

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ
Carlos Eduardo Teodoro Vieira

**A DEFICIÊNCIA VISUAL NA VELHICE E O PROCESSO DE
RESILIÊNCIA**

Taubaté – SP
2017

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ

Carlos Eduardo Teodoro Vieira

**A DEFICIÊNCIA VISUAL NA VELHICE E O PROCESSO DE
RESILIÊNCIA**

Dissertação apresentada à Banca de Defesa como requisito para obtenção do Título de Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Educação e Desenvolvimento Humano: Formação, Políticas e Práticas Sociais da Universidade de Taubaté.

Área de Concentração: Desenvolvimento Humano, Políticas Sociais e Formação.

Linha de Pesquisa: Contextos, Práticas Sociais e Desenvolvimento Humano.

Orientadora: Profa. Dra. Marluce Auxiliadora Borges Glaus Leão

Taubaté – SP

2017

Carlos Eduardo Teodoro Vieira
A DEFICIÊNCIA VISUAL NA VELHICE E O
PROCESSO DE RESILIÊNCIA

Dissertação apresentada à Banca de Defesa como requisito para obtenção do Título de Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Educação e Desenvolvimento Humano: Formação, Políticas e Práticas Sociais da Universidade de Taubaté.

Área de Concentração: Desenvolvimento Humano, Políticas Sociais e Formação.

Linha de Pesquisa: Contextos, Práticas Sociais e Desenvolvimento Humano.

Orientadora: Profa. Dra. Marluce Auxiliadora Borges Glaus Leão

Data: _____

Resultado: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof.(a) Dr.(a) _____ Universidade de Taubaté

Assinatura _____

Prof.(a) Dr.(a) _____ Universidade _____

Assinatura _____

Prof.(a) Dr.(a) _____ Universidade _____

Assinatura _____

Agradecimentos

*“Matar o sonho é matarmo-nos.
É mutilar a nossa alma.
O sonho é o que temos de realmente nosso,
de impenetravelmente e inexpugnavelmente nosso.”*

Fernando Pessoa

Primeiramente, agradeço a Deus, dono de toda sabedoria e ciência, pois sem os seus cuidados, amor e discernimento certamente não seria possível concretizar esta pesquisa. À Virgem Maria por estar sempre a minha frente me conduzindo nos caminhos a serem trilhados.

À minha mãe, Maria de Fátima dos Santos Vieira, ao meu pai, José Eduardo Vieira (*in memoriam*), às minhas irmãs Virgínia Aparecida Vieira, Maria Elvira Vieira e Maria Cecília Vieira, e ao meu sobrinho Carlos Henrique Teodoro Vieira Barbosa, família que, durante todo o período de estudo, me banhou de oração, incentivo e motivação. Modelos inequívocos de amor verdadeiro, fraterno e gratuito, família que não me faltou nos momentos mais graves e urgentes. Sem o apoio de vocês eu não estaria aqui.

Aos meus amigos que de longe ou de perto incentivaram, torceram e vibraram a cada conquista, representada na pessoa da Gabriela Pinto de Mancilha (Gabi), Terapeuta Ocupacional que a cada acordar dá cor à vida das pessoas com seu coração bondoso.

Aos profissionais e pesquisadores que me inspiraram na busca pelo conhecimento e ampliação do olhar, representadas por Ana Cristina Dias Rocha Lima (Tine) e Carla Paes Gomes de Matos.

A todos os professores do curso, representados pela Profa. Dra. Elisa Maria Andrade Brisola, pelas trocas de conhecimentos e experiências de vida. Cresci muito no decorrer do curso e sou muito grato a cada um dos professores que me ajudaram a enxergar o mundo com um novo olhar. À Alessandra Soares Calil, Secretária do programa de pós-graduação, por toda sua dedicação, atenção e carinho.

Aos colegas do curso, de forma especial a Leonor M. Santa e Bruno Luis Cardoso, por toda troca de conhecimento, ajuda e parceria.

Ao Hospital PRÓVISÃO, representado na pessoa da senhora Meire Cristina Ghilarducci, pela permissão da pesquisa e a toda equipe do Centro de Reabilitação.

Aos idosos que gentilmente participaram da pesquisa e com os quais aprendi que o ser humano se situa em um patamar longe de documentos com diagnósticos e rótulos que

insistimos em usar para descrever patologias.

Às professoras: Profa. Dra. Márcia Maria Dias Reis Pacheco e Profa. Dra. Mariana Aranha de Souza, que compuseram as Bancas de Seminário, e à Profa. Dra. Deusivania Vieira da Silva Falcão e Profa. Dra. Roseli Albino dos Santos, que com todo carinho e disponibilidade participaram da Banca de Qualificação, oportunizando trocas enriquecedoras que contribuíram para a finalização do processo desta pesquisa. Lembraram-me que nossos conhecimentos jamais estarão completos se o diálogo e as parcerias não estiverem presentes.

À minha orientadora, Profa. Dra. Marluce Auxiliadora Borges Glaus Leão, que antes mesmo de me orientar foi a primeira a enxergar em mim o potencial para pesquisa, na ocasião da minha entrevista no processo seletivo. Desde então, passou comigo por todos os momentos difíceis de ousadia, de conquistas e principalmente os de alegria. Tenha certeza que deixou, acima de tudo, um enorme aprendizado e transformação que permitiu construir esta pesquisa.

Finalizo mais esta etapa da minha vida com o coração cheio de gratidão e com o desejo de que todos continuem apostando sempre no engrandecimento do ser humano e em um mundo melhor, semeando o amor, a esperança e conduzindo estes dons que Jesus nos concedeu com muita sabedoria e discernimento.

“[...] Quando não conseguir correr através dos anos, trote.

Quando não conseguir trotar, caminhe.

Quando não conseguir caminhar, use uma bengala.

Mas nunca se detenha.”

Madre Tereza de Calcutá

RESUMO

Ao longo do desenvolvimento humano, os diferentes eventos de vida configuram desafios que requerem adaptação positiva. Para os indivíduos na fase de vida da velhice, esses desafios podem assumir uma dimensão mais crítica que depende da condição de fragilidade que vivenciam, como a presença da deficiência visual. A visão é considerada o sistema sensorial de maior importância na interação do indivíduo com o seu contexto de formação e, na velhice, a aquisição da deficiência visual implica em risco. O constructo psicológico da resiliência se apresenta como um potencial do indivíduo para lidar com situações adversas. O objetivo deste estudo foi investigar como ocorre o processo de resiliência de idosos com deficiência visual adquirida. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo exploratória, que utiliza como referenciais a Teoria Bioecológica e a Resiliência. Os pesquisados são oito idosos com deficiência visual que frequentam o Centro de Prevenção e Reabilitação de Deficiência da Visão – Próvisão, em São José dos Campos, cidade da região metropolitana do Vale do Paraíba Paulista/SP. Foram utilizados como instrumentos um formulário de características biosociodemográficas e a entrevista semiestruturada, do tipo história de vida focal. Os resultados indicaram que os idosos estavam em reabilitação na instituição entre dois e cinco anos, sendo quatro mulheres e quatro homens, com média de idade de 63,8 anos, com tempo de trabalho entre 10 e 35 anos, escolaridade entre o ensino fundamental incompleto e superior completo. O diagnóstico oftalmológico de 75% dos participantes é a retinopatia diabética. A análise de conteúdo indicou como categorias temáticas: envelhecimento e a deficiência; a descoberta da deficiência visual; o papel da família em relação ao familiar com deficiência; a vivência da deficiência visual no trabalho; a convivência social e as estratégias de enfrentamento. A análise permitiu conhecer e compreender os desafios da velhice atrelada à deficiência visual, na qual o idoso é exposto a situações vulneráveis que fortalecem a perda da autonomia e independência. A família exerce um importante papel na redução dos aspectos de risco, embora não fique isenta da influência da deficiência visual com um aspecto de vulnerabilidade. A atuação profissional desses idosos foi compreendida como fator de risco e/ou de proteção à autonomia, independência e adaptação às mudanças biopsicossociais que a deficiência exige. Nas categorias convivência social e estratégias de enfrentamento, verificou-se a adaptabilidade dos idosos mediante o evento da deficiência visual. O auxílio dos amigos, bem como o processo de reabilitação, mostram-se importantes meios de ressignificação da vida cotidiana e de enfrentamento na convivência com a deficiência. Possibilitam novos aprendizados, fortalecem e ampliam suas potencialidades e funcionalidades. Constatou-se que o processo de resiliência baliza os aspectos de proteção e de riscos mediante a aquisição da deficiência visual, avaliada por todos como um evento crítico no envelhecimento. Conclui-se que a diferença experimentada pelo corpo com a deficiência influencia e sofre influências do processo de resiliência, operando nas mudanças de hábitos e atitudes do idoso nos contextos em que interage. A falta de conhecimentos sobre como lidar com a velhice e a deficiência visual emerge como fator de prejuízo ao *continuum* da vida do idoso, conduzindo-o à condição de maior vulnerabilidade.

Palavras-chave: resiliência psicológica; deficiência visual; idoso; desenvolvimento humano.

ABSTRACT

Throughout the human development, the different events of life present challenges that Require positive adaptation. For individuals in the life stage of old age, these challenges may assume a more critical dimension, depending on the fragility condition they experience, such as the presence of visual impairment. Vision is considered the most important sensory system in the interaction of the individual with their training contexts and in old age, the acquisition of visual impairment implies risk. The psychological construct of resilience presents itself as a potential of the individual to deal with adverse situations. The objective of this study was to investigate how the resilience process occurs in the elderly with acquired visual impairment. It is a qualitative research, of the exploratory type, that uses as reference the Bioecological Theory and the resilience. The individuals in the research are Eight elderly individuals with visual impairment who attend the Center for Prevention and Rehabilitation of the visual impairment in São José dos Campos, Vale do Paraíba Paulista/SP. It used as instruments a form of biosocialdemographic characteristics and semi-structured interview, with the type of focal history of life. The results indicated that the elderly where in rehabilitation in the institution between two and five years, being four women and four men, with a mean age of 63.8 years, they worked between 10 and 35 years, education background between incomplete and higher education complete. The ophthalmologic diagnosis of 75% of the participants is diabetic retinopathy. The analysis of content indicate as thematic categories: the aging and the deficiency; The discovery of visual impairment; The role of the family in relation to the relative with disability; The experience of visual impairment at work; Social coexistence and coping strategies. The analysis allowed to know and understand the challenges of old age linked to visual impairment, in which the elderly are exposed to vulnerable situations that strengthen the loss of autonomy and independence. The family plays an important role in reducing risk aspects, although it is not exempt from the influence of visual impairment with an aspect of vulnerability. The professional performance of these elderly people was understood as a risk factor and / or protection to the autonomy, independence and adaptation of these to the biopsychosocial changes that the disability requires. In the categories, social coexistence and coping strategies, the elderly were adaptable through the event of visual impairment. The help of the friends, as well as the process of rehabilitation, are important means of (re) signification of the daily life and of confrontation in the coexistence with the deficiency. They enable new learning, strengthen and expand their potential and functionality. It was found that the resilience process targets the aspects of protection and risks through the acquisition of visual impairment, evaluated by all as a critical event in aging life. It is concluded that the difference experienced by the body with the disability influences and suffers influences of the process of resilience, operating in the changes of habits and attitudes of the elderly in the contexts in which it interacts. The lack of knowledge related to dealing with old age and visual impairment emerges as a factor of loss to the continuum of the elderly's life, leading to the condition of greater vulnerability.

KEYWORDS: psychological resilience; visual impairment; elderly; human development.

LISTA DE SIGLAS

AP	-	Aspectos de Proteção
APRDCS	-	Aspectos de Proteção Relacionados à Deficiência e Convivência Social
APRDD	-	Aspectos de Proteção Relacionados à Descoberta da Deficiência
APRF	-	Aspectos de Proteção na Relação com a Família
APRVDVT	-	Aspectos de Proteção Relacionados à Vivência da Deficiência Visual no Trabalho
AR	-	Aspectos de Risco
ARRDCS	-	Aspectos de Risco Relacionados à Deficiência e Convivência Social
ARRDD	-	Aspectos de Risco Relacionados à Descoberta da Deficiência
ARRF	-	Aspectos de Risco na Relação com a Família
ARRVDVT	-	Aspectos de Risco Relacionados à Vivência da Deficiência Visual no Trabalho
ABNT	-	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AIPD	-	Ano Internacional das Pessoas Deficientes
CAPES	-	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoa de Nível Superior
AVDS	-	Atividades de Vida Diária
CSDVA	-	Conhecimento Sobre a Deficiência Visual Adquirida
CBO	-	Conselho Brasileiro de Oftalmologia
CIO	-	Conselho Internacional de Oftalmologia
CEP	-	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté
CDPD	-	Convenção Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência
CIF	-	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
DCS	-	Deficiência e Convivência Social
DF	-	Desafios na Velhice
DDV	-	Descoberta da Deficiência Visual
DM	-	Diabetes Melito
DMRI	-	Degeneração Macular Relacionada à Idade
ED	-	Envelhecimento e Deficiência
EE	-	Estratégias de Enfrentamento
EV	-	Eventos de Vida
HVF	-	História de Vida Focal
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LBI	-	Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência

MEC	-	Ministério da Educação e Cultura
ONU	-	Organização das Nações Unidas
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
PFPD	-	O Papel da Família e a Pessoa com Deficiência
PSYCINFO	-	Base de Dados de Referência Bibliográfica nas Áreas de Psicologia, Ciências do Comportamento e Educação
PUBMED	-	<i>Public Medline</i>
RD	-	Retinopatia Diabética
SCIELO	-	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SUS	-	Sistema Único de Saúde
TCLE	-	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TBDH	-	Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano
UNITAU	-	Universidade de Taubaté
VDVT	-	Vivência da Deficiência Visual no Trabalho

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Estado de São Paulo e a Região Metropolitana do Vale do Paraíba/SP	19
Figura 2 – Influência da Vulnerabilidade na Diversidade de Contextos.....	45
Figura 3 – Representação do Constructo da Resiliência	51
Figura 4 – Representação da Ampliação dos Sistemas Ecológicos do Desenvolvimento Humano	65
Figura 5 – Representação do Esquema PPCT	85
Figura 6 – Representação das Influências no Desenvolvimento Humano	86
Figura 7 – Influência da Resiliência no Núcleo Familiar	100
Figura 8 – Representação sobre Transições e Eventos de Vida.....	106
Figura 9 – Representação sobre Influências no Ambiente de Reabilitação.....	123

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização dos Estudos Acessados.....	24
Quadro 2 – Caracterização dos Estudos Acessados.....	30
Quadro 3 – Distribuição Histórica de Atividades Sobre a Pessoa com Deficiência.	57
Quadro 4 – Distribuição das Categorias e Subcategorias de Análise.....	75
Quadro 5 – Dinâmica de Eventos.....	108

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos Materiais por Base de Dados Consultada.....	24
Tabela 2 – Prevalência de Cegueira por Faixa Populacional	59
Tabela 3 – Graus de Comprometimento Visual e Valores de Acuidade Visual Corrigida (OMS/CID-10)	60
Tabela 4 – Distribuição dos Pesquisados por Faixa Etária.....	73

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 Objetivos	18
1.1.1 Objetivo Geral.....	18
1.1.2 Objetivos Específicos	18
1.2 Delimitação do Estudo.....	18
1.3 Relevância do Estudo.....	20
1.4 Organização do Projeto.....	22
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	23
2.1 Revisão da Literatura	23
2.2 Questões Sobre o Envelhecimento Humano.....	35
2.2.1 A Fragilidade no Idoso	43
2.3 Eventos de Vida e Eventos Críticos.....	46
2.4 Constructo Psicológico da Resiliência.....	49
2.4.1 Envelhecimento, Velhice e Resiliência	54
2.5 Cenário Contemporâneo da Deficiência Visual.....	56
2.6 Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano	62
3 MÉTODO	66
3.1 Tipo de Pesquisa	66
3.2 Local da Pesquisa.....	67
3.4 População e Amostra	67
3.5 Instrumentos.....	67
3.6 Procedimentos de Coleta de Dados	68
3.7 Procedimentos para Análise dos Dados.....	69
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	71
4.1 Caracterização dos Pesquisados.....	71
4.2 Análise de Conteúdo.....	74
4.2.1 Envelhecimento e Deficiência (ED)	76
4.2.2 Descoberta da Deficiência Visual (DDV)	85
4.2.3 O Papel da Família e a Pessoa com Deficiência (PFPD).....	96
4.2.4 Vivência da Deficiência Visual no Trabalho (VDVT)	104
4.2.5 Deficiência e Convivência Social (DCS).....	112
4.2.6 Estratégias de Enfrentamento (EE)	117

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	126
REFERÊNCIAS.....	130
APÊNDICE I - Formulário de Características Biosociodemográficas	147
APÊNDICE II - Roteiro de Entrevista.....	148
ANEXO I - Ofício à Instituição	149
ANEXO II - Declaração de Anuência	150
ANEXO III - Parecer de Aprovação do Conselho de Ética.....	151
ANEXO IV - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	152
ANEXO V - Transcrição de uma Entrevista Realizada.....	155

INTRODUÇÃO

*“Fazer da areia, terra e água uma canção
Depois, moldar de vento a flauta
que há de espalhar esta canção.”*

Carlos Drummond de Andrade

O interesse e a motivação para estudar a deficiência visual surgiram há onze anos, com o início da minha atuação profissional na área de deficiência, ao lecionar para uma sala de aula nomeada como “Classe Especial”, inserida na grade de Educação Especial do sistema de ensino da Prefeitura Municipal de Paraibuna, cidade do interior do estado de São Paulo. Nesta sala havia alunos com diferentes deficiências e, em muitos casos, com outras patologias associadas, no qual um deles apresentava deficiência visual com perda total da visão em ambos os olhos. Essa experiência reativou meus limites de atuação profissional, me impulsionando a conhecer mais sobre essa realidade do ser humano e o papel dos profissionais e instituições no suporte para o seu desenvolvimento em todos os âmbitos da vida.

No ano de 2008, quando já trabalhava especificamente na área de reabilitação de pessoas com deficiência visual, associadas ou não a outras patologias, passei a compor o quadro de profissionais do Centro de Prevenção e Reabilitação da Deficiência da Visão – Próvisão, na cidade de São José dos Campos. Neste mesmo ano, meu pai, aos 45 anos de idade, ficou cego devido à Retinopatia Diabética (RD). Diante desta situação, minhas interrogações sobre o assunto se intensificaram. Atualmente, trabalho na gerência deste centro de reabilitação e participo do grupo “Contar e Ouvir Histórias”, com idosos com deficiência visual, em que muitos adquiriram essa deficiência ao longo do ciclo de vida. Durante a troca de aprendizagem com este público, a questão da convivência pessoal desse grupo de idosos com deficiência visual já assumia mais força e, cada vez que compartilhavam suas experiências e histórias, me questionava: quais foram os caminhos e recursos que utilizaram para lidar com os novos desafios após o surgimento da deficiência visual?

Ao estudar o constructo psicológico da resiliência, quando ingressei no programa de pós-graduação em Educação e Desenvolvimento Humano: Formação, Políticas e Práticas Sociais, na Universidade de Taubaté, a possibilidade de compreensão dessa questão veio à tona. Foi possível observar, na revisão de literatura, que o conceito de resiliência transita entre as diversas ciências, iniciando-se pela área de Exatas e difundindo-se pelas Ciências Humanas, Sociais e da Saúde. Como princípio, indica a flexibilidade e a adaptabilidade de

materiais, transpondo-se, por conseguinte, aos estudos com indivíduos expostos a circunstâncias adversas na vida.

A resiliência diz respeito ao potencial de resguardo dos aspectos positivos da vida do ser humano, seja na capacidade de enfrentamento de situações adversas ou adaptabilidade às vivências do cotidiano. De acordo com Infante (2005), para “identificar resiliência é necessário que exista uma adaptação positiva” (INFANTE, 2005, p. 29). Assim, conhecer os significados do processo de resiliência e o que representa no cotidiano da pessoa, como por exemplo a pessoa idosa com deficiência visual adquirida, pode proporcionar-lhe aprendizado na análise e resolução de problemas de forma positiva.

Pensar na resiliência como um processo que leva a pessoa a desenvolver esse potencial ao longo de seu desenvolvimento amplia uma diversidade de informações sobre os contextos de formação, bem como a capacidade e habilidade de interagir com o meio que a cerca. Em relação à pessoa com uma deficiência, suas limitações e dificuldades no cotidiano requerem o potencial da resiliência como um importante aliado ao qual se condiciona sua saúde física e emocional.

Falar em pessoa com deficiência remete à abrangência de seu conceito e características. As deficiências podem ser físicas, sensoriais (como as deficiências relacionadas à visão ou à audição) ou intelectuais. No que se refere especificamente à limitação sensorial, a pessoa com deficiência visual é aquela privada da sua capacidade de vivenciar imagens por meio do aparelho visual de forma parcial ou total (INSTITUTO ETHOS, 2002).

A Organização das Nações Unidas (ONU) estima que 10% da população mundial apresenta algum tipo de limitação, incluindo as restrições leves, moderadas e severas, o que corresponde em torno de 700 milhões de pessoas. No Brasil, segundo os dados mais recentes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 23,91% da população possui pelo menos uma deficiência, o equivalente a 45.606.048 de brasileiros (IBGE, 2012). Tratando sobre a deficiência visual, as pessoas que se declararam com esta deficiência corresponderam a 35,7 milhões.

É certo que, no decorrer do desenvolvimento da pessoa, ocorra o estabelecimento das relações com o mundo externo de acordo com experiências e estímulos adquiridos em seu ciclo de vida. Entretanto, Veitzman (2003) afirma que a pessoa com deficiência visual apresenta uma restrição no contato com o mundo que a cerca, limitando as suas próprias experimentações referentes às informações visuais. Quando há uma perda sensorial como a visão, essa limitação pode influenciar no seu desenvolvimento e no desenvolvimento de suas

habilidades, como as habilidades motoras, cognitivas, sensoriais e sociais, e também as formas de enfrentamento das dificuldades que possam surgir no seu contexto de vida.

A evolução da história da pessoa com deficiência desde a antiguidade salienta a presença de ambientes desfavoráveis, excludentes e propícios ao fortalecimento de barreiras atitudinais e arquitetônicas, de forma a fragmentar sua interação nos contextos em que está inserida. A ONU, ao apresentar um conceito sobre a pessoa com deficiência, postula que, além dos impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, a interação com diversas barreiras do ambiente pode obstruir a participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições (SILVA, 2015).

É importante ressaltar que, na deficiência visual, as pessoas conhecidas como cegas ou com baixa visão podem ter ou obter limitações de estímulos sensoriais, como por exemplo a diminuição do campo visual ou até mesmo ausência de memória visual e dificuldade de interação com o ambiente. No que diz respeito à pessoa idosa com deficiência visual, essas perdas são agravadas pelo envelhecimento; a deficiência visual, aliada às alterações psíquicas e físicas advindas do envelhecimento, reativa dificuldades de adaptação ao ambiente em que vivem (CAMARANO *et al.*, 2004).

Para Fortes *et al.* (2009), o processo de envelhecimento pode ocasionar várias transformações na vida do ser humano no âmbito físico, psíquico e social. A fase da vida denominada velhice pode ser caracterizada por múltiplas perdas que ocorrem simultânea ou sucessivamente no decorrer de um curto período de tempo.

Como o desenvolvimento do indivíduo é dependente das relações que estabelece com o ambiente, o fortalecimento de suas interações em diferentes atividades possibilita o dinamismo de seu desenvolvimento humano, ou seja, há uma reciprocidade de influências entre o indivíduo e os contextos de formação nos quais transita. Nesta perspectiva, a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano (TBDH), descrita por Urie Bronfenbrenner, auxilia no entendimento desta mútua interação. No desenvolvimento humano, o estudo do processo de resiliência visa investigar a associação de fatores individuais e ambientais e auxilia a compreensão da dinâmica das relações adversas e influência dos ambientes (RUTTER, 1999; POLLETO; KOLLER, 2006).

Assim, pretendeu-se, neste estudo, lançar mão do suporte da TBDH e do constructo psicológico de resiliência para balizarem teoricamente a leitura do papel dos contextos de formação dos idosos após adquirir a deficiência visual. A premissa foi estudar a capacidade da pessoa de se construir e se reconstruir perante a adversidade, dificuldade ou problemas que possam ter surgidos a partir desse evento, especialmente a importância dos contextos nos

quais esteve submetida.

Desta forma, foi investigado como ocorreu o processo de resiliência em idosos mediante o evento da deficiência visual em seu ciclo de vida, considerando que os estudos sobre a resiliência nas últimas quatro décadas têm alcançado grande importância em diferentes contextos e na compreensão do quanto o ser humano pode se desenvolver, mesmo em situações adversas. No caso da ocorrência de uma deficiência, questionou-se o papel da resiliência na convivência da pessoa com este evento de vida. Sendo uma pessoa idosa, foi questionado como a qualidade de suas vivências depende dos aspectos de proteção e risco com os quais contou (ou que ainda se fazem presentes), e as formas que utiliza para enfrentar os desafios cotidianos.

Portanto, tratou-se de um estudo que visou o enriquecimento mútuo, aprendizado e transformação do pesquisador e dos voluntários da pesquisa para um diferencial na atuação dos profissionais junto aos idosos com deficiência visual adquirida. Para tanto, foram delimitados os objetivos que seguem.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo Geral

Investigar o processo de resiliência de idosos que adquiriram deficiência visual.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Identificar o momento de ocorrência da deficiência visual na vida do idoso e suas relações com diferentes contextos de formação;
- conhecer os fatores de risco e de proteção vivenciados pelos idosos;
- descrever as formas de enfrentamento utilizadas por esses idosos com deficiência visual nos seus diferentes contextos de vida.

1.2 Delimitação do Estudo

Esta pesquisa foi desenvolvida no Centro de Prevenção e Reabilitação de Deficiência da Visão – Próvisão, localizado na cidade de São José dos Campos, interior do estado de São Paulo. Instalado em uma área de 22 mil metros quadrados, a instituição conta com uma capacidade de atendimento de aproximadamente 2 mil pessoas por dia. O campus da

No ano de 1999, a instituição passou a atuar na área hospitalar, o Hospital “Argia-Santa Luzia”, que permitiu o atendimento gratuito para a população de São José dos Campos e Região com a realização de consultas, exames e cirurgias oftalmológicas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Atualmente, a referida instituição conta com um quadro de 550 funcionários, os quais realizaram, no primeiro semestre de 2016, 148.410 atendimentos no hospital, e o Centro de Reabilitação realizou 9.628 atendimentos às pessoas com deficiência visual e seus familiares e, diariamente, cerca de 2 mil pessoas passam pelos serviços oferecidos na instituição nos diferentes setores.

É válido ressaltar que, em agosto de 2014, o Próvisão aderiu ao programa para aquisição do selo “Hospital Amigo do Idoso”. Sua adesão compõe o programa governamental “São Paulo Amigo do Idoso”, decreto 58047/2012, que realiza ações de acolhimento dessa população com o intuito de valorizar e preservar a autonomia e independência dos idosos.

Em relação ao número de atendimentos realizados a esta população, no ano de 2014 foram atendidos 301.512 pacientes, entre eles 43,54% eram idosos, ou seja, 130.345 idosos foram atendidos na instituição neste período. Em seu Centro de Prevenção e Reabilitação de Deficiência da Visão são atendidas, mensalmente, aproximadamente 240 pessoas com deficiência visual, associada ou não a outras patologias, de faixas etárias entre 1 e 90 anos de idade. Dessa população, 5% são idosos, que hoje representam doze pessoas acima de sessenta anos.

A instituição mantém como missão proporcionar serviços especializados na área de oftalmologia e na reabilitação da pessoa com deficiência visual, com o propósito de melhoria da qualidade de vida desta população. Em sua visão institucional, consta o desejo de ser reconhecida nacionalmente pela excelência na prestação de serviços oftalmológicos e na reabilitação da pessoa com deficiência visual, assim como ser reconhecida regionalmente pelo atendimento a outras especialidades médicas. Por fim, seus valores respaldam-se no respeito à vida, ética, humanização, comprometimento, equidade, responsabilidade social e sustentabilidade.

1.3 Relevância do Estudo

A relevância pessoal do tema em estudo deve-se à biografia profissional do pesquisador apresentada na introdução, cuja prática impulsionou à formulação do problema de pesquisa aqui já evidenciado.

Do ponto de vista da relevância social, a pesquisa sobre o processo de resiliência em

idosos com deficiência visual é de grande importância para os profissionais que atuam na reabilitação com esse público. Portanto, espera-se que a maior compreensão sobre esta temática e os desafios que enfrentam após o evento da deficiência visual tenha maior visibilidade e impacto social.

Na fase da velhice, tudo indica que a resiliência cumpre o importante papel de facilitador no enfrentamento das dificuldades físicas, psicológicas e sociais, que geralmente ocorrem em vários âmbitos da vida. O processo de resiliência apresenta aspectos significativos para o desenvolvimento do ser humano, pois possibilita desenvolver capacidades de enfrentamento perante situações adversas. Além disso, propicia que o ser humano amplie sua percepção frente a situações que exijam elaboração e planejamento no seu cotidiano, como no caso dos déficits visuais.

Observa-se que na deficiência, em especial na deficiência visual, há uma privação do estímulo visual, visto que a visão é o principal sentido para interação do ser humano com o ambiente. Logo, pode acarretar comprometimentos à pessoa em âmbito cognitivo, motor e sensorial. Quase todas as pessoas poderão, em um dado momento do ciclo de vida, vir a adquirir algum tipo de deficiência, mas as que vivem esta experiência na velhice poderão encontrar mais dificuldades, uma vez que impactam a capacidade funcional.

Temas relacionados ao envelhecimento populacional têm sido objeto de pesquisa em destaque nos últimos 25 anos, visto como uma prioridade do século XXI devido ao aumento do tempo médio de vida da população (BRANDÃO; MERCADANTE, 2009). Segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, PNUD (2014), 46% das pessoas com 60 anos ou mais apresentam alguma deficiência e enfrentam limitações na participação plena na sociedade. Para o IBGE, no Censo (2010) o total de pessoas no país com idade acima de 60 anos que apresentam deficiência visual entre homens e mulheres correspondia a 9.200.079 pessoas.

A relevância científica deste tema é realçada no tópico de revisão da literatura deste trabalho, ressaltando o incremento dos estudos no meio acadêmico, os principais resultados auferidos pelas investigações e revestindo o fenômeno do envelhecer humano de objeto de grande interesse para as inúmeras áreas das ciências.

Pretendeu-se com este estudo contribuir para os espaços de discussão e conhecimento acerca do envelhecimento associado à deficiência visual. As seções a seguir apresentam o tema, retratando de forma ampla estas questões.

1.4 Organização do Projeto

Este estudo é composto por seções cuja preocupação foi descrever os conceitos e fundamentos sobre o tema em discussão, expondo as contribuições de pesquisadores e autores da área e o percurso desta pesquisa.

Inicialmente, os aspectos gerais da pesquisa foram apresentados em relação aos seus objetivos e suas justificativas.

A seção seguinte, correspondente à revisão da literatura, no qual procurou apresentar a abrangência e relevância da temática em questão, utilizando-se de pesquisas científicas oriundas especialmente de bases de dados eletrônicas.

A fundamentação teórica contemplou o Processo de Envelhecimento Humano, os Eventos de Vida/Eventos Críticos, o Cenário Contemporâneo da Deficiência Visual, o Constructo da Resiliência e o Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano, utilizados como guia para a análise e discussão do objeto de pesquisa.

A próxima seção apresentou o percurso metodológico, com a descrição dos instrumentos utilizados, o tipo de pesquisa e os procedimentos para coleta e análise de dados.

Na seção referente aos Resultados e Discussão, as informações coletadas por meio dos instrumentos foram sistematizadas e analisadas.

As Considerações Finais procuraram responder os objetivos pretendidos, assinalando as limitações do estudo e os encaminhamentos de novos objetos de pesquisa.

A seguir, apresenta-se uma revisão da literatura a respeito do tema em pauta.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Revisão da Literatura

O estudo iniciou-se com o levantamento bibliográfico que teve como objetivo localizar as publicações sobre o tema resiliência e envelhecimento associados ao idoso com deficiência visual para mapear e discutir a seleção das produções acadêmicas disponíveis na literatura científica nacional e internacional.

A busca em periódicos nacionais foi feita nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoa de Nível Superior (CAPES), enquanto a busca internacional foi feita nas bases de dados *PubMed* e *PsycINFO*. A revisão ocorreu durante o período dos meses de março e abril de 2017, usando os termos: Resiliência e Deficiência Visual, Resiliência e Idoso, Deficiência Visual e Idoso, Teoria Ecológica, Teoria Bioecológica de Desenvolvimento Humano, *Resilience and Visual Impairment*, *Resilience and Elderly*, *Visual Impairment e Elderly*, *Ecological Theory*, *Bioecological Theory, of Human Development*.

O levantamento circunscreveu-se ao período de 2012-2017, considerando-se os seguintes critérios: optou-se por identificar apenas os artigos; foram selecionados artigos que contemplassem os assuntos abordados nesta pesquisa; foi feita a leitura dos resumos com o objetivo de identificar os estudos que abordassem a resiliência e o idoso, resiliência e a deficiência visual, deficiência visual e idoso, Teoria Ecológica e Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano; a organização do critérios foi feita por bases de dados. Para discussão dos artigos, foi realizada a separação das bases de dados nacionais e internacionais; optou-se por dividir os estudos em categorias a partir do tema em questão e pelas bases de dados nacionais e internacionais.

Como foram selecionados somente os artigos que contemplaram a temática do estudo, foram excluídas as publicações que remeteram à resiliência nas áreas de ciências Exatas, bem como as produções que retrataram a resiliência em crianças e adolescentes.

A tabela 1 apresenta a distribuição dos materiais levantados de acordo com as bases de dados consultadas, com o intuito de facilitar a visualização.

Tabela 1 - Distribuição dos Materiais por Base de Dados Consultada

TERMOS DE BUSCA	BASE DE DADOS			
	SCIELO	CAPES	PUBMED	PSCYCINFO
Resiliência e Idoso	9	5	65	41
Resiliência e Deficiência Visual	1	0	0	5
Deficiência Visual e Idoso	3	10	365	23
Teoria Ecológica	3	8	53	129
Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano	8	8	5	4
Total	24	31	488	202

Fonte: dados da pesquisa.

Por meio da leitura dos resumos, foram eleitos os artigos que constam no quadro 1, selecionados nas bases de dados nacionais representados pelos autores: Pereira e Barbosa (2016), Chaves e Gil (2015), Fontes *et al.* (2015), Sousa e Miranda (2015), Fontes e Neri (2015), Campos *et al.* (2015), Crispim e Ferreira (2015), Brito *et al.* (2015), Freitas *et al.* (2015), Navarro *et al.* (2015), Rocha e Ciosak (2014), Gutierrez Filho *et al.* (2014), Bodsten *et al.* (2014), Fontes e Brandão (2013), Melo *et al.* (2013), Ferreira *et al.* (2012), Veras (2012), Cruz *et al.* (2012), Amaral *et al.* (2012).

Quadro 1 - Caracterização dos Estudos Acessados

Referência	Objetivos	Síntese das produções
Pereira e Barbosa (2016)	Discutir como os sujeitos envolvidos na aplicação do instrumento fazem uso do conceito de deficiência e as possíveis implicações para a garantia do direito à aposentadoria.	São relatados diferentes conceitos de deficiência dos profissionais e das pessoas com deficiência. O conceito de deficiência é muitas vezes captado pela perícia médica.
Chaves e Gil (2015)	Verificar e analisar a concepção do idoso sobre espiritualidade e como esta interfere em sua qualidade de vida.	A espiritualidade confere ao idoso apoio, sentimento de bem estar e reações positivas frente a adversidade. Interfere positivamente na qualidade de vida do idoso.

Fontes et al. (2015)	Comparar grupos de idosos resilientes e não resilientes de um ambulatório de geriatria em relação a dados sociodemográficos (idade, gênero, escolaridade, renda mensal), funcionalidade (atividades básicas da vida diária - ABVD e atividades instrumentais da vida diária - AIVD), cognição e sintomatologia depressiva.	A resiliência psicológica influencia na manutenção funcional do idoso a situações em que geram sintomas depressivos. Além disso, a resiliência é um importante fator protetor para idosos acometidos por doença crônica.
Sousa e Miranda (2015)	Pretendeu-se entender o contexto da preparação e educação do adulto que visa preparar o ser humano para enfrentar, na sua velhice, uma vida participativa bem sucedida em todos os contextos relacionais.	Neste estudo, a resiliência é apresentada como possibilidade de desenvolver capacidades necessárias que se sobrepõem às adversidades cotidianas, superando-as e transformando-as, em diferentes níveis de construção de uma vida pessoal e profissional significativa, saudável e construtiva.
Fontes e Neri (2015)	Apresentar conceitos de resiliência psicológica em idosos, associados aos modelos teóricos dominantes e descrever os principais dados encontrados em revisão de literatura internacional e brasileira, no período 2007 – 2013.	Verifica-se que a pesquisa sobre resiliência no Brasil vem crescendo nos últimos anos, contudo ainda é escassa quando comparada aos temas em saúde e funcionalidade.
Campos et al. (2015)	Construir um indicador de envelhecimento ativo e testar sua associação com qualidade de vida e possíveis determinantes segundo gênero.	Os determinantes para um envelhecimento ativo são caracterizados por uma melhor qualidade de vida e participação em grupos.
Crispim e Ferreira (2015)	Estimar a prevalência de deficiência auditiva referida e fatores associados em idosos da cidade de Manaus.	Os participantes do estudo referiram sobre a dificuldade auditiva e receberam orientação e encaminhamento, com prioridade, para o Sistema Único de Saúde para atendimento no setor de diagnose em otorrinolaringologia. A análise multivariada demonstrou associação com a perda auditiva, viver sozinho, AIVD, doenças osteomusculares, labirintite, mal de Parkinson, dificuldades de compreensão e de comunicação.
Brito et al. (2015)	Verificar as Representações Sociais de idosos acerca da deficiência física.	Constata-se que há uma dependência física e psíquica por parte dos idosos em relação a seus familiares e/ou pessoas próximas devido ao estado em que se encontram, por estarem impossibilitados de desenvolver algumas atividades do dia a dia, por não conseguirem andar normalmente, não poderem movimentar-se e pela necessidade de um maior afeto e carinho. Acreditam na importância de se ter alguém da família para

		acompanhá-los, ajudando-os no que precisam, obtendo-se assim maior apoio e bem-estar.
Freitas et al. (2015)	Descrever o perfil dos idosos vítimas de acidentes de trânsito e quedas a partir dos dados do Inquérito de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA).	As quedas mais associadas com complicações ocorreram dentro do domicílio e não estão associadas ao uso de álcool e nem a acidentes de trabalho. Ocorrem em sua maioria da própria altura, e especial atenção deve ser dispensada no planejamento dos serviços a idosos, como a atenção domiciliar, tendo em vista o alto risco de fraturas e de lesões em geral.
Navarro et al. (2015)	Verificar a diferença da percepção de idosos jovens e longevos do Rio Grande do Sul quanto ao ambiente urbano em que vivem.	Este estudo demonstrou a diferença de percepção que os idosos jovens e longevos gaúchos possuem do ambiente urbano em que vivem.
Rocha e Ciosak (2014)	Identificar e compreender o papel da espiritualidade no manejo da doença crônica no idoso.	Os dados obtidos revelaram um modo de enfrentamento individual, em que a força interior dos pacientes estimula o autocuidado e a responsabilização pelo manejo da patologia. Além disso, sob a ótica do conceito de espiritualidade, a família assume significado da existência para muitos participantes do estudo, ressaltando a importância da presença dos familiares no contexto social dos idosos, portadores ou não de doença crônica.
Gutierrez Filho et al. (2014)	Analisar as relações entre a qualidade de vida e nível de atividade física em idosos de ILPLs.	Idosos com deficiência, residentes em Instituições de Longa Permanência que ficam menos tempo sentados estão associados a maiores escores de qualidade de vida.
Bodsten et al. (2014)	Contribuir para o aumento da resiliência da população idosa, no âmbito da Proteção e Defesa Civil, por ocasião de eventos críticos.	Os instrumentos de políticas públicas em relação à longevidade e melhoria da qualidade atendem parcialmente.
Fontes e Brandão (2013)	Investigar, na perspectiva do paradigma bioecológico, a resiliência no contexto do esporte de alto rendimento no basquetebol feminino.	As relações interpessoais e familiares são sistemas ecológicos importantes para o fortalecimento e envolvimento na prática do basquetebol.
Melo et al. (2013)	Conhecer se o sentido de vida pode moderar a relação entre o estresse e a qualidade de vida em idosos.	Os resultados sugerem que o sentido de vida desempenha uma função moderadora da relação do estresse na QV Geral dos idosos, atuando como um recurso protetor. Intervenções reguladas pelos pressupostos teóricos da Logoterapia podem ser uma importante ferramenta para trabalhar a Qualidade de Vida e saúde dos idosos.
Ferreira et al. (2012)	Avaliar a capacidade de resiliência, a autoestima e o apoio social em idosos por meio de um estudo exploratório com uma amostra por conveniência constituída por idosos usuários da rede pública de saúde do município de Natal-RN, Brasil.	Enfatiza o conceito de resiliência caracterizando os fatores de proteção. Verificou que a resiliência e os fatores de proteção encontrados nessa pesquisa propiciam uma vivência saudável na fase de envelhecimento.
		O modelo de atenção à saúde do idoso

Veras (2012)	Apresentar questões relativas à iniciativa da ANS, da UnATI/UERJ, que, ao longo de 18 anos de existência, vem trilhando o tema de novos modelos cuidado.	deve conter um fluxo que atendam ações de educação, promoção à saúde, prevenção de patologias e cuidados voltados à reabilitação.
Cruz et al. (2012)	Estimar a prevalência de deficiência auditiva referida por idosos do município de São Paulo no ano de 2006 e analisar seus possíveis fatores associados.	Relatos de tontura ou vertigem, deficiência visual referidos e de dificuldades para utilizar o telefone se associaram à prevalência da deficiência auditiva. Vale ressaltar que o desenho transversal dessa análise não permite a inferência da causalidade desses fatores.
Amaral et al. (2012)	Analisar quais variáveis se associam com a dificuldade no acesso de idosos com deficiência aos serviços de saúde.	Enfatiza-se a necessidade de reformulação do cuidado ao idoso e reorganização dos serviços de saúde. O contingente idoso recebe tutela constitucional na garantia de seus direitos, sendo primordial que o governo assegure o acesso dos idosos aos sistemas de saúde. Fatores como a ausência de barreiras arquitetônicas, existência de transporte adaptados e de boa qualidade, facilidades de marcação de consultas com baixo tempo de espera são necessários para viabilizar o acesso à saúde.

Fonte: dados da pesquisa.

Estes artigos foram analisados e sistematizados por categorias, gerando o conjunto de produções que segue.

1ª Categoria: implicações do processo de envelhecimento na velhice.

Nesta categoria, são resumidos os estudos sobre as características do envelhecimento humano, a qualidade de vida do idoso e as consequências deste processo.

Constata-se que o envelhecimento humano é um tema em ascensão nas últimas décadas, principalmente por conta do aumento da longevidade do idoso. Caracterizado por um processo dinâmico, em que são geradas transformações de ordem física, psíquica e social, este fenômeno vem atrelado a condições desfavoráveis de saúde, quando há impactos sobre o seu desenvolvimento ou ambientes que não beneficiem (SOUZA; MIRANDA, 2015; BODSTEIN *et al.*, 2014; FONTES; BRANDÃO, 2013; FERREIRA *et al.*, 2012).

Na velhice, a saúde pode ser afetada por perdas e mudanças corporais, como a redução de mobilidade, tendo como consequência a ocorrência de quedas e de perda da força muscular, o que muitas vezes leva a um estigma de incapacidade e improdutividade (BRITO *et al.*, 2015; FREITAS, 2015).

Nos artigos selecionados, observou-se que o idoso que vivencia o envelhecimento de

forma bem-sucedida amplia suas relações sociais, bem como a qualidade no desempenho de suas funções ocupacionais de forma autônoma e independente (CAMPOS *et al.*, 2015; NAVARRO *et al.*, 2015; GUTIERRES FILHO *et al.*, 2014). Além disso, para a velhice com qualidade, a participação social ativa do idoso e o desempenho de atividades significativas no seu contexto são precursores de fatores protetores de saúde, maximizando sua capacidade de resiliência. Assim, o envelhecimento ativo pode proporcionar melhor percepção de saúde deste idoso, auxiliando em sua funcionalidade e capacidade de se adaptar a situações adversas que se reflete em autoestima, autoeficácia, autonomia e independência (CAMPOS *et al.*, 2015; FONTES *et al.*, 2015).

No entanto, conforme o envelhecimento ocorre, a fragilidade torna-se mais presente, levando o idoso à susceptibilidade a fatores vulneráveis e maior frequência de eventos críticos (BODSTEIN *et al.*, 2014). O aparecimento de doenças compromete de forma geral a saúde, e o desenvolvimento de deficiências emerge como um evento crítico a ser considerado (AMARAL *et al.*, 2012). Independentemente de sua etiologia, a deficiência pode gerar limitações e prejuízos na capacidade funcional do indivíduo, dependência em atividades diárias, aos serviços de saúde e ao serviço social, sendo importante buscar seus direitos enquanto pessoa com deficiência, especificamente em relação aos cuidados com a sua saúde (PEREIRA; BARBOSA, 2016). O idoso que se tornou deficiente constitui uma demanda aos serviços públicos hoje com maior prevalência (CRISPIM; FERREIRA, 2015; CRUZ *et al.*, 2012; AMARAL *et al.*, 2012). Para tanto, programas de prevenção e promoção ao cuidado da saúde merecem atenção, haja vista que esta população tende a adquirir doenças, deficiências e por se apresentar de forma crescente nas últimas décadas (VERAS, 2012).

O declínio funcional, a fragilidade, institucionalização ou aquisição de uma deficiência, além do próprio ambiente, por exemplo, são elementos significativos para se entender aspectos de riscos na velhice e o desenvolvimento da resiliência nesta fase de vida (BODSTEIN *et al.*, 2014; GUTIERRES FILHO *et al.*, 2014; MELO *et al.*, 2013; FERREIRA *et al.*, 2012). Quanto maiores forem os agentes estressores na velhice, maior pode ser a exigência por adaptabilidade destes idosos.

De acordo com Ferreira *et al.* (2012, p. 328), a resiliência é salientada enquanto uma capacidade do indivíduo que está em situação vulnerável de transformar situações de risco em potencialidades. As autoras atentaram para o estudo com o público idoso devido aos fatores de riscos que se desenvolvem em decorrência de diferentes situações de adversidade na velhice que comprometem a sua independência e autonomia. Focalizaram a fase da velhice e o envelhecimento como assuntos importantes para exemplificar como ocorre o processo de

resiliência no idoso.

Na próxima categoria, se apresenta o processo de resiliência na velhice.

2ª Categoria: processo de resiliência na velhice.

Sabe-se que o estudo da resiliência é contemplado na literatura nacional e internacional e teve o seu desenvolvimento, primeiramente, pelas ciências Exatas, sendo difundida posteriormente a outras áreas como a Biológicas e Humanas (FONTES; NERI, 2015).

Na Psicologia, o estudo da resiliência é relativamente recente e tem como característica considerar as influências exercidas por situações adversas e a capacidade do indivíduo em se adaptar. Quando retratada na fase da velhice, a pesquisa sobre resiliência envolve as diferentes circunstâncias que cerca o idoso e seus enfrentamentos a estas situações (FONTES; NERI, 2015; FERREIRA *et al.*, 2012). Fatores como saúde fragilizada, ambiente vulnerável à predisposição de fatores de risco ou aquisição de deficiência podem encorajar este idoso a obter respostas adaptativas ao meio em que convive. A presença de eventos estressores, bem como a compreensão desses eventos, o senso de autoeficácia e as experiências subjetivas ao longo do ciclo de vida poderão constituir importantes informações facilitadoras no fortalecimento da resiliência (FERREIRA *et al.*, 2012). A capacidade de enfrentamento é outro aspecto retratado na literatura, e enriquece o estudo da resiliência na velhice. As respostas de enfrentamento se reportam a variáveis conforme o contexto do indivíduo, exigindo maior adaptabilidade, sejam eles de competência pessoal ou coletiva, por meio de recursos sociais (FONTES *et al.*, 2015).

Neste contexto, os artigos de Chaves e Gil (2015) e de Rocha e Ciosak (2014) destacaram a espiritualidade como mecanismo de enfrentamento nesta fase de vida. A espiritualidade é vista como um fenômeno que mobiliza sentimentos positivos e sensação de bem estar, que pode favorecer o enfrentamento do idoso na convivência com uma doença crônica (ROCHA; CIOSAK 2014).

Chaves e Gil (2015) discutiram a melhora da qualidade de vida do idoso quando relacionada ao tema da espiritualidade. As crenças pessoais foram destacadas como um atributo fortalecedor para superar as limitações e as perdas na velhice.

Nestes artigos, constatou-se que os estudos do envelhecimento estão em ascensão nos

últimos anos. Assim como a longevidade, visam discutir a qualidade de vida na velhice, como a população está mais ativa, sendo o ambiente uma fonte facilitadora ou não para essa qualidade.

Por outro lado, as pesquisas também demonstram que, nesta fase de vida, há uma sucessão de perdas que caracterizam transformações no âmbito físico, econômico, social e afetivo. Um importante aspecto abordado foi o surgimento de deficiências nesta fase de vida, contudo verificou-se uma escassez de estudos relacionados à deficiência visual no idoso. Verificou-se que situações adversas acometem o idoso, implicando em fragilidade e nas consequências da perda de autonomia e independência. Assim, o estudo da resiliência constitui-se um constructo diferencial, pois esclarece como esse processo ocorre, bem como as diferentes formas de enfrentamento, possibilitadas pelos fatores protetores.

A seguir, são apresentados no quadro 2 os artigos selecionados na base de dados internacional de estudos como os de Martin *et al.* (2016), Boers e Jentoft (2015), Hashemil *et al.* (2015), Metze *et al.* (2015), Wolf *et al.* (2014), Ebrahimi *et al.* (2013), Renaud e Bédard (2013), Khalaj *et al.* (2013), Ambatil *et al.* (2012), Chen *et al.* (2012), Rodrigues e Neri (2012), Uemura *et al.* (2012) e Kimhi *et al.* (2012).

Quadro 2 – Caracterização dos Estudos Acessados.

Referência	Objetivos	Síntese das produções
Martin <i>et al.</i> (2016)	Verificar a interação entre funções cognitivas e fisiológicas levando a quedas.	A prevenção de quedas devido a deficiências fisiológicas em idosos que vivem na comunidade pode precisar de adaptações baseadas no prejuízo cognitivo, um fator-chave em sua incapacidade para compensar o declínio físico.
Boers e Jentoft (2015)	Discussão do conceito de fragilidade por um novo prisma de saúde.	Sugere que o conceito de fragilidade pode ser utilmente definido como o enfraquecimento da saúde, isto é, a resiliência ou capacidade de enfrentar, manter e restaurar integridade, equilíbrio e sensação de bem-estar em três domínios: físico, mental e social.
Hashemil <i>et al.</i> (2015)	Determinar a prevalência de deficiência visual por idade e sexo em Shahrud.	Embora a prevalência de deficiência visual na cidade de Shahrud foi inferior a dois estudos no país, a correção de catarata poderia minimizar a taxa de deficiência visual nesta população à

		medida que de 85% das causas de deficiência visual.
Metze et al. (2015)	Realizar um estudo com oito casos de grupo familiar para adultos mais velhos e foi selecionado dois casos para análise e comparação.	Os conceitos de autonomia relacional e resiliência fornecem informações sobre o processo de conferência de grupo familiar. A capacidade de uma pessoa para iniciar e manter relações sociais e a sua vontade de pedir ajuda parece essencial para promover mudanças comportamentais.
Wolf et al. (2014)	Analisar a relação entre o volume do BFCS, medido por técnicas automatizadas de morfometria baseadas em Urdidura de imagem e um mapa cito-arquitectónico de núcleos colinérgicos do prosencéfalo e cognição, incluindo inteligência e uma ampla gama de domínios cognitivos específicos (atenção, memória, velocidade de processamento, função executiva e raciocínio lógico) em idosos saudáveis.	Os resultados indicam uma relação limiar entre o sistema colinérgico do prosencéfalo basal e a cognição em que há um alto grau de perda neuronal. É reforçada a hipótese de o BFCS ser um fator de resiliência que poderia explicar o mecanismo do papel potencial do o sistema colinérgico do prosencéfalo basal.
Ebrahimi et al. (2013)	Explorar e identificar influências sobre a experiência de saúde de idosos frágeis.	Enfatizou-se a importância da manutenção da consistência e da previsibilidade na avaliação biopsicossocial de contextos, ou seja, ter uma vida cotidiana manejável cria um sentimento de segurança e fortalece a experiência dos adultos saúde.
Renaud e Bédard (2013)	Descrever a associação entre depressão e qualidade de vida em idosos com deficiência visual.	Considera a alta taxa de prevalência da depressão nesta comunidade e seus efeitos incapacitantes sobre a qualidade de vida, as intervenções para prevenir e tratar a depressão são essenciais. São necessários mais esforços em contextos clínicos para capacitar os profissionais de saúde a identificar idosos com deficiência visual e fornecer tratamento adequado.
Khalaj et al. (2013)	Determinar a prevalência de deficiência visual em idosos médios de Qazvin (Irã).	Os erros refractários, catarata e ambliopia foram os principais distúrbios oculares em idosos de Qazvin.

Ambatil <i>et al.</i> (2012)	Descrever umas das principais causas de cegueira no idoso, a degeneração macular relacionada à idade (DMRI).	A saúde da retina, apesar da lesão, em vez de tentar eliminar numerosas sobreposições merece investigação apreciável na prevenção e tratamento da DMRI. Deve-se modular os mecanismos específicos de enfrentamento de células epiteliais pigmentares da retina, em vez de tentar remover a barreira heterogênea de insultos, é um andaime conceitual intrigante sobre desenvolvimentos terapêuticos futuros.
Chen <i>et al.</i> (2012)	Investigar a prevalência e as causas de deficiência visual em idosos na região leste de Taiwan.	A prevalência de baixa visão na população idosa foi de 4,06%, e a de cegueira foi de 0,82%. Nessa investigação, a prevalência e causas evitáveis de deficiência visual, por exemplo catarata e opacidade corneana, foram elevados nos idosos. Os idosos poderiam, portanto, beneficiar de programas de cuidados oftalmológicos e de prevenção a cegueira.
Rodrigues e Neri (2012)	Investigar relações entre vulnerabilidade social (gênero, idade e renda); individual (comorbidades, sinais e sintomas, incapacidade funcional, suporte social percebido e saúde percebida) e programática (índices de SUS, dependência e de vulnerabilidade social e acesso aos serviços de saúde).	As autoras fazem menção ao conceito de vulnerabilidade, e descrevem a fase de envelhecimento e suas implicações. Consideraram que a divulgação dos dados da pesquisa auxiliarão gestores de serviços de saúde, tanto em unidades básicas como em polos regionais, poderá subsidiar decisões sobre prioridades, aplicação de recursos e treinamento de pessoal na atenção ao idoso.
Uemura <i>et al.</i> (2012)	Investigar a relação entre a atenção visual-espacial durante o movimento e o risco de queda em adultos mais velhos.	A habilidade de ajustar movimentos escalonares volitivos em resposta ao retorno visual é uma habilidade importante que pode ajudar a prevenir quedas durante a caminhada. Poucos estudos têm se concentrado na relação entre a precisão do passo rápido de escolha e o risco de queda, embora muitos tenham examinado a velocidade do pisar voluntário como um indicador de risco de queda.
Kimhi <i>et al.</i> (2012)	Comparar o enfrentamento de idosos um ano após uma guerra.	Os resultados questionam a divisão dos idosos em um grupo vulnerável. O grupo estudado

		indica que os participantes responderam concorrentemente de uma forma mais vulnerável e mais resiliente.
--	--	--

Estes estudos foram sistematizados nas categorias: envelhecimento e deficiência visual na velhice e resiliência na velhice.

1ª Categoria: envelhecimento e deficiência visual na velhice

Pesquisas sobre o envelhecimento normal e patológico abordam perda de sentidos remanescentes como um dos componentes para a aquisição de deficiências (WOLF *et al.*, 2014). No desenvolvimento senil, o risco e os agravos pelas situações adversas se tornam maiores; quedas, alterações visuais, espaciais, dentre outras, limitam o idoso no seu desempenho ocupacional e/ou o leva a uma condição incapacitante (UEMURA *et al.*, 2012).

As implicações sobre o envelhecimento no ciclo de vida do indivíduo ressaltam o risco para o desenvolvimento de vulnerabilidades de natureza biológica, socioeconômica e psicossocial. Estas informações permitem pensar em fatores de risco que os indivíduos possam enfrentar com o envelhecimento, principalmente na fase da velhice em que são propensos a “doenças crônicas, incapacidade física, déficits cognitivos e emocionais” (RODRIGUES; NERI, 2012, p. 129).

Neste contexto, observa-se que questões voltadas à manutenção da saúde do idoso são mais iminentes, pois as perdas funcionais nesta fase de vida estão cada vez mais associadas ao envelhecimento e à fragilidade (EBRAHIMI *et al.*, 2013). Na presença da fragilidade, como mencionado por Martins *et al.* (2016), os riscos se tornam ampliados, promovendo maiores ocorrências de deficiências (BOERS; JENTOFT, 2015), sendo a visual a deficiência com mais evidência na velhice (RENAUD; BÉDARD, 2013).

Como descrito nas pesquisas de Hashemil *et al.* (2015), Khalaj *et al.* (2013), Renaud e Bédard (2013), a deficiência visual é uma questão de saúde pública, sendo cada vez mais presente no idoso. O estudo de Chen *et al.* (2012) descreve os desafios nos serviços de saúde que, no âmbito da prevenção, a cegueira inclui déficits aos cuidados inadequados de serviços oculares, atraso no tratamento e o próprio estilo de vida.

De acordo com Khalaj *et al.* (2013), o estilo de vida inadequado, tais como tabagismo e má alimentação, alteram a qualidade de vida dos idosos, o que maximiza a tendência a

distúrbios oculares. Sobre as patologias oculares no idoso, os estudos de Renaud e Bédard (2013), Khalaj *et al.* (2013) e de Ambatil *et al.* (2012) apresentaram a Degeneração Macular Relacionada a Idade (DMRI) como uma das principais causas de cegueira.

Outras patologias oftalmológicas também foram mencionadas nos estudos sobre a deficiência visual, destacando-se a RD, o glaucoma e a catarata.

2ª Categoria: características da resiliência na velhice

A resiliência na velhice é experimentada de forma individual ou coletiva, conforme as situações adversas com que cada idoso é exposto. O estudo de Ebrahimi *et al.* (2013) retrata a resiliência no processo de envelhecimento como a capacidade do indivíduo de viver o ciclo de vida de forma significativa, não obstante a adversidades. Segundo Kimhi *et al.* (2012), com o aumento da idade, há maior capacidade de enfrentamento devido a maior exposição ao estresse.

Do ponto de vista da saúde do idoso, a resiliência foi apresentada na forma de restauração do equilíbrio das funções física, mental e social (BOERS; JENTOFT, 2015), um importante fator para um envelhecimento saudável.

O processo de resiliência facilita um papel intrapessoal, ou seja, o indivíduo vai vivenciando diferentes situações no decorrer de sua vida que resultam em sua maior adaptabilidade às circunstâncias que se configuram como ameaçadoras e desafiadoras (METZE *et al.*, 2015), principalmente na velhice, em que essas situações são mais iminentes.

Com esta seleção, pode-se verificar maior atenção relacionada à deficiência visual na velhice, porém não foram encontrados estudos que investigassem a deficiência visual e o processo de resiliência, atreladamente. Houve maior preocupação em estudos voltados à saúde ocular de idosos devido ao aumento de deficiência visual neste público, assim como medidas como prevenção e cuidados com a qualidade de vida também foram ressaltados.

Em síntese, a revisão da literatura sobre resiliência e o idoso com deficiência visual, no período 2012 a 2017, permitiu constatar que a resiliência é um constructo importante para o ser humano no seu desenvolvimento, atuando em questões voltadas ao envelhecimento, bem como os fatores adversos na velhice, como a fragilidade e o próprio evento crítico da deficiência.

A produção de artigos de pesquisa sobre resiliência associada ao idoso tem se destacado na literatura brasileira, porém pesquisas voltadas especificamente ao idoso com

deficiência visual ainda são escassas. Em publicações internacionais, a resiliência já é mais discutida atualmente em relação ao público idoso, mas com ausência de investigações sobre sua correlação com deficiência visual.

Sobre a TBDH descrita por Bronfenbrenner, nesse levantamento não foram identificados estudos com idosos nela fundamentados. Observou-se que artigos não selecionados abordavam a teoria, porém o público alvo era o infanto-juvenil, especialmente em situação de risco. Cabe mencionar que essa síntese de artigos acessados contemplou uma pequena parcela da literatura indexada nas bases de dados nacional e internacional, contudo, considera-se pelos achados que o tema em questão é de relevância para uma abordagem integral do indivíduo e nos contextos os quais esse transita.

A seguir, apresenta-se a fundamentação teórica desse estudo, sobre Envelhecimento Humano, Eventos de Vida/Eventos Críticos, Cenário Contemporâneo da Deficiência Visual, Constructo Psicológico da Resiliência e o Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano.

2.2 Questões sobre o envelhecimento humano

“Desejo que você, sendo jovem, não amadureça depressa demais e, sendo maduro, não insista em rejuvenescer, e que sendo velho, não se dedique ao desespero. Porque cada idade tem o seu prazer e a sua dor e é preciso que eles escorram entre nós.”

Victor Hugo

Iniciar uma reflexão sobre o envelhecimento humano é perceber e vivenciar o desenvolvimento como mudanças e transformações no ciclo de vida, pois “cada ser humano é uma pessoa única, desde o primeiro momento da vida é um todo uno, integrado e organizado” (PESSINI; SIQUEIRA, 2013, p. 200). O desenvolvimento pode ser caracterizado pela progressão da pessoa em diversas etapas: infância, adolescência, juventude, idade adulta e a velhice, popularmente chamada de terceira idade.

De acordo com Papaléo Netto (2013), pode-se entender o envelhecimento como um processo, e a velhice como uma fase da vida que o velho ou idoso compõe um conjunto cujos elementos se inter-relacionam. O autor considera:

[...] o envelhecimento, como admite a maioria dos biogerontologistas, como a fase de todo um continuum que é a vida, começando esta com a concepção

e terminando com a morte. Ao longo desse (continuum é possível observar fases de desenvolvimento, puberdade e maturidade, entre as quais podem ser identificados marcadores biofisiológicos que representam limites de transição entre as mesmas) (PAPALÉO NETTO, 2013, p. 72).

Nesta mesma direção, Cunha e Jeckel-Neto (2002, p. 13) afirmaram que:

[...] o tema envelhecimento é frequentemente empregado para descrever as mudanças morfofuncionais ao longo da vida, que ocorrem após a maturação sexual e que, progressivamente, comprometem a capacidade de resposta dos indivíduos ao estresse ambiental e à manutenção da homeostasia.

Na fase da velhice, além das transformações morfofuncionais, as características naturais do envelhecimento podem evidenciar a diminuição da capacidade funcional, redução da capacidade de trabalho e da resistência e perdas dos papéis sociais, psicológicos, motores e afetivos (PAPALÉO NETTO, 2013). Todavia, o curso do envelhecimento não ocorre de forma homogênea entre as pessoas que apresentam a mesma idade cronológica, pois esses apresentam diferentes condições fisiológicas (CUNHA, 2013).

Segundo Peres (2004), a velhice “é um território desconhecido e particular a cada um” (PERES, 2004, p. 10). Este pensamento permite que cada ser humano viva experiências novas e descubra em si e no outro características que a fase pode proporcionar. Nesta perspectiva, Neri (2013, p.15) reflete que:

Os padrões típicos da senescência, ou velhice normal, interagem com aqueles que são característicos do envelhecimento dos indivíduos, dos grupos de idade e das populações, em diferentes contextos nacionais e temporais. Os estilos de vida adotados ou impostos pelas circunstâncias e os efeitos acumulativos da exposição a riscos socioeconômicos e biológicos ao longo da existência, desempenham papel importante na determinação das formas de envelhecer.

O envelhecimento também pode ser caracterizado como um processo dinâmico, progressivo, multidimensional e singular, o qual pode ocorrer alterações morfológicas e funcionais, gerar influências ou não à perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente (SOUZA; MIRANDA, 2015; CASSIANO, 2008). Portanto, considera-se que o desenvolvimento e envelhecimento são processos multidimensionais e multidirecionais que englobam um equilíbrio entre vantagens e limitações (NERI, 2004).

Assim, como a trajetória de desenvolvimento durante o ciclo de vida, o envelhecimento é um processo complexo e dinâmico que proporciona aos estudiosos aprimorar e ampliar a reflexão sobre o indivíduo de forma integral. Ou seja, são

transformações e mudanças que acontecem no desenvolvimento humano que podem ser de ordem física, psicológica ou social, nos aspectos biológicos e epistemológicos (BRITO *et al.*, 2015; PAPALÉO NETTO, 2013; NERI, 2014). Autores como Schroots e Birren (1990 *apud* NERI, 2014, p. 14) dividiram o envelhecimento em: envelhecimento primário ou normal (senescência), envelhecimento secundário ou patológico (senilidade) e o envelhecimento terciário ou terminal. Em relação à senescência, que mais interessa a esta pesquisa, se caracteriza como um processo gradual que atinge todos os seres humanos. Há perdas das funções fisiológicas, comprometimento psicomotor e comprometimento gradual das funções cognitivas básicas.

Conforme Bicalho e Cintra (2013), é possível observar o reflexo do envelhecimento no desequilíbrio do sistema celular no que tange ao transporte e absorção de substâncias como glicose, lipídeos, dentre outros. Há também um conjunto de alterações no sistema biomecânico que resultam em diminuição da densidade óssea, tônus muscular, enfraquecimento dos componentes ligamentares e na irrigação de todas essas estruturas.

As modificações nos sentidos remanescentes, como perda da frequência auditiva, diminuição da capacidade discriminatória nas sensações ao olfato e paladar e o risco da aquisição de patologias oftalmológicas resumem-se em “privações sensoriais” que influenciam o “declínio cognitivo, o isolamento social e transtornos depressivos”, como o envelhecimento do sistema nervoso, um fator facilitador para o declínio dessas funções (BICALHO; CINTRA, 2013, p. 47). Os autores ainda destacam a redução de respostas adaptativas do sistema imune que se correlacionaram a incidências de quedas e fraturas devido a não absorção de vitaminas e hormônios, essenciais para o adequado funcionamento do organismo, além de contribuírem para a instalação de enfermidades cardiovasculares e respiratórias.

Já a senilidade é associada a doenças que podem ser desenvolvidas no envelhecimento, como por exemplo as doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e o próprio envelhecimento patológico do sistema nervoso, que gera impacto significativo no cotidiano do idoso por colaborar com perdas de funções executivas como atenção, memória, planejamento, dentre outros; e pelo surgimento de transtornos mentais como transtornos afetivos e psicóticos (SOUZA; TEIXEIRA, 2013, p. 100; NICOLATO; ALVARENGA, 2013). Com o aumento da senilidade, em função das complicações clínicas e progressão de algumas patologias, essas podem ocasionar deficiências no idoso, como a deficiência visual adquirida (NERI, 2014). Lembra-se também da contribuição de fatores ambientais no desenvolvimento de eventos patológicos, como condutas inadequadas de alimentação,

fazendo com que o idoso se torne mais frágil e suscetível a um envelhecimento senil (BARRETO, 2005).

Com relação ao progresso de algumas patologias no idoso, Oliveira (2005, p.220) menciona:

O processo de doença, por si só, já é fator de isolamento ao idoso que, perdendo sua integridade deixa de almejar o futuro, de planejar e atuar em objetivos, perde a vontade de criar; de participar, se integrar, divertir. Se o processo for de tal importância que leve à completa limitação ou incapacidade, os pacientes perdem até mesmo a capacidade de decidir por si próprios sobre a sua vida.

O envelhecimento terminal se caracteriza por perdas significativas, sejam elas de ordem física e/ou cognitiva, em um curto período de tempo, tratando-se assim de uma fase da velhice (NERI, 2014).

Conforme os avanços nos estudos sobre o envelhecimento, novos significados foram estabelecidos, como o envelhecimento bem-sucedido, reconhecido por gerontólogos como Butler (1963) e Birren (1964) (WONG, 1989). A definição de envelhecimento ou velhice bem-sucedida correlaciona-se ao bem estar físico e psicológico a uma boa capacidade adaptativa de saúde (WONG, 1989). É relevante citar que o termo “envelhecimento bem-sucedido” foi alvo de críticas devido ao seu conteúdo ideológico vinculado a *status* social. Apesar das tentativas de substituí-lo por outras nomenclaturas de envelhecimento, dentre elas o “envelhecimento ativo”, “envelhecimento saudável”, o termo “bem-sucedido” permanece em uso (NERI, 2014).

Recentemente, o modelo de envelhecimento com maior destaque em nível mundial é o do envelhecimento ativo, operacionalizado a partir de perspectivas ampliadas de saúde (MENDES *et al.*, 2014), que designam três pontos da estrutura do envelhecimento ativo: saúde, participação social e segurança. Com base nesses pilares, o envelhecimento ativo busca uma integração da qualidade de vida do idoso na sociedade com a valorização da sua individualidade, função e autonomia, com o propósito de possibilitar sua participação como cidadão com garantia de direitos e deveres. Tal perspectiva remete a uma vertente positiva sobre o envelhecimento, que busca romper o paradigma da incapacidade e preconiza a ótica de saúde voltada para a capacidade e participação social do idoso, na qual o integra e busca não o excluir.

Compreender essas definições e a temática do envelhecimento permite refletir sobre uma participação mais efetiva do idoso na sociedade, com uma transição positiva para essa

fase de vida que, em função da maior longevidade da população, apresenta destaque no crescimento nos últimos anos.

Sobre o público idoso, Brandão e Mercadante (2009) mencionam que “a lei brasileira estabelece a marca etária de 60 anos como o ‘início’ do envelhecimento” (BRANDÃO; MERCADANTE, 2009, p. 23). Em países com maior desenvolvimento, a idade é de 65 anos. Desse grupo etário de 60 anos ou mais, espera-se um aumento equivalente ao dobro no período de 2000 a 2020, passando de 13,9 para 28,3 milhões no Brasil, com crescimento em 2050 previsto para 64 milhões. A projeção para 2030 é de que o número de idosos superará o de crianças e adolescentes menores de 15 anos de idade em aproximadamente 4 milhões, diferença que aumenta para 35,8 milhões no ano de 2050 (ÁVILA; ALVES; NISHI, 2015).

Assim, o Brasil apresentará uma das maiores taxas de crescimento da população idosa entre os países mais populosos do mundo segundo o Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO) (ÁVILA; ALVES; NISHI, 2015). Neste sentido, quanto maior a idade, maiores as chances de um organismo apresentar alguma deficiência e, por consequência, a prevalência da deficiência visual (ÁVILA; ALVES; NISHI, 2015).

Segundo os dados do IBGE, no Censo (2010) a prevalência de pessoas com deficiência por faixa etária está em 41,81% para idosos acima de 65 anos no Brasil, ultrapassando o público infantil, jovem e adulto. Com relação à distribuição de deficiência visual no Brasil por gênero, nesta mesma faixa etária há uma maior prevalência em mulheres, inclusive no estado de São Paulo. Cabe destacar que estes dados referem-se ao Censo de 2010, pois não houve atualização desses dados até a presente data.

Com base no Relatório Mundial sobre a Deficiência (2011), Censo (2010) e a OMS, verificou-se que na população idosa há um crescimento de doenças crônicas, como o Diabetes Melito, uma das causas frequentes de cegueira no idoso, chamada de Retinopatia Diabética.

Nota-se que há um crescimento do Diabetes Melito na população brasileira, principalmente no público idoso. Além de limitações que o processo de envelhecimento ocasiona no idoso, o diabetes pode prejudicar de forma significativa por meio de complicações como amputações, nefropatias, complicações cardiovasculares, encefálicas e a cegueira, ocasionando assim uma diminuição na qualidade de vida deste idoso, por conseguinte, em suas funções ocupacionais (FRANCISCO *et al.*, 2010). O diabetes apresenta também “carga adicional à sociedade, em decorrência da perda de produtividade no trabalho, aposentadoria precoce e mortalidade prematura” (ROSA; DUTRA, 2006, p. 9).

Em decorrência ao diabetes, a RD pode ser considerada a mais importante forma de complicação ocular, a qual é caracterizada pela danificação dos vasos da retina devido ao

excesso de glicose, uma das causas mais presentes na aquisição da deficiência visual no idoso (CORRÊA; EAGLE JR, 2005). De acordo com Nasri (2002), na população brasileira a prevalência de Diabetes Melito é de 7,4%; entretanto, na população com faixa etária entre 60 e 69 anos, esse percentual dá um salto para 17,4%, ou seja, 6,4 vezes maior que sua prevalência na população com idades entre 30 e 39 anos.

Outra forma de aquisição da deficiência visual no idoso é a Degeneração Macular Relacionada à Idade (DMRI), que se refere a uma patologia multifatorial, a qual no grupo de doenças crônicas da retina causa a perda progressiva da visão, sendo umas das principais patologias que crescem na população idosa (RENAUD; BÉDARD, 2013; KHALAJ *et al.*, 2013; AMBATIL *et al.*, 2012; NEHEMY, 2006).

Onuki (2009, p. 13), afirmou que a DMRI está relacionada ao aumento da expectativa de vida e que “mais de 82% da população cega mundial têm acima de 50 anos. Assim, o contínuo aumento da população e da longevidade poderá levar a um aumento rápido nos casos de cegueira no mundo” (ONUKEI, 2009 *apud* MARAGONI, p. 13, 2009).

Nota-se que o aumento de aquisição da deficiência visual pela população idosa pode ser agravado devido o contexto histórico pelo qual este idoso transitou ao longo do seu ciclo vital. Vale mencionar a importância de se preconizar medidas preventivas de saúde, como promoção e prevenção, para viabilizar maior qualidade de vida para os idosos, além de qualificar o desenvolvimento humano e propiciar um envelhecer mais saudável na velhice. Nessa perspectiva, a ascensão do número de pessoas idosas com deficiência visual pode ser minimizada por meio de ações que retratem uma boa saúde dentro de um panorama global.

Entretanto, Cançado, Alanis e Horta (2013, p. 234-245) citam as consequências que envolvem o processo de envelhecimento:

O processo de envelhecimento tem demonstrado efeitos maiores da idade sobre uma quantidade de variáveis clinicamente relevantes, como a visão, a audição, a uma variedade de medidas cognitivas e comportamentais, a atividade do sistema nervoso simpático e, também, a tolerância à glicose, a pressão sanguínea sistólica, a função pulmonar, a função renal, a função imunológica e a densidade óssea (...) com o envelhecimento populacional, a prevalência de inúmeras doenças crônicas aumentará com a idade e, também, que o idoso poderá ser, muitas vezes, portador de várias dessas doenças crônicas (diabetes, artrite reumatóide, etc.).

Dessa forma, constata-se que o fenômeno do envelhecimento global da população influencia diretamente sobre a probabilidade de maior ocorrência de deficiência visual. No Brasil, estima-se que a cegueira entre diabéticos possa alcançar a prevalência de 4,8%, e que

aproximadamente 3 milhões de brasileiros acima de 65 anos sofrem da DMRI (NEHEMY, 2006).

Dentre as limitações geradas pela cegueira, segundo Novi (2007), a perda da mobilidade é considerada a de maior implicação, considerada também uma das consequências resultantes do envelhecimento. O idoso com deficiência visual necessita treinar os sentidos remanescentes, como audição, tato e paladar, para superar essa limitação, “reorganizando-os de maneira que possam ser usados como padrões de conhecimento” (NOVI, 2007, p. 19).

O ambiente, neste aspecto, também poderá ser um fator determinante na autonomia e independência de idosos frente a suas experiências vividas com ou após o surgimento da deficiência visual. A falta de acessibilidade pode gerar deficiências pelas barreiras à participação e inclusão dessas pessoas na sociedade (SÃO PAULO, 2012).

Outros fatores importantes relacionados à perda visual podem estar associados à alimentação, fatores sociais e econômicos. A perda da visão pode ocasionar consequências adversas em nível individual e coletivo (BRAVO FILHO *et al.*, 2012). Estes mesmos autores mencionam que tais consequências podem implicar em diminuição da autoestima, do *status*, restrições ocupacionais e, em consequência, na diminuição de renda financeira.

É importante que sejam realizadas orientações sobre a perda visual no idoso quanto à patologia e sobre prevenções de quedas, manuseio de utensílios no ambiente domiciliar e orientações aos familiares que o acompanham, para possibilitar a manutenção da sua autonomia e independência no ambiente. A redução da autoconfiança e o sentido de autovalor de uma pessoa idosa pode criar uma parede de separação entre pessoas de diferentes comprometimentos, o que leva há um prejuízo em sua vida social e profissional (XAVIER, 2015).

Esta questão remete a pensar na atenção requerida pela pessoa idosa, conforme salientam Nóbrega e Medeiros (2014), que consiste em um

[...] grande desafio, porquanto exige uma abordagem global, interdisciplinar e multidimensional que contribua para que, apesar das progressivas limitações que possam lhe ocorrer, seja possível descobrir estratégias para envelhecer com o nível máximo de qualidade (...) A identificação do seu estado situacional e as intervenções precisam ser orientadas voltando-se o olhar para a prevenção, a promoção da autonomia e da independência da pessoa idosa [...] (NÓBREGA, MEDEIROS, 2014, p. 236).

Assim, mesmo diante das situações adversas ou limitantes, é importante que se preserve a autonomia deste idoso para um melhor envelhecimento neste ciclo de vida. Para

tanto, segundo Prado e Perracini (2011, p. 228), “quanto mais se avança o envelhecimento populacional, mais a família é chamada a cumprir o papel de instância de cuidadora”. Ao pensar na formação de relações sociais, a família é considerada o primeiro grupo social que permite ao indivíduo o acesso ao mundo (BATISTA; FRANÇA, 2007).

Com relação à família em que há um idoso com deficiência visual, há ações de mudança e transformação em sua rotina diária que devem ser tomadas e, deste modo, é importante que haja a orientação quanto a manutenção de seus papéis para uma compreensão e abertura às novas rotinas a serem instaladas no ambiente.

No que diz respeito à inter-relação de pessoas com deficiência e a família, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) indica que:

[...] pessoas com deficiências e os membros de suas famílias devem receber a necessária proteção e assistência que capacitem as famílias a contribuir para o gozo pleno e igualitário dos direitos de pessoas com deficiências (XAVIER, 2015, p. 78).

É importante que se busque recursos necessários de cuidados à saúde do idoso com deficiência visual para que desfrute de seus desejos, vontades e escolhas, e que sua família tenha acesso também a assistência necessária ao núcleo familiar para um desenvolvimento saudável de todos, pois

as escolhas e as decisões tomadas pelos indivíduos na composição de suas trajetórias dependem tanto de fatores pessoais quanto sociais, com os padrões socioculturais exercendo uma influência poderosa. No entanto, a dinâmica de demandas e as pressões ambientais são percebidas diferentemente pelos indivíduos que compartilham um mesmo ambiente familiar (ASPESI; DESSEN; CHAGAS, 2005, p. 24).

A família que convive com idosos com deficiência visual necessita de adaptação não somente nos hábitos cotidianos mediante as necessidades diárias destes idosos, mas para permitir ao idoso vivenciar novas experiências enquanto integrante da estrutura familiar que o acolhe e compreende nessa nova fase do ciclo de vida.

Pensar no idoso com deficiência visual conduz a refletir não somente nas características próprias do processo envelhecimento e das discussões sobre os modelos de envelhecimento, mas também nas relações que este idoso estabelece com o seu contexto de formação após o surgimento de uma deficiência. Afinal, a velhice não é fragmentada pelo tempo, é formada por etapas do desenvolvimento humano que apresentam perdas e ganhos. Nesta perspectiva, Monteiro (2005) afirmou que:

Compreender o tempo como pertença existencial, alivia as dores da alma, porque ameniza compassos, diminui ritmos, tranqüiliza os passos. Quando compreendemos que o tempo está em nós, e não nós que estamos nele deixamos de sofrer a angústia da passagem, e aceitamos o processo inexorável do envelhecer (MONTEIRO, 2005, p. 69).

Em síntese, o tempo se torna um aliado no ciclo de vida do idoso e proporciona Eventos de Vida (EV), descritos como ocorrências do cotidiano de ordem física ou psicológica, sejam elas negativas, positivas ou adaptativas, que modificam ou ameaçam modificar atividades rotineiras como descrito a seguir (BROWN; HARRIS, 1978).

2.2.1 A fragilidade no idoso

*“O voo só acontece se houver vazio.
O vazio é o espaço da liberdade,
a ausência das certezas.
Os homens querem voar,
mas temem o vazio.
Não podem viver sem certezas.
Por isso trocam o voo por gaiolas.
As gaiolas são o lugar onde as certezas moram.”*

Rubem Alves

A fragilidade humana é uma condição da qual todo indivíduo é suscetível no seu processo de desenvolvimento. Desde o nascimento, observa-se que o ser humano é vulnerável a perdas e necessita de adaptação constante ao meio em que está inserido, especialmente em termos de saúde, compreendida como uma dimensão física, psicossocial e espiritual essencial ao desenvolvimento, que pode sofrer alterações conforme as características individuais da pessoa e/ou influências exercidas pelo processo de envelhecimento.

O ser idoso apresenta inúmeras particularidades que fazem com que, na etapa da velhice, os aspectos de saúde sejam vivenciados como preditores de maior ou menor vulnerabilidade independentemente do contexto de vida, gênero, raça, renda, entre outros fatores ao qual pertence. Entre os eventos adversos que concorrem para tal vulnerabilidade na fase da velhice, tem apresentado grande destaque entre os pesquisadores do campo da geriatria e da gerontologia, o que corresponde à fragilidade no idoso (FATTORI *et al.*, 2013).

O estudo da fragilidade no idoso focaliza as alterações das funções biológicas, psicológicas e físicas como declínio do desempenho cognitivo, dificuldade na mobilidade, dentre outros aspectos, e suas repercussões nas condições gerais de vida do idoso (MACUCO,

et al., 2013). De acordo com Neri *et al.* (2013), a fragilidade é caracterizada por um conjunto de alterações que implicam na saúde global do indivíduo desde o declínio das funções orgânicas, tais como o desequilíbrio de sistema imunológico, hormonal, sistema músculo esquelético, abrangendo acometimentos que limitam o desempenho e a participação em atividades cotidianas. Neste sentido, a cronicidade de uma doença ou a aquisição de uma deficiência pelo idoso carrega a probabilidade de restrição no meio social devido a sua susceptibilidade a eventos estressores nesta fase de vida. Isso não só acarreta o aumento de fatores de riscos a saúde e qualidade de vida do idoso, mas também a forma de como enfrentará estes eventos.

Neri *et al.* (2013) enfatizam que a fragilidade “associada a doenças crônicas eleva o risco de desfechos negativos em saúde na velhice” (NERI *et al.*, 2013, p. 148), ou seja, a funcionalidade do idoso está sujeita a perdas, podendo levá-lo a uma condição incapacitante. Independentemente da natureza da fragilidade vivenciada na velhice, a adaptação positiva a essa situação é um fator significativo para minimizar os riscos presentes, como a questão de quedas, baixo senso de autoeficácia e até mesmo incapacidade funcional, que podem se intensificar no idoso frágil (NERI *et al.*, 2013).

Em se tratando de capacidade funcional, lembra-se que no decorrer do desenvolvimento humano, desde a infância, evidenciam-se transformações, por exemplo, no âmbito físico, biológico e social, assim como a aquisição de habilidades na esfera motora a cognitiva. Conforme a aquisição de novos aprendizados e também as influências exercidas no meio interno e externo, como a família e a escola, o desempenho de suas funções é realizado de forma mais autônoma e independente. Tais conquistas são percebidas também de acordo com as necessidades, habilidades adquiridas e exercidas em outras fases do desenvolvimento humano.

Na fase da velhice, a capacidade funcional adquirida e/ou desenvolvida, considerando-se as influências exercidas na infância, adolescência e fase adulta, muitas vezes é limitada pelo próprio envelhecimento, bem como as condições geradas pelo senso pessoal de eficácia, além das contribuições do meio sociocultural e econômico no qual o idoso está inserido. Em relação ao idoso frágil, é possível visualizar mais facilmente um cenário incapacitante e de maior dependência funcional, com prejuízos no desempenho de papéis sociais e privação nas atividades cotidianas (NERI, 2014). A fragilidade na velhice pode não só aumentar o risco de perdas sociais e biológicas no idoso, como também gerar maior vulnerabilidade a eventos adversos, intensificada ou não, conforme o envelhecimento de cada ser humano.

Dessas circunstâncias, pode se considerar a vulnerabilidade como um fenômeno

importante na velhice, como mencionou Silva (2015, p.21):

Vulnerabilidade pode ser o resultado de processos graduais de uma vida inteira (idosos, p.ex.) ou de um evento específico de exposição (vítimas de um tsunami, p.ex.). (...) Deve-se também considerar o duplo aspecto, pois um único evento (ameaça) não necessariamente representará o mesmo risco para diferentes sujeitos. A vulnerabilidade é o resultado, afinal, da interação entre uma “dimensão externa”, de riscos, choques e estressores a que um indivíduo está submetido, e uma “dimensão interna”, desse próprio sujeito sem defesa, carente de meios para contrapor-se aos danos.

Levando em consideração o Relatório de Desenvolvimento Humano (PNUD, 2014), alguns indivíduos são mais vulneráveis que outros e, em muitos casos, as normas sociais discriminatórias e institucionais culminam na vulnerabilidade, sabendo-se que esse fenômeno influencia uma diversidade de contextos, como exemplificado na figura 7:

Figura 2 - Influência da Vulnerabilidade na Diversidade de Contextos.

Quem é vulnerável a quê e porquê



Fonte: adaptado do Relatório do Desenvolvimento Humano (PNUD 2014).

Este mesmo relatório assinala que a vulnerabilidade pode ser reduzida com o reforço da resiliência, seja individual ou comunitária.

A resiliência humana implica a remoção das barreiras que retiram às pessoas a sua liberdade de ação e implica também permitir que os grupos desfavorecidos e excluídos expressem as suas preocupações, sejam ouvidos e sejam agentes ativos na construção dos seus destinos (PNUD, 2014, p. 16).

Nesta perspectiva, as experiências de vida e o próprio processo de resiliência se constituem como fatores cruciais para o enfrentamento de eventos adversos presentes na vida do idoso frágil. Além disso, o conhecimento e aprendizado adquiridos ao longo do seu ciclo de vida são importantes atributos para sua funcionalidade. Assim, a funcionalidade e a incapacidade, assim como a independência e a dependência, são questões primordiais que permeiam o desenvolvimento humano, pois norteiam a capacidade do indivíduo no desempenho de suas funções, se manifestando de forma significativa na velhice.

Já o conceito de capacidade funcional integra o universo conceitual mais amplo de funcionalidade que, por sua vez, engloba as funções corporais, a atividade e a participação. Incapacidade é um termo abrangente utilizado em situações nas quais se manifestam deficiências, limitações às atividades e restrições à participação (NERI, 2014).

Neste sentido, a Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade e Saúde (CIF) (2014) é um instrumento direcionador que permite compreender diferentes questões que envolvem o indivíduo em desenvolvimento. Propicia entender e compreender as transformações encontradas na fase da velhice, bem como as adversidades que o idoso está sujeito.

Portanto, ao tratar-se de idosos com deficiência visual adquirida, admite-se que esse evento crítico impacta os níveis de fragilidade nesta fase da vida e acarreta prejuízos em vários âmbitos da vida cotidiana. Desde modo, é relevante compreender como seu processo de resiliência articula os fatores de proteção para o enfrentamento dos desafios aos quais é exposto, mantendo seus níveis de funcionalidade, autonomia e independência.

2.3 Eventos de Vida e Eventos Críticos

“Para entender é preciso esquecer quase tudo o que sabemos. A sabedoria precisa de esquecimento. Esquecer é livrar-se dos jeitos de ser que se sedimentaram em nós, e que nos levam a crer que as coisas têm de ser to jeito que são. Não. Não é preciso que as coisas continuem a ser do jeito como sempre foram...”

Rubem Alves

No decorrer do desenvolvimento humano, mudanças de ordem física, psicológica, social e econômicas se fazem presentes na vida do indivíduo, o que configura a soma de suas experiências de vida. A diversidade de eventos que compõem o cenário humano exerce implicações diferenciadas em cada indivíduo, independentemente da idade, gênero ou no

contexto do qual se insere, limitando-o ou não no enfrentamento das situações adversas, refletindo valores e atitudes que visam uma adaptação positiva ao seu contexto de vida.

Na velhice, as implicações se tornam mais evidentes, pois as transformações geradas no organismo são mais intensificadas, como a diminuição da mobilidade, a qual exige várias formas de enfrentamento.

Constata-se que os EV variam conforme a vivência e experiência adquirida por cada pessoa. Lüdtke *et al.* (2011) citam os estudos de Brown e Harris (1978), os de Paykel (1994) e o de Rafanelli *et al.* (2005), definindo EV como acontecimentos que representam mudanças discretas na vida pessoal ou social. Margis *et al.* (2003) consideram os EV como mudanças importantes, como por exemplo o início de um novo emprego, casar-se, separar-se, sofrer um acidente, entre outros. Esses eventos são geralmente classificados como positivos (nascimento do filho, casamento) ou negativos (doença ou morte de alguém próximo).

Na perspectiva do desenvolvimento humano, os EV delimitam mudanças específicas na vida das pessoas que podem provocar uma descontinuidade na vida do indivíduo, exigindo novas respostas comportamentais (LUHMANN *et al.*, 2012). Segundo os autores, os EV podem ser definidos como transições que demarcam o começo ou final de um *status* específico, como por exemplo o estado civil (solteiro, casado, divorciado, separado, viúvo), a circunstância ocupacional (empregado, desempregado, estudando), entre outros.

Garcia (2007) propôs uma diferenciação para os EV com as classificações de dependentes ou independentes. Os dependentes envolviam a participação do sujeito na promoção do evento de tal forma que seu comportamento causava situações favoráveis ou desfavoráveis para si mesmo, e os independentes, como aqueles que não estavam sujeitos à participação, além do controle do indivíduo, os quais eram inevitáveis.

Pode-se observar que os EV assumem uma tonalidade negativa ou positiva, sendo experiências singulares daqueles que os vivenciam; o que pode ser um evento de vida natural para alguns, para outros pode ser vivenciado como um momento crítico. Essa última perspectiva é identificada na literatura como incidente crítico ou evento crítico.

De acordo com Andraus *et al.* (2007), referiram como incidentes críticos “situações relevantes, observadas e relatadas pelos sujeitos entrevistados, podendo ser positivos ou negativos em função de suas consequências. Para cada incidente crítico identificaram-se situações, comportamentos e consequências” (ANDRAUS *et al.*, 2007, p. 575).

O incidente é definido como “qualquer atividade humana observável que seja suficientemente completa em si mesma para permitir inferências e previsões a respeito da pessoa que executa o ato” (FLANAGAN, 1973, p. 100 – grifo nosso). O incidente é crítico

quando ocorre “uma situação onde o propósito ou intenção do ato pareça razoavelmente claro ao observador e onde suas consequências sejam suficientemente definidas, para deixar poucas dúvidas no que se refere a seus efeitos” (FLANAGAN, 1973, p. 100). Entretanto, Dela Coleta (1972; 1974) definiu o incidente como uma ruptura da normalidade ou padrão de uma atividade ou sistema.

Para Almeida (2009), o incidente crítico é uma exposição detalhada de um fato e da situação que lhe deu origem, de modo que as informações embasem opções de solução de um problema, convidando o sujeito da pesquisa a “refletir sobre o que aconteceu com o outro, a colocar-se no lugar do outro” (ALMEIDA, 2009, p. 181).

Nesta pesquisa, considera-se que a aquisição de uma deficiência é um fator que passou a limitar o percurso natural do envelhecimento humano, sendo identificada como um evento de vida crítico ou incidente crítico. Sobre o evento de vida crítico, Neri (2013, p.22) menciona:

O advento da noção de que eventos críticos ou de transição colaboram para estruturar trajetórias de vida individuais e coletivas (...) influenciaria o desenvolvimento de dois novos paradigmas sobre o desenvolvimento: o de curso de vida, em sociologia, e o de desenvolvimento ao longo de toda vida, em psicologia.

Tais ideologias ressaltam a compreensão de influências de fatores intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo, como as próprias características psicofisiológicas, questões sociais e políticas as quais são vivenciadas. A desestruturação gerada por um determinado evento crítico, como a deficiência visual, pode influenciar o paradigma do curso de vida principalmente no idoso que está sujeito a fenômenos indesejáveis relacionados às perdas na velhice, como a aposentadoria antecipada, afastamento do mercado de trabalho, dentre outras (NERI, 2014).

No idoso, inúmeras adversidades são esperadas nesta fase de vida, o tipo e a gravidade da deficiência influenciam a capacidade de interpretação sobre a realidade em que vive. Para tanto, a busca de estratégias de enfrentamento é uma necessidade, pois o evento crítico é um elemento condicionador para a descontinuidade e a não adaptabilidade do indivíduo no meio em que se insere.

Questões cognitivas, físicas, sociais, afetivas e eventuais déficits presentes no envelhecimento balizam a capacidade maior ou menor de enfrentamento das inúmeras fragilidades carregadas pela deficiência adquirida, configurando-a um evento crítico na vida do indivíduo idoso.

2.4 O Constructo Psicológico da Resiliência

*“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades,
lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram
conquistadas do que parecia impossível.”*

Charles Chaplin

Em sua etimologia, a resiliência é originária do latim *resiliens*, com o significado de “saltar para traz”, e na sua origem inglesa, *resilient* refere-se à noção de elasticidade, ou seja, a capacidade do objeto voltar ao seu estado original mesmo após ter passado por deformação (PINHEIRO, 2004, p. 68).

Nas décadas de 1970 a 1980, o desenvolvimento significativo do campo científico, principalmente em pesquisas desenvolvidas por norte-americanos e ingleses, voltaram sua atenção aos indivíduos que permaneciam saudáveis mesmo sujeitos a situações de adversidades. Esses indivíduos eram considerados como “invulneráveis”, termo substituído mais tarde por resiliência (BRANDÃO *et al.*, 2011, p. 263).

Segundo Yunes e Szymanski (2001), o estudo da resiliência em alguns países da Europa e das Américas apresentou sua utilização com maior frequência pelas Ciências Sociais e Humanas. No Brasil, o estudo da resiliência restringe-se a uma pequena parcela de pesquisadores do círculo acadêmico, sendo aplicada há poucos anos às Ciências Sociais e Humanas (RAYMUNDO; LEÃO, 2014; FONTES; NERI, 2015; BRANDÃO *et al.*, 2011).

A resiliência pode ser encontrada em diferentes situações e ambientes, vista como cada ser humano enfrenta suas lutas, dificuldades e de como responde a essas adversidades, por exemplo. Quando se trata em observar o ser humano em diferentes acontecimentos que compõem a sua existência, nota-se que o termo resiliência pode ser atrelado a uma forma particular, ou também em um contexto amplo, no qual os cientistas preocuparam em salientar.

Essas considerações e definições de resiliência foram utilizadas pelas áreas da Física e da Engenharia tendo como precursor o cientista inglês Thomas Young, que em 1987 relatou experimentos sobre tensão e compressão de barras, atribuindo a noção de elasticidade à resiliência para demonstrar a relação entre a força aplicada em um objeto e a deformação sofrida por esse (YUNES; SZYMANSKI, 2001).

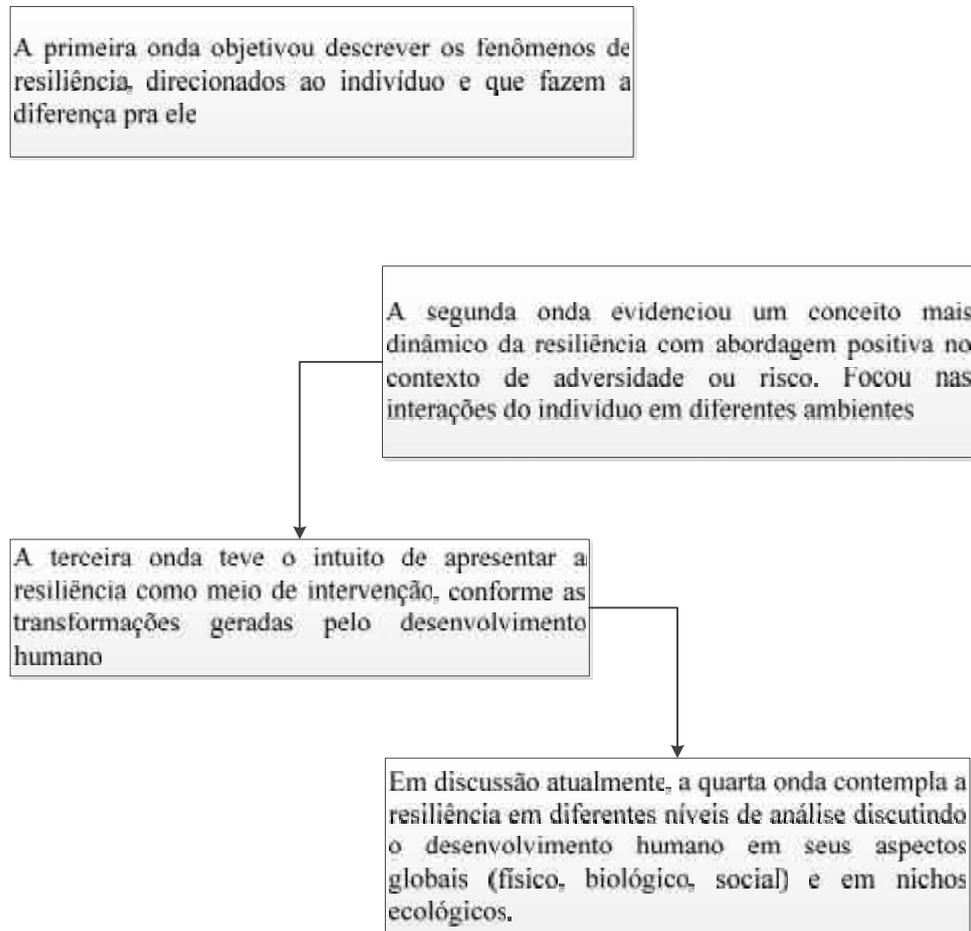
Com o crescente desenvolvimento de pesquisas a respeito deste tema, atualmente o estudo da resiliência não está sendo aplicado somente no campo das Ciências Exatas, mas passou também a ser estudado pelas Ciências da Saúde e Humanas. O constructo de

resiliência é definido como a “capacidade de superar as adversidades” (TABOADA *et al.*, 2006, p. 105). Nesse contexto, segundo Tavares (2001, p. 46), a capacidade da pessoa de resistir a circunstâncias adversas fortalece o desenvolvimento de seu “autoconceito e autoestima”.

Nas ciências da saúde, por exemplo, o conceito de resiliência passou a ser discutido também na década de 1970, e utilizado em estudos com pessoas que sofreram traumas prolongados ou agudos, mas que não adoeciam conforme o aguardado devido à situação (SOUZA; CERVENY, 2006). Em relação à Psicologia, o conceito de resiliência retratado na literatura de cerca de trinta anos assumiu um caráter voltado à “complexidade, multiplicidade de fatores e variáveis” dos fenômenos humanos, diferentemente do conceito desenvolvido nas Ciências Exatas e se contrapondo à sua ideia precursora de invencibilidade ou invulnerabilidade (YUNES, 2003, p. 77). Mediante a evolução das pesquisas, estes termos foram substituídos como “resistência ao estresse e resiliência” (WRIGHT; MASTEN; NARAYAN, 2013, p.16). Tal ideia remete aos estudos realizados com crianças que passaram por situações adversas e de estresse psicológico por longo prazo frente a sua capacidade de adaptação positiva nos contextos em que participavam (INFANTE, 2005).

Os estudos sobre a resiliência progrediram em quatro “ondas” de pesquisa conforme descrito por Wright, Masten e Narayan (2013, p.16) como demonstrado a seguir:

Figura 3 – Representação do Constructo da Resiliência.



Fonte: adaptado pelo autor.

O termo adversidade pode ser utilizado como um sinônimo de risco que indica múltiplos fatores de risco ou uma condição de vida específica como, por exemplo, viver na pobreza ou o falecimento de um familiar (INFANTE, 2005). No tocante a situações adversas, “é importante salientar que a resiliência não pode ser considerada um escudo protetor, que fará com que nenhum problema atinja e a pessoa, a tornando-o rígida e resistente a todas as adversidades. Não existe ‘É’ resiliente, mas sim a que ‘ESTÁ’ resiliente” (ANGST, 2009, p. 255).

Nesta perspectiva, entende-se o constructo de resiliência como um processo que permite compreender a “adaptação resiliente” de acordo com fatores de risco e de proteção a serem utilizados, entre eles, os familiares, bioquímicos e sociais (INFANTE, 2005, p. 30).

Este panorama a respeito da resiliência e seu processo na vida humana tem em comum que “a resiliência representa a *capacidade concreta das pessoas de superação* das situações

críticas, mas também de utilizá-las em seus processos de desenvolvimento pessoal, sem se deixarem afetar negativamente, *capitalizando as forças negativas de forma construtiva*” (CHAVES, 2011, p. 42 – grifo nosso). Trata-se de desenvolver e descobrir atitudes positivas perante ações que envolvem tanto o individual quanto o coletivo.

Não obstante, as experiências vividas tanto no âmbito individual quanto coletivo vêm representadas por continentes de informações, o que pode implicar nos valores, necessidades, mobilização de recursos internos e adaptação, de acordo com o meio no qual estão inseridos, sejam facilitadores ou conflituosos. Para Angst (2009), mediante um estímulo estressor, a pessoa pode vivenciá-lo de várias formas conforme sua percepção a respeito deste estímulo. Nessa questão, é válido ressaltar o potencial que o processo de resiliência traz, no qual a pessoa se adapta de maneira positiva a uma situação ou evento, sendo ele estressor ou conflituoso. Infante (2005, p. 27) menciona que “para identificar resiliência é necessário que exista adaptação positiva”. Além disso,

Para desenvolver um modelo de resiliência, é necessário definir adversidade e adaptação positiva e descrever o processo de conexão entre ambas. Ao explicar as possíveis relações entre os fatores de risco e de resiliência, é possível entender como ocorre a adaptação resiliente e aperfeiçoar os processos que se mostrem exitosos (INFANTE, 2005, p. 30).

Pereira (2014) assinala na mesma direção:

A adaptação positiva permite identificar se houve um processo de resiliência, que ocorre quando o indivíduo alcançou expectativas sociais associadas a uma etapa de desenvolvimento, ou quando não houve sinais de desajustes. Em ambos os casos, se a adaptação positiva ocorre apesar da exposição à adversidade, considera-se que houve uma adaptação resiliente (PEREIRA, 2014, p. 27).

Cabe lembrar que as ações resilientes, ou que geram processo adaptativo positivo frente a um risco, são oriundas de recursos individuais, mas também componentes socioculturais.

Nesta trajetória do estudo da resiliência, pode-se constatar um amplo caminho nas ciências, uma discussão de gerações distintas de pesquisadores. De acordo com Infante (2005), a primeira geração de pesquisadores entende fatores protetores frente à adaptação positiva de crianças que vivem em situações conflituosas; já a segunda geração apresenta a noção de processo no que tange os fatores de risco e de resiliência, ou seja, dessa forma possibilita a pessoa de enfrentar situações difíceis. A intensidade ou a forma com a qual cada

indivíduo desenvolve este processo resulta de suas experiências diárias, a eventos estressores e também ao suporte de seu contexto de formação. Para exemplificar essa ideia, Paludo e Koller (2006, p.80) consideraram que:

Eventos estressantes estão presentes no cotidiano de todos os seres humanos, o que o difere é a forma como cada pessoa lida com esses momentos. As emoções positivas podem funcionar como fator de proteção nas situações adversas e consideradas de risco, promovendo resultados saudáveis, conseqüentemente, afetando os processos envolvidos na resiliência.

Portanto, a partir dessa primeira geração de pesquisadores ampliou-se o foco de estudos sobre a resiliência, deslocando-se:

[...] de um interesse em qualidades pessoais, que permitiram superar a adversidade (como a auto-estima e autonomia) para um interesse maior em estudar os fatores externos ao indivíduo (nível sócio econômico, estrutura familiar, presença de um adulto próximo) (INFANTE, 2005, p. 24).

Assim, verifica-se que a primeira geração preocupou-se em ampliar a visão do contexto micro para o macro, procurando estabelecer fatores resilientes e de risco em três grupos: características individuais, aspectos da família e características do ambiente no qual a pessoa está inserida (INFANTE, 2005). Mediante os fatores de risco e de proteção, Polleto e Koller (2008) relataram que os primeiros “inibem distúrbios, transtornos e respostas desadaptadas” (POLLETO; KOLLER, 2008, p. 409), mas que necessitam estar em consonância com os fatores de proteção para que, assim, ocorra o processo de resiliência. A respeito dos fatores de proteção:

Esses fatores podem não apresentar efeito na ausência de um estressor, pois seu papel é o de modificar a resposta em situações adversas, mais do que favorecer diretamente o desenvolvimento (...) fatores de proteção devem ser abordados como processos, nos quais diferentes fatos interagem entre si e alteram a trajetória da pessoa, produzindo uma experiência de cuidado, fortalecimento ou anteparo ao risco (POLLETO; KOLLER, 2008, p. 409).

A segunda geração de pesquisadores, na década de 1990, além de retomar o interesse apresentado pela primeira geração, procurou expandir o campo em torno da resiliência, estabelecendo a dinâmica dos fatores que agregam a adaptação resiliente.

[...] um processo dinâmico em que as influências do ambiente e do indivíduo interatuam em uma relação recíproca, que permite à pessoa se adaptar apesar

da adversidade (...) tem suas bases no modelo ecológico de Bronfenbrenner (1981), (...) indivíduo, o familiar, o comunitário (vinculado aos serviços sociais), e o cultural (vinculado aos valores sociais). Ao decifrar esses processos dinâmicos de interação entre os diferentes níveis do modelo ecológico, poder-se-á entender melhor o processo imerso na resiliência (INFANTE, 2005, p. 25).

Portanto, o termo resiliência e seus elementos configuram uma direção da capacidade humana em construir recursos internos, mediante as circunstâncias conflituosas, pois “a resiliência está subjacente a toda abordagem em torno da consecução e manutenção do desenvolvimento humano” (PNUD, 2014, p. 5).

As concepções da resiliência apontaram um caminho construído não somente nas relações estabelecidas do indivíduo com o ambiente, mas também nos fatores de risco e de proteção presentes nos contextos de formação. Relatar os fatores de proteção é identificar e mobilizar recursos empregados pelos indivíduos e por um grupo para aprimorar seu cotidiano e sua rede mediante as circunstâncias adversas, e não excluir a vulnerabilidade de relações e conflitos.

Esta questão da vulnerabilidade, de acordo com PNUD (2014), engloba todo tipo de adversidade que possa ameaçar a capacidade de escolha das pessoas. Este programa considera que “os conceitos de vulnerabilidade e resiliência dão um enorme contributo para abordagem no desenvolvimento humano, tendo em conta não apenas o que já foi conquistado, mas também os riscos e incertezas” (PNUD, 2014, p. 18).

No caso de pessoas com deficiência, em particular idosos com deficiência visual adquirida, o aporte teórico do processo de resiliência mostra potencial explicativo para compreensão dos recursos vivenciados e disponibilizados pelos idosos mediante o advento dessa deficiência nesta etapa de vida – a velhice.

2.4.1 Envelhecimento, Velhice e Resiliência

O envelhecimento por si só remete a vivências de perdas, que são progressivas, esperadas ou subjetivas a cada indivíduo, mediante ao processo natural que todo ser humano passa. Na velhice, o idoso fica à mercê dos prejuízos de toda ordem, com tendência a ampliação, haja vista que no fenômeno da velhice as perdas são mais intensificadas. Segundo Lebrão e Duarte (2007) a “situação de dependência, embora presente em todos os estágios da vida costuma assumir características peculiares” (LEBRÃO; DUARTE, 2007, p. 200), principalmente nesta fase.

Neste percurso, Fortes *et al.* (2009), ao dimensionar o processo do envelhecimento, afirmam que “torna-se necessário o aumento da capacidade de resiliência, pois, na velhice, o idoso apresenta maior probabilidade de passar por eventos desagradáveis como as perdas físicas, afetivas ou até mesmo a morte de entes queridos” (FORTES *et al.*, 2009, p. 456). Falcão e Malusehk (2010) também ressaltam que “apesar das perdas e dos declínios, há recursos e potencialidades na velhice que podem constituir um mecanismo multideterminado e mediador no processo de envelhecimento” (FALCÃO; MALUSEHK, 2010, p. 34), destacando-se a resiliência.

Pode-se entender que a forma como a resiliência é processada em cada idoso resultará em como este idoso enfrentará eventos adversos, pois depende de sua capacidade de avaliação do problema, de suas experiências de vida e do suporte emocional que possui, recebe ou desenvolve. Assim, as formas de enfrentamento do idoso, ao vivenciar um problema, requererem diferentes estratégias para solução de situações que muitas vezes já foram vivenciadas, outras consideradas novas como, por exemplo, o surgimento de uma deficiência visual. Na conjuntura de acontecimentos desagradáveis, a busca e ao mesmo tempo a fortaleza dos recursos acionados, próprios do processo de resiliência, fomentarão não somente uma adaptação positiva do idoso, mas o subsidiará frente a situações futuras.

No campo da Psicologia, a abordagem comportamental-cognitivista traz uma compreensão do homem que estabelece um dado funcionamento da pessoa perante o mundo, no qual reativam estratégias de enfrentamento, ou seja, diz respeito às pessoas que adéquam seu comportamento e suas emoções a situações desagradáveis, com a antecipação de recursos adaptativos (NERI, 2014).

Situações desagradáveis, estressantes, pensamentos pessimistas e baixa autoestima podem ser vivenciados em qualquer etapa da vida, e podem ser ajustadas e/ou compreendidas conforme a percepção pessoal de cada um. Ademais, o senso de eficácia e ineficácia pessoal podem ser partes integrantes para o manejo do enfrentamento. Estratégias que retratem suporte emocional, de conforto, de esperança e amparo ao idoso que esteja passando por um evento adverso podem ser recursos que sustentam o processo de resiliência nessa fase de vida.

A este respeito, Monteiro (2004) lembra-se da espiritualidade como um elemento que pode subsidiar o processo de resiliência do idoso na busca de significados. Tem sua origem no latim *spiritus*, que constitui o sopro da vida “que nos leva a transcender, ir além, a buscar o significado”, pois a procura de “espiritualidade faz com que o significado flua na vida diária e seja algo transformador que dá sustentação aos percalços do viver” (MONTEIRO, 2004, p. 58).

A espiritualidade é integrada a um âmbito de valores, os quais podem se articulados à fé, comportamentos e crenças como a religião, por exemplo. Com o processo do envelhecer, a dimensão espiritual torna-se um elemento que dá sustentação ao indivíduo, ao ressignificar as suas vivências. Neri (2014) corrobora essa ideia, afirmando que:

Cada história de vida envolve um esforço de encontrar ou atribuir significado à própria experiência, dentro de um tempo compartilhado (tempo histórico e social) (...) Cada pessoa desenvolve um roteiro peculiar, composto de elementos selecionados e ordenados de forma a terem um significado que justifique a trajetória existencial e que transcenda a própria existência material (NERI, 2014, p. 144).

Tratar da resiliência no âmbito da velhice, portanto, permite considerar diferentes fatores que permeiam esse fenômeno agravado ou não conforme o meio em que cada indivíduo está inserido. Neste aspecto, é possível dimensionar não somente as mudanças fisiobiológicas que acompanham a velhice, mas projetar estados que possam desencadear enfrentamento a esta etapa.

Portanto, pensar no idoso, especialmente o que vivencia a deficiência visual, significa refletir sobre o equilíbrio tênue das circunstâncias do seu processo de envelhecimento das quais é dependente, balizadas pelas características peculiares que a fase da velhice confere, interferindo na forma como vivencia individualmente ou junto ao seu círculo de convivência esse evento de vida, que pode assumir uma tonalidade crítica ou não.

2.5 Cenário Contemporâneo da Deficiência Visual

*“Ou nos percebemos ligados em rede
ou vivemos o eterno preconceito, a desinformação e a
desarticulação do conhecimento.”*

Martinez

Nesta seção, serão ressaltados os principais aspectos sobre a deficiência, especificamente a deficiência visual, com uma trajetória histórica da pessoa com deficiência, apontando movimentos e ações que resultaram em conquistas pelos seus direitos.

Sobre o conceito de deficiência, Almeida (2014) assegura que pode ser referido como qualquer perda ou anomalia da estrutura ou função psicológica, física ou sensorial. Além disso, considera que a limitação de um desses fatores pode prejudicar o desempenho típico de uma determinada atividade, inerente da faixa etária, sexo, condição social e meio cultural.

A história das pessoas com deficiência vem marcada por exclusão e incapacidade por apresentarem algum tipo de limitação, sejam elas físicas, auditivas, intelectuais e visuais. Fernandes *et al.* (2011) expõe que:

Os que sobreviviam eram explorados nas cidades ou tornavam-se atrações de circos. O nascimento de indivíduos com deficiência era encarado como castigo de Deus; eles eram vistos como feiticeiros ou como bruxos. Eram seres diabólicos que deveriam ser castigados para poderem se purificar. Nesse período, a Igreja se constitui como um grande aliado dos deficientes, pois os acolhiam (FERNANDES *et al.*, 2011, p. 132).

O quadro 3 representa alguns marcos históricos de como a pessoa com deficiência foi considerada na sociedade.

Quadro 3 - Trajetória Histórica de Atitudes Sobre a Pessoa com Deficiência

Período histórico	Atitude da sociedade perante a pessoa com deficiência
Antiguidade e Medieval	Exclusão do convívio social e crianças eram lançadas ao mar.
Séculos V ao XV	Pessoas eram vistas como aberrações. Criações de asilos e hospitais.
Séculos XVI ao XVIII	Isolamento social. As pessoas eram encaminhadas aos asilos, conventos e albergues.

Fonte: adaptado de Silva (2015, p. 6-13).

A partir do século XVIII, com os ideais apresentados na Revolução Francesa de Igualdade, Liberdade e Fraternidade, houve uma ampliação e uma conscientização social referente aos direitos e deveres do ser humano, assegurando-se assim o exercício da cidadania (BRUNO; MOTA, 2001). No século XIX, profissionais como Pinel, Itard, Esquirol, Seguin, Froebel, entre outros, exibiram interesse significativo em estudar a deficiência, principalmente a intelectual, propiciando assim um período que buscava entender a condição do indivíduo e não a uma visão da deficiência como doença (PACHECO; ALVES, 2007).

Conforme a evolução da história da pessoa com deficiência observa-se um marco a partir do século XX, período em que se iniciou uma defesa da ideia sobre o convívio das pessoas com deficiência nos contextos de formação, a fim de permitir sua “integração”. Sabe-se que, após o período da Segunda Guerra Mundial, iniciou-se um movimento dos soldados que retornavam da guerra com alguma deficiência adquirida, como, por exemplo, a amputação de membros, e reivindicava seus direitos para uma reintegração na sociedade (SILVA, 2015).

A partir deste panorama histórico, bem como os movimentos em prol das pessoas com deficiência, a ONU, em 1981, proclamou o Ano Internacional das Pessoas Deficientes

(AIPD), e tinha como lema “Participação Plena e Igualdade”. Tinha como objetivo um plano de ação em âmbito regional, nacional e internacional, com ênfase na equiparação de oportunidades, na reabilitação e nas ações preventivas no campo das deficiências (SILVA, 2015, p. 24). Além disso, a Convenção das Nações Unidas Sobre o Direito das Pessoas com Deficiência (CDPD) cita em seu preâmbulo que o conceito de deficiência é um

[...] “conceito em evolução”, mas realça também que “a deficiência resulta da interação entre pessoas com deficiência e barreiras comportamentais e ambientais que impedem sua participação plena e eficaz na sociedade de forma igualitária”. Definir a deficiência como uma interação significa que a “deficiência” não é um atributo da pessoa (SÃO PAULO, 2012, p. 4).

Assim, a CDPD (2006) reconheceu e exemplificou os direitos das pessoas com deficiência nos âmbitos civis, culturais, políticos, sociais e econômicos, com o objetivo de “promover, proteger, e garantir o usufruto pleno e igualitário de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por parte das pessoas com deficiência e promover o respeito pela sua dignidade inerente” (SÃO PAULO, 2012, p. 9).

No Brasil, a base a Política Nacional de Educação Especial/Livro I do Ministério da Educação e Cultura (MEC) indica que as deficiências são classificadas em auditiva, física, mental, múltipla e visual (BRUNO; MOTA, 2001). Em relação ao sistema sensorial visual, a visão pode ser considerada como o sentido mais importante para a interpretação do mundo a nossa volta. Este sistema sensorial tem a função de captar todas as informações visuais vindas do meio ambiente e transmitir ao sistema nervoso central. O olho é o órgão sensorial responsável pela captação e transmissão dos estímulos visuais externos. Assim, pessoas cegas precisam desenvolver outras habilidades, como a motora, auditiva e tátil, para elaborar conceitos sobre o mundo que as cerca (VEITZMAN, 2003). A perda da capacidade de visão pode conduzir a consequências desfavoráveis em âmbito individual e coletivo caso não ocorram os estímulos necessários ao longo do desenvolvimento do ser humano.

Segundo as estimativas atuais do CBO, a ocorrência no mundo é de aproximadamente 50 milhões de cegos, os quais 180 milhões com alguma deficiência visual e 135 milhões com deficiência visual e risco de cegueira. Entretanto, para 2020 chegam a prever 76 milhões de pessoas cegas em toda a esfera global (ÁVILA; ALVES; NISHI, 2015).

De acordo com o CBO, as estimativas para o Brasil correspondem a 1,4 milhões de pessoas com cegueira, sendo esse cálculo realizado com relação à prevalência de cegueira segundo a condição socioeconômica da população brasileira. Na tabela a seguir observa-se maior prevalência de pessoas com condição socioeconômica baixa (ÁVILA; ALVES; NISHI,

2015).

Tabela 2 - Prevalência de Cegueira por Faixa Populacional

População	Quantidade	Cegos	Prevalência
Indigente	20.598.495	247.182	1,2%
Pobre	55.376.831	526.080	0,95%
Classe Média	107.854.234	647.125	0,65%
Rica	354.704	1.064	0,3%
Total Estimado para o Brasil = 1.421.451			

Fonte: adaptado de Ávila, Alves e Nishi (2015).

Quanto à perda visual, as pessoas com deficiência visual apresentam diferenças relacionadas ao resíduo visual, que variam em diferentes graus e podem apresentar desde uma baixa da acuidade até uma ausência da percepção de luz. De acordo com o Conselho Internacional de Oftalmologia (CIO), no ano de 2002 foram delimitadas definições de deficiência visual, tais como Cegueira, Baixa Visão, Deficiência Visual, Visão Funcional e Perda Visual, caracterizados como segue:

Cegueira: utilizado para perda total da visão e para condições que a pessoa utilize recursos predominantes da visão; Baixa Visão: representa menor perda visual, contudo a pessoa necessita de auxílio significativo por recursos visuais para melhor utilizar o resíduo visual; Deficiência Visual: perda da visão ou perda da função visual; Visão Funcional: refere-se ao potencial e habilidades na utilização da visão; Perda Visual: para termo genérico a fim de mencionar a perda total ou parcial (ALMEIDA, 2014, p. 40).

Além disso, de acordo com o Ministério da Saúde, Portaria N° 3.128 de 24 de dezembro de 2008, no Art. 1, entende-se que as Redes Estaduais de Atenção à Pessoa com Deficiência Visual sejam compostas por ações na atenção básica e Serviços de Reabilitação Visual de acordo com o seguinte parâmetro.

Considera-se que a baixa visão ou visão subnormal, quando o valor da acuidade visual corrigida no melhor olho é menor do que 0,3 e maior ou igual a 0,05 ou seu campo visual é menor do que 20° no melhor olho com a melhor correção óptica (categorias 1 e 2 de graus de comprometimento visual do CID 10) e considera-se cegueira quando esses valores encontram-se abaixo de 0,05 ou o campo visual menor do que 10° (categorias 3, 4 e 5 do CID 10) (BRASIL, 2007).

Tabela 3 - Graus de Comprometimento Visual e Valores de Acuidade Visual Corrigida (OMS/CID-10)

Acuidade visual com a melhor correção visual possível Graus de comprometimento visual	Máxima menor que	Mínima igual ou maior que
2	6/60 1/10 (0.1)20/200	3/60 1/20 (0.05)20/400
3	3/60 1/20 (0.05)20/400	1/60* 1/50 (0.02) 5/300 (20/1200)
4	1/60* 1/50 (0.02) 5/300 (20/1200)	Percepção de luz
5	Ausência da percepção de luz	
9	Indeterminado ou não especificado	

Fonte: adaptado de Ávila, Alves e Nishi (2015).

Na história sobre a deficiência visual, observa-se um marco no âmbito educacional no ano de 1784, com a fundação da primeira escola oficial para os cegos das classes de baixa renda, nomeada Imperial Instituto dos Jovens Cegos de Paris, por iniciativa do educador Valentin Haüy. Constata-se que Valentin Haüy fundou o Instituto de Jovens Cegos de Paris com o objetivo de oportunizar um processo educacional para as pessoas com deficiência visual e, assim, permitir a estas pessoas a saída de condições consideradas vexatórias; dentre elas, mendigos, que viviam perambulando e “perturbando” a ordem social. Contudo, o Instituto acabou se descaracterizando da sua ideia inicial e se transformou em um internato, onde as pessoas com cegueira trabalhavam em troca de moradia e alimento (ROSA; DUTRA, 2006, p. 9).

Outro fato importante que revolucionou o cotidiano da pessoa com deficiência visual foi proporcionado pelo educador francês Louis Braille, que desenvolveu um sistema de leitura e escrita por meio de sinais impressos em alto relevo. Louis Braille nasceu em 4 de janeiro de 1809, na cidade de Coupvray, na França e, aos 3 anos de idade, sofreu um acidente no olho esquerdo quando acompanhou seu pai em uma oficina de selas e arreios e, na tentativa de perfurar um pedaço de couro, acabou perfurando o próprio olho. O acometimento em seu olho esquerdo anos mais tarde afetou o seu olho direito, tornando-o cego aos 5 anos de idade. Em 1825, aos 16 anos, apresentou o primeiro sistema em relevo com 96 sinais, para possibilitar leitura e escrita às pessoas cegas. Este sistema teve o seu aperfeiçoamento em 1837, no qual

se realizou a combinação de seis pontos em relevo, criando-se 63 sinais diferentes (MARAGONI, 2009).

A leitura e escrita desenvolvida por Louis Braille, conhecida também como Sistema de Leitura e Escrita Braille, é utilizada até os dias de hoje, representando um marco histórico no processo educacional da pessoa com deficiência visual e proporcionando maior autonomia e independência na aprendizagem escolar.

No panorama histórico da pessoa com deficiência, verifica-se a ideia de eliminação dos estigmas vigentes na época em relação à incapacidade da pessoa com deficiência para permitir que essas pessoas vissem uma participação mais efetiva na sociedade. A respeito da pessoa com deficiência visual, Novi (2007, p.19) relatou que:

Para que o deficiente visual possa se relacionar com o mundo, é preciso que esteja num constante processo de “conhece-te a ti mesmo”, buscando sua própria luz no espaço e no tempo, facilitando-lhe vivenciar e organizar meios de conviver com estigmas, marcas institucionais e sociais, desvencilhando-se destas barreiras, mas garantindo sua especificidade na pluralidade.

Na medida em que o conceito de resiliência propõe uma compreensão das formas de enfretamento do ser humano frente às situações conflituosas e difíceis, permitindo uma visão multifacetada do indivíduo que lhe propicia meios para o desenvolvimento de suas habilidades e potencialidades, pressupõe-se que este processo em pessoas com deficiência visual adquirida ao longo do ciclo de vida seja fundamental para sua adaptação positiva.

Assim, as pessoas com deficiência visual podem e devem ter as mesmas oportunidades que as pessoas sem deficiência, permitindo-se sua interação e integração nos contextos de formação. Para garantir a disponibilização de diferentes suportes, tais como o suporte social, econômico, físico e instrumental, e favorecer o processo de inclusão social “onde cabe à pessoa com deficiência manifestar-se com relação a seus desejos e necessidades e à sociedade, a implementação dos ajustes e providências necessárias que a ela possibilitem o acesso e a convivência no espaço comum, não segregado” (ARANHA, 2001, p. 19).

Neste contexto, observa-se a necessidade de não só o indivíduo deficiente mudar e se adaptar à sociedade (integração), mas de a sociedade também mudar e promover ajustes no processo do desenvolvimento desse indivíduo e de reajuste da realidade social para a vida desses na sociedade (inclusão). Para tanto, destaca-se o ambiente concebido como uma organização de vários sistemas de desenvolvimento (*micro, meso, exo e macrosistemas*) (BRONFENBRENNER, 2002). Na teoria de Bronfenbrenner (2002), a concepção de pessoa

em desenvolvimento, do ambiente e especialmente da interação entre ambos indica que o sucesso ou fracasso da inclusão não depende exclusivamente do sujeito ou de alguns dos agentes mediadores, mas sim da interação conjunta de todos os envolvidos e principalmente das relações interpessoais que se estabelecem entre esses.

2.6 Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano

“Nenhum homem é uma ilha isolada; cada homem é uma partícula do continente, uma parte da terra; se um torrão é arrastado para o mar, a Europa fica diminuída, como se fosse um promontório, como se fosse a casa dos teus amigos ou a tua própria; a morte de qualquer homem diminui-me, porque sou parte do gênero humano. E por isso não perguntes por quem os sinos dobram; eles dobram por ti.”

John Donne

Nesta seção, serão apresentadas as principais características da TBDH.

Graduado em Música e Psicologia, Urie Bronfenbrenner nasceu em meio a conflitos no período da Revolução Russa em 1917, imigrando com sua família para os Estados Unidos após o falecimento de um irmão (KOLLER, 2011, p. 80). Filho de pai médico e mãe admiradora de artes, Bronfenbrenner, em sua carreira profissional, obteve significativa influência de seu pai com formação em neuropatologia que, segundo o próprio teórico, era “um naturalista em campo”. Assim, Bronfenbrenner atuou como médico em uma instituição para pessoas com sofrimento psíquico que variavam de três a oitenta anos de idade, e que funcionava como uma comunidade rural (YUNES; JULIANO, 2010). As pesquisas desenvolvidas por este autor, um dos principais teóricos do desenvolvimento humano do século XX, destacaram experimentos naturais e como se processava o desenvolvimento (KOLLER, 2011).

Conhecido como Ecologista do Desenvolvimento Humano, preocupou-se em abordar três ideais em sua carreira: primeiro, desenvolver uma boa teoria para o desenvolvimento humano; segundo, que esta teoria deveria ser aplicada em políticas e práticas, buscando a melhora na qualidade de vida dos seres humanos em seu ambiente; e terceiro, disseminar o conhecimento para comunidade científica (KOLLER, 2011). Para tanto, desenvolveu o modelo ecológico que indicava a influência dos fatores sociais sobre o desenvolvimento humano, considerando a pessoa no centro de um sistema que é influenciado por família, amigos, comunidades e instituições (BROWN, 2011).

A ecologia do desenvolvimento humano descreve o ambiente como um espaço no

qual se estabelece relações que interagem e, com isso, descreveu quatro níveis ambientais para explicar como os sistemas se relacionam. No primeiro sistema, descrito como microssistema, Bronfenbrenner aborda o indivíduo em atividade dentro de um ambiente em um determinado momento da vida, chamado de ambiente imediato da pessoa em desenvolvimento. O segundo sistema, chamado de mesossistema, é definido como um conjunto de microssistemas, ou seja, há uma inter-relação de outros ambientes com influências recíprocas. O exossistema é definido pelo teórico como uma “extensão do mesossistema”, e o macrossistema envolve uma esfera que vai desde a cultura ao desenvolvimento social sobre o desenvolvimento humano, sintetizando ideias sobre as inter-relações estabelecidas entre pessoa e contexto (BRONFENBRENNER, 2002).

De acordo com Koller (2011), o ambiente consiste nos elementos físicos, culturais e sociais, podendo influenciar de forma positiva ou negativa o desempenho da pessoa. Nesta perspectiva, o desenvolvimento humano remete a uma interação do indivíduo com o ambiente e vive-versa, um movimento que gera atividades bidirecionais. A este respeito, Aspesi (2005) afirmam que “o desenvolvimento humano ocorre sempre em um sistema estruturado, em uma relação, no mínimo, bidirecional” (ASPESI; DESSEN; CHAGAS, 2005, p. 23).

Sobre o processo bidirecional de interações entre dois indivíduos, o autor se refere a uma relação de díade, que se configura em “díade observacional”, na qual um indivíduo está atento ao comportamento do outro, “ocorre quando um membro está com cuidadosa e continuada atenção à atividade do outro, que, por sua vez, reconhece o interesse sendo demonstrado” ou uma “díade de atividade conjunta”, na qual esse indivíduo participa com o outro em alguma atividade, “é aquela em que os dois participantes se percebem juntos fazendo algo” (BRONFENBRENNER, 2002, p. 47).

Yunes e Juliano (2010, p. 354) afirmam que a díade de atividade conjunta é composta por:

Três características são essenciais: reciprocidade, equilíbrio de poder e relação afetiva. (...) Numa relação diádica um membro pode ser mais influente que o outro, embora a ideia de reciprocidade sugira igualdade de poder. O ideal é que essa maior influência seja alternada entre os participantes da díade, havendo então um equilíbrio de poder.

Tais atividades podem ser diferentes, porém necessariamente complementares. Ao participarem de uma atividade conjunta, duas pessoas frequentemente desenvolvem sentimentos mais intensos uma em relação à outra. Na medida em que esses são positivos e recíprocos, favorecem a ocorrência de processos de desenvolvimento.

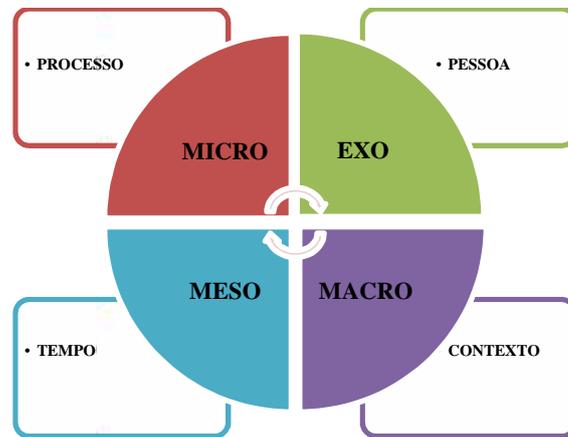
Com base nesses pressupostos, assume-se uma perspectiva de desenvolvimento humano, compreendido como:

[...] mudança duradoura na maneira pela qual uma pessoa percebe e lida com o seu ambiente (...) é o processo através do qual a pessoa desenvolve uma concepção mais ampliada, diferenciada e válida do meio ambiente ecológico, e se torna mais motivada e mais capaz de se envolver em atividades que revelam suas propriedades, sustentam ou restituíram aquele ambiente em níveis de complexidade semelhante ou maior de forma e conteúdo (BRONFENBRENNER, 2002, p. 23).

A ampliação do modelo ecológico para o bioecológico realizada pelo autor reitera a influência recíproca entre os sistemas de desenvolvimento. Para o modelo bioecológico de desenvolvimento, o ambiente é um fator fundamental de influência nas relações humanas. O mais importante são as inter-relações estabelecidas entre o indivíduo e os diferentes nichos ecológicos; entendendo-se o contexto, o processo, a pessoa e o tempo como ampliação deste modelo (POLETO; KOLLER 2008).

O *contexto* é representado pela interação do indivíduo em diferentes ambientes ecológicos, sendo estruturados pelos núcleos de desenvolvimento, *microsistema*, *mesosistema*, *exosistema* e *macrosistemas*, seguindo uma ordem evolutiva de interações (BRONFENBRENNER, 2002). No *processo*, é válido ressaltar o indivíduo em desenvolvimento mediante a reciprocidade de interações em sua trajetória de vida. Com relação à *pessoa*, esta é vista como agente nas relações proximais, ou seja, é capaz de transformar, reestruturar e equilibrar as relações em diferentes nichos de desenvolvimento ecológico. O último e quarto elemento deste modelo bioecológico refere-se ao tempo, um condicionador nas relações bidirecionais, pois de acordo com Polleto e Koller (2008) “a análise do tempo dentro destes três níveis deve focalizar a pessoa em relação aos acontecimentos presentes em sua vida, desde os mais próximos até os mais distantes, como grandes acontecimentos históricos” (POLLETO; KOLLER, 2008, p. 408).

Figura 4 - Representação da Ampliação dos Sistemas Ecológicos do Desenvolvimento Humano



Fonte: adaptado pelo autor.

Assim, o modelo proposto por Bronfenbrenner contribui para o entendimento do desenvolvimento humano de forma global, explicando as diferentes transformações e transições que o indivíduo estabelece ao longo do ciclo de vida. Mediante estes pressupostos, para alcançar os objetivos propostos por este estudo, delineou-se a seguir a trajetória metodológica utilizada nesta pesquisa.

3 MÉTODO

Em uma pesquisa, o método utilizado favorece o alcance dos objetivos propostos, além de auxiliar o raciocínio do pesquisador durante sua trajetória investigativa. A abordagem de pesquisa aqui utilizada foi a abordagem qualitativa que, de acordo com Spindola e Santos (2003) “preocupa-se com os indivíduos e seus ambientes em suas complexidades, não havendo limites ou controle impostos pelos pesquisados” (SPINDOLA; SANTOS, 2003, p. 120). Para Baptista (2003), na pesquisa qualitativa “o pesquisador e o pesquisado estão em interação em um processo multidirecionado no qual há ampla interação entre o sujeito e o objeto do conhecimento. Os valores estão presentes no processo de investigação” (BAPTISTA, 2003, p. 35).

O desenvolvimento deste tipo de pesquisa valoriza, portanto, a participação do indivíduo e do seu ambiente para a construção do conhecimento do pesquisador e do pesquisado. Conforme acrescenta Turato (2005, p.509):

O pesquisador qualitativista não quer explicar as ocorrências com as pessoas, individual ou coletivamente, listando e mensurando seus comportamentos ou correlacionando quantitativamente eventos de suas vidas. Porém, ele pretende conhecer a fundo suas vivências, e que representações essas pessoas têm dessas experiências de vida.

Na mesma perspectiva, Campos (2004) indicou como um dos pressupostos básicos da pesquisa qualitativa que os elementos “são analisados levando-se em consideração os significados atribuídos pelo seu sujeito do estudo” (CAMPOS, 2004, p. 613). Por isso, na abordagem qualitativa não se trabalha como “uma pesquisa com grande número de sujeitos, pois é preciso aprofundar o conhecimento em relação aquele sujeito com o qual estamos dialogando” (MARTINELLI, 1999, p. 23).

3.1 Tipo de Pesquisa

Realizou-se uma pesquisa do tipo exploratória. Para Tripodi, Fellin e Meyer (1975), as pesquisas de campo dividem-se em três grandes grupos: quantitativo-descritivos, exploratórios e experimentais. Os estudos exploratórios são investigações de pesquisa empírica cujo objetivo é a formulação de questões ou de um problema, com tripla finalidade: desenvolver hipóteses, aumentar a familiaridade do pesquisador com um ambiente, fato ou fenômeno para a realização de uma pesquisa futura mais precisa, ou modificar e clarificar

conceitos. Empregam geralmente procedimentos sistemáticos para a obtenção de observações empíricas ou para as análises de dados (ou ambas, simultaneamente).

3.2 Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada nas dependências do Centro de Prevenção e Reabilitação da Deficiência da Visão – Próvisão, localizado na cidade de São José dos Campos, região metropolitana do Vale do Paraíba Paulista/SP.

3.4 População e Amostra

No período de elaboração do projeto, a população de idosos neste centro de reabilitação era de 12 pacientes. Para composição da amostra de oito idosos, o critério de inclusão foi estar na faixa etária entre 60 e 70 anos, ambos os sexos, diagnosticados com deficiência visual adquirida, apresentando perda total ou parcial da visão, associada ou não a outras patologias e que participavam à época de um dos programas de reabilitação da instituição.

O critério de escolha da amostra foi o de acessibilidade ou de conveniência; uma amostragem não probabilística, ou seja, “que tem como característica principal não fazer uso de formas aleatórias de seleção, torna-se impossível à aplicação de formas estatísticas para cálculo” (MAROTTI *et al.*, 2008, p. 188), e as pessoas que são selecionadas para os estudos são a critério do pesquisador. Além disso, estes autores mencionam que, nesse tipo de amostra, o pesquisador realiza sua seleção mediante sua condição de acesso a ela e que este tipo de critério costuma ser utilizado em pesquisas qualitativas.

3.5 Instrumentos

A coleta de dados ocorreu em duas etapas; a primeira para um levantamento dos dados biosociodemográficos dos participantes, por meio de um formulário preenchido pelo pesquisador (APÊNDICE I), e a partir dos prontuários, conforme autorização da instituição em carta de anuência (ANEXO V). Para Appolinário (2004), o formulário é um “instrumento de pesquisa, similar a um questionário, porém a ser preenchido pelo próprio pesquisador” (APPOLINÁRIO, 2004, p. 100).

A segunda etapa da coleta dos dados foi por meio de entrevista aberta, que teve como

objetivo retratar a estória de vida dos participantes. Para tanto, o roteiro de perguntas atua apenas como norteador do pesquisador no alcance deste propósito (APÊNDICE II). Nessa entrevista, interessou averiguar o momento da aquisição da deficiência visual na vida do idoso e as informações referentes aos seus contextos de formação, aprofundando a narrativa dos idosos, de forma a esclarecer o problema apresentado nesta pesquisa. A entrevista lançou mão da modalidade de entrevistas de História de Vida Focal (HVF), cuja abordagem metodológica possibilita uma compreensão mais profunda da pessoa a ser pesquisada, pois “permite a descoberta e exploração de como as pessoas compreendem o seu passado e vinculam sua experiência individual a seu contexto social, interpretam-na e lhes dão significado” (BELLATTO *et al.*, 2008, p. 850).

3.6 Procedimentos de Coleta de Dados

Inicialmente, foi solicitada autorização para realização desta pesquisa à direção do Centro de Prevenção e Reabilitação de Deficiência da Visão – Próvisão (ANEXO II). Uma vez obtida aprovação, a instituição assinou a Declaração de Anuência (ANEXO III), na qual permite também o uso do nome da instituição nos materiais relacionados a este estudo.

Por se tratar de uma pesquisa com seres humanos, submeteu-se o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté (CEP-UNITAU), que tem como finalidade maior defender os interesses dos sujeitos garantindo sua integridade e dignidade, contribuindo para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. A aprovação foi dada na data de 31 de janeiro de 2016, sob o parecer n.º1.398.712 (ANEXO IV).

Os sujeitos idosos com deficiência visual adquirida que frequentam um dos programas de reabilitação da instituição foram convidados a participar da pesquisa pelo pesquisador, que também é profissional membro da equipe de reabilitação. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO V) lhes foi apresentado e os idosos que aceitaram participar tiveram garantidos o sigilo de sua identidade, bem como assegurada sua saída, se assim desejassem, a qualquer momento, sendo ainda explicadas as questões relacionadas à pesquisa. O referido termo foi lido e gravado em áudio para que o participante que estivesse em comum acordo com as informações voluntariamente o assinasse, a partir do recurso nomeado de assinador, posicionado sobre o campo de aceite. Cabe mencionar que a leitura do termo foi realizada por uma testemunha não vinculada ao projeto, que também assinou o TCLE, no campo de testemunha (ANEXO V).

Entendeu-se que o projeto poderia apresentar riscos mínimos aos participantes,

associados ao desconforto provocado pelo tempo de entrevista, todavia, não foram observados constrangimentos decorrentes da abordagem da entrevista. Não houve previsão de benefício direto ao participante neste momento. Entretanto, a análise das informações coletadas tem proporcionado conhecer as principais necessidades destacadas pelos participantes. Tais informações poderão ser utilizadas para o desenvolvimento de ferramentas que auxiliem no processo de reabilitação da pessoa com deficiência visual.

As entrevistas foram realizadas individualmente no Centro de Reabilitação do Próvisão, com data e horário agendados previamente com os sujeitos, ocorrendo preferencialmente nos dias nos quais esses já tinham atendimento, em horário que não os prejudicasse. Levou-se em conta a disponibilidade do participante e a adequação das salas da instituição, visando a preservação e o sigilo do participante. Por se tratar de idosos com deficiência visual, antes de se iniciar a entrevista era apresentado para cada um o gravador a ser utilizado e a disposição dos móveis na sala, descrevendo ainda que na mesa havia um copo com água e lenços de papel para uso, caso fosse necessário.

Todas as informações foram registradas em mídia digital (entrevistas e leitura do TCLE), que serão mantidas sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, devendo ser inutilizadas após este período. As entrevistas foram gravadas em mídia digital individualmente, com duração média de 25 minutos de gravação, no período de fevereiro a abril de 2016, sendo transcritas de forma fidedigna (ANEXO VI). Para proteger a identidade dos participantes, os nomes dos idosos foram substituídos por nomes fictícios, bem como os de seus familiares e médicos, quando mencionados nas entrevistas e/ou transcrições, exceto quando se menciona o nome do pesquisador.

3.7 Procedimentos para Análise de Dados

A análise de conteúdo dos dados coletados constitui-se como uma forma de interpretar as vivências e práticas apresentadas pelos participantes da pesquisa, proporcionando uma construção e reflexão dos conhecimentos, tanto para o pesquisador quanto para os participantes da pesquisa.

A técnica de análise de dados pode demonstrar versatilidade e criatividade do pesquisador qualitativista em lidar com situações inusitadas no estudo do fenômeno humano (CAMPOS; TURATO, 2009). Além disso, de acordo com Setúbal (1999), esse tipo de análise “apresenta uma proposta dinâmica que se faz permanente por meio de uma interação contínua com o analista” (SETÚBAL, 1999, p. 61), buscando significados atribuídos aos fatos que

serão levantados através do formulário e entrevistas.

Neste estudo, o procedimento para a análise de conteúdo foi realizado conforme descrito por Bardin (2011, p. 93-107). Este tipo de análise remete a mecanismos de comunicação, por um lado a mensagem (significação e código) e o seu suporte ou canal; por outro, o emissor e o receptor, enquanto polos de interferência. Assim, a análise de conteúdos tem sido abordada e compreendida sob a ótica de diferentes técnicas de análise, conforme o foco da pesquisa, entrevista proposta e informações apresentadas pelos participantes.

Para Bardin (2011, p. 125), esta análise deve ser organizada em três momentos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e interpretação.

A pré-análise corresponde há um período de “sistematizar as ideias iniciais”, conforme Bardin (2011, p. 125), tendo como objetivo a organização das metas a serem seguidas na pesquisa. A fase de exploração do material é mais longa, ou seja, “consiste essencialmente em operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função das regras previamente formuladas” (BARDIN, 2011, p. 131). Para o tratamento dos resultados obtidos e interpretação, a mesma autora relata que “são tratados de maneira a serem significativos” (BARDIN, 2011, p. 131). A autora estabelece que se pode quantificar as temáticas recorrentes. Nesse estudo, priorizou-se os elementos qualitativos da análise por ela preconizados. Além disso, de acordo os resultados obtidos no estudo, o pesquisador “pode propor interferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos” (BARDIN, 2011, p. 131).

Na compreensão e interpretação dos dados, o pesquisador verifica, através do levantamento bibliográfico, informações sobre o tema, atribuindo apontamentos que descrevam as experiências trazidas pelos pesquisados. Nesse caso, os idosos em seus contextos de formação, cujo constructo psicológico da resiliência e a TBDH foram aportes teóricos de aproximação de compreensão dos dados obtidos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção, serão apresentados os resultados obtidos junto aos prontuários de caracterização biosociodemográfica dos participantes e que subsidiaram a discussão das categorias e subcategorias identificadas.

4.1 Caracterização dos Pesquisados

Arthur ficou cego aos 47 anos por retinopatia diabética, devido ao Diabetes Melito. Inicialmente, começou a sentir sua vista embaçada e cansada. Procurou pelo serviço de saúde, mas devido a uma orientação equivocada, demorou três meses para a investigação do que já havia se tornado um quadro irreversível. Ele é casado, católico, tem 61 anos, estudou até o ensino técnico e sua atuação profissional foi no setor público. A aquisição da deficiência visual se deu em 2000, e a busca pelo serviço reabilitacional ocorreu há 14 anos. Relatou que, atualmente, não enxerga mais nada, nem ao menos percepção de luz.

Camilo ficou cego aos 55 anos por retinopatia diabética, devido ao Diabetes Melito, e também possui deficiência auditiva. É católico, hoje tem 67 anos, estudou até o ensino fundamental e sua atuação profissional se deu no setor privado. A aquisição da deficiência visual se deu no ano 2000, e há 12 anos buscou o serviço reabilitacional. Expôs que estava lendo um livro em casa e sentiu a vista embaçada, seguida de tonturas. Dormiu e, ao acordar, já não enxergava mais nada. Sua deficiência visual é total.

Enrico iniciou o processo de cegueira aos 13 anos, quando sentia que sua visão estava desfocada. Aos 39 anos ficou cego por retinopatia diabética, devido ao Diabetes Melito. É casado, católico, tem 62 anos, estudou até o ensino técnico e sua atuação profissional se deu no setor público. A aquisição da deficiência visual foi no ano de 1978, e a busca pelo serviço reabilitacional ocorreu 33 anos após esse evento.

Guilhermina relatou que sentia sua vista escurecer, mas que, na correria do dia a dia, não dava muita importância, até que aos 53 anos começou o seu dia enxergando uma luz forte e terminou o dia sem a visão. Ela é católica, estudou até o ensino fundamental e sua atuação profissional se deu no setor privado. A cegueira adquirida foi por retinopatia diabética devido ao Diabetes Melito. A busca pelo serviço reabilitacional se deu 7 anos após a deficiência visual. Atualmente, tem baixa visão e consegue utilizar um pouco do seu resíduo visual, relatando algumas dificuldades.

Laís era professora e estava em sala de aula quando, um dia, foi trancada no armário

por seus alunos. No mesmo instante sua visão escureceu, e naquele momento ficou totalmente cega. Tem 70 anos, ficou cega aos 63, é viúva, católica, atuou profissionalmente no setor público e estudou até o nível superior completo. A deficiência visual, assim como nos casos anteriores, foi também consequência ao Diabetes Melito. A busca pelo serviço reabilitacional ocorreu 4 anos após o evento.

Lucas relatou que não percebeu a perda da visão. Sentia sua vista cansada, mas pensava ser devido à carga excessiva de trabalho, e ficou cego aos 54 anos. Hoje tem 61 anos, estudou até o ensino médio incompleto, é casado, católico, atuou profissionalmente no setor privado e buscou o serviço reabilitacional 7 anos após a aquisição da deficiência visual, que se deu em decorrência ao Diabetes Melito.

Mariana tem 62 anos, ficou cega aos 51 e relatou que a deficiência visual iniciou-se na infância, mas não sabia distinguir o que era enxergar tipicamente e pensava que não tinha nada, pois imaginava que todos enxergavam como ela, mas a deficiência visual se deu de forma mais severa aos 20 anos. É casada, estudou até o ensino médio incompleto, é evangélica, atuou profissionalmente no setor privado e sua deficiência visual se deu em decorrência a miopia degenerativa. A busca pelo serviço reabilitacional ocorreu 11 anos após o evento da deficiência visual.

Mônica estava lecionando quando sentiu a chegada da deficiência visual. Atuou profissionalmente por 6 meses sem a visão, pois não conseguia licença médica; acordou enxergando e encerrou o seu dia com a perda da visão. Tem 66 anos, ficou cega aos 60 anos devido a retinopatia diabética em decorrência ao Diabetes Melito e buscou pelo serviço reabilitacional 5 anos após aquisição da deficiência visual. Concluiu o ensino superior, é viúva, católica e atuou profissionalmente no setor público.

Constata-se que dos oito participantes, quatro são homens e quatro mulheres. Em relação ao estado civil, cinco são casados, dois viúvos e, em um prontuário, o campo da situação conjugal não foi preenchido. A escolaridade dos participantes variou entre o ensino fundamental incompleto e o ensino superior completo. O período em que os idosos se encontram em reabilitação na instituição é entre dois e cinco anos.

Apenas um participante apresentou deficiência auditiva associada à deficiência visual. Todos os idosos atuaram profissionalmente com períodos que variaram entre 25 e 30 anos, nos quais 80% dos indivíduos em setor privado e 20% no setor público. No item relacionado à religião, sete são católicos e um é evangélico.

A tabela 6 apresenta a distribuição dos participantes de acordo com a faixa etária. Foi possível observar que os dados corroboraram os dados do levantamento bibliográfico,

indicando que o envelhecimento populacional no Brasil cresce significativamente. Espera-se que os 13,9 milhões nos anos 2000 alcancem em 2020 cerca de 28,3 milhões, com previsão de 64 milhões de idosos em 2050 (ÁVILA; ALVES; NISHI, 2015).

Tabela 4 - Distribuição dos Pesquisados por Faixa Etária

	<i>N</i>	<i>Média de idade</i>
60-65	6	62,5
66-70	2	68
Total	8	

Fonte: dados da pesquisa.

Na literatura, diversos autores retrataram a fase da velhice e o processo de envelhecimento. Papaléo Netto (2013) e Neri (2014) apresentaram esta fase dentro da perspectiva do desenvolvimento humano de uma maneira multidimensional, que se caracteriza por diferentes transformações que resultavam em ganhos e perdas/limitações.

Conforme apontam Narsi (2002) e Corrêa e Eagle Jr. (2005, p. 410-414), há um crescimento significativo de doenças crônicas na população idosa e as estimativas da presença do DM em decorrência a RD como uma das causas mais frequentes de cegueira no idoso. Estas informações foram confirmadas em 75% dos participantes, que apresentaram o diagnóstico oftalmológico de RD, mostrando a repercussão do DM no desenvolvimento de deficiência visual. Corroboram também os dados do Relatório Mundial sobre a Deficiência (2012), do Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010) e da Organização Mundial de Saúde (OMS), que referem o crescimento de doenças crônicas, o DM como uma das causas frequentes de cegueira no idoso. Ressalta-se ainda que o envelhecimento global tenha grande influência sobre a deficiência visual adquirida e estima-se que, no Brasil, a cegueira entre diabéticos possa alcançar a prevalência de 4,8 milhões.

Os outros 25% dos participantes apresentaram diagnósticos referentes à retinose pigmentar e à miopia degenerativa, embora esses não sejam mencionados no corpo do estudo por não representarem as principais causas de deficiência visual adquirida pelo idoso. Sobre as principais causas de cegueira no mundo, Onuki (2009, p.13), colaboradora da Universidade de São Paulo e médica assistente do Serviço de Visão Subnormal da Clínica Oftalmológica do Hospital das Clínicas de São Paulo, menciona que estão relacionadas ao aumento da expectativa de vida, “mais de 82% da população cega mundial têm acima de 50 anos. Os contínuos aumentos da população e da longevidade poderão levar a um aumento rápido nos casos de cegueira no mundo” (ONUKEI 2009, *apud* MARAGONI p. 13, 2009).

Com relação ao período de inserção na reabilitação, foi possível observar que as mulheres apresentaram um período menor entre a aquisição da deficiência visual e o ingresso no processo reabilitacional, independentemente do nível de escolaridade, pois a média foi de 6 anos e 7 meses, enquanto nos homens a média foi de 16 anos e 8 meses.

A seguir, consta a análise de conteúdo oriunda da sistematização dos depoimentos.

4.2 Análise de Conteúdo

Após a leitura das entrevistas e familiaridade com os conteúdos relatados, os achados foram organizados para análise e discussão em categorias e subcategorias, como sumarizado no quadro 4.

Quadro 4 - Distribuição das Categorias e Subcategorias de Análise

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	SEGMENTO ILUSTRATIVO
Envelhecimento e Deficiência (ED)	Desafios na Velhice (DF)	<i>“[...] eu na terceira idade preciso mais de ajuda”</i> MARIANA
	Aspectos de Risco (AR)	<i>“Às vezes eu tô num lugar eu fico sem saber”</i> GUILHERMINA
	Aspectos de Proteção (AP)	<i>“A gente tem que se adaptar com tudo gente! Não só agora por causa da visão, mas você vai ficando mais lento”</i> MÔNICA
Descoberta da Deficiência Visual (DDV)	Conhecimento Sobre a Deficiência Visual Adquirida (CSDVA)	<i>“Voltando das crises inflamatórias eu conseguia continuar tocando a vida naturalmente”</i> ENRICO
	Aspectos de Risco Relacionados à Descoberta da Deficiência (ARRDD)	<i>“A deficiência que veio pra mim, foi um transtorno muito grande, por que eu era uma pessoa normal”</i> LUCAS
	Aspectos de Proteção Relacionados à Descoberta da Deficiência (APRDD)	<i>“Eu não tenho mais aquelas placas escura na visão, ela ficou aberta, mas eu não ocupei”</i> <i>“[...] graças a Deus tem um lugar que pelo menos faz eu viver bem, me sinto bem, sou bem atendido, sou bem compreendido”</i> LUCAS
O Papel da Família na Relação com a Pessoa com Deficiência (PFRPD)	Aspectos de Risco na Relação com a Família (ARRF)	<i>“Sempre foi bom! Agora! Depois que eu perdi a visão (breve pausa) eu tive até que ficar muito brava com eles”</i> MÔNICA
	Aspectos de Proteção na Relação com a Família (APRF)	<i>“[...] todos eles. Me acolheram bem!”</i> ARTHUR
Vivência da Deficiência Visual no Trabalho (VDVT)	Aspectos de Risco Relacionados à Vivência da Deficiência Visual no Trabalho (ARRVDVT)	<i>“Eu cheguei a trabalhar sem enxergar porque não consegui a licença.”</i> MÔNICA
	Aspectos de Proteção Relacionados à Vivência da Deficiência Visual no Trabalho (APRVDVT)	<i>“Eu tinha sempre um companheiro de trabalho que são meus amigos até hoje, e que acabavam trocando aqueles componentes no meu serviço”</i> ENRICO
Deficiência e Convivência Social (DCS)	Aspectos de Risco Relacionados à Deficiência e Convivência Social (ARRDCS)	<i>“[...] sempre tive muitos amigos sim! Depois que venho a deficiência a maioria sumiu”</i> CAMILO
	Aspectos de Proteção Relacionados à Deficiência e Convivência Social (APRDCS)	<i>“Os meus amigos era uma convivência boa, e do jeito que eu estou agora com essa minha deficiência meus amigos tá tudo a mesma coisa”</i> LUCAS
Estratégias de Enfrentamento (EE)	Reabilitação	<i>“Quando a gente não tem aceitação do problema da gente, a gente passa a agredir, a transgredir a não viver em harmonia com a sociedade”</i> LAÍS

Fonte: dados da pesquisa.

Após a organização temática em categorias e subcategorias, apresenta-se a seguir a discussão dos resultados.

4.2.1 Envelhecimento e a Deficiência

Os idosos desta pesquisa, ao retomarem suas experiências de vida, antes e após o evento da deficiência visual, descreveram os desafios já enfrentados, vitórias alcançadas e a realidade atual em que vivem. Falar sobre essa trajetória foi um convite para ampliar conhecimentos do pesquisador e dos pesquisados, uma aproximação às vicissitudes da história de vida de cada um, à experiência e sentido da deficiência como evento balizador do desenvolvimento em geral.

A gente quando nasce não sabe ver, andar e não tem dente, quando passa o tempo, hoje volta tudo de novo. A gente não vê, tem dificuldade pra andar e fica sem dente (nesse momento começa a rir) (LAÍS).

É possível perceber, nesta fala, a passagem do tempo retratada como um filme no qual se volta às primeiras fases do desenvolvimento humano. Aprendizados como a aquisição da linguagem, a organização do sistema motor e sensitivo, dentre outros componentes que integram o desenvolvimento, são aprimorados ou se perdem conforme o processo de envelhecimento. A longevidade deve ser vista, assim, “como parte não só de um ciclo vital - do nascimento à morte, mas na perspectiva de projetos e tempos existenciais que os ultrapassam” (BRANDÃO; MERCADANTE, 2009, p. 63-64). Deste ponto de vista, o curso de vida do idoso, vivenciado de forma positiva ou não, conta sua história. Rever tais experiências no processo de envelhecimento pode se revestir em benefícios, o que faz jus a “melhoramentos na qualidade de vida daqueles que chegam à velhice” (LEÃO, 2005, p. 35).

Cassiano (2008, p. 125), Pessini e Siqueira (2013, p. 196) e Neri (2014, p. 14) lembraram a importância de compreender o indivíduo em sua singularidade, a dinâmica das relações que se estabelecem entre as vantagens e limitações inerentes ao processo de envelhecimento, um binômio importante a ser discutido na velhice, constituindo-se atributos subjetivos à experiência de vida de cada idoso. Com o aumento da idade, as transformações gradativas no corpo tornam-se mais sujeitas a agentes estressores, e as consequências do processo de envelhecer podem ser verificadas nas mudanças atitudinais, que traduzem geralmente uma relação dicotômica entre dependência e autonomia.

A presença de estigmas na velhice com relação às suas incapacidades requer uma

observação do contexto social e cultural deste idoso. Perdas de papéis sociais, como limitações ocupacionais, são eventos de vida que o indivíduo poderá vivenciar, inerentes à fase em que se encontra. Contudo, o envelhecimento geralmente propicia que as relações entre o idoso e o seu meio se tornem mais vulneráveis, o que envolve um delicado equilíbrio entre os desafios dessa fase, os ganhos e as perdas, e coloca em xeque seu processo de resiliência.

Sobre isso, Cosenza e Malloy-Diniz (2013, p. 100) mencionam que, na velhice, o processo de resiliência é um equilíbrio entre as funções fisiológicas e psicológicas do indivíduo, especialmente em ocasiões conflituosas. Na mesma direção, Bicalho e Cintra (2013, p. 47) afirmaram que as transformações geradas na senescência podem determinar um declínio orgânico e psicossocial. Portanto, o processo de envelhecimento ocorre de forma singular, no qual o declínio das funções fisiológicas na velhice é sempre mediado pela qualidade das respostas adaptativas do idoso ao meio em que se encontra (CUNHA, 2013; NERI, 2013).

Do ponto de vista da ecologia do desenvolvimento descrita por Bronfenbrenner (2002, p. 47), o processo de envelhecimento pode gerar um desequilíbrio na interação do idoso e seus ambientes (*micro, meso, exo, macro*), e proporcionar maior impacto em sua saúde. Isso configura um desafio na reciprocidade dessas interações, ou seja, a interdependência do idoso e seu ambiente, o que implica em alterações no âmbito físico, social e cultural, principalmente com o evento da deficiência.

No contexto das mudanças biopsicossociais na vida do idoso, a deficiência pode ser uma ocorrência frequente. De acordo com Medeiros e Diniz (2011), a deficiência é um “fato ordinário e previsível no curso de vida das pessoas, assim como o envelhecimento” (MEDEIROS; DINIZ, 2011, p. 112). A deficiência adquirida pode ser uma consequência de diversos fatores, conforme as características do próprio envelhecimento e das situações adversas nas quais o indivíduo esteve exposto, principalmente o idoso naturalmente mais vulnerável a eventos críticos em virtude do declínio das condições de saúde, desde modificações na estrutura musculoesquelética, endócrinas, dos sentidos remanescentes, dentre outras (SOUZA, MIRANDA, 2015; BICALHO, CINTRA, 2013).

Desse modo, no decorrer do desenvolvimento humano e do próprio envelhecimento, todo indivíduo está sujeito a desafios no cotidiano, enfrentados conforme as experiências adquiridas ao longo do ciclo de vida e dependente da capacidade de cada um. Preliminarmente, faz-se uma referência à categoria temática *Desafios na Velhice*.

Ferreira e Simões (2011) e Papaléo Netto (2013) mencionaram que, no processo de

envelhecimento, as alterações fisiológicas, cognitivas, psicológicas e sociais configuram-se como os maiores desafios. A cognição é um sistema no qual são armazenados os aprendizados adquiridos no decorrer do desenvolvimento humano. Além de captar informações e as reproduzir, a cognição possui um papel importante para o indivíduo na execução de tarefas, o que garante autonomia e independência. Sobre a cognição, Grive (2006, p.15) refere ser:

[...] um sistema dinâmico e complicado que se compõe de partes relacionadas entre si o que permite organizar e usar os nossos conhecimentos, a fim de podermos funcionar dentro do ambiente que vivemos. [...] abrange todos os processos, mentais que nos permitem a realização de ações e comportamentos que fazem algum sentido. O aprendizado, o reconhecimento, a memória e a atenção fazem parte do sistema cognitivo, assim como a capacidade de planejar, acompanhar e adaptar nosso procedimento à modificação das informações fornecidas pelo ambiente.

Na mesma perspectiva, Neri (2014, p. 234) complementa:

O envelhecimento cognitivo implica em expressivas diferenças individuais associadas a fatores educacionais, motivacionais, emocionais e de estilo de vida, atuando ao longo de toda vida. Isso significa que existe uma ampla margem para a influência de esforços coordenados em prol da manutenção da boa saúde e do condicionamento físico, da estimulação intelectual e de relações sociais que propiciem ambientes flexíveis, inovadores e desafiadores (NERI, 2014, p. 234).

Visto que os elementos da cognição contribuem para o desempenho de tarefas cotidianas, para a manutenção da saúde e das relações que se estabelecem com o contexto de formação de cada indivíduo, o ambiente emerge como componente importante nessa interação. O ambiente pode facilitar ou não o desenvolvimento desse indivíduo na execução de suas funções, principalmente no caso do idoso. Prado e Perracini (2011, p. 224) preconizam ambientes favoráveis que facilitem a capacidade funcional e que diminuam a incapacidade.

Para a pessoa com deficiência visual, o acesso aos ambientes é dificultado pela ausência da visão, com influências diretas na exploração do meio, principalmente para o idoso, implicando em prejuízos ao seu senso de orientação e mobilidade.

Os indivíduos podem ter a sua adaptação dificultada porque o ambiente é inadequado ou porque não tem habilidades ou informações corretas. Elas podem ser inibidas por suas atitudes, motivações, pensamentos e sentimentos (RIBEIRO, 2007, p. 409).

Os cegos necessitam ter os sentidos remanescentes estimulados para que possam apreender ao máximo as informações disponíveis [...] As interações feitas pelo sujeito cego são permeadas não só pelos sentidos como também pelas referências visuais que se apresentam na comunicação de modo geral (OLIVEIRA, 2014, p. 44).

A acessibilidade é um assunto amplo que reflete diretamente no indivíduo e no meio social. Para o cego, a inacessibilidade é um determinante para a não adaptabilidade ao meio e um elemento limitador no processo reconhecimento e na aprendizagem das informações disponíveis no ambiente. O incômodo gerado pela falta de acessibilidade pode ser verificado no depoimento da senhora Guilhermina: “Às vezes eu fico meio perdidinha (nesse momento começa a rir). Às vezes eu tô num lugar eu fico sem saber, às vezes eu vou procurar um negócio e não acho, eu fico meio perdida”.

Especificamente sobre o ambiente urbano e a deficiência visual, ponderam Prado e Perracini (2011): “Com a diminuição da acuidade visual, [...] torna-se mais difícil notar detalhes sobre pisos das calçadas, daí a importância do cuidado com a iluminação natural e artificial. Devem-se iluminar os passeios públicos e as travessias de pedestre” (PRADO; PERRACINI, 2011, p. 224).

Já em relação ao ambiente doméstico, ou seja, o “lar” do idoso, é relevante pontuar não somente características físicas, mas também as características pessoais de cada idoso.

O lar e seus objetos estão claramente embebidos de significação simbólica que contribui para o bem-estar percebido e para a qualidade de vida [...] Os idosos modificam suas relações com as características do ambiente para lidar com dificuldades físicas, sensoriais e cognitivas (PRADO; PERRACINI, 2011, p. 222).

A ONU, em 2008, destacou as diferentes barreiras encontradas nos ambientes que obstruem a participação plena e efetiva das pessoas com deficiência, ratificando que a não acessibilidade agrava e gera deficiências também.

Além disso, lembra-se a questão do declínio cognitivo no idoso, que varia de indivíduo para indivíduo, mas nota-se um déficit maior relacionado à memória, à atenção e na execução e planejamento de tarefas (FERREIRA; SIMÕES, 2011, p. 35; GRIVE, 2006, p. 15). Para as autoras, há uma redução no aprendizado, na solução de problemas e nas habilidades motoras que levam a um comprometimento funcional nas atividades diárias. Assim, o déficit cognitivo no idoso afeta sua saúde de forma ampla, pois gera desafios à sua capacidade funcional, psicológica, motora e afetiva, inclusive restrições dos papéis sociais, como no contexto de

trabalho (PAPALÉO NETTO, 2013).

Desse modo, a adaptação e superação às transformações próprias do envelhecimento humano tornam-se um desafio significativo na fase da velhice. As experiências de vida, assim como o potencial resiliente que cada idoso reuniu ao longo do seu ciclo de vida, não o isentam de perdas e dificuldades que venham a surgir na velhice. Sobre esses desafios na velhice, Ferreira e Simões (2011, p.35) assinalaram:

É possível que as mudanças e alterações que acompanham o processo de envelhecimento sejam um grande desafio para os idosos, pois ao entrar nessa fase de vida, é preciso que haja uma adaptação a novas mudanças, e conseqüentemente um controle emocional sobre a atual situação. O desafio torna-se ainda maior, quando a velhice chega carregada de culpas, como se para não envelhecer dependesse unicamente dos hábitos e vontades de cada um.

Os desafios para o idoso podem se tornar ainda maiores mediante os fatores que o cercam, como condições físicas do contexto, estímulos de vida e qualidade emocional. A compreensão de que o tempo passou e que sua imagem corporal não é mais a mesma representa um novo desafio que requer uma adaptação positiva frente à velhice no enfrentamento desta nova realidade.

Mesmo quando apresentam dificuldades para lidar com suas limitações, é muito importante que o idoso centre-se no problema, tente resolver e superar a crise que está vivendo, pois o contato com suas limitações é fundamental para a recuperação do seu equilíbrio emocional. [...] A velhice não pode ser definida como um processo linear igualmente para todos, não se trata apenas de se adequar à normas, regras e valores, mas de sentir, reagir e viver da sua forma e sua maneira essa fase de vida. (FERREIRA; SIMÕES, 2011, p. 37).

Entende-se, então, que a forma como os projetos e experiências de vida do idoso foram superados surge como um atributo positivo no enfrentamento de perdas e vulnerabilidades, tornando-o mais frágil ou não. No contexto social, há perdas consecutivas, ou seja, há diminuição na participação deste idoso no convívio social, mudanças no âmbito familiar, especialmente com a chegada da aposentadoria. O idoso se depara, portanto, com a necessidade de novos enfrentamentos nos aspectos afetivos e econômicos e de se adequar à nova realidade.

Nesta pesquisa pode-se verificar nos conteúdos que retratam a inter-relação da família, do trabalho e da convivência social um detalhamento sobre tais desafios sociais. A deficiência visual adquirida na velhice, além das características já aqui citadas, reativa conseqüências na

interação com o ambiente e nos contextos de formação presentes em cada ciclo de vida. A interação do indivíduo com o ambiente sofre impacto por ser o olho considerado o sistema sensorial de maior importância na interpretação do mundo a sua volta (VEITZMAN, 2003). Este cenário de descobertas e transformações da velhice como experiência desafiadora, frequentemente acompanhado por eventos que suscitem limitações e perdas, é retratado nesse depoimento:

[...] eu na terceira idade preciso mais de ajuda, tá certo que naquela época eu precisava, mas hoje eu preciso de ajuda em todos os sentidos, por causa da idade e da deficiência (MARIANA).

Mariana afirma que a velhice é o período de vida que mais precisa de auxílio e, com a deficiência visual, essa fase a torna ainda mais vulnerável, necessitando de auxílio em todos os sentidos, sejam eles físicos, afetivos ou sociais. Pode-se afirmar que a conjugação desses dois elementos, velhice e deficiência visual, tornaram sua vida frágil. A fragilidade apresenta um precursor fisiológico que resulta na diminuição das reservas físicas e, conseqüentemente, no desempenho de atividades (FRIED *et al.*, 2001).

Para o idoso com deficiência visual, a fragilidade é mais um indicativo de vulnerabilidade, pois os sentidos como audição, tato e paladar podem ser afetados pela própria senilidade, que são sistemas remanescentes altamente utilizados pelo deficiente visual. Esta fragilidade no idoso implica em situações de risco e prejuízos em suas condições de saúde.

Para analisar estes *Aspectos de Risco*, primeiro é importante que se compreenda os fatores que envolvem o indivíduo às diferentes situações que o torna mais vulnerável no enfrentamento e na adaptabilidade às circunstâncias adversas. Para Rutter (1993, p. 626), deve-se entender os fatores de risco para que se conheça os aspectos que determinam a sua natureza. Na velhice, a exposição a um evento crítico poderá ser maior conforme as características individuais de cada pessoa. Sobre isso, Silva (2015, p.21) esclarece:

[...] um único evento (ameaça) não necessariamente representará o mesmo risco para diferentes sujeitos. A vulnerabilidade é o resultado, afinal, da interação entre uma “dimensão externa”, de riscos, choques e estressores a que um indivíduo está submetido, e uma “dimensão interna”, desse próprio sujeito em defesa, carente de meios para contrapor-se aos danos [...] “risco” como sinônimo de ameaça de sofrer um “dano”, parte essencial do conceito de vulnerabilidade. “Dano”, por sua vez, seria a lesão, o resultado negativo de um risco concretizado, a vulneração finalmente acontecida e acabada.

Desse modo, tanto o risco quanto o dano estão no cenário da vulnerabilidade. Conforme Silva (2015), a vulnerabilidade “pode ser o resultado de processos graduais de uma vida inteira ou de um evento específico de exposição” (SILVA, 2015, p. 24). Nesta perspectiva, a aquisição de uma deficiência configura-se como um evento crítico que pode se tornar um risco, considerando-se as perdas que compõem o cenário da velhice. Cabe pensar que a deficiência bem como a qualidade do processo de vida que o idoso vivencia são determinantes para agravar a exposição ao risco. A interação estabelecida com o meio, positiva ou não, dependerá do próprio indivíduo, dos elementos presentes no contexto de formação e da influência estabelecida entre ambos (BRONFENBRENNER, 2002, p. 47).

Especialmente em relação aos riscos do ambiente físico, os quais podem incorrer em desfechos negativos para o idoso, como a incidência de quedas (PRADO; PERRACINI, 2011, p. 228). Segundo o Relatório Mundial Sobre a Deficiência (2012, p. 4), “o ambiente de uma pessoa tem um enorme impacto sobre a experiência e extensão da deficiência”, prejudicando assim a sua capacidade funcional.

Apesar de as alterações do envelhecimento diminuírem, a capacidade dos indivíduos de lidar com os perigos do ambiente, a forma com que eles realizam as atividades rotineiras e a percepção do meio colocam os indivíduos em risco de acidentes e diminuem sua capacidade de realizar atividades pessoais instrumentais (MELLO, 2007, p. 369).

A diminuição dos sentidos remanescentes repercute sobre a funcionalidade do idoso em suas atividades diárias, principalmente quando o ambiente é um meio propício ao risco. O estado limitante ou incapacitante que uma deficiência gera é relevante enquanto fator de risco, ou seja, mesmo com o evento crítico da deficiência na velhice, o idoso pode estar ou não vulnerável a um risco. Assim, independente do evento da deficiência visual ocorrer intra-útero ou adquirida, o indivíduo certamente tem prejuízos no seu contato com o meio externo.

Por outro lado, os fatores protetores presentes no processo de resiliência, como as interações que os idosos estabelecem com o seu meio, são essenciais para um enfrentamento positivo dos desafios gerados pelos eventos críticos. Cabe ressaltar as contribuições da TBDH ao discutir a reciprocidade das interações entre o indivíduo e o ambiente, que influenciam e são influenciadas pelo contexto de formação e na sua forma de adaptabilidade.

Como a perspectiva de desenvolvimento do ser humano é uma constante, os eventos de vida balizam as mudanças específicas de sua história (LUHMANN *et al.*, 2012, p. 592), e as variações particulares no percurso de vida irão determinar se “a experiência será estressora ou protetora” (YUNES; SZYMANANSKI, 2001, p. 39). Tais *Aspectos Protetores* são

discutidos a seguir.

No processo de resiliência, os fatores de proteção equilibram as adversidades, valorizando a experiência de vida, as potencialidades do indivíduo e valores, como a espiritualidade. A espiritualidade é intrínseca ao indivíduo e o desenvolvimento da fé tem papel preponderante na busca de significados para o cotidiano. Apresenta sutilezas na intensidade de como cada um a vivencia, sendo um importante aspecto na superação de eventos indesejáveis, como visto neste depoimento.

[...] Deus me deu os olhos até essa idade! Agora eu tenho que me adaptar nessa vida, e assim, vamos carregando, vamos carregando (ARTHUR).

Pode-se observar a crença no mundo espiritual na fala de Arthur. A adaptação positiva nesta atual situação de perda visual pode assumir uma configuração de conformismo, mas ao mesmo tempo trata-se de um escudo protetor no enfretamento do evento crítico. Desde a antiguidade, a espiritualidade está presente na cultura da maioria dos povos e é atrelada às questões de saúde (STROPPIA; ALMEIDA, 2009).

Ao estudar a relação da espiritualidade com a saúde, não é necessário assumir qualquer posição sobre a realidade ontológica de Deus ou do reino espiritual. Podemos testar se as medidas de crenças religiosas ou comportamentos estão associados com os resultados de saúde, independentemente se acreditamos nas crenças sob investigação (ALMEIDA; KOENIG, 2006, p.243).

Assim, a ampliação da crença em algo superior que transcende o mundo físico, na qual a religião pode estar presente (MONTEIRO, 2004). O aspecto religioso condiz com a tradição cultural, crenças e ações que estão presentes nos contextos familiar e social (NERI, 2014). A espiritualidade na velhice é uma estratégia fortalecedora para os desafios desta fase, bem como a proximidade com a finitude. Para Monteiro (2004) “na busca de sentido (espiritualidade) nós nos defrontamos com a finitude e a morte, somos seres que temos consciência que caminhamos para o próprio fim” (MONTEIRO, 2004, p. 60). Tal perspectiva é corroborada por Doll e Py (2011, p.207): “a consciência da vida leva necessariamente à consciência do fim da vida: a morte, a finitude da nossa existência”.

Desta forma, a presença da deficiência visual pode se configurar na velhice um evento de reflexão sobre os paradigmas vividos pelo indivíduo até então, pois fomenta a busca ou a maximização das crenças espirituais para seu bem estar subjetivo e a espera da finitude. Como observado nos relatos das entrevistas, a presença de Deus no âmbito da fé atua como um

elemento que facilita a capacidade adaptativa, uma forma de agradecimento explicitada nas falas que seguem, que propiciaram melhor convivência do idoso com seu quadro visual e ao se colocar no lugar do outro em situação semelhante.

Eu agradeço a Deus por esse hospital, por essa reabilitação, a gente vê problemas dos outros, problemas mais sérios, crianças pequeninas. Então, você vai vendo que os seus problemas não são tão grandes assim, e que pra tudo tem sempre um caminho. Pra tudo tem sempre como você trabalhar com aquele problema (MÔNICA).

Entrevê-se assim que a espiritualidade beneficia o idoso na convivência positiva com a deficiência visual. A adaptação positiva frente a um evento estressor vem atrelada a significados que transcendem a dor e o sofrimento que auxilia no processo de resiliência na presença da dimensão espiritual descrita por Neri (2014):

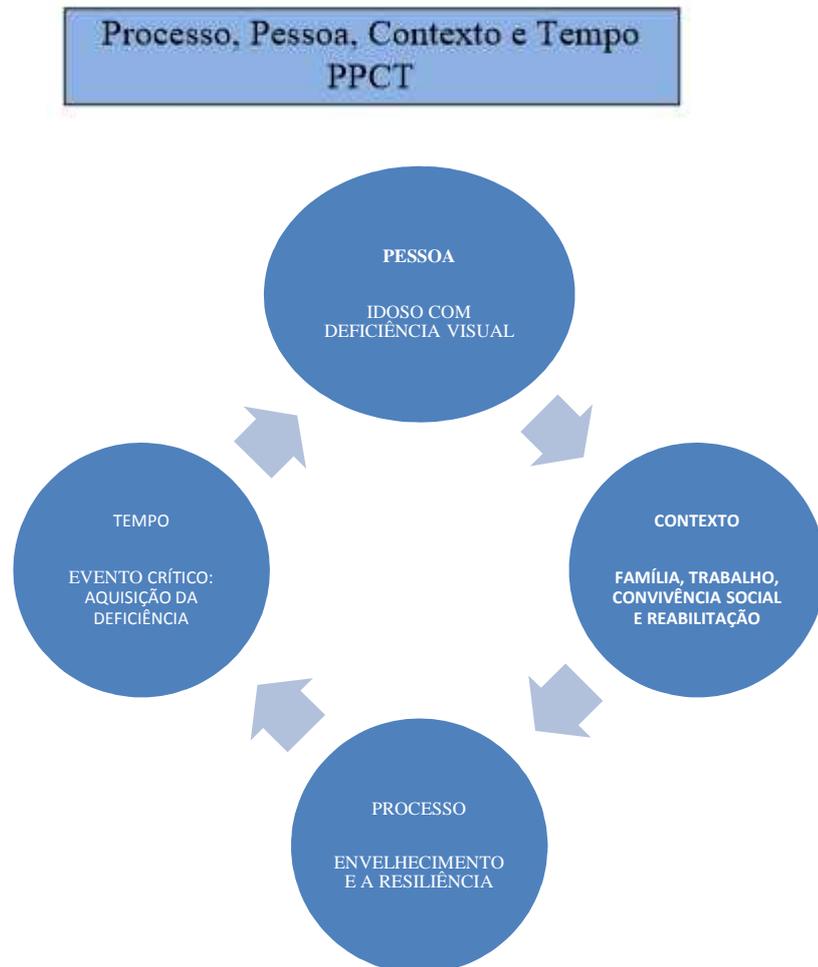
[...] relaciona-se com a consciência de um reino Espiritual, a capacidade de conhecer a Deus e o encontro com o transcendente. A espiritualidade relaciona-se com as funções cognitivas de alto nível e implica em busca de significado, compreensão moral, valores e crenças autotranscendentes e resiliência interna ante o sofrimento (NERI, 2014).

Portanto, o fator espiritual na presença da deficiência visual sugere ter fomentado os valores já existentes na trajetória dos idosos; um exercício para o fortalecimento e restauração das situações adversas que permanecem distante da compreensão humana. Cada história de vida é uma teia de significados construídos pelo indivíduo com a ajuda das famílias e dos contextos de formação, na qual a espiritualidade se apresenta como um meio facilitador, ou seja, propicia a adaptação positiva desses idosos.

Ademais, no modelo bioecológico do desenvolvimento humano, Bronfenbrenner reitera a importância do idoso em desenvolvimento, transformações geradas pelo envelhecimento e pela própria fase da velhice. A dinâmica das relações estabelecidas entre o *Processo, Pessoa, Tempo e Contexto* (PPTC) permite entender a pessoa ao longo de sua trajetória de vida e os acontecimentos que a cercam, valorizando os processos psicológicos, sociais e influências ambientais no decorrer do desenvolvimento humano (ROTHER, 2014).

O esquema a seguir ilustra essas informações do PPTC:

Figura 5 - Representação do Esquema PPCT



Fonte: adaptado pelo autor.

Mediante o exposto, cabe apresentar os diferentes fatores que permeiam o processo de aquisição da deficiência visual por esses idosos, entendendo-se que esse faz parte de um *continuum* de mudanças e transformações.

4.2.2 Descoberta da Deficiência Visual

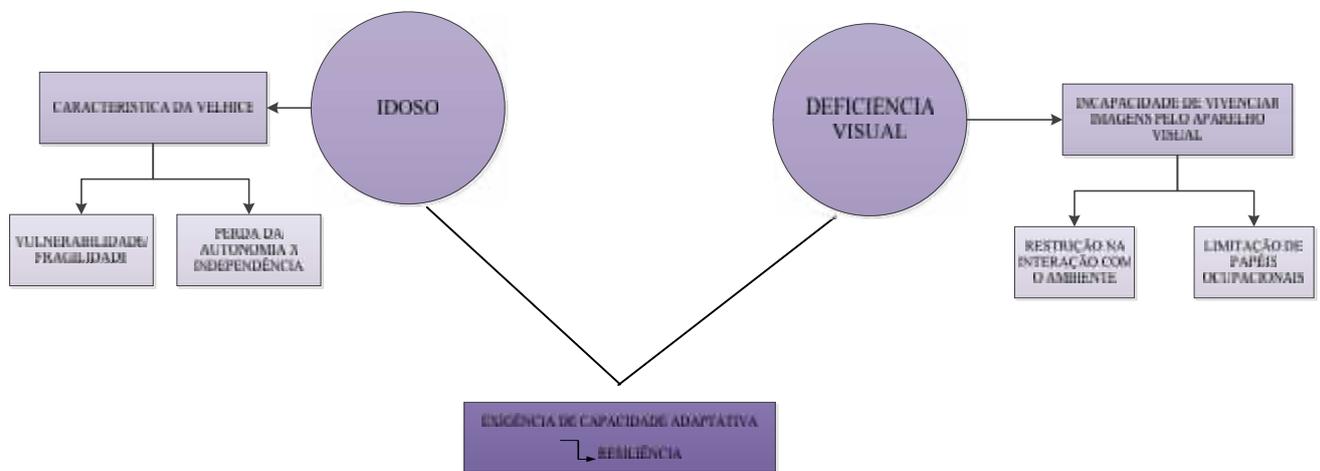
No advento da deficiência, nunca se sabe a reação do indivíduo para lidar com esse evento inesperado, dados os componentes físicos, psíquicos e sociais presentes e formas de aprendizagens que precisarão ser ressignificados.

[...] “Você está cego! Daqui pra frente sua vida vai ser outra, o que você fazia com a visão, você vai fazer mais devagar até chegar sua perfeição” (CAMILO).

Nesse ponto, pode-se questionar: o que causa mais dor? Ter sido privado da sua capacidade de vivenciar imagens por meio do aparelho visual desde o nascimento ou descobrir a perda da capacidade de vivenciar imagens durante o seu ciclo de vida? Uma indagação complexa, pois a cegueira é uma notícia que ninguém deseja receber, independentemente da fase da vida em que se encontra.

Na fala de Camilo, nota-se que a descoberta da cegueira veio acompanhada de mudanças, desafios e limitações que dificultaram sua funcionalidade, necessitando de readaptação ao cotidiano, que seu corpo se adequasse às novas exigências físicas, sociais e emocionais. Nesse sentido, verifica-se que a aquisição da deficiência visual se traduz em um evento crítico, pois houve uma ruptura no estilo de vida até então, colocando em risco seu potencial de habilidades e senso de autoeficácia, influenciando na inter-relação estabelecida com o microsistema.

Figura 6 - Representação das Influências no Desenvolvimento Humano



Fonte: elaborado pelo autor.

Se deparar com uma nova condição, no caso, a deficiência visual, exige um novo comportamento, novas atitudes e transformações mediante as atividades exercidas no ambiente. Assim, as interações antes estabelecidas neste ambiente precisam de uma reconformação para continuidade de participação do indivíduo em seus diferentes contextos.

Constata-se que a deficiência visual no idoso é caracterizada pela terceira condição crônica mais frequente após dificuldades de ordem física, como doenças articulares que

interferem na funcionalidade e na realização das atividades cotidianas (HADDAD; SAMPAIO, 2010).

A baixa visão no indivíduo idoso interage com outras restrições funcionais secundárias à diminuição da mobilidade, da audição e das funções cognitivas, o que compromete suas habilidades e sua independência de forma acentuada (HADDAD; SAMPAIO, 2010, p. 15).

Tais mudanças no curso do desenvolvimento ocorrem segundo o modelo bioecológico, em dados contextos do desenvolvimento.

O primeiro contexto ecológico, intitulado microssistema, é definido por um complexo de relações entre a pessoa em desenvolvimento e o ambiente imediato que a contém, tais como casa, a escola ou trabalho. Fatores como o lugar, o tempo, as características físicas, a atividade, os participantes e os papéis constituem os elementos do microssistema (DESSEN; SENNA, 2014 p. 84).

Considerando-se o evento de aquisição da deficiência como uma questão crítica no curso do desenvolvimento, lembra-se a ideia de Papalia e Feldman (2013) de que o “período crítico é um intervalo de tempo específico em que um determinado evento, ou a sua ausência, causa um impacto específico sobre o desenvolvimento” (PAPALIA; FELDMAN, 2013, p. 49). Nessa conjuntura, os contextos nos quais o idoso que adquiriu a deficiência visual transita cumprem importante papel na forma em que o idoso enfrenta esse período. As características da velhice, é claro, também influenciam no impacto da deficiência no seu desenvolvimento, avaliando-a como mais ou menos crítico e derivando a instalação geralmente de um desfecho negativo, por gerar limitações e prejuízos no ciclo vital. Nessa equação, cabe à resiliência proporcionar sua capacidade adaptativa a essa situação adversa, dependendo sempre de suas condições de saúde geral que disponibilizam recursos de enfrentamento.

Concomitante às características da velhice, lembra-se que o evento da deficiência visual também é um desafio a ser enfrentado em face do seu estigma social. Goffman (1988), em sua leitura sociológica, apresentou concepções sobre o estigma, uma delas retratando a discriminação do que não é típico na imagem corporal. A presença desse aspecto sociocultural é verificada no histórico da pessoa com deficiência desde a antiguidade, como atrelada a preconceitos, exclusão e isolamento social (FERNANDES *et al.*, 2011, p. 132; SILVA, 2015). Assim, a aquisição da deficiência visual inflige consequências desfavoráveis no âmbito individual e coletivo, restringe o desenvolvimento dos idosos e implica na qualidade de sua

interação social, ou seja, na quantidade de estímulos presentes no contexto no qual se insere.

Constata-se que a descoberta do evento da deficiência visual impacta também os sentimentos e emoções, acarreta consigo medo, insegurança, choque e choro. Sentimentos de desesperança parecem ter sido percebidos nos relatos a seguir.

Eu só pensava em morrer (coloca sua mão em cima do meu braço). Eu não achava outra solução! Inclusive uma vez eu pensei em me jogar na frente de um carro, mas na hora me veio na cabeça assim, “e se forem um filho meu ou alguém da minha família” causaria um problema seríssimo (MÔNICA).

Quando eu adquirir tem o que (breve pausa), tem o que (nesse momento coça a cabeça), tem mais de sete, oito anos mais ou menos, mais um pouquinho eu não me lembro nem guardei porque sei lá. A deficiência que veio pra mim, foi um transtorno muito grande, por que eu era uma pessoa normal e de repente eu me bati com a deficiência e eu nunca pensava em ter e então, pra mim foi pesada, foi como eu posso dizer pra você, vou dizer pra você que era mais fácil ter morrido que ter ficado cego (LUCAS).

Dois mil e cinco, a minha vista começou escurecer, mas eu não dei importância, pensei que era uma coisa, [...] Aí eu tava vendo uma luzinha (demonstra com o dedo indicador e polegar) bem fraquinha assim sabe. Mais é que eu tive um problema [...] É emocional! O meu genro faleceu [...] Mataram ele (utiliza um entonação mais forte na fala) tiraram a vida dele. Aquilo ali, eu acho que eu fiquei com como se diz? É... (Breve pausa) [...] então, aquilo ali mexeu com a minha emoção, aí foi na época que eu comecei a sentir mal, a vista começou a escurecer. Aí quando eu fui no médico já não tinha mais o que fazer (GUILHERMINA).

Naquele momento que eu tava só eu me perguntei: “Por que meu Deus? Por que meu Deus?”, o que aconteceu que eu não to vendo mais nada? Cadê as coisas que estavam aqui perto de mim? Não vejo mais nada! Aí, nesse meu monólogo, veio uma voz que saiu de dentro de mim e falou: “Camilo, chegou o dia, você é mais um, entre milhares de pessoas que ficam diariamente cegas no mundo.” “Você é mais um, não é o único!” “E daqui pra frente você vai ter outra vida” (CAMILO).

Nestes depoimentos, foi possível observar as dificuldades em lidar com as próprias limitações. Na velhice, além das perdas geralmente previstas, essas limitações ficam mais evidenciadas, conforme relata Enrico, que refere ter ficado “refém da perda da visão”. Isso fica também claro nas falas de Lucas e Mônica, cujo momento da descoberta da deficiência foi assimilado como término do ciclo de vida, possivelmente pelos significados apreendidos ao longo da vida; no qual adquirir uma deficiência significa não ter motivos para viver. Assim, o advento da deficiência como risco iminente na velhice coloca à prova toda a condição biopsicossocial de vida do indivíduo, exigindo dele outra forma de viver.

No relato de Enrico, nota-se que a deficiência o deixou propenso ao isolamento social

até o momento do reconhecimento de sua atual condição. O seu lar foi um ponto de referência no processo de convívio com a deficiência visual.

Voltando das crises inflamatórias eu conseguia continuar tocando a vida naturalmente andava sozinho, lia, e ia pra qualquer lugar que precisasse, fazendo tratamento fora do domicílio da localidade. Então, foi uma luta (se emociona e pede pra esperar um pouco) [...] Em dois mil e três! Em mil novecentos e noventa e cinco, para ser mais exato, eu tive que definitivamente parar o que eu fazia [...] A condição não dava mais [...] ela escureceu de vez! (Faz uma pausa mais longa). E por uma questão psicológica passei a ficar refém da perda da visão! Preso em minha própria casa, por minha livre e espontânea vontade, por minha decisão (utiliza uma entonação mais forte na fala) foi aí que começou o drama! Até que eu aceitasse. Eu tinha quarenta e um anos (ENRICO).

A convivência de Enrico com a deficiência visual foi mediada pela capacidade de adaptação à nova realidade da perda do principal canal sensorial de contato com o mundo. Nesta perspectiva, lembra-se também da ideia de habituação, bem como de desabituação para auxiliar e compreender o evento da deficiência visual.

A habituação está relacionada ao ato de acostumar com um estímulo de tal modo que aos poucos, se passe a prestar cada vez menos atenção a ele. A contrapartida da habituação é a desabituação, na qual uma mudança em um estímulo conhecido leva o indivíduo a começar a notá-lo outra vez. Os dois processos ocorrem automaticamente, sem nenhum esforço consciente. A estabilidade e a familiaridade relativas do estímulo comandam esses processos (STERNBENG, 2010, p. 120).

Com o uso da visão, pode-se verificar uma acomodação visual ao entrar em um ambiente escuro, ou seja, habituar com aquela situação e perceber o ambiente pela visão, com ausência de luminosidade. De acordo com Almeida (2014, p. 40), as pessoas com deficiência visual apresentam diferenças relacionadas ao resíduo visual, que variam em graus e apresentam desde uma baixa da acuidade até uma ausência da percepção de luz. Na ausência de visão também pode ocorrer esta habituação em função dos diferentes graus de comprometimento. Sternbeng (2010) exemplifica o fenômeno da desabituação:

[...] suponha que um rádio esteja tocando música instrumental enquanto você lê o seu livro de psicologia cognitiva. A princípio, o som poderá distraí-lo, mas, após algum tempo, você se habitua a ele e mal o percebe. Porém, se o volume da música mudasse muito de uma hora para outra, você iria, imediatamente, desabituá-lo a ele. O som que antes era familiar e a qual você estava habituado deixaria de ser familiar (STERNBENG, 2010, p. 121).

Todavia, a deficiência visual pode ocorrer de forma abrupta ou gradativa, como um evento não esperado, um “susto” gerador de transtornos e revolta, conforme observado nos relatos a seguir.

[...] eu tava em casa, e tava lendo um livro, a minha vista cansou, começou a arder, eu fechei o livro e dormi que era noite, apaguei a luz e quando acordei para mim era de madrugada, quando abri os olhos e acendi a luz, tava tudo escuro eu pensei que tinha sido um apagão um blackout, e quando eu despertei mesmo, eu vi que era de dia não era de noite, aí eu percebi que eu tava cego (CAMILO).

[...] essa parte que aconteceu da deficiência eu tava no hospital das Clínicas e era um dia que eu tava saindo de uma cirurgia e vi uma pessoa, na verdade uma senhora, eu tava revoltado até! Eu vi uma senhora pedir para o médico pra ela ficar mais quinze dias internada, por que ela não morava com ninguém, ela morava sozinha, e na hora a minha ficha caiu! Porque eu olhei e vi que os meus filhos foram me buscar e eu tava indo pra casa junto deles, e essa senhora, ela não tinha ninguém, (breve pausa seguida de choro) e isso foi uma gota d’água na minha vida, a minha mente daquela revolta passou a pelo menos chegar e pensar diferente (ARTHUR).

Quando eu adquiri... tem o que (breve pausa), tem o que (nesse momento coça a cabeça), tem mais de sete, oito anos mais ou menos, mais um pouquinho eu não me lembro, nem guardei por que sei lá (risos). A deficiência que veio pra mim, foi um transtorno muito grande, porque eu era uma pessoa normal e de repente eu me bati com a deficiência e eu nunca pensava em ter e então, pra mim foi pesada, foi como eu posso dizer pra você, vou dizer pra você que era mais fácil ter morrido que ter ficado cego entre aspas pode ser que sim ou pode ser que não (LUCAS).

Assim, a capacidade adaptativa de cada indivíduo perante a deficiência visual é vivenciada com menor ou maior intensidade, dependente de como foi adquirida e de seu potencial de resiliência. Por isso, é determinante conhecer e compreender aspectos do quadro visual e do convívio com a deficiência. Esta questão é discutida nas subcategorias a seguir, iniciando-se pelo Conhecimento sobre a Deficiência Visual.

[...] quando eu era criança eu não percebia muito bem o que era ter dificuldade. E eu só fui descobrir porque eu achava que todo mundo enxergava como eu. Eu fui descobrir a deficiência visual minha, quando eu entrei na escola, eu já tava com sete, oito anos (MARIANA).

O que é normal para quem nunca enxergou? Para quem sempre conviveu com a baixa visão no seu ciclo de vida, o “enxergar normal” é semelhante a quem tem uma visão típica? O discurso de Mariana permite fazer uma analogia entre a visão típica e a visão atípica.

Conhecer então o quadro visual da pessoa possibilita perceber os recursos físicos disponíveis e pensar na nova rotina, utilizando-se de todo o seu potencial de saúde e qualidade de recursos.

De acordo com Canguilhem (1978), qualquer patologia se instala pelas complicações orgânicas que essa deriva, “o estado patológico identificado como seu principal sintoma é uma qualidade nova, em relação ao estado fisiológico” (CANGUILHEM, 1978, p. 49). Considera-se, assim, que a qualidade/quantidade do declínio das funções orgânicas na velhice é um agente decisivo para desencadear fatores patológicos. Nesse caso, a perda visual na velhice pode ser tratada como um aspecto secundário, pois nesta fase já é previsto a instalação de doenças crônicas, como por exemplo, o DM.

[...] quando a Diabetes aumenta, a gente perde mais a visão, aí conscientizando essa situação, a gente passa a monitorar mais a comida da gente, tudo aquilo que a gente vai vivendo no dia a dia de um diabético, sabendo que a Retinopatia, ela só é controlada a partir de regime e das situações que a gente vive (LAÍS).

Laís apresenta um conhecimento a respeito do DM e da RD possivelmente pela sua formação escolar de nível superior. Conhece essa doença de caráter sistêmico e responsável por elevado índice de deficiência visual no idoso, bem como as consequências do DM no acometimento da deficiência visual. A consciência sobre seu quadro de saúde, bem como diagnóstico visual, pode ser um aspecto protetor ou de risco, dependendo do quadro geral de compreensão do indivíduo sobre sua condição atual.

É importante ressaltar que as patologias crônicas na velhice condizem com uma situação de vulnerabilidade e desencadeiam fatores de risco para o idoso. Contudo, a aquisição de uma deficiência não o impede de manter sua vida de forma autônoma e independente (GORDILHO, 2000). A deficiência não escolhe idade, lugar, tempo ou intensidade de seu acometimento. Só se tem a real percepção de sua presença quando instalada. Interpretar conhecimentos visuais obtidos durante todo o desenvolvimento dependerá das experiências sensoriais vivenciadas, conforme ilustra o relato de Enrico:

Não chega a ser uma perda total! Conforme a posição, a claridade e a cor da roupa eu vejo vulto de uma pessoa sem nenhuma definição, tais como: cabelo, cor, o destaque normalmente se dá pela roupa e pela sombra. Pelo vulto exatamente que aparece. Consigo ver uma folha de papel. Por exemplo, em uma mesa relativamente escura de cor escura. Aqui por exemplo, por eu estar de frente com uma janela eu não consigo vê-lo na minha frente se eu tivesse em posição contrária com certeza veria pelo

menos o vulto, a cor da roupa. Algumas cores eu ainda consigo ver (neste momento respira aliviado) (ENRICO).

As causas e consequências da deficiência visual podem ser, portanto, diversas. Se as informações quanto ao diagnóstico, prognóstico, aumento e diminuição do resíduo visual forem imprecisas, geram consequências no entendimento do idoso. Os relatos que seguem ilustram a dificuldade de compreensão e assimilação do quadro visual, tornando mais difícil enfrentar esse evento crítico. Cabe pensar, ainda, que este fato pode ser atribuído ao nível de escolaridade, como nos casos abaixo, em que as participantes possuem ensino fundamental incompleto:

Eu tenho pode-se dizer, que eu não tenho. Eu tenho setenta e pouco de um olho acho que nem isso de uma visão a outra já não tem mais jeito, nem cirurgia nem transplante, eu já fui até em médico particular e foi como fala? Pressão do olho! A pressão tava muito alta, aí foi nisso que eu perdi a vista, aí morreu (risos) (GUILHERMINA).

[...] Eu não sei se a minha visão é vinte por cento eu acho que é vinte por cento de visão [...] no meu caso ela estacionou ela não tem mais, o médico falou que eu não tenho mais chances de ter o deslocamento de retina [...] “Aí doutor será que ainda tem chance de descolar a retina?” e ele falou: “Vou dar uma boa notícia pra senhora, a senhora não tem mais essa chance”. Nossa! Foi um milagre de Deus! [...] Não sei se ela cicatriza ou se ela estacionou, eu acho que seja vinte por cento que eu enxergo (MARIANA).

O canal sensorial possui múltiplas funções cuja visão é nomeada como principal órgão que estabelece conexão do indivíduo com as mais variadas informações da realidade, independente de espaço e tempo. A qualidade da visão varia conforme a presença e a etiologia da patologia visual, e suas limitações determinam as experiências do indivíduo em contato com o mundo, seu potencial de “codificar representações visuais e dar sentidos a elas” (STERNBERG, 2010, p. 67).

As variações na percepção visual podem se modificar de pessoa para pessoa, as quais são atribuídas valores e significados mediante os dados de sua realidade, como explicitado por Ormelezi (2000, p.45):

A realidade é sempre mediada por conceitos, categorias, que compõem a rede de significados que engendra o indivíduo. A aquisição de conceitos implica um processo complexo de abstração e generalização da experiência, no qual as características essenciais de uma classe de objetos ou eventos, variáveis de acordo com o contexto, são capturas e então estabelecidas na estrutura cognitiva, como uma forma simplificada de representar a realidade.

Além de um diagnóstico sobre a patologia visual, as representações e os significados são gerados de forma particular. Uma mesma deficiência visual é compreendida e vivenciada individualmente, independente de sua gravidade, conforme aqui exemplificado:

[...] eu só vejo, uma nuvem branca e percepção de luz é zero, porque também não consigo enxergar e depois [...] simplesmente não vejo mais nada, (suspira dizendo:) não é fácil... (ARTHUR).

[...] A minha deficiência visual, ela é assim, durante o dia eu tenho um campo de visão bem claro (demonstra o campo de visão unindo as mãos como que se formassem um círculo demonstrando o globo ocular), quase que normal; só que a face das pessoas eu não distingo e eu vejo um vulto. A cor não foi afetada! (Com o dedo indicador sinaliza o não). Eu vejo qualquer cor! Menos preto, branco e prata; o resto dá pra mim visualizar (LAÍS).

O conhecimento da deficiência faz-se necessário para subsidiar os cuidados à saúde, principalmente ao idoso, que vem de um histórico de perdas e ganhos e de experiências de vida que podem gerar mais consequências no envelhecimento. Além disso, os eventos decorrentes da baixa visão ou da cegueira serão fatores determinantes na elaboração de estratégias de enfrentamento em seu meio, haja vista que a condição apresentada pelo idoso, bem como sua compreensão sobre o quadro, o tornará mais vulnerável a fatores de risco.

Mediante a descoberta e o conhecimento da deficiência visual, a subcategoria *Aspectos de Risco Relacionados à Descoberta da Deficiência* apresenta as diferentes vivências dos idosos, mais ou menos intensificadas, conforme sua situação de contexto, independentemente do tempo de aquisição e instalação da patologia visual. Segundo Polleto e Koller (2006), os fatores de riscos indicam eventos negativos que ocorrem no ciclo de vida e “quando presentes no contexto, aumentam a probabilidade do indivíduo apresentar problemas físicos, psicológicos e sociais” (POLLETO; KOLLER, 2006, p. 31). Yunes e Szymanski (2001) explicam que os riscos são “flutuantes na história dos indivíduos, ou seja, mudam de acordo com as circunstâncias de vida e têm diferentes repercussões, dependendo de cada um” (YUNES; SZYMANSKI, 2001, p. 24). Os relatos que seguem se referem às inseguranças que o prognóstico e o diagnóstico da deficiência visual reativam.

[...] Eu não tenho mais aquelas placas escura na visão, ela ficou aberta, mas eu não ocupei, eu não consigo ler, eu tenho assim, uma visão, que tem horas que eu falo: “Nossa! Eu estou bem!”. Vai voltar a minha visão! Daqui a pouco volta tudo. (Arregala os olhos em minha direção demonstrando com a cabeça como que se não acreditasse na situação) Então... (breve pausa)

Eu a noite não consigo sair porque ela (aponta para os olhos referindo-se à visão) fica muito limitada, ela não é uma visão ampla, é bem limitada (LAÍS).

[...] todos os médicos falavam: “A senhora vai ter deslocamento de retina há qualquer momento!”. E eu ficava desesperada, desesperador (breve pausa) pensando nisso, de que eu poderia ter aquela dificuldade de ficar cega [...]. Então, eu tinha um mais trauma, não podia ficar, ver escuros, se eu acordasse de noite e não visse a luz eu ficava desesperada achando que eu tinha ficado cega, ficava num desespero tão grande, aí achava, quando eu achava a luz, que eu enxergava eu ficava assim, aliviada. Então, eu sei que a gente supera qualquer coisa! (MARIANA).

A deficiência iniciou-se quando eu fui no Posto de Saúde que eu comecei a ver as figuras embaçadas. Então, eu fui em um posto de saúde em São Paulo e de lá, a médica falou: “Vai no hospital São Paulo”. Eu fui até o hospital São Paulo. E aí eles fizeram um atendimento pra mim, e a médica simplesmente disse: “Olha! Eu acho que é diabetes”, mas o que eu tenho que fazer” ela falou assim: “Vai até um prédio do INSS, faça esses exames e retorne aqui”. Isso demorou três meses (ARTHUR).

A minha vista começou escurecer, mas eu não dei importância, pensei que era uma coisa, aí estava achando um negócio meio esquisito, aí eu falei: “Nossa estranho né?” Aí eu tava vendo uma luzinha (demonstra com o dedo indicador e polegar) bem fraquinha assim sabe. Mais é que eu tive um problema com (breve pausa) É... Assim... É emocional! (GUILHERMINA).

Estes relatos demonstram como é conviver com as dúvidas do prognóstico da deficiência e como as informações pouco promissoras em torno do diagnóstico oftalmológico culminam muitas vezes em angústia e temor quanto à perda total da visão (ORMELEZI, 2000). Assim, os contextos ambientais, de acordo com as premissas da CIF, podem gerar um “impacto facilitador ou limitador das características do mundo físico, social e atitudinal” (OMS, 2004, p. 212). Tais contextos exercem e sofrem influência (BRONFENBRENNER, 2002) e atuam sobre o desenvolvimento de forma dinâmica, ou seja, o indivíduo modifica o ambiente, mas também é mudado por ele e cada um sofre uma mudança de forma particular, conforme suas demandas vivenciais.

Nos relatos de Laís, Mariana, Arthur e Guilhermina foi possível verificar como o ambiente é um elemento fundamental para se entender as percepções visuais que cada idoso vivencia, assim como as nuances geradas pelo diagnóstico e prognóstico da deficiência visual como um facilitador para a instalação de risco. Assim, a magnitude do risco pode facilitar a intensidade da doença mediante os diferentes eventos, ou seja, serão determinantes para o alojamento de mais um evento, como a deficiência visual. Esta questão vai ao encontro do que Poletto e Koller (2006, p. 32) citaram sobre a relação entre o risco e doença.

O risco poderá desencadear um distúrbio ou uma doença de acordo com sua severidade, duração, frequência ou intensidade de um ou mais sintomas ou comportamentos. Risco é um processo e não um evento estático (POLETTI; KOLLER, 2006, p. 32).

Nesses depoimentos se entrevê essa associação.

Foi após a minha cirurgia bariátrica. No retorno quando voltei à atividade da escola, eu tinha crianças dependentes do Conselho Tutelar, situação vulnerável. A criança roubou o meu celular e eu fiquei, (nesse momento faz uma pausa, mexe a cabeça para a esquerda e direita indicando que não acreditava na situação e respira profundamente). Ela trancou-me na sala durante cinco horas e nesse período eu tive um pico de diabetes de oitocentos e setenta, e daí eu já perdi a visão; como se eu tivesse ficado ali totalmente no escuro (nesse momento faz uma breve pausa, inclina a cabeça para baixo, puxa com a mão direita uma toalha de rosto que trazia sobre o ombro e enxuga os olhos emocionados, voltando o olhar em minha direção) (LAÍS).

[...] quando eu perdi a visão que eu acreditei que eu não ia mais enxergar mesmo, a médica falou pra mim, foi assim, exatamente desesperador (solicita pausa para tomar água). Eu só pensava em morrer (coloca sua mão em cima do meu braço). Eu não achava outra solução! Inclusive uma vez eu pensei em me jogar na frente de um carro, mas na hora me veio na cabeça assim, “e se for um filho meu ou alguém da minha família” causaria um problema seriíssimo (MÔNICA).

Verifica-se aqui que um evento crítico potencializa emoções diversas, tornando os idosos mais sujeitos ao risco. Sentimentos de angústia, desespero, medo e de tentativa de suicídio parecem ter sido vivenciados. Quando se pensa no risco como processo e não como algo estável, constata-se que é possível favorecer uma situação não adaptativa no indivíduo em seu contexto (YUNES; SZYMANSKI, 2001). Assim, cabe mencionar o processo de resiliência como um fator que auxilia este idoso na interpretação do evento da deficiência visual e na elaboração de estratégias de adaptação positivas, que possibilitam melhores condições de enfrentamento perante as futuras ocorrências.

De acordo com Rutter (1970; 1982, *apud* YUNES; SZYMANSKI, 2001, p. 39), as estruturas que envolvem os *Aspectos de Proteção Relacionados à Descoberta da Deficiência* são sustentadas por quatro pilares.

1-Redução do impacto de risco, ou seja, alterar a exposição da pessoa à situação estressora; 2-Redução das reações negativas em cadeia que seguem a exposição do indivíduo à situação de risco; 3-Estabelecer e manter a

autoestima e auto-eficácia através da presença de relações de apego seguras e incondicionais e o cumprimento de tarefas com sucesso; 4-Criar oportunidades, no sentido dos já mencionados “pontos de virada”, o que requer particular atenção dos pesquisadores (RUTTER, 1970; 1982 apud YUNES; SZYMANSKI, 2001, p. 39).

Nos idosos com deficiência, esses fatores protetivos indicam a qualidade do ciclo de vida deste idoso que adquiriu uma deficiência. Neste ponto, deve-se considerar a importância de programas de saúde que viabilizem orientações e prevenções nos níveis primário, secundário e terciário, quanto à saúde ocular e acompanhamento contínuo ao idoso. Além disso, o fornecimento de recursos disponíveis para maximizar a autonomia e independência. Assim, a redução de fatores negativos fomenta a capacidade funcional; oportuniza atividades que assegurem segurança e bem estar.

O estudo da resiliência vem, portanto, agregar valor à saúde do indivíduo no seu ciclo de vida, considerando as particularidades de cada um, ou seja, o potencial de contar ou não com fatores protetivos em seu histórico de desenvolvimento, mesmo em situações adversas.

Resiliência é uma dinâmica em desenvolvimento em vez de um traço fixo, embora haja uma gama de fatores de proteção e características da pessoa associada com a resiliência [...] Resiliência centra-se na adaptação positiva em face de adversidade (BUNTING; LAZENBATT, 2015, p. 484-485).

Conclui-se que os fatores protetivos para o idoso o auxiliam a contornar situações adversas às quais passa a ser exposto, como no caso da deficiência visual.

4.2.3 O Papel da Família e a Pessoa com Deficiência

[...] eu tenho cinco filhos e na época, eles me acolheram bem, todos eles. Me acolheram bem! (ARTHUR).

Pensar no contexto familiar significa retornar ao acolhimento inicial da existência humana no qual o indivíduo recebe os primeiros aprendizados e valores religiosos, éticos e morais (GIKOVATE, 2014). Desde o nascimento, a família é considerada o primeiro grupo social que permite acesso de seus membros ao mundo (BATISTA; FRANÇA, 2007, p. 117-221).

Cada vez mais o país caminha para uma longevidade populacional nunca antes experimentada e, com isso, as famílias são convidadas, de forma mais sistemática, à

execução de papéis enquanto instância cuidadora dos mais velhos (PRADO; PERRACINI, 2011). Constata-se que as transições no sistema familiar sofrem influências de eventos normativos que exigem adaptação. “A viuvez, a aposentadoria, a diminuição dos rendimentos, acrescidos do aumento da suscetibilidade a problemas de saúde, mostram-nos a premência de ajustamento dos padrões familiares” (CERVENY; MACEDO; SCHALCH, 2012, p. 69).

Nesse sentido, os papéis dos integrantes da família, definidos até um dado momento, precisam passar por um novo desenho, ou seja, uma redefinição e mudança de atitudes para que possam lidar com o novo estilo de vida requerido por todos. A família enfrenta as pressões exercidas também pela própria sociedade, como as dificuldades em lidar e conviver com as diferenças e os limites, como o caso da questão financeira. Trata-se de um desafio que exige maior planejamento devido aos gastos comumente necessários aos membros idosos, mediante a situação de dependência de cuidados. Cabe lembrar que o Estatuto Idoso, na Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, Art. 3º, prevê como obrigação tanto em âmbito familiar, comunitário, social e do poder público “a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária” (BRASIL, 2013, p. 1).

A presença de um evento crítico na psicodinâmica do ciclo familiar faz com que os membros, de alguma forma, sejam “forçados” a um desligamento abrupto dos padrões familiares de funcionamento típico, facilitando a emergência de sentimentos diversos, como culpa, frustração e tristeza pela ruptura da continuidade de seus planos. A realidade da convivência com a deficiência para algumas famílias se apresenta sempre de forma peculiar, assim como as formas de enfrentamento das repercussões desse evento. Não raro, os membros da família se indagam sobre os motivos que os levaram a ter de conviver com a deficiência e o processo de enfrentamento e/ou superação das dificuldades que dependerão diretamente da resiliência pessoal e familiar (MARQUES, 1995).

Segundo Bronfenbrenner (2002), o desenvolvimento dos papéis ocorre em uma relação diádica, além das influências exercidas pelo ambiente, “o grau de reciprocidade, o equilíbrio de poder e a relação afetiva” (BRONFENBRENNER, 2002, p. 69) entre as duas partes será determinante para que haja um equilíbrio nessas relações. Ou seja, o evento da deficiência visual no idoso influenciará a sua participação no núcleo familiar e vice-versa. Vale lembrar que, na perspectiva da TBDH, a família compõe as relações presentes no *microsistema*, influenciando e sofrendo influências das relações e atividades estabelecidas (estimulando ou desestimulando o desempenho do indivíduo).

No caso dos idosos, Goldim (2002) e Xavier (2015) destacam ser importante garantir e preservar a sua autonomia e independência, mesmo em situações que se configurem limitantes do ponto de vista familiar, uma vez que esses fatores podem acarretar prejuízos na vida social e profissional desses idosos. A família tem fundamental importância para a manutenção do desenvolvimento do idoso que adquiriu a deficiência, seja na orientação ou no encaminhamento que proporcione definição e preservação das diferenças humanas. Não deve transferir essa responsabilidade para o contexto social, eximindo-se de suas responsabilidades. Assim, na categoria de análise *O Papel da Família e a Pessoa com Deficiência*, emergiu também a subcategoria *Aspectos de Risco na Relação com a Família*.

Ao analisar os relatos dos idosos, pode-se observar que a chegada da deficiência trouxe modificações na dinâmica familiar, aspectos até então desconhecidos, como sentimento de superproteção. Tal sentimento na velhice sugere a formação de um fator *de risco*, conforme aqui ilustrado.

Sempre foi bom! Agora! Depois que eu perdi a visão (breve pausa) eu tive até que ficar muito brava com eles! (Utiliza de uma entonação mais forte na fala) Eles queriam aquilo de superprotegendo! Eu não estava acostumada com isso, eu tava acostumada a sempre fazer tudo! Eles não sentiam que se eles me superprotegessem eles estavam me anulando, como ser humano! Então, eu tive assim que batalhar esse lado (MÔNICA).

Não é bom não! Que eu quero sair aí meu marido já ficava com medo de largar eu sozinha, de eu ser atropelada de eu cair na rua ou pegar um ônibus errado. [...] a minha filha fala: “Pai, o senhor nunca deixa a mãe sozinha”. Por isso que ele anda comigo agora. E eu não precisava disso. Mais agora (breve pausa). Eles ficam com medo de eu ser atropelada (GUILHERMINA).

Nestes depoimentos, fica explícito a necessidade de adaptação por parte do núcleo familiar mediante as necessidades requeridas pela chegada da deficiência visual e maior atenção quando ocorrem na velhice. Neri (2014) alerta que, no contexto familiar, são comuns atitudes de superproteção que, ao invés de garantir e preservar a autonomia e independência nas tarefas rotineiras, favorece a construção de uma relação cada vez maior de dependência.

Além disso, as diferentes configurações no núcleo familiar muitas vezes afetam o idoso em sua identidade, principalmente na presença da maior longevidade, que:

[...] estabelece para o indivíduo que conseguiu viver mais alguns dilemas, como a preservação da sua individualidade. A pessoa que viveu como jovem e adulto capaz de tomar conta de si por alguma razão passa a ser vista pela família como não tendo capacidade para se conservar (...) muitas

vezes com a intenção de ampará-lo, ou de cuidá-lo, ou mesmo de ajudá-lo. Acompanhantes, parentes que cuidam da confiabilidade do idoso, proibições de sair sozinho, entre outras restrições, cerceiam o indivíduo que ousou a viver mais (CERVENY; MACEDO; SCHALCH, 2012, p. 74-75).

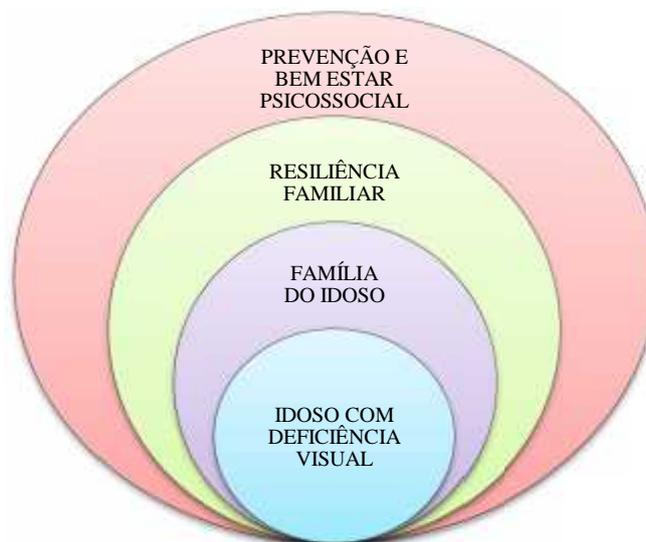
Vale lembrar que o desconhecimento e despreparo da família para lidar com a velhice e a deficiência visual trazem a superproteção para dentro de seus lares, sem uma reflexão do quanto essa superproteção inibe e prejudica o *continuum* da vida de seu familiar idoso. Pode-se pensar que as atitudes familiares frente ao idoso com deficiência visual reativam atitudes muitas vezes não premeditadas por não saber como reagir perante o evento crítico da deficiência, o que acentua a vulnerabilidade dos sujeitos às situações de risco. As “famílias em estado de vulnerabilidade” podem perder a “flexibilidade e a mobilidade assumindo uma característica rígida e inflexível” (SILVA, 2012, p. 87). Assim, a família pode ser caracterizada como “rede de apoio quanto impeditiva na concretização dos processos de desenvolvimento” (CHACON; DEFENDI; FELIPPE 2007, p. 2), principalmente atrelada ao idoso com deficiência.

Portanto, a psicodinâmica familiar tem relações diretas na atuação do processo de resiliência dos membros quando expostos às situações adversas, facilitando ou não enfrentar os riscos e consequente adaptação positiva. Neste sentido, Polleto e Koller (2016), elucidam:

[...] reconhecer os fatores de risco e de proteção ou mesmo de vulnerabilidade é preciso avaliar cuidadosamente as diferentes variáveis presentes no contexto e na vida desta família. Os mecanismos de proteção serão aqueles que, numa trajetória de risco, modificam o rumo da vida do indivíduo para um final mais adaptado (POLLETO; KOLLER, 2016, p. 35).

Como na perspectiva teórica de Bronfenbrenner a pessoa encontra-se em contínuo desenvolvimento em seus ambientes, bem como nas suas interações, a configuração familiar atua como um determinante nas qualidades das relações bidirecionais entre o idoso e a deficiência visual. A reciprocidade destas relações é um marco para o desenvolvimento nos outros nichos ecológicos (*meso, exo e macrossistemas*) e fortalece o reestabelecimento de conquistas e superação na iminência de perdas sociais (BRONFENBRENNER, 2002, p. 47).

Figura 7 - Influência da Resiliência no Núcleo familiar



Fonte: elaborado pelo autor.

Diante do exposto, cabe frisar que o ambiente familiar do idoso com deficiência visual influencia as interações nesse sistema, que se estende aos demais. Sobre isso, observou-se que no formulário dos dados biossociodemográficos, em relação ao estado civil de um prontuário, que o campo da situação conjugal não fora preenchido e, durante a entrevista, o participante relata o seguinte:

Eu perdi a minha família na década de noventa em um deslizamento de terra. (Pausa seguida de choro) Eu perdi minha esposa, minhas filhas e meu menino. Fiquei sozinho! Tendo assim a deficiência visual, eu fui sempre só, sempre sozinho! A minha briga é comigo mesmo! É sozinho! Eu e eu! Não tenho mais família entende? Sou só eu no mundo (CAMILO).

Este depoimento de Camilo retoma o momento em que perdeu sua estrutura familiar e que ainda não havia relatado à instituição onde se reabilita. É possível supor que seu processo de enfrentamento atual tem relação com os fatores ao longo de sua história, do ponto de vista de seus recursos internos como pessoa, balizados por diferentes suportes sociais, como por exemplo a instituição que frequenta. Tanto a TBDH quanto o constructo psicológico da resiliência enfatizam a dinâmica entre os aspectos individuais e ambientais, as influências recíprocas entre ambos, atentando-se sempre para a forma como se conjugam, especialmente em situações atípicas, como no advento da deficiência.

Por sua vez, os depoimentos de Laís e Mariana revelaram que as famílias vivenciaram

sentimentos de inconformismo, insegurança e incapacidade, subestimando suas capacidades e potencialidades, como exemplificado na ação da filha de Laís que não lhe permite o uso de um recurso de assistência importante (a bengala), que lhe assegura autonomia e independência:

[...] a gente tem uma vida conturbada, tinha uma vida muito conturbada e agora piorou (nesse momento faz uma pausa e posiciona a mão direita sobre a testa abaixando lentamente em direção a mesa). Ela não aceita a minha bengala! Ela não aceita que eu ande rápido! (Nesse momento a tonalidade da voz demonstra tristeza). Ela não aceita que eu tenha esse entendimento [...] que eu consiga imaginar com que eu tenho um outro olho que faz com que eu conviva com a sociedade no dia a dia. Ela... (nesse momento coloca a mão direita sobre o peito e respira profundamente) Bom! Nesses dias com que eu fui viajar, ela fez com que eu me esquecesse da bengala (...) foi aí que eu caí, foi a onde eu acabei me machucando (aponta para a perna indicando onde se machucou) (LAÍS).

[...] porque a gente faz o serviço, a gente tá fazendo o serviço de casa e sempre as pessoas tão vendo defeito no serviço que a gente faz. A gente vai lavar uma louça, já fala: “Aí a louça tá suja!”, se vai fazer um serviço fala: “Ai esse aqui tá sujo!”, “Esse aqui tá” então a gente sente. A gente sente mesmo! A gente fica triste na hora, aí depois a gente fala assim: “já passou”, daí procura esquecer e deixa pra lá, mas que a gente sente, sente sim (MARIANA).

Tudo indica que a presença da doença repercute negativamente quando há falta de compreensão sobre as reais capacidades e habilidades preservadas na presença da deficiência. Na CIF, é evidenciada a influência da deficiência nas condições de saúde do indivíduo, principalmente quando se refere à funcionalidade e incapacidade. No idoso, desempenhar uma função ou não condiz com o agravo das manifestações fisiológicas próprias da velhice, o que induz a um estigma que o limita a desempenhar suas habilidades, principalmente quando se trata de um idoso com deficiência visual. Desse modo, a dinâmica das relações entre fatores pessoais, participação e estruturas do corpo, bem como fatores contextuais, permitem compreender a complexidade das características inerentes ao envelhecimento e da deficiência (OMS, 2004).

Ressalta-se também os fatores contextuais como determinantes para o desenvolvimento do idoso no seu meio. Um idoso com deficiência visual adquirida pode ter sua resiliência preservada mediante este evento crítico, porém a resposta adaptativa familiar ao evento poderá direcioná-lo a uma situação vulnerável, tornando-o mais propenso a fatores estressores. Um evento crítico quando é manifestado no núcleo familiar exige que os integrantes disponibilizem recursos internos para a manutenção de sua convivência. Assim, a

família que dispõe de recursos adaptativos às situações adversas pode auxiliar o indivíduo que vivencia o conflito, ou seja, uma família ou coletivo resiliente conduz à probabilidade de enfrentamento individual com desfecho positivo.

Mesmo diante de todas as dificuldades vivenciadas na conjugação da velhice, deficiência e família, a adaptação positiva neste processo terá um papel importante na diminuição dos riscos, como a questão de quedas, baixo senso de autoeficácia e até mesmo incapacidade funcional, que podem se intensificar no idoso (NERI *et al.*, 2013).

A subcategoria *Aspectos de Proteção na Relação com a Família* aparece relacionada às respostas de enfrentamento, consideradas adaptativas. Em seus depoimentos, os idosos referiram aspectos protetores, revelados explicitamente conforme os depoimentos a seguir:

[...] antigamente era diferente, era tudo de qualquer jeito, hoje não, o meu esquema é diferente eu tenho que ensinar fulano, ensinar cicrano, eu falo: “Olha é assim, olha é ali, então isso, me faz isso, isso faz aquilo”, mas eu vou conseguindo levar a vida (...) Então, hoje meus filhos, eles logicamente tem vez se esquecem ou outro se lembra da minha visão, mas dentro de casa pra mim é a mesma coisa sempre (LUCAS).

A gente fica mais explosivo! Mais exigente! Foi um conflito muito grande, mas conseguimos contornar a situação (posicionou as duas mãos sobre a testa) até que eu caí na realidade que o problema era meu (com o dedo indicador aponta fortemente repetidas vezes em direção ao seu peito) e não era deles (ENRICO).

A gente se dá muito bem, [...] um ajudando o outro e quando é hora de escolher feijão, de lavar as verduras e umas coisas assim mais detalhadas eles fazem pra mim, mas eu que faço almoço! Faço comida, nunca me queimei, nunca causei assim acidente nenhum (MÔNICA).

Eu vi uma senhora pedir para o médico pra ela ficar mais quinze dias internada, porque ela não morava com ninguém, ela morava sozinha, e na hora a minha ficha caiu! Porque eu olhei e vi que os meus filhos foram me buscar e eu tava indo pra casa junto deles, e essa senhora, ela não tinha ninguém, (breve pausa seguida de choro) e isso foi uma gota d'água na minha vida, a minha revolta passou, pelo menos cheguei e pensar diferente, aí eu já comecei a pensar (ARTHUR).

A readaptação, como referida acima, induz a pensar nas exigências colocadas nas atividades cotidianas, geralmente mediante susceptibilidade à perda de funções. É importante redirecionar as habilidades durante o ciclo de vida, entendendo-se que a capacidade funcional será uma unidade protetora na continuidade dos projetos e aprendizados. Quando o núcleo familiar é instigado por novas experiências desafiadoras e a família atua como elemento colaborador, este idoso com deficiência visual pode continuar seu desenvolvimento, mesmo na presença dos riscos no envelhecimento.

A Convenção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (CDPD) (BRASIL, 2007) ratifica que as pessoas com deficiência, bem como seus familiares, devem receber subsídios necessários e segurança para tornar as famílias capazes de contribuir com o exercício pleno e equitativo dos direitos das pessoas com deficiência. Mesmo em um país com um arcabouço legal garantido, a segurança destes direitos exige uma reflexão voltada à compreensão da associação de fatores que possibilitem o exercício pleno da cidadania. Atitudes que propiciem um olhar dinâmico, que abrange uma mudança cultural, preliminarmente na família, devem se estender a todos os ambientes na sociedade. Além disso, reitera-se a relevância de investimentos nas práticas para eliminação de barreiras atitudinais, ou seja, atuar sobre as “marcas” da deficiência, o peso do estigma social, conforme Goffman (1988). O depoimento que segue aborda essa perspectiva favorável.

[...] eles têm me ajudado muito nas horas de necessidades financeiras, eu fiquei sem salário do ano dois mil até o ano de dois mil e dez e assim, com medo de procurar, não tinha muita paciência, aí em dois mil e dez, aqui em São José eu fui até o INSS, expliquei a minha situação e eles falaram pra eu pegar um laudo e levar até lá e pronto! Levei o laudo, aí eu comecei a receber o LOAS, é o que tem me ajudado na família e no mais o relacionamento familiar sempre foi bom! Um nível bom! É isso, em casa é tranquilo graças a Deus! (ARTHUR).

Observa-se, assim, que o papel familiar colabora para que o idoso com deficiência usufrua de seus direitos, não eximindo o Estado de seus compromissos à saúde, entre outros aspectos, mas se responsabilizando perante as necessidades deste idoso (GORDILHO *et al.*, 2000). Essa visão é corroborada por Tavares (2001), ao destacar sobre o papel importante da família para empoderar o processo da resiliência, enquanto um “factor de equilíbrio pessoal e social”, nesse caso, do idoso que adquiriu a deficiência visual. Na mesma direção, Rooke (2015) afirma que a resiliência familiar será um importante meio para a manutenção da saúde e bem estar deste núcleo, além de possibilitar maior proximidade com este idoso que vivencia desafios.

É fato que nas configurações das famílias constam a funcional e disfuncional. Entende-se por família funcional aquela que está em situação adaptativa mediante um evento crítico ou situação de estresse, sendo a resiliência um fator influenciador nas relações estabelecidas neste núcleo, ou seja, “uma vez que a família esteja fortalecida como unidade funcional, ela contribui para a resiliência de todos os seus membros” (CECCONELLO 2003, p. 27).

[...] a resiliência em famílias envolve a habilidade do sistema familiar como um todo. Neste sentido, o conceito de adaptação neste nível refere-se à habilidade da família para enfrentar as transições normativas e não-normativas do seu ciclo de vida, produzindo processos proximais entre seus membros que gerem competência, e não a disfunção. (CECCONELLO, 2003, p. 26).

Assim, a resiliência familiar contribui para a melhor adaptação de seus integrantes, fomentando maiores vínculos entre as pessoas deste núcleo, propiciando “exercícios de cuidado e preservação, capacidades como a estabilidade e a firmeza” (RAVAZOLLA, 2007, p. 82).

Já a família disfuncional é a que prejudica o desenvolvimento dos integrantes deste núcleo por questões físicas, psicossociais, dentre outras, como aspectos que podem limitar a inter-relação de seus integrantes e o ambiente um componente influenciador. Assim, a disfunção gerada no ambiente familiar pode ser mediada pelos próprios (CECCONELLO; KOLLER, 2003).

Dessa forma, é importante que se entenda como o idoso vivencia a deficiência visual e como a sua família enfrenta a deficiência, a qual a princípio encontra-se vulnerável a esse evento crítico, sendo a resiliência um importante aspecto para a manutenção do bem-estar e de equilíbrio nesta dinâmica. A maneira como os idosos experimentam a sua autonomia e independência nos diferentes contextos de formação resulta dos recursos facilitadores ou não da sociedade e dos contextos em que vivem. Nesta perspectiva, o acesso a espaços públicos, aspectos voltados ao desenvolvimento econômico e as suas relações com as redes sociais e familiares permitem a interação e desempenho de seus papéis funcionais com o ambiente e sobre si mesmo (NERI, 2014), atuando como aspectos favoráveis no processo de resiliência.

4.2.4 Vivências da Deficiência Visual no Trabalho

As funções orgânicas que geram declínio gradativo no envelhecimento alteram consequentemente a expertise no desempenho de tarefas cotidianas e profissionais. No que tange o trabalho, a ideologia relacionada à deficiência presente na sociedade tem profundo impacto no ingresso ou na retenção dos profissionais nos ambientes de trabalho.

Antes era uma vida profissional bem mais agitada, hoje ela se tornou menos agitada, [...] a minha profissão é uma profissão de risco, é uma profissão de risco pra mim e para as outras pessoas que eu for fazer trabalho com eles né (LUCAS).

Nos últimos 50 anos a ideologia dos conceitos relacionados à velhice reportavam-se à doença e não às boas condições de saúde (NERI, 2013, p. 22). Segundo a autora, com o avanço dos estudos da Psicologia, da Sociologia e o aumento da expectativa de vida, a senescência assumiu outra perspectiva.

Ao mesmo tempo que se delineavam essas novas tendências teóricas e de pesquisa, transcorriam imbricados os fatos da história social da velhice e a história das ideias em gerontologia. O aumento da população idosa trouxe a perspectiva de mais gastos para as sociedades, que reagiram divulgando novas teorias e intervenções sobre as possibilidades de envelhecimento saudável, ativo e produtivo [...] A noção de terceira idade não somente ganhou o mundo, no rastro dos movimentos sociais e das universidades do tempo livre e da terceira idade; ganhou um lugar no processo de temporização da vida humana (NERI, 2013, p. 22-23).

Tal ideia corrobora o postulado por Couto *et al.* (2006), afirmando que o idoso “é constantemente desafiado a manter e renovar sua vida de maneira significativa e produtiva” (COUTO *et al.*, 2006, p. 319). No entanto, diferentes formas de discriminação ainda perseveram, pois os “preconceitos e estereótipos resultam de falsas crenças a respeito da competência e da produtividade dos idosos” (NERI, 2007, p. 37). Este fato pode gerar equívocos sobre as potencialidades deste idoso, com ideias de incapacidade e dependência. Deve-se lembrar do Estatuto do Idoso, Art. 27, em que é fundamentada a proibição à discriminação ao idoso independentemente da idade, em qualquer ambiente de trabalho, tendo direito à preferência em concursos públicos e na posse de vagas (BRASIL, 2007).

O indivíduo que já tinha uma rotina de trabalho e que adquiriu uma deficiência fatalmente exigirá mais de seus fatores resilientes para lidar com as perdas no âmbito econômico e a perda de funções significativas utilizadas até então no *modus operandi* do trabalho que realizava, o qual está mais sujeito à reestruturação de novas ocupações ou até mesmo a aposentadoria antecipada.

Sabe-se que o trabalho assume grande importância na vida do ser humano, com implicações diretas entre o homem e suas diferentes relações sociais, datadas do início de sua existência. Com a atuação profissional, ratifica-se o processo transformador sustentado pela força orgânica do ser humano, pois nota-se que o engajamento em ocupações significativas reflete-se em boa saúde e equilíbrio ocupacional. O trabalho ainda é visto como uma ferramenta que se constitui de redes de relações sociais, trocas afetivas e econômicas; base da vida cotidiana dos indivíduos.

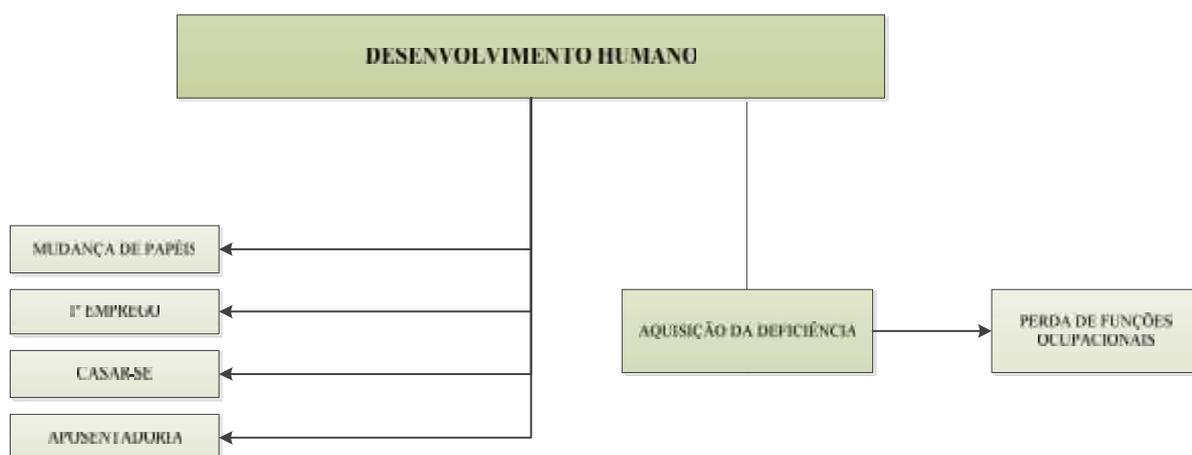
No que tange à questão do trabalho, os profissionais com deficiência têm garantido

os seus direitos, conforme a Lei de Cotas, descrita na Lei 8.213 do Art. 93 aprovada em 1991, que determina um quadro de funcionários na empresa com mais de 100 colaboradores, e destinem de 2% a 5% de suas vagas às pessoas com deficiências.

O processo de saída repentina de uma atividade, como a profissional, por conta da aquisição de uma deficiência, gera mudanças e situações adversas. Quando a presença de um evento crítico no processo de desenvolvimento envolve mudanças de papéis e ambientes durante o ciclo de vida, reativam-se as chamadas *transições ecológicas*. São transições que geralmente interferem de forma negativa na vida do indivíduo. Com a aquisição de uma deficiência e baseando-se nos recursos adaptativos disponíveis no trabalho, o ambiente será um mediador de influências positivas ou não, conforme a reciprocidade estabelecida entre ambos (BRONFENBRENNER, 2002).

Bronfenbrenner discute a transição ecológica como perdas e mudanças de papéis no decorrer do ciclo vital.

Figura 8 - Representação Sobre Transições e Eventos de Vida



Fonte: elaborado pelo autor.

Na deficiência, a sucessão de eventos torna-se mais eminente no campo do trabalho, principalmente quando não ocorre uma readequação da função. O planejamento e a execução das atividades podem sofrer alterações de acordo com o grau de comprometimento, o que gera baixa produtividade e a perda do senso de autoeficácia. O poder de decisão e o potencial de resiliência são fatores influenciados pelo senso de autoeficácia (NERI, 2014). Neste aspecto, Carvalho (2010) exemplifica:

A pessoa com deficiência sabe de sua capacidade e que a deficiência pode colocar limitações para realizar determinadas atividades, mas também sabe que isto não implica deixar de realizar toda e qualquer atividade. A pessoa com deficiência tem condições de escolher uma tarefa e de realizá-la com consciência e participação ativa se estimulada, educada e treinada para tal (CARVALHO, 2010, p. 46).

Cabe a empresa dar oportunidade e reconhecer as reais potencialidades deste profissional para que melhor atue em sua área e trilhe caminhos que favoreçam o seu desempenho ocupacional. A relação construída entre ambos, a empresa e o empregado com deficiência, será ponto-chave para preconizar um ambiente produtivo, satisfatório e de fato inclusivo. Contudo, mesmo na vigência de leis que asseguram os direitos da pessoa com deficiência, o diálogo e o esclarecimento a respeito da deficiência sempre são necessários junto ao sistema empresarial e ao profissional que pleiteia uma oportunidade. A empresa deve se conscientizar da capacidade deste profissional e do comprometimento visual apresentado, ou seja, compreender a cegueira e a baixa visão, para uma adequada retenção do seu potencial no trabalho, além de disponibilizar recursos acessíveis para tal.

Cabe lembrar-se dos critérios que assegurem a empresa e o profissional com deficiência, como a Lei Nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000 e regulamentada pelo Decreto n.º 5296/2004, a qual atribui normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida, mediante a Norma Brasileira de Acessibilidade a Edificações, Mobiliários, Espaços e Equipamento Urbanos ABNT - NBR 9050/2004, disponibilizando diferentes meios de acesso a deficiência física, auditiva, intelectual e visual.

As tecnologias de assistência também são recursos facilitadores neste processo inclusivo, pois maximizaram a independência e a participação do indivíduo com deficiência (RELATÓRIO MUNDIAL SOBRE A DEFICIÊNCIA, 2012). Deve-se priorizar o desenho universal usufruído por indivíduos com ou sem deficiência (e não o acessível para o atendimento às diversas necessidades); diferentemente do desenho acessível, que pode ter o caráter estigmatizador por contemplar somente as necessidades das pessoas com deficiência (SASSAKI, 2002).

A desinformação sobre a cegueira ou a baixa visão para a empresa contratante pode fomentar barreiras atitudinais ou arquitetônicas, o que dificulta o livre acesso a sua função. O pensamento relacionado à crença de que a pessoa com deficiência “não irá corresponder ao ritmo imposto pela produtividade, pode acabar gerando antagonismos quanto à absorção dessa mão-de-obra pelas empresas” (TANAKA; MANZINI, 2005, p. 275). Assim, é válido discutir

os fatores que prejudicam a inserção e a retenção deste profissional no mercado de trabalho.

A seguir, iremos tratar sobre a subcategoria *Aspectos de Risco Relacionados à Vivência da Deficiência Visual no Trabalho*. O que é considerado risco e se há leis “protetivas” que certificam os direitos e os valores dos profissionais com deficiência no mercado de trabalho. Há ainda um histórico excludente e discriminatório que sedimenta a incapacidade e dificulta a contratação desses profissionais com deficiência?

O esquema abaixo exemplifica a dinâmica de relações entre desafios e obstáculos para um indivíduo que adquiriu uma deficiência e teve sua ocupação interrompida.

Quadro 5 - Dinâmica de Eventos

Risco + Meio de enfrentamento = vulnerabilidade \Rightarrow Dano

Fonte: adaptado de Silva (2015, p. 24).

São vários os questionamentos que o mercado de trabalho ainda mantém quando se trata de pessoa com deficiência. Leão e Silva (2012) assinalaram essa dinâmica de interferências que ocorrem neste contexto:

[..] a demanda das organizações de trabalho para contratação de trabalhadores com deficiência, mesmo que seja para atender aos dispositivos legais, não é diferente de qualquer outro tipo de pessoa, ou seja, acompanhada por conflitos de interesses entre trabalhadores e contratantes representando um desafio para as políticas de gestão (...) dadas às barreiras impostas pelo ambiente social, a utilização de equipamentos diversos nem sempre configura uma situação fácil de ser discutida e redimensionada (LEÃO; SILVA, 2012, p. 160).

Entretanto, as políticas de gestão devem se preocupar com a garantia de condições necessárias de acessibilidade física e social ao deficiente que visem a atuação deste trabalhador, de forma a cumprir com suas obrigações legais como servidor. A falta de acesso, conceitos distorcidos sobre a deficiência, discriminação e a superproteção nas leis trabalhistas são geralmente enfrentadas (RELATÓRIO MUNDIAL SOBRE A DEFICIÊNCIA, 2012).

Para a pessoa com deficiência visual, a informação no ambiente torna-se o fator principal, com um papel dirigente para a melhor inclusão de sua autonomia no emprego. Porém, a desinformação assume um fator de risco físico e social por privar a execução de suas

atividades e limitar o abarco as oportunidades de desenvolvimento no trabalho e de ampliação no convívio social. Na deficiência visual, por exemplo, não necessariamente a pessoa irá apresentar um “defeito” ocular aparente, pois varia conforme a etiologia oftalmológica e o grau de comprometimento. Por outro lado, a própria pessoa com deficiência pode ter uma concepção errônea sobre sua deficiência e sua capacidade de convívio social, especialmente pela desinformação.

Outra questão a ser levantada é a superproteção presente nas leis trabalhistas. Tais aspectos repercutem como uma medida protetiva ao se pensar no resguardo dos direitos que proporcionam a execução de suas funções como qualquer outro cidadão. Porém, podem também alcançar a ideia de improdutividade deste trabalhador, por se tornarem mais caros na contratação (RELATÓRIO MUNDIAL SOBRE A DEFICIÊNCIA, 2012).

Nos depoimentos a seguir, observou-se que a forma com que cada depoente enfrentou o evento da deficiência durante a sua atividade ocupacional permitiu identificar aspectos de riscos e as influências desfavoráveis do ambiente de acesso às atividades, constatando-se aqui que “os fatores ambientais ou contextuais funcionam como barreiras ou como facilitadores em relação à funcionalidade” (NERI, 2014, p. 111). No relato de Mônica, nota-se o despreparo e o desconhecimento da informação tanto no nível pessoal da depoente, quanto no aparato da escola; falta de acessibilidade e recursos para o desenvolvimento da tarefa, mediante a ocorrência do evento crítico.

Eu cheguei a trabalhar sem enxergar porque não consegui a licença. [...]. As minhas crianças eu falava (pausa seguida de choro) elas também, a diretora, a orientadora, não se tinha muito que fazer né! Então, quando era pra fazer planilha e essas coisas todas, eu fazia o rascunho, que eu não precisava de ler o que eu tava escrevendo e passava pra elas e também a aula eu conseguia dar e manter a turma toda, eu dava aulas a muitos anos né, mas aquele ano eu não sei o aproveitamento das crianças, eu não conseguia corrigir trabalho, não conseguia nada, eu fazia tudo oralmente no começo foi assim (nesse momento começa a rir) (MÔNICA).

Outra questão apresentada por esta senhora remete à angústia gerada pelo rompimento de sua ocupação em função da deficiência, a ocorrência da aposentadoria antecipada: “Eu já estava pra me aposentar! Com certeza que me podou muito” (MÔNICA).

O impacto na vida profissional após a deficiência visual dificultou a orientação espacial e o desempenho funcional de suas atividades, como foi possível observar na fala de Guilhermina:

[...] com a aquisição, mudou, mudou muito! Porque a patroa, eu já não fazia o serviço direito né? Assim, a limpeza né, eu trabalhava no escritório, mas às vezes já não colocava o negócio no lugar que estava, já era o contrário! Mas a “muié” não mandou embora, por causa disso né (GUILHERMINA).

Dentre as inúmeras dificuldades enfrentadas por esses idosos, observa-se que a convivência com a deficiência é uma questão desafiadora a cada dia no desempenho profissional. A progressividade da patologia oftalmológica torna-se um risco quando não há meios acessíveis para a continuidade da função, como nos depoimentos a seguir:

[...] com a progressiva perda da visão eu ia tendo cada vez mais dificuldades em exercer minha profissão que era técnico em equipamentos de som eletrônicos. Então, vai se perdendo o foco da visão e a gente vai tendo problemas pra consertar os equipamentos (ENRICO).

[...] trabalhei com elevadores e foi assim e quando chegou perto de noventa e oito eu tava nesses elevadores e eu fui obrigado a sair, porque não dava, tava meio difícil, porque tinha que subir em alturas muito altas e eu não tava me adaptando naquilo, entrando noventa e oito já começou a dar o probleminha (ARTHUR).

Nota-se que a falta da capacidade adaptativa no ambiente de trabalho, além do difícil acesso a função exercida, podem levar à diminuição dos recursos financeiros. Por outro lado, há também meios que auxiliam a pessoa com deficiência visual a assumir sua ocupação, como o suporte de amigos e adaptações nos ambientes. Discutem-se assim, na próxima subcategoria, os *Aspectos de Proteção Relacionados à Vivência da Deficiência Visual no Trabalho*.

Eu tinha sempre um companheiro de trabalho que são meus amigos até hoje, e que acabavam trocando aqueles componentes mais, mais críticos no meu lugar, eu apontava, eu encontrava, apontava e eles trocavam pra mim (nesse momento realiza com as mãos o movimento de apontar sobre a mesa) (...) Até que eu fui obrigado realmente a parar (...) Nem pra mim mesmo! Então, não tinha lupa, não tinha claridade, não tinha nada que fizesse com que eu tocasse isso em frente (ENRICO).

O depoimento acima revela a influência do ciclo de amizades como um processo facilitador para a adaptação positiva na atividade de trabalho. O suporte social dos amigos proporciona a ideia da valorização do seu conhecimento, sua expertise técnica. A busca por recursos adaptativos o sustentou apenas por algum tempo de trabalho, pois a cegueira já havia se instalado.

As relações percebidas nos relatos acima mostram que a interação social presente no

campo do trabalho é inevitável, pois este espaço é de grande relevância para constituição das relações e fortalecimento identitário (LANCMAN, 2007). A conformação dessa identidade a partir da deficiência resulta da qualidade e quantidade de convivência social estabelecida no interior dos contextos de formação. No caso de Mônica, observa-se o recurso adaptativo com facilitador para desempenho de sua função. A deficiência visual não foi empecilho para continuar o desempenho das atividades que trazem satisfação pessoal.

[...] eu gostava muito de ler, de fazer trabalhos, de escrever, gostava de mais de ler. A coisa mais difícil nesse mundo pra mim foi me desfazer dos meus livros, (breve pausa seguida de choro) quando eu me desfiz dos meus livros é como (breve pausa) é realmente um pedaço da minha vida que se foi. Eu doeï meus livros! Aquele dia foi terrivelmente doloroso, mas hoje eu sobrevivo, quando eu quero ler um livro, eu trago aqui na Gráfica (aponta em direção ao prédio) e eles traduzem pra mim em MP3 e assim eu vou levando, vou levando. Me adaptei e estou bem sabe! (MÔNICA).

Observa-se que os meios adaptativos e as tecnologias existentes são elementos importantes que sustentam o processo de resiliência. Além disso, pode-se verificar a presença da resiliência no reestabelecimento de vínculos, como o convívio social com os alunos, um ambiente antes de risco, mas que a partir da aquisição da deficiência visual, torna-se protetor, como conta Laís:

[...] a partir de que eu adquiri, até os meus alunos são hoje meus amigos, aqueles alunos que diziam que eu era uma velha ranzinza hoje eles: “Porque que a senhora não era assim antes?” Porque eu falei: “Porque eu não tinha convivido e aprendido com a diferença”. A diferença faz com a gente veja as pessoas de outra forma (LAÍS).

Nota-se também que uma situação de vulnerabilidade, como a perda de um ente querido, não foi impedimento para o desejo e a busca de oportunidades, pelo contrário, a necessidade financeira e a motivação por sua independência possibilitaram enfrentamento na vida no trabalho, como relata Guilhermina:

Desde novinha, que eu fui criada com outra pessoa e aí a pessoa morreu, precisei ir trabalhar na casa dos parentes da pessoa (...) quando eu completei 18 anos eu fui trabalhar com gente estranha pra mim poder ter meu dinheiro né, porque eu não queria morar com o meu pai (...). Eu tinha que me virar sozinha, mas graças a Deus sempre trabalhei em casa de gente rica, nunca mexi em nada, as pessoas sempre gostava de mim era bem honesta eu até hoje eu sou muito honesta (GUILHERMINA).

Assim, a empregabilidade assume um papel construtivo para o deficiente, por estimular e possibilitar o desenvolvimento de suas potencialidades e capacidades, integrando-o a maior participação social não só como cidadão que exerce os seus direitos, mas como indivíduos que possuem identidades. Vale dizer que leis como a nº 13.146, de 6 de julho de 2015, que instituiu a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI), não somente ratifica os direitos da pessoa com deficiência, mas enfatiza a importância da conscientização social quanto ao desenvolvimento igualitário e o exercício pleno de seus direitos como cidadãos nas diferentes estruturas sociais, culturais e econômicas.

Constata-se, portanto, que empresa que insere esse profissional com deficiência deve zelar por componentes que reportam qualidade de acesso e execução para o trabalho, implementação de políticas de planejamento, sejam elas ações estratégicas para a eliminação de barreiras arquitetônicas, a promoção da acessibilidade ou uma conscientização moral e ética de convivência no contexto do trabalho.

4.2.5 Deficiência e Convivência Social

O ser humano é singular em suas ações e limitações e é dotado de um complexo de habilidades que podem ser desenvolvidas conforme os papéis desempenhados no decorrer da vida, configurando-se um “ser” único que estabelece relações com o meio no qual se insere e em participação com outros indivíduos, diferenciando-se em sua disposição de aprender, pensar e agir.

[...] eu acho que conscientizar aquele que fica diferente é o importante! (...) Fazer com que ele saiba que nós fazemos parte da sociedade, pagamos impostos sendo seres normais! Sabendo que a nossa diferença não vai agredir (LAÍS).

O relato de Laís explicita a falta de conhecimento e despreparo da sociedade em relação à deficiência. A convivência social tem um papel importante, configurando-se uma fonte de trocas, conhecimentos e aprendizados. Oferece oportunidades para o desempenho de funções sociais e interação com outros diferentes; estimula a participação do indivíduo em grupos, instituições, dentre outros contextos (NERI, 2014).

Entendendo-se que o alicerce do desenvolvimento humano contempla a ampliação da liberdade em relação às capacidades e oportunidade de escolha, o idoso com deficiência visual adquirida, ainda que disponha de aptidão como os demais, tem uma estrutura

vulnerável e muitas vezes se depara com dificuldade e/ou falta de acessibilidade nos ambientes. Nesta perspectiva, o Preâmbulo da Convenção da Organização das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência ratifica a necessidade de mudança quanto ao paradigma que há em torno da deficiência. A partir dela, a deficiência pode ser entendida não apenas enquanto estrutura corporal, como a deficiência visual, por exemplo. Nesta conceituação há também a necessidade de considerá-la enquanto um fenômeno social que requer a interação entre as condições pessoais e as barreiras ambientais que impeçam ou limitem a interação social (RELATÓRIO MUNDIAL SOBRE A DEFICIÊNCIA, 2012).

Com esta reflexão, discute-se a subcategoria denominada *Aspectos de Risco Relacionados à Deficiência e Convivência Social*, observada no depoimento dos participantes ao descreverem suas interações sociais, cujas dificuldades podem levar ao isolamento e ao não exercício pleno em sociedade, conforme exemplificado nas falas a seguir:

Então, por sair muito pouco eu tenho muita dificuldade ao sair. Por ter sempre o costume de ter alguém do lado porque eu, eu gostava de fazer tudo sozinho e agora eu tenho a necessidade, de se tiver que ler alguma coisa, procurar alguma coisa, alguém tem que chegar me dá na mão e apontar, explicar, então, é muito difícil! Eu sou! (Com o dedo indicador aponta em direção ao seu peito). Ainda sou bem relutante em fazer essas coisas de livre espontânea vontade sozinho, então é muito difícil! Ainda, porém, eu aceito! Já aceito a condição uma vez que é inevitável (ENRICO).

Às vezes pega um ônibus, eu preciso de alguém pra ir no ponto junto comigo. Então, o que eu vou fazer? Eu pego eu vou, dou sinal para o ônibus, passa um, passa outro, passa outro, até passar o que eu quero pegar (MARIANA).

Como na perspectiva teórica de Bronfenbrenner, a interação social se dá a partir da dinâmica entre a pessoa em desenvolvimento e o ambiente na qual está inserida e/ou participa. Nota-se que o isolamento social, o não cumprimento de seus direitos, bem como os preconceitos ligados a imagem corporal, expõem essas pessoas a situações vulneráveis. Deste modo, acredita-se que a falta de conhecimento e a interação com as diferenças gera o preconceito e repercute negativamente na autorrealização do deficiente como ser humano, o que se torna uma violação da necessidade que todos têm de reconhecimento pessoal e social. Essas impressões puderam ser observadas nos seguintes depoimentos:

Então, as pessoas falam: “Mas como?”, “Por quê?”, “Você tem uma aparência tão bonita!”, “Seus olhos são tão lindos!”, mas ninguém sabe que uma retinose, ela é lá atrás, ela não é na frente. Ela não precisa ter uns

olhos esbugalhados (brinca com a voz falando amedrontada) (LAÍS).

[...] eu tenho uma vista que você sabe né já não tem, fica aquele negócio branco no olho (aponta em direção ao olho esquerdo) as pessoas olham, às vezes falam com os outros lá, cochicha, principalmente criança. Porque às vezes as crianças não sabem (...) né, eu não sou besta! Eu não sou besta! (Entonação mais forte na fala) Eu fico assim né. Às vezes eu fico até com vergonha, às vezes eu vou pra São Paulo ver minha cunhada, minha nora, e tudo, aí eu fico assim passando a mão pra disfarçar (passa a mão nos cabelos escondendo com o braço o olho com catarata) né pra ninguém ficar olhando muito esse olho (aponta para o olho esquerdo) (GUILHERMINA).

Eu acho que assim, quando a gente tem uma necessidade que as pessoas não percebem, porque no meu caso, as pessoas não percebiam, eles acham que eu uso óculos de grau. As pessoas olham pra mim, pensam que eu enxergo com esse grau grosso (segura nos óculos) a lente tudo, as pessoas enxergam, só que eu enxergo muito pouco com esse grau, só pra dificuldade assim, pra na última coisa dizer que eu enxergo (...). Então quando eles veem eu com dificuldade, por exemplo, pra atravessar uma rua já fala “Ah! de óculos, ta enxergando bem!” (MARIANA).

Assim, os estereótipos atribuídos à deficiência podem desenvolver um cenário segregacionista que não atende às necessidades de quem que não tem uma “marca” aparente. Nos depoimentos de Laís, Guilhermina e Mariana, algumas interrogações são feitas quanto à indefinição do lugar que a pessoa com deficiência ocupa na sociedade. Muitas vezes o discurso das políticas públicas em prol da inclusão social não se concretiza, pois as pessoas com deficiência ainda deparam-se com situações de preconceito que geralmente se originam na falta de informação. Além disso, segundo Franco e Denari (2011), o preconceito sobre a deficiência visual pode estar em ambas as partes, ou seja, na pessoa com e sem deficiência, a qual é uma interferência importante para a convivência social. Uma configuração de atitudes discriminatórias, estigmas e a própria falta de conhecimento podem dificultar esse convívio.

Na sociedade em geral, as pessoas não são acostumadas a olhar o que tem deficiência pelo que tem ou pelo que são. Nesta medida, a pessoa com deficiência auditiva é aquela que não ouve e a pessoa com deficiência visual é aquela que não enxerga. Ou seja, se aproximam da deficiência a partir da negação. A pessoa com deficiência é sempre aquela que não tem ou não apresenta alguma capacidade que a outra tem ou apresenta (FERNANDES, 2010). É importante conhecer e entender o mundo que o cerca para desenvolver suas potencialidades e possibilidades para uma participação efetiva em seu meio.

[...] o desconhecimento das possibilidades reais de uma pessoa com deficiência visual parece limitar suas ações à utilização apenas da fala como meio de comunicação e aprendizagem. No entanto, o desconhecimento das possibilidades reais de uma pessoa com deficiência visual parece limitar suas

ações à utilização apenas da fala como meio de comunicação e aprendizagem (SANTOS; MENDONÇA 2015 p. 903).

Percebe-se nos relatos de Guilhermina, Camilo e Enrico a ausência dos amigos, o que permite supor uma situação de vulnerabilidade que pode gerar um risco, uma vez que abarca a ocorrência de situações indesejáveis no grupo de relações sociais (NERI, 2014, p. 292). Como a autora também menciona que a “rede de relações sociais informais tende a diminuir com a idade” (NERI, 2014, p. 292), considera-se que a ausência de amigos após aquisição da deficiência visual é uma realidade.

[...] sempre tive muitos amigos sim! Depois que venho à deficiência a maioria sumiu (breve pausa), se afastou de mim. Só ficou um. Só um que ficou e aquele que eu vi que é amigo de verdade (CAMILO).

[...] Sumiu gente da minha casa né, porque quando eu era moça eu fazia as coisas, eu tinha meus filhos pequenos, trabalhava blá, blá, blá né. Agora acabou né? (Abaixa a cabeça em direção a mesa). Não vai ninguém na minha casa mais (GUILHERMIA).

Alguns não eram amigos. Eram sim conhecidos! Então, eram relacionamentos mais pra área profissional, porque eu poderia fornecer algum ensinamento na área que eu conhecia profissionalmente e poderia fazer alguma coisa em benefício deles esses são conhecidos, não são amigos (sinaliza não com a cabeça). Então eram clientes e depois conhecidos, esses naturalmente se afastam, quando você não pode servi-los eles se afastam! (ENRICO).

O processo de resiliência tem um papel significativo frente às situações conflitantes que o idoso com deficiência visual adquirida se depara nos contextos sociais, bem como nas suas relações pessoais e coletivas. A presença do risco pode operar de diversas maneiras em diferentes momentos do desenvolvimento humano; o que se configura um aspecto de risco num dado momento, pode atuar como um aspecto protetor em outra situação na qual o indivíduo se encontra (YUNES; SZYMANSKI, 2008). Portanto, discute-se na próxima subcategoria os *Aspectos de Proteção Relacionados à Deficiência e Convivência Social*.

O convívio social enquanto indicativo de fortalecimento da saúde na velhice constitui-se um suporte social formal e informal (NERI, 2014, p.291):

O suporte social formal tem nas regulações econômicas e legais e nas normas profissionais e éticas das profissões os elementos-chaves de sua atuação e legitimidade social (...) oferecidos por profissionais e por instituições de saúde e proteção social, (...) pode ocorrer em contextos institucionais (...) O suporte social informal é oferecido por familiares, amigos, vizinhos.

Ambos os suportes configuram-se redes de sustentação que possibilitam melhor desenvolvimento da saúde do idoso. Essa rede de apoio informal pode ser observada nas falas a seguir:

[...] quando eu tinha os meus amigos que eles me passavam e diziam “olá”, hoje eu os tenho muito mais perto de mim, me dão carinho, me auxiliam aquilo que eu não tinha antes eu tenho hoje (LAÍS).

[...] com meus amigos, todos eles e tem aqueles que veem que eu tô precisando de ajuda, eu vou para a igreja e tem pessoas que me ajudam a ir para igreja (...) me levam e as vezes que chega a noite que não tem condições de andar eles pegam me colocam no carro me levam pra casa (MARIANA).

Só um que ficou e aquele que eu vi que é amigo de verdade [...] Ele falava: “Camilo, estamos passando em tal lugar, tem tal coisa aqui”, eu falei assim: mais o Ricardo por que você tá falando isso? E ele “Ah! Porque se amanhã você voltar sozinho você sabe onde tá” (CAMILO).

Os meus amigos era uma convivência boa, e do jeito que eu estou agora com essa minha deficiência meus amigos tá tudo a mesma coisa. Até mais! (nesse momento começa a rir) Porque os amigos procuram me orienta mais, eles sabem que eu tenho problema, eu tô junto com eles num canto, eles: “Olha! Cuidado! Aqui tem isso, aqui tem aquilo!””, sabe eles começaram a se preocupava um pouco mais comigo, então, eu não tenho o que reclamar dos meus amigos depois da deficiência (LUCAS).

Agora, eu percebo a solidariedade das pessoas em relação a mim, ao vir me ajudar a atravessar a rua, sabe a me ajudar. Muitas vezes a pessoa vai te ajudar a atravessar a rua e praticamente elas agarram você (demonstra com sua mão em meu braço), quase que te arrasta, mas não é uma coisa. [...] É porque a pessoa não está acostumada a lidar com esse problema as pessoas que tinham alguma deficiência se escondiam em casa, e agora a gente já sai na rua, já enfrenta, já tenta participar, ocupar nosso lugar, então não percebi assim grandes problemas não (MÔNICA).

De acordo com Alves (2007), as relações de amizade para o idoso são práticas de sociabilidade que permitem atuação das afinidades e escolhas realizadas ao longo do ciclo de vida. Hutz e Souza (2008 p. 260) reiteram essas relações afirmando que “os tipos e níveis de amizade são determinadas por incrementos nas características a ela associadas (intimidade, apoio, auto-revelação) à medida que os amigos se tornam mais próximos”. No relato a seguir, observou-se características como apoio e sociabilidade, bem como a influência ambiental como fatores geradores de intimidade e confiança.

[...] graças a Deus tem um lugar que pelo menos faz eu viver bem, me sinto bem, sou bem atendido, sou bem compreendido pelas pessoas daqui de dentro desse ambiente e me dá mais alegria de viver porque eu chego aqui

eles conversam, a gente brinca, a gente tem uma amizade muito, que não é uma amizade só de boca, amizade sincera (LUCAS).

Constata-se que a diferença experimentada pelo próprio corpo influencia e sofre influência do processo de resiliência, o que possibilita uma ampliação nas mudanças de hábitos e atitudes perante o meio que o cerca. Verificou-se nos relatos de Laís, Mariana, Camilo, Lucas e Mônica que a aquisição da deficiência visual frente ao contexto em que se relacionavam possibilitou a ampliação deste ciclo social e fortaleceu o convívio com a deficiência visual. As amizades nesta fase da velhice proporcionam o fortalecimento do constructo de identidade que estabelece nas relações intimidade e conforto emocional (ALVES, 2007). Além de “permitir o indivíduo o aprendizado de habilidades sociais importantes para o estabelecimento de relações interpessoais satisfatórias e harmoniosas ao longo de todo o ciclo vital” (SOUZA; HUTZ, 2013, p.161).

Observa-se, portanto, que o evento da deficiência visual mediante as amizades no contexto do idoso influencia os mecanismos de equilíbrio que transitam entre os aspectos positivos e negativos presentes no momento da aquisição da deficiência visual. O ciclo de amizades como fator inclusivo ou excludente afeta diretamente a maneira como acontecerá ou não a adaptação positiva frente às situações desafiadoras desencadeadas neste processo. Haja vista que “adaptação positiva ou evitação de adaptação negativa são os principais desfechos indicadores de resiliência psicológica” (NERI, 2014, p. 307).

Em síntese, na trajetória do ciclo de vida o processo de comunicação e as trocas de conhecimento foram aprendidas e reaprendidas conforme os modelos de relações sociais que estabelecemos os diferentes contextos, moldando as respostas adaptativas do indivíduo frente aos desafios impostos pela vida cotidiana.

4.2.6 Estratégias de Enfrentamento

Ao longo do ciclo de vida, o indivíduo aprende a descobrir e experimentar diferentes formas de lidar com situações adversas. Busca superar perdas físicas, afetivas e sociais, adaptando e readaptando o cotidiano para continuar a caminhada diária do que se chama viver. Na velhice, como já estudado, há uma constância na ocorrência de perdas que exigem do idoso estratégias de ordem física ou psíquica para a continuidade do ciclo de vida.

Com o evento da deficiência visual, há uma intensificação na sucessão de perdas que podem refletir na capacidade de lidar com a atual situação, demandando o potencial de

resiliência de cada idoso. Arthur, ao falar de sua deficiência, lembra como o organismo responde a determinadas perdas, mostrando sua capacidade de enfrentar essas perdas.

[...] procurem prestar a atenção que quando a gente perde um sentido a gente começa a aprender a utilizar os outros sentidos, os outros sentidos substituem não de tudo! Mais pelo menos uma boa parte da visão. Que, se a gente passar só a se preocupar com a visão, a gente não vai sair nem do chão (ARTHUR).

Na fala de Arthur é possível observar esse potencial frente ao evento da deficiência; a utilização dos sentidos remanescentes como uma forma de adaptação positiva à perda da visão, num *continuum* de desenvolvimento. Assim, as estratégias de enfrentamento são formas particulares que cada um desenvolve e aperfeiçoa conforme diferentes situações adversas (NERI, 2014). As táticas de enfrentamento envolvem uma dinâmica de influências, nas quais se conjugam o indivíduo, a situação problema e os contextos, fundamental na fase da vida na qual ele se encontra. É importante que se adquiram “novos conhecimentos, habilidades, hábitos e atitudes (reabilitação)” (ARRUDA 2010, p. 468) para que o idoso com deficiência visual usufrua de seu contexto social com participação ativa e funcional aos seus interesses.

Na velhice, por exemplo, o declínio das funções orgânicas gera maior susceptibilidade às perdas que afetam tanto a estrutura física e cognitiva quanto a social e cultural. Entretanto, as experiências de vida, bem como o processo de resiliência adquirido até então, são fortes recursos de sustentação para a capacidade de enfrentamento, mesmo mediante o evento da deficiência. Sobre esta premissa da resiliência, Chaves (2011) descreve:

A resiliência representa a capacidade concreta das pessoas de superação das situações críticas, mas também de utilizá-las em seus processos de desenvolvimento pessoal, sem se deixarem afetar negativamente, capitalizando as forças negativas de forma construtiva (CHAVES, 2011, p. 42).

No desenvolvimento humano, as atividades desempenham papéis importantes que influenciam a pessoa, pois o “ativo envolvimento ou a mera exposição àquilo que os outros estão fazendo, geralmente inspira a pessoa a realizar as atividades semelhantes sozinha” (BRONFENBRENER, 2002, p. 7). Nesse contexto, cabe discutir a subcategoria *Reabilitação* como estratégia de enfrentamento.

É importante situar a história da reabilitação como um processo associado aos eventos sociais e econômicos, com teor inclusivo e educacional. O depoimento de Laís a seguir

apresenta a ideia da reabilitação (citada por ela como *rehab*) como suporte emocional, físico e social, direcionando e reestabelecendo as funções do indivíduo mediante a situação atual.

Quando a gente não tem aceitação do problema da gente, a gente passa a agredir, a transgredir a não viver em harmonia com a sociedade e consigo mesma, e a partir da Reab. eu comecei a ter consciência e comecei a ver uma vida nova (LAÍS).

Gordilho *et al.* (2000) se refere à reabilitação como um meio que focaliza a capacidade funcional do idoso, auxiliando na manutenção e recuperação na restrição ou perdas de funções, propiciando um olhar além da doença. No Relatório Mundial Sobre a Deficiência (2012, p. 100) a reabilitação é definida como:

[...] um conjunto de medidas que ajudam pessoas com deficiências ou prestes a adquirir deficiência a terem e manterem uma funcionalidade ideal na interação com o ambiente. [...] envolve a identificação dos problemas e necessidades da pessoa, o relacionamento dos transtornos aos fatores relevantes do indivíduo e o ambiente.

A reabilitação, portanto, é retratada como um lugar que possibilita a experiência humana, no qual ocorre a interação de fatores individuais, grupais, trocas de experiências, dificuldades e desafios. Cada indivíduo que se encontra no processo de reabilitação pode ser surpreendido mediante as próprias potencialidades, pois os valores construídos durante o ciclo de vida muitas vezes são fragmentados após a aquisição de um evento crítico.

O relacionamento construído e estabelecido no decorrer do processo de reabilitação potencializa o indivíduo no desenvolvimento e utilização dos seus recursos internos para o enfrentamento da deficiência, sendo “importante compreender cada pessoa a partir da perspectiva de um processo experimentado o mundo ao qual a pessoa se define” (ROWLES, 2011, p. 82).

A reabilitação enquanto espaço para as interações humanas traz significados e elementos que refletem no comportamento e atitudes daqueles que ali se encontram em situações fragilizadas. São histórias de vidas compartilhadas e emoções construídas e reelaboradas que unidas tendem a se transformar em reservas protetoras na aquisição de novas estratégias de enfrentamento para eventos futuros. Para o idoso, a convivência no ambiente de reabilitação amplia a troca de experiências adquiridas ao longo do ciclo de vida, assim como o fortalecimento das condições de saúde dos indivíduos em seus contextos de formação, suas capacidades e suas habilidades. Esta ideia é corroborada por Veras (2008, p.15) ao ponderar

que:

[...] as iniciativas de promoção de saúde, de assistência e de reabilitação em saúde devem ter como meta aprimorar, manter ou recuperar a capacidade funcional do indivíduo, valorizar a autonomia, ou autodeterminação, e a independência física e mental.

Assim, a reabilitação cumpre papel importante enquanto fator que recupera, preserva e impulsiona a autonomia desses idosos. Atua na adaptação positiva do idoso com deficiência visual adquirida, como nos relatos a seguir. Essa capacidade de convivência com a situação, aparentemente, não é mais sofrida e a sequência das atividades cotidianas tende a apresentar menor perda na qualidade de execução.

Não é absurdo e nem aberração eu tô achando legal ficar assim (risos) porque eu me adaptei a essa vida, não penso mais como vidente eu penso como uma pessoa com deficiência visual (CAMILO).

[...] É até loucura eu falar isso, de tudo e de tanto que eu já passei no começo eu acho que é a maior maravilha eu ficar cego assim. Engraçado eu dizer isso né? (Nesse momento começa rir). É engraçado (risos) não sei! Acho que é porque eu tô acostumado com isso com essa vida e me sinto bem (CAMILO).

Antigamente a conquista tinha que ser muito, muito, muito né, hoje não. Hoje qualquer “coisinha”. Eu consigo fazer almoço, aquele almoço que fica uma delícia (risos) e todo mundo fala e não é pra puxar o saco é de verdade mesmo (apóia as mãos sobre o meu braço e começa a gargalhar) Então, eu fico muito feliz e essa é uma grande vitória sabe (MÔNICA).

Observa-se que os resultados no processo de reabilitação são acompanhados por mudanças na trajetória de vida do indivíduo. No idoso com deficiência visual, o resgate da identidade e ação para desfrutar de novos conhecimentos e aprendizados é exemplificado nas falas de Mônica, indicando como o ambiente exerce um papel positivo em sua vida.

Eu estava muito isolada em casa, eu com os meus problemas e meus filhos todos com muita pena de mim e isso só me diminuía, quando eu vim prá cá na Reab. Eu comecei a ver que ninguém tinha dó de mim, as pessoas me encaravam normalmente, naturalmente era tudo natural, me chamavam pelo nome.

A princípio eu lutei muito contra, parece que o vir aqui na reabilitação era como se eu admitisse que eu estava cega (posiciona as mãos sobre a testa). Eu queria tentar mentir pra mim mesma né, mas no primeiro dia que eu vim eu falei “Meu Deus! Quanto tempo perdido. Por que eu não vim antes?” É fantástico! É muito bom você ter alguém que acredita que você pode se reabilitar, que você tem outros caminhos, que não é só um caminho e que a vida se abre em vários caminhos (MÔNICA).

À medida que se vivencia, participa e experimenta o processo de reabilitação, há uma progressão da autonomia e independência do idoso com maior aceitação de uso de recursos, como a bengala.

[...] me indicaram a Fundação Dorina Nowill, para uma adaptação, uma reabilitação da minha vida, e esse período eu estava com uma baixa visão, uma visão subnormal e fui lutando, fazendo o sistema Braille (CAMILO).

[...] eu tenho a reabilitação como a minha... (Une as pontas dos dedos estrelando-os) como se diz? Aquilo que eu aprendi em uma vida toda eu reaprendi agora na reabilitação. A reabilitação faz com que eu ame a minha bengala, com que eu ame as pessoas, e que seja respeitada como deficiente. Coisas que eu só adquiri depois que eu tive a conscientização (LAÍS).

E esses quatro anos de reabilitação, [...] eu aprendi a viver, comprar, fazer compra ir à feira ir ao mercado, quer dizer! Eu só preciso de alguém pra ver o preço (segura na minha mão e começa a rir), mas de resto eu faço tudo sozinha! Cuido da minha casa, lavo a minha roupa, preciso de alguém pra limpar a casa junto comigo (LAÍS).

[...] eu tenho muito a agradecer ao Próvisão, porque quando eu cheguei aqui, o meu emocional estava em frangalhos, tava muito difícil, porque tava, mexendo muito com o meu emocional, porque eu não sou de ficar muito parado, quer dizer que deixa a gente um pouco triste, mas eu não demonstrava essa tristeza pra eles, porque eles saiam todos os dias cedinho pro seu “ganha pão” e eu acabava ficando em casa, tudo, é muito difícil [...] eu vim até aqui e graças a Deus, eu creio que em um curto espaço de tempo, porque o que eu consegui nesse curto espaço de tempo, foram ganhos muito grande e hoje eu tenho prazer de vir pra cá, apesar de todas as outras coisas (ARTHUR).

[...] conscientizar aquele que fica diferente é o importante! Fazer com que ele se reabilite! Fazer com que ele se aceite! Fazer com que ele saiba que nós fazemos parte da sociedade, pagamos impostos sendo seres normais! Sabendo que a nossa diferença não vai agredir o outro se nós, passarmos a nos respeitar, respeitar o outro, vamos ter de volta essa situação (LAÍS).

É possível constatar que a adaptação positiva do idoso com deficiência visual se deve muito à sua maior familiaridade com o ambiente de reabilitação, em que retrata a influência do ambiente decorrente do convívio com pessoas em situação similares, atuando como fator protetor. Lembra-se aqui a citação de Bronfenbrenner (2002), de que “conforme os participantes se envolvem em interações diádicas, é provável que se desenvolvam sentimentos mais pronunciados em relação ao outro” (BRONFENBRENNER, 2002, p. 48). Ou seja, a adaptação positiva está estreitamente relacionada ao convívio com outras pessoas com a

mesma deficiência.

[...] a gente vê problemas dos outros, problemas mais sérios, crianças pequeninas. Então você vai vendo que os seus problemas não são tão grandes assim, e que pra tudo tem sempre um caminho. Pra tudo tem sempre como você trabalhar com aquele problema. [...] A princípio eu lutei muito contra, parece que vir aqui na reabilitação era como se eu admitisse que eu estava cega (posiciona as mãos sobre a testa). Eu queria tentar mentir pra mim mesma né, mas no primeiro dia que eu vim eu falei “Meu Deus! Quanto tempo perdido. Por que eu não vim antes?” É fantástico! É muito bom você ter alguém que acredita que você pode se reabilitar, que você tem outros caminhos, que não é só um caminho e que a vida se abre em vários caminhos. E aqui foi realmente excelente! (MÔNICA).

Eu era, vamos dizer que mais estúpido, mais ignorante, hoje eu tô ficando bem melhor entendeu? Por causa que a convivência com as pessoas aqui tá me ajudando, principalmente por causa da visão, porque a visão ela é o seguinte: ou qualquer deficiência que você pega depois de idade assim idoso, ela se torna, e você fica uma pessoa com se poderia dizer? Revoltada! Entendeu? Então, eu comecei entra num clima de revolta, por isso. E aqui no Próvisão eles acabaram com isso, com esse negócio sabe, dizendo que eu como deficiente tenho o direito de viver também do mesmo jeito como se eu fosse normal (LUCAS).

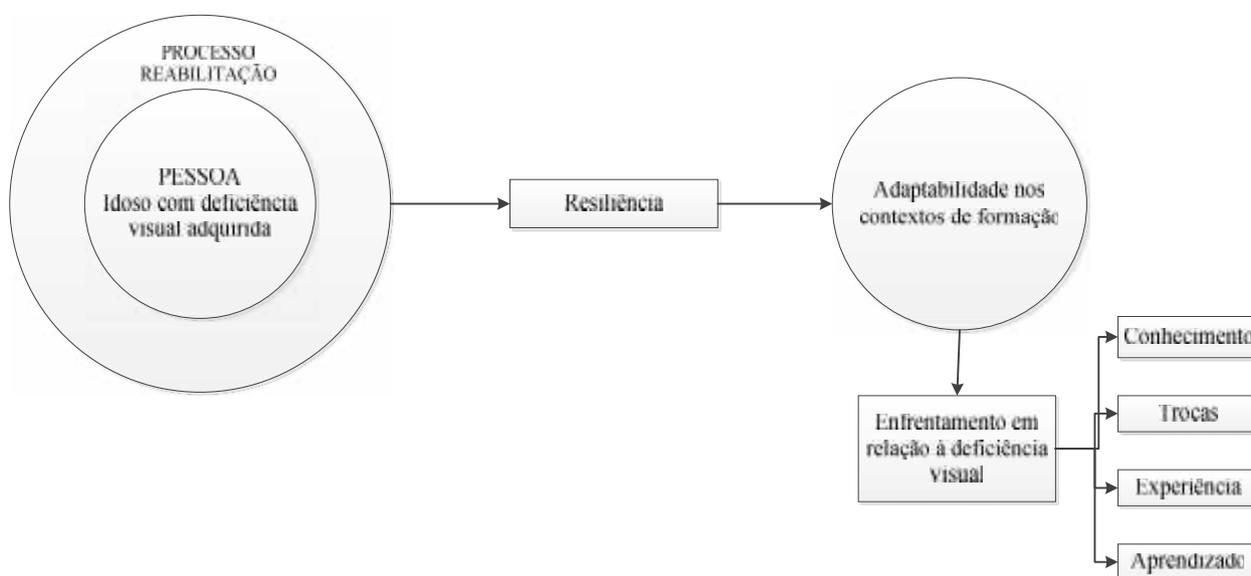
O processo de reabilitação envolve o uso de recursos e mecanismos de ordem individual que poderão atuar de forma efetiva nas mudanças atitudinais, a qual cada um desenvolve e organiza sua sustentação e maximiza o uso de seu potencial, com maior aproveitamento nas relações que se estabelecem com o meio e externalizando-o para os seus contextos de formação (VERA, 2012).

O desenvolvimento aumenta na extensão em que, antes de cada entrada num novo ambiente (por exemplo, iniciar a creche ou a pré-escola, ser promovido, ir para um acampamento, começar num emprego, mudar de casa ou aposentar-se), a pessoa e os membros de ambos os ambientes envolvidos dispõem de informações, conselhos e experiências (...) Ao entrar num novo ambiente, o desenvolvimento da pessoa é aumentado na extensão em que informações, conselhos e experiências válidas relevantes em um ambiente são tornadas disponíveis, numa base continuadas, para o outro (BRONFENBRENNER, 2002, p. 167-168).

Nesta perspectiva, o ambiente de reabilitação se configura como um espaço para troca de experiência sobre a convivência com a deficiência visual, conscientizando este idoso sobre novos aprendizados a partir de suas capacidades remanescentes. Para tanto, é importante que haja o acompanhamento da equipe especializada, com intervenção respaldada nos direitos e deveres à saúde vigentes em cada conselho do profissional atuante, sabendo-se

que o idoso, ao iniciar o processo de reabilitação visual, pode apresentar comorbidades vinculadas à própria fase da velhice. O acolhimento a esse idoso que se encontra diante desta nova condição de saúde deve ser levado em conta, além de orientações sobre as limitações da deficiência visual e programas oferecidos na instituição, conforme lembra Montilha *et al.* (2000) de que “os profissionais de reabilitação de deficientes visuais necessitam de conhecimentos sobre as limitações desses indivíduos e sobre os sistemas vigentes de reabilitação” (MONTILHA *et al.*, 2000, p. 124), para uma adaptação positiva às intervenções demandadas, que reflita em melhoria e qualidade de vida.

Figura 9 - Representação sobre Influências no Ambiente de Reabilitação



Fonte: adaptado pelo autor.

De acordo com Infante (2005), “para identificar a resiliência é necessário que exista adaptação positiva” (INFANTE, 2005, p. 27), definir adversidade, adaptação positiva e descrever o processo de conexão entre ambas. Ao explicar as possíveis relações entre os fatores de risco e de resiliência, é possível entender como ocorre a adaptação resiliente e aperfeiçoar os processos que se mostrem exitosos. Diante disso, é possível afirmar, conforme declarações dos depoentes sobre o ambiente, que a reabilitação nessa instituição exerce um papel de ampliação do convívio social e um “olhar” adaptativo em relação à deficiência visual adquirida. Por fim, as entrevistas refletem como cada idoso enfrenta o evento crítico da deficiência, seja por meio de auxílio de amigos, de familiares ou da reabilitação, cujo processo de resiliência e as interações entre os indivíduos são a chave da adaptação positiva.

Como a aquisição da deficiência visual pelo idoso reativa um momento delicado, uma mudança que se apresenta como um choque e para a qual ninguém está preparado, pois significa uma descontinuidade na vida experimentada com a visão, novas respostas comportamentais são exigidas, ou seja, formas de enfrentamento, particular a cada um conforme sua capacidade de vivenciar e lidar com as próprias limitações, capacidades e condições de saúde.

A gente tem que se adaptar com tudo gente! Não só agora por causa da visão, mas você vai ficando mais lento, a idade vai chegando vai botando seus limites e você tem que se aceitar! (MÔNICA).

A velhice atrelada à aquisição da deficiência visual permite o aprendizado, a transformação e a construção, que compõem um processo no qual o idoso se vê em uma condição que exige uma resposta de adaptação para continuidade de sua história de vida. A perspectiva da adversidade e adaptabilidade propostas pela resiliência é colocada por Rutter:

O fenômeno da resiliência requer atenção a uma série de possíveis resultados psicológicos e não apenas em um foco positivo ou em funcionamento super-normal. Da mesma forma, a proteção contra o estresse e a adversidade deve residir em experiências positivas, nem de fato há qualquer suposição que a resposta reside na forma como o indivíduo lida com negativo, experiência na época, ou em traços pessoais ou características (RUTTER, 1999, p. 120).

As situações adversas na velhice enriquecem a percepção do idoso frente às mudanças e transformações já esperadas com o envelhecimento, como no caso da deficiência visual adquirida. Os recursos internos que cada um utiliza são o equilíbrio para vivenciar o cotidiano, mediando os eventos e as formas de enfrentamento de cada um.

[...] é realmente a gente compreender melhor os outros, você ter mais tempo pra pensar, pra ficar assim e o silêncio vai te apontando os mistérios da vida é muito bom, e a gente descobre que a vida é realmente fantástica. Viver é fantástico! Não importa o jeito! É superar a dificuldade de cada dia (MÔNICA).

Percebe-se que no ciclo de vida do idoso com deficiência visual a capacidade de assimilar as limitações e perdas facilita a realização dos ajustes necessários. Ou seja, entra em cena o processo de resiliência para dar continuidade às suas percepções; o equilíbrio entre seus fatores de riscos e de proteção, baseado nas influências de seus aspectos individuais e do

contexto de formação. Outra vez aqui, releva-se a importância da reciprocidade na dinâmica dessas relações (BRONFENBRENNER, 2002).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Conhecer o humano não é separá-lo do Universo, mas situá-lo nele.”

Edgar Morin

Esta pesquisa surgiu do interesse em conhecer e compreender o processo de resiliência em idosos mediante o evento da deficiência visual durante o seu ciclo de vida. No desenvolvimento humano, transformações de ordem física, emocional, social e afetivas acompanham o indivíduo desde o nascimento até a sua morte. São transformações que podem gerar conquistas, dificuldades e aprendizados, singulares a cada pessoa, cabendo a cada um desfrutar experiências próprias de vida.

Neste sentido, é importante que o indivíduo tenha conhecimento de seus desejos enquanto sujeito psíquico e que se atente aos desafios que possam surgir perante um mundo em constante desenvolvimento. Considera-se que o indivíduo é um elemento fundamental na geração de transformações conforme o cenário socio-histórico, político e econômico vigente da época.

Partiu-se aqui, da compreensão de que a resiliência é um aspecto determinante no desenvolvimento humano, considerando sua construção ao longo do ciclo de vida especialmente em relação à pessoa com deficiência visual e a diversidade dos contextos de formação. Assim, questionou-se sobre as eventuais influências do processo de resiliência diante da aquisição da deficiência visual e a velhice.

Como o Brasil apresenta um crescente aumento da população idosa, é preciso destacar a importância de se estudar a deficiência visual aliada ao envelhecimento, um fator limitante na vida cotidiana dessa população que ocasiona impactos na sua funcionalidade, na mobilidade, autocuidado, atividades domésticas, dentre outras. Os desafios enfrentados pelo envelhecimento e pela fase da velhice não só tornam o idoso mais frágil, mas também contribuem para a aquisição de deficiências variadas que o torna mais suscetível a riscos nos diferentes contextos de formação. A resposta ao enfrentamento, portanto, dependerá do potencial de resiliência com que cada um dispõe e do quanto os contextos atuam como suporte à manutenção de sua autonomia e independência. A tomada de decisão e troca de experiências com outros idosos em situação similar indicou um incentivo para aprender a lidar com a convivência com a deficiência e as próprias limitações.

O estudo do processo de resiliência em idosos após a aquisição da deficiência visual proporcionou maior compreensão deste constructo como um elemento essencial ao indivíduo

para lidar com novos desafios que remetem a perda do canal sensorial considerado como o principal contato com o mundo externo. A resiliência vivenciada por cada idoso apontou pontos em comum, como fatores protetores que favorecem formas adaptativas para lidar com a aquisição da deficiência.

Para uma síntese do perfil dos participantes aqui pesquisados, lembra-se que foram oito idosos com deficiência visual, que frequentavam um centro de reabilitação entre dois e cinco anos, sendo quatro mulheres e quatro homens, com média de idade de 63,8 anos, tempo de trabalho entre 10 e 35 anos, escolaridade entre o ensino fundamental incompleto e superior completo. O diagnóstico oftalmológico de 75% dos participantes foi a retinopatia diabética.

Foi possível perceber a presença da resiliência como elemento que faz diferença para o indivíduo imerso nas circunstâncias adversas. Cada idoso significa, de forma particular, as suas experiências de vida, e estão conectados a diferentes contextos de formação, assim como estabelecem estratégias variadas de enfrentamento que, em uma situação crítica, fazem a diferença. Isso confirma que a velhice é experienciada de forma heterogênea, com peculiaridades de desenvolvimento, capacidade de reestruturar sempre a própria vida, reavaliando-a constantemente.

Observou-se nos depoimentos um redirecionamento de suas vidas na convivência com a deficiência visual, confirmando que a deficiência, seja seja congênita ou adquirida, não é uma condição a qual a pessoa está apta a aceitar, requer resiliência para habituação a essa nova realidade.

Nos assuntos que remetem ao envelhecimento e deficiência, as falas dos idosos refletiram além dos desafios físicos, mas aqueles que são transformados com a chegada da velhice, que muitas vezes exigem um recomeçar em uma atividade, adaptação e dependência de outra pessoa para realização. Foi possível compreender que, com a descoberta da deficiência visual na velhice, os desafios se configuraram ainda maiores. A sua aquisição, bem como a falta de conhecimento sobre a deficiência visual, se apresentou de forma heterogênea, como fator de risco e proteção, sendo o conhecimento sobre a deficiência visual uma questão importante para o enfrentamento desse evento crítico. Pôde ser observado que o desconhecimento sobre a condição visual e informações precisas sobre o diagnóstico e prognóstico possibilitou a instalação de fatores de risco e compreensão de suas potencialidades.

A respeito da relação da família e o evento da deficiência visual, foi constatado que o núcleo familiar tanto pode auxiliar quanto pode limitar a autonomia e independência dos idosos. Portanto, há uma reciprocidade de influências entre o processo de resiliência do idoso

e a resiliência familiar. Influências importantes para a convivência com as limitações geradas pela deficiência visual e suas inter-relações com os ambientes.

No contexto do trabalho, as perdas de papéis funcionais sobressaíram. A saída antecipada do trabalho impactou diretamente as relações estabelecidas nos contextos de formação dos entrevistados, influenciando o senso de autoeficácia no desempenho de suas atividades cotidianas. Destaca-se a escassez de conhecimentos sobre a deficiência visual e suas potencialidades por parte das empresas e a superproteção dos demais colaboradores, como fatores prejudiciais à autonomia e independência.

Os dispositivos legais, bem como os recursos de tecnologia assistiva, são ferramentas que se configuram aspectos protetores, no entanto, não garantem o acesso e a retenção do profissional com deficiência no mercado de trabalho. Há também outros fatores que minimizam este acesso, como o preparo profissional e social, além das condições estruturais, funcionais e sociais do ambiente de trabalho.

No que tange à deficiência e o convívio social, notou-se que há um despreparo da sociedade em conviver com a diferença, mesmo em pleno século XXI. Nas falas dos idosos verificou-se a presença de comportamentos e costumes segregacionistas na sociedade, remetendo a pensar que a deficiência ainda é carregada de barreiras atitudinais e estigmas sociais. No entanto, nesta categoria também se averiguou que as relações sociais mais próximas, como a amizade, proporcionam fortalecimento da saúde dos idosos incentivando e auxiliando-os a lidar com a deficiência visual.

Principalmente nas estratégias de enfrentamento, observou-se que a reabilitação foi um espaço fortalecedor e positivo para os idosos. A convivência com pessoas em situação similar e a troca de experiências, trouxe significados para suas vidas ao potencializar suas capacidades, autonomia e independência. Nas trocas presenciadas, notou-se que a influência da resiliência e o próprio ambiente reabilitacional, permitiram maior adaptação positiva a esses idosos na conquista no desempenho de novas maneiras para o exercício de suas habilidades e a conscientização de exercer suas Atividades de Vida Diária (AVDS) com segurança.

Ressalta-se aqui, que a resiliência na velhice favorece uma análise crítica do ciclo de vida em detrimento às ações executadas, tanto eventos desejáveis quanto os indesejáveis, sabendo que as experiências formam reservas para enfrentamento de eventos futuros. Por outro lado, quando não há nesta fase a resolução para uma circunstância adversa, ou quando não se tem uma reserva adaptativa pelo aumento de eventos negativos (que acumulados afetam a saúde e a qualidade de vida), facilita-se instalar a incapacidade perante a vida.

Os resultados permitiram não só compreender a multidimensionalidade do tema em pauta, mas dimensionar um serviço de reabilitação que satisfaça as necessidades dos idosos, independentemente dos seus contextos de formação. Desta forma, conectar todos resultados obtidos à prática profissional, promove um quadro integrativo de valores, culturas e de papéis sociais no ciclo de vida do idoso e desse com a deficiência.

As relações estabelecidas com os diferentes contextos de formação proporcionaram o entendimento às experiências vivenciadas nos aspectos de risco e proteção, sabendo-se que há um processo de adaptação para a convivência com a deficiência visual. Neste aspecto, o suporte social emergiu como elemento de grande influência na adaptabilidade positiva no convívio com a deficiência e limitações de papéis ocupacionais antes desempenhados. O ambiente como aspecto de influência foi evidenciado em todas as categorias, mesmo enquanto um gerador de riscos, principalmente ao se discutir a falta de acessibilidade, a superproteção familiar e a não aceitação quanto ao convívio com a deficiência visual. Já como fator protetor, destaca-se o ambiente de reabilitação como um meio de intervenção e de redescoberta de oportunidades e reiteração de capacidades e potencialidades.

Considera-se importante novos estudos sobre a resiliência atrelados à deficiência visual, principalmente sobre situações vulneráveis que desencadeiam essa condição, além de questões que este estudo não abrange, como relacionar resiliência e deficiência visual à condição de renda do idoso, ao gênero e indivíduos de outros contextos socioculturais e de vida. Sugere-se ainda, estudos voltados para a saúde ocular e prevenção da cegueira adquirida, como foram os casos aqui apresentados de cegueira em decorrência ao Diabetes Melito, principalmente por meio de campanhas de conscientização da população.

Diante do exposto, destaca-se a necessidade da disseminação de informações referentes a assuntos relacionados à pessoa com deficiência em todos os contextos de formação, visando o empoderamento dessas pessoas, bem como dos familiares e profissionais da área para repensar e reconhecer suas potencialidades, muito além dos limites.

Por último, reitera-se que esta pesquisa contribuiu para a compreensão do fenômeno da deficiência visual adquirida pelo idoso e sua relação com os contextos de formação. O aporte teórico da resiliência e da teoria bioecológica do desenvolvimento humano mostraram-se um guia explicativo fundamental para compreensão do funcionamento do idoso mediante os desafios no ciclo de vida, especificamente o advento da deficiência visual.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. M.; NETO, F. L.; KOENIG, H. G. Religiousness and mental health: a review. **Rev Bras Psiquiatr.**, v. 8, n. 3, p. 242-50, 2006 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000300018> Acesso em: 15 Jan. 2017.
- ALMEIDA, L. R. O incidente crítico na formação e pesquisa em educação. **Educação & Linguagem**, v. 12, n. 19, p. 181-200, Jan/Jun. 2009. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/el/article/view/820/888>> Acesso em: 21 Ago. 2016.
- ALMEIDA, M. G. S. A Importância da Literatura como Elemento de Construção do Imaginário da Criança com Deficiência Visual In: **A Deficiência Visual e suas Implicações no Processo de Desenvolvimento Intelectual da Criança: Desvantagens e Possibilidades**. Rio de Janeiro: Instituto Benjamin Constant, cap.1, p. 33-39, 2014.
- AMBATI, J.; FOWLER, B. J. Mechanisms of age-related macular degeneration. **Neuron**. v.75, n. 1, p. 26–39, 2012.
- AMARAL, F. L. J. S. Fatores associados com a dificuldade no acesso de idosos com deficiência aos serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.11, p.2991-3001, 2012.
- ANDRAUS, L. M. S., *et al.* Incidentes Críticos segundo os familiares de crianças hospitalizadas. **Revista de Enfermagem UERJ.**, v. 15, n. 4, p. 574-579, 2007. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v15n4/v15n4a16.pdf>> Acesso em: 10 Ago. 2015.
- ANGST, R. Psicologia e Resiliência: uma revisão de literatura. **Psicol. Argum.**, v. 27, n. 58, p. 253-260, 2009. Disponível em : <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-96902006000100013> Acesso em: 10 Ago. 2015.
- ALVES, A. M. Os Idosos, as redes de relações sociais e as relações familiares. In: NERI, A. L. e Colaboradores. **Idosos no Brasil Vivências Desafios e Expectativas na Terceira Idade**, Sesc Nacional, 2007, p. 125-152.
- APPOLINÁRIO, F. **Dicionário de metodologia científica**: um guia para a produção do conhecimento científico. São Paulo: Atlas, 2004. 320 p.
- ARANHA, M. S. Paradigmas da relação da sociedade com as pessoas com deficiência. **Revista do Ministério Público do Trabalho**, Ano XI, n. 21 março, 2001. p. 160-173. Disponível em: <<http://www.adion.com.br/mznews/data/paradigmas.pdf>> Acesso em: 13 ago. 2016.
- ASPESI, C. C.; DESSEN, M. A.; CHAGAS, J. F. A Ciência do Desenvolvimento Humano: uma perspectiva interdisciplinar. In: DESSEN, M. A. COSTA JÚNIOR
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS NBR 9050:2004. **Acessibilidades Portadoras de Deficiências à Edificação, Espaço Mobiliário e Equipamentos Urbanos/**

Associação Brasileira de Normas Técnicas. Rio de Janeiro: ABNT, 2004.

ÁVILA, M.; ALVES, M. R.; NISHI, M. **As Condições de Saúde Ocular no Brasil**. Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO). São Paulo: p. 1 -144, 2015. : Disponível em: <http://www.cbo.net.br/novo/publicacoes/Condicoes_saude_ocular_IV.pdf> Acesso em: 03 Nov. 2015.

BAPTISTA, D. T. M. O debate sobre o uso de técnicas qualitativas e quantitativas de pesquisa. In: MARTINELLI, M. L (org.). **Pesquisa Qualitativa: um instigante desafio**. São Paulo: Veras, 2003, p. 31-40.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. In: BARDIN, L. **Análise de entrevistas: férias e telefone**. São Paulo: Grupo Almedina, 2011, cap. 4, p. 93-107.

BARRETO, J. Envelhecimento e qualidade de vida: o desafio actual. Universidade do Porto, Portugal: **Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto**, v. XXV, p. 289-302, 2005. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=426540419012>> Acesso em: 15 Jan. 2017.

BATISTA, S. M.; FRANÇA, R. M. Família de pessoas com deficiência: desafios e superação. **Revista de divulgação técnico-científica do ICPG**, v. 3, n. 10, p. 117-121, jan./jun., 2007. Disponível em: <http://www.apaenet.org.br/images/apostilas/apostilas/artigos/familia_pessoas_deficiencia.pdf> Acesso em: 07 Jul. 2016.

BELLATO, R. *et al.* A história de vida focal e suas potencialidades na pesquisa em saúde e em enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 10, n. 3, p. 849-856, 2008. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n3/pdf/v10n3a32.pdf> Acesso em: 10 Ago. 2015.

BICALHO, M. A. C.; CINTRA, M. T. G. Modificações Fisiológicas sistêmicas no envelhecimento In: MALLOY- DINIZ, L. F.; FLUENTES, D.; COSENZA, R. M. **Neuropsicologia do Envelhecimento uma abordagem multidimensional**. Porto Alegre, Artmed, 2013.

BICALHO, M. A. C.; CINTRA, M. T.G. Modificações Fisiológicas Sistêmicas no Envelhecimento In: MALLOY- DINIZ, L. F.; FUENTES, D.; COSENZA, R. M. organizadores. **Neuropsicologia do Envelhecimento uma abordagem multidimensional**. Porto Alegre: Artmed, 2013, p. 43-63.

BODSTEIN, A.; LIMA, V. V. A.; BARROS, A. M. A. A vulnerabilidade do idoso em situações de desastres: necessidade de uma política de resiliência eficaz. **Ambiente & Sociedade**, v. XVII, n. 2, p. 157-174, 2014.

BOERS, M.; JENTOFT, A. J. C. A New Concept of Health Can Improve the Definition of Frailty. **Calcif Tissue Int**, v. 97, p. 429-431, 2015.

BRANDÃO, J. M.; MAHFOUD, M.; GIANORDOLI-NASCIMENTO, I. F. A construção do conceito de resiliência em psicologia: discutindo as Origens. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 49, p. 263-271, 2011.

BRANDÃO, V. M. A. T.; MERCADANTE, E. F. **Envelhecimento ou Longevidade? Questões Fundamentais do Ser Humano**. São Paulo:Paulus, 2009, p. 5-20.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência** (2007). Disponível em: <<http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/publicacoes/convencaoopessoacomdeficiencia.pdf>>. Acesso em: 26 Jun. 2016.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. **Legislação sobre o Idoso** (Estatuto do Idoso), e legislação correlata, Edições Câmara Brasília, 2013: Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm> Acesso em: 15 Jan. 2017.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). **Presidência da República**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm> Acesso em: 07 Jan. 2017.

BRAVO FILHO, V. T. F. *et al.* Impacto do Déficit Visual na Qualidade de Vida em Idosos Usuários do Sistema Único de Saúde Vivendo no Sertão de Pernambuco. **Arq. Bras. Oftalmol.**, p. 161-165, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27492012000300002> Acesso em: 26 Jul. 2016.

BRITO, T. D. Q.; OLIVEIRA, A. R.; EULÁLIO, M. C. Deficiência física e envelhecimento: estudo das representações sociais de idosos sob reabilitação fisioterápica. **Avances en Psicología Latinoamericana**, v. 33, n.1, p. 121-133, 2015.

BRONFENBRENNER, U. **A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados**. Porto Alegre: 2 ed., Artmed, 2002.

BROWN, G. W.; HARRIS, T. **Social origins of depression**. London: Tavistock, 1978.

BRUNO, M. M. G.; MOTA, M. G. B. A Deficiência Visual através dos tempos: Conceito Histórico-Social. In: MEC/SEE. **Programa de Capacitação de Recursos Humanos do Ensino Fundamental: deficiência visual**. v. 1, fasc. I – II – III / Marilda Moraes Garcia Bruno, Maria Glória Batista da Mota, colaboração: Instituto Benjamin Constant. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Especial, 2001. (Série Atualidades Pedagógicas; 6).

BUNTING, L.; LAZENBATT, A. Changing the narrative – life span perspectives on multiple adversity. **Qualitative Social Work**, v. 15, n. 4, p. 484-500, 2015.

CAMARANO, A. A. *et al.* Como vive o idoso brasileiro? Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? **IPEA**, Rio de Janeiro, p. 25-73, 2004. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/Arq_29_Livro_Completo.pdf> Acesso em: 27 Dez. 2015.

CAMPOS, C.J.G. Método de Análise de conteúdo: ferramenta para análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília/DF, v. 57, n.5, p. 611-614,

2004.

CAMPOS, C.J.G; TURATO, E. R. Análise de conteúdo em pesquisas que utilizam metodologia clínico qualitativa: aplicação e perspectivas. **Rev. latino-am. Enfermagem**. v.17, n.2, p.1- 6, 2009.

CAMPOS, A. C. V.; FERREIRA, E. F.; VARGAS, A. M. D. Determinantes do envelhecimento ativo segundo a qualidade de vida e gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20 n. 7, p. 2221-2237, 2015.

CANÇADO, F.A.X., ALANIS, L.M.; HORTA, M.L. Envelhecimento Cerebral In: FREITAS, E. V. *et al.*, **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: 3ª ed., Guanabara Koogan, 2013, cap. 11, p.232-255.

CARTILHA: **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: SDH- PR/SNPD, 2012.

CARVALHO, K. M. OS desafios da inclusão da pessoa com deficiência no ambiente de trabalho. In: CARVALHO-FREITAS, M. N.; MARQUES, A. L. Trabalho e Pessoas com Deficiência: **pesquisas, práticas e instrumentos de diagnóstico**. 1ª Edição. (2008), 2ª reimpressão. Curitiba: Juruá, 2010, p. 43- 62.

CASSIANO, J. G.; VIGIGAL, M. J. M. Adaptação Ambiental. In: NUNES, E. **Princípios básicos de geriatria e geronologia**. Belo Horizonte: Coopmed, cap.8., 2008, p. 125 –126.

CECCONELLO, A. M.; KOLLER, S. H. Inserção Ecológica na Comunidade: Uma Proposta Metodológica para o Estudo de Famílias em Situação de Risco. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.16, n.3, p. 515-524, 2003.

CECCONELLO, A. M. **Resiliência e Vulnerabilidade em Famílias em Situação de Risco**. 2003, 317 f. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul- Instituto de Psicologia, Curso de pós- Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Rio Grande do Sul. 2003.

CERVENY, C. M. O.; MACEDO, R. M. S.; SCHALCH, M. L. S. Família e Longevidade. In: CERVENY, C. M. O. **Família e Integracionalidade, Equilíbrio econômico, Longevidade, Repercussões, Intervenções Psicossociais, O tempo, Filhos cangurus, Luto, Cultura, terapia Familiar, Desenvolvimento humano, e social, Afetividade, Negociação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012, cap.3, p. 65-81.

CHACON, M.C.M; DEFENDI, E.L.; FELIPPE, M.C.G.C. A família como parceira no processo de desenvolvimento e educação do deficiente visual. In: MASINI, E.F.S, (Org). **A pessoa com deficiência visual: um livro para educadores**. São Paulo : Editora Vetor, 2007.

CHAVES, A. L. G. L. Resiliência. In: CHAVES, A. L. G. L. **Resiliência e formação humana em professores em busca da integridade**. Recife: Universitária UFPE, 2011, p. 33-

53.

CHAVES, L. J. ; GIL, C. A. Concepções de idosos sobre espiritualidade relacionada ao envelhecimento e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 12, p. 3641-3652, 2015.

CHEN, N. Prevalence and causes of visual impairment in elderly Amis aborigines in eastern Taiwan (the Amis Eye Study). **Jpn J Ophthalmol**, 2012.

CORRÊA, Z. M. S.; EAGLER JR, R. Aspectos patológicos da retinopatia diabética. **Arq Bras Oftalmol.**, v. 68, n. 3, p. 410-4, 2005. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27492005000300028>
Acesso em: 27 Jan. 2016.

CÔRTE, B., *et al.* Velhice Envelhecimento Complexo(Idade). In: OLIVEIRA, J. B. A. **Bioética no Final da Vida**: Vetor, 2005, p.220.

CÔRTE, B., *et al.* Velhice Envelhecimento Complexo(Idade). In: MONTEIRO, P. P. A. **Somos Velhos porque o Tempo não pára**: Vetor, 2005, p.69.

COSENZA, R. M.; MALLOY-DINIZ, L. F. Envelhecimento Saudável, resiliência cognitiva e qualidade de vida In: MALLOY-DINIZ, L. F.; FLUENTES, D.; COSENZA, R. M. **Neuropsicologia do Envelhecimento uma abordagem multidimensional**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

COUTO, M.C.P.P.; KOLLER,S.H.; NOVO, R.F. Resiliência no Envelhecimento: Risco e Proteção In: FALCÃO, D.V.S.; DIAS, C.M.S.B. **Maturidade e Velhice**: Pesquisas e Intervenções Psicológicas. São Paulo: Casa dos Psicólogo, 2006, v.II, p.315-337.

CRISPIM, K. G. M.; FERREIRA, A. P. Prevalência de Deficiência Auditiva Referida e Fatores Associados em uma População de Idosos da Cidade de Manaus: um estudo de base populacional. **Rev. CEFAC**, v. 17, n.6, p. 1946-1956, 2015.

CRUZ, M. S. *et al.* Deficiência auditiva referida por idosos no Município de São Paulo, Brasil: prevalência e fatores associados (Estudo SABE, 2006). **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n.8, p.1479-1492, 2012.

CUNHA, G. L: Mecanismos Biológicos do Envelhecimento In: FREITAS, E. V., *et al.* **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013, cap.2, p.76-101.

CUNHA, G. L.; NETO-JECKEL, E. A. Teorias Biológicas do Envelhecimento In: FREITAS, E. V. e colaboradores. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, cap. 2, p. 13-19.

DELA COLETA. J. A. A análise do trabalho e a determinação de critérios em psicologia aplicada. **Arq. Bras. de Psicologia Aplicada.**, v. 24, n. 3, p. 71-82, 1972. Disponível em:
<<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/abpa/article/viewFile/16884/15696>> Acesso em: 1 Mai. 2016.

DELA COLETA, J. A. A técnica dos incidentes críticos: aplicação e resultados. **Arq. Bras. de Psicologia Aplicada**, v. 26, n. 2, p. 35-58, 1974. Disponível em: <http://blogtek.com.br/tecnica-incidentes-criticos>> Acesso em: 1 Mai. 2016.

DESSEN, M. A.; SENNA, S. R.C.M. A Pesquisa em Processos de Desenvolvimento Humano e o Modelo Bioecológico de Bronfenbrenner In: DESSEN, M. A.; MACIEL, D. A. **A Ciência do Desenvolvimento Humano Desafios para a Psicologia e a Educação**. Curitiba: Juruá Editora, 2014, p. 73- 107.

DOLL, J.; P. Y, L. O Idoso com a Relação coma Morte. In: NERI, A.L. organizadora **Qualidade de Vida na Velhice Enfoque Multidisciplinar**. Campinas, SP: 2ª ed. revisada, Alínea, 2011, cap.12, p. 279-300.

EBRAHIMI, Z. Health despite frailty: Exploring influences on frail older adults' experiences of health. **Geriatric Nursing**, v. 34, p. 289- 94, 2013.

FALCÃO, D. V. S.; BUCHER - MALUSCHKE, J. S. N. F. Resiliência e Saúde Mental dos Idosos. In: FALCÃO, D. V. S.; ARAÚJO, L. F. **Idosos e Saúde Mental**. Editora Papirus, 2010, p. 33-49.

FATTORI, A. *et al.* Indicadores de Fragilidade. In: NERI, A. L. org. **Fragilidade e Qualidade de Vida na Velhice**. Campinas, SP: Alínea, 2013, cap.4, p. 65-84.

FERNANDES, L. B. *et al.* Breve Histórico da Deficiência e seus Paradigmas. **Revistado Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Musicoterapia**, Curitiba, v. 2, p. 132-144, 2011. Disponível em: http://www.fap.pr.gov.br/arquivos/File/extensao/Arquivos2011/NEPIM/NEPIM_Volume_02/Art08_NEPIM_Vol02_BreveHistoricoDeficiencia.pdf> Acesso em: 12 Out. 2015.

FERREIRA, L.; SIMÕES, R. **Idoso Asilado: qual a sua imagem?** Várzea Paulista, SP: Fontoura, 2011.

FERREIRA, C.L.; SANTOS, L. M. O.; MAIA, E. M. C. Resiliência em idosos atendidos na Rede de Atenção Básica de Saúde em município do nordeste brasileiro, **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n.2, p. 328-34, 2012.

FLANAGAN, J. C. A técnica do incidente crítico. **Arq. Bras. de Psicologia Aplicada**, v. 21, n. 2, p. 99-141, 1973. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/abpa/article/view/16975/15786>> Acesso em: 10 Ago. 2015.

FLANAGAN, J. C. The Critical Incident Technique. **American Institute for Research and University of Pittsburgh. Psychological Bulletin**. v. 51, n. 4, July, 1954. Disponível em: <https://www.apa.org/pubs/databases/psycinfo/cit-article.pdf>> Acesso em: 15 ago. 2016.

FONTES, A. P. Resiliência psicológica: fator de proteção para idosos no contexto ambulatorial. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 18, n. 1, p. 7-17, 2015.

FONTES, R. C. C.; BRANDÃO, M. R. F. A resiliência no âmbito esportivo: uma perspectiva bioecológica do desenvolvimento humano. **Motriz**, v.19, n.1, p.151-159, 2013.

FONTES, A. P.; NERI, A. L. Resiliência e velhice: revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n.5, p. 1475-1495, 2015.

FORTES, T. F. R.; PORTUGUEZ, M. W.; ARGIMON, I. I. L. A resiliência em idosos e sua relação com variáveis sociodemográficas e funções cognitivas. **Estud. Psicol.**, v. 26, n. 4, p. 455-463, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v26n4/06.pdf>> Acesso em: 10 Ago. 2015.

FRANCISCO, P. M. S. B. *et al.* Diabetes auto-referido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro: v. 26, n. 1, p. 175-184, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000100018>. Acesso em: 09 Out. 2016.

FRANCO, J.R; DENARI, F.E. A Sociedade e a Cegueira: discriminação e exclusão. **Benjamin Constant**, v. 48, n.1, 2011. Disponível em: <<http://www.ibc.gov.br/revistabenjaminconstant/index.php/b3njc0nst/article/view/1/38>> Acesso em: 04 Jan. 2017.

FREITAS, M. G. *et al.* Idosos atendidos em serviços de urgência no Brasil: um estudo para vítimas de quedas e de acidentes de trânsito. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n.3, p. 701-712, 2015.

FRIED, L. P. *et al.* Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. **J. Gerontological Society of America**, v. 56, n. 3, p. 146-156, 2001. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11253156>> Acesso em: 03 Jan. 2017.

GANGUILHEM, G. **O Normal e Patológico**. Rio de Janeiro: Forense- Universitária, 1978, p. 7- 201.

GARCIA, C. R. **Eventos de vida em pacientes adultos com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade** (Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul). Porto Alegre: UFRS, 2007.

GIKOVATE, F. **Mudar caminhos para a transformação verdadeira**: São Paulo, MG, p. 5-152, 2014.

GOFFMAN, E. **Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada.**, Rio de Janeiro: 4 ed., LTC, 1988.

GOLDIM, J. R. Bioética e Envelhecimento In: FREITAS, E. V. *et al.* **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, cap. 9, p. 85-90.

GORDILHO, A. *et al.* Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção ao idoso, Rio de Janeiro: UnATI, 92p, 2000.

GRIVE, J. Percepção e Cognição nas Atividades Humanas In: **Neuropsicologia em Terapia Ocupacional Exame da Percepção e Cognição**. São Paulo: 2 ed., Livraria Santos, cp. 2., p.13-19, 2006.

GUTIERRES FILHO, P. J. B. *et al.* Qualidade de vida de idosos com deficiência e prática de atividade física em instituições de longa permanência. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 17, n.1, p. 141-151, 2014.

HADDAD, M. A. O.; SAMPAIO, M. W. Aspectos Globais da Deficiência Visual. *In:* SAMPAIO, M. W. *et al.* Baixa Visão e Cegueira: **os caminhos para a reabilitação, a educação e a inclusão**. Rio de Janeiro: Cultura Médica: Guanabara Koogan, 2010, p. 7-16.

HASHEMI, H. *et al.* Visual impairment in the 40- to 64-year-old population of Shahroud, Iran. **Eye**, v. 26, p. 1071–1077, 2012.

KHALAJ, M.; BARIKANI, A.; GHASEMI, H. Eye Disorders in Old People. **Global Journal of Health Science**, v. 5, n. 1, p. 79-86, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico 2000**. População residente por tipo de deficiência. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.

INFANTE, F. A. Resiliência como Processo: uma revisão da literatura recente. *In:* MELILLO, A., *et al.* **Resiliência descobrindo as próprias fortalezas**. Artmed., 2005, p. 32.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **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: SDH-PR/SNPD, 2012.

INSTITUTO ETHOS. O que as empresas podem fazer pela inclusão das pessoas com deficiência. São Paulo, 2002. Disponível em: <<http://www.ethos.org.br>>. Acesso em 18 Jul. 2006.

KHALAJ, M.; BARIKANI, A.; GHASEMI, H. Eye Disorders in Old People. **Global Journal of Health Science**, v. 5, n. 1, p. 79-86, 2013.

KIMHI, S. Elderly People Coping With the Aftermath of War: Resilience Versus Vulnerability. **Am J Geriatr Psychiatry**, v. 20, n. 5, 391- 401, 2012.

KOLLER, S. H. Prefácio UrieBronfenbrenner Contribuições da Carreira de um cientista do desenvolvimento humano pleno *In:* BRONFENBRENNER, U. **Bioecologia do desenvolvimento humano tornando os seres humanos mais humanos**. Artmed, 2011, p. 17-36.

LANCMAN, S. Psicodinâmica do Trabalho. *In:* CAVALCANTI, A; GALVÃO, C. **Terapia Ocupacional: Fundamentação &Prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. cap. 271, p. 271-277.

LEÃO, M. A. B. G. **Oficina de Resvisão de Vida e Bem- Estar Subjetivo em Mulheres Idosas: Um estudo sobre um método de intervenção psicológica**. 2005, 213f. Tese (doutorado). Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de

Campinas, São Paulo. 2005.

LEÃO, M. A. B. G.; SILVA, L. S. Vivências de trabalhos com deficiência: uma análise à luz da Psicodinâmica do Trabalho. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, v. 37, n. 125, p. 159-169, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572012000100019> Acesso em: 01 Jan. 2017.

LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. Saúde e independência: aspirações centrais para os idosos. Com estão sendo satisfeitos? In: NERI, A.L. (org.) *et al.* **Idosos no Brasil Vivências, Desafios E Expectativas na Terceira Idade**. São Paulo: Edições SEC SP, Fundação Perseu Abramo, 2007, p. 191-207.

LÜDTKE, O.; ROBERTS, B. W.; TRAUTWEIN, U.; NAGY, G. A random walk down university avenue: Life paths, life events, and personality trait change at the transition to university life. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 101, n. 3, p. 620-637, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21744977>> Acesso em: 09 Mar. 2016.

LUHMANN, M.; *et al.* Subjective well-being and adaptation to life events: A meta-analysis. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 102, n. 3, p. 592-615, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22059843>> Acesso em: 07 Set. 2015.

MACUCO, C. M. *et al.* Cognição e fragilidade In: NERI, A. L. **Fragilidade e Qualidade de Vida na velhice**. Campinas, SP: Alínea, 2013, cap. 5, p. 85-98.

MARAGONI, S. O Mapa da Deficiência Visual. In: LARAMARA. Conversas sobre Deficiência visual – Contato, Associação Brasileira de Assistência ao Deficiente Visual – **Revista Laramara**, Editora Áurea. n. 8, p. 13 – 29, 2009.

MAROTTI, J. *et al.* Amostragem em Pesquisa Clínica: tamanho da amostragem. **Revista de Odontologia Da Universidade Cidade de São Paulo**. v. 20, n.2, p. 186-194, 2008. Disponível em: <[http://arquivos.cruzeirodosuleducacional.edu.br/principal/old/revista_odontologia/pdf/maio_agosto_2008/Unicid_20\(2_12\)_2008.pdf](http://arquivos.cruzeirodosuleducacional.edu.br/principal/old/revista_odontologia/pdf/maio_agosto_2008/Unicid_20(2_12)_2008.pdf)> Acesso em: 07 Set. 2015.

MARGIS, R.; PICON, P.; COSNER, A. F.; SILVEIRA, R. O. Stressfull life-events, stress and anxiety. **Revista de Psiquiatria**, v. 25, n. 1, p. 65-74, 2003. Disponível em: <tressfull life-events, stress and anxiety> Acesso em: 18 Set. 2016.

MARQUES, L. P. O filho sonhado e o filho real. **Rev. Bras. Educ. Espec.**, v. 2, n. 3, p. 121-125, 1995. Disponível em: <http://www.abpee.net/homepageabpee04_06/artigos_em_pdf/revista3numero1pdf/r3_comentario01.pdf> Acesso em: 07 Ago. 2016.

MARTIN, K. L. *et al.* Cognitive Function Modifies the Effect of Physiological Function on the Risk of Multiple Falls-A Population-Based Study. **Journals of Gerontology: Medical Sciences**, p. 1-7, 2016.

MARTINELLI, M. L. Pesquisa Qualitativa: **um instigante desafio**. São Paulo: Veras

Editora, 1999.

MELO, R. L. P. O Efeito do Estresse na Qualidade de Vida de Idosos: O Papel Moderador do Sentido de Vida. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 26, n.2, p. 222-230, 2013.

MELLO, M. A. F. Terapia Ocupacional Gerontológica. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. **Terapia Ocupacional Fundamentação & Prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007, cap. 39, p. 367-376.

MENDES, F. *et al.* As Representações Sociais do Envelhecimento Ativo de Idosos e Profissionais. In: LOPES, M. J.; MENDES, F. R. P.; SILVA, A. **O Envelhecimento Estudos e Perspectivas**: São Paulo: Martinari, 2014, p. 77-97.

METZE, R., KWEKKEBOOM, R. H; ABMA, T. A. The potential of Family Group Conferencing for the resilience and relational autonomy of older adults. **Journal of Aging Studies**, v. 34, p. 68–81, 2015.

MONTEIRO, D. M. R. Dimensões do Envelhecer In: MONTEIRO, D. M. R. **Busca do sentido e significado existencial**. Revinter, 2004, p.56-65.

MONTEIRO, P. P. Somos Velhos Porque o Tempo não Para In: BELTRINA, C. *et al* **Complexidade Velhice Envelhecimento-** Psicologia, Subjetividade, Fenomenologia, Desenvolvimento humano, Morte, Longevidade, Bioética, Biotecnologia, Corporeidade, Saúde, Gênero, Família, Natureza, Cultura, Velhice, Violência. São Paulo: Vetor, 2005, p. 57-82.

MONTILHA, R. S. I. *et al.* Deficiência Visual: Características e expectativas da clientela de serviço de reabilitação. **Revista de Ciências Médicas de Campinas**, v. 3, p.123-128, 2000. Disponível em: <<http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/1328/1302>> Acesso em: 10 Jan. 2017.

MORIN, E. A Cabeça Bem-Feita repensar a reforma reformar o pensamento. In: MORIN, E. **Os Desafios**. Rio de Janeiro: 22º ed., Bertrand Brasil, 2015, cap. 1, p.13-20.

NASRI, F. Diabetes Mellitus no Idoso. In: FREITAS, E. V. *et al.*, **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

NAVARRO, J. H. N. Percepção dos idosos jovens e longevos gaúchos quanto aos espaços públicos em que vivem. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n.2, p. 461-470, 2015.

NEHEMY, M. B. Degeneração macular relacionada à idade: novas perspectivas. **Arq. Bras. Oftalmol.**, v. 69, n. 6, p. 955-8, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abo/v69n6/a31v69n6.pdf>> Acesso em: 09 Mar. 2016.

NERI, A. L. Capacidade Funcional In: NERI, A. L. **Palavras- Chave em Gerontologia**. Campinas, SP: Alínea, 2014, p. 111-134.

NERI, A. L. Contribuições da psicologia ao estudo e à intervenção no campo da velhice. RBCEH - **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**. Passo Fundo, p. 69-80, 2004. Disponível em: <<http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/46>> Acesso em: 09

Ago. 2016.

NERI, A. L. *et al.* Doenças crônicas, sinais e sintomas, uso de medicamentos, distúrbios de sono e fragilidade *In:* NERI, A. L. **Fragilidade e Qualidade de Vida na Velhice**. Campinas: SP: Alínea, 2013, cap. 8, p.133-152. Disponível em: <<http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/46> > Acesso em: 12 Abr. 2016.

NERI, A. L. *et al.* Idosos no Brasil Vivências Desafios e Expectativas na Terceira Idade. *In:* ALVES, A. M. **Os Idosos, as redes de relações sociais e as relações familiares**: Sesc Nacional, 2007.

NERI, A. L. *et al.* Quedas, senso de autoeficácia para quedas e fragilidade *In:* NERI, A. L. **Fragilidade e Qualidade de Vida na Velhice**. Campinas, SP: Alínea, 2013, cap. 9, p.153-159.

NERI, A. L. Memória. *In:* NERI, A. L. **Palavras- Chave em Gerontologia**. Campinas, SP: Alínea, 2014, p.225-235.

NERI, A. L. **Palavras- Chave em Gerontologia**. Campinas, SP: Alínea, 2014, p. 9-334.

NERI, A. L. Qualidade de Vida na Velhice. *In:* PRADO, A. R. A.; PERRACINI, M. R. A **Construção de Ambientes Favoráveis aos Idosos**. Alínea, 2001, p. 228.

NERI, A. L. Redes de Suporte Social. *In:* NERI, A. L. **Palavras- Chave em Gerontologia 2^a Edição Revisada**, Alínea, 2014, p. 289-316.

NERI, A. L. Resiliência Psicológica. *In:* NERI, A. L. **Palavras-Chave em Gerontologia**. Alínea, 2014, p. 300-311.

NICOLATO, R.; ALVARENGA, J. Saúde Mental e envelhecimento. *In:* MALLOY- DINIZ, L. F.; FUENTES, D.; COSENZA, R. M. **Neuropsicologia do Envelhecimento uma abordagem multidimensional**. Porto Alegre: Artmed, 2013, cap. 2, p. 115-127.

NÓBREGA, M. M. L.; MEDEIROS, A. C. T. M. Como Prestar Cuidados Sistematizados à Pessoa Idosa utilizando os elementos da Prática de Enfermagem? Uma proposta de Catálogo. *In:* LOPES, M. J.; MENDES, F. R. P.; SILVA, A. **Envelhecimento Estudos e Perspectivas**: São Paulo: Martinari, 2014, p. 235-253.

NOVI, R. M. **Início de um sonho orientação e mobilidade infantil**. Londrina: Midiograf., 2007, p. 18–22.

OLIVEIRA, J. B. A. Bioética no Final da Vida *In:* BEITRINA, C. *et al.* **Complexidade Velhice Envelhecimento** Psicologia, Subjetividade, Fenomenologia, Desenvolvimento humano, Morte, Longevidade, Bioética, Biotecnologia, Corporeidade, Saúde, Gênero, Família, Natureza, Cultura, Velhice, Violência. São Paulo: Vetor, 2005, p. 213-240.

OLIVEIRA, M.S.F. Introdução à Orientação e Mobilidade para Cegos Deficientes Múltiplos: Utilizando Jogos e Históricas. *In:* PASCHOAL, C.L.L. **Conversando com o Autor**, 2013. Rio de Janeiro: Instituto Benjamin Constant, 2014, p.38-54.

Organização Mundial da Saúde (OMS): **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)**. Direção Geral da Saúde. Lisboa, 2004. Disponível em: <http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf> Acesso em: 15 Jan. 2017.

ORMELEZI, E. M. **Os Caminhos da Aquisição do Conhecimento e a Cegueira: do universo do corpo ao universo simbólico**. 2000, 272f. Dissertação (mestrado). Faculdade de Educação- Universidade de São Paulo, São Paulo. 2000.

PALUDO, S. S., KOLLER, S. H. Psicologia positiva, emoções e resiliência. In: DELL'AGLIO, D.D.; KOLLER, S.H.; YUNES, M.A.M. Organizadoras. **Resiliência e Psicologia Positiva Interfaces do Risco à Proteção**. Casa do Psicólogo, 2006, p. 69-86.

PACHECO, K. M. B.; ALVES, V, L. R. A história da deficiência, da marginalização à inclusão social: uma mudança de paradigma. **Acta Fisiátrica**, v. 14, n. 4, 2007. Disponível em: <http://www.fap.pr.gov.br/arquivos/File/extensao/Arquivos2011/NEPIM/NEPIM_Volume_02/Art08_NEPIM_Vol02_BreveHistoricoDeficiencia.pdf> Acesso em: 20 Jul. 2015.

PAPALIA, D. E.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento Humano**. Porto Alegre: 12º ed., Artmed, 2013 800 p.

PAPALÉO NETTO, M.P. O Estudo da Velhice no Século XX: Histórico, Definição do Campo e Termos Básicos . In: FREITAS, E. V. e colaboradores. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. ABPDEA, 2013, p.10.

PAYKEL, E. S. Life events, social support and depression. **Acta Psychiatrica Scandinavica Supplement**, v. 377, p. 50-58, 1994. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8053367>> Acesso em: 12 Abr. 2016.

PEREIRA, M. M. C. M. **Resiliência e Família: uma análise dos laços conjugais ao longo do ciclo vital**, 2014, 205f. Dissertação (mestrado). Programa de Mestrado em Desenvolvimento Humano: Formação, Políticas e Práticas Sociais. Universidade de Taubaté-UNITAU, São Paulo, 2014.

PEREIRA, E. L.; BARBOSA, L. Índice de Funcionalidade Brasileiro: percepções de profissionais e pessoas com deficiência no contexto da LC 142/2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 10, p. 3017-3026, 2016.

PERES, R. S. M. O Homem e as Marcas do Tempo. In: MONTEIRO, D. M. R. **Dimensões do Envelhecer**: Revinter, 2004, p.9-18.

PESSINI, L.; SIQUEIRA, J. E. Bioética, Envelhecimento Humano e Dignidade no Adeus à Vida. In: FREITAS, E. V. *et al.* **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: 3ª ed., Guanabara Koogan, 2013, p. 196-208.

PINHEIRO, D. P. N. **A Resiliência em Discussão. Psicologia em Estudo**. Maringá, v.9, n. 1, p. 67-75, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v9n1/v9n1a09>> Acesso em: 18 Mar. 2016

PNUD. “Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento”. **Sustentando o progresso humano**: redução da vulnerabilidade e construção da resiliência. 2014. Disponível

em <http://www.pnud.org.br/HDR/Relatorios-Desenvolvimento-Humano>. Acesso em: 20 Jul. 2015.

POLLETO, M.; KOLLER, S. H. Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. **Estud.psicol.** (Campinas), Campinas, v. 25, n. 3, p. 405- 416, 2008. : Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n3/a09v25n3>> Acesso em: 16 Abr. 2016.

POLLETO, M.; KOLLER, S. H. Resiliência:uma perspectiva conceitual e histórica. In: DELL'AGLIO, D.D.; KOLLER, S.H.; YUNES, M.A.M. Organizadoras. **Resiliência e Psicologia Positiva Interfaces do Risco à Proteção**. Casa do Psicólogo, 2006, p. 19-44.

PRADO, A. R.; PERRACINI, M. R. A Construção de Ambientes Favoráveis aos idosos In: NERI, A.L. organizadora. **Qualidade de Vida na Velhice Enfoque Multidisciplinar**. Campinas, SP: Alínea, 2011, cap.9, p. 221-229.

RAFANELLI, C.; *et al.* Stressful life events, depression and demoralisation as risk factors for acute coronary heart disease. **Psychotherapyand Psychosomatics**, v. 74, n. 3, p. 179-184, 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15832069>> Acesso em: 20 Jul. 2016.

RAYMUNDO, R.S.; LEÃO, M.A.B.G. Resiliência e Educação: Um Panorama dos Estudos Brasileiros. **Revista Ciências Humanas-UNITAU.**, v. 7, n. 2, p. 76-98, 2014. : Disponível em: <<http://www.rchunitau.com.br/index.php/rch/article/view/158/85>> Acesso em: 28 Mai. 2016.

World Health Organization. Relatório Mundial Sobre a Deficiência:, The World Bank. Trad. Lexicus Serviços Linguísticos. São Paulo: SEDPcD, 2011. 334 p. Disponível em: <http://www.pessoacomdeficiencia.sp.gov.br/usr/share/documents/RELATORIO_MUNDIAL_COMPLETO.pdf>. Acesso em: 25 Jun. 2016.

World Health Organization. Relatório Mundial Sobre a Deficiência: tradução Lexicus Serviços linguísticos. São Paulo: SEDPCD, p. 3 -15, 2012. Disponível em: <http://www.pessoacomdeficiencia.sp.gov.br/usr/share/documents/RELATORIO_MUNDIAL_COMPLETO.pdf>. Acesso em: 25 Jun. 2016.

RENAUD, J. BÉDARD, E. Depression in the elderly with visual impairment and its association with quality of life. **Clinical Interventions in Aging**, v. 8, p. 931–943, 2013.

ROCHA, A.C.A.L.; CIOSAK, S. I. Doença Crônica no Idoso: Espiritualidade e ; Enfrentamento. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 48, n. 2, p. 92-98, 2014.

RODRIGUES, L. O; NERI, A. L. Vulnerabilidade Social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 129-139, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-3552009000500012> Acesso em: 23 Jun. 2016.

ROOKE, M. I. Aspectos conceituais e metodológicos da resiliência psicológica: uma análise

da produção científica Brasileira. **Estud.pesqui. psicol.**, v. 15, n. 2, p. 671-687, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812015000200013> Acesso em: 20 março 2016.

ROSA, E. R.; DUTRA, M. C. **Pessoas Cegas: trabalho, história, educação e organização no Brasil**, 2006.

ROWLES, G. D. O Significado do Lugar. In: SPACKMAN; WILLARD. **Terapia Ocupacional**. Rio de Janeiro: 10ª ed., Guanabara Koogan, 2011, cap. 8, p. 81-90.

RUTTER, M. Resilience: Some Conceptual Considerations. **Journal of Adolescent Health**, v. 14, p. 626-631, 1993. Disponível em: <[http://www.jahonline.org/article/1054-139X\(93\)90196-V/abstract](http://www.jahonline.org/article/1054-139X(93)90196-V/abstract)> Acesso em: 03 Jan. 2017.

RUTTER, M. R Resilience concepts and findings: implications for family therapy. USA. **The Association for Family Therapy and Systemic Practice**, v. 21, p. 119–144, 1999. Disponível em: < <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-6427.12127/full>> Acesso em: 03 Jan. 2017.

SANTOS, R. A.; MENDONÇA, S.R. D. Universitários Cegos: a visão dos alunos e a (falta de visão) dos professores. **Revista e-Curriculum**, São Paulo, v.13, n.04, p. 888 – 907, 2015.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado dos Direitos da Pessoa com Deficiência. **Relatório Mundial sobre a deficiência**. World Health Organization, The World Bank. Trad. Lexicus Serviços Linguísticos. São Paulo: SEDPcD, 2012. 334 p. Disponível em: <http://www.pessoacomdeficiencia.sp.gov.br/usr/share/documents/RELATORIO_MUNDIAL_COMPLETO.pdf>. Acesso em: 25 Jun. 2016.

SASSAKI, R. K. A Inclusão no mercado de Trabalho, In: SASSAKI, R. K. **Inclusão Construindo uma sociedade para todos**. Rio de Janeiro: 4ª ed., WVA., 2002, p. 59-90.

SASSAKI, R. K. **Inclusão Construindo uma sociedade para todos**. Rio de Janeiro: 4ª ed., WVA., 2002, p. 176.

SETÚBAL, A. A. Análise de Conteúdo: suas implicações nos estudos das comunicações. In: MARTINELLI, M. L (Org.). **Pesquisa Qualitativa um instigante desafio**. São Paulo, Veras, 1999, p. 59-86.

SILVA, A. C. A. P. **Vulnerabilidade Humana e Envelhecimento: o que temos com isso?** São Paulo: Portal Edições Envelhecimento, 2015.

SILVA, E. A. Família e Repercussões no Abuso e Dependência de Álcool. In: CERVENY, C. M.O. organizadora. **Família e Integracionalidade, Equilíbrio econômico, Longevidade, Repercussões, Intervenções Psicossociais, O tempo, Filhos cangurus, Luto, Cultura, terapia Familiar, Desenvolvimento humano, e social, Afetividade, Negociação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012, cap. 4, p. 83-100.

SILVA, M. I. **Comunicação Inclusiva: uma abordagem Humanizada**. Secretaria dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Governo do estado de São Paulo, 2015. Disponível em:<<http://www.pessoacomdeficiencia.sp.gov.br>> Acesso em: 05 Nov. 2015.

SOUZA, L. C.; TEIXEIRA, A. L. Envelhecimento Patológico do Sistema nervoso In: MALLOY- DINIZ, L. F.; FUENTES, D.; COSENZA, R. M. organizadores. **Neuropsicologia do Envelhecimento uma abordagem multidimensional**. Porto Alegre: Artmed, 2013, cap.5,

SOUZA, M. T. S.; CERVENY, C. M. O. Resiliência Psicológica: Revisão de Literatura e Análise da Produção Científica. **Rev. Interam. Psicol.**, v. 40, n. 1, p. 119-126, 2006. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rip/v40n1/v40n1a13.pdf>> Acesso em: 03 Jan. 2017.

SOUZA, C.S.; MIRANDA, F. P. R. Envelhecimento e Educação para Resiliência no Idoso. **Educação & Realidade**, v. 40, n. 1, p. 33-51, 2015.

SOUZA, L.K. ; HUTZ, C. S. Relacionamentos Pessoais e Sociais: amizade em adultos. **Psicologia em Estudo**, v. 13, n.2, p.257-265, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n2/a08v13n2>> Acesso em 01 Jul. de 2017.

SOUZA, L.K. ; HUTZ, C. S. O papel da amizade ao longo do ciclo vital. **Psico-USF**, v. 18, n.1, p. 161-162, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psuf/v18n1/v18n1a17.pdf>> Acesso em 01 Jul. de 2017.

SPINDOLA, T.; SANTOS, R. S. Trabalhando com a história de vida: percalços de uma pesquisa (Dora?). **Rev. Es. Enfermagem**, USP, v. 37, n. 2, p.119-26, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342003000200014> Acesso em: 03 Dez. 2016.

STERNBERG, R. J. Percepção In: STERNBERG, R. J. **Psicologia Cognitiva**. Tradução da 5ª ed. norte –americana, CENGAGE Learning, 2010, cap. 3, p. 65-105.

STERNBERG, R, J. Atenção e Consciência. In: STERNBERG, R, J. **Psicologia Cognitiva**. Tradução da 5ª ed. norte-americana, CENGAGE, Learning. 2010, cap.4, p.107-152.

STROPPA, A.; ALMEIDA, A. M. Religiosidade e espiritualidade no transtorno bipolar do humor. **Rev Psiq Clín.** v. 36, n.5, p. 190-6, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832009000500003> Acesso em: 03 Dez. 2016.

TABOADA, G. N.; LEGAL, E. J.; MACHADO, N. Resiliência: em busca de um conceito. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum.**, v. 16, n. 3, p. 104-113, 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822006000300012> Acesso em: 19 Set. 2015.

TANAKA, E. D. O.; MANZINI, E. J. O que os empregadores pensam sobre o trabalho da pessoa com deficiência. **Rev. Bras. Ed. Esp.**, v. 11, n. 2, p. 273- 294, 2005.

TAVARES, B. C. *et al.* Resiliência de Pessoas com Diabetes Mellito. **Contexto Enferm.**, v. 20, n. 4, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072011000400014&script=sci_abstract> Acesso em: 19 Set. 2015.

TAVARES, J. A Resiliência na Sociedade Emergente. In: TAVARES, J. **Resiliência e**

Educação. São Paulo: Cortez, 2001, p. 43-76.

TRIPODI, T.; FELLIN, P.; MEYER, H. **Análise da pesquisa social:** diretrizes para o uso de pesquisa em serviço social e ciências sociais. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1975.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: diferenças e seus objetivos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 507-142, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>> Acesso em: 15 Set. 2015.

UEMURA, K. Impaired choice stepping in response to a visuospatial attention demanding task among older adults at high risk of falling: a pilot study. **Aging Clin Exp Res**, v. 24, n. 4, p. 361-364, 2012.

VEITZMAN, S. A criança com Deficiência Visual In: SOUZA, A. M. C. **A Criança Especial:** temas médicos, educativos e sociais. São Paulo: Roca, 2003, p. 115-122.

VERA, R. S. **Resiliência, Enfrentamento, e Qualidade de Vida na Reabilitação de Indivíduos com Lesão Medular.** 239f. (Doutorado). Programa de Pós-Graduação Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde. Instituto de Psicologia Universidade de Brasília: UNB, 2012.

WRIGHT, M. O.D.; MASTEN, A. S.; NARAYAN, A. J. Resilience Processes in Development: Four Waves of Research on Positive Adaptation in the Context of Adversity. **S. Goldstein and R.B. Brooks (eds.)**, 2013.

WOLF, D. Association of basal forebrain volumes and cognition in normal aging. **Elsevier Neuropsychologia**, v. 53, p. 54-63, 2014.

WONG, P.T.P. Personal Meaning and Successful Aging. **Psychologie Canadienne**, v. 30, n. 3, p. 516-525, 1989. Disponível em: <<http://www.drpaulwong.com/wp-content/uploads/2013/09/personal-meaning-and-successful-aging.pdf>> Acesso em: 13 Dez. 2016.

XAVIER, M. A. V. **Enfrentando Desafios (Envelhecimento e Deficiência)**, 2015, p.1-98.

YUNES, M. A. M. Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. **Psicologia em Estudo**. Maringá, v. 8, p. 75-84, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v8nspe/v8nesa10.pdf>> Acesso em: 24 Set. 2016.

YUNES, M. A. N.; SZYMANSKI, H. Entrevista Reflexiva & Grounded-Theory: Estratégias Metodológicas para Compreensão da Resiliência em Famílias. **Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology**, v. 39, n.3, p. 1-8, 2005. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/284/28439313.pdf>> Acesso em: 24 Set. 2016.

YUNES, M. A. N; JULIANO, M.C. A Bioecologia do Desenvolvimento Humano e suas Interfaces com Educação Ambiental. **Caderno de Educação**. Pelotas, v.37, p.347- 379, 2010. Disponível em: <<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/caduc/article/viewFile/1591/1477>> Acesso em: 24 Set. 2016.

YUNES, M.A.M.; SZYMANSKI, H. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas In: TAVARES, J. **Resiliência e Educação**. São Paulo: Cortez, 2001, p. 13-42.

YUNES; M. A. N.; JULIANO, M. C. Reflexões sobre Rede de Apoio Social como Mecanismo de Proteção e Promoção de Resiliência. **Ambient. Soc.**, São Paulo, v. 12, n. 3, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-753X2014000300009&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 24 Set. 2016.

APÊNDICE I - Formulário de Características Biosociodemográficas

1	Idade:	2	Gênero:
1.1	60 a 65 anos ()	2.2	Masculino ()
1.2	66 a 70 anos ()	2.3	Feminino ()
		2.4	Outro ()
3	Situação Conjugal	4	Qual o diagnóstico
3.1	Solteiro ()		
3.2	Casado ()		
3.3	Separado ()		
3.4	Divorciado ()		
3.5	Viúvo ()		
5	Possui alguma patologia associada à deficiência visual?	6	Há quanto tempo frequenta a reabilitação?
5.1	Deficiência física ()	6.1	Menos de um ano ()
5.2	Deficiência auditiva ()	6.2	Entre 1 e 2 anos ()
5.3	Deficiência intelectual ()	6.3	Entre 2 e 5 anos ()
5.4	Não se Aplica ()	6.4	Entre 5 10 anos ()
		6.5	10 anos ou mais ()
7	Qual o seu nível escolaridade:	8	Se tem alguma religião.
7.1	Ensino Fundamental	8.1	Católica ()
7.2	Ensino Fundamental Completo	8.2	Evangélica ()
7.3	Ensino Médio Incompleto ()	8.3	Espírita ()
7.4	Ensino Médio Completo ()	8.4	Budista ()
7.5	Ensino Superior Incompleto ()	8.5	Não se aplica ()
7.6	Ensino Superior Completo ()	8.6	Outros:
7.7	Outros:		
9	Atuou profissionalmente? Se sim, qual o período?	10	Setor de trabalho que atuou por maior período:
9.1	Não atuei ()	10.1	Público ()
9.2	Menos de um ano ()	10.2	Privado ()
9.3	Entre 1 e 2 anos ()	10.3	Autônomo ()
9.4	Entre 2 e 5 anos ()		
9.5	5 anos ou mais ()		
11	Há quanto tempo perdeu a visão:		

APÊNDICE II – Roteiro de Entrevista

1	Conte-me a respeito do período de vida em que adquiriu a deficiência visual.
2	Conte-me um pouco sobre sua deficiência visual.
3	Como foi o seu relacionamento familiar neste período?
4	Na sua vida social, sua convivência com amigos como passou a ser?
5	Na sua vida profissional como passou a ser?
6	Atualmente como é viver com a deficiência visual?

ANEXO I – Ofício à Instituição



UNITAU

Universidade de Taubaté
 Autarquia Municipal de Regime Especial
 Reconhecida pelo Dec. Fed. nº 78.524/78.
 Reacredenciada pela Portaria CEE/CP nº 241/113
 CNPJ 45.178.153/0001-22

PRPPG – Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação
 Rua Visconde do Rio Branco, 210 Centro Taubaté-SP 12020-040
 Tel.: (12) 3625 4217 Fax: (12) 3632 2947
 prppg@unitau.br

CÓPIA

Ofício nº PPGEDH –065 /2015
Taubaté, 01 de dezembro de 2015

Prezada Senhora,

Vimos por meio deste, solicitar permissão para a realização da pesquisa do aluno Carlos Eduardo Teodoro Vieira, do Curso de Mestrado em Desenvolvimento Humano: Formação, Políticas e Práticas Sociais da Universidade de Taubaté, trabalho a ser desenvolvido durante o corrente ano de 2015 e 2016, intitulada “O Processo de Resiliência em Pessoas Idosas com Deficiência Visual”. O estudo será realizado com idosos com deficiência visual inseridos em um dos programas reabilitacionais do Centro de Prevenção e Reabilitação de Deficiência da Visão, sob orientação da Profa. Drª Marluce Auxiliadora Borges Glaus Leão. Para tal, será realizada aplicação do formulário de identificação e entrevista semi-estruturada elaborada para este fim, junto à população a ser pesquisada. Será mantido o anonimato dos pacientes e solicitamos autorização para utilização do nome da Instituição.

Ressaltamos que o projeto da pesquisa será submetido para análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté.

Certos de contar com sua colaboração, colocamo-nos à disposição para maiores esclarecimentos no Programa de Pós Graduação da Universidade de Taubaté, no endereço R. Visconde do Rio Branco, 210, CEP 12.020-040, telefone 3624-1657, ou 9103-1684, e solicitamos a gentileza da devolução do Termo de Autorização da Instituição devidamente preenchido.

No aguardo de sua resposta, aproveitamos a oportunidade para renovar nossos protestos de estima e consideração.

Atenciosamente,



Prof. Dra. Edna Maria Querido de Oliveira Chamon
 Coordenadora do Mestrado em Desenvolvimento Humano:
 Formação, Políticas e Práticas Sociais

Ilma. Sra.
 Meire Cristina N. V. R. Ghilarducci
 Diretora Superintendente
 Hospital Oftalmológico Argita Santa Luzia – PRÓVISÃO
 São José dos Campos – S.P.



ANEXO II – Declaração de Anuência



PRÓ VISÃO
Pesquisa, Diagnóstico e Centro de Reabilitação

Utilidade Pública Municipal Lei 2646/94
 Utilidade Pública Estadual Lei 6337/98
 Utilidade Pública Federal DOU 16.12.91
 CNPJ 21.619.906/0001-20

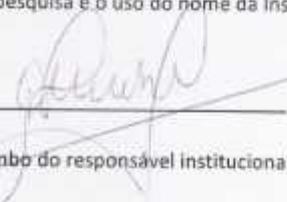
Centro de Prevenção e Reabilitação de Deficiência da Visão **PRÓ VISÃO**

ANEXO III
DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

O PROCESSO DE RESILIÊNCIA EM IDOSOS COM DEFICIÊNCIA VISUAL

Venho com esta declaração dar autorização à realização do estudo "O PROCESSO DE RESILIÊNCIA EM IDOSOS COM DEFICIÊNCIA VISUAL", tendo como pesquisador responsável o professor Carlos Eduardo Teodoro Vieira, o qual é mestrando no curso de Desenvolvimento Humano: Formação, Políticas e Práticas Sociais – 2.015 da UNITAU - Universidade de Taubaté, sob a orientação da Prof.ª Dr.ª Marluce Auxiliadora Borges Glaus Leão.

O presente projeto atende à resolução CNS 466/12 e somente será iniciado após o parecer de aprovação do CEP da Instituição proponente. Esta Instituição está ciente de suas corresponsabilidades como Instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar. Declaro também, que não recebemos qualquer pagamento por esta autorização bem como os participantes da pesquisa também não receberão qualquer tipo de pagamento. Autoriza-se o acesso aos prontuários dos participantes da pesquisa e o uso do nome da Instituição no processo de elaboração da Dissertação.



 Assinatura e carimbo do responsável institucional

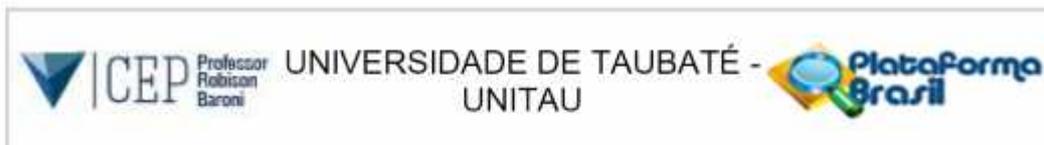
Cargo e instituição DR. CARLOS E. TEODORO VIEIRA
Coordenador Superintendente
RG: 17.632.310
Função: ADM

Local e data **02/12/2015**

Av. Andrômeda, 3061
 Bosque dos Eucaliptos
 São José dos Campos - SP
 Tel.: (12) 3919-3200 - Fax: (12) 3916-5334

REV 0004

ANEXO III – Parecer do Conselho de Ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O PROCESSO DE RESILIÊNCIA EM PESSOAS IDOSAS COM DEFICIÊNCIA VISUAL
Pesquisador: Carlos Eduardo Teodoro Vieira
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 51622615.5.0000.5501
Instituição Proponente: Universidade de Taubaté
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.398.712

Apresentação do Projeto:

Esta pesquisa tem como objetivo investigar como ocorre o processo de resiliência de idosos com deficiência visual, ao longo de seu ciclo de vida. Trabalhar-se-á com idosos com deficiência visual que frequentam o Centro de Prevenção e Reabilitação de Deficiência da Visão - Provisão, localizado na cidade de São José dos Campos, região metropolitana do Vale do Paraíba - SP (transcrito do projeto)

Objetivo da Pesquisa:

Investigar como ocorre o processo de resiliência de idosos com deficiência visual, ao longo de seu ciclo de vida (transcrito do projeto)

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Atende as recomendações da Resolução 466/12.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Tema relevante para a área de saúde pública ao idoso.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Atende as recomendações da Resolução 466/12.

Endereço: Rua Visconde do Rio Branco, 210
Bairro: Centro **CEP:** 12.020-040
UF: SP **Município:** TAUBATE
Telefone: (12)3635-1233 **Fax:** (12)3635-1233 **E-mail:** cepunitau@unitau.br

ANEXO IV - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****(TCLE)**

O Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “A DEFICIÊNCIA VISUAL NA VELHICE E O PROCESSO DE RESILIÊNCIA”. O objetivo desse estudo é investigar como ocorre o processo de resiliência de idosos com deficiência visual adquirida, ao longo de seu ciclo de vida.

Para tanto, o estudo será desenvolvido em duas partes: através de um formulário com características biosóciodemográficas, na qual o pesquisador o preencherá com as informações colhidas nos prontuários do Centro de Prevenção e Reabilitação de Deficiência da Visão-PRÓVISÃO e, por meio de entrevistas semi-estruturadas, as quais serão gravadas em forma de áudio e posteriormente transcritas na íntegra de forma a permitir sua análise e estudo. Os conteúdos das gravações serão oriundos de um roteiro de entrevista aplicado como forma de estabelecer um diálogo. As gravações serão armazenadas por um período de cinco anos e posteriormente destruídas.

O projeto apresenta riscos mínimos aos participantes, associados ao desconforto provocado pelo tempo de entrevista e possíveis constrangimentos decorrentes da abordagem da entrevista.

Não há previsão de benefício direto ao participante neste momento. Entretanto, a análise das informações coletadas propiciará conhecer as principais necessidades destacadas pelos participantes. Tais informações poderão ser utilizadas futuramente para entender o processo de resiliência em idosos com deficiência visual adquirida.

Os voluntários poderão interromper a entrevista a qualquer momento, sendo-lhes reservado o direito de não responder as questões que julgarem impertinentes.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimentos de eventuais dúvidas. O principal investigador é o Prof. Carlos Eduardo Teodoro Vieira, que pode ser encontrado no endereço Av. Andrômeda, 3061 - Bosque dos Eucaliptos, São José dos Campos - SP, 12233-000, telefone (12) 3919-3200 e no endereço de e-mail: carlosevieira@yahoo.com.br. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UNITAU, localizado em Taubaté. Telefone sobre eventuais dúvidas referente à pesquisa, Comitê de Ética: (12) 3625-4143 – 3635-1233 –e-mail:cepunitau@unitau.br.

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar assim, de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com as de outros voluntários, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante. Cabe relatar ainda que o nome da instituição será mencionado nos documentos que envolvem essa pesquisa.

Você tem direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento do pesquisador.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo, quando existirem, exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. Em caso de dano pessoal comprovadamente causado pelos procedimentos deste estudo, você tem direito de solicitar indenizações legalmente estabelecidas. Os dados e os materiais coletados serão utilizados somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente esclarecido a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo “A DEFICIÊNCIA VISUAL NA VELHICE E O PROCESSO DE RESILIÊNCIA”.

NOME DO PESQUISADOR: Carlos Eduardo Teodoro Vieira

TELEFONE PARA CONTATO (*inclusive para ligações a cobrar*): (12) 98824-4315

E-MAIL: carloseviera@yahoo.com.br

Eu, _____,
portador do documento de identidade _____, me informei com o Prof. Carlos Eduardo Teodoro Vieira sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no atendimento que recebo nesta Instituição.

Declaro que concordo em participar de forma voluntária. Recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo que uma via deste documento deve ficar com o participante e outra em posse do pesquisador. Declaro ainda que obtive de forma apropriada

o esclarecimento das minhas dúvidas.

_____, _____ de _____ de 2016.

Assinatura d(a) Participante

Assinatura da Testemunha

ANEXO V – TRANSCRIÇÃO DE UMA ENTREVISTA REALIZADA

Para fins da versão final, por questões éticas foi retirada a transcrição realizada.