma não. Mas eu tenho direito! Eu quero sentar porque eu tenho direito! Eu não faço questão. Lógico que não vão me ver em pé no ônibus e não vão me dar lugar, porque eu não enxergo. Pelo fato de eu não enxergar. Então, eu nunca pensei: “Eu sou uma velha” [risos] (Entrevistada Fá – 68 anos).

Também comentaram sobre o que compreendem como características de velhos, expressando uma variedade de estereótipos a eles vinculados. Essas duas entrevistadas disseram que são idosas pela idade que têm, mas que não se sentem velhas nem idosas:

As pessoas velhas são impacientes, são chatas, reclamam, entendeu?! E eu não sou esse tipo de pessoa não. Sinceramente. Velho reclama de qualquer coisa, não faz mais nada e o idoso é a mesma coisa. Então eu não me sinto velha nem idosa. Quando eu soube que não ia enxergar mais eu fiquei triste. Eu não posso te dizer que foi porque eu fiquei cega, mas porque a minha esperança é que eu através de um óculos novo eu ia enxergar daquela forma que eu enxergava (Entrevistada Fá – 68 anos).

[...] Eu não me sinto velha ou idosa. Ontem teve festinha na biblioteca e o meu ledor até me chamou para dançar. Eu até gosto da dança, mas como a gente não dança fica com medo de dar errado. Eu fiquei até sem graça [risos] (Entrevistada Mi – 75 anos).

Os entrevistados afirmam ainda que não pensam sobre a questão do envelhecer, que podem fazer muitas coisas apesar da deficiência e de algumas doenças, conforme observa-se nessas narrativas:

Eu não. Eu nunca pensei nas minhas fases da vida: "Quando eu ficar velha vou fazer isso". Nunca parei pra pensar nisso. Ainda não. Quando eu fiquei esse ano quase todo doente, eu estou doente, mas não estou velha não. [...] Eu me sinto ótima mesmo sem visão. Eu posso ainda muita coisa. Tem a limitação de não enxergar, mas não me impede de fazer as coisas que eu posso fazer. Muitas coisas. Eu só não faço mesmo aquilo que eu nunca gostei de fazer, que é arrumar casa, limpar móvel... [risos] arrumar cama (Entrevistada Si – 66 anos).

Não teve esse momento. Nunca pensei em nada disso. Sempre pensei e tentei fazer aquilo que eu podia fazer. Faz pouco tempo que eu fazia ainda o biscoite. Aí eu só parei mesmo por causa da visão. Esse biscoite me ajudava muito monetariamente. Eu ajudava muita gente, umas seis meninas que moram numa favela que chama Palmeirinha. Tinha uma delas que me ajudava a vender o mexilhão. Eu vendia mexilhão na feira e eu ajudava essas seis meninas. Até os 80 anos eu fiz esse trabalho porque a minha visão piorou há pouco tempo. Eu, há dois anos, eu ainda mergulhava no mar. Eu tinha baixa visão. Hoje, do jeito que estou agora eu não estou te vendo. Eu só vejo a claridade da luz do sol. Eu era baixa visão, mas agora a visão do olho direito piorou e eu parei de fazer esse tra-

Iho do mar, mas esse trabalho além de me ajudar muito na sobrevivência, porque a coisa que você gosta de fazer... é muito bom você gostar de fazer alguma coisa. Então, quando você não sai você sente falta. Eu mergulhava aqui na Urca. Eu vinha sozinho. Pegava a condução sozinho. Pegava os dois ônibus. Vinha sozinho, pois tinha baixa visão, eu reconhecia as pessoas passando por mim, então eu vinha. Depois, quando a visão piorou eu deixei de vir (Entrevistado Dó – 82 anos).

Quando falavam sobre não pensar no envelhecimento, dois idosos relacionaram a deficiência visual adquirida a uma falta de cuidado pessoal:

Não. Eu não pensei nisso e não vou pensar nisso. Eu acho que eu vou aceitar tudo com muita resignação. Acho que a natureza, ela mostra tudo o que a gente tem e o que precisa. Não penso na velhice nem no envelhecer. A minha perda da visão, eu perdi por ser um cara abusado. Eu abusei no repouso. Não podia fazer certas coisas, eu fiz e acabei ficando sem visão. Não culpei médico nenhum, porque depois da cirurgia ficou tudo legal. Aí eu não fiz as coisas que o médico pediu... aí que a coisa complicou. Foi abuso da minha parte. Então, a perda foi de repente. Eu fiz a cirurgia e andei no sol. Peguei muito sol quente, andando rápido, achando que já tava bom. E à noite o negócio começou a doer... doer...mas doía pra caramba! Nossa senhora! Quando isso aconteceu eu já não vi mais nada. Agora eu cuido mais, é o que me dá o pouco que eu vejo. Tenho glaucoma, pressão alta, agora eu cuido dos dois (Entrevistado Lá – 76 anos).

Eu faço dieta. Tomo remédio. Tomo metformina, glifage, tomo insulina também e tomo uma AS e tomo as vitaminas normais. Faço os meus testes... hoje mesmo deu 74, [a diabetes] tá bem controlada. Eu sou diabético há bastante tempo, antes da perda da visão. Foi o que causou a perda da visão. Antes eu abusava muito do fumo. Eu fumava e isso cooperou bastante. Depois deixei esse vício de fumar (Entrevistado Ré – 68 anos).

Apenas um dos idosos disse que observou um marco na chegada da velhice na vida dele. Esse fato aconteceu quando ele se viu comemorando com sua família, numa grande festa, seus 80 anos. Ele disse:

Quando eu comemorei os meus 80 anos, eu falei assim: "Tô velho!". [risos] Eu nunca fiquei preocupado com isso não, com envelhecer. Outro dia, eu estava andando com meu filho e uma pessoa conhecida dele, quando nos viu juntos, perguntou assim: "Esse é seu irmão?" e eu falei: "Caramba! Irmão?! Isso é possível?" [risos] (Entrevistado Sol – 80 anos).

Quando questionados sobre o que significaria *ser idoso e deficiente visual*, eles fizeram comparações da velhice com e sem a deficiência visual, supondo como acreditavam que seria, caso estivessem idosos, mas não fossem deficientes visuais.

Se eu não fosse deficiente visual eu acho que eu poderia fazer ainda muitas coisas. Podia trabalhar, fazer coisas artesanais, fazer coisas em casa, entendeu? Eu podia ser mais útil. É isso! A palavra é essa! Mesmo tendo a minha idade. Mas eu me sinto mais ou menos inútil. Porque, por exemplo, na minha casa, tudo que eu preciso eu dependo dos outros. Por exemplo, se eu quero um par de meias, às vezes, eu vou procurar sozinho, mas, às vezes, eu não consigo. Escolher uma camisa para sair, uma calça. Essas coisas eu não tenho ainda uma autonomia. Não sei se é porque eu fiquei viciado a pedir ajuda, dependente de pedir ajuda e eu sei que ela (a esposa) está ali e pode me ajudar. Então eu sou bastante dependente nesse sentido. Agora, eu ajudo também no que eu posso: eu lavo louça, tiro pó dos móveis, que mais?! Vou comprar banana [risos] (Entrevistado Sol – 80 anos).

Eu acho que eu faria as mesmas coisas que eu faço hoje em dia, porque a perda da visão para as pessoas que gostam de fazer alguma coisa e não pensar assim como: "Poxa, fiquei cego! Para mim acabou o mundo, para mim acabou tudo". Eu não penso assim, eu não pensei assim (Entrevistado Ré – 68 anos).

Um dos idosos, que tem baixa visão em um dos olhos e é cego do outro, afirma que não distingue a sua velhice da deficiência visual e demonstra um receio:

Não faço diferença não, porque eu não fui idoso com visão. Idoso e agora eu fiquei deficiente, veio tudo junto e não houve diferença nenhuma pra eu fazer uma distinção. [...] Não sei nada. O que eu vejo é o que eu preciso no momento. Eu só não quero que diminua (a visão)! Eu quero que fique como está! Pra mim está muito bom! Muito bom, porque eu estou vendo a porta daqui. Observo muita coisa. Tem muita coisa pra ver (Entrevistado Lá – 76 anos).

Mais do que a velhice, a deficiência foi a condição que os fez falar, pois como falar de velhice se eles não são velhos? A deficiência, como marca nas suas trajetórias de vida e nas suas experiências, é que foi enfatizada por eles. Eles mostraram que a deficiência visual nesse momento da vida deles é experimentada e não comentada ou discutida. Eles não se sentem constrangidos

em falar sobre isso, mas entendem que o desconforto vem do outro, que rejeita a condição deles.

4.5 A construção de uma nova sociabilidade: superando estigmas

Conforme afirma Rezende (2001), na teoria social, a noção de sociabilidade refere-se geralmente a situações lúdicas em que há congraçamento e confraternização entre as pessoas. A autora declara ainda que diversos estudos compreendem a sociabilidade como prática propícia a afirmar valores, reforçar certos tipos de relação e construir identidades. Esse seria considerado o *caráter* positivo da sociabilidade aos que participam dela.

No entanto, Rezende chama atenção para a existência de um caráter contrastivo que a sociabilidade também propicia. Discutindo um estudo clássico de Simmel²⁴ sobre sociabilidade, a autora afirma que embora a sociabilidade implique uma associação prazerosa em si mesma, isto não anula a possibilidade de que, mesmo dentro de certos estilos de sociabilidade, se afirmem diferenças ou até surjam conflitos entre as pessoas. Para ela, na interação concreta entre os sujeitos num mesmo espaço de sociabilidade, nem sempre os traços subjetivos e os interesses estão ausentes.

A deficiência visual na velhice se configura como um evento marcante nas trajetórias de vida dos idosos entrevistados. Nesse sentido, em todos os discursos e significações sobre velhice, deficiência e os temas desenvolvidos durante as entrevistas esse evento esteve presente de forma direta ou transversal. Assim, apesar de haver certa homogeneidade nos discursos dos idosos sobre a velhice com deficiência visual, esta deve ser compreendida como um universo heterogêneo e experimentado e significado por cada um de maneiras diversas.

Nota-se que uma condição para dar novos significados à experiência de envelhecer com a deficiência visual é aceitar reconstruir sua trajetória de vida diante de um mundo em que o idoso e o deficiente visual não são valorizados.

²⁴ SIMMEL, Georg. *On individuality and social forms*. Chicago: University of Chicago Press, 1971.

Conforme discorre Martins (2013), foi possível perceber nos discursos dos idosos:

[...] a consciência de uma narrativa de resistência em função das rupturas existenciais ou dificuldades acrescidas associadas à cegueira. A resistência pode ser encetada em um ímpeto de sobrevivência, em uma ressignificação da deficiência visual, ou por meio do renascer emocional de quem aprendeu a tomar a deficiência visual como ponto de partida de realizações vindouras (p. 62).

Essa ressignificação torna-se necessária diante da compreensão comumente disseminada da deficiência visual (adquirida ou congênita) como tragédia pessoal. No caso dos idosos entrevistados, o *antes* da deficiência visual era permeado por essa concepção fatalista. Caso assim permanecesse, de fato, não restariam outras possibilidades de continuar a vida social, isto é, esta se resumiria a lamentações cotidianas por não enxergar o mundo como antes. Desse modo, o *depois* da deficiência visual precisava ser permeado por uma concepção diferente.

A continuada situação de marginalização social tantas vezes vivida por quem, sob um manto de preconceitos, nunca pôde exprimir suas capacidades, diz-nos, de modo pungente, que a fatalista ideia de tragédia pessoal não é apenas um equívoco social associado ao modo como a sociedade imagina a deficiência visual, mas, sim, um regime de verdade que tem de ser incessantemente negado na mais elementar luta por uma vida digna (MARTINS, 2013, p. 64).

Assim, a partir das experiências em comum que viveram e ainda compartilham no Instituto Benjamin Constant, a deficiência visual passa a se constituir como uma realidade subjetiva particular. Esse contato e convívio institucional também se configuraram como uma marca na vida desses idosos: o *antes* e o *depois* do IBC. Neste espaço eles percebem a existência de uma nova linguagem, que passa a ter significado diante da nova condição social desses sujeitos. Segundo Berger e Luckmann (1978), a linguagem constitui o mais importante conteúdo e o mais importante instrumento da socialização. Novos aprendizados da experiência de viver sem ver são apresentados a eles, constituindo-se assim, um novo espaço de sociabilidade em suas vidas.

Nesse processo de ressocialização inserem-se também os familiares dos idosos, com quem as trocas e relações de interdependência acontecem. Nesse novo espaço de sociabilidade diversas possibilidades se apresentam tanto aos idosos como aos seus familiares, visto que a compreensão da deficiência visual também vai se modificando a partir da interação que realizam na vida cotidiana os familiares com os idosos. Observou-se como fundamental nessa relação o cuidado e a interdependência.

Segundo Diniz (2012), o cuidado e a interdependência são princípios que estruturam a vida social. Nesse sentido, torna-se relevante pensar o cuidado como uma questão importante para deficientes e não deficientes, pois a condição humana é de interdependência. Desse modo, a deficiência visual instaura nas trajetórias dos indivíduos um momento de crise que vai se transformando em processos de aprendizados, revelando a construção de uma nova sociabilidade.

Indiretamente, os idosos demonstraram que parte da nova sociabilidade que vem se constituindo desde a presença da deficiência visual e do IBC em suas vidas está envolvida com a arte, principalmente com a música e a dança. Uma das idosas toca piano, outro toca instrumentos de percussão, outro adora dançar, um outro toca e canta com sua companheira realizando serestas, uma outra gosta de cantar e ouvir rádio. Em trabalho sobre educação musical no processo de reabilitação de deficientes visuais adultos do IBC, Coutinho (2010) afirma que:

De acordo com Paz (2000), o desenvolvimento da percepção auditiva, o desenvolvimento da concentração e da capacidade de coordenação do movimento e do pensamento são algumas das propostas de grandes educadores como Dalcroze e Orff. Esses elementos nos parecem ser indispensáveis para esses alunos, não só para o fazer musical, mas, também, para a orientação e mobilidade na rua ou em outros espaços. Por isso investimos constantemente no estudo dos parâmetros sonoros, auxiliando e estimulando a escuta a partir dos sons que são ouvidos no dia a dia, fazendo uma comparação com os sons que são produzidos em aula. Elementos como frequência, timbres, volumes, e principalmente, o ato de organizar esses sons são discutidos por todos em nossas aulas (p. 24).

Desse modo, tal citação mostra como a influência dos sons interfere na forma do deficiente visual não apenas aprender música, mas também se orientar e se locomover.

Além disso, a música e a dança favorecem trocas interpessoais entre deficientes e não deficientes, se apresentando como um espaço onde o *não ver* não se torna tão relevante, pois a música (para quem canta e/ou dança) é sentida. Elas permitem exercícios permanentes de controle e memória, por exemplo, quando eles recordam e reproduzem as canções da época deles. Uma das idosas, quando comentava sobre o seu cotidiano, disse: "Como eu não tenho saído, eu ouço rádio o dia todo" (entrevistada Si – 66 anos). Na sua trajetória de vida, o rádio sempre ocupou um lugar importante, pois, segundo ela:

Eu sempre gostei. [...] eu não tinha televisão. Foi por isso que eu sempre ouvi rádio. Isso não mudou. Acho até que ficou mais constante na minha vida o rádio pelo fato de ter perdido a visão e não enxergar, pois para televisão tem que enxergar. [...] Aí eu faço tricô, né!? Aí eu fico muito aqui dentro ouvindo meu rádio, cantando as músicas que eu conheço e fazendo tricô (Entrevistada Si – 66 anos).

As artes manuais também foram citadas pelos idosos: um fazia talhe em madeira, outro faz artigos de cestaria, outro de cerâmica e duas fazem tricô. Alguns vendem suas peças. Uma das idosas disse:

Aí eu vendo. Faço cachecol, faço tapete de barbante e faço aquelas peças que bota no braço do sofá pra pessoa não sujar o braço do sofá. Eu faço com barbante, faço ponto de tricô. Tem pessoas que gostam com franja, sem franja. Depois eu vou te mostrar, tenho uns pares prontos (Entrevistada Si – 66 anos).

Continuando sua fala sobre o rádio, essa entrevistada diz:

Eu ouço a rádio MEC AM, porque é uma rádio que toca só música popular brasileira, músicas boas. [...] e agora descobri a rádio Tamoio. Mas não é Tamoio, é rádio Manchete. A Manchete AM agora é estéreo, não tem propaganda de nada, só a música o dia todo. Fala as horas, aí quando na rádio MEC tá passando alguma coisa que eu não gosto de programas meio chatinhos, eu boto na Manchete. Que essa toca aquelas músicas que a gente já cantou lá no IBC: *o ouro afunda no mar/ madeira fica por cima/ a ostra nasce do*

lodo/ gerando pérolas finas/ não queria ser o mar/ me bastava a fonte/ muito menos ser a rosa/ simplesmente espinho. Quem cantava ela era Os Originais do Samba. Então, quando toca música, fala de quem é eu conheço um monte de música, mas não gravo nome. Essa música é muito bacana, nós já cantamos lá no nosso grupo (Entrevistada Si – 66 anos, grifos nossos).

Cinco dos idosos entrevistados fizeram parte da construção de um grupo na instituição: o Grupo de Convivência. Esse grupo surgiu como forma de reforçar o pertencimento deles, um grito de guerra. Ao final de seus encontros, eles ficam de pé, em círculo e cantam o grito de guerra, que diz assim:

O melhor lugar do mundo é aqui e agora. O melhor lugar do mundo é aqui e agora. Eu quero ir, minha gente, eu não sou daqui. Eu não tenho nada, quero ver Irene rir. Quero ver Irene dar sua risada. Irene ri, Irene ri, Irene. Quero ver Irene dar sua risada.

E em seguida todos dão gargalhadas e riem, finalizando de forma animada e divertida o encontro. Esse trecho que eles cantam é a reprodução de parte de músicas de Gilberto Gil (*Aqui e agora*) e Caetano Veloso (*Irene*). Relembrei o grito de guerra para introduzir uma última observação em relação às referências de alguns idosos entrevistados ao *tempo*.

Durante as entrevistas, alguns idosos fizeram afirmações quando comentavam sobre algo que aconteceu no passado (distante ou próximo), como: “Não tem muito tempo que minha esposa faleceu, não: tem quase 10 anos”; “Isso já foi agora, em 1992”. Uma das idosas, quando tentava recordar sobre uma data de seu passado, disse:

Não lembro exatamente negócio de datas não. Antes de ter esse problema da visão na minha vida eu sabia de tudo quanto era data, mas agora algumas coisas se perdem. [...] eu acho que na verdade o que se perde é o interesse pela vida, aí não quer saber do que passou: se foi ontem, mês passado, se tem um ano, dois anos. Não quer saber sobre as coisas (Entrevistada Si – 66 anos).

E quando pergunto se ela achava que a referência de tempo é diferente de quando ela enxergava para quando deixou de enxergar, ela afirma: “Pra mim agora é diferente. Quando me perguntam, eu não sei, mas se eu pensar bastante eu me lembro, mas eu não tenho mais aquele interesse” (Entrevistada Si – 66 anos).

Berger e Luckmann (1978) afirmam que

A realidade da vida cotidiana está organizada em torno do aqui, de meu corpo, e do agora, do meu presente. Este aqui e agora é o foco de minha atenção à realidade da vida cotidiana. Aquilo que é aqui e agora apresentado a mim na vida cotidiana é o *realissimum* de minha consciência. A realidade da vida diária, porém não se esgota nessas presenças imediatas, mas abraça fenômenos que não estão presentes aqui e agora. Isto quer dizer que experimento a vida cotidiana em diferentes graus de aproximação e distância, espacial e temporalmente. A mais próxima de mim é a zona da vida cotidiana diretamente acessível à minha manipulação corporal. Esta zona contém o mundo que se acha a meu alcance, o mundo em que atuo a fim de modificar a realidade dele, ou o mundo em que trabalho. Neste mundo do trabalho minha consciência é dominada pelo motivo pragmático, isto é, minha atenção a esse mundo é principalmente determinada por aquilo que estou fazendo, fiz ou planejo fazer nele. Desse modo, é o meu mundo por excelência (p. 39).

Assim, a afirmação daquela idosa de que o tempo para ela mudou após a deficiência e o estranhamento nos discursos quando falavam que algo ocorreu há pouco tempo (“tem quase 10 anos”), ou que o ano de 1992 (ou seja, há quase 30 anos) foi “agora”, podem sugerir que a experiência de não enxergar leva os deficientes visuais que adquiriram a deficiência na idade adulta um novo referencial de tempo (como afirmou aquela idosa).

Porém, pode-se considerar também a possibilidade desse referencial de tempo estar relacionado mais com as idades do que com a deficiência visual. Ou seja, do meu ponto de vista aos 31 anos de idade, algo que ocorreu há 24 anos é considerado “muito tempo”, visto que eu teria apenas 7 anos na ocasião. Contudo, do ponto de vista de uma senhora de 75 anos, não. Da mesma forma, do ponto de vista daquele idoso de 82 anos, o falecimento “recente” de sua esposa, ocorrido há quase 10 anos, parecia fazer parte de um período relativamente curto.

O *aqui e agora* cantarolado pelo grupo e escolhido como “grito de guerra” reforça a importância que eles, enquanto idosos que adquiriram a deficiência visual, dão ao momento presente, num esforço de superar um passado que não volta mais e aguardar um futuro que é incerto.

Enfim, esses idosos enfrentam cotidianamente o modo como a visão define diferentes formas de ser, contornando as diversas sociabilidades que perpassam os sujeitos na nossa sociedade. Um exercício necessário para diversas desmistificações que pôde-se perceber durante a trajetória da pesquisa sobre a velhice, a deficiência visual e a velhice com deficiência visual é sempre situar os nossos discursos em um tempo, espaço e corpo, pois, como afirma Steven Lukes (1973, p. 149 apud MARTINS, 2013, p. 57), qualquer forma de ver é igualmente uma forma de não ver.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Eu me sinto feliz, graças a Deus, com a minha idade e
com a minha deficiência.
(Entrevistado Ré – Cego – 68 anos)*

Este trabalho tencionou compreender os significados do envelhecer com deficiência visual para indivíduos que tiveram visão total ou parcial até a idade adulta.

A presente pesquisa foi realizada para a dissertação de mestrado da autora. Como base para o estudo foram usadas entrevistas semiestruturadas com idosos participantes de atividades no Instituto Benjamin Constant. Além disso, buscou-se analisar a descrição das atividades do IBC e o levantamento de alguns dados relativos ao ano de 2015 do setor de Reabilitação do instituto, inserindo esse trabalho numa metodologia qualitativa.

A escolha desse perfil e do Instituto Benjamin Constant para a pesquisa foi motivada pela atuação da autora na instituição, que, à época, trabalhava há mais de seis anos na função de assistente social. Desse modo, a inserção profissional no atendimento de pessoas com deficiência visual está conectada diretamente com a pesquisa realizada. Por isso, impôs-se a necessidade de certo distanciamento para a compreensão das questões que primeiro provocaram o desejo de realizar tal empreendimento acadêmico.

O objetivo da pesquisa foi compreender os significados atribuídos pelos entrevistados ao envelhecer e à deficiência. Inclusive, vislumbrando esses fatores nas relações sociais com as famílias, no IBC e nas demais formas de interação social vivenciadas por eles. Além disso, buscou-se perceber como se realizava a prática da vida cotidiana destes indivíduos.

Procurou-se também destacar o discurso institucional como meio de auxiliar na compreensão das formas como a instituição criava classificações sociais, como construía os significados da deficiência visual e como elaborava as ações institucionais.

Como pesquisadora diretamente implicada nos dois lados, já que a inserção profissional se situa na mediação entre os interesses institucionais e os interesses dos usuários, essa dupla percepção – tanto pelos idosos como pela instituição – possibilitou uma compreensão mais ampla dos significados que ambos atribuem um ao outro, e que a autora atribuía a eles e ao seu lugar.

Desse modo, as narrativas foram primordiais para analisar o que se propunha, considerando que, a partir delas, a imagem das significações foi sendo elaborada. Ao mesmo tempo em que as formas como as relações sociais nesse meio foram se imbricando e constituindo modos de ser e de experimentar a velhice e a deficiência visual.

Nesse sentido, por meio delas também foi possível conhecer as trajetórias de vida dos idosos, explicitando as maneiras como a sociedade e as instituições sociais atravessam e dão sentido aos diversos modos de ser e estar no mundo desses sujeitos. Isso possibilitou a compreensão dos temas subjacentes à pesquisa: família, gênero, geração, saúde, religiosidade, escolarização, trabalho e suas implicações ou desdobramentos na vida dos idosos. Dessa forma, trouxe possíveis contribuições a diferentes campos de estudo e intervenções.

Compreende-se que, diante do descompasso entre o aumento da população idosa no Brasil (e suas consequências para a deficiência visual) e a escassez de produção acadêmica que relacionem diretamente a deficiência visual com a velhice, este estudo representa importante contribuição, pois acredita-se que a busca por materiais como este será cada vez maior diante de tal realidade. Além de enriquecer tanto as discussões sobre envelhecimento quanto sobre deficiência.

Os debates teóricos trazidos pelos diversos autores aqui citados contribuíram grandemente para a compreensão dos discursos e das relações entre velhice e deficiência, forjando outros caminhos para o entendimento desses temas, não só em separado, mas também de maneira relacionada.

Além disso, apesar das diversas dificuldades encontradas para correlacionar duas temáticas tão complexas e heterogêneas, acredita-se que esse estudo contribuiu para a construção de novos conhecimentos. Ressalta-se que as discussões apresentadas demonstraram o diálogo necessário e direto entre a teoria e a prática (tanto profissional quanto da vida cotidiana), revelando o que estas impõem de mais urgente: serem relacionadas dialeticamente. Desse modo, as experiências dessa pesquisa também se revelaram enriquecedoras para a pesquisadora enquanto sujeito social, ampliando os conhecimentos em nível acadêmico, profissional e pessoal.

As narrativas, todas situadas num tempo, lugar e corpo, revelaram que, apesar da singularidade do grupo entrevistado — todos idosos que se tornaram deficientes visuais na idade adulta e participavam de atividades no IBC —, cada experiência narrada continha uma diversidade de situações condicionadas não só pela velhice com deficiência, mas fortemente determinada pelas condições sociais, econômicas e culturais de cada um.

Desse modo, foi possível expressar, a partir dos discursos dos idosos, diversificadas visões de mundo e variados posicionamentos e anseios diante das mesmas situações, demonstrando que mesmo dentro de uma aparente homogeneidade, esse grupo apresentava grande heterogeneidade. Isso contribui também para a observação da complexidade que gira em torno das condições de deficiências e velhices.

Além disso, apesar de voltadas a um público bem específico, as reflexões aqui propostas podem extrapolar essa especificidade e contribuir com estudos sobre outras categorias de idosos e deficientes.

A deficiência visual na vida dos idosos entrevistados possuiu duas significações que variaram de acordo com as condições concretas de vida dos idosos e seus familiares, e com o momento em que aquela se situava, isto é, a chegada e a permanência da deficiência visual em suas vidas.

Dessa forma, percebeu-se que em todos os casos a chegada significou sofrimento e angústia, caracterizando aquela compreensão denominada de tragédia pessoal, na qual há uma ênfase na limitação que decorre da deficiê-

cia, associando o período vivenciado ao infortúnio e à incapacidade, que levam a um processo de inferiorização em que a vida com visão vale mais do que uma sem a visão. No entanto, a partir da condição de permanência, visto que eram situações irreversíveis, outra significação surgiu: a deficiência passou a ser compreendida como outro modo de vida.

A partir das discussões teóricas trazidas sobre o debate da deficiência e seus modelos de compreensão, considerou-se que, de fato, o modelo social da deficiência está em consonância com o que os idosos narraram, pois a significação dada por eles a partir da permanência da deficiência foi de um aprender a viver de outra maneira, descobrindo um outro (e novo) modo de ser e estar no mundo.

Para essa outra significação, segundo os discursos dos idosos, o IBC contribuiu positivamente de diversas formas. Analisando essas narrativas foi possível identificar algumas dessas contribuições, como, por exemplo, os atendimentos oftalmológicos, que ampliaram os conhecimentos dos idosos em relação a sua deficiência e aos cuidados necessários para melhor viver com ela. Além disso, outro fator de relevância foi a Reabilitação, que apresentou a eles, de acordo com suas necessidades, meios adequados para realizarem variadas atividades cotidianas de maneira segura e eficiente, possibilitando o retorno da autonomia em vários sentidos (um dos idosos comentou que não sabia como beber um copo d'água). Inclusive, essas atividades possibilitaram também o convívio com iguais, que eles enfatizaram como uma das condições primordiais para que passassem a compreender a deficiência visual de outra maneira, pois fez com que acreditassesem que existia vida após a cegueira ou baixa visão.

Desse modo, o IBC é considerado parte importante da sociabilidade dos idosos entrevistados. As amizades que permaneceram desde a chegada deles à instituição é uma das provas disso. Ou seja, o andamento que os idosos deram a suas vidas após a presença da deficiência visual também teve relação direta com o aprendizado que a permanência da deficiência e o vínculo com o IBC permitiram.

Diante dessa constatação cabe salientar que a realidade desse grupo, no que eles denominaram de enfrentar a deficiência, não é a mesma realidade da maioria dos milhares de idosos deficientes visuais brasileiros. Afinal, apesar de aprenderem um modo de ser que a permanência da deficiência visual pode propiciar, infelizmente, muitas pessoas com deficiência não contam com um suporte necessário (cuidados com os olhos mesmo após a deficiência visual, serviços que ensinem a se locomover e orientar com segurança, meios de possibilitar a ampliação de alguma autonomia) para esse enfrentamento.

Nesse sentido, a deficiência visual (bem como outras deficiências) se constitui como uma área decisiva de exclusão e opressão social. Logo, em vez de serviços e intervenções médicas com lógicas individualizantes e mercantilizantes, necessita-se de serviços e intervenções que revelem uma outra compreensão social da deficiência, na qual os sujeitos com deficiência sejam compreendidos nas suas individualidades e coletividades. Trabalho árduo, mas necessário na luta contra a marginalização e o preconceito aos quais esses sujeitos estão expostos diariamente, e na luta pela superação das desigualdades na tentativa de permitir a cidadania a todos.

Quanto ao envelhecer, os entrevistados consideraram que eram idosos pela idade que tinham, mas apesar disso, não se sentiam velhos, demonstrando uma dupla significação dessas duas categorias.

O ser velho está associado a imagens estigmatizadas da velhice, principalmente àquelas nas quais os velhos são considerados improdutivos e, por isso, descartáveis. Por outro lado, o ser idoso está vinculado a um sujeito acima de 60 anos detentor de determinados direitos que ainda podem ser produtivos e, por isso, ainda considerados essenciais no meio social. Demonstrando que a categoria idade é importante nesse aspecto.

Além disso, reproduziram os discursos que culminaram na construção da categoria terceira idade, valorizando o cuidado de si, principalmente com a saúde, enfatizando a possibilidade de viver uma juventude independentemente da idade e/ou deficiência. E verbalizando, em alguns casos, a culpa por terem

adquirido a deficiência visual. Desse modo, seus discursos vão ao encontro das discussões aqui apresentadas sobre as categorias velhice e terceira idade, apontando que estas estão amplamente disseminadas no senso comum.

Segundo seus discursos, a deficiência visual era o que impunha limites concretos e, por isso, acreditavam que não vivenciariam esses limites se fossem idosos sem deficiência visual. Os entrevistados afirmavam, inclusive, que seriam mais úteis, mais produtivos, mais autônomos e independentes. Apesar disso, não deixaram de desejar a concretização de variados projetos: uma idosa queria viajar e ter seus filhos mais independentes, um idoso queria continuar estudando e se formar em Psicologia, outro queria voltar a pescar em sua cidade natal, outro queria experimentar um passeio de tirolesa, outra queria viajar mais, uma queria comprar uma TV que a possibilitasse ouvir livros.

As dimensões das instituições sociais que nos atravessam enquanto sujeitos sociais também foram observadas nas entrevistas. Dentre elas, a família e a religiosidade foram consideradas importantes para a superação das perdas advindas com a deficiência visual, demonstrando a importância do mundo simbólico na construção de diversos significados. Nesse sentido, deve-se considerar o contexto no qual o idoso está inserido e as instituições que o permeiam para compreender suas necessidades e interferir de maneira positiva por meio de programas e projetos.

Para que o melhor lugar do mundo seja aqui, a qualquer um de nós, é necessário agir agora. Nesse sentido, este livro abre mais um espaço de diálogo e reflexão para que possa contribuir em planejamentos de ações consistentes nas diversas áreas que se interessam por esse tema.

Diante da histórica marginalização dos sujeitos-alvo dessa pesquisa, considera-se importante percebermos esses grupos como aqueles que podem exercer plenamente seus direitos, retirando-os das sombras da invisibilidade e do desrespeito. Apesar de estarmos caminhando para isso a partir das diversas legislações vigentes referentes a idosos e pessoas com deficiência,

ainda é necessária uma maior conscientização social para essa importante visibilidade política.

Desse modo, é importante a caminhada conjunta (pesquisadores, profissionais e idosos com deficiência visual) rumo à diminuição paulatina do abismo existente entre o mundo dos que utilizam o sentido da visão e dos que fazem uso de outros meios para ser e estar em comunidade. Afinal, defende-se uma sociedade em que as pessoas idosas com deficiência visual sejam autônomas para a construção de suas vidas e de uma coletividade mais justa.

O fato de o idoso ter uma deficiência pode traduzir diferença significativa na maneira como vivencia a velhice. Pode-se perceber que um maior apoio social é necessário, principalmente se a velhice é acompanhada de uma experiência com a deficiência visual. O trauma que sofre o idoso que descobre que não mais poderá enxergar pode ser superado diante desse apoio, pois significa auxiliar na disposição para reaprender a viver e a se relacionar com o mundo social. Dessa forma, torna-se evidente a importância de espalhar esses conhecimentos na tentativa de criação de iniciativas mais eficazes em diversas instituições que lidem com idosos, principalmente a partir de políticas públicas. Nesse sentido, também é importante pensar na construção de novos espaços para atendimento das pessoas com deficiência visual e no fortalecimento das poucas instituições que já o fazem.

Analizar as construções sociais da deficiência e da velhice, mais do que notar a imensa diversidade que compõe esses grupos, proporcionou a percepção de uma nova significação dessa fase da vida e desse específico limite que a deficiência visual impõe: o não ver. Para uma vida e um envelhecimento mais saudável e melhor, o que esses sujeitos precisam é que se desmistifique esse drama que parece ser a ausência da visão.

A partir da escuta da deficiência visual propiciada pelas entrevistas e com a etnografia realizada, observou-se que o *não ver* na velhice está cercado, na verdade, de inúmeras capacidades, de inúmeros projetos e diversas conquistas. A vida desses idosos é preenchida, não é vazia. E deve-se reco-

nhecer que, diante da insegurança e medo que nos cercam nas grandes cidades, esses idosos são um exemplo de coragem. Cotidianamente eles enfrentam não apenas essas emoções, mas também uma sociedade em que a opressão e a marginalização social imperam e, diante disso, a incapacidade associada a eles precisa ser necessariamente repensada.

Esses idosos foram capazes e tiveram coragem para decidir seguir a vida, para enfrentar o mundo que eles haviam conhecido com os olhos e para aceitar conhecer esse mundo de outras formas. Quanta coragem! Desse modo, percebe-se que o *ver* não está vinculado aos olhos, como costuma-se acreditar, ele está mesmo mediado pela experiência de cada um com o mundo. Ninguém vê igual a ninguém.

REFERÊNCIAS

AMAZONAS, Maria Cristina Lopes de Almeida et al. Arranjos familiares de crianças de camadas populares. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 8, n. esp., 2003, p. 11-20.

BARCZINSKI, Maria Cristina de Castro. *Reações psicológicas à perda da visão*. Revista Benjamin Constant, Rio de Janeiro, n. 18, 2001. Disponível em: <http://revista.ibc.gov.br/index.php/BC/article/view/585>. Acesso em: 8 set. 2022.

BERGER, Peter L.; LUCKMANN, Thomas. A sociedade como realidade subjetiva. In: BERGER, Peter L. e LUCKMANN, Thomas. *A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento*. Petrópolis: Ed. Vozes Ltda., 1978, p.173 – 241.

BRASIL. Estatuto do Idoso. Lei n. 10.741, de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, seção 1, n. 192, ano 140, 2003.

CARTILHA do Censo 2010 – Pessoas com Deficiência/ Luiza Maria Borges Oliveira/ Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/ PR)/ Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD)/ Coordenação Geral do Sistema de Informações sobre a Pessoa com Deficiência. Brasília: SDHPR/SNPD, 2012.

CASTEL, Robert. *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. Tradução de Iraci D. Poleti. 11. Ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

CORRENTE, José Eduardo; VECCHIA, Roberta D.; BOCCHI, Silvia C. M.; RUIZ, Tania. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Rev. Bras. Epidemiol.*, São Paulo, v. 8, n. 3, 2005, p. 246-252.

COUTINHO, Paulo Roberto de Oliveira. A educação musical no processo de reabilitação do deficiente visual. *Revista Benjamin Constant*, Rio de Janeiro, n. 46, ago. 2010, p. 21-26. Disponível em: <http://revista.ibc.gov.br/index.php/BC/article/view/425>. Acesso em: 8 set. 2022.

DAMATTA, Roberto. O ofício do etnólogo, ou como ter “anthropological blues”. In: NUNES, Edson de Oliveira (org.). *A aventura sociológica: objetividade, paixão, improviso e método na pesquisa social*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978, p. 23-35.

DAMATTA, Roberto. Você tem cultura? In: DAMATTA, Roberto. *Explorações - Ensaios de Sociologia Interpretativa*. Rio de Janeiro: Ed. Rocco, 1986, p. 121-132.

DEBERT, Guita Grin. A antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade. In: LINS DE BARROS, Myriam Moraes (org.). *Velhice ou terceira idade?* 3. ed. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2007, p. 49-67.

DEBERT, Guita Grin. Envelhecimento e curso de vida. In: MOTTA, Alda Britto da (org.). Dossiê “Gênero e Velhice”. *Revista Estudos Feministas*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 1997. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/12564>. Acesso em: 8 set. 2022.

DINIZ, Debora. *Modelo social da deficiência: a crítica feminista*. Série Anis, Brasília, n. 28, jul. 2003, p.1-8.

DINIZ, Debora. *O que é deficiência?* São Paulo: Editora Brasiliense, 2012.

DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo. Envelhecimento e deficiência. In: CAMARANO, Ana Amélia (org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA, 2004, p.107-120.

DUARTE, Luiz Fernando Dias. O império dos sentidos: sensibilidade, sensualidade e sexualidade na cultura ocidental moderna. In: HEILBORN, Maria Luiza (org.). *Sexualidade: o olhar das ciências sociais*. Rio de Janeiro: Zahar, 1999, p. 21-30.

FERREIRA, Ana Fátima Berquó Carneiro. Sistema Braille como patrimônio imaterial: uma proposta. *Revista Benjamin Constant*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 44, dez. 2009, p. 5-12. Disponível em: <http://revista.ibc.gov.br/index.php/BC/article/view/432>. Acesso em: 8 set. 2022.

GARDOU, Charles. Quais os contributos da Antropologia para a compreensão das situações de deficiência? *Revista Lusófona de Educação*, [s. l.], n. 8, 2006, p. 53-61. Disponível em: <http://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/692/584>. Acesso em: 30 abr. 2015.

GOLDENBERG, Miriam. *A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais*. 8. ed. Rio de Janeiro: Editora Record, 2004.

GROISMAN, Daniel. *O cuidado enquanto trabalho: envelhecimento, dependência e políticas para o bem-estar no Brasil*. 2015. 212 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

INSTITUTO BENJAMIN CONSTANT. *150 anos do Instituto Benjamin Constant*. Fundação Cultural Monitor Mercantil: Rio de Janeiro, 2007.

LAVINAS, Lena; NICOLL, Marcelo. Atividade e vulnerabilidade: quais os arranjos familiares em risco. *Dados*, Rio de Janeiro, v. 49, n. 1, 2006, p. 67-97.

LINS DE BARROS, Myriam Moraes. A cidade dos velhos. In: VELHO, Gilberto (org.). *Antropologia urbana: cultura e sociedade no Brasil e em Portugal*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999, p. 4-57.

LINS DE BARROS, Myriam Moraes; ALVES, Andréa Moraes. Aprender com as velhices. In: As máscaras de guerra da intolerância. *Comunicações ISER*. n. 66, ano. 31, 2012. Disponível em: https://www.iser.org.br/wp-content/uploads/2020/07/Comunicacoes_ISER_n66_Intolerancia_2012.pdf. Acesso em: 8 set. 2022.

LINS DE BARROS, Myriam Moraes. Memória, gênero e geração na sociedade brasileira contemporânea. *Praia Vermelha: estudos de política e teoria*

social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Edição Especial, n. 16/17, 2007, p. 44-69.

MARTINS, Bruno Sena. Pesquisa acadêmica e deficiência visual: resistências situadas, saberes partilhados. *Revista Benjamin Constant*, v. 19, ed. esp., out. 2013, p. 55-66. Disponível em: <http://revista.ibc.gov.br/index.php/BC/article/view/378>. Acesso em: 8 set. 2022.

MASINI, Elcie F. Salzano. Ver e não ver a pessoa com deficiência visual em sua educação formal – recortes de pesquisas. *Revista Benjamin Constant*, v.19, ed. esp., out. 2013, p. 42-54. Disponível em: <http://revista.ibc.gov.br/index.php/BC/article/view/377>. Acesso em: 8 set. 2022.

MAZZARO, José Luiz. Mas, afinal, o que é orientação e mobilidade? In: MACHADO, Edileine Vieira et al. *Orientação e Mobilidade: Conhecimentos básicos para a inclusão do deficiente visual*. Brasília: MEC; SEEESP, 2003 p. 17-19.

MONTALI, Lilia. Relação família-trabalho: reestruturação produtiva e desemprego. *São Paulo em perspectiva*, [s. l.], v. 17, n. 2, 2003, p. 123-135.

MOREIRA, Nádia Xavier. *A construção de sentidos sobre a deficiência: uma análise a partir do habitus militar*. 2015. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório Mundial sobre a deficiência*. Tradução de Lexicus Serviços Lingüísticos. São Paulo: SEDPcD, 2012.

PAULINO, Luciana Fernandes. *Representações sociais de velhice, cegueira e direitos sociais em instituições especializadas em deficiência visual*. 2007. 268f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Escola de Serviço Social. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em:<http://lrc.nutes.ufrj.br/constructore/objetos/Disserta%E7%E3o%20-%20LFP.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2021.

PAZ, Serafim F. A Política Nacional do Idoso: considerações e reflexões. *A terceira idade*, São Paulo, v. 24, n. 58, nov. 2013, p. 23-35.

PEIXOTO, Clarice Ehlers; LUZ, Gleice Mattos. De uma morada à outra: processos de recoabitação entre gerações. *Cadernos Pagu*, São Paulo, n. 29, dez. 2007, p.171-191.

PONTE, Marina D.; SALVATORI, Tamara; SONZA, Andréa P. Material digital acessível para deficientes visuais: ampliando o acesso à informação. *Revista Benjamin Constant*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 53, dez. 2012, p. 16-29. Disponível em: <http://revista.ibc.gov.br/index.php/BC/article/view/393>. Acesso em: 8 set. 2022.

REZENDE, Claudia B. Os limites da sociabilidade: “cariocas” e “nordestinos” na Feira de São Cristóvão. *Revista Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 28, 2001, p. 167- 181. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/reh/article/view/2145>. Acesso em: 8 set. 2022.

SAMPAIO, Eliana. Ferramentas cognitivas e tecnológicas para inclusão social de pessoas com deficiência. *Revista Benjamin Constant*, v. 19, ed. esp., out. 2013, p.30-41. Disponível em: <http://revista.ibc.gov.br/index.php/BC/article/view/376>. Acesso em: 8 set. 2022.

SARTI, Cynthia Andersen. *A família como espelho*: um estudo sobre a moral dos pobres. São Paulo: FAPESP; Ed. Autores Associados, 1996.

SARTI, Cynthia Andersen. Família como ordem simbólica. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 15, n. 3, 2004, p. 11-28.

SCHUTZ, Fernanda; MIOTO, Regina Célia Tamaso. Intersetorialidade e política social: subsídios para o debate. *Sociedade em Debate*, Pelotas, v. 16, n. 1, jan./jun. 2010, p. 59-75. Disponível em: <https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/337>. Acesso em: 8 set. 2022.

SCOTT, Joan W. *A cidadã paradoxal*: as feministas francesas e o direito do homem. Florianópolis: Ed. Mulheres, 2002, p. 23-48.

SETTON, Maria da Graça Jacintho. Família, escola e mídia: um campo com novas configurações. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v. 28, n. 1, jan./jun. 2002, p.107-116.

SOUZA, Thaís Batoni Gonçalves de. *Religiosidade e envelhecimento: panorama dos idosos do município de São Paulo – Estudo SABE*. 2011. 102 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-17022012-124220/pt-br.php>. Acesso em: 8 set. 2022.

STEFFENON, Rosanete. *Pressupostos em demandas de abrigamento de idosos apresentadas ao Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro*. 2013. 172f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Escola de Serviço Social. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2013.

TAVARES, Márcia Santana; DELGADO, Josimara Aparecida. (Trans)versalidades de gênero e geração nas políticas sociais: o lugar de mulheres e idosos. *Cadernos Espaço Feminino*, Uberlândia/MG, v. 25, n. 2, jul./dez. 2012. Disponível em: <https://er.ufu.br/index.php/neguem/article/view/17694>. Acesso em: 8 set. 2022.

VELHO, Gilberto. Observando o familiar. In: VELHO, Gilberto. *Individualismo e cultura: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1981, p. 121-132.



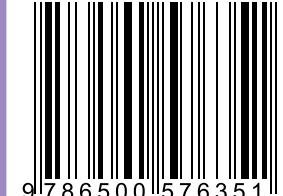
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO – MEC

INSTITUTO BENJAMIN CONSTANT (IBC)
Av. Pasteur, 350/368 – Urca
CEP 22290-250 – Rio de Janeiro / RJ
www.ibc.gov.br



INSTITUTO
BENJAMIN CONSTANT

ISBN 978-65-00-57635-1



9 786500 576351