



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

**O MEU CORPO SOU EU? – NARRATIVAS DE CADEIRANTES SOBRE A
CONSTRUÇÃO DA IMAGEM CORPORAL**

CARLA BORGES DE ANDRADE

LINHA DE PESQUISA: **EDUCAÇÃO E DIVERSIDADE**

ORIENTADOR: PROF. DR. MIGUEL ANGEL GARCÍA BORDAS

COORIENTADOR: PROF. DR. ADMILSON SANTOS

SALVADOR

2020

CARLA BORGES DE ANDRADE

**O MEU CORPO SOU EU? – NARRATIVAS DE CADEIRANTES SOBRE A
CONSTRUÇÃO DA IMAGEM CORPORAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação (Doutorado) da Faculdade de Educação (FACED) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), na Linha de Pesquisa Educação e Diversidade, sob a orientação do Prof. Dr. Miguel Angel García Bordas e coorientação do Prof. Dr. Admilson Santos, como requisito parcial à obtenção do grau de Doutora em Educação.

SALVADOR

2020

SIBI/UFBA/Faculdade de Educação – Biblioteca Anísio Teixeira

Andrade, Carla Borges de.

O meu corpo sou eu? - narrativas de cadeirantes sobre a construção da imagem corporal / Carla Borges de Andrade. - 2020.

252 f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Miguel Angel Garcia Bordas.

Coorientador: Prof. Dr. Admilson Santos.

Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Educação, Salvador, 2020.

1. Cadeirantes. 2. Imagem corporal. 3. Deficiência física. 4. Corpo. 5. História de vida. 6. Representações sociais. I. Bordas, Miguel Angel Garcia. II. Santos, Admilson. III. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Educação. IV. Título.

CDD 362.4 – 23. ed.

CARLA BORGES DE ANDRADE

**O MEU CORPO SOU EU? – NARRATIVAS DE CADEIRANTES SOBRE A
CONSTRUÇÃO DA IMAGEM CORPORAL**

Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutora em Educação, pela Faculdade de Educação (FACED) da Universidade Federal da Bahia.

Aprovada em: 11 de dezembro de 2020.

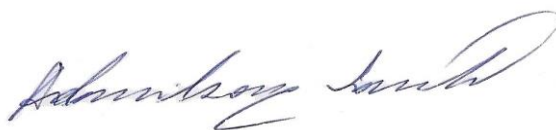
BANCA EXAMINADORA:



Orientador: PROF. DR. MIGUEL ANGEL GARCÍA BORDAS

DOUTOR EM FILOSOFIA E LETRAS (UNIVERSIDADE COMPLUTENSE DE
MADRID – ESPANHA)

PROFESSOR TITULAR DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA



Coorientador: PROF. DR. ADMILSON SANTOS

DOUTOR EM EDUCAÇÃO (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA)

PROFESSOR ADJUNTO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

PROFESSOR TITULAR DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTA

Suzana Alves Nogueira Souza

Examinadora: PROF^a DRA. SUZANA ALVES NOGUEIRA SOUZA
DOUTORA EM EDUCAÇÃO (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA)
PROFESSORA ADJUNTA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE
SANTANA

Luís Vitor Castro Júnior

Examinador: PROF. DR. LUÍS VITOR CASTRO JUNIOR
DOUTOR EM HISTÓRIA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO
PAULO)
PROFESSOR TITULAR DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA

Cláudia Paranhos de Jesus Portela

(Cláudia)

Examinadora: PROF^a DRA. CLÁUDIA PARANHOS DE JESUS PORTELA
DOUTORA EM EDUCAÇÃO E CONTEMPORANEIDADE (UNIVERSIDADE DO
ESTADO DA BAHIA)
PROFESSORA ADJUNTA DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA

F. Matrigani

Examinadora: PROF^a DRA. FERNANDA MATRIGANI MERCADO GUTIERRES DE
QUEIROZ

DOUTORA EM PSICOLOGIA ESCOLAR E DO DESENVOLVIMENTO HUMANO
(UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO)

PROFESSORA ADJUNTA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Aos meus pais, meus irmãos e meus filhos.

AGRADECIMENTOS

“Obrigada, Senhor, porque és meu amigo, porque sempre comigo Tu estás a falar. Te agradeço, ainda, porque na alegria ou na dor de cada dia eu posso Te encontrar!” Agradeço, inicialmente, ao meu Senhor, que sabe de todas as coisas e é a causa de tudo o que está acontecendo em minha vida. A Ele rendo toda honra, toda glória, toda força e todo poder.

Agradeço a meus pais, Carlos e Sônia; meus irmãos, Mônica e Charles; meus filhos, Apolo Miguel, meu parceiro e precioso príncipe, primogênito e primeiro amor (que ainda fez a tradução primorosa do resumo deste trabalho para a língua inglesa) e Théo Guilherme, meu tesouro e orgulho, que aliviava as tensões durante essa escrita com seu jeito engraçado e suave de ser; e sobrinhos, Carlos Antônio, Bianca e Isabela. Eles que acompanharam todas as lutas, batalhas e dores, e se rejubilaram com cada etapa vencida, cada conquista, cada alegria. Principalmente ao meu pai, de onde veio a inspiração para meu objeto de pesquisa.

Também agradeço a todos os que têm acompanhado esta minha trajetória direta ou indiretamente: professores que tive ao longo da vida; colegas dos tempos de escola e de universidade; instituições por que passei, quer como aluna, quer como professora, e seus funcionários que sempre se colocaram a minha disposição, nos mais variados setores.

Agradeço à UFBA, e de modo especial à FACED, por essa oportunidade de cursar o doutorado num excelente Programa de Pós-Graduação e por cada aprendizagem implementada.

Agradeço também à UEFS, meu chão, meu trabalho. Agradeço por me conceder o afastamento e a ajuda de custos necessários à permanência e continuidade neste processo formativo que agora se conclui. Agradeço à Administração Central, à PPPG, ao Departamento de Saúde, ao Curso de Educação Física, aos alunos, aos colegas professores e funcionários e, claro, a cada livro da biblioteca!

Agradeço à instituição pública, de onde vim e tracei praticamente toda a minha trajetória escolar e acadêmica. Hoje, posso afirmar que não sou o que sou apesar da escola pública. Sou o que sou também por causa da escola pública!

Agradeço aos colaboradores que participaram desta pesquisa, por todo acolhimento e gentileza com que concederam suas entrevistas, e por todo conhecimento que me proporcionaram através delas. Que Deus os recompense!

A tantas/os amigas/os que compreenderam minhas ausências e me apoiaram nos momentos de dificuldade, muitas vezes oferecendo ombro, ouvidos e colo para acalantar as circunstâncias de crise.

Agradeço à Professora Doutora Suzana Alves Nogueira Souza, por toda paciência e competência com que me acompanhou desde o início do doutorado, pelas indicações de leituras preciosas e pelo olhar criterioso na leitura de meus textos. Hoje eu sei o que é ser aluna da Pró Suzana, e me orgulho ainda mais por tê-la como amiga-irmã. Deus a abençoe abundantemente!

Agradeço às Professoras Doutoradas Claudia Paranhos e Fernanda Queiroz e ao Professor Doutor Luís Vitor Castro pelo aceite à participação na banca examinadora e pelas preciosas considerações na avaliação do meu trabalho.

Estendo meu agradecimento de forma muito carinhosa a duas pessoas imensamente queridas e a quem admiro imensamente: Professor Miguel Bordas (orientador) e Prof. Admilson Santos (coorientador), que me acolheram nessa empreitada do doutorado, possibilitando meu amadurecimento intelectual, crescimento teórico e aguçaram ainda mais meu olhar técnico, ante o rigor científico e a flexibilidade tão necessária para o desenvolvimento de uma pesquisa tão complexa. Não tenho palavras para agradecer aos dois pelas orientações afetuosas e pelos estímulos e reconhecimento de minhas potencialidades. Miguel e Adê, vocês são realmente “alto nível”!

Enfim, a todos aqui mencionados e a tantos que estiveram por perto ao longo desse tempo e que aqui não caberia nominar individualmente, meus singelos e sinceros agradecimentos!

um corpo não é apenas um corpo. É também o seu entorno. Mais do que um conjunto de músculos, ossos, vísceras, reflexos e sensações, o corpo é também a roupa e os acessórios que o adornam, as intervenções que nele se operam, a imagem que dele se produz, as máquinas que nele se acoplam, os sentidos que nele se incorporam, os silêncios que por ele falam, os vestígios que nele se exibem, a educação de seus gestos... enfim, é um sem limite de possibilidades sempre reinventadas e a serem descobertas (GOELLNER, 2003, p. 29).

RESUMO

ANDRADE, Carla Borges de. **O meu corpo sou eu? – narrativas de cadeirantes sobre a construção da imagem corporal.** Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal da Bahia (UFBA), Faculdade de Educação (FACED), Salvador, 2020.

A imagem corporal de pessoas cadeirantes com deficiência física adquirida é o objeto de estudo desta tese que se insere na linha de Pesquisa “Educação e Diversidade” da FACED/UFBA, e que tem por objetivo geral compreender como se dá o processo de construção da Imagem Corporal de cadeirantes a partir da aquisição da deficiência física, bem como as implicações desse processo para a sua vida cotidiana. O percurso metodológico adotado, de base qualitativa e fenomenológica, sustentou-se no Paradigma Indiciário e na Teoria das Representações Sociais, e se desenvolveu sob a forma de: a) Estudo de Caso do tipo Histórias de Vida, por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas com três pessoas sociais, as quais responderam em forma de narrativas autobiográficas; e b) análise fílmica de sete produções cinematográficas relacionadas ao tema. Todos os dados produzidos foram submetidos à Análise Microgenética. O estudo comprovou que cada cadeirante revela elementos e etapas muito particulares relacionadas ao modo como foi construindo e percebendo sua imagem corporal antes e após a aquisição da deficiência, que partem das relações intra e interpessoais vivenciadas por cada pessoa, cuja interpretação se dá a partir de suas subjetividades. Também se evidenciou uma íntima relação entre a pessoa e a cadeira de rodas, pois a imagem corporal se apropria desse aparelho, tornando-o uma extensão do próprio corpo que lhe abre possibilidades, ainda que para os outros seja visto como símbolo de limitação. Assim, a cadeira de rodas se liga ao corpo dessas pessoas, esse corpo que é delas, esse corpo que é elas.

Palavras-chave: Imagem Corporal; cadeirantes; deficiência física adquirida; inclusão; corpo.

ABSTRACT

ANDRADE, Carla Borges de. **Is my body me? - narratives of wheelchair users about the construction of corporal image.** Thesis (Doctorate in Education) - Federal University of Bahia (UFBA), Faculty of Education (FACED), Salvador, 2020.

The corporal image of people in wheelchairs with acquired physical disabilities is the object of study of this thesis that founds herself in the line of research "Education and Diversity" of FACED / UFBA, and has as general objective understand how works wheelchair users' image construction from the acquisition of physical disability, as well as the implications of this process in their day-a-day. The methodological path adopted, based on a qualitative and phenomenological basis, was based on the Indigenous Paradigm and the Social Representations Theory, and was developed in the scheme of: a) Case Study focousig in the Life Stories type, using semi-structured interviews conducted with three social persons, who answered following the shape of autobiographical narratives; and b) Movies' analysis of seven cinematographic productions related to the theme. All material produced was submitted to Microgenetic Analysis. The study proved that each wheelchair user reveals very particular elements and stages related to the way they builded and noticed their corporal image before and after the acquisition of the disability, which starts from the intra and interpersonal relationships experienced by each person, whose interpretation is based on their subjectivities. There was also noticed an intimate relationship between the person and the wheelchair, because the corporal image appropriates this device, turning it an extension of his own body that opens possibilities, even if for the others it could be seen as an symbol of limitation. By this way, the wheelchair stabilizes an connection to the body of these people, that body that is theirs, that body that is them.

Keywords: Corporal Image; wheelchair users; acquired physical disability; inclusion; body.

LISTA DE QUADROS

Quadro 01:	Características da Pesquisa Qualitativa.....	34
Quadro 02:	Roteiro da entrevista semiestruturada.....	39
Quadro 03:	Filmes selecionados para análise.....	43
Quadro 04:	População com deficiência física e motora – Censo 2000.....	46
Quadro 05:	População com deficiência motora – Censo 2010.....	46
Quadro 06:	Artigos selecionados nos Periódicos CAPES.....	53
	Artigos selecionados na Revista Brasileira de Ciências do	
Quadro 07:	Esporte.....	54
Quadro 08:	Artigos selecionados no Google Acadêmico.....	55
Quadro 09:	Trabalhos Acadêmicos relacionados à temática desta pesquisa...	57
Quadro 10:	Histórico do Paradigma Inclusivo no Brasil.....	86
Quadro 11:	Ficha técnica do filme “Feliz Ano Velho”	109
Quadro 12:	Ficha técnica do filme “O Escafandro e a Borboleta”	115
Quadro 13:	Ficha técnica do filme “Intocáveis”	119
Quadro 14:	Ficha técnica do filme “Ferrugem e Osso”	124
Quadro 15:	Ficha técnica do filme “Um momento pode mudar tudo”	130
Quadro 16:	Ficha técnica do filme “Como eu era antes de você”	136
Quadro 17:	Ficha técnica do filme “O que te faz mais forte”	140
Quadro 18:	Memórias sobre a aquisição da deficiência física.....	147
Quadro 19:	Imagem Corporal antes da deficiência.....	153
Quadro 20:	Imagem Corporal após a aquisição da deficiência física.....	155
Quadro 21:	Imagem Corporal atual: representações sociais do corpo.....	160
Quadro 22:	Representações Sociais sobre o corpo do cadeirante.....	164
Quadro 23:	Influências alheias sobre a imagem corporal.....	167
Quadro 24:	Interação com cadeirantes antes de se tornar cadeirante.....	171
Quadro 25:	Sentimentos e sensações relacionados aos cadeirantes.....	173
Quadro 26:	Uso da cadeira de rodas.....	176
Quadro 27:	Primeira experiência com a cadeira de rodas.....	178
Quadro 28:	Contexto impactante.....	181
Quadro 29:	Representação Social da cadeira de rodas.....	186
Quadro 30:	Limitações e Possibilidades.....	189

Quadro 31:	Imagem Corporal e vida cotidiana.....	194
Quadro 32:	O meu corpo sou eu?	197
Quadro 33:	Sexualidade e Deficiência.....	202
Quadro 34:	A família diante da Deficiência.....	208
Quadro 35:	Preconceitos e Discriminações.....	213
Quadro 36:	Representações Sociais da Deficiência.....	219

LISTA DE FIGURAS

Figura 01:	Síntese da Metodologia Adotada.....	27
Figura 02:	Filme “Feliz Ano Velho”	109
Figura 03:	Filme “O Escafandro e a Borboleta”	114
Figura 04:	Filme “Intocáveis”	119
Figura 05:	Filme “Ferrugem e Osso”	123
Figura 06:	Filme “Um momento pode mudar tudo”	130
Figura 07:	Filme “Como eu era antes de você”	135
Figura 08:	Filme “O que te faz mais forte”	140

LISTA DE SIGLAS

APAE – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

ELA – Esclerose Lateral Amiotrófica

FACED – Faculdade de Educação

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LBI – Lei Brasileira da Inclusão

NAU – Núcleo de Acessibilidade da UEFS

NEFEA – Núcleo de Educação Física e Esporte Adaptado

OMS – Organização Mundial da Saúde

PDI – Plano de Desenvolvimento Institucional

PNEEPEI – Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TEA – Transtorno do Espectro Autista

UEFS – Universidade Estadual de Feira de Santana

UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

UFBA – Universidade Federal da Bahia

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

UNEB – Universidade do Estado da Bahia

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

USP – Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1	PRIMEIRAS PALAVRAS.....	17
2	COMO VAI SER ESTA CONVERSA.....	26
2.1	PARADIGMA INDICIÁRIO.....	27
2.2	TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	29
2.3	ABORDAGEM QUALITATIVA.....	32
2.4	PERSPECTIVA FENOMENOLÓGICA.....	34
2.5	ESTUDO DE CASO.....	35
2.5.1	Entrevistas semiestruturadas.....	37
2.5.2	Narrativas Autobiográficas.....	40
2.6	ANÁLISE FÍLMICA.....	41
2.7	ANÁLISE MICROGENÉTICA.....	43
2.8	PARTICIPANTES E LÓCUS DA PESQUISA.....	45
2.9	ASPECTOS ÉTICOS.....	50
3	DO QUE ESTAMOS FALANDO?	53
4	ESTAMOS FALANDO SOBRE IMAGEM CORPORAL.....	60
	ESTAMOS FALANDO SOBRE A INCLUSÃO DE	
5	PESSOAS COM DEFICIÊNCIA.....	78
5.1	CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA.....	79
	ESTAMOS FALANDO SOBRE DEFICIÊNCIA FÍSICA	
6	ADQUIRIDA.....	95
7	O CINEMA TAMBÉM FALA DISSO.....	107
7.1	FELIZ ANO VELHO (1987)	108
7.2	O ESCAFANDRO E A BORBOLETA (2008)	113
7.3	INTOCÁVEIS (2012)	118
7.4	FERRUGEM E OSSO (2013)	123
7.5	UM MOMENTO PODE TUDO (2015)	129
7.6	COMO EU ERA ANTES DE VOCÊ (2016)	134
7.7	O QUE TE FAZ MAIS FORTE (2018)	139
8	MAS, DE REPENTE... O MEU CORPO SOU EU? ”	146
8.1	MEMÓRIAS SOBRE A AQUISIÇÃO DA DEFICIÊNCIA.....	147

	IMAGEM CORPORAL ANTES DA AQUISIÇÃO DA	
8.2	DEFICIÊNCIA FÍSICA.....	153
	IMAGEM CORPORAL APÓS A AQUISIÇÃO DA	
8.3	DEFICIÊNCIA FÍSICA.....	155
	IMAGEM CORPORAL ATUAL: REPRESENTAÇÕES	
8.4	SOCIAIS DO CORPO.....	159
	REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O CORPO DO	
8.5	CADEIRANTE.....	164
8.6	INFLUÊNCIAS ALHEIAS SOBRE A IMAGEM CORPORAL	167
	INTERAÇÃO COM CADEIRANTES ANTES DE SE	
8.7	TORNAR CADEIRANTE.....	171
	SENTIMENTOS E SENSações RELACIONADOS AOS	
8.8	CADEIRANTES.....	173
8.9	USO DA CADEIRA DE RODAS.....	176
8.10	PRIMEIRA EXPERIÊNCIA COM A CADEIRA DE RODAS..	178
8.11	CONTEXTO IMPACTANTE.....	180
8.12	REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA CADEIRA DE RODAS.....	186
8.13	LIMITAÇÕES E POSSIBILIDADES.....	189
8.14	IMAGEM CORPORAL E VIDA COTIDIANA.....	194
8.15	O MEU CORPO SOU EU?	197
8.16	SEXUALIDADE E DEFICIÊNCIA.....	201
8.17	A FAMÍLIA DIANTE DA DEFICIÊNCIA.....	208
8.18	PRECONCEITOS E DISCRIMINAÇÕES.....	213
8.19	REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA DEFICIÊNCIA.....	219
9	AINDA CABE DIZER QUE.....	222
	REFERÊNCIAS.....	227
	APÊNDICES.....	241
	ANEXOS.....	249

1 PRIMEIRAS PALAVRAS

“o objetivo da pesquisa não deva ser uma busca por informações factuais e teóricas sobre um evento e sim um caminho para a compreensão ou aproximação da sabedoria prática advinda das experiências de vida, que nos permitem engajarmo-nos criativamente no processo de comunicação” (KELMAN; BRANCO, 2004, p. 97).

Meu corpo sou eu? Ele traduz o que sou? Sou mais do que um corpo no mundo? Meu mundo é o meu corpo? Meu corpo já não é mais aquele que conheço? Meu corpo não é mais o mesmo? Mas... Eu ainda sou o mesmo? Como eu vejo o meu corpo? Como os outros veem meu corpo? Que corpo eu mostro para os outros? Que corpo eu quero que os outros vejam/conheçam? Agora eu uso a cadeira de rodas... Ela é extensão do meu corpo? Ela também faz parte do meu corpo? Meu corpo está preso à cadeira de rodas? Ela se liga a mim? A cadeira de rodas me limita? Com a cadeira de rodas ultrapasso meus limites? Há limites para mim? Há limites para o meu corpo? O meu corpo sou eu?

São tantos os questionamentos possíveis quando tematizamos o corpo... E cada pergunta suscita outras, conforme a perspectiva sob a qual este corpo esteja sendo analisado. Interessou-me¹ saber como esse corpo se concebe, como vê a si mesmo, como lida consigo mesmo, como se insere no mundo, onde outros corpos também se inserem e se circunscrevem. Instigou-me ouvir as vozes que emergem desses corpos, ou seja, as vozes corporais que, pelos mais diversos motivos, tantas vezes se calam e guardam para si as mais surpreendentes narrativas de suas histórias e memórias de corpo vivido, com suas *performances*, temores, experiências, sensações e subjetividades.

¹ O leitor pode perceber que faço uso do discurso em 1ª pessoa (tanto do singular, quanto do plural) ao longo do corpo do texto. Esta opção está intimamente relacionada ao Paradigma Indiciário (GINZBURG, 1990), que privilegia a singularidade e a subjetividade do pesquisador e dos demais participantes da pesquisa, mas também contempla as relações que imbricam esses sujeitos, as quais sustentam os resultados e as conclusões que são tecidas.

Desde o Mestrado, venho me dedicando a ouvir narrativas que as pessoas formulam acerca de sua imagem corporal – mas não havia cadeirantes² entre os participantes: entrevistei 07 (sete) pessoas adultas – de 25 (vinte e cinco) a 35 (trinta e cinco) anos de idade, as quais não declararam ter nenhuma deficiência. Naquela oportunidade, pesquisei as influências midiáticas – mais precisamente representadas pelos conteúdos e discursos dos desenhos animados – sobre a formação e desenvolvimento da imagem corporal de pessoas que viveram sua infância contemporaneamente à minha. Ou seja, pessoas que viveram as mesmas experiências televisivas e que reconhecem (assim como eu) que registraram na memória um estereótipo corporal larga e repetidamente veiculado nos desenhos animados de TV, seja representado nos heróis e heroínas, seja demonstrado nos vilões. Estereótipo este que passou a ser desejado inclusive agora, na fase adulta, conforme revelaram suas narrativas.

Depois disso, orientei vários Trabalhos de Conclusão de Curso que versavam sobre narrativas autobiográficas, os quais têm sido recorrentes nos cursos de Licenciatura em Educação Física e Pedagogia, da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), sempre privilegiando as temáticas do Corpo e da Imagem Corporal em diferentes recortes. Assim, o trabalho com narrativas sobre a própria imagem corporal me é muito caro; pois, muito mais que ouvir histórias, permite-me desenvolver pesquisa e perceber elementos muito mais humanos do que os dados frios, técnicos e estáticos costumam revelar.

Embora já tivesse ouvido muitas histórias de cadeirantes próximos – seja no meio familiar, seja na convivência cotidiana na UEFS –, eu ainda não havia feito nenhum registro ou análise sistemática de suas narrativas até o momento. Assim, o objeto de pesquisa – narrativas sobre a construção e desenvolvimento da imagem corporal – está presente em várias produções acadêmicas que fiz ao longo da trajetória formativa. Já os participantes da pesquisa (ou pessoas sociais³, como prefiro falar) representam um desafio, pois ultrapassam e muito a condição de narradores e colaboradores, mas implicam de minha parte um estudo aprofundado sobre inclusão

² Termo com que se identificam os participantes da pesquisa, pessoas que utilizam a cadeira de rodas para a própria locomoção.

³ Sob inspiração vigotskiana, Pino (2000, p. 73) declara que “a ideia de ‘pessoa social’, no contexto em que ela aparece, é o equivalente de ‘agregado de relações sociais incorporadas num indivíduo’, o que fala mais de multiplicidade que de unidade, como é entendida a ideia de sujeito psicológico”.

e deficiência para melhor compreender o quê e de onde falam e, conseqüentemente, poder vislumbrar em suas narrativas o modo como se concebem.

E já que as narrativas incluem pistas, vestígios, sinais que podem parecer irrelevantes, mas que são dotados de sentidos e de significados, devem ser ouvidas, interpretadas e socializadas, como possibilidades reais de se compreender a pessoa, o humano deste corpo cadeirante. Narrativas que, em seus múltiplos sentidos, podem revelar muito mais do que dizem a partir do que pouco dizem ou do que não dizem, ou seja, sentidos e significados que os pormenores e o silêncio, em sua intencionalidade, podem dar a conhecer.

Neste contexto, justifico a opção pelo Paradigma Indiciário (GINZBURG, 1990) como fundante deste estudo que tem como tema a percepção que os cadeirantes mantêm sobre o seu processo de construção da imagem corporal, revelada através de narrativas autobiográficas (SOUZA, 2008). Através desse paradigma, pude vislumbrar os indícios, vestígios e sinais que emergiram do comportamento das pessoas sociais, e que nem sempre se manifestavam nas falas, mas que também podem se configurar como elementos narrativos, passíveis de interpretação.

Quando trouxe para a discussão acadêmica do Corpo a temática da deficiência física adquirida⁴, não o fiz tão-somente para dar visibilidade a quem a sociedade tanto tenta esconder por não se enquadrar nos estereótipos (padrões) que sustenta como sendo representações sociais das concepções de normalidade, beleza e validez. E isso não seria pouco! Por si só já justificaria o desenvolvimento desta e de inúmeras pesquisas, ante a relevância científica e social que representa.

No íterim acadêmico, afirmo que a presente proposta de investigação se faz pertinente e relevante, uma vez que o estudo da imagem corporal em pessoas com deficiência física adquirida representa uma lacuna no que tange à escassez de produções científicas em âmbito nacional e internacional.

No mapeamento realizado para este estudo, encontrei bastantes trabalhos sobre corpo, sobre imagem corporal e sobre deficiência isoladamente e, então, diferentes assuntos emergiram. Mas, quando se buscaram trabalhos que relacionassem imagem corporal e deficiência ou que tematizassem a deficiência

⁴ Embora o uso de cadeira de rodas possa ser proveniente de deficiência congênita ou adquirida, e embora existam vários tipos de deficiência física adquirida, interessam a esta pesquisa as pessoas com deficiência física adquirida que usam a cadeira de rodas para a sua locomoção, ou seja, cadeirantes com deficiência física adquirida.

adquirida e o uso da cadeira de rodas, a realidade foi outra, sendo encontrados pouquíssimos trabalhos. O supramencionado mapeamento foi realizado junto a importantes bases de dados digitais – Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES); bibliotecas digitais e repositórios da UFBA, UNICAMP, UERJ, UNEB, UFRJ e USP⁵–, cujo detalhamento se encontra na íntegra no Capítulo 3 deste estudo. Cabe aqui, porém, fazer uma breve apresentação do mesmo.

Uma característica identificada nas pesquisas encontradas é que, embora a maioria se localize na área da Educação, o que é esperado por ser uma área que abrange e/ou se relaciona a tantas outras, o número expressivo de trabalhos educacionais não foi um facilitador para o respaldo teórico da pesquisa aqui proposta, posto que tematizaram outros assuntos, tais como: estudos sobre deficiência visual, auditiva, uso da Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS), Transtorno do Espectro Autista (TEA), estrutura e funcionamento do corpo humano, desenvolvimento motor da criança...

Por conta disso, usei como referências bastantes trabalhos da área da Psicologia, cujas temáticas abordadas se aproximaram de forma mais contundente da nossa problematização. No entanto, considerando que os descritores do tema são conteúdos comuns aos estudos educacionais e, de modo ainda mais específico, aos da área da Educação Física, evidenciou-se veementemente a lacuna acadêmica.

Outro elemento importante identificado no mapeamento é que quando busquei pelo Paradigma Indiciário, somente fora encontrada uma única publicação em nível de mestrado, localizada na área da Educação, mas que não se associa ao tema que estou discutindo.

Portanto, além de original e disparador de uma série de reflexões acerca do modelo epistemológico, este estudo também retomou uma discussão sobre o objeto que parece ter ficado inacabada ou deixada de lado pelos pensadores da Educação, uma vez que os estudos encontrados sobre cadeirantes geralmente (quando o fazem) apenas mencionam a questão da imagem corporal, sem avançar em sua análise ou sem se debruçar sobre suas implicações sociais. E isso não acontece porque essa discussão esteja esgotada ou porque seja desmerecida. Ao contrário, e por isso

⁵ Universidade Federal da Bahia, Universidade de Campinas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Universidade do Estado da Bahia, Universidade Federal do Rio de Janeiro e Universidade de São Paulo.

mesmo, este estudo se mostra importante tanto acadêmica quanto socialmente, porque em ambas as esferas é relevante compreender qual a imagem que a população com deficiência física adquirida tem do próprio corpo, a fim de que possam ser pensadas políticas públicas e educativas efetivamente inclusivas, em vez de tão-somente as de caráter assistencialista, sob a influência direta da legislação específica que possui a mesma natureza.

Tudo isso me impulsionou a pesquisar sobre a temática em tela. Contudo, modestamente, trouxe também uma motivação pessoal para tal investigação, que começa de forma bem mais celular, com a intimista pretensão de prestar uma homenagem ao meu pai, Sr. Carlos Alberto de Andrade, cuja Imagem Corporal se viu completamente modificada de repente, com a amputação do membro inferior esquerdo por complicações de uma diabetes agressiva, que lhe rendeu ainda outras consequências: deficiência visual, infarto, insuficiência cardíaca e obstruções coronarianas. Ou seja, junto a ele, vivencio cotidianamente as implicações da desconstrução e reconstrução do seu processo formativo referente à imagem corporal, e percebo quão significativa é a escuta sensível às narrativas que ele compõe acerca da forma como passou a se perceber e se conceber após a aquisição da deficiência, ou seja, como se tornou cadeirante.

Aproveito para justificar a adoção do termo “cadeirante” para designar as pessoas participantes desta pesquisa. Embora a legislação referente à inclusão aponte o termo “pessoa com deficiência física”, não é esta a designação inicial que essas pessoas atribuem a si mesmas. Elas se reconhecem como cadeirantes mesmo, sem de modo algum se sentirem menos importantes que o objeto (cadeira de rodas) propriamente dito, como possa parecer. Por isso, em se tratando de uma pesquisa que versa sobre a percepção que essas pessoas têm de si, não poderia deixar de identificá-las exatamente da mesma forma como se reconhecem.

E isso também percebi nas narrativas de meu pai, sempre se referindo a si mesmo como cadeirante. Um cadeirante que é homem, pai, avô, aposentado, religioso, diabético... Que é tudo o que quer ser, sendo cadeirante. Embora comumente suas narrativas revelem resignação em relação ao ocorrido (aquisição da deficiência) e reconheça a cadeira de rodas como parte de si mesmo, como facilitadora de possibilidades, tenho encontrado na literatura e nos filmes do cinema outras pessoas que não compreendem sua condição dessa forma: muitas personagens, apesar de se reconhecerem como cadeirantes, demonstram não

aceitação, revolta e até depressão mediante a presença da cadeira de rodas, que é tida como símbolo de incapacidade, fracasso e aprisionamento, atrelada à inutilidade e à feiura, sustentando o caráter da limitação, em vez de sinalizar outras possibilidades. Um exemplo dessa forma de concepção da imagem corporal é o filme “Como eu era antes de você” (WARNER BROS, 2016), o qual, junto com outras seis produções cinematográficas, foi analisado neste estudo.

Como se vê, a questão não é tão simples assim, e de modo algum segue um padrão. A complexidade humana, suas relações e concepções conduz a posicionamentos diversos sobre uma mesma questão.

As histórias de vida narradas, os sentidos e significados que cada um atribui a sua condição influenciam diretamente a organização da sociedade como um todo, extrapolando e muito os limites da individualidade. Essas narrativas, que também são impregnadas de emoções e silêncios e balizadas pela memória e pelo esquecimento revelam identidades, subjetividades, imaginários, multiplicidades da personalidade, diversidades e formas de existência com suas simbologias – conceitos que a contemporaneidade científica tem considerado e valorizado na produção do saber, principalmente na Área da Educação, posto que a própria Educação é dotada de simbolismos, polissemias e comporta sentido, sentidos e mais sentidos (REZENDE, 1990).

É claro que a deficiência física adquirida altera de forma abrupta a vida da pessoa. No entanto, quem disse que isso só pode resultar em negatividade? É impossível que a pessoa que adquiriu uma deficiência física se torne alguém melhor ou se relacione de forma mais positiva com seu corpo ou com os demais? Onde está o registro das falas dessas pessoas?

Imersa em tantos questionamentos, neste estudo busquei responder ao seguinte problema que sintetiza todas as perguntas anteriores: **como se dá o processo de construção da Imagem Corporal de cadeirantes a partir da aquisição da deficiência física, e quais as implicações desse processo para a sua vida cotidiana?**

Neste contexto, o **objetivo geral** foi: compreender como se dá o processo de construção da Imagem Corporal de cadeirantes a partir da aquisição da deficiência física, bem como as implicações desse processo para a sua vida cotidiana. E os **objetivos específicos**: a) reconhecer nas narrativas dos participantes da pesquisa a(s) forma(s) como percebem a cadeira de rodas, considerando as dimensões

mnemônicas (lembranças, silêncios e esquecimentos) que as sustentam no ato de sua interpretação; b) identificar os indícios (também chamados de pormenores, vestígios, sinais ou pistas) nos discursos e comportamentos dos participantes que sejam reveladores de suas subjetividades, concepções e percepções acerca da própria imagem corporal; c) analisar as implicações que as mudanças no processo de desenvolvimento da imagem corporal trouxeram para a vida das pessoas sociais da pesquisa, a partir dos sentidos e significados atribuídos por eles a essas mudanças.

Nesta trajetória investigativa, parti dos seguintes pressupostos: 1. Não existe uma padronização no processo de construção da imagem corporal de todas as pessoas que pertencem a um mesmo grupo; 2. A concepção que cada cadeirante tem acerca da cadeira de rodas influencia a percepção que tem de si mesmo, do seu corpo; 3. A imagem corporal influencia as atividades cotidianas e as relações sociais dos cadeirantes.

Esses pressupostos e o contato com as pessoas sociais que colaboraram com a pesquisa concedendo entrevistas me fizeram defender a tese de que **A AQUISIÇÃO DA DEFICIÊNCIA FÍSICA DETERMINA ALTERAÇÕES NA IMAGEM CORPORAL, DE MODO QUE SE INICIA UMA NOVA CONCEPÇÃO DE SI, QUE VAI SENDO PAULATINAMENTE CONSUBSTANCIADA PELAS RELAÇÕES INTRA E INTERPESSOAIS ESTABELECIDAS E PELAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA DEFICIÊNCIA, DA CADEIRA DE RODAS E DO CADEIRANTE.**

Para que pudesse chegar a esta tese, realizei um Estudo de Caso do tipo Histórias de Vida com 03 (três) colaboradores convidados. A ideia inicial era de que fossem apenas participantes do Núcleo de Educação Física e Esporte Adaptado (NEFEA), da Universidade Estadual de Feira de Santana, que se insere no Curso de Licenciatura em Educação Física, em que me integro como docente. Entretanto, devido a uma série de fatores, as atividades do referido Núcleo se encontram paralisadas. Por conta disso, convidei outros participantes, os quais se dispuseram prontamente a contribuir com o estudo.

Identifiquei em conversas informais com uma coordenadora do NEFEA a existência dessa lacuna nas produções acadêmicas do Núcleo: não há trabalhos voltados ao registro das narrativas de si, nem pesquisas fundadas sob o Paradigma Indiciário, nem produções relacionadas à temática da Imagem Corporal dos seus participantes cadeirantes, tampouco investigações sobre as representações sociais da cadeira de rodas. Portanto, além de desencadear algumas discussões sobre o

modelo epistemológico, este estudo se propôs a registrar essas narrativas que poderão auxiliar o próprio NEFEA a planejar e conduzir suas ações extensionistas e atividades de pesquisa, bem como subsidiar futuros estudos externos ao Núcleo relacionados a esse objeto.

Desta mesma forma, a pesquisa também almejou contribuir com os estudos da área da Educação, uma vez que, ao conferir protagonismo ao cadeirante, apresentou elementos que auxiliam as relações pedagógicas estabelecidas nas instituições de educação formal, a partir de conhecimentos oriundos de uma concepção de educação não formal.

É bom que se esclareça, portanto, que defendo uma concepção de Educação como sendo aquela que se processa e se estabelece a partir das histórias de vida, das sociabilidades e das relações intra e interpessoais, privilegiando conhecimentos de diferentes naturezas, como é o caso dos valores éticos e estéticos (CALLEJA, 2008) e das representações sociais tão fortemente imbricadas com a formação e desenvolvimento da imagem corporal, e tão questionadas quando da aquisição de uma deficiência.

Nessa perspectiva, para um melhor entendimento do trabalho que foi desenvolvido, ele está organizado da seguinte forma: no capítulo 1, de título **“Primeiras Palavras”** foram apresentados os elementos introdutórios do trabalho: tema, justificativa, problema, objetivos, pressupostos, tese e estrutura capitular.

Já o capítulo 2, de título **“Como foi esta conversa”** apresenta o referencial teórico-metodológico que sustentou a pesquisa, esclarecendo e fundamentando acerca do paradigma, das teorias, dos métodos, instrumentos e técnicas utilizados.

O capítulo 3, de título **“Do que estamos falando?”** apresenta o estado do conhecimento acerca da temática, a partir do mapeamento realizado em bases de dados digitais buscando artigos científicos, teses e dissertações que relacionassem imagem corporal e deficiência física adquirida.

No capítulo 4, **“Estamos falando sobre Imagem Corporal”**, registra-se o que a comunidade acadêmica e a literatura têm discutido sobre a Imagem Corporal: conceitos, sentidos, significados e a caracterização de como se dá o seu processo de construção. Para tanto, analisaram-se os conceitos de Corpo, Estereotipia Corporal, Corpolatria e Pirateamento Corporal, dentre outros, que consideramos necessários para uma melhor compreensão do objeto de pesquisa.

A seguir, no capítulo 5, “**Estamos falando sobre a Inclusão de Pessoas com Deficiência**”, encontra-se a revisão da literatura tecida sobre Inclusão e Deficiência, bem como os aspectos históricos e legais relacionados às pessoas com deficiência no Brasil.

Já no capítulo 6, “**Estamos falando sobre Deficiência Física Adquirida**”, dá-se destaque à Deficiência Adquirida e sua relação direta com o processo de desenvolvimento da imagem corporal.

No capítulo 7, intitulado “**O cinema também fala disso...**” apresentam-se o enredo e as discussões tecidas sobre filmes de cinema que selecionamos por se relacionarem diretamente ao objeto da pesquisa.

Em seguida, no capítulo 8, “**Mas, de repente... O meu corpo sou eu?**”, são apresentadas as narrativas dos participantes da pesquisa provenientes das entrevistas sobre seu processo de formação da imagem corporal, caracterizando o momento anterior à aquisição da deficiência, bem como a percepção de si a partir da aquisição da deficiência em relação às rupturas e continuidades referentes ao processo de construção da imagem corporal.

Por fim, no capítulo 9, intitulado “**Ainda cabe dizer que...**”, são apresentadas as considerações finais do nosso estudo, nas quais se incluem as conclusões a que chegamos, as possibilidades de continuidade reflexiva e a síntese do trabalho.

2 COMO FOI ESTA CONVERSA

A função do pesquisador em educação está baseada na necessidade de uma concepção dinâmica da realidade social. (...) Pensamos também que a pesquisa educacional nos países do Terceiro Mundo tem um objetivo maior: o de servir aos processos de transformação da essência da realidade social que experimentamos (TRIVIÑOS, 2009, p. 14).

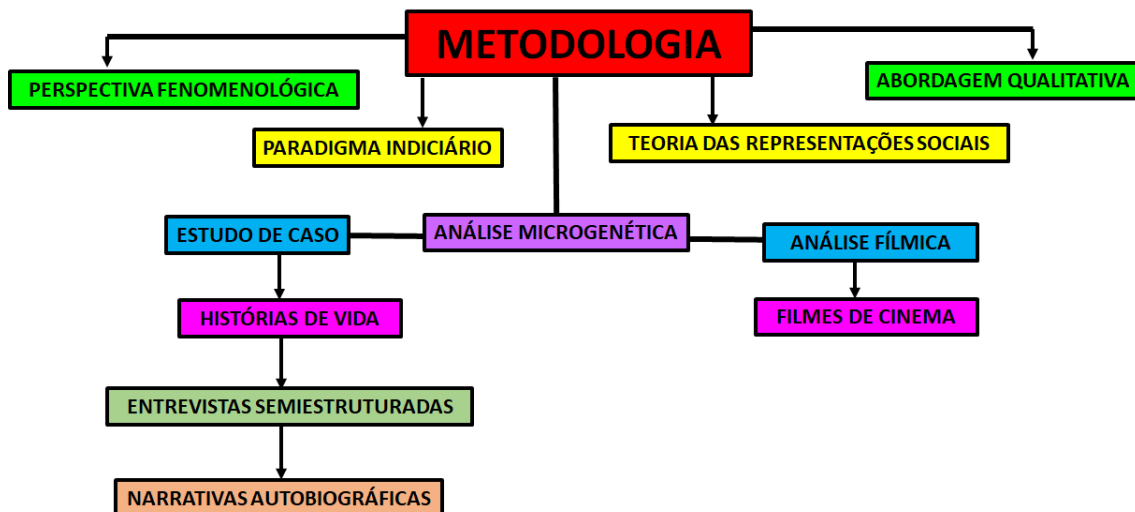
Considerando esta epígrafe, assumi o compromisso de fazer pesquisa em Educação alcançando a realidade social, ou seja, indo até onde nosso povo está para ouvi-lo, compreendê-lo e, com ele e por ele, tentar modificar de alguma forma a realidade. Assim, creio contribuir para que a convivência humana se torne mais justa e igualitária, combatendo preconceitos ou discriminações, e reconhecendo nas diferenças e na diversidade as possibilidades múltiplas de valorização da pessoa e de consolidação da coletividade, em nome da Ciência.

Parto do pressuposto de que “a cientificidade não pode ser reduzida a uma forma determinada de conhecer o mundo” (SUASSUNA, 2008, p. 344), uma vez que as especificidades e complexidades do ser humano “exigem para seu estudo um conjunto metodológico diferente, que leve em conta que o homem não é um organismo passivo, mas sim que interpreta continuamente o mundo em que vive” (MOREIRA, 2002, p. 44). Por isso, os caminhos investigativos que percorri representam o entrecruzamento de teorias e métodos que estão inter-relacionados e se organizam de forma sistemática, racional e rigorosa, que garantem o *status* de pesquisa científica a este trabalho.

Nesse sentido, recorri ao Paradigma Indiciário e à teoria das Representações Sociais, a partir de uma abordagem qualitativa de pesquisa, de base fenomenológica para dar sustentação a este estudo. A produção dos dados se deu através de dois métodos: Estudo de Caso do tipo “Histórias de Vida”, utilizando como técnica a entrevista semiestruturada, que obteve como respostas narrativas autobiográficas; e Análise Fílmica. Para a análise dos dados produzidos, utilizou-se a técnica da Análise Microgenética.

Assim, a metodologia da pesquisa, sua fundamentação e detalhamento seguem descritos neste capítulo e sintetizados na Figura 01.

Figura 01: Síntese da Metodologia Adotada



Fonte: ANDRADE (2020)

2.1 PARADIGMA INDICIÁRIO

“se a realidade é opaca, existem zonas privilegiadas – sinais, indícios – que permitem decifrá-la” (GINZBURG, 1990, p. 13).

O paradigma é a lente com a qual o pesquisador olha para seu objeto de estudo; é a teoria fundante da investigação, o modelo epistemológico que norteia toda a pesquisa.

Tradicionalmente, a Ciência tem privilegiado paradigmas centrados na objetividade e nas medições matemáticas, cujas análises fundamentadas em variáveis bem demarcadas são tomadas como critério de verdade. No entanto, segundo Altmicks (2014, p. 386), no âmbito das pesquisas educacionais, essas diretrizes paradigmáticas não têm dado conta de explicar as questões múltiplas que se circunscrevem como objetos de investigação, revelando “resultados, muitas vezes,

desastrosos”. Por conta disso, “houve uma aproximação gradativa dos paradigmas adotados nas Ciências da Educação ao horizonte da subjetividade” (ALTMICKS, 2014, p. 386), e outras possibilidades paradigmáticas surgiram. Ampliaram-se, assim, as possibilidades investigativas, que permitiram compreensões cada vez mais precisas sobre as culturas, comportamentos, linguagens e relações humanas, pois os “estudiosos começaram a se preocupar com a descrição da vida humana e social em seus aspectos cotidianos” (SUASSUNA, 2008, p. 344).

Nesse ínterim, destaca-se o Paradigma Indiciário, criado pelo historiador italiano Carlo Ginzburg, “que acabou modelando as ciências humanas a partir da ideia de investigação dos pormenores” (GOMES, 2017, p. 35). O Paradigma Indiciário é uma possibilidade metodológica de interpretação da realidade a partir dos resíduos, vestígios e pormenores, considerados marginais, mas que são dados reveladores. “Desse modo, pormenores normalmente considerados sem importância, ou até triviais, ‘baixos’, forneciam a chave para ascender aos produtos mais elevados do espírito humano” (GINZBURG, 1990, p. 03).

O nome do paradigma resulta justamente dos indícios, vestígios, pistas, sintomas, sinais, rastros passíveis de serem investigados e que, portanto, constituem dados importantes que abrem os olhos do pesquisador para que faça suas conclusões. Segundo o autor, “assim como o médico produz seus diagnósticos observando, investigando os sintomas, assim muitos outros saberes indiciários produzem um conhecimento lendo e interpretando os sinais, as pistas e os indícios” (GINZBURG, 1990, p. 01), tal qual Sherlock Holmes, personagem emblemática de Conan Doyle, de quem Ginzburg é grande apreciador. O que Ginzburg propõe é, portanto, “uma investigação quase criminal, detetivesca, que desvende o mistério baseado em indícios imperceptíveis para a maioria das pessoas” (TINEM, s/d, p. 01).

Para Ginzburg, existe um “rigor flexível” que caracteriza o Paradigma Indiciário, o qual não “trabalha com regras explícitas, formalizadas ou preexistentes, mas com o faro, o golpe de vista, a intuição” (SUASSUNA, 2008, p. 365), resgatando, assim, “a figura do caçador que ‘lê’ nas pistas pelo caminho – as pegadas, fezes, pêlos – e vai criando uma narrativa coerente a partir de tais rastros” (COELHO, 2014, p. 01). Assim, fortemente influenciado pela medicina e pelo trabalho de detetive, ele vê delinear-se uma possibilidade interpretativa da realidade humana a partir de “pistas infinitesimais

que permitem captar uma realidade mais profunda, de outra forma inatingível” (GINZBURG, 1990, p. 03). Desta forma, e de acordo com Suassuna (2008, p. 368), pesquisas fundadas no paradigma indiciário examinam pormenores e marcas individuais revelados na linguagem, por meio dos discursos, o que “permite lidar com diferenças, mais do que com semelhanças; com anormalidades, mais do que com normalidades” e permite ao pesquisador “ir em busca de explicações, mais do que tentar encontrar evidências para explicações e teorias já existentes.”

Tinem (s/d, p. 01) destaca que essa compreensão dos indícios que permitem interpretar a realidade “constitui o núcleo do Paradigma Indiciário”, cujas interpretações abrem a possibilidade de permitir visões distintas de um mesmo assunto ou objeto, chegando a verdades e verossimilhanças diversas. Essa possibilidade de “abertura para diferentes interpretações e pontos de vista é possível no momento atual, em que se privilegia a diferença, a diversidade, o específico (TINEM, s/d, p. 02).

Suassuna (2008, p. 365) também destaca a relevância dos indícios para o Paradigma Indiciário, pois se constituem como dados “à luz de hipóteses iniciais, e o pesquisador se põe num movimento entre a hipótese e os dados, com vistas à construção de explicações para os fenômenos observados”. Ou seja, a partir dos indícios, vestígios ou pistas, o pesquisador consegue analisar e compreender realidades mais profundas.

2.2 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

uma Representação Social deve estar obrigatoriamente associada a um objeto e a um sujeito. Logo, elas são representações de alguém sobre alguma coisa (SANTOS, 2004, p. 163).

Tematizar a imagem corporal de cadeirantes significa trazer à baila as representações sociais que as pessoas com deficiência mantêm sobre seu corpo, sobre a deficiência e sobre a cadeira de rodas. Por conta disso, esta análise não poderia deixar de se fundamentar na Teoria das Representações Sociais. Idealizada na década de 1960 por Serge Moscovici, na França, “essa teoria apresenta-se como

uma das alternativas para tentar explicar e entender o psiquismo humano no enfrentamento da problemática que envolve as dicotomias sujeito/objeto e indivíduo/sociedade” (ROCHA, 2014, p. 55). Moscovici considerava repulsiva a dualidade existente entre o mundo individual e o mundo social, “uma vez que sua intenção era desenvolver uma psicossociologia do conhecimento que levasse em consideração tanto os elementos individuais quanto os fatos sociais” (ROCHA, 2014, p. 52). Ele julgava essencial que se percebessem as influências sociais sobre os comportamentos individuais e vice-versa.

As representações sociais “são difusas, multifacetadas, em constante movimento e transformação e presentes em diferentes contextos de interação social” (CHRISTMANN; SOUZA; PAVÃO, 2018, p. 07). Essa teoria não pertence a uma única área de conhecimento, posto que se origina tanto da sociologia quanto da psicologia, e se aplica em estudos de matriz metodológica plurirreferenciada, como é o caso deste. Assim, a teoria articula conceitos “tais como ideologia/cultura e imagem/pensamento, o que faz que o autor conclua que a representação social é um conceito psicossocial” (VILLAS BÔAS, 2004, p. 144), da mesma forma como aqui se concebem a imagem corporal e a deficiência que constituem o objeto de estudo. De acordo com Rocha (2014, p. 54, grifo do autor), o próprio termo “**representação social** é multifacetário, já que designa tanto um conjunto de fenômenos quanto o conceito que os engloba e a teoria que os explica”, podendo ser concebido como teoria, categoria de análise ou conceito.

Para Santos (2004, p. 164), “a Representação Social se torna produtora e determinante de comportamentos”, conforme “remodela o que é dado do exterior quando o indivíduo se relaciona com o meio por interações sociais”. Assim, ele reconstrói o dado observado, no contexto de valores, noções e regras sociais do grupo em que está inserido. Villas Bôas (2004, p. 146) corrobora afirmando que a teoria das Representações Sociais estuda a ação das pessoas comuns, configurando-se como um “‘saber prático’ de como os indivíduos sentem, assimilam, apreendem e interpretam o mundo dentro de seu cotidiano, sendo, portanto, produzida coletivamente na prática da sociedade e no decorrer da comunicação interativa”. Desta forma, “a teoria das representações sociais constitui-se tendo como pano de fundo a ideia de que o indivíduo extrai categorias de pensamento da sociedade” (WACHELKE; CAMARGO, 2007, p. 380) na tentativa de organizar e compreender o mundo. Isto é, as representações “sociais são sistemas de pensamentos

compartilhados entre diferentes pessoas e marcados por complexo conjunto de ideias que dão coerência às crenças religiosas, opiniões políticas e diferentes conexões criadas pelo indivíduo” (MORGADO, 2017, p. 246).

Para Moscovici (1988), dois processos são necessários às Representações Sociais: o da ancoragem e o da objetivação. O primeiro “consiste em tornar o não-familiar em familiar. Quando esse fenômeno ocorre, modifica-se o objeto, pois representá-lo significa refazê-lo, reconstruí-lo de acordo com nossos interesses e possibilidades” (SANTOS, 2004, p. 164). O processo de ancoragem “tem como objetivo ancorar (dar base, suporte) as ideias estranhas ao pensamento, reduzindo-as e categorizando-as, o que possibilita torná-las familiares” (CHRISTMANN; SOUZA; PAVÃO, 2018, p. 05). As mesmas autoras explicam de outra forma, afirmando que “ancorar é trazer para categorias e imagens conhecidas o que ainda não está classificado e rotulado, ou ainda, tem a função de fornecer um contexto inteligível ao objeto, interpretá-lo” (ibidem).

Também explicando o conceito de ancoragem e estabelecendo relação com a Deficiência, Morgado (2017, p. 250) infere “que elementos incorporados em diferentes domínios da vida social, afetiva e cultural do aluno (tais como família, igreja, amigos, revistas, mídia, ambiente formativo etc.) podem ter contribuído” para a manutenção de representações sociais dotadas “de concepções estigmatizantes e excludentes sobre a deficiência”.

No que se refere ao processo da objetivação, Santos (2004, p 164) explica que “consiste em dar materialidade ao objeto representado, ou seja, tornar o objeto abstrato em real. Nesse momento, o objeto representado torna-se elemento comum no cotidiano do indivíduo, materializando-se através de imagens, discursos ou comportamentos”. Assim sendo, “a objetivação, procura tornar algo abstrato em quase concreto, visível a uma realidade, ou seja, transferir o que está na mente em algo que exista no mundo físico” (CHRISTMANN; SOUZA; PAVÃO, 2018, p. 05). Considerando esta caracterização, compreendo que o contato com as pessoas sociais para ouvir suas narrativas concedidas através de entrevistas constituiu concretamente o processo da objetivação nesta pesquisa.

Outro ponto que merece destaque na Teoria das Representações Sociais é que, sendo “um conjunto estruturado de conteúdos cognitivos, a organização desses conteúdos dá-se em torno de um Núcleo Central e um Sistema Periférico” (SANTOS, 2004, p. 166).

O Núcleo Central se caracteriza pela estabilidade, pela permanência e resistência às mudanças. Ele “tem função geradora, pois através dele criam-se outros elementos das Representações Sociais; e desempenha função organizacional, pois determina a natureza das relações entre os demais elementos da Representação Social” (SANTOS, 2004, p. 167). Imbricado e partilhado pela coletividade, o Núcleo Central tem seu fundamento na memória coletiva.

Já o “Sistema Periférico configura-se como a parte operacional da Representação Social” (SANTOS, 2004, p. 167), tendo como características fundantes a mutabilidade, a flexibilidade e a individualidade. Estando a serviço do Núcleo Central, o papel do Sistema Periférico consiste em defender a representação social, mantendo a significação central e autorizando a entrada de novos elementos que a sustentem. Mantendo uma estreita relação com o Paradigma Indiciário, é possível afirmar que o Sistema Periférico seria o conjunto de pistas, vestígios e sinais que conduzem a investigação de uma dada realidade.

2.3 ABORDAGEM QUALITATIVA

dados qualitativos nos permitem apreender o caráter complexo e multidimensional dos fenômenos educacionais, além de prestarem-se a captar os diferentes significados das experiências vividas e auxiliarem na compreensão das relações entre os indivíduos, seus contextos e ações (SUASSUNA, 2008, p. 349).

O processo de construção e ruptura da imagem corporal é característico do comportamento humano, que é o conjunto das experiências vividas por cada pessoa. Experiências essas que se fundamentam nos “sentidos, interpretações, atividades e interações das pessoas” (MOREIRA, 2002, p. 46). Assim, interessa-me muito mais o processo da construção da imagem corporal (comportamento) que se reinicia após a aquisição da deficiência física, do que a lesão (fato) propriamente dita. Neste sentido, justifico a escolha pela abordagem qualitativa desta pesquisa, pois “foca-se no ser humano enquanto agente, e cuja visão de mundo é o que realmente interessa” (MOREIRA, 2002, p. 59).

Assim sendo, a abordagem qualitativa não se preocupa com medições ou dados fechados, mas prima pela análise dos processos, não somente dos produtos,

reconhecendo e valorizando as inúmeras variáveis que as relações humanas apresentam, as quais podem ser analisadas a partir da formulação de hipóteses, que “deixam de ter um papel comprobatório para servir de balizas no confronto com a realidade estudada” (SUASSUNA, 2008, p. 349).

Moreira (2002, p. 44) acrescenta que a abordagem qualitativa “abdica total ou quase totalmente das abordagens matemáticas no tratamento dos dados, trabalhando preferencialmente com as palavras oral e escrita, com sons, imagens, símbolos etc.”, sendo reconhecida pelo seu caráter real, não ilusório, de cunho descritivo e de base indutiva. Nesse contexto, concordamos com Neves (1996, p. 01), segundo o qual, neste tipo de abordagem, “é frequente que o pesquisador procure entender os fenômenos, segundo a perspectiva dos participantes da situação estudada e, a partir daí, situe sua interpretação dos fenômenos estudados”.

Destarte, o presente estudo é consonante com a definição proposta por Deslandes (1994, p. 21) acerca da pesquisa qualitativa, já que nos propusemos a trabalhar “com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes” que as pessoas sociais constroem ao longo de sua vida em relação à própria imagem corporal. Como trabalhamos com as narrativas provenientes de entrevistas e com filmes de cinema, apoiamo-nos em Triviños (2009, p. 128), que declara que em pesquisas de abordagem qualitativa, “os resultados são expressos, por exemplo, em relatos (ou descrições), em narrativas, ilustradas com fotografias, fragmentos de entrevistas etc.” que sustentam seus significados. E, segundo o mesmo autor, “o significado é a preocupação essencial na abordagem qualitativa” (TRIVIÑOS, 2009, p. 130).

As pesquisas qualitativas, além de descritivas, também são exploratórias, ou seja, estimulam os entrevistados a pensarem livremente sobre algum tema, objeto ou conceito e a revelarem seus significados. Dado o seu caráter exploratório, as pesquisas qualitativas não pretendem generalizar as suas informações, não havendo, portanto, preocupação em projetar os seus resultados para a população. Assim, privilegiam a singularidade e a subjetividade (TRIVIÑOS, 2009).

De acordo com Suassuna (2008), as pesquisas qualitativas abordam, em geral, pequenos grupos de entrevistados (no nosso caso, três), e as informações colhidas são analisadas de acordo com o roteiro aplicado e registradas destacando opiniões, comentários, comportamentos, gestos e frases que surgirem, ainda que pareçam irrelevantes – exatamente o que fizemos, em consonância com o Paradigma Indiciário.

Neste sentido, a pesquisa qualitativa “não vê na subjetividade obstáculo à construção de conhecimentos científicos; antes, nesse tipo de abordagem, considera-se a subjetividade parte integrante da singularidade do fenômeno social” (SUASSUNA, 2008, p. 349).

Resumindo, as características da pesquisa qualitativa que me fizeram adotá-la como abordagem metodológica são apresentadas no Quadro 01:

Quadro 01 – Características da Pesquisa Qualitativa

Contato direto do pesquisador com o campo de estudo
Captação dos universos simbólicos ou dos significados que as pessoas atribuem aos fenômenos
Compreensão dinâmica e processual do fenômeno
Pequenos grupos de entrevistados
Valorização da subjetividade
Ênfase nos vestígios e pormenores
Analisa os processos
Não se preocupa com quantificações ou medições
Uso de narrativas e imagens
Estuda temas vinculados a questões comportamentais do ser humano
Flexibilidade
Hipóteses como balizadoras

Elaboração: ANDRADE (2020)

2.4 PERSPECTIVA FENOMENOLÓGICA

A **perspectiva fenomenológica** da pesquisa qualitativa foi adotada porque “exalta a *interpretação* do mundo que surge *intencionalmente* à nossa consciência. Por isso, na pesquisa, eleva o *ator*, com suas percepções dos fenômenos” (TRIVIÑOS, 2009, p. 47, grifos do autor), e reconhece o sujeito como importante no processo de construção do conhecimento.

A perspectiva fenomenológica justifica-se nesta pesquisa também por conta de sua íntima relação como nosso objeto, uma vez que ela permite que o eu se

distinga, na medida em que se compreende “como tal ou qual homem, do Eu enquanto Ego cujos atos de consciência são a fonte e o fundamento da possibilidade de tal compreensão de si; eu me distingo do meu Ego transcendental” (DARTIGUES, 2003, p. 26).

Neste contexto, as pessoas sociais que participaram deste estudo demonstraram como se compreendem, como concebem a própria essência manifesta em seu corpo e na imagem que formam desse corpo como sendo ou não representação de si mesmas, incluindo aí sentimentos, pensamentos, desejos, vontades, intencionalidades...

Desta forma, foi possível perceber e compreender melhor os sentidos do fenômeno chamado imagem corporal. Assim, considero ter sido adequada essa opção metodológica porque se pauta num processo descritivo e discursivo, e tem como principais características o fato de ser: “significante, pertinente, relevante, referente, provocante e suficiente” (REZENDE, 1990, p. 18), e não se furta de analisar nenhum dos aspectos do fenômeno, além de fazer emergir mais e mais sentidos que puderam implementar continuidades ou novas investigações.

2.5 ESTUDO DE CASO

“o estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real” (YIN, 2015, p. 32).

A pesquisa aqui delineada prosseguiu seu percurso coletando dados em campo, a fim de sistematizar ideias, verificar opiniões outras, comparar discursos e assegurar credibilidade à investigação. Assim, a pesquisa de campo se desenvolveu sob a forma de Estudo de Caso, que é “uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente” (TRIVIÑOS, 2009, p. 133).

O Estudo de Caso tem por objetivo explorar, descrever, explicar, avaliar e/ou transformar o objeto estudado. Suas principais características são: o estudo de um fenômeno em seu ambiente natural; a coleta de dados se efetiva por diversos meios; um ou mais entes (pessoas, grupos, organizações) são examinados; a complexidade

do caso é estudada intensamente; não são utilizados controles experimentais; a pesquisa envolve as questões como e por quê; não considera prevalências ou incidências; enfoca eventos contemporâneos; requer um problema que convoca a compreensão holística de um evento ou de uma situação em questão, partindo sempre do particular ou do específico (YIN, 2015).

O Estudo de Caso foi do tipo “Histórias de Vida” (TRIVIÑOS, 2009), por sua íntima relação com a pesquisa qualitativa e com o Paradigma Indiciário, já que “busca a visão da pessoa acerca de suas experiências subjetivas de certas situações. Estas situações estão inseridas em algum período de tempo de interesse ou se referem a algum evento ou série de eventos que possam ter tido algum efeito sobre o respondente” (MOREIRA, 2002, p. 55-6) – no caso, a aquisição da deficiência e/ou o tornar-se cadeirante. Através deste método, o pesquisador documenta os vários eventos que afetaram as vidas dos entrevistados, segundo suas perspectivas, ou seja, tal como eles os veem e os narram. Por isso, as narrativas autobiográficas costumam ser a fonte primária de dados.

Este método permite às pessoas sociais, portanto, focalizarem o concreto, o singular, o situacional, o histórico nas próprias vidas e, por isso mesmo, tem objetivo libertador, emancipador, e contribui para a transformação do próprio eu (RANGHETTI, 2005).

O pesquisador que se propõe a realizar um Estudo de Caso do tipo Histórias de Vida sob a perspectiva do Paradigma Indiciário deve estar atento a tudo o que acontece, “pois um aspecto supostamente trivial pode ser essencial para uma melhor compreensão do tema da pesquisa. (...) O objeto de estudo é tratado como único, uma representação singular da realidade, reconhecida como multidimensional e historicamente situada” (SUASSUNA, 2008, p. 363).

Neste sentido, no caso da presente pesquisa, ao narrarem autobiograficamente suas histórias e memórias referentes à construção e desenvolvimento da imagem corporal antes e após a aquisição da deficiência física, os participantes documentaram a percepção que têm de si mesmos e revelaram de que modo foram impactados pelas mudanças corporais surgidas, as quais influenciam seu comportamento e inserção social.

2.5.1 Entrevistas semiestruturadas

“O estudo de caso enquadra-se em um procedimento atencioso, daí o interesse de ter utilizado entrevistas” (MALLETT, 2008, p. 171).

Considerando esse caráter atencioso, bem como o favorecimento da aproximação entre pesquisador e pesquisado, optei pela entrevista como instrumento de produção de dados do estudo, porque é um processo de interação social que ocorre “entre um pesquisador, que tem um objetivo previamente definido, e um entrevistado que, supostamente, possui a informação que possibilita estudar o fenômeno em pauta, por meio da linguagem” (MANZINI, 2018, p. 09).

Neste sentido, escolhi a entrevista semiestruturada, pois favorece a explanação sobre percepções e entendimentos sobre a natureza geral de uma questão, abrindo espaço para a interpretação: “esta, ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação” (TRIVIÑOS, 2009, p. 146).

A entrevista semiestruturada é aquela em que não se apresenta um conjunto específico e fechado de questões e respectivas respostas, mas alguns questionamentos guias, de ordem geral, um roteiro inicial que “favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade” (TRIVIÑOS, 2009, p. 152). E, enquanto se realiza a entrevista, pode ser necessário “perguntar coisas que não estavam programadas, principalmente para esclarecer tópicos ou cobrir assuntos que não estão aparecendo naturalmente na entrevista” (MOREIRA, 2002, p. 55).

A entrevista é um instrumento excelente para a produção dos dados das pesquisas qualitativas porque revela “informes contidos nas falas dos atores sociais. Ela não significa uma conversa despretensiosa e neutra. (...) Através desse procedimento, podemos obter dados objetivos e subjetivos” (DESLANDES, 1994, p. 57). No entanto, tenho clareza de que as respostas dadas “às situações concretas vividas não são simples reações de maneira determinista, mas sim ações que podem

comportar elementos de imprevisão e de imprevisibilidade”, conforme destaca Rezende (1990, p. 11).

Durante as entrevistas, além das falas, busquei captar “cada movimento humano, qualquer gesto simples que possa ser ‘lido’ como linguagem do corpo, podendo revelar aspectos da vida interior do sujeito” (CAMPOS; AVOGLIA; CUSTÓDIO, 2007, p. 30).

Os registros foram feitos através de gravações de áudio através de *smartphone* modelo Moto G-5, via aplicativo do *WatsApp*, objetivando que as pessoas sociais pudessem ouvir a qualquer momento o que tinham me dito, podendo, inclusive, solicitarem ajustes, acréscimos, alterações, substituições ou retiradas de trechos quando das transcrições feitas *a posteriori*. Esta forma de registro também me permitiu solicitar esclarecimentos, quando das transcrições. Então, o participante podia facilmente localizar o áudio (via horário e duração) sobre o qual eu fizera a solicitação e fazer nova gravação em momento que julgasse conveniente fornecendo os elementos explicativos. Posso afirmar que isso foi essencial para a continuidade da pesquisa, considerando o tempo de pandemia que se instalou e o consequente distanciamento social que o período requereu.

“A gravação permite contar com todo o material fornecido pelo informante. Se a entrevista gravada é acompanhada de anotações gerais sobre atitudes e comportamentos do entrevistado, pode contribuir melhor ainda” (TRIVIÑOS, 2009, p. 148) para as interpretações *a posteriori*. Por isso, durante a realização das entrevistas, além da gravação, utilizei fichas para o registro dos comportamentos das pessoas sociais, bem como anotações de ocorrências diversas.

Esclareço que as transcrições foram feitas com o maior grau de fidedignidade possível, incluindo, inclusive, elementos próprios da linguagem oral, como interrupções e reações dos entrevistados. Apenas realizei correção gramático-ortográfica, por conta da mudança de codificação da linguagem, a qual foi coletada na oralidade e registrada sob o código escrito.

Como já se sabe, a entrevista semiestruturada “pode fazer emergir informações de forma mais livre e as respostas não estão condicionadas a uma padronização de alternativas” (MANZINI, 2018, p. 02). Então, considerando que as entrevistas semiestruturadas partem de um roteiro como guia, mas permitem o acréscimo de questões no ato da entrevista, com fins de esclarecimentos e explicações, o Quadro 02 apresenta o roteiro que foi utilizado:

Quadro 02: Roteiro da entrevista semiestruturada

QUESTÕES:
1. Como foi que você adquiriu a deficiência física?
2. Antes de adquirir a deficiência física, quais eram as suas impressões sobre o próprio corpo? Você se lembra de alguma situação que exemplifique isso? Conte para mim.
3. Após adquirir a deficiência física, quais foram suas impressões sobre o seu corpo? Explique e, se possível, exemplifique narrando alguma situação relacionada.
4. Como você concebe o seu corpo hoje? Caso tenha vivido alguma experiência corporal recente, aproveite para contar como foi.
5. Como você sente que as outras pessoas concebem o seu corpo? Tem alguma situação vivida por você que queira me contar sobre isso?
6. Você acha que essa opinião dos outros sobre você interfere na forma como você se vê? Justifique e, se possível, exemplifique narrando alguma situação relacionada.
7. Antes de adquirir a deficiência, você tinha contato com cadeirantes? Se sim, como era essa relação?
8. O que você sentia ao ver um cadeirante? Lembra de alguma situação vivida sobre isso? Se sim, conte como foi.
9. Há quanto tempo você é cadeirante?
10. Como foi a experiência e o que você sentiu ao se sentar numa cadeira de rodas pela primeira vez?
11. O que foi mais impactante para você: adquirir a deficiência física ou tornar-se cadeirante? Por quê?
12. Ao longo do tempo, essa percepção inicial sobre a cadeira de rodas se manteve ou se modificou? Explique e, se possível, narre alguma situação relacionada.
13. Hoje você se sente uma pessoa limitada ou com possibilidades? Explique narrando situações vividas por você.
14. Você acha que sua imagem corporal, que é a maneira como você vê o próprio corpo, influencia as suas atividades e relações cotidianas? Por quê? Poderia me contar alguma situação vivida por você em que isso fique evidenciado?
15. Como você responderia à pergunta: “o meu corpo sou eu?”

Elaboração: ANDRADE (2020)

Embora eu concorde com Couto (1998, p. 30) de que “falar sobre seu próprio corpo é um modo de revelar intimidades. Uma tarefa difícil e incômoda para alguns”, declaro que nenhum participante se recusou a responder a nenhuma das questões elencadas, nem as que surgiram durante as entrevistas, bem como ninguém se sentiu desconfortável durante a concessão das respostas.

2.5.2 Narrativas Autobiográficas

“não se tratam de uma repetição do passado, mas uma retomada do futuro graças ao olhar retrospectivo” (JOSSO, 2008, p.45).

Através das entrevistas, foi-me possível reunir as narrativas que os cadeirantes fazem de si mesmos em relação ao próprio processo de construção da Imagem Corporal. Isso foi muito importante, porque os pilares da metodologia que segui “assentam-se na inserção individual e coletiva da memória e nas histórias de vida, as quais centram-se na temporalidade, nos territórios, na individualização e individuação da existência e do sentido da vida” (SOUZA, 2008, p. 40).

As narrativas autobiográficas centram-se na consideração dos relatos de vida como fontes inesgotáveis de dados, cujos elementos são reveladores de identidades, personalidades, “heranças, continuidades e rupturas” (JOSSO, 2008, p.25).

Nesse ínterim, o estudo desenvolvido partiu da narração da história de vida (narração de si) das pessoas sociais que participaram, denotando seu caráter científico no fato de ser um estudo que entrecruza fundamentos sociológicos, culturais e históricos com uma memória personalizada e um “imaginário sensível original capaz de seduzir, de tocar emocionalmente, de falar, de interpelar outros inconscientes ou ainda de convencer racionalmente” (JOSSO, 2008, p.43).

Acredito, assim, que “os saberes científicos podem ser co-construídos com os atores sociais” (NIEWIADOMSKI, 2008, p. 224), na medida em que expressam suas memórias, verbalizam suas lembranças e atribuem sentido aos eventos que marcaram a própria existência (NORA, 1984). Logo, as narrativas também são consonantes com o Paradigma Indiciário que sustenta essa pesquisa, posto que, enquanto narram, as pessoas sociais reconstroem suas histórias a partir de diversos dados de diferentes origens que se confluem e, ao mesmo tempo, “vão apontando para novos indícios e conformando um complexo quadro de realidades e possibilidades. O fato de manipular diversas pistas impede que ao falhar uma delas o trabalho seja invalidado” (TINEM, s/d, p. 03).

Neste sentido, o roteiro da entrevista procurou motivar os participantes a narrarem suas memórias relacionadas à imagem corporal antes e após a aquisição

da deficiência física, bem como oportunizar a atribuição de sentidos e significados às experiências vividas.

2.6 ANÁLISE FÍLMICA

Por ser um sistema simbólico, de representação, a subjetividade contida na arte proporciona uma infinidade de leituras e interpretações que dependem das informações do leitor, das suas experiências anteriores, das suas vivências, lembranças, imaginação, enfim, do seu repertório de saberes (KEHRWALD, 2006, p. 25 apud ARAÚJO; OLIVEIRA, 2013).

Além dos dados produzidos através das entrevistas, optei pela análise de filmes de cinema que tematizam as inter-relações entre personagens cadeirantes e sua imagem corporal. Considerei importante trazer para a análise as produções cinematográficas, uma vez que compreendo a forte influência que a linguagem do cinema exerce sobre os espectadores, impactando sobremaneira a forma de conceber a realidade, formando opiniões, divulgando tendências e estereótipos, bem como auxiliando a minimizar ou divulgar preconceitos, principalmente os relacionados ao corpo: “Aquele que vê o filme viabiliza sua existência e encontra a junção entre o dito e o visto, um entrelugar que envolve a união de ambos, mas que não é capaz de comunicar com eloquência sua mensagem quando no caso da separação desses dois elementos” (GOMES; CAMINHA, 2016, p. 415).

Para Gomes e Caminha (2016), os filmes de cinema veiculam mensagens de uso e desuso do corpo através de discursos que afetam os corpos reais que os assistem. Assim, as pessoas veem e se veem nos filmes, interagindo com as personagens, assumindo seus comportamentos nas relações sociais da vida real. Assim, “as produções fílmicas retratam corpos que, assim como os corpos ‘reais’, funcionam como um veículo de comunicação carregado de signos que posicionam os sujeitos na sociedade” (GOMES; CAMINHA, 2016, p. 415).

Partindo desses pressupostos, decidi analisar filmes de cinema a fim de identificar quais seriam esses signos e seus respectivos significados para as pessoas sociais reais.

Destarte, de acordo com Penafria (2009), a análise de filmes compreende quatro tipos: 1) análise textual, na qual se dá importância aos códigos perceptivos, culturais e específicos de cada filme, valorizando sua narrativa; 2) análise de conteúdo, que considera o filme como relato, valorizando a temática abordada pelo mesmo; 3) análise poética, a qual traduz o filme como uma criação de efeitos, como sensações, sentidos, sentimentos e emoções, que pretende transmitir determinada mensagem; 4) análise da imagem e do som, que designa o entendimento do filme como expressão, ou seja, a potencialidade do cinema de nos fazer comunicar com o mundo e lançar novos olhares sobre o mesmo.

Observa-se que, para cada tipo de análise de filme, é possível ter um detalhamento metodológico; entretanto, nesta pesquisa não optei por apenas uma das análises descritas, pois concebo o filme “como resultado do conjunto de relações e constrangimentos nos quais decorreu a sua produção e realização, como sejam o seu contexto social, cultural, político, econômico, estético e tecnológico” (PENAFRIA, 2009, p.7).

Sendo assim, realizei a análise dos filmes com base em Araújo e Oliveira (2013) em duas etapas, a saber: 1) descrição do que se observa no filme, apenas do que está evidenciado; 2) interpretação do que se observou na obra, com o propósito de identificar os sentidos, ideias, sentimentos e expressões intencionadas pelo roteirista e pelo diretor. Os autores sugerem uma terceira etapa, que consiste no julgamento da obra, ou seja, na emissão de juízo de valor. No entanto, decidi não realizar essa etapa, por entender que não caberia na presente pesquisa esse tipo de julgamento.

Então, inicialmente procedi à decomposição de cada filme analisado, ou seja, descrevi o enredo que ocorre no mesmo e que interessa ao objeto de estudo e, em seguida, estabeleci as relações existentes através de uma interpretação do que compreende e desvenda o conteúdo do filme. Nesse movimento de explicar e/ou esclarecer o filme e interpretá-lo, identifiquei os elementos necessários à análise, bem como estabeleci uma articulação entre eles.

Neste sentido, selecionei 07 (sete) títulos para análise, os quais se apresentam no Quadro 03:

Quadro 03: Filmes selecionados para análise

TÍTULO	ANO	DISTRIBUIDOR	LOCAL DA PRODUÇÃO
Feliz Ano Velho	1987	EMBRAFILME	Brasil
O escafandro e a borboleta	2008	EUROPA FILMES	França e EUA
Intocáveis	2012	GAUMONT	França
Ferrugem e Osso	2013	SONY PICTURES	França e Bélgica
Um momento pode mudar tudo	2015	H2O FILMS	EUA
Como eu era antes de você	2016	WARNER BROS	Reino Unido
O que te faz mais forte	2018	PARIS FILMES	EUA

Elaboração: ANDRADE (2020)

2.7 ANÁLISE MICROGENÉTICA

Considerando as proposições de Ginzburg, nota-se que algumas delas encontram ilustração justamente na Análise Microgenética – a atenção a minúcias indiciais, a valorização do estudo de situações singulares e a busca de inter-relação da interpretação indiciária com condições macrosociais (GÓES, 2000, p. 19).

A técnica de análise de dados utilizada foi a da Análise Microgenética, que fora sistematizada por Maria Cecília Rafael de Góes (2000), seguidora de Vygotsky, a partir de seu Método Experimental, de inspiração marxista (TOMIO; SCHROEDER; ADRIANO, 2017).

Completamente articulada ao Paradigma Indiciário, essa técnica de análise centra-se nos elementos subjetivos revelados nos discursos e comportamentos humanos. Assim, a Análise Microgenética caracteriza-se como a decodificação de “minúcias, detalhes e ocorrências residuais, como indícios, pistas, signos de aspectos relevantes de um processo em curso; que elege episódios típicos ou atípicos que permitem interpretar o fenômeno de interesse” (GÓES, 2000, p. 21) sendo, portanto, guiada por uma visão indicial, de caráter interpretativo-conjetural.

O termo “microgenética” resulta da compreensão dos seus elementos (micro+genética) por Góes, a partir da concepção vigotskiana. Neste sentido, inicialmente tratando do elemento “micro”, esse se refere ao “espaço de tempo escolhido, pontuando a intencionalidade do pesquisador sobre o objeto a ser analisado (TOMIO; SCHROEDER; ADRIANO, 2017, p. 38). Assim, o uso do termo “micro”, neste caso, nada tem a ver com a ideia relativa ao tamanho pequeno, mas a um instante, um momento, um “determinado tempo destacado e minuciosamente observado, analisado e transcrito” (ibidem).

Em se tratando do termo “genética”, Góes (2000, p. 11) se apropria das diretrizes metodológicas vigotskianas, segundo as quais se deve realizar “a análise minuciosa de um processo, de modo a configurar sua gênese social e as transformações do curso de eventos”.

Resumindo, a técnica é micro “por ser orientada para minúcias indiciais – daí resulta a necessidade de recortes num tempo que tende a ser restrito”, e é “genética no sentido de ser histórica, por focalizar o movimento durante processos e relacionar condições passadas e presentes, tentando explorar aquilo que, no presente, está impregnado de projeção futura” (GÓES, 2000, p. 15).

Por conta disso, a Análise Microgenética (GÓES, 2000) e o Paradigma Indiciário (GINZBURG, 1989) têm se configurado como possibilidades promissoras na realização de pesquisas que tratam dos processos de constituição da pessoa social e da produção da subjetividade. De acordo com Molon (2008, p. 63), essas possibilidades metodológicas favorecem a compreensão semiótica dos processos psicológicos, articulam “o nível microgenético das interações sociais com o estudo do funcionamento dialógico e discursivo do sujeito”, da mesma forma que “possibilitam a análise dos detalhes e das minúcias das relações intersubjetivas e das práticas sociais e pedagógicas, sem perder a dimensão histórica, uma vez que relaciona presente, passado e futuro aos acontecimentos”.

Na Análise Microgenética, busca-se a compreensão de aspectos subjetivos, tais como a sensibilidade e a afetividade através da “experiência vivida no movimento e na vida cotidiana em transformação, tendo como base um nexos estético, não utilitário, do homem com o mundo” (MOLON, 2008, p. 64). Assim sendo, se os estudos microgenéticos se pautam no movimento, na mutabilidade e complexidade do ser

humano, não podem possuir os atributos da universalização ou da permanência, pois os dados produzidos não são diretamente comparáveis entre si, nem são generalizáveis para outros contextos (KELMAN; BRANCO, 2004).

A Análise Microgenética, segundo Tomio, Schroeder e Adriano (2017, p. 38) deve considerar: a) todo o processo de desenvolvimento do fenômeno, “desde o início da mudança até o momento em que atinge um estado relativamente estável”. Esta pesquisa analisou, portanto, o fenômeno (imagem corporal) desde o início da mudança (aquisição da deficiência, e ainda mais, fazendo incursões analíticas sobre a fase anterior a isso) até a estabilidade (cotidiano); b) “o comportamento observado é submetido à análise intensiva”. No caso, a partir das narrativas autobiográficas provenientes das entrevistas buscamos minuciosamente identificar os indícios que nos permitiram inferir sobre a realidade. Para tanto, foi necessário ouvir repetida e criteriosamente os áudios gravados com o intuito de acompanhar e observar o processo que revelou nas falas os aspectos que caracterizavam as concepções de si construídas pelas pessoas sociais.

2.8 PARTICIPANTES E LÓCUS DA PESQUISA

O sujeito não pode ser visto como um ser homogêneo, atomizado e uniforme, mas sim como uma unidade na diversidade e na multiplicidade, contraditória e mutável (MOLON, 2008, p. 57).

A presente proposta de pesquisa se materializou no município de Feira de Santana, segundo município mais populoso do estado da Bahia, ficando atrás apenas da capital, Salvador. É também o maior e mais influente município do interior do Nordeste. Os Quadros 04 e 05 mostram o quantitativo populacional de Feira de Santana com base nos Censos realizados nos anos de 2000 e 2010, bem como os números absolutos e percentuais relativos às pessoas com deficiência física residentes na Princesa do Sertão⁶.

⁶ Feira de Santana ganhou do escritor Ruy Barbosa, a alcunha de "Princesa do Sertão", quando visitou a cidade em 1919.

Quadro 04 – População com deficiência física e motora – CENSO 2000

Variável – População residente (Pessoas)		
Município – Feira de Santana (BA)		
Ano – 2000		
Situação do domicílio – Total		
		%
POPULAÇÃO TOTAL	480.949	100,0
Deficiência física – tetraplegia, paraplegia ou hemiplegia permanente	2.596	0,5
Deficiência física – falta de membro ou de parte dele (perna, braço, mão, pé ou dedo polegar)	1.151	0,2
Deficiência motora – incapaz, com alguma ou grande dificuldade permanente de caminhar ou subir escadas	23.040	4,8
Deficiência física ou motora – TOTAL	26.787	5,6

Fonte: IBGE – Censo Demográfico (2000)

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Censo 2000 registrou uma população de 480.949 (quatrocentos e oitenta mil, novecentos e quarenta e nove) habitantes em Feira de Santana. Desses, 26.787 (vinte e seis mil, setecentos e oitenta e sete) eram os residentes com alguma deficiência física ou motora, o que representava 5,6% do total.

Quadro 05 – População com deficiência motora – CENSO 2010

Variável – População residente (Pessoas)		
Município – Feira de Santana (BA)		
Ano – 2010		
Situação do domicílio – Total		
		%
POPULAÇÃO TOTAL	556.642	100,0
Deficiência motora – não consegue de modo algum	1.930	0,3
Deficiência motora – grande dificuldade	9.443	1,7
Deficiência motora – alguma dificuldade	25.953	4,7
Deficiência motora – TOTAL	37.326	6,7

Fonte: IBGE – Censo Demográfico (2010)

O Censo 2010, por sua vez, registrou uma população de 556.642 (quinhentos e cinquenta e seis mil, seiscentos e quarenta e dois) habitantes em Feira de Santana. Desses, 37.326 (trinta e sete mil, trezentos e vinte e seis), ou seja, 6,7% do total eram pessoas com algum tipo de deficiência motora. Essa designação de “deficiência motora” fora adotada no Censo seguindo os padrões internacionais de indicadores para esse tipo de pesquisa pública, e engloba os subgrupos do Censo 2000, generalizando os dados.

Em 2018, a população estimada para Feira de Santana pelo mesmo instituto era de 609.913 (seiscentos e nove mil, novecentos e treze) habitantes, mas o IBGE não tem a estimativa para a população com deficiência motora. Também não há registros específicos nos Censos anteriores sobre o quantitativo de pessoas residentes que utilizam a cadeira de rodas para a locomoção, bem como inexistem dados referentes à deficiência motora (física) se congênita ou adquirida. No entanto, considerando-se a população registrada no Censo 2010, de 37.326 (trinta e sete mil, trezentos e vinte e seis) pessoas com deficiência motora, Feira de Santana possui uma significativa quantidade de pessoas sob esta condição e, por isso mesmo, precisa garantir toda e qualquer forma de acessibilidade aos seus cidadãos. Uma dessas formas inclusivas é o acesso à educação.

Referência em oferta de instituições educacionais dos diferentes segmentos (educação básica e superior), Feira de Santana dispõe de duas universidades públicas, sendo uma estadual (UEFS) e uma federal, a Universidade Federal do Recôncavo Baiano (UFRB), além de mais de 30 (trinta) faculdades particulares, 216 (duzentas e dezesseis) escolas municipais, 81 (oitenta e uma) estaduais, 141 (cento e quarenta e uma) privadas e 01 (uma) federal.

Além das escolas (ditas) regulares que contemplam em seus Projetos Políticos Pedagógicos (PPP) práticas inclusivas – ainda que mais sob a força da Lei 13.146/2015 (Lei Brasileira da Inclusão – LBI) do que pelo interesse evidente de integrar pessoas com e sem deficiência por entenderem que a diversidade e a diferença promovem situações educativas e sociais preciosas –, no Centro da cidade ainda se encontram algumas instituições que atuam com o Atendimento Educacional Especializado, a exemplo da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), que mantém uma escola do Ensino Fundamental em sua unidade.

Em relação ao Ensino Superior, a UEFS foi a primeira universidade pública a ter seu campus sede na cidade de Feira de Santana, tendo sido autorizada pelo Decreto Federal nº 77.496, no ano de 1976, reconhecida pela Portaria Ministerial nº 874/86, de 19-12-1986 e credenciada pelo Decreto Estadual nº 9.271, de 14-12-2004 (UEFS, 2013).

Apesar do nome da instituição demarcar a centralidade do município de Feira de Santana, a rede de influência da UEFS inclui mais de 150 (cento e cinquenta)

municípios baianos, tendo se expandido rapidamente a fim de atingir seu principal objetivo, qual seja o de “preparar cidadãos que venham a exercer, tanto liderança profissional e intelectual (...) quanto a terem responsabilidade social no sentido de serem capazes de desempenhar o seu papel na definição dos destinos da sociedade baiana e brasileira” (UEFS, 2013, p. 01). Assim, ao longo de sua história, tem buscado assegurar-se como uma universidade pública, gratuita, de qualidade e socialmente referenciada. E “o cumprimento desta função social a torna reconhecida como uma das mais expressivas Instituições de Educação Superior do Estado da Bahia e do País” (ibidem).

Comprometida com a inclusão, todo o capítulo 16 (dezesesseis) do Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI, 2013, p.128-137) da UEFS, de título: Atendimento às Pessoas Portadoras de Necessidades Educacionais Especiais ou com Mobilidade Reduzida” é dedicado a direcionar o trabalho voltado para essa perspectiva de respeitar os direitos da pessoa com deficiência, assegurando sua acessibilidade e permanência na UEFS.

Consta deste documento a composição de uma Comissão Universitária para elaborar o Documento-Base para a Política Institucional de Educação Inclusiva, pela Portaria 1360/2010. Seu trabalho resultou no delineamento de um projeto político pedagógico por meio do qual a UEFS buscaria garantir “o direito fundamental à educação ao discente com deficiência, no sentido de acolher e auxiliar o desenvolvimento de seus potenciais, de modo a viabilizar a sua permanência na Instituição”, bem como “discutir, analisar e propor intervenções necessárias para favorecer a educação inclusiva” (UEFS, 2013, p. 128).

Nessa perspectiva, a UEFS se compromete a garantir:

- Apoio técnico e pedagógico aos professores;
- Atendimento educacional especializado;
- Apoio à pesquisa, estudos e ações voltadas para o favorecimento dos grupos alvo da política;
- Envolvimento da família e da comunidade;
- Adequações curriculares;
- Acessibilidade arquitetônica, nos mobiliários, nos equipamentos, na comunicação e na informação;
- Articulação entre os segmentos para a implementação das ações (UEFS, 2013, p. 130).

Com vistas à implementação de ações estratégicas relacionadas à Política Institucional de Educação Inclusiva na referida universidade, foi criado o Núcleo de Acessibilidade da UEFS (NAU) através da Portaria Nº 629/2017. Antes mesmo,

porém, de ser referendada no PDI e da implantação do NAU, a perspectiva da inclusão já era amplamente vislumbrada nas atividades da universidade, dentre as quais se destacam as ações do Núcleo de Educação Física e Esporte Adaptado (NEFEA).

Idealizado, implantado e coordenado pelo Professor Doutor Admilson Santos, o NEFEA foi inaugurado em 2000, sendo o primeiro núcleo desta natureza na UEFS. É importante ressaltar que o NEFEA tem como objetivo primordial assegurar, em parceria com o Ministério da Educação, Ministério da Cultura e instituições públicas e/ou privadas a participação das pessoas com deficiências nas atividades esportivas e físicas desenvolvidas nos programas da UEFS, além de favorecer o intercâmbio científico, técnico e pedagógico entre a universidade e as diversas instituições que atendem às pessoas com deficiência. “O NEFEA integra ações de pesquisa e extensão onde existem vários programas de atividade física e lazer para pessoas com necessidades especiais da cidade de Feira de Santana e região” (SILVA, 2015, p. 08), oferecendo aulas de esporte, práticas de atividades físicas, eventos, palestras, entre outras ações.

É finalidade do Núcleo também propiciar condições para que os futuros professores de Educação Física possam conviver com pessoas com deficiência; desenvolver o potencial desportivo dessas pessoas dentro de uma visão socioeducativa do desporto; e promover a interação social das pessoas com deficiência entre si e demais segmentos da sociedade, tendo como canal o desporto e as diferentes formas de atuação (SANTOS, 2000).

Nessas duas décadas de existência do NEFEA, muitas oficinas foram oferecidas e uma parcela grande de pessoas com deficiência pôde ter acesso à universidade para participar das mesmas, sendo também pessoas sociais da UEFS. Dentre essas oficinas, destacaram-se: Oficina de Treinamento Neuromuscular para Lesados Medulares (em sua maioria participantes com lesão medular em cadeira de rodas); Dança de Salão e Lutas para Cegos; e Natação para Pessoas com Deficiência Física.

Um projeto renomado no Núcleo, também na área das atividades aquáticas, foi o Projeto de Extensão “Golfinhos do Sertão”, o qual oferecia aulas de natação para um grupo misto de crianças (com deficiência e sem deficiência aparente), objetivando materializar a inclusão social. O referido projeto também contemplava crianças com paralisia cerebral que utilizavam a cadeira de rodas para se locomoverem. A proposta

pedagógica estava voltada para os fundamentos técnicos da natação, desenvolvido para iniciantes, com faixa etária entre 07 (sete) e 11 (onze) anos de idade, segundo as características de desenvolvimento psicomotor, maturacional e do comportamento motor aquático dos participantes. O objetivo dessa proposta era instituir a natação inclusiva, desenvolvendo aulas com a participação de pessoas com deficiência.

Dito isto, é válido especificar os critérios que foram utilizados quando da composição da amostra envolvida na pesquisa: inicialmente, pensei que os participantes do estudo seriam as pessoas com deficiência física adquirida, cadeirantes, matriculadas e atuantes nas oficinas esportivas do NEFEA que estivessem em andamento no período da pesquisa, que já tivessem alcançado a maioridade e que aceitassem livremente participar da pesquisa. No entanto, por questões de força maior, o NEFEA encontra-se sem atividades neste momento. Então, convidei para participar da pesquisa: pessoas com deficiência adquirida, cadeirantes, adultas, ativas e de representatividade social em diferentes instâncias. Assim, contei com o aceite de 03 (três) pessoas sociais, sendo: uma professora universitária, um funcionário público e um atleta fisiculturista.

Destaco aqui a importância de serem pessoas com deficiência física adquirida e não pessoas com deficiência congênita, pois, nessas, a Imagem Corporal inclui desde sempre a cadeira de rodas como elemento constitutivo; e para aquelas pessoas, a aquisição da deficiência física e a consequente utilização da cadeira de rodas certa e abruptamente influenciaram o processo de construção da Imagem Corporal.

2.9 ASPECTOS ÉTICOS

“a pesquisa em ciências humanas e sociais exige respeito e garantia do pleno exercício dos direitos dos participantes, devendo ser concebida, avaliada e realizada de modo a prever e evitar possíveis danos aos participantes” (BRASIL, 2016, p. 01).

Declaro estar atenta ao devido cumprimento aos aspectos éticos que envolvem pesquisas com seres humanos, preconizados pelas Resoluções 466/2012 e 510/2016. Assim, em conformidade com essa legislação, que considera a ética em pesquisa como “o respeito pela dignidade humana e a proteção devida aos

participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos” e que “o agir ético do pesquisador demanda ação consciente e livre do participante” (BRASIL, 2016, p. 01), assumi o compromisso de preservar a identidade das pessoas sociais que participaram, bem como transcrever as informações que me forneceram sob correção ortográfica, de modo a evitar de todas as formas quaisquer constrangimentos ou desconfortos aos mesmos. Assim, neste estudo, eles são identificados com os seguintes nomes: Rosa, Lírio e Girassol⁷.

Declaro que esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), após a conclusão do seu registro na Plataforma Brasil, tendo sido aprovado sob o protocolo de número 31565120.7.0000.5531.

Os documentos (declarações, solicitações, autorizações, TCLE e outros termos) que foram requeridos para o registro no CEP encontram-se digitalizados e disponíveis nos Apêndices deste trabalho.

Em compromisso com os aspectos éticos e legais das Pesquisas Científicas, conforme Resolução nº 510, de 07/04/2016, solicitei que os entrevistados assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), quando do aceite para participarem da pesquisa, confirmando a adesão ao trabalho. Nesse documento abordam-se os elementos constitutivos da pesquisa, como objetivos e aspectos metodológicos, bem como expressam-se os benefícios do estudo para a comunidade acadêmica e a sociedade em geral, além dos riscos a que os participantes pudessem vir a se sujeitar.

No que se refere aos riscos, compreendo que as pessoas entrevistadas poderiam sentir certo desconforto ao responderem as perguntas da entrevista ou ficarem envergonhadas em compartilharem informações pessoais ou confidenciais, sentindo-se incomodadas em falarem sobre a própria experiência corporal mediante

⁷ A adoção de nomes de flores não foi aleatória. “Rosa” foi a designação sugerida pela própria participante. Os demais deixaram sob minha escolha as formas de identificação. Então, além de decidir manter o padrão, acompanhando a sugestão da participante, também pretendi ratificar a singularidade dessa semântica, já que essas pessoas trouxeram cor, perfume, presença marcante e suave para esta pesquisa, tal qual fazem as flores, onde quer que se encontrem. Embora suas narrativas apontem também “espinhos”, certamente a imponência de sua beleza, representada em suas imagens corporais, encantou, enfeitou e iluminou a análise aqui implementada, apontando sempre a direção do sol.

a aquisição da deficiência. Caso isso ocorresse, as pessoas poderiam optar por não responderem às perguntas ou mesmo solicitarem a interrupção da atividade, mas não foi o caso.

Já em relação aos benefícios relacionados à participação direta na pesquisa e disponíveis no TCLE, esclarecemos que as pessoas participantes iriam contribuir para os estudos e ações extensionistas do NEFEA, refletindo na qualidade das atividades que são realizadas com os alunos, além de ajudarem a implementar novas discussões acerca da imagem corporal de cadeirantes, a partir da valorização de suas histórias de vida, socializando a forma como se percebem e se revelam socialmente.

Conforme compromisso assumido, dei um retorno aos participantes da pesquisa em relação aos dados produzidos e analisados, a fim de que validassem o que foi registrado. Nessa oportunidade, puderam concordar, discordar, sugerir acréscimos ou retiradas, fazer retificações, enfim, eles contribuíram com a análise e verificaram o que foi feito com o que me disseram.

Outro compromisso firmado foi o de, após a entrega da versão final desta tese, depois da defesa pública e ajustes, entregar uma cópia digital do trabalho para cada participante, a fim de que tenham consigo os resultados e o relatório de todo o estudo para o qual contribuíram significativamente.

3 DO QUE ESTAMOS FALANDO?

O estado da arte sinaliza os aportes significativos e os limites da construção teórica das pesquisas
(PALANCH; FREITAS, 2015).

Este capítulo descreve o estado da arte acerca do objeto de estudo, revelando as relações estabelecidas entre imagem corporal e deficiência física adquirida nas produções acadêmicas disponíveis.

A fim de encontrar referências que dessem respaldo científico à pesquisa e de obter o estado do conhecimento relacionado à temática, realizei um levantamento das produções científicas nas modalidades artigos acadêmicos, teses, dissertações e monografias disponíveis na internet, nas seguintes bases de dados digitais:

- Periódicos CAPES;
- Banco de Teses e Dissertações da CAPES;
- *Google Acadêmico*; e
- Revista Brasileira de Ciências do Esporte.

Foram selecionados 26 (vinte e seis) trabalhos relacionados aos descritores utilizados na investigação, quais sejam: imagem corporal; imagem corporal e deficiência; deficiência; deficiência física adquirida; corpo; autoimagem; cadeira de rodas; cadeirantes.

Vale ressaltar que nos Periódicos CAPES foram encontrados 423 (quatrocentos e vinte e três) artigos acadêmicos relacionados aos descritores; no entanto, somente 04 (quatro) trabalhos efetivamente discutiam a presente temática sendo, portanto, selecionados via leitura dos resumos, conforme apresenta o Quadro 06:

Quadro 06: Artigos selecionados nos Periódicos CAPES

TÍTULO	AUTORIA	ANO DA PUBLICAÇÃO
A relevância dos aspectos emocionais do deficiente físico para a inclusão no ambiente de trabalho	Joselene Lopes Alvim; Valdecir Cahoni Rodrigues	2015

A influência da atividade física adaptada na imagem corporal da pessoa amputada: um estudo de caso	Amaralina de Arandas Ramos Diniz	2015
Avaliação do autoconceito em cadeirantes Praticantes de esporte adaptado	Mirella Bagdadi Sernaglia; Edison Duarte; Vanessa Helena Santana Dalla Déa	2010
A imagem corporal de pessoas com deficiência física atletas e não atletas	Bruna Wahasugui Cuba; Adriana Inês de Paula; Eliane Mauerberg de Castro	2008

Elaboração: ANDRADE (2020)

Considerei importante fazer o levantamento na Revista Brasileira de Ciências do Esporte, por ser um periódico de grande abrangência e representatividade na área da Educação Física. Este periódico, além de contemplar temáticas referentes à imagem corporal, também é importante divulgador de produção acadêmica relacionada à Educação Física e Esporte Adaptado. No entanto, ao fazer a busca em seu *site*, também somente identifiquei 04 (quatro) trabalhos que se relacionassem ao tema a partir dos títulos, resumos e descritores, os quais estão elencados no Quadro 07:

Quadro 07: Artigos selecionados na Revista Brasileira de Ciências do Esporte

TÍTULO	AUTORIA	ANO DA PUBLICAÇÃO
O corpo intensivo e a educação física	Marcelo Adolfo Duque Gomes da Costa; Felipe Quintão de Almeida	2018
Correlação entre classificação funcional, gênero e habilidades motoras de jogadores de handebol em cadeira de rodas	Priscila Samora Godoy; Mariane Borges; Fernando Rosch de Faria; Edison Duarte	2017
Os discursos de corpo bem dito, mal dito e não dito: uma análise a partir de filmes	Isabelle Sena Gomes; Iraquitã de Oliveira Caminha	2016
Insatisfação com a imagem corporal entre pessoas com deficiência visual	Raquel Jacintho Peres; Giannina do Espírito-Santo; Fabiana Resende do Espírito; Nilda Teves Ferreira; Monique Ribeiro de Assis	2015

Elaboração: ANDRADE (2020)

Assim, a maioria dos artigos científicos selecionados foi encontrada no *Google Acadêmico*, um total de 15 (quinze) artigos elencados no Quadro 08:

Quadro 08: Artigos selecionados no *Google Acadêmico*

TÍTULO	AUTORIA	ANO DA PUBLICAÇÃO	BASE DE DADOS
Repercussões sociais da aquisição de uma deficiência física na vida de idosos	Tatiane Dias Casimiro Valença; Pollyanna Viana Lima; Renato Novaes Chaves; Elaine dos Santos Santana; Luciana Araújo dos Reis	2017	REVISTAS PUCSP
Desenho da Figura Humana: avaliação da imagem corporal na deficiência física	Diego Rodrigues Silva; Eliana Herzberg	2017	SCIELO Revista Avaliação Psicológica. jan-abr 2017, Vol. 16 Issue 1, p106-115. 10p.
Imagem corporal de paraplégicos: o enfrentamento das mudanças na perspectiva de pessoas com lesão medular	William César Alves Machado; Adriana Bispo Alvarez; Maria Luiza de Oliveira Teixeira; Elen Martins da Silva Castelo Branco; Nêbia Maria Almeida de Figueiredo; Raquel Silva de Paiva	2016	E-PUBLICAÇÕES UERJ
A deficiência física: imagens de si	Neide Maria Fernandes Rodrigues de Sousa; Ivany Pinto Nascimento	2015	REPOSITÓRIO UFPA
Adolescentes e jovens com deficiência física adquirida por violência: representações sobre deficiência	Fabiana Paulino Alves; Inácia Sátiro Xavier de França; Gabriela Maria Cavalcanti Costa; Maria Emília Limeira Lopes; Rosilene Santos Baptista	2013	PERIÓDICOS UFC
Construção da imagem corporal em deficientes visuais	Luciana F. G. Eiras; Bruna B. de Amorim; Nathalia M. do Carmo; Maitê M. Russo	2012	REVISTAS UFRJ
Mudanças na vida das pessoas com lesão medular adquirida	Soraia Dornelles Schoeller; Rodolfo Nunes Bitencourt; Maria Tereza Leopardi; Denise Pires de Pires; Maria Tereza Brasil Zanini.	2012	REVISTAS UFG
<i>Cuerpo y corporalidad una la paraplejia: significado de los cambios</i>	María Elisa Moreno-Fergusson; María Consuelo del Pilar Amaya Rey	2012	REVISTAS UNAL.EDU
As contribuições de Seymour Fisher para os estudos em imagem corporal	P.R.L. Ribeiro; M.C.F. Tavares	2011	SCIELO Rev. Motricidade, 2011, vol. 7, n. 4, pp. 83-95
Imagem Corporal: o olhar do deficiente físico sobre sua satisfação corporal através da atividade física	Carla Beatriz da Silva Rafael; Maria Elisa Caputo Ferreira; Fabiane Frota da Rocha Morgado; Sidnei de Oliveira Rafael; Jéssica Sobrinho Teixeira	2010	FEF UNICAMP
A percepção de imagem corporal de pessoas com deficiência física	Luciana Erina Palma; Walesca Maciel Prates	2010	EFDEPORTES

A importância das relações familiares para a sexualidade e a autoestima de pessoas com deficiência física	Ana Claudia Bortolozzi Maia	2010	PSICOLOGIA.COM
Imagem corporal e deficiência visual: um estudo bibliográfico das relações entre a cegueira e o desenvolvimento da imagem corporal	Maria Luíza Tanure Alves; Edison Duarte	2008	PEIÓDICOS UEM
A imagem corporal de indivíduos com paraplegia não congênita: um estudo exploratório	Mariana Tavares de Campos; Hilda Rosa Capelão Avoglia; Eda Marconi Custódio	2007	SCIELO
Autopercepção e a Deficiência Física Adquirida	Daniela de Oliveira	2006	BIBLIOTECA UNIVALI

Elaboração: ANDRADE (2020)

Portanto, foram 23 (vinte e três) artigos. Os outros três trabalhos selecionados são provenientes do Banco de Teses e Dissertações da CAPES, onde encontrei apenas uma tese e 02 (duas) dissertações. Devido à complexidade do objeto, a imagem corporal de cadeirantes, precisei buscar aporte teórico em diferentes áreas do conhecimento, uma vez que “envolve aspectos fisiológicos, afetivos, cognitivos e sociais de forma integrada, tendo um olhar multidimensional para o ser humano” (EIRAS et al., 2012, p. 95). Destaco, portanto, que nenhum desses estudos se encontra na área da Educação Especial, revelando a lacuna acadêmica já destacada na introdução deste trabalho.

Tendo mapeado outras importantes bases de dados digitais (Banco de Teses e Dissertações da CAPES; bibliotecas digitais e repositórios da UFBA, UNICAMP, UERJ, UNEB, UFRJ e USP), encontrei 558 (quinhentas e cinquenta e oito) pesquisas relacionadas à temática, sendo a imensa maioria dissertações – 474 (quatrocentos e setenta e quatro) trabalhos – e algumas teses – 84 (oitenta e quatro) e, destas, raras eram as publicações recentes, ou seja, de 2013 a 2018, apenas 04 (quatro). Pode parecer, *à priori*, que há pesquisas suficientes para fundamentar esta investigação. No entanto, é mister esclarecer que o mapeamento revela todos os trabalhos relacionados aos descritores, ou seja, emergiram temáticas as mais diversas sobre as palavras-chaves utilizadas. Mas, consultando os títulos e resumos dos mesmos, ainda que desconsideradas as datas de publicação, o número ficou extremamente reduzido,

e passei a contar com apenas 03 (três) produções acadêmicas, as quais se encontram identificadas no Quadro 09:

Quadro 09 – Trabalhos Acadêmicos relacionados à temática desta pesquisa

REFERÊNCIA	NÍVEL
SILVA, Diego Rodrigues. Explorando a imagem corporal de crianças com deficiência física congênita: limites, traços e riscos. 2017. 189f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – USP. São Paulo, 2017.	Mestrado
KIM, Joon Ho. O estigma da deficiência física e o paradigma da reconstrução biocibernética do corpo. 2013. 513f. Tese (Doutorado em Antropologia) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2013.	Doutorado
MELLER, Vanderléa Ana. Marcas e representações corporais de pessoas com deficiência física que conquistaram a universidade. 2007. 201f. Dissertação (Mestrado em Educação nas Ciências) – UNIJUÍ. Rio Grande do Sul, 2007.	Mestrado

Elaboração: ANDRADE (2020)

No resumo da dissertação de Meller (2007), da Unijuí, um estudo qualitativo e que usou como método as Histórias de Vida, manifesta-se que o objetivo foi investigar a representação de corpo expressa nos discursos de pessoas com deficiência física, que frequentam cursos superiores na Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), procurando enlaçar duas questões centrais: as atuais políticas públicas de inclusão e a constituição da identidade deficiente no âmbito das relações discursivas. Os resultados apontaram que “o olhar do outro, em especial da área da saúde, imprime marcas identitárias no sujeito com deficiência física, levando-o a não gostar do seu corpo e a percebê-lo como um oponente a ser derrotado na busca de um padrão estético considerado ‘normal’”. Assim sendo, os universitários com deficiência física coadunam com os padrões estéticos impostos pela cultura, valorizando a parte de seu corpo que consideram “normal”, embora, para eles, a deficiência represente “a força propulsora para a busca de direitos instituídos por leis e políticas públicas”.

Já o resumo da dissertação de Silva (2017), produzida no programa de Psicologia da USP, apresenta como objetivo “explorar a imagem corporal no processo de constituição subjetiva de crianças com deficiência física congênita” e a metodologia: “revisão da literatura e a coleta de casos clínicos utilizando a Avaliação Psicanalítica aos 3 Anos (AP3) e o Desenho da Figura Humana (DFH) em duas

crianças com deficiência física e seus pais, seguindo o método clínico-qualitativo”. Como resultados, a pesquisa aponta para a noção de risco, seja de prejuízos tanto da imagem corporal quanto da constituição do sujeito.

Finalmente, a tese de Kim (2013), também da USP, um trabalho de 513 (quinhentas e treze) páginas, sem anexos, que, embora dedicado “às pessoas que não veem na cadeira de rodas e nas muletas obstáculos para viver”, limita-se a apresentar esses objetos como símbolos concretos do estigma que sofrem, sendo ao mesmo tempo objetos estigmatizadores e estigmatizantes. O Resumo desta pesquisa traz poucas informações sobre o conteúdo da mesma, sendo necessário fazer uma leitura sistemática do trabalho para ter um entendimento do que se trata.

O objetivo geral do estudo de Kim foi estudar as similaridades e diferenças do fenômeno estigmático da amputação e da paralisia de membros inferiores e como, e em que medida, as possibilidades de reabilitação por meio da reconstrução biocibernética do corpo introduzem transformações que acabam por afastar a percepção que a sociedade faz de uma deficiência e de outra. Em relação à metodologia, foi feita Pesquisa Bibliográfica e Pesquisa de Campo, na qual coletou depoimentos, mas não esclareceu como se deu a participação das pessoas sociais. Em relação aos resultados, também não foram evidenciados, de modo que a deficiência e a robótica que seriam o objeto propriamente dito acabaram se tornando pano de fundo, conceitos periféricos e não centrais na pesquisa, diante das demais considerações trazidas pelo autor. Com isso, o gargalo da discussão implementada permaneceu aberto.

Em relação aos locais de origem das 26 (vinte e seis) publicações selecionadas, 02 (dois) textos são portugueses, um é colombiano e os 23 (vinte e três) restantes são brasileiros. Dentre as publicações nacionais, 21 (vinte e uma) são provenientes do eixo Centro-Sul do Brasil, sendo 12 (doze) procedentes da Região Sudeste (10 de SP e 02 do RJ), 06 (seis) da Região Centro-Oeste (04 do DF e 02 de GO), e 03 (três) da Região Sul (02 do PR e 01 de SC). Como se percebe, restaram apenas duas publicações de origem do eixo Norte-Nordeste do Brasil. As duas, porém, são produções nordestinas, uma paraibana e outra cearense, sendo a Região Norte a única que não tem nenhuma publicação relacionada à temática, de acordo com as bases pesquisadas.

No que se refere às datas das publicações, inicialmente não se fez nenhum recorte temporal. No entanto, os resultados de busca revelaram que 13 (treze) trabalhos foram produzidos entre 2005 e 2012, e 13 (treze) textos foram publicados entre 2013 e 2018, ou seja, são publicações recentes, confirmando a atualidade da temática.

Cabe aqui esclarecer que a seleção dos 26 (vinte e seis) trabalhos se deu mediante a análise dos seus resumos e descritores. No entanto, incluí um artigo que não trouxe resumo, mas cuja leitura me fez perceber sua pertinência e adequação ao tema, e outros dois que não incluíram palavras-chaves.

Especificamente sobre os descritores, foram identificados 61 (sessenta e um) termos que, por critérios de semelhança na redação ou de aproximação conceitual foram agrupados em 08 (oito) categorias, a saber: a) deficiência física (que se repetiu quinze vezes); b) tipos de deficiências/traumas/lesões (que apareceu em treze trabalhos); c) corpo e suas concepções (com dez ocorrências); d) imagem corporal e seus significados (que apareceu em vinte e um trabalhos); e) educação física e esporte adaptado (repetida seis vezes); f) inclusão (seis vezes); g) áreas afins (em onze trabalhos); e h) relações intra e interpessoais (com doze ocorrências).

Ainda analisando os resumos, busquei os métodos e instrumentos utilizados. A revisão de literatura foi o método mais recorrente (oito trabalhos), seguida das pesquisas quantitativas e qualitativas (com seis trabalhos cada). Depois disso, identifiquei a adoção de outras opções metodológicas, as quais apareceram em apenas um trabalho cada uma, quais sejam: estudo de caso, histórias de vida, estudo comparativo, análise de discurso, análise fílmica e estudo quali-quantitativo. Já no que se refere aos instrumentos de coleta de dados, identifiquei os seguintes: testes e escalas (quatro trabalhos), entrevistas semiestruturadas (sete trabalhos) e questionários (três trabalhos).

Por fim, mas não menos importante, sobre as teorias do conhecimento fundantes dos artigos científicos selecionados, embora não tenham sido declaradas, percebi que se tratam de estudos fenomenológicos e positivistas. Em nenhum deles se evidenciou o materialismo histórico-dialético, nem mediante os autores citados, nem na identificação de categorias dialéticas que sustentam os estudos desta natureza.

4 ESTAMOS FALANDO SOBRE IMAGEM CORPORAL

Cada um elabora a imagem de seu corpo à sua própria maneira, enfatizando ou modificando as diferentes partes em função dos mecanismos de sua personalidade e de toda a sua vivência passada e presente. Sendo assim, a “imagem corporal” é viva, em situação dinâmica, simultaneamente narcísica e inter-relacional: camuflável ou atualizável na relação aqui e agora (CAMPOS; AVOGLIA; CUSTÓDIO, 2007, p. 31).

Este capítulo tematiza a Imagem Corporal, bem como outros conceitos que considero necessários para uma melhor compreensão do objeto desta pesquisa, tais como: Corpo, Diversidade, Inclusão, Estereotipia Corporal, Corpolatria, Corporeidade e Pirateamento Corporal.

Parto do pressuposto de que os ditames da sociedade capitalista a que pertencemos preconizam a massificação e a opressão do humano em prol do lucro. Com isso, em nome do capital, coisificam-se pessoas, padronizam-nas, pirateiam-nas, mercantilizam-nas, destituindo-as de sua humanidade: “o capitalismo impõe a dominação moral e material sobre os usos sociais do corpo e favorece a alienação” (LE BRETON, 2017, p. 79).

Desde que a economia brasileira deixou de primar pela agroexportação e se assumiu como polo urbano-industrial, as visões de mundo também se modificaram e passaram a exigir dos cidadãos “novas habilidades, conhecimentos e, sobretudo, um ‘novo corpo’” (CARMO, 1991, p. 32) suficientemente forte, ágil e hábil para suportar o trabalho pesado e repetitivo das indústrias. “Sem dúvida alguma, este estereótipo de homem com ‘corpo perfeito’ está intimamente ligado ao modelo de homem e de corpo pretendido pelo sistema econômico emergente” (ibidem).

Portanto, como “nada parece escapar ao mercado e ao capital” (SANTOS; MEDEROS, 2011, p.107), o capitalismo transforma tudo em mercadoria, mercantilizando a vida humana (KONDER, 1999). E o corpo não ficou fora desse processo: é um padrão de “corpo que nos querem vender. É a mercadoria que pretendemos comprar. O corpo virou o mais belo objeto de consumo” (MAROUN; VIEIRA, 2008, p. 181), através da imposição midiática de uma imagem corporal veiculada deliberadamente que o torna objeto de reprodução, repetição, troca e consumo – mercadoria. Imagem corporal essa sem imperfeições, um corpo idealizado

para consumo, voltado para o mercado, cuja “valorização dos atributos físicos como componentes do capital corporal coloca o corpo como moeda de troca, que confere poder a quem é capaz de produzi-lo” (GOMES; CAMINHA, 2016, p. 416).

É mister esclarecer que concebo mercadoria como “uma coisa que satisfaz necessidades humanas” (MARX, 2013, p. 57). E, neste sentido, adquirir um modelo corporal diferente do seu, mas compatível com o padrão estabelecido, parece tornar-se uma necessidade, um objeto de desejo. E como quem deseja quer comprar, o corpo passa a ser mercadoria disponível no mercado, uma vez que “buscar avidamente novos modelos, receitas e formas de cultuar o corpo também se constitui um tipo de compra (MAROUN; VIEIRA, 2008, p.180).

Portanto, o capitalismo incumbe-se de propagar essa concepção de corpo-mercadoria que se volta especialmente para a venda de imagens corporais de sucesso, privilegiando “o belo, o forte, o robusto e o esteticamente perfeito” (CARMO, 1991, p. 158). Esse corpo venerável e perfeito torna-se objeto de desejo e de consumo da grande população, que se reconhece merecedora do mesmo e, simultaneamente, distante do seu formato. Entretanto, nem todas as pessoas parecem pertencer a esse “padrão ideal” de corpo, posto que suas experiências corporais revelam diferenças. Logo, de acordo com Bordas et al. (2009, p. 68), “não há, nem pode haver um padrão de existência e é essa não possibilidade da existência de um padrão mundial que instaura a força das diferenças e a necessidade da afirmação das mesmas”.

Neste íterim, encontram-se as pessoas com deficiência física, nas quais “o corpo torna-se o principal marcador da diferença” (BERRI, 2018, p. 27). Rafael et al. (s/d, p. 01) corroboram com este posicionamento afirmando que as pessoas com deficiência física geralmente são “consideradas distantes do modelo de corpo ideal ditado pelos padrões da sociedade contemporânea, sobretudo, pelas diferenças em seu corpo, que, normalmente, não são aceitas como ideais” e, conseqüentemente, “são excluídas do convívio social por não se enquadrarem no estereótipo do corpo perfeito. Isto pode provocar alterações em sua imagem corporal”.

Nesta cultura de consumo do corpo, “a conquista do corpo almejado é condicionada objetivamente, assim como qualquer outra mercadoria” (MAROUN; VIEIRA, 2008, p. 184). Passamos a conviver com corpos-mercadorias que desejam se trocar por outros corpos, não seus, não nossos; não mais como pessoas sociais, mas como “coisas sociais, com propriedades perceptíveis e imperceptíveis aos

sentidos” (MARX, 2013, p. 94). Corpos-mercadorias que consomem (consumidores) e se consomem (mercadorias) por meio da ilusão de alcançar o inatingível, a dita perfeição corporal.

Ainda hoje se fala em “padrão de beleza” como sendo um indicador das formas corporais aceitas socialmente. No entanto, se padronizar envolve o igualar (tornar igual, copiar), em se tratando de corpo, essa padronização seria inalcançável por razões tanto genóticas quanto fenóticas. O que é possível alcançar, portanto, é a imitação, jamais a cópia.

Portanto, não se devem compreender os termos “padrão de beleza” e “estereotipia corporal” como sinônimos. A estereotipia corporal é uma forma de “inCORPOração” da ordem vigente na sociedade de consumo: se não tem, copie ou imite, e passe a ter. Tal como acontecem com produtos e mercadorias, piratear o próprio corpo é torná-lo imitação (repetição) de modelos esteticamente vendidos como ideais, belos e/ou perfeitos. Já os padrões de beleza – que devem ser concebidos apenas assim no plural – podem ser vários, diversos, distintos, diferentes, múltiplos.

Assim, pela lógica da estereotipia corporal, se a pessoa não possui o corpo que deseja, pode passar a tê-lo, desde que o compre, ou seja, desde que se submeta a tratamentos cada vez mais sofisticados de mutilação ou alteração da forma corporal geneticamente estabelecida por meio da tecnologia cosmética ou das promessas das cirurgias plásticas **disponíveis no mercado**. Mas, como repetição ou imitação não é cópia, os resultados muitas vezes desastrosos podem incorrer em distorções da imagem corporal e em prejuízos de diversas naturezas, influenciando sobremaneira a constituição da própria identidade. Com isso, “os corpos alienados distanciam-se de si, seguem o fluxo de discursos normalizadores que podem levar ao estranhamento do próprio corpo” e mesmo “à distorção da imagem, que conseqüentemente conduz aos excessos e em última instância podem levar à morte” (GOMES; CAMINHA, 2016, p. 419).

Portanto, essa repetição deve “ser interrompida. A repetição pode ser questionada e contestada. É nessa interrupção que residem as possibilidades de instauração de identidades que não representem simplesmente a reprodução” (SILVA; HALL; WOODWARD, 2012, p. 95) dos estereótipos que coisificam o corpo e

anulam a pessoa, e evidenciam “que o **ter** passa a ser mais importante que o **ser**” (MAROUN; VIEIRA, 2008, p. 179, grifos do autor).

Nesse contexto, tais como mercadorias que desejam se **trocar por** ou se **transmutar em** outras, esses corpos não se relacionam consigo mesmos, mas buscam aqueles que consideram como seus equivalentes, para “fazer da figura física de outra mercadoria sua própria forma de valor (MARX, 2013, p. 78), ou seja, pirateiam-se. Com isso, deixam cada vez mais de serem corpos – “um corpo social, dotado de significado, de valores, crenças, representações e magias” (MOTA, LELIS; FERNANDES, 2004, p. 3) e se assumem cada vez mais como mercadorias, como bem espera o capitalismo. Este movimento de “assemelhar-se e ao mesmo tempo diferenciar-se do outro coloca o corpo em uma posição de devir, transforma-o em uma proposição insustentável e efêmera daquilo que se deseja ser e comunicar” (GOMES; CAMINHA, 2016, p. 416).

Nessa lógica e na dinâmica capitalistas, cada parte do corpo passa a ser passível de investimento econômico, como um objeto de alto valor monetário, uma coisa, uma mercadoria (SANTOS; MEDEROS, 2011). A mercadoria parece, portanto, ganhar vida própria e a se sobrepor em relação à vida humana, “é como se o produto tivesse surgido independente do homem/produtor, como uma espécie de feitiço, daí o termo utilizado por Max: fetichismo da mercadoria” (BODART, 2016, p. 01).

Esse conceito de fetichismo da mercadoria não poderia ser mais atual: por mais que a pessoa saiba que jamais conseguirá ficar com um corpo de capa de revista, continua transformando-o, pirateando-o para atingir os desejados padrões sociais e midiaticamente estabelecidos, como que por compulsão. Até porque sabe que os que não se aproximam desse padrão são subjugados e relegados a posições marginais da sociedade, nas quais se aplicam fortemente as estratégias de poder (GOMES; CAMINHA, 2016).

E, em nossos dias, as redes sociais servem bem a isso: ora divulgando estereótipos, ora incentivando a utilização de “filtros” (modificações) nas fotos pessoais (*selfies*), ora permitindo comentários os mais diversos sobre essas fotos, inclusive aqueles que desmerecem a pessoa, expondo-a ao ridículo. Tudo isso pode favorecer a uma busca compulsiva pela alteração do próprio corpo, da própria imagem, como sendo, inclusive, uma ação necessária à manutenção da autoestima.

Com isso, a pessoa não se dá conta de que está se coisificando; antes, passa a ser dominada pela coisa, e o que antes era corpo-mercadoria, cujos elementos imbricavam-se, passa a ser um corpo controlado pela mercadoria, pelo não-corpo, pelo outro corpo que ela nunca reconhece como seu, e por isso mesmo continua transformando-o para se parecer com o corpo do outro, repetindo o outro corpo, piranteando-se.

E as pessoas que se recusam ou que se veem impossibilitadas de participarem “desse esforço pela *boa forma* (consumidores falhos) são, muitas vezes, submetidas a estigmas que reforçam um sistema de poder sobre o corpo” (MAROUN; VIEIRA, 2008, p.173), isto é, a discriminações, que se dão pelas “práticas de dominação e imposição de valores, significados e sistemas simbólicos de um grupo sobre os demais” (VEIGA-NETO, 2003, p. 05), como é o caso das pessoas com deficiência. Para Carmo (1988, p. 05), essa relação corpo/estigma estabelecida historicamente parece ser indissociável, pois um é a forma do outro. “Esta relação, contudo, tem contribuído em menor grau tanto para a explicitação de sua contradição interna, como também, em maior grau, para a segregação das pessoas estigmatizadas, como por exemplo os deficientes”.

É justamente contra isso que me posiciono: a todo tipo de ideologia e comportamento padronizados e discriminatórios que subjagam e estigmatizam as pessoas que não se enquadram em determinados padrões corporais. Com base em Candau (2002, p. 129), quero “negar a padronização e também lutar contra todas as formas de desigualdade e discriminação presentes na nossa sociedade. Nem padronização nem desigualdade”, seja pelo pirateamento do corpo, seja pelo estabelecimento de estereotípias, seja pelas discriminações sofridas pelos que não se encaixam no perfil estabelecido pelos mais diversos motivos: sobrepeso, deficiência, cor da pele, classe social etc. Assim, minha luta é no sentido de favorecer toda e qualquer atitude “que torne difícil o retorno do eu e do nós ao idêntico” (SILVA; HALL; WOODWARD, 2012, p. 100).

Compreendo que a humanidade é diversa e heterogênea; portanto, necessita ser analisada considerando as premissas da Diversidade, que tem a cultura, a subjetividade e a identidade como critérios da diferenciação social (BRAH, 2006). Neste contexto, entram em cena as influências culturais, linguísticas, sexuais,

religiosas, corporais, dentre outras, como formas de resistência à repetição, e que constituem seu corpo, um corpo que não se deixe mais mercantilar, tornar-se mercadoria ou piratear-se – constituindo-se como imitação de outro –, mas se assuma como ser diverso, original, inédito, dotado de subjetividade e de imaginários que fazem de si um ser único, não copiável, não reproduzível, não imitado, não repetido, não vendável: um corpo de fato, não uma mercadoria. Enfim, um corpo diverso.

Defendo a diversidade humana, a multiplicidade. No entanto, “a questão não consiste em reconhecer a multiplicidade, mas em ligar-se com ela, em fazer conexões, composições com ela” (SILVA, 2002, p. 66), ou seja, incluir. E quando falo em inclusão, compreendo que ela impõe um enorme desafio a todos, qual seja o de “trabalhar com a diversidade humana (...), dispondo-se a enfrentar e desafiar os estereótipos e o comportamento opressivo e discriminatório que ainda persiste em nosso meio social” (RIBEIRO, 2001, p. 33). Como dizem Duarte e Lima (2003, p. 95), parece óbvio falar em inclusão e diversidade, e seria desnecessário teorizar sobre esses temas “se alguns preceitos básicos de convívio humano fossem respeitados. São eles: o respeito ao outro, considerando sua origem social, seus hábitos, suas opções; suas características, enquanto ser humano diferente, e o diálogo, que deve permear qualquer tipo de relação humana”.

Brah (2006, p. 331) destaca que diversos também são os termos usados para o conceito de diversidade. Segundo ele, “Diferença, diversidade, pluralismo, hibridismo – esses são alguns dos termos mais debatidos e contestados do nosso tempo.” Entretanto, o mesmo autor enfatiza que, em vez de se preocuparem com as designações, os estudiosos devem se atentar “para a importância de analisar a problemática da subjetividade e identidade para compreender a dinâmica de poder da diferenciação social” (BRAH, 2006, p. 332).

Quando se fala em subjetividade e identidade, leva-se em conta que a “construção da identidade é **tanto** simbólica **quanto** social” (SILVA; HALL; WOODWARD, 2012, p. 10, grifos dos autores) e, por isso mesmo, entram em cena, também, os aspectos que cada indivíduo escolheu e assumiu para si mediante as representações sociais, isto é, as interações com os pares e as significações que atribuiu às suas diferenças, tais como: as influências culturais, linguísticas, sexuais, religiosas, corporais, dentre outras.

Vivemos um contexto de diversidade e multiplicidade e, contraditoriamente, também de discriminações, preconceitos e busca por estereótipos que se nos impõem através da valorização de certas imagens corporais em detrimento de outras ditas diferentes por não se enquadrarem em determinados padrões.

Para Silva, Hall e Woodward (2012, p. 98, grifo do autor), a nossa “incapacidade de conviver com a diferença é fruto de **sentimentos** de discriminação, de preconceitos, de crenças distorcidas e de estereótipos, isto é, de imagens do outro que são fundamentalmente errôneas.” Errôneas porque partem das próprias referências pessoais, desconsiderando que o outro é o não eu, ou seja, “o outro é o corpo diferente” (SILVA, HALL; WOODWARD, 2012, p. 97) e como tal, e por isso mesmo, deve ser respeitado em sua constituição, preservando suas diferenças e valorizando as próprias referências, não as de quem se acha digno de julgá-lo. Sobre essa questão, Landowski (2012, p. 04) destaca a necessidade de atitudes que possam enfatizar a “diferença que faz com que o Outro justamente seja o outro (...) para que o ‘eu’ exista, é necessário que haja um ‘Outro’ que se opõe e, dessa forma, afirma a identidade do eu”.

Concebo “diferença” como “ato ou processo de diferenciação”, em acordo com Silva, Hall e Woodward (2012, p. 76). Destaco, porém, que diferenciar nada tem a ver com diminuir ou excluir; trata-se de realçar as particularidades, as subjetividades e identidades, dando ênfase ao coletivo de uns que constitui o nós. A diferença, portanto, deve “ser celebrada como fonte de diversidade, heterogeneidade e hibridismo, sendo vista como enriquecedora” (SILVA; HALL; WOODWARD, 2012, p. 50) fonte de relações humanas: “os seres humanos são iguais porque são diferentes, ou seja, o que constitui a igualdade do ser humano é a sua diferença, é aí que está a potência do acontecer e viver dos seres humanos” (BORDAS et al., 2009, p. 67). E mais! Os autores acrescentam que é justamente “essa potência dos seres humanos, ou melhor, é a igualdade na diferença que proporciona a riqueza da vida, que gera outras formas de existir e estar no mundo” (Idem).

Entretanto, sei que a diferença comumente tem sido concebida de forma negativa pela sociedade, através da exclusão ou marginalização das pessoas que são definidas como outras, justamente por serem diferentes, e não se enquadrarem em nenhum tipo ou forma de padrão. Duarte e Lima (2003, p. 95) também ajudam a compreender tudo isso declarando que a diferença tem sido comumente desconsiderada em nossa época, pois a ideia de padrão tem-se sobreposto e

assumido o papel de referência. É “como se os corpos fossem padronizados. O padrão determina a beleza, a eficiência, a aceitação, entre outros aspectos”. Porém, os autores alertam que a padronização estimula o preconceito, “utilizado pelos indivíduos mais adaptados e normatizados, que excluem e colocam à margem da sociedade aqueles outros grupos que não compartilham de seus valores e atitudes” (DUARTE; LIMA, 2003, p. 95).

Sofrem preconceito, portanto, os corpos diversos, as diferenças corporais. Se a Educação deve se preocupar com a formação humana e, portanto, com a valorização da pessoa, não pode se omitir em trabalhar com temáticas tão importantes quanto esta. No entanto, embora esteja “presente em todos os lugares, em todos os momentos da vida humana, o corpo ainda hoje permanece ausente – de forma explícita – nos debates educacionais” (SILVA, 2009, p. 31), mesmo sendo “o mais natural, o mais concreto, o primeiro e o mais normal patrimônio que o homem possui” (RODRIGUES, 1975, p. 77).

Concebo o corpo como algo complexo, no sentido de **corpus**, que ultrapassa os limites do biofísico, e que agrega em si os produtos e influências do meio socioeconômico, político e cultural: “o corpo humano, mais que um objeto da natureza, é uma construção cultural” (COUTO, 1998, p. 126) que difere dos outros animais porque deseja, porque sente desejo: um desejo pulsante que o põe em movimento e que o torna pessoa social expressiva.

Assim, o corpo “não é um objeto, pois é apreendido em sua vida, em suas necessidades que aderem ao indivíduo vivente: é um corpo próprio ligado a um sujeito que o faz existir” (BRUAIRE, 1972, p. 27). Em outras palavras, mas no mesmo sentido, Berri (2018, p. 27) afirma que “o corpo não é um objeto inteiramente individual ou social, mas sim o resultado de uma construção simbólica e de uma invenção subjetiva que surge das percepções e representações individuais e coletivas. Na mesma direção, Le Breton (2017, p. 07) declara que “o corpo é o vetor semântico pelo qual a evidência da relação com o mundo é construída. (...) Antes de qualquer coisa, a experiência é corporal”. O autor acrescenta que é a partir do corpo que nascem e se propagam as significações que fundamentam a existência humana, seja ela individual ou coletiva. O corpo, portanto, “é o eixo da relação com o mundo, o lugar e o tempo nos quais a existência toma forma através da fisionomia singular de um ator. Através

do corpo, o homem apropria-se da substância de sua vida traduzindo-a para os outros”, conclui.

Santos (2004, p 30) corrobora com essa discussão afirmando que o corpo “é o espaço fundador, o corpo constrói uma relação consigo mesmo através da imagem corporal elaborada em sua apreensão de mundo”. É, portanto, um corpo dotado de significado, de valores, crenças, experiências, representações e magias, que “fala, exprime e age” (BRUAIRE, 1972, p. 73) num todo limitado em certo espaço, num determinado tempo que, “além de ser a expressão da história individual, representa valores comuns da sociedade, de formas diferenciadas no tempo e no espaço, sendo mediada pela cultura” (MOTA; LELIS; FERNANDES, 2004, p. 3). Portanto, o corpo comunica cultura. E nessa função comunicativa, seja como “emissor ou receptor, o corpo produz sentidos continuamente e assim insere o homem, de forma ativa, no interior de dado espaço social e cultural” (LE BRETON, 2017, p. 08).

Segundo Silva (2009, p. 71), “o corpo (homem) é uma entidade com sua carga própria de energia estruturada de determinadas formas, que, ao ajustar-se, reage de maneira específica e verificável às condições exteriores”. Assim, o corpo “não é uma folha de papel em branco, tal qual afirmava Locke, em que a cultura pode escrever seu texto”, mas “caracteriza-se pelo princípio do movimento. Este movimento, porém, não deve ser interpretado mecanicamente, mas como impulso, vitalidade criadora, energia”. Movimento que faz de nós “seres corpóreos, construtores de nossa história, de nós mesmos e de nossa cultura” (idem, p. 263).

Concordo com Terezinha Nóbrega (2000, p. 8) que se baseia em Merleau-Ponty para afirmar que “toda técnica de corpo amplia a metafísica da carne”, noção essencial e significativa “para redimensionarmos nossa visão do corpo”, o qual assume um caráter “operante e atual, aquele que não é um pedaço de espaço, um feixe de funções, que é um entrançado de visão e movimento” (MERLEAU-PONTY, 1994, p.19). O corpo é, portanto, “a interface entre o social e o individual, entre a natureza e a cultura, entre o fisiológico e o simbólico” (LE BRETON, 2017, p. 92), num movimento cíclico e contínuo, de sentido transversal. E mais: “o corpo representa o único lugar seguro que o indivíduo possui, o corpo é o invólucro do eu e é a base segura para as operações de interação entre os mundos interno e externo” (RIBEIRO; TAVARES, 2011, p. 93).

Ampliando ou esclarecendo melhor meu modo de pensar, afirmo que o corpo “não é coisa, nem ideia, o corpo é movimento, sensibilidade e expressão criadora (...) que se constitui a partir da compreensão das relações corpo-mente como unidade e não como integração de partes distintas” (NÓBREGA, 2000, p. 9); é um homem total, tornando-se e tornado homem num movimento contínuo proscrito pela história e pela cultura em determinadas condições sociais, visto que “o corpo se expressa de acordo com sua historicidade” (SILVA, 2009, p. 37). Ou seja, “o homem é atividade” (BRUAIRE, 1972, p. 148), uma atividade corporal; nossa vida é corporal: “vivemos socialmente pelo corpo e é através dele que nos relacionamos, aprendemos, descobrimos e marcamos nossa presença no mundo, pois esta é corporal” (SILVA, 2009, p. 31).

Nessa perspectiva, concordo ainda com Le Breton (2017, p. 09), quando afirma que as expressões e experiências corporais não são naturais, mas sociais. Segundo ele, “todas as manifestações corporais são virtualmente significantes aos olhos dos parceiros. Elas só têm sentido quando relacionadas ao conjunto de dados da simbologia própria do grupo social. Não há nada de natural no gesto ou na sensação”.

Essa concepção de corpo remete ao conceito de corpo sujeito social, que se movimenta e configura a linguagem sensível, confirmando “as dificuldades do pensamento causal, da dialética cristalizada e da consciência para traduzir a complexidade dos processos corporais do ser humano em movimento” (NÓBREGA, 2000, p. 9). Simultaneamente, esse mesmo corpo “anuncia novos arranjos para o conhecimento do ser e da experiência humana, como o sentido estético” (ibidem) que é fomentador das estereotipias corporais. Nesse processo, é necessário que cada um “reconheça seu corpo, busque em sua história de vida compreender como se conformou seu corpo de criança, de adolescente e de adulto. Espera-se com isso que entenda as interferências desta história no seu ser” (MOTA; LELIS; FERNANDES, 2004, p. 3).

Essa complexidade do corpo me faz entendê-lo como corpo paradoxal, conforme tratam Costa e Almeida (2018, p. 05): trata-se “de uma matéria especial, que tem a capacidade de ser no espaço e de devir o espaço, (...) o corpo pode se tornar um espaço interior-exterior”, constituindo-se, portanto, como paradoxo, como movimento. Os autores acrescentam a atividade do corpo como multiplicidade de fatores, órgãos, circunstâncias, influências e referências, e negam sua passividade,

posto que “o corpo não é um organismo. O corpo é algo sobre o qual o organismo se impõe, mas não se limita ao que se lhe impõe” (COSTA; ALMEIDA, 2018, p. 08).

Rugira (2008, p. 83) corrobora atestando que cada um de nós habita e experimenta um corpo, que “não é somente a sede de uma profusão de sensações ou, ainda, de variações de tonalidades. É um lugar de surgimento de uma forma singular de pensamento que se revela na relação imediata com o vivido corporal”. E porque o corpo é percebido desta forma, acredito ser possível reencontrar zonas inexploradas do eu, a partir das quais é possível ganhar um novo olhar sobre si, sobre os outros, sobre o mundo e os acontecimentos passados, presentes e futuros, “numa perspectiva de totalidade, como referência ao ser humano real, do ser no mundo e das condições econômicas e sociais em que ele tem de viver” (SILVA, 2009, p. 48).

Esta concepção de corpo “permite compreendermos o ser humano como ser complexo, estando todas as qualidades e dimensões pertencentes ao humano enraizadas em seu corpo”, no qual é possível “identificar a individualidade, a existência e o Ser” (JOÃO; BRITO, 2004, p. 266).

Deste modo, a subjetividade de cada um vai influenciar diretamente a construção da imagem corporal, uma vez que é, sobretudo, “no corpo que se tornam manifestas as marcas que nos posicionam: ser (ou não ser) baixo, negro, magro, loiro, deficiente etc.; (...) partilhar (ou não partilhar) de tal ou qual costume, tradição religiosa, território, classe social etc.” (VEIGA-NETO, 2002, p. 36). É a essas manifestações corporais e a suas diferentes formas de representação que chamo de imagem corporal, baseando-me em Schilder (1980, p. 11), segundo o qual a imagem corporal é “a figuração de nosso corpo formada em nossa mente, ou seja, o modo pelo qual o corpo se apresenta para nós”. Assim sendo, esse conceito é complexo, entremeado por subjetividades e especificidades, que elevam o corpo a outro nível, muito além do biofísico. “Trata-se de um conceito importante, na medida em que sua compreensão permite o trabalho de conteúdos específicos, de uma maneira eficaz, compreendendo o corpo sob uma visão mais ampla” (CAMPOS; AVOGLIA, CUSTÓDIO, 2007, p. 28).

Neste sentido, “A imagem corporal é a maneira pela qual o corpo se apresenta para si próprio” (RUSSO, 2005, p. 80), isto é, o modo como nos vemos, a imagem que temos ou formamos de nós mesmos a partir, inclusive, da forma como os outros nos

veem. Em outras palavras, Diniz (2015, p. 19) declara que a imagem corporal é a representação, uma forma de figuração do nosso corpo na nossa mente, ou seja, a maneira como o corpo se apresenta e se representa mentalmente, “é uma imagem percebida que está para além da percepção, (...) a imagem corporal ultrapassa os limites do corpo, incorpora objetos a exemplo de próteses”.

Assim, a imagem corporal é um processo permeado por nossas mais íntimas emoções, o qual se configura como uma série sucessiva “de tentativas para buscar uma imagem e corpos ideais” (BARROS, 2005, p. 551), configurando-se como “um dos aspectos psicológicos associados à aceitação do próprio corpo, resultando em uma autoestima positiva ou negativa, dependendo da forma como o indivíduo se vê” (ALVIM; RODRIGUES, 2015, p. 39).

Entretanto, isso também se dá a partir das trocas que a pessoa social estabelece com seus pares, pois as várias formas como os outros a veem e dizem que ela é “também podem ser consideradas fatores de interferência na formação da imagem corporal, uma vez que, tais trocas interferem de maneira significativa na interpretação que o indivíduo faz de si mesmo” (EIRAS, 2012, p. 97). Por meio dessas trocas, vivenciamos a nossa imagem corporal da mesma forma com que “vivenciamos as imagens corporais dos outros. A experiência da nossa imagem corporal e a experiência dos corpos dos outros são intimamente interligadas. Assim como nossas emoções e ações são inseparáveis de seus corpos” (SCHILDER, 1980, p. 15).

Acima fora mencionada a questão da autoestima, e não posso deixá-la passar despercebida. A autoestima é um conceito amplamente associado à imagem corporal, assim como o de autoconceito: segundo Diniz (2015, p. 12), enquanto este configura “a percepção que o indivíduo tem de si próprio e o conceito que deriva dessa percepção de si mesmo”, aquela se refere à “avaliação que o indivíduo faz de si, ponderando suas qualidades, seu desempenho, virtude e valor moral”. Na condição de avaliação, a autoestima inclui as variáveis “alta” e “baixa”, sendo que “a baixa autoestima sucede no sentimento de desaprovação e insatisfação, e o seu oposto, a alta autoestima confere o sentimento de aprovação e satisfação consigo” (ibidem).

Segundo Maia (2010, p. 05), a autoestima é “a maneira pela qual os indivíduos aceitam sua própria identidade, incluindo aí uma boa imagem corporal e uma aceitação dos aspectos afetivos e sociais inerentes a sua existência”. A autora,

referindo-se à autoestima das pessoas com deficiência, afirma que: “Os sujeitos com deficiência poderiam desenvolver uma autoestima positiva quando (...) os vínculos afetivos familiares e sociais fossem estabelecidos, prioritariamente, por meio de reforçadores, sentimentos de amor, afeto e aceitação”.

De acordo com a autora, portanto, para se ter uma alta autoestima é necessário, antes, ter uma boa imagem corporal. Mas isso não se obtém de uma hora para a outra, não é algo estático, nem permanente, posto que o processo de construção da imagem corporal é “contínuo e dinâmico, presente em toda a vida. É com ela que a pessoa se apresenta e interage com o mundo e com os outros” (ALVES; DUARTE, 2010, p. 1).

A imagem corporal vai sendo construída “a partir das descobertas que temos de nós mesmos” e que se vão revelando “a partir do instante em que nos reconhecemos como um ser que reage às diversas inter-relações estabelecidas pelos mesmos corpos que tentam realizar a busca pela compreensão da existência de imagens” (BARROS, 2005, p.553) – a busca pela própria existência em meio à sociedade.

Portanto, esse processo de construção e desenvolvimento da imagem corporal inclui referências sobre o próprio corpo, o qual vai sendo “construído, moldado e remoldado pela intersecção de uma variedade de práticas discursivas disciplinares” (SILVA; HALL; WOODWARD, 2012, p. 121), as quais são obtidas por meio da vivência das sensações corporais e de sua posterior concretização.

Assim, quando se fala em construção da imagem corporal, deve-se levar em conta, segundo Diniz (2015, p. 19), que se trata do resultado de um “esforço contínuo da contraposição do corpo com a realidade que o circunda, através de um processo dinâmico que exige movimento e ação, e que não alcança a completude”. E não se completa porque é um processo submetido “às mudanças das situações vitais, que reconfiguram essa imagem, determinada através das associações, tendências, memórias, experiências, intenções e aspirações” (ibidem).

Da mesma forma, o desenvolvimento da Imagem corporal também é processual, e se dá mediante a “integração de todos os registros referentes ao corpo, seja no aspecto físico, psicológico, social e cultural, atendendo a exigências internas (as sensações) e exigências externas (DINIZ, 2015, p. 19), decorrentes dos meios social e cultural. Assim, a imagem corporal se desenvolve desde as relações

estabelecidas entre a mãe e seu bebê, perpassa por todas as sensações vivenciadas e se estende ao longo da vida.

De acordo com Cuba (2008), a Imagem Corporal envolve três componentes: o perceptivo (percepção do corpo: tamanho corporal, peso); o subjetivo (satisfação com a aparência); e o comportamental (desconforto causado pela aparência corporal). E, muitas vezes, o “desejo por ter uma aparência diferenciada do estado real pode refletir um quadro de insatisfação com as próprias dimensões e formas corporais e com a própria aparência” (RAFAEL et al., s/d, p. 03). Isso implica ter muito cuidado para não se tornar dependente da aparência, ademais toda aparência se refere àquilo que parece ou que aparece. Neste sentido, Greimas (2002, p. 19) afirma que “todo parecer é imperfeito: oculta o ser; é a partir dele que se constroem um querer-ser e um dever-ser, o que já é um desvio do sentido. Somente o parecer, enquanto o que pode ser – a possibilidade –, é vivível”. Como consequência, isso pode gerar um sufocamento da subjetividade da pessoa, levando-a a desenvolver diferentes tipos de transtornos, não sendo raro esse quadro se instalar em pessoas que adquiriram alguma deficiência.

Neste sentido, Alvim e Rodrigues (2015, p. 40) afirmam que não é difícil ocorrerem em pessoas com deficiência adquirida quadros depressivos ou sensações relacionadas à falta de satisfação e segurança, manifestações de agressividade, geralmente relacionadas a frustrações, “ansiedade, impaciência, hipoatividade, inveja, vulnerabilidade, mau-humor e sentimentos de menos-valia. Ele busca algumas vezes isolamento, retirando-se do convívio social”. A fim de amenizar esses transtornos, muitas vezes as pessoas criam mecanismos de defesa. Assim, “defesas presentes como a negação, compensação, projeção, regressão, formação reativa, evidenciam o excesso de angústia que o ego apresenta, buscando nas defesas uma forma de aliviar a tensão, amenizando o conflito interno” (ALVIM; RODRIGUES, 2015, p. 40).

Além disso, as “percepções e sentimentos que nossos contatos sociais nos proporcionam modificam o modo como nos vemos”. Mas não somente a opinião alheia sobre nós: as estereotípias corporais fortemente veiculadas pela mídia e também aquelas “alterações que ocorrem no corpo por doenças, agravos ou outros distúrbios comprometem a imagem corporal (...), alteram a autoimagem e as interações com o meio e com os outros” (ALVES; DUARTE, 2010, p. 1).

Uma vez alterada a imagem corporal e “transformado em objeto a ser moldado, modificado, modulado conforme o gosto do dia, o corpo se equivale ao homem, no sentido em que, se modificando as aparências, o próprio homem é modificado” (LE BRETON, 2017, p. 87), inserindo-o no chamado culto ao corpo ou corpolatria: “as solicitações contemporâneas para que os indivíduos modifiquem a sua aparência, na tentativa de se adaptar aos padrões midiáticos, envolvem as pessoas no culto ao corpo – uma das grandes expressões humanas da atualidade” (COUTO, 1998, p. 128). A corpolatria ou culto ao corpo se manifesta nos chamados “padrões de beleza” ou “corpos perfeitos” que ostentam “os estereótipos da beleza, as regras capazes de garantir a saúde corporal e as diversas técnicas disponíveis para que cada um administre a metamorfose adequada de sua imagem”, servindo “como padrão de referência estética” (ibidem) e excluindo aqueles que não se inserem no referido padrão.

Cabe aqui um questionamento que também fora feito por Carmo (1988, p. 07): essa corpolatria “existe para atender qual tipo de corpo? Temos claro que isto não surgiu em função do corpo, mas em função do poder exercido sobre o corpo”, que o coisifica, pirateia, reduz a moeda de troca, a mercadoria. Mas, se pensarmos que “não somos nosso corpo, temos nosso corpo”, como propôs este autor (ibidem), compreenderemos que não recebemos passiva e acriticamente os ditames da corpolatria, mas mantemos um controle sobre nosso corpo, sobre o corpo que temos e que mostramos aos outros.

Neste sentido, embora cada um construa sua imagem “a partir do mesmo material do qual as outras pessoas já construíram a sua identificação⁸ pessoal e social”, cada pessoa “tem uma considerável liberdade em relação àquilo que elabora” (GOFFMAN, 2004, p 91) e “cada ator empenha-se em controlar a imagem que dá ao outro” (LE BRETON, 2017, p. 47).

Portanto, entendo a imagem corporal como sendo “uma construção multidimensional que descreve amplamente as representações internas da estrutura corporal e da aparência física, em relação a nós mesmos e aos outros” (DAMASCENO

⁸ **Identificação:** Esse conceito que descreve o processo pelo qual nos identificamos com os outros, seja pela ausência de uma consciência da diferença ou da separação, seja como resultado de supostas similaridades (...) O conceito de identificação explica a forte ativação de desejos inconscientes relativamente a pessoas ou a imagens, fazendo com que seja possível nos vermos na imagem [do outro ou que o outro tem] (SILVA; HALL; WOODWARD, 2012, p. 18).

et al., 2005, p. 181). Construção essa que se dá mediante a interferência direta de diferentes variáveis, quais sejam: “sexo, idade, meios de comunicação, bem como pela relação do corpo com os processos cognitivos como crença, valores e atitudes inseridos em uma cultura” (ibidem), e que se comunicam esteticamente através do plano visual, do visível (GREIMAS, 2002).

Segundo Alves e Duarte (2008, p. 148), o “processo de construção de nossa imagem corporal é constante. Estamos a todo o momento destruindo-a para reconstruí-la, sendo a destruição apenas uma fase do processo de construção”, a partir de “eventos diários que igualmente contribuem para a sua construção” (CAMPOS; AVOGLIA; CUSTÓDIO, 2007, p. 29), e a cultura tem importante papel nesse processo. Russo e Toledo (2006, p.7) mostram que “cada cultura constrói sua imagem de corpo e essas imagens se instituem como maneiras próprias de ver e de viver o corpo”. Assim, a imagem corporal poderia ser facilmente compreendida como produto cultural, isto é, a incorporação de algo que vem de fora para dentro, constituindo uma espécie de mapa do nosso eu, uma espécie de armadura que configura a “identidade corporal e possibilita uma contínua reconstrução para adaptações às mudanças corporais ao longo da vida e para transformações que permitem ao sujeito re-significar suas experiências” (RIBEIRO; TAVARES, 2011, p. 94).

Santos (2001, p. 79) amplia este pensamento afirmando que “os nossos corpos são os nossos eus; eles são mapas de poder e identidade”. Deve-se esclarecer, porém, que nossa identidade, “não é fixa, estável, coerente, unificada, permanente. A identidade tampouco é homogênea, definitiva, acabada, idêntica, transcendental” (SILVA; HALL; WOODWARD, 2012, p. 96). Ela está em constante transformação, relação, performance, constituindo-se de diversas formas, adaptando-se, tornando-se outra ou outras, posto que é plural. Por isso, é melhor dizer nossas identidades⁹, em vez de identidade no singular.

⁹ “Uma identidade não é essencial, única, dada por natureza. Antes, ela é mutável, polimórfica, caleidoscópica (...) é uma construção cultural” (SANTOS, 2001, p. 79).

Sendo o corpo um mapa de poder e de identidades, ou seja, “um dos locais envolvidos no estabelecimento das fronteiras que definem quem nós somos, servindo de fundamento para a identidade” (SILVA; HALL; WOODWARD, 2012, p. 15), é ele dotado de subjetividades. A subjetividade, por sua vez, “envolve os pensamentos e as emoções conscientes e inconscientes que constituem nossas concepções sobre ‘quem nós somos’. (...) As posições que assumimos e com as quais nos identificamos constituem nossas identidades” (SILVA; HALL; WOODWARD, 2012, p. 55).

Nas identidades, as subjetividades se revelam e se alargam, e o corpo se torna livre para se comunicar, relacionar e interagir com outros corpos, evoluindo e modificando suas percepções (GOMES; CAMINHA, 2016, p. 416), as quais são fortemente demarcadas por questões culturais.

Para Braunstein e Pépin (1999), “o corpo na sua subjetividade, está sempre produzindo sentidos que representam sua cultura, desejos, paixões, afetos, emoções, enfim, o seu mundo simbólico”. Portanto, a Cultura, por sua vez, é o mapa que orienta o comportamento das pessoas na sociedade: é ela que instaura a “Natureza do Homem e tem a ver com as condições orgânicas e sociais que dialeticamente relacionadas lhe estão na base. Não há comportamento humano fora da Cultura” (RODRIGUES, 1975, p. 19). E o corpo porta em si as marcas dessa vida social e cultural, traduzidas no comportamento, “uma vez que a existência social humana pressupõe a passagem da ordem natural para a ordem cultural” (PINO, 2000, p. 47). Neste contexto, a imagem corporal seria a demonstração daquilo que já fora incorporado, e que se manifesta de dentro para fora.

Seja de origem interna ou externa, a imagem corporal, para os autores supramencionados, sempre será demarcada pela cultura, pela história e pelas relações sociais estabelecidas entre as pessoas: é cultural e histórica porque “traduz o longo processo de transformação que o homem opera na natureza e nele mesmo como parte dessa natureza. Isso faz do homem o artífice de si mesmo” (PINO, 2000, p. 51); e é social porque “o mesmo indivíduo desempenha a função de “eu” e de “outro” da relação. (...) o homem é uma pessoa social = um agregado de relações sociais incorporadas num indivíduo” (PINO, 2000, p. 72).

Como pessoa social, cada um internaliza as significações que os outros atribuem a seu eu e as ressignifica, posto que não é um processo passivo. Neste sentido, o outro e as relações estabelecidas com esse outro desempenham relevante

papel na construção, na destruição e na reconstrução da imagem corporal do indivíduo, pois, muitas vezes, determinam o que será internalizado e, simultaneamente, funcionam como os mediadores que permitirão essas internalizações (PINO, 2000). Ou seja, todo esse processo formativo da imagem corporal envolve aspectos inerentes a cada pessoa e as representações sociais com que se concebe, mas também abarca as relações interpessoais, a participação nas interações coletivas e as representações sociais que os outros lhe atribuem. Assim, dependem daquilo que os outros dizem que a pessoa é e daquilo que a pessoa faz com o que dizem a seu respeito.

5 ESTAMOS FALANDO SOBRE A INCLUSÃO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

...no movimento de inclusão social, espera-se e luta-se por uma sociedade que, tendo entendido o direito das pessoas diferentes e o valor da diversidade humana, se modifique para aceitá-las junto à população geral (SASSAKI, 1997, p. 105).

Considerando a mutabilidade e a multiplicidade da(s) identidade(s) e, conseqüentemente, da Imagem Corporal que cada um constrói em meio à diversidade humana, entronizo a discussão da Deficiência, já que é sobre a imagem corporal de pessoas com deficiência – no caso específico, de cadeirantes – que esse estudo versa.

A fim de compreender o conceito Deficiência, dialogo, *a priori*, com Vygotsky (2001), que destaca a existência das deficiências primária e secundária. A primária refere-se às limitações de ordem biológica, como as lesões no cérebro, má formação orgânica e alterações cromossômicas. Já a deficiência secundária consiste nas conseqüências psicossociais da deficiência, pois resulta da forma como os indivíduos reagem sobre a deficiência primária, sejam essas reações próprias das pessoas que possuem a deficiência, sejam das demais que convivem com ela. Foi justamente o interesse pelo entendimento dessa concepção da deficiência e da pessoa com deficiência que me fez voltar no tempo, para verificar como se deu o seu processo de inclusão social, o qual certamente repercute sobre o desenvolvimento de sua imagem corporal.

Convém esclarecer que concebo neste estudo a inclusão social como um movimento surgido na década de 1980, que ganhou fôlego na década seguinte, mas, somente se tornou mundial no início do Século XXI, com objetivos que visam a uma sociedade igualitária permeada por princípios inclusivistas, ou seja, uma sociedade para todos, que acolhe a diversidade, luta pelos direitos de todos e respeita as diferenças, conforme aponta Sasaki (1997, p. 16): “celebração das diferenças, direito de pertencer, valorização da diversidade humana, solidariedade humanitária, igual importância das minorias, cidadania com qualidade de vida”.

Para tanto, torna-se imprescindível que se conheçam bem os conceitos inclusivistas de autonomia, independência e empoderamento¹⁰, segundo os quais a pessoa com deficiência é capaz de tomar as próprias decisões, sendo senhora da própria vida e fazendo as próprias escolhas. Da mesma forma, é mister que se participe ativamente da “construção de uma sociedade que seja realmente para todas as pessoas, independentemente de sua cor, idade, gênero, tipo de necessidade especial e qualquer outro atributo pessoal” (SASSAKI, 1997, p. 26). Uma sociedade que equipare as oportunidades para todos, de modo que realmente todos “possam ter acesso a todos os serviços, bens, ambientes construídos e ambientes naturais, em busca da realização de seus sonhos e objetivos” (idem, p. 39). Contudo, cabe ressaltar que “na sociedade inclusiva ninguém é bonzinho. Ao contrário. Somos apenas cidadãos responsáveis pela qualidade de vida do nosso semelhante, por mais diferente que ele seja ou nos pareça ser. Inclusão é, primordialmente, uma questão de ética” (WERNECK, 1997, p. 21).

Poderia parecer, hodiernamente, que esta é uma luta pelo óbvio, lutar por uma sociedade para todos, pelo que somos. Mas não é, principalmente quando se analisa historicamente a inserção social da pessoa com deficiência, a qual é demarcada fortemente pelo seu oposto direto: a exclusão.

5.1 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA

O “deficiente”, o “diferente”, o incomum, existe e este é o homem com quem devemos nos relacionar. Ele, antes de ser visto como “deficiente”, precisa ser entendido em sua essência enquanto homem que faz história. O fato dele estar trabalhando, estudando ou se divertindo entre as demais pessoas, não significa que deixou de ser homem e “deficiente”. Seu estigma é histórico e como tal somente a história conseguirá superá-lo, cabendo-nos tomar essa história nas mãos e construir uma nova relação entre os homens (CARMO, 1991, p. 126).

¹⁰ Autonomia é a condição de domínio no ambiente físico e social, preservando ao máximo a privacidade e a dignidade da pessoa que a exerce. (...) Independência é a faculdade de decidir sem depender de outras pessoas, tais como: membros da família ou profissionais especializados. (...) Quando alguém sabe usar o seu poder pessoal, dizemos que ele é uma pessoa empoderada (SASSAKI, 1997, p. 35;37).

Inicialmente, destaco a ampla nomenclatura relacionada à pessoa com deficiência. Ao longo do tempo, diversas designações, de etimologias as mais distintas, sempre atribuíram à pessoa com deficiência um sentido pejorativo, estigmatizante, atrelado à inferioridade, à ausência, ao esdrúxulo, ao feio:

Inválido, minusválido, deficiente, déficient, handicapé, anormal, handicapped person, disable person, anusual person, special people, descapacitado, indivíduo de capacidade reduzida, indivíduo de capacidade limitada, incapacitado, impedido ou minorado... O que apresenta anomalia, deficiência, déficit, invalidez, atraso, inadaptación, transtorno e dificultad, anomalie, déficience, infirmité, arriération, inadaptation, perturbation, trouble, désordre e dificulte, abnormality, atypicality, impairment, retardation, disturbance, maladjustment e difficult (SOMBRA, 1983, p. 42).

Nos finais do Século XX, porém, outras terminologias começaram a ser adotadas na literatura¹¹ e nos eventos científicos relacionados à pessoa com deficiência, a fim de evitar que fosse designada como **deficiente** ou se usasse o termo **deficiência** propriamente dito – palavras consideradas pejorativas ou desagradáveis. Dentre as outras nomenclaturas, destacam-se as expressões: pessoas portadoras de necessidades especiais; pessoas com necessidades especiais; e portadores de necessidades especiais. “Todavia, ‘necessidades especiais’ não deve ser tomado como sinônimo de ‘deficiências’ (mentais, auditivas, visuais, físicas ou múltiplas)” (SASSAKI, 1997, p. 14).

Acontece que a designação “pessoas portadoras de necessidades especiais” também é considerada ultrapassada, uma vez que quem porta, leva algo. A deficiência não é algo a ser portado, a ser levado. É uma condição que a pessoa possui. Por isso, na atualidade, adota-se a expressão “pessoa com deficiência”, dando ênfase ao que ela é, uma pessoa, e sinalizando a condição que ela tem, a deficiência. Condição essa que representa um modo distinto de ser e estar no mundo, conforme salientam Diniz, Barbosa e Santos (2010).

Além disso, quando se fala em pessoas com necessidades especiais, não somente se está referindo às pessoas com deficiência, mas se englobam as gestantes

¹¹ Por conta disso, aparecem nas citações diretas deste texto diferentes designações referentes à pessoa com deficiência.

e lactantes, idosos, cardíacos, asmáticos e outras pessoas com doenças as mais diversas, além das pessoas com deficiência, incluindo-se neste grupo, segundo Sasaki (1997): deficiências mental, física, auditiva, visual e múltipla; autismo; dificuldades de aprendizagem; insuficiências orgânicas; superdotação; problemas de conduta; distúrbio de déficit de atenção com hiperatividade, distúrbio obsessivo compulsivo, síndrome de Tourette; distúrbios emocionais; transtornos mentais.

Este autor também destaca que, na mídia televisiva, quando o tema da deficiência passou a ser inserido, as terminologias comumente utilizadas eram inadequadas, pois estigmatizavam as pessoas, ajudando a estabelecer uma depreciação social e a reforçar a exclusão. Assim, usavam-se termos tais como: “‘quadriplégico’, ‘inválido’, ‘vítima de paralisia cerebral’, ‘surdo-mudo’, ‘mongoloide’, ‘criança normal’, ‘retardado mental’, ‘sofre de epilepsia’, **‘preso ou confinado ou condenado à cadeira de rodas**”¹² (SASSAKI, 1997, p. 152, grifo nosso).

Todas essas nomenclaturas, embora tenham em comum uma inadequação decorrente do caráter pejorativo, denotam que é difícil para nossa sociedade compreender a pessoa com deficiência, pois este conceito se constitui de ambivalências, ambiguidades e transgressões às ideias usuais de designação do humano. Le Breton (2017, p. 75) explica que a pessoa com deficiência é um “homem do meio-termo. O mal-estar que suscita vem igualmente da falta de clareza que cerca sua definição social. Ele nem é doente, nem é saudável; nem morto, nem completamente vivo; nem fora da sociedade, nem dentro dela, etc.” Entretanto, o autor destaca que, embora sua humanidade não seja posta em questão, a pessoa com deficiência “transgride a ideia habitual de humano. A ambivalência que a sociedade mantém a seu respeito é uma espécie de réplica à ambiguidade da situação, a seu caráter durável e intocável” (LE BRETON, 2017, p. 75).

Fazendo uma contextualização histórica, percebemos que tanto essas muitas terminologias quanto as ambiguidades conceituais são as representações sociais que cada época mantinha acerca da deficiência e das pessoas com deficiência. Assim, em boa parte dos períodos históricos e para muitos povos, a representação social da deficiência era de natureza religiosa, associando a deficiência a castigos divinos, obra de maus espíritos ou consequência de algum pecado cometido: “Entre os Hebreus,

¹² Expressão que parece ainda permear o imaginário de muitas pessoas.

por exemplo, toda doença crônica ou deficiência física, ou qualquer deformação corporal simbolizava impureza ou pecado” (CARMO, 1991, p. 26).

Silva (2015) corrobora, destacando que desde as civilizações antigas as pessoas com deficiência eram discriminadas e estigmatizadas, sendo reconhecidas como pessoas degeneradas e repulsivas, causadoras de grandes transtornos sociais e, por isso mesmo, deveriam ser abolidas das comunidades a que pertenciam. Como exemplos, temos os registros sobre a sociedade espartana, na Antiga Grécia, e sobre os antigos povos chineses, cujos documentos da época atestam que se habituava matar as crianças que nascessem com algum tipo de deficiência. “Estes povos entendiam que as pessoas com deficiência eram consideradas subumanas e malformadas, tendo as famílias o aval do estado para matar ou abandoná-las à própria sorte” (SILVA, 2015, p. 21), uma vez que, quando adultas, não seriam úteis como soldados guerreiros.

Augustin (2012, p. 02) narra que, no período pré-cristão, iniciado “no Império Romano, os movimentos de humanização e caridade à pessoa com deficiência foram pregados a partir das passagens bíblicas que sugeriam o respeito e a ajuda”. Neste modelo caritativo da deficiência, a prática da caridade era considerada como forma de redenção e, por isso, culturas de origem cristã começaram a exercitá-la, já que o próprio Jesus Cristo realizou nessas pessoas inúmeros milagres de cura, conforme diversos relatos bíblicos, ajudando-as e dando este exemplo aos seus seguidores para que fizessem o mesmo. “O modelo caritativo percebe a pessoa com deficiência como vítima merecedora de caridade e de ajuda. A pessoa com deficiência é vista como tendo uma vida trágica e sofrida”, cujos cuidadores são os únicos responsáveis pelo cuidado e prestação de serviços, decidindo inclusive qual o tipo de atendimento que a pessoa com deficiência deveria receber. Este modelo reforçava a autopercepção da pessoa como necessitada, e dos seus pares em relação a ela como coitadinha, e ainda sustentava a concepção da imagem corporal das pessoas com deficiência como disformes, aberrações, monstruosas, feias.

Já na Idade Média, os europeus representavam socialmente as deficiências como sendo espécies de punições ou castigos divinos, ou ainda possessões demoníacas e, na maioria das vezes, a morte também era decretada àqueles que as possuíssem. As pessoas que escapassem estariam condenadas a viverem da caridade alheia, permanecendo à margem da sociedade. Povos do continente americano pensavam de forma semelhante. Há registros de que povos esquimós

canadenses que viveram entre os séculos XVII e XVIII abandonavam idosos e pessoas com deficiência de qualquer tipo “em locais propícios e próximos dos pontos onde todos sabiam ser a área de convergência contínua e de aparecimento dos ursos brancos, para serem por eles devorados” (CARMO, 1991, p. 26). Outros registros narram que os povos indígenas Ajores que viviam entre o Paraguai e a Bolívia, “eliminavam os recém-nascidos com deficiências, ou mesmo aqueles indivíduos (...) que devido às circunstâncias ficaram deficientes eram enterrados vivos, por solicitações próprias ou mesmo contra suas vontades” (ibidem).

Foi a partir da Renascença (Séculos XVII e XVIII), com toda a sua influência e inovação artística, tecnológica e científica, que essa representação social de natureza religiosa europeia cedeu lugar à ciência. Com isso, as pesquisas vindouras que tematizavam a deficiência passaram a se inserir no paradigma médico, geralmente versando sobre suas causas, origens e características, e as pessoas com deficiência já não mais eram condenadas à pena de morte.

Entretanto, mesmo com o direito à vida garantido, era uma vida marcada pela exclusão social, tendo a “**sociedade como fonte geradora da deficiência**, isto é, ela gera e discrimina o que criou” (CARMO, 1991, p. 68, grifo do autor). As pessoas com deficiência não tinham direito à educação, por exemplo. Ensinar-lhes era proibido, pois eram consideradas pessoas “não educáveis” (SILVA, 2015, p. 27). Logo, as pessoas com deficiência eram excluídas das instituições educacionais.

Também no período feudal, as pessoas com deficiência eram separadas da comunidade “quando apresentavam doenças desconhecidas ou transmissíveis. Nos casos de anomalias causadas por traumatismo de guerra¹³, distúrbios genéticos ou acidentes em geral (castigos, torturas etc.)” (CARMO, 1991, p. 54). Assim, essas pessoas ficavam perambulando pelas ruas, pedindo para sobreviverem.

Segundo Silva (2015, p. 23), somente após o término da “Segunda Guerra Mundial começaram a surgir pesquisas no contexto da reabilitação de pessoas com deficiência”, as quais objetivavam descobrir meios “de prevenção de distúrbios secundários” e a “reabilitação social, física e psíquica” da pessoa com deficiência, por conta da grande quantidade de mutilados de guerra. Os meios de reinserção social, dentre os quais destacam-se os esportes, motivaram o surgimento das primeiras

¹³ Dentre as quais, insere-se a deficiência física adquirida.

escolas especiais, as quais eram voltadas para as necessidades de cada tipo de deficiência.

Como se observa, essas pessoas eram declaradas doentes e, por isso, precisavam ser reabilitadas. Essa concepção de deficiência como doença, a qual gerava discriminação e exclusão, fundamentava o modelo médico da deficiência, segundo o qual as pessoas com deficiência são consideradas “dependentes do cuidado de outras pessoas, incapazes de trabalhar, isentos dos deveres normais, levando vidas inúteis, como está evidenciado na palavra ainda comum ‘inválido’ (‘sem valor’, em latim)” (SASSAKI, 1997, p. 27).

Segundo o mesmo autor, devido ao modelo médico da deficiência, a sociedade não sentia a necessidade de se ajustar para incluir as pessoas com deficiência, até porque não compreendia que elas mesmas poderiam buscar seu desenvolvimento, ou não as concebia como autônomas e independentes. Ao contrário, eram as pessoas com deficiência que deveriam “melhorar” para que se tornassem compatíveis aos padrões que a sociedade considerava aceitáveis.

Assim, embora as pessoas com deficiência tivessem passado a contar com espaços especializados para seu atendimento, naquele contexto permaneciam segregadas do restante da sociedade, pois ainda eram representadas socialmente como inaptas a conviverem com as pessoas consideradas “normais”, principalmente quando o atendimento era relacionado à área educacional. Embora prevista desde a primeira Constituição do Brasil (1824), a educação para pessoas com deficiência não era inclusiva, e escancarava ainda mais as desigualdades: “educadores abriram classes especiais, instituições, oficinas etc. separadas da educação regular. Estas consagravam as ‘diferenças’” (JANNUZZI, 2004, p. 136). Entretanto, é justo que se diga que muitas destas iniciativas “conseguiram desenvolver nos ditos excepcionais habilidades que nem sempre a escola regular dava conta” (ibidem).

Sassaki (1997, p. 152) também afirma que as pessoas com deficiência sempre eram tratadas indevidamente pelas instituições e pela mídia, pois as representavam socialmente com “uma imagem de coitadinho, triste, inútil, assexuado, abandonado por Deus, trágico, doente etc.”.

Portanto, não é recente a redução da deficiência ao contexto da “doença, peso ou problema, transformando as pessoas em incapazes” (DINIZ, 2015, p. 29), tendo essa representação social de estigma. Por estigma entenda-se a “situação do

indivíduo que está inabilitado para a aceitação social plena” (GOFFMAN, 2004, p. 04), ao qual se deveria dizer como ele deveria ser.

Assim, a própria “diferença é transformada em estigma” (LE BRETON, 2017, p. 72), independentemente de essa diferença ser decorrente da presença de alguma deficiência ou não. E quando a sociedade reconhece a deficiência como estigma, compreende conseqüentemente que as pessoas estigmatizadas são “corpos que estão fora dos ‘padrões da normalidade’ (física, fisiológica, comportamental e social), e que necessitam de superação e compreensão dos ditos ‘normais’ para serem aceitas” (DUARTE; LIMA, 2003, p. 95). É como se “em sua essência o homem fosse um ser ‘deficiente’ ao invés de ‘ter’ uma deficiência” (LE BRETON, 2017, p. 73-4). Portanto, parece que “os estigmas são fundamentais para a perpetuação da ordem estabelecida, principalmente porque existem para preservar e reproduzir a noção de ser humano normal” (CARMO, 1988, p. 06). A própria representação social de normalidade já é uma forma velada de discriminação, porque o que é “normal” existe para ser diferente do “anormal”.

Não raras vezes, essa representação social acaba sendo incorporada, internalizada pelas próprias pessoas com deficiência de tanto a ouvirem, sentirem e experienciarem, e, conseqüentemente, muitas “têm-se identificado mais enquanto ‘deficientes’ do que enquanto homens” (CARMO, 1991, p. 101). Assim, é comum no Brasil representar socialmente a deficiência como falta de eficiência, ou seja, a pessoa com deficiência seria aquela que apresentasse alguma “incapacidade para realizar gestos, atividades ou comportamentos considerados ‘normais’ para a maioria dos indivíduos” (CARMO, 1991, p. 89).

Foi justamente pela superação dessa representação social que, no Brasil, em 2008, publicou-se a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (PNEEPEI), documento resultante dos movimentos mundiais pró-inclusão, e que culminou com a publicação do Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei Nº 13.146), em 2015.

A fim de contextualizar essas ações, construí o Quadro 14 a partir das informações contidas na PNEEPEI e nas obras de Jannuzzi (2004), Duarte e Lima (2003) e Silva (2015), dentre outras fontes, que elencam os marcos que constituem o Histórico do Paradigma Inclusivo no Brasil. Esse paradigma se fundamenta na “concepção de direitos humanos, que conjuga igualdade e diferença como valores

indissociáveis, e que avança em relação à ideia de equidade formal ao contextualizar as circunstâncias históricas da produção da exclusão” (BRASIL, 2008, p. 01).

Quadro 10 – Histórico do Paradigma Inclusivo no Brasil

DATA	AÇÃO	OBJETIVO
1854	Criação do Imperial Instituto dos Meninos Cegos, atual Instituto Benjamin Constant – IBC	Atender a cegos (BRASIL, 2008).
1857	Criação do Instituto dos Surdos Mudos, hoje denominado Instituto Nacional da Educação dos Surdos – INES	Atender à comunidade surda (BRASIL, 2008).
1926	Fundação do Instituto Pestalozzi	Atender às pessoas com deficiência mental (BRASIL, 2008).
1950	Fundação da Associação de Assistência à Criança Defeituosa (AACD). Atualmente, o “D” se refere a “Deficiente”	Atender a pessoas com paralisia cerebral, deficiências físicas e pacientes com problemas de cunho ortopédico (SILVA, 2015).
1954	Fundação da primeira APAE	Atender a pessoas com múltiplas deficiências (https://apae.com.br/).
1961	Lei nº 4.024	Apontar o direito dos “excepcionais” à educação, preferencialmente dentro do sistema geral de ensino (BRASIL, 2008, p. 02).
1964	Fundação do Instituto de Educação Emendativa ¹⁴ da Fazenda do Rosário	Atender a deficientes mentais, portadores de deficiência múltipla e deficientes auditivos (JANNUZZI, 2004).
1967	Fundação da Escola Estadual de Ensino Emendativo	Atender a deficientes mentais, portadores de problemas da conduta, deficientes físicos, deficiências múltiplas, deficiência auditiva e deficientes visuais (JANNUZZI, 2004).
1971	Lei nº 5.692	Estabelecer “tratamento especial” para os estudantes com “deficiências físicas, mentais, os que se encontram em atraso considerável quanto à idade regular de matrícula e os superdotados” (JANNUZZI, 2004, p. 70).
1972	Fundação da Escola de Educação Emendativa Doutor Lage	Atender à deficiência mental e deficiências múltiplas (JANNUZZI, 2004).
1973	Criação do Centro Nacional de Educação Especial – CENESP	Gerenciar a educação especial no Brasil (BRASIL, 2008).
1988	Constituição Federal	Estabelecer a “igualdade de condições de acesso e permanência na escola” (art. 206), bem como a oferta do atendimento educacional especializado, preferencialmente na rede regular de ensino (Art. 208) (BRASIL, 2008, p. 02).

¹⁴ A expressão ensino emendativo foi usada para designar as escolas especializadas no atendimento a pessoas com deficiência até a década de 1970, quando fora substituída paulatinamente pelo termo educação especial. “A expressão ensino emendativo, de *emendare* (latim), que significa corrigir falta, tirar defeito, traduziu o sentido diretor desse trabalho educativo em muitas das providências da época (...) a finalidade dessa educação ‘era suprir falhas decorrentes da anormalidade, buscando adaptar o educando ao nível social dos normais’ (apud SOARES, 1999)” (JANNUZZI, 2004, p. 70).

1989	Lei 7.853	Declarar crime “recusar, suspender, procrastinar (retardar), cancelar ou fazer cessar, sem justa causa, matrícula de pessoa com deficiência” (Art. 8º) (SILVA, 2015, p. 09).
1990	Declaração Mundial de Educação para Todos (Tailândia)	Influenciar a formulação das políticas públicas da educação inclusiva (BRASIL, 2008).
1994	Declaração de Salamanca ¹⁵ (Espanha)	Estabelecer que a educação inclusiva não é só uma questão de “acesso”, mas, principalmente, de qualidade. Ela representa um grande desafio para as escolas regulares, as quais devem considerar uma ampla diversidade de características e necessidades dos alunos, adotando um modelo de educação centrada na criança. Todos os alunos devem aprender juntos, independentemente de suas dificuldades e diferenças (DUARTE; LIMA, 2003, p. 96).
1994	Publicação da Política Nacional de Educação Especial	Orientar o processo de “integração instrucional” que condiciona o acesso às classes comuns do ensino regular àqueles que “(...) possuem condições de acompanhar e desenvolver as atividades curriculares programadas do ensino comum, no mesmo ritmo que os estudantes ditos normais” (BRASIL, 2008, p. 03).
1996	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, Lei nº 9.394/96	Preconizar que os sistemas de ensino devem assegurar aos estudantes currículo, métodos, recursos e organização específicos para atender às suas necessidades; assegura a terminalidade específica àqueles que não atingiram o nível exigido para a conclusão do ensino fundamental, em virtude de suas deficiências (Art. 59) (BRASIL, 2008, p. 03).
1997	II Congresso Brasileiro e I Encontro Latino-Americano sobre Síndrome de Down, em Brasília	Discutir a inclusão de pessoas com deficiência na educação geral brasileira (SASSAKI, 1997).
1999	Decreto nº 3.298	Definir a educação especial como uma modalidade transversal a todos os níveis e modalidades de ensino, enfatizando a atuação complementar da educação especial ao ensino regular (BRASIL, 2008, p. 03)
2001	Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica, Resolução CNE/CEB nº 2/2001	Estabelecer que os sistemas de ensino devem matricular todos os estudantes, cabendo às escolas organizarem-se para o atendimento aos educandos com necessidades educacionais especiais, assegurando as condições necessárias para uma educação de qualidade para todos (Art. 2º) (BRASIL, 2008, p. 04).
2001	Plano Nacional de Educação – PNE, Lei nº 10.172/2001	Estabelecer que “o grande avanço que a década da educação deveria produzir seria a construção

¹⁵ A declaração de Salamanca foi um dos principais documentos relacionados às práticas educativas inclusivas. Seus “princípios norteadores são: o reconhecimento das diferenças, o atendimento às necessidades de cada um, a promoção da aprendizagem, o reconhecimento da importância da escola para todos e a formação de professores com a perspectiva de um mundo inclusivo, onde todos têm direito a participação na sociedade, em busca da realização do mais alto nível de democracia” (LIMA, 2001, p. 40). Assim sendo, “o paradigma da inclusão, ratificado na Declaração de Salamanca em 1994, abriu possibilidades para uma Educação integral, em que alunos com deficiência pudessem ser educados lado a lado com alunos sem deficiência” (SILVA, 2015, p. 09).

		de uma escola inclusiva que garanta o atendimento à diversidade humana” (BRASIL, 2008, p. 04).
2001	Convenção da Guatemala (1999), promulgada no Brasil pelo Decreto nº 3.956/2001	Estabelecer que as pessoas com deficiência têm os mesmos direitos humanos e liberdades fundamentais que as demais pessoas, definindo como discriminação com base na deficiência toda diferenciação ou exclusão que possa impedir ou anular o exercício dos direitos humanos e de suas liberdades fundamentais (BRASIL, 2008, p. 04).
2003	Programa Educação Inclusiva: direito à diversidade	Apoiar e orientar a transformação dos sistemas de ensino em sistemas educacionais inclusivos (BRASIL, 2008, p. 04).
2004	Decreto nº 5.296/04 regulamentou as Leis nº 10.048/00 e nº 10.098/00	Estabelecer normas e critérios para a promoção da acessibilidade às pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida (BRASIL, 2008, p. 04).
2007	Plano de Desenvolvimento da Educação – PDE, reafirmado pela Agenda Social	Superar a oposição entre educação regular e educação especial (BRASIL, 2008, p. 04).
2007	Convenção sobre os direitos das Pessoas com Deficiência, realizada em 30 de março de 2007.	Promover, proteger e assegurar o exercício pleno e equitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência e promover o respeito pela sua dignidade inerente (BRASIL, 2009, p. 01).
2008	Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva	Acompanhar os avanços do conhecimento e das lutas sociais, visando constituir políticas públicas promotoras de uma educação de qualidade para todos os alunos (BRASIL, 2008, p. 05).
2011	Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limite	“Implementar novas iniciativas e intensificar ações que, atualmente, já são desenvolvidas pelo governo em benefício das pessoas com deficiência (BRASIL, 2011, p. 04).
2015	Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015 – Estatuto da Pessoa com Deficiência	Estabelecer que “toda pessoa com deficiência tem direito à igualdade de oportunidades com as demais pessoas e não sofrerá nenhuma espécie de discriminação” (art. 4º) (BRASIL, 2015, p. 01).

Elaboração: ANDRADE (2020)

Embora represente a culminância de todas essas ações, a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, Lei Nº 13.146, de 06 de julho de 2015, reconhece a pessoa com deficiência como aquela que sofre limitações e impedimentos de diferentes naturezas, seja “física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas” (BRASIL, 2015, p. 01).

Logicamente, reconheço a importância e os ganhos provenientes dessa legislação, cujo objetivo é “assegurar e promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais para a pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania” (BRASIL, 2015, p. 01, Art. 01). No entanto,

preciso demarcar que, ao longo dos seus 127 (cento e vinte e sete) artigos, a referida Lei – também conhecida como Estatuto da Pessoa com Deficiência – versa essencialmente sobre as regulamentações referentes à superação dos entraves e dificuldades que a pessoa com deficiência enfrenta. Na Lei, a pessoa com deficiência é colocada como problemática ou como pessoa que está sempre à parte; e a deficiência é concebida como limitação, perda, impedimento. Assim sendo, a Lei acaba propondo que a pessoa com deficiência deva ser INTEGRADA, em vez de efetivamente ser INCLUÍDA.

À *priori*, a ideia de integração pode parecer puramente positiva, e diretamente relacionada à inclusão. Entretanto, Carmo (1991) é contundente ao afirmar que a corrente integracionista é segregacionista, da mesma forma que os defensores do pensamento segregacionista acabam por ser integracionistas “quando tentam agrupar as pessoas diferentes entre si (...) tanto uma como outra corrente não leva em conta as formas como os homens se relacionam para produzirem a sociedade e a si próprios” (CARMO, 1991, p. 125).

Isso porque a Integração se refere ao processo de adaptação da pessoa para que possa ser inserida na sociedade, ou seja, cabe ao indivíduo se moldar para pertencer ao grupo social, à comunidade, sem que ela precise se ajustar para recebê-lo.

Essa ideia de integração, proveniente do modelo médico da deficiência, objetivou eliminar as práticas exclusivistas que se impuseram sobre as pessoas com deficiência por tanto tempo, representando-as socialmente como pessoas “inválidas, sem utilidade para a sociedade e incapazes para trabalhar, características estas atribuídas indistintamente a todos que tivessem alguma deficiência” (SASSAKI, 1997, p. 29-30).

Mesmo representando um avanço, pois minimizava as práticas excludentes inserindo as pessoas com deficiência na sociedade, a proposta integracionista era unilateral, posto que cabia apenas a essas pessoas e a seus convivas buscarem se adaptar à sociedade. Faltava o outro lado, a contrapartida, a qual é estabelecida por meio da inclusão.

Portanto, a “Inclusão é o processo pelo qual a sociedade se adapta para poder incluir, em seus sistemas sociais gerais, pessoas com necessidades especiais” (RIBEIRO, 2001, p. 34) e vice-versa. Essa perspectiva se pauta no modelo social da deficiência, e preconiza que as pessoas com deficiência, “ainda excluídas, e a

sociedade buscam, em parceria, equacionar problemas, decidir sobre soluções e efetivar a equiparação de oportunidades para todos” (SASSAKI, 1997, p. 39). Portanto, para que todas as pessoas sejam incluídas, tenham elas alguma deficiência ou não, é mister que a sociedade se modifique e compreenda “que é ela que precisa ser capaz de atender às necessidades de seus membros” (ibidem).

E se é para todos, a “inclusão não é colocar para dentro quem está fora, porque nesse caso estaríamos dizendo que dentro está ótimo, e não está”, como esclarece Werneck (2019, p. 21). A autora acrescenta: “A inclusão propõe uma revolução e seu público é to-do-mun-do.” E conclui fazendo uma crítica, dizendo que, de certa forma, pessoas historicamente excluídas estão em situação mais favorável do que “pessoas que tradicionalmente se sentem ‘incluídas’, porque esse último grupo está inconsciente, apegado à ideia de que não precisa das mudanças propostas por uma sociedade inclusiva” (WERNECK, 2019, p. 21).

Para tanto, é emergencial que se repense a sociedade, transformá-la, não só em termos estruturais, ambientais e tecnológicos, mas transformar a própria mentalidade das pessoas que a constituem, sejam elas com ou sem deficiência. Ou seja, faz-se urgente a prática de uma acessibilidade atitudinal, pois, conforme afirmam Ponte e Silva (2015, p. 262), “as atitudes da sociedade podem ser facilitadoras do processo de inclusão, pois poderão integrar na sociedade o sujeito com deficiência”. E isso começa pela educação.

A escola precisa privilegiar os conteúdos atitudinais e, dentre eles, a acessibilidade; precisa ser transformadora de mentalidades; logo, precisa também ser transformada, antes de qualquer outra instância. Se a escola não “alterar seus princípios, adeus sociedade inclusiva. Refiro-me aos princípios da inclusão que nada mais são do que os princípios da democracia. E não existe democracia sem educação, nem educação sem democracia” (WERNECK, 1997, p. 61). A educação é para todos. É direito de todos. E, segundo a autora, toda e qualquer criança pode e deve ser educada, e toda aprendizagem é legítima.

Portanto, segundo a pedagogia inclusiva, “em vez de pressupor que o aluno deva ajustar-se a padrões de ‘normalidade’ para aprender, aponta para a escola o desafio de ajustar-se para atender à diversidade de seus alunos” (JANNUZZI, 2004, p. 188). Assim, o processo inclusivo tem sentido mais abrangente que o integrativo, englobando-o e acrescentando-lhe seu sentido inverso, e de acordo com Jannuzzi (2004, p. 180), “incluir não significa tornar o excepcional normal, mas que a ele sejam

oferecidas condições de vida idênticas às que outras pessoas recebem”, sendo aceito com sua deficiência, e ensinando-o a “conviver com sua deficiência. Ensiná-lo a levar uma vida tão normal quanto possível, beneficiando-se das ofertas e das oportunidades existentes nas sociedades em que vivem” (ibidem).

Dito isso, justificamos a afirmação anterior de que o Estatuto da Pessoa com Deficiência se preocupa mais com a integração do que com a inclusão. Assim, a Lei deixa de assumir a relevante postura de reconhecimento de que a pessoa com deficiência é uma pessoa como qualquer outra que pertence à sociedade, cheia de possibilidades, potencialidades e particularidades que a tornam diferente das outras pessoas com deficiência e das outras pessoas que não têm ou não parecem ter nenhuma deficiência, e privilegia em seu texto o enaltecimento da limitação, como sendo a diferença que torna a pessoa diferente.

Mas, como bem diz Silva (2002, p. 66), “a diferença não tem nada a ver com o diferente. A redução da diferença ao diferente equivale a uma redução da diferença à identidade”. Sousa e Nascimento (2013, p. 20377-8) explicam melhor esse posicionamento, afirmando que quando se compreende diferença por diferente, “posicionam-se essas identidades, marcas, atitudes de categorização e diminuição de alguns traços e marcas negativas, oferece a ideia de ‘norma’, de ‘normal’, do que é pensado como ‘correto’, ‘positivo’, ‘melhor’, etc.”

Outra questão que a referida Lei suprime é justamente aquela de que trata este estudo: não há menção em nenhum artigo ou capítulo relacionada às questões da imagem corporal das pessoas com deficiência, nem mesmo nas sessões que tematizam a Saúde e a Educação (Capítulos III e IV, respectivamente) que, geralmente, são as áreas em que se inserem tais discussões.

Essa ausência, entretanto, é compreensível por ser consonante com “o conjunto da obra”, por mais que não seja aceitável. Se o texto da Lei integralmente se reporta à pessoa com deficiência por meio de questões técnicas, tecnológicas, laborais e objetivas, por que haveria de se preocupar com questões de ordem e natureza subjetivas, como é o caso da imagem corporal?

A preocupação legal é que se determine a obrigatoriedade da garantia ao acesso; não há interesse, portanto, se a pessoa com deficiência vai querer acessar espaços e equipamentos por conta dos níveis de satisfação que ela tenha para consigo mesma, com seu corpo. Isso é, literalmente, problema dela! Acontece entretanto que, segundo Alves et al. (2013, p. 606), quando a pessoa tem consciência

de sua diferença, a qual se corporifica e se evidencia na “aparência, forma, tamanho e funcionalidade, consegue transitar, adequadamente, pelos estados de ‘ser’ e ‘sentir-se’ deficiente significa que conseguiu realizar uma metamorfose que a capacita a refutar ou aceitar alguns atributos impostos socialmente”. A consequência disso é uma ruptura “com o referencial de identificação durante as interações sociais” (ibidem).

Portanto, as questões relacionadas à imagem corporal da pessoa com deficiência deveriam ter amparo legal sim, até porque, segundo Diniz (2015, p. 25), a “deficiência física por si só resulta em impactos negativos sobre a imagem corporal, colocando os sujeitos na posição de enfrentamento aos desafios à estima corporal e ao *feedback* negativo do outro devido a sua diferença física.” Para a autora, isto se deve ao fato de que as pessoas com deficiência têm, de um modo geral, dificuldades de se perceberem de forma mais positiva em relação a si mesmas, “a suas competências físicas, sociais e psicológicas, o que resulta muitas vezes, em constrangimentos à participação nas mais diversas atividades” da vida social.

Silva e Herzberg (2017, p. 107, grifo dos autores) corroboram com este posicionamento dizendo que a imagem corporal de pessoas com deficiência interfere diretamente em sua interação social: “a *imagem corporal* é uma unidade, unidade adquirida e não dada, e pode ser destruída”. E acrescentam que, por se tratar de “uma alteração em uma parte dele por uma doença ou mal físico não introduzirá modificações na imagem corporal apenas a essa parte; a mudança será geral”, pois será resultado de “novas relações consigo mesmo e com os outros”.

Portanto, a participação na vida social poderá ficar comprometida, pois mantém relação direta com as relações intra e interpessoais, que precisam estar bem resolvidas: “a imagem que o indivíduo tem de si e o seu sentimento com relação a esta imagem implica diretamente na maneira como o indivíduo vivenciará tais relações” (EIRAS et al., 2012, p. 95). Isto se evidencia ainda mais quando se trata de deficiência física adquirida, como por exemplo, em decorrência de uma amputação. Segundo Diniz (2015, p. 25), “O impacto da perda de um membro leva o indivíduo a vivenciar um processo de luto que pode ser comparado à perda de um familiar próximo”. E conclui dizendo que, conseqüentemente, contribui “para perda da autoestima e afeta o funcionamento social, pois houve alteração no instrumento que o sujeito utiliza para aprendizado no mundo”, ou seja, no corpo.

Há dois pontos que merecem destaque nessa declaração da autora: o luto pela perda do membro e a perda da autoestima. Refletindo sobre o primeiro, podemos

afirmar que não se trata de exagero falar em luto sobre um membro perdido, uma vez que a “amputação revela a morte real de uma parte de um corpo, bem como a morte simbólica de um estilo de vida, de uma forma de ser e de uma identidade” (DINIZ, 2015, p. 25). Com isso, o próprio corpo passa a ser um desconhecido, não pertence mais aos enquadramentos a que a pessoa social estava acostumada e implica “diferença, provocando uma modificação permanente na aparência do indivíduo e em sua autoimagem”, sendo necessário habituar-se a comportamentos novos, “adaptando-se e readaptando-se” a sua também “nova condição corporal” (ibidem). Essa condição de amputação de um ou mais membros, não raras vezes, ainda fomenta a ocorrência de membros fantasmas, isto é, a pessoa sente a presença do membro inexistente, e chega mesmo a esquecer que ele não está mais ali. “Quando uma perna é amputada, aparece um fantasma; o indivíduo ainda sente a perna e tem uma vívida impressão de que ela continua ali. Também pode esquecer sua perna e cair” (SCHILDER, 1980, p. 13).

Conseqüentemente ao luto pelo membro amputado e à ocorrência do membro fantasma, a pessoa pode sofrer abalos ou perda de autoestima (segundo ponto destacado), passando por um período – de breve a relativamente longo ou mesmo permanente – de vergonha de si mesma, e “o auto-ódio e a autodepreciação podem ocorrer quando somente ele e um espelho estão frente a frente” (GOFFMAN, 2004, p. 10).

De acordo com Diniz (2015, p. 21), “é justamente a autoestima uma variável central na imagem corporal, e definida como uma autoavaliação sumária do desempenho de um indivíduo nas áreas que ele quer realizar bem”. Essa avaliação que a pessoa faz e mantém em relação a si mesma implica sentimentos de valorização e afetividade, e se expressa sob a forma de “aprovação ou desaprovação de si próprio, porém a autoestima ultrapassa sentimentos implicando também o desenvolvimento de atitudes, onde uma elevada autoestima significa que o indivíduo se sente suficientemente bom, uma pessoa de valor”, que respeita a si mesmo e aos outros. Assim sendo, não significa “sentir-se superior aos outros. Por outro lado, um indivíduo com baixa autoestima está insatisfeito consigo mesmo, despreza-se e não se respeita” (ibidem).

Como se pode observar, tudo isso é muito relativo, estando na contingência do “pode ser”. Portanto, também é verdade que “pode não ser”, posto que são questões

subjetivas que pressupõem a individualidade de cada pessoa, suas vivências, histórias, memórias, concepções, compreensões e leituras de mundo, suas crenças, contradições, imaginários e imagens de si.

Assim, a imagem corporal de qualquer pessoa – tenha ela deficiência ou não – é um complexo labirinto de compreensões e experiências que se conectam e que se retroinfluenciam numa única intenção, a de responder à pergunta: o meu corpo sou eu? Bruaire (1972, p. 106) ajuda a entender este processo afirmando que:

Meu corpo para-mim nada mais é que o ser-para-si que eu sou. (...) o corpo é eu-mesmo, pois sou uma contradição imediata, feita de uma liberdade divina e presa ao mundo que eu sou condenado a superar, na impossibilidade de arrancar-me dele. Olhar sobre o mundo situado no mundo, eu sou o meu corpo: em mim, nem a linguagem, nem o desejo, nem a afetividade, nem o esforço, distinguem-se da minha liberdade nua, cuja singularidade é, absurdamente, indiscernível da minha vida individual.

Portanto, não se devem tecer generalizações, afirmando que toda pessoa com deficiência vive se predispondo à vitimização, isola-se ou “torna-se desconfiada, deprimida, hostil, ansiosa e confusa”, como consequência da estigmatização sofrida, conforme declara Goffman (2004, p. 14). Ao contrário, os opostos, as contradições que descobrimos em nossos corpos, tais como: “desconfortos e alegrias, medos e coragens, desejos e falta de apetite, emoção e razão” (ORTIZ, 2001, p. 49), dentre outras, fazem-nos assumir comportamentos e condutas diversos que compõem a universalidade do nosso “meu corpo para-mim”, de que fala Bruaire, ora imerso em insatisfações, ora repleto de orgulho de si, do que é, do que se tornou e do que pode vir a ser. Isso é do humano, é de qualquer pessoa, tenha ela deficiência ou não.

6 ESTAMOS FALANDO SOBRE DEFICIÊNCIA FÍSICA ADQUIRIDA

...llegan a conocer su cuerpo, que una cambiado, y reconstruyen una nueva corporalidad, desarrollan habilidades para mantener la salud e incorporan los aditamentos que deben utilizar como parte de ellos mismos (MORENO-FERGUSON; REY, 2012, p. 84)¹⁶.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de um bilhão de pessoas mantêm relação com o fenômeno da deficiência em todo o mundo. De acordo com Berri (2018, p. 27), pessoas com deficiência são aquelas que “apresentam a longo prazo impedimentos de natureza física, intelectual ou sensorial que, quando em interação com barreiras diversas, interrompem a participação plena na sociedade quando comparadas às condições das demais pessoas”.

Fazendo um recorte para a realidade brasileira, sabemos que, mediante dados do IBGE (2011), dos mais de 45 (quarenta e cinco) milhões de cidadãos que possuem alguma deficiência, “56,6% das deficiências são adquiridas, sendo 46% dessas consequências de acidentes com arma de fogo, 30% de acidentes de trânsito, e 24% outros” e se estima que “todos os meses 8 mil brasileiros adquirem alguma condição de deficiência” (BERRI, 2018, p. 27).

Aqui tratamos especificamente sobre a deficiência física que, de acordo com o Decreto-lei nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, é toda e qualquer

alteração parcial ou total de uma ou mais partes do corpo, gerando consequências na função física como: paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, amputações ou ausência de membros, paralisia cerebral, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho funcional do indivíduo. A estas alterações no corpo, referentes à condição da deficiência física (...) a OMS acrescenta a distrofia muscular, a epilepsia, a asma, a febre reumática e o diabetes (OLIVEIRA, 2006, p. 12).

Baseando-se neste mesmo documento, Berri (2018, p. 51) se incumbe de explicar brevemente cada tipo de deficiência física:

- Paraplegia: Perda total das funções motoras dos membros inferiores.

¹⁶ “Eles conhecem seu corpo, que mudou, e reconstroem um novo corpo, desenvolvem habilidades para manter a saúde e incorporam os apegos que devem usar como parte de si mesmos” (tradução nossa).

- Monoplegia: Perda total das funções motoras de um só membro (inferior ou posterior).
- Monoparesia: Perda parcial das funções motoras de um só membro (inferior ou posterior).
- Tetraplegia: Perda total das funções motoras dos membros inferiores e superiores.
- Triplegia: Perda total das funções motoras em três membros.
- Triparesia: Perda parcial das funções motoras em três membros.
- Hemiplegia: Perda total das funções motoras de um hemisfério do corpo (direito ou esquerdo).
- Hemiparesia: Perda parcial das funções motoras de um hemisfério do corpo (direito ou esquerdo).
- Amputação: Perda total ou parcial de um determinado membro ou segmento de membro.
- Ostomia: Intervenção cirúrgica que cria um ostoma (abertura, ostio) na parede abdominal para adaptação de bolsa de coleta; processo cirúrgico que visa à construção de um caminho alternativo e novo na eliminação de fezes e urina para o exterior do corpo humano (colostomia: ostoma intestinal; urostomia: desvio urinário).
- Paralisia Cerebral: Lesão de uma ou mais áreas do sistema nervoso central, tendo como consequência alterações psicomotoras, podendo ou não causar deficiência mental.

Podendo ser de origem congênita (nascimento) ou adquirida, a deficiência física gera implicações marcantes sobre a imagem corporal das pessoas. No entanto, consideramos que a deficiência física adquirida exerça abrupta e inesperadamente ainda maiores modificações na imagem corporal do que a congênita, porque a deficiência física quando adquirida, seja em decorrência de acidentes, patologias ou pelo processo natural de envelhecimento, “pode ser vivenciada como uma ‘morte em vida’, pois a perda de um movimento ou um desfiguramento alterarão a potencialidade do sujeito, tanto na sua vida pessoal/afetiva quanto profissional” (OLIVEIRA, 2006, p. 18).

Por conta disso, a deficiência física adquirida é também chamada de deficiência traumática, e não somente porque decorre de traumas como “acidentes ou doenças na idade adolescente ou adulta” (CARMO, 1991, p. 100). É traumática porque, de acordo com Alves e Duarte (2010, p. 1), “causa uma mudança abrupta na imagem corporal do deficiente físico. Ele se vê de um dia para o outro com a imagem corporal alterada, e em vista disso precisa reestruturá-la.” Sernaglia, Duarte e Dalla Déa (2010, p. 02) explicam que após um trauma e consequente aquisição de alguma deficiência, a pessoa “passa por um processo de desconstrução física, social e psicológica, tendo que se adequar a sua nova situação”.

No caso específico de aquisição de deficiência decorrente de lesão medular, ou seja, na paraplegia ou na tetraplegia, ocorre “perda total ou parcial dos movimentos

dos membros inferiores e/ou membros superiores. Essa condição é, na maioria das vezes, irreversível e o uso da cadeira de rodas nesses casos torna-se indispensável” (SERNAGLIA; DUARTE; DALLA DÉA, 2010, p. 02). Neste caso, além de ter que se adaptar às alterações físicas, a pessoa também precisa restabelecer sua condição psicológica para lidar com as imposições que o físico estabelece e, ainda, reestruturar-se em relação à vida social. Portanto, “o que garantirá o sucesso nessa reinserção é a forma como essa pessoa reconstrói seu autoconceito¹⁷ a partir dessas mudanças, adaptando-se e compreendendo sua nova situação” (ibidem).

A aquisição de uma deficiência física pode ser ainda mais traumática quando a pessoa se encontra na adolescência ou na juventude por não apresentar maturidade suficiente “para enfrentar tamanha perda, uma vez que o espírito de aventura e os sonhos estão mais presentes do que a maturidade adquirida e as responsabilidades impostas pela fase adulta” (ALVES et al., 2013, p. 609).

Na idade adulta, porém, a deficiência física adquirida também provoca modificações drásticas na imagem corporal, com repercussões de ordem biopsicossocial, pois é quando “surgem pensamentos quanto à independência financeira e pessoal, construção familiar e a busca do par ideal, e isso terá um impacto maior para a pessoa com deficiência, pelo preconceito sofrido” (OLIVEIRA, 2006, p. 17). Assim sendo, a deficiência física como fenômeno “não se encerra no corpo por si mesmo, mas na produção de uma cultura e sociedade que determina certas variações corporais como inferiores, incompletas, ou ainda passíveis de reparação quando localizadas em relação à corponormatividade” (BERRI, 2018, p. 30).

Ocorre, também, que da adolescência à fase adulta, uma questão é fortemente demarcada, a das relações afetivas e, dentre elas, a sexualidade. Neste contexto, as relações afetivas, sejam com parceiros amorosos, familiares e ou amigos “são importantes para ajudar a pessoa com deficiência adquirida a perceber-se uma pessoa desejável, querida, agradável, que se reconhece como deficiente, mas nem

¹⁷ Algumas fontes consultadas apresentam os termos “autoconceito” e “autoimagem” como sinônimos de imagem corporal. Essa constatação também foi evidenciada por Alves e Duarte (2008).

por isso deixa de amar e desejar, estabelecer relacionamentos afetivos gratificantes” (MAIA, 2010, p. 04).

Logicamente, não é fácil vivenciar essa dupla experiência de adquirir uma deficiência e de ter uma ruptura no processo de desenvolvimento da imagem corporal. Aquele corpo conhecido, independente, livre, sensual e sedutor de repente se torna novo, diferente, estranho e, não raras vezes, desinteressante.

Se o reconhecimento desse corpo já não é das tarefas mais simples, quanto mais aceitá-lo. Para Campos, Avoglia e Custódio (2007, p. 35), essa aceitação “frequentemente se relaciona com sentimentos de menos valia”. Tanto não é fácil, como é complexa essa experiência da aquisição de uma deficiência, de modo que imbrica uma série de fases pelas quais passam as pessoas que se encontram nessa condição. De acordo com Oliveira (2006, p. 19), primeiramente, ocorre o “choque, que é o momento em que a pessoa fica anestesiada, sem reação”; em seguida, vem a fase da “negação, onde a pessoa reage como se o ocorrido não fosse com ela, sendo um processo inconsciente, utilizado como mecanismo de defesa e necessário para este processo de aceitação da nova condição instalada”; a negação acaba evoluindo para a “raiva, onde a pessoa tenta atribuir a culpa a alguém pela sua situação”; então, inicia-se a “barganha, que aparece como uma proposta de mudança de vida, de hábitos, em troca de sua ‘melhora’”. Essa fase é preocupante, pois, embora pareça positiva, pode desencadear um quadro de “depressão, como processo da compreensão real da perda”. Finalmente, ocorre a “aceitação, onde aparece a possibilidade do sujeito de conviver com sua deficiência, limitações, potencialidades, integrando-se à vida”.

Todas essas etapas são marcantes e dolorosas (nas mais diversas intensidades) durante o processo de reconstrução da imagem corporal após a aquisição da deficiência, principalmente porque “o modo como uma pessoa enxerga o que sejam as perdas, e como ela enfrenta o luto destas, é influenciado, moldado pelos valores adquiridos na família, comunidade religiosa, na sociedade e na cultura em que vive” (ALVES et al., 2013, p. 608).

De um modo geral, para a pessoa com deficiência, “o corpo no início passa a ser motivo de repúdio, já que essa nova sensação faz com que por alguns instantes o corpo e a memória do corpo passado entrem em conflito” (SERNAGLIA; DUARTE;

DALLA DÉA, 2010, p. 03). Com isso, a aquisição da deficiência física e uma reconstrução negativa da imagem corporal podem ampliar “valores estigmatizantes, preconceituosos e que, de acordo com Becker (1999), podem determinar o aparecimento de baixa autoestima e depressão, ou seja, sofrimento” (CUBA; PAULA; CASTRO, 2010, p. 01).

A deficiência física adquirida implica um processo de não reconhecimento de si e uma perda de pertença a determinado grupo social, pois, de uma hora para a outra os indivíduos passam a não serem mais o que sabiam que eram “antes de serem obrigados a considerar a si próprios como deficientes. É provável que tenham um problema todo especial em identificar-se e uma grande facilidade para se autocensurarem” (GOFFMAN, 2004, p. 32).

Tudo se torna novo, diferente, mediante à aquisição de uma deficiência, e a pessoa é colocada numa “situação de aceitação de novas contingências, tendo de utilizar novas estratégias de adaptação e, junto a este processo, apresenta reações tanto positivas quanto negativas, conforme a percepção do outro” (OLIVEIRA, 2006, p. 32). Nesse ínterim, outros elementos constituem essa fase de reconstrução da imagem corporal, como a incorporação da cadeira de rodas e a interação com as imagens corporais de pessoas sem deficiência. Logicamente, não é um processo fácil, posto que “a deficiência física acarreta para a pessoa uma série de mudanças sociais, físicas e psicológicas que alterarão o modo como o deficiente vê o seu corpo” (ALVES; DUARTE, 2010, p. 1). Mais que isso, a deficiência física “traz para o indivíduo um novo corpo, com novas habilidades, capacidades e limitações” (ibidem).

As mudanças corporais impactam e modificam completamente a maneira como as pessoas com deficiência encaram e utilizam seu corpo durante as tarefas cotidianas e em suas relações sociais. Elas “vivem suas diferenças muito menos pelas limitações que sofrem em decorrência de suas deficiências, e muito mais pelas representações sociais a respeito de suas limitações” (CARVALHO, 2003, p. 103)”. Representações sociais estas que, antes de adquirirem a deficiência, as pessoas vislumbravam nas outras que já tinham alguma deficiência, e que, agora, passam a perceber que estão corporificadas ou inCORPORadas nelas mesmas.

Alves et al. (2013) também são contundentes ao se referirem aos impactos profundos que a aquisição da deficiência pode provocar tanto para a vida da pessoa

quanto de sua família. Uma dessas mudanças é o olhar que a pessoa com deficiência tem sobre si mesma, ou seja, como ela se percebe após a aquisição da deficiência. Outra é a constituição de uma nova identidade, processo mediado pelas experiências que se vão acumulando e pelas reações decorrentes de fatores internos – psíqué, comportamento, personalidade etc. – e externos – cultura, educação, economia, política, religiosidade etc. Dessa forma, quando a pessoa é considerada diferente, “carrega consigo as marcas da alteridade que o distanciam do protótipo social, influenciam o seu lugar social, o seu espaço territorial, o seu estilo de vida, aspectos que podem comprometer a conquista da cidadania” (ALVES et al., 2013, p. 01).

Neste contexto, surge então um primeiro paradoxo sobre sua nova condição de pessoa com deficiência: “exibi-la ou ocultá-la; contá-la ou não contá-la; revelá-la ou escondê-la; mentir ou não mentir; e, em cada caso, para quem, como, quando e onde” (GOFFMAN, 2004, p. 32). Essa situação não é nada fácil, pois a pessoa sabe que “quanto mais a deficiência é visível e surpreendente (um corpo deformado, um tetraplégico, um rosto desfigurado, por exemplo), mais suscita a atenção social indiscreta que vai do horror ao espanto” (LE BRETON, 2017, p. 75). Conseqüentemente, o afastamento social é ainda mais declarado. Ou seja, quando a deficiência é visível, torna-se “um poderoso atrativo de olhares e de comentários, um operador de discursos e de emoções” (ibidem).

Nesse íterim, cabe-nos questionar sobre a cadeira de rodas, esse elemento tão visível: como ocultá-la? Ela não aparece antes ao olhar do que a deficiência propriamente dita? Seria a cadeira de rodas um símbolo de estigma¹⁸ e, por isso mesmo, precisaria ser negada ou escondida?

Neste caso, teria razão Goffman (2004, p. 40), que declara que a cadeira de rodas está entre os signos que chamam “a atenção sobre uma degradante discrepância de identidade que quebra o que poderia, de outra forma, ser um retrato global coerente, com uma redução conseqüente em nossa valorização do indivíduo”?

¹⁸ “Os símbolos de estigma caracterizam-se por estarem continuamente expostos à percepção” (GOFFMAN, 2004, p. 88).

Segundo Alves et al. (2013, p. 607), a cadeira de rodas, inicialmente, pode representar para a pessoa com deficiência física adquirida uma espécie de “castração ou ser o símbolo da limitação de várias possibilidades e realizações de desejos na sua vida, comprometendo sua qualidade de vida”, porque configura a “perda de sua liberdade, visto que a sua capacidade de andar livremente já não existe mais; o que antes era uma atividade fácil de executar hoje ‘depende’ da ajuda de outros para ser realizada”.

Moreno-Fergusson e Rey (2012) concordam que esta é uma visão inicial relacionada à circunstância da aquisição da deficiência, mas não é permanente. Para as autoras, não é nada fácil ver-se como cadeirante. Parece que todo mundo está olhando. É como se o cadeirante fosse uma pessoa estranha aos olhos dos outros, e até para si mesmo. Por isso, muitos cadeirantes passam a temer a possibilidade de terem de assumir uma identidade de pessoa incapaz ou inválida. Então, nessa fase inicial, muitos se distanciam do meio social. Porém, com o passar do tempo e com o apoio da família, muitos cadeirantes reconhecem e assumem as próprias mudanças corporais, reconstróem sua imagem corporal, reafirmam sua identidade e aceitam a nova imagem, inclusive se esquecendo de que estão/são cadeirantes, ante a naturalidade desta condição.

Destarte, conforme vai evoluindo em seu processo de aceitação da deficiência, a pessoa também vai modificando seu modo de conceber a cadeira de rodas, reconhecendo-a como um sinal corporificado, inCORPORado e pertencente à própria identidade a partir do momento em que precisa sentar-se nela, não sendo mais possível dissociá-la de si, de sua imagem corporal. De acordo com Schilder (1980, p. 185), “a imagem corporal ultrapassa os limites do corpo. Uma bengala, um chapéu, qualquer tipo de roupa [a cadeira de rodas] torna-se parte da imagem corporal”. Assim, quanto maior for a “ligação do corpo com o objeto, mais facilmente este se torna parte da imagem corporal. (...) A imagem corporal incorpora objetos ou se propaga no espaço” (ibidem).

Neste mesmo sentido, Sernaglia, Duarte e Dalla Déa (2010, p. 02) afirmam que “a cadeira de rodas torna-se uma extensão de seu corpo, e conviver com esse auxílio

trará nova percepção sobre o mundo e sobre a forma de viver, o que implica maior ou menor grau a mudança no autoconceito¹⁹”.

Souza (1994, p. 59) corrobora destacando que quando a cadeira de rodas é prescrita adequadamente, “permite ao usuário maior independência locomotora e maiores contatos sociais, pois facilita seu acesso à escola, ao trabalho, à prática desportiva e a outras formas de lazer”. Além disso, a cadeira de rodas contribui “como um meio de melhoria das condições cardiovasculares e muscular localizada” (ibidem). E acrescenta que a “desmitificação da cadeira de rodas como símbolo da incapacidade do indivíduo terá influências positivas, na medida em que ela passa a ser usada como um instrumento lúdico” (SOUZA, 1994, p. 63), permitindo aos usuários participarem de atividades esportivas, recreativas, artísticas e laborais com maior autonomia e liberdade.

Assim, de estigmatizante a libertadora, a representação social da cadeira de rodas depende de quem a utiliza, das relações que estabelece com ela e com a deficiência, bem como das relações que os outros que não a utilizam estabelecem com ela e com a deficiência, uma vez que a deficiência “não é somente um defeito²⁰, uma debilidade, senão também, em certo sentido, uma fonte de manifestação das capacidades, uma força (por estranho e paradoxal que seja!)”, conforme sustenta Vygotsky (1989, p. 74). E acrescenta:

Sem dúvida, uma saída feliz não é solução única, ou inclusive o resultado mais frequente da luta pela superação do defeito. Seria ingênuo pensar que qualquer enfermidade termina de um modo exitoso, e que todo defeito se transforma felizmente em um talento. Qualquer tipo de luta tem duas saídas, a segunda saída é o fracasso da supercompensação, a vitória total do sentimento de debilidade, o caráter associal da conduta, da criação de posições defensivas a partir de sua debilidade, sua transformação em instrumentos, o objetivo fictício da existência, em essência, a loucura, a impossibilidade da personalidade ter uma vida psíquica normal; é a evasão na enfermidade, a neurose. Entre estes dois polos encontra-se uma diversidade enorme e inesgotável de diferentes graus do êxito e o revés, do talento e da neurose, desde os mínimos aos máximos. A existência de pontos extremos significa os limites do próprio fenômeno e brinda a expressão máxima de sua essência e natureza (ibidem).

¹⁹ No texto, os autores utilizam o termo autoconceito como sinônimo de imagem corporal.

²⁰ Embora na obra o autor utilize as palavras “deficiência” e “defeito” como sinônimas, identificamos uma supremacia em relação ao uso do segundo termo.

Essa concepção vigotskiana de deficiência inclui termos tais como “enfermidade” e “neurose”, mas, de modo algum se pauta no **Modelo Médico** que, segundo Diniz (2007), entende a deficiência como uma consequência natural da lesão em um corpo. Logo, a pessoa com deficiência deveria ser objeto de cuidados biomédicos.

O modelo médico foi considerado um avanço em relação à concepção da deficiência, porque se pautava na ciência, “desassociando-a de bruxarias e outras explicações místicas, voltando-se, por consequência, para descobrir a cura das patologias existentes” (AUGUSTIM, 2012, p. 02). No entanto, considera-se essa forma de entendimento da deficiência circunscrita a uma patologia um reducionismo e mesmo um equívoco. De acordo com o modelo médico, “primeiramente está a deficiência da pessoa, e ela é relegada a um papel passivo de paciente” (ibidem).

De acordo com o modelo médico, a deficiência é socialmente representada de forma estereotipada, vinculando a imagem de pessoas com deficiência a “vítimas, heróis ou vilões. Tais estereótipos reforçam depreciativamente o modelo de dependência e incapacidade, em consequência, reforçam a interiorização de valores negativos atribuídos às pessoas com deficiência” (MORGADO, 2017, p. 250).

Já Vygotsky (1989) introduz a importância das relações, das questões sociais para a compreensão da pessoa com deficiência afirmando que “eu me relaciono comigo mesmo como as pessoas se relacionam comigo” (1989, p. 57), e influencia diretamente Diniz (2007) na defesa de que a concepção de deficiência baseia-se num **Modelo Social**, em que a deficiência não é um problema individual, mas uma questão social, já que os sistemas sociais opressivos fazem com que as pessoas que apresentam alguma lesão (cerebral, auditiva, visual, intelectual) experimentem a deficiência, superando, assim, o modelo médico.

De acordo com Morgado (2017, p. 251), o modelo social, “que teve seus primeiros indícios em 1960, preconiza que a pessoa com deficiência não é um indivíduo isolado, mas atuante em um contexto social”. Neste modelo, a “problemática da deficiência não está individualmente na pessoa que a manifesta, mas na forma com que a pessoa com deficiência é concebida na sociedade” (ibidem).

Augustim (2012, p. 03) esclarece que “o modelo social de deficiência, cunhado a partir de fortes críticas ao modelo médico e sob um ponto de vista sociológico da deficiência”, identifica as três principais dificuldades enfrentadas pela pessoa com deficiência, quais sejam: “barreiras de acessibilidade, institucionais e atitudinais.

Acredita-se que superando estas barreiras haverá um impacto benéfico para toda a comunidade”. De acordo com a autora, este modelo defende e permite que a pessoa com deficiência tenha o controle da própria vida, decidindo e participando ativamente do meio social. “Esta abordagem leva a compreender que o problema não está na pessoa ou na sua deficiência, mas que a deficiência assume uma dimensão social que leva à exclusão” (AUGUSTIM, 2012, p. 03).

Neste contexto, Sousa e Nascimento (2013, p. 20338) esclarecem que a deficiência “é vista a partir da relação indivíduo e as condições da sociedade, mudando o foco das limitações funcionais para os problemas sociais e as limitações ambientais, as barreiras culturais e econômicas”. Ou seja, não mais se vê a pessoa com deficiência como doente ou totalmente incapaz de ter gerência sobre a própria vida. No modelo social, a deficiência é entendida como “as vivências decorrentes dos atributos individuais e de uma organização social que não está preparada para a diversidade, podendo ocorrer algum tipo de limitação, perda ou redução da funcionalidade”.

Segundo Sasaki (1997, p. 47), “o modelo social foi formulado por pessoas com deficiência e agora vem sendo aceito também por profissionais não-deficientes. Ele enfatiza os direitos humanos e a equiparação de oportunidades”. Neste sentido, Berri (2018, p. 49) destaca que, inclusive, o mais adequado para o modelo social da deficiência seria usar o termo “discapacidade” em vez do termo “deficiência” propriamente dito. Para a autora, é importante diferenciar conceitualmente as palavras deficiência e incapacidade: “a primeira refere-se a uma perspectiva mais individual, como uma incapacidade de andar, por exemplo, a segunda explana uma incapacidade de conduzir-se por uma estrutura feita apenas para andantes”. Ou seja, para ela, “o termo incapacidade estaria mais relacionado aos Modelo Social da Deficiência uma vez que este engloba o contexto social pertencente ao sujeito”; no entanto, o termo deficiência ainda “é o mais utilizado no Brasil, pois advém da tradução oficial do termo *disability*, em inglês” (BERRI, 2018, p. 49).

Outros estudos iniciados neste século têm apontado o **Modelo Biopsicossocial da Deficiência** como sendo uma terceira forma de compreendê-la, uma tendência atual, que “articula fatores sociais, biológicos e psicológicos. Reconhece a complexidade frente à deficiência” (AUGUSTIN, 2012, p. 04), abordando-a como “um

fenômeno multidimensional, pautada na relação dialética entre as características intrínsecas do indivíduo e as concepções sociais” (MORGADO, 2017, p. 246).

Estudiosos e militantes do modelo biopsicossocial da deficiência se ocupam e se preocupam com a “qualidade de vida dos sujeitos, ofertando um olhar sobre os diferentes aspectos biopsicossociais que envolvem a condição da deficiência na atualidade” (CHRISTMANN; SOUZA; PAVÃO, 2018, p. 02). Este modelo representa uma “integração entre o modelo médico e o social, configurando uma tríade de concepções: estado da saúde, ambiente e fatores pessoais” (MORGADO, 2017, p. 251). Assim, sua representação social do conceito de deficiência reconhece algumas limitações e necessidades especiais das pessoas, sem que lhes sejam limitadoras da possibilidade de participação social, pautando-se prioritariamente nas capacidades e potencialidades que as pessoas com deficiência possuem.

Alvim e Rodrigues (2015) também corroboram destacando a importância que o contexto biopsicossocial tem sobre a compreensão do conceito da Deficiência, argumentando que as pessoas precisam aprender a aceitar as outras e a lidarem com suas diferenças, tendo como referência o respeito à alteridade e como ponto de partida a compreensão dos aspectos emocionais da pessoa com deficiência. Segundo os autores, essa é uma questão que não deve ser tratada à luz apenas da informação, mas sim ter um caráter formativo, abrangente, experiencial, o que favorece de forma efetiva a referida aprendizagem. Para os autores, uma enfermidade incapacitante ou uma deficiência, seja ela congênita ou adquirida²¹, “desencadeia no indivíduo uma série de reações que muitas vezes não são compreendidas pelas pessoas que convivem com ele, seja em suas relações familiares, sociais ou escolares”. Por isso, deve-se priorizar o papel formativo sobre o informativo, de modo a “incluir, fundamentalmente, a compreensão dos aspectos emocionais que permeiam a pessoa com necessidades especiais” (ALVIM; RODRIGUES, 2015, p. 38).

²¹ Segundo Diniz (2015, p. 12), embora se concorde que, seja congênita ou adquirida, a deficiência provoca alterações na imagem corporal, essas mudanças são de natureza bem diferente, já que a deficiência adquirida altera a imagem da pessoa sobre si, enquanto a congênita altera a imagem da pessoa sobre as outras. A autora revela que, em sua pesquisa, “pude observar e colher relatos que registraram os diferentes modos como cada um se relacionava com o seu corpo durante as atividades desenvolvidas, percebendo semelhanças entre os indivíduos que tinham deficiência congênita, diferindo dos indivíduos com deficiências adquiridas”.

Desse modo, os autores acreditam que as pessoas com deficiência poderão se sentir motivadas a desenvolverem suas potencialidades, bem como a sua imagem corporal, e que seu grupo social irá reconhecê-las em sua integralidade, em vez de reduzi-las a próteses, cadeiras ou aparelhos. Portanto, “conhecer como este sujeito processa a representação de sua imagem corporal possibilita o aproveitamento das suas competências individuais para uma melhor aprendizagem e inserção social” (ALVIM; RODRIGUES, 2015, p. 42).

Geraldi e Souza (2011) concordam com este posicionamento, e acrescentam que, muitas vezes, são os próprios familiares, vizinhos, amigos e até professores que manifestam pensamentos e atitudes preconceituosos que abarcam a deficiência, interferindo assim na sistematização de práticas pedagógicas que levam em consideração as possibilidades de aprendizagem para a vida cotidiana e social.

Duarte e Lima (2003, p. 02) também destacam que o encontro com “seu ente com qualquer tipo de deficiência deixa muitas famílias ‘surpreendidas’, e muitas são as possibilidades de conduta diante do fato”. Logo, é necessário um trabalho educativo junto às famílias, porque não é mais aceitável pensar que as pessoas devem se limitar em suas deficiências; ao contrário, defende-se que “ao serem motivadas e tratadas com dignidade, passam a adquirir habilidades específicas para poderem desempenhar as suas atividades cotidianas” (GIRALDI; SOUZA, 2011, p. 189) com independência e autonomia, “entendendo *independência* como a capacidade do indivíduo decidir por si só, e *autonomia* como a competência para o domínio do meio ambiente” (DUARTE; LIMA, 2003, p. 94, grifos dos autores).

Por isso mesmo, acredito que ouvir e registrar o que essas pessoas têm a dizer sobre si mesmas seja tão necessário para poder pensar numa sociedade efetivamente inclusiva que, em vez de calar, silencia para ouvir; e em vez de esconder, porque comumente atribui o conceito de não belo àquilo e àqueles que não se enquadram ao que compreende como padrão, promove a visibilidade sob a perspectiva da equidade e não da pena.

7 O CINEMA TAMBÉM FALA DISSO...

Os filmes não são limitados a uma sequência de imagens e sons, transmitidos em uma sessão projetada por máquinas e assistida por corpos inertes. Eles são pensados para se encerrar no sujeito, o objetivo primeiro de sua criação (GOMES; CAMINHA, 2016, p. 415).

Neste capítulo apresentamos o enredo e as discussões que foram tecidas sobre 07 (sete) filmes de cinema que selecionamos por se relacionarem diretamente ao objeto da pesquisa: imagem corporal de cadeirantes. “As produções cinematográficas e televisivas dos últimos anos evidenciam as metamorfoses do corpo e a transformação de nossa relação com o mesmo” (SILVA, 2009, p. 39).

Seguindo uma ordem cronológica em relação ao lançamento de cada obra, as análises seguiram a seguinte sequência: 1. Feliz ano Velho; 2. O escafandro e a borboleta; 3. Intocáveis; 4. Ferrugem e Osso; 5. Um momento pode mudar tudo; 6. Como eu era antes de você; e 7. O que te faz mais forte.

Destaco que estas obras foram selecionadas por serem as que se apresentaram como resultados de um levantamento feito na internet acerca de filmes sobre cadeirantes com deficiência física adquirida e, cujas sinopses revelaram relação com a questão da imagem corporal. Ou seja, aqui demonstro o universo, não uma amostra, uma vez que não foram encontradas muitas produções. Isso por si só já demonstra como essa temática tem discussão escassa. E mais ainda quando se fala do século passado: apenas uma obra tematizando cadeirantes em todo o Século XX (já no final) no cinema comercial.

Entretanto, percebo um sinal positivo no Século XXI: uma produção na primeira década e cinco filmes na segunda. Parece-me, portanto, que pessoas cadeirantes estão ganhando visibilidade. Talvez isso se deva ao contexto propiciado pelas legislações que surgiram a favor desse público e também pelo ativismo cada vez mais veemente e vociferante que certas lideranças têm desbravado em meio a nossa sociedade ainda tão excludente, desigual e preconceituosa. No entanto, entendo que mais importante seja o fato de pessoas com deficiência estarem aparecendo no cinema como quaisquer outras, que sentem, amam, desejam, sofrem e podem, portanto, ser enredos de histórias muito interessantes.

A fim de facilitar a leitura, cada tópico deste capítulo encontra-se assim organizado: como epígrafe do subcapítulo, a sinopse do filme, que vem seguida de um parágrafo introdutório que antecede a figura (imagem de capa) do filme e sua respectiva ficha técnica. A seguir, apresento seu enredo ao passo que desenvolvo a análise.

7.1 FELIZ ANO VELHO (1987)

Mário, um jovem que perdeu o pai durante a ditadura militar, mergulha em um lago e acaba sofrendo um acidente e ficando tetraplégico. Preso em uma cadeira de rodas, o rapaz busca formas de sobrevivência e começa a escrever sobre o seu passado. Logo ele finaliza um livro, que se torna um sucesso nas livrarias (SINOPSE²²).

O título deste filme remete ao período anterior ao *réveillon* de 1980, quando Mário ainda não tinha sofrido um acidente que lhe causou a tetraplegia. Numa comemoração com colegas de turma da universidade por conta do encerramento do curso, ele mergulha do alto de um monte num lago, onde bate fortemente a cabeça, rompe uma vértebra e comprime a medula, paralisando seu corpo da altura do peito para baixo. Sua vida até então cheia de romance e aventuras se vê transformada bruscamente, e ele precisa se reinventar para recomeçar a ter sua rotina de volta, tal qual um ano que termina e recomeça, sempre novo. A Figura 02 e o Quadro 11 apresentam o filme.

²² <http://www.adorocinema.com/filmes/filme-222841/>

Figura 02: Filme “Feliz Ano Velho”

Fonte: https://br.images.search.yahoo.com/search/images?p=imagem+filme+feliz+ano+velho&fr=mcafee&imgurl=http%3A%2F%2Fbr.web.img3.acsta.net%2Fc_215_290%2Fpictures%2F210%2F206%2F21020610_2013071722383237.jpg#id=0&iurl=http%3A%2F%2Fbr.web.img3.acsta.net%2Fc_215_290%2Fpictures%2F210%2F206%2F21020610_2013071722383237.jpg&action=click

Quadro 11: Ficha técnica do filme “Feliz Ano Velho”

LANÇAMENTO	20 de novembro de 1987
PRODUTORA	EMBRAFILME
DIREÇÃO	Roberto Gervitz
ELENCO	Marcos Breda, Malu Mader, Betty Gofman, Carlos Loffler
GÊNERO	Drama
DURAÇÃO	1h e 51 minutos

Elaboração: ANDRADE (2020)

Fonte: <http://www.adorocinema.com/filmes/filme-119032/> (com adaptações)

O tom melancólico do filme só vai ser substituído por ares mais otimistas no finalzinho da trama. Ao longo de quase toda a obra, o que se vê é uma narrativa demarcada por uma grande frustração: a de ter perdido a vida que tinha antes. Isso é comum em pessoas com deficiência física adquirida, as quais geralmente possuem

“dificuldades no desenvolvimento de uma percepção mais positiva acerca de si próprios, além de competências físicas, sociais ou psicológicas, o que resulta muitas vezes, em constrangimentos à participação nas mais diversas atividades” (DINIZ, 2015, p. 25).

Mário lamenta por cada lembrança, e isso o leva cada vez mais para o fundo do lago que se tornou sua vida. Um lago profundo e solitário, que parece não ter possibilidade de volta para a superfície, mas que também não o afoga, de modo que até a morte, por ora desejada, não se torna um recurso ou uma possibilidade de escolha: “a deficiência física adquirida, em funções de diversas situações como: acidentes, doenças ou pelo avanço da idade, pode ser vivenciada como uma ‘morte em vida’” (OLIVEIRA, 2006, p. 18). “*Um dia, tudo perdeu o sentido e desejei a minha própria morte. Mas, nem de me matar era capaz. Tinha de sofrer e estar só. Tão só, que até meu corpo me abandonara*” (00:02:08²³). E se até o corpo o havia abandonado, então o que ali restava não era seu corpo, era um não-corpo, um não-eu, “como se ele fosse uma ‘não-pessoa’ e não existisse” (GOFFMAN, 2004, p. 19).

Tão logo inicia o processo de reabilitação, Mário ainda demonstra certa esperança, ao dizer: “*O que mais quero é voltar a andar e ser normal*” (00:08:55). No entanto, com o passar dos dias, que mais parecem uma eternidade, ele vai se dando conta de que isso não será possível, e sente que a tão sonhada “normalidade” foi embora para nunca mais voltar, e que “o corpo torna-se o principal marcador da diferença” (BERRI, 2018, p. 27). Mas, quando se vê em meio a tantos outros em igual condição, começa a aprender que existem várias outras formas de normalidade e não mais se sente uma figura diferente – pelo menos não enquanto está ali no hospital.

No hospital, Mário se encontra com pessoas que reagem à condição de serem cadeirantes das mais diversas formas: há os que aceitam, resignadamente, o que lhes aconteceu; há os que lamentam a mudança de vida; há os que permanecem revoltados, buscando culpar alguém pelo que lhes aconteceu; há os que ironizam a própria condição; há os que dizem estarem sendo punidos de alguma forma, e Mário percebe que ele resume em si vários tipos dessas pessoas, a partir de uma única certeza que possui: “*Só sei que qualquer coisa que eu já vivi é melhor do que estar assim*” (00:26:15). Para ele, ser cadeirante é um estigma e a cadeira de rodas é um símbolo desse estigma, que serve para “despertar a atenção sobre uma degradante

²³ Aos dois minutos e oito segundos do filme.

discrepância de identidade que quebra o que poderia, de outra forma, ser um retrato global coerente, com uma redução consequente em nossa valorização do indivíduo” (GOFFMAN, 2004, p. 40). Portanto, para ele, ser cadeirante é inaceitável, é uma prisão, como atesta a sinopse do filme.

Ao se referir a “qualquer coisa é melhor”, Mário traz a recordação de seus tempos de estudante universitário quando, envolvido no Movimento Estudantil contra a Ditadura Militar, foi perseguido e agredido pela polícia. Para ele, o sangue derramado e o corpo espancado eram coisa pouca ante o fato de ser cadeirante. Tanto o é, que ele afirma: “*Não sei do que estou rindo. Estou preso numa cadeira de rodas*” (00:33:10). Nada parecia mais ter graça, nada mais fazia sentido. Tudo o que parecia seguir numa direção, de repente parece ter perdido o rumo. E aí, “*A gente era normal, e de uma hora pra outra ficou desse jeito*” (00:55:37). Um jeito considerado “fora dos ‘padrões da normalidade’ (física, fisiológica, comportamental e social), e que necessita de superação e compreensão dos ditos ‘normais’ para ser aceito” (ORTIZ, 2002, p. 95).

Interessante notar que Mário em momento nenhum se refere a si mesmo como pessoa com deficiência, nem como cadeirante. Ele não usa termos específicos para se definir. Ao contrário, usa sempre palavras e expressões genéricas, como: assim, desse jeito. Isso denota o quão desconfortável e desconcertante era para ele ter de assumir sua nova condição de ser e estar no mundo. Tanto que, frequentemente, recorre ao tempo em que “era normal”. “Seus sentimentos mais profundos sobre o que ele é podem confundir a sua sensação de ser uma ‘pessoa normal’” (GOFFMAN, 2004, p. 09). Não é que, com isso, ele se sinta anormal, mas se sente diferente do padrão, corporalmente falando. Um padrão corporal do qual ele fazia parte antes. E se sentir excluído desse padrão é para ele insuportavelmente doloroso. “O conceito de normalidade das pessoas é estritamente corporal, considerando que a sociedade não é uma figura abstrata como parece ser. Ela só existe porque existem pessoas que corporalmente a compõem” (ORTIZ, 2001, p. 95).

Dor igual era sentida pelo seu colega da reabilitação, Arnaldo. O ex-campeão de *motocross* se sentia revoltado com sua condição de cadeirante. Para ele, era inadmissível que alguém que não possuísse deficiência tentasse confortá-lo. Quando isso acontecia, perguntava “*Você por acaso sabe o que é estar assim?*” (00:27:20). Não, não sabe. Somente o sabe quem está em situação igual, como Mário, ele pensava.

Certa ocasião, o hospital promoveu uma corrida para os cadeirantes em tratamento. Arnaldo, diante daquilo que se configurava como a castração de sua carreira profissional, demonstrou toda a sua indignação com estridentes e irônicas gargalhadas, dizendo: “*Corrida de cadeira de rodas: isso é ridículo!*” (00:45:14). Era demais para ele presenciar tudo aquilo. Sua revolta só aumentava: ele se sentia estigmatizado e ao mesmo tempo se estigmatizava. Então, Arnaldo não suportou e sucumbiu, suicidando-se. Mário, no entanto, compreendeu sua atitude, ao que chamou de corajosa, já que ele não tinha a mesma coragem, embora tivesse a mesma vontade, entendendo que este era um dos “extremos a que os estigmatizados estão dispostos a chegar e, portanto, a angústia da situação os leva a tais extremos” (GOFFMAN, 2004, p. 11).

Mário tinha vontade de morrer, porque não suportava ver que as pessoas mantinham um sentimento de pena para com ele, ao que declarava: “*Detesto ver esse sentimento de pena*” (00:30:10). O olhar do outro para ele o colocava no lugar do “coitadinho”, do “incapaz”: “a deficiência é reduzida a doença, peso ou problema, transformando as pessoas em incapazes” (DINIZ, 2015, p. 29). E isso lhe causava grande insatisfação, afinal, não achava justo que estivesse vivenciando aquilo: “*Acho tudo isso uma injustiça muito grande e absurda*” (00:55:54).

Ao mesmo tempo que não queria que ninguém sentisse pena dele – posto que bastava que ele mesmo já sentisse, conforme dizia seu amigo Beto –, Mário também se incomodava com a falta de generosidade de algumas pessoas que o tratavam com desdém ou arrogância, sem terem a sensibilidade de perceberem suas dificuldades de locomoção relacionadas à deficiência. Exemplo disso foi o que aconteceu numa ocasião em que fora ao cinema com sua amiga Soninha e, lá, um estranho o insultou, mesmo ele dizendo que não conseguia mexer as pernas. A amiga, em solidariedade, grita para o homem: “*Ele é parálítico!*” (00:49:40), mas, mesmo assim, o homem sai esbravejando, demonstrando como a sociedade da época lidava com a presença da pessoa com deficiência, de um modo geral: “A relação social estabelecida com o homem que tem uma ‘deficiência’ é um profícuo analisador da maneira pela qual um grupo social vive a relação com o corpo e com a diferença” (LE BRETON, 2017, p. 73). Estava claro que o cinema não era lugar para Mario estar, deveria permanecer em casa, preso à casa e à cadeira de rodas.

Mário, entretanto, sente tanto o peso da insensibilidade daquele homem, quanto o da sentença condenatória anunciada pela sua amiga: “*ele é parálítico*”. O

que é pior: ser desdenhado por não saberem de sua condição ou ter de ser bem tratado por causa dela? Não dá para ser bem tratado tão-somente por ser uma pessoa?

E mais: o que é ser parálítico? É ser paralisado, desprovido de movimento? Para Mário, este fato de não poder se movimentar era extremamente tenebroso. Para ele, “*A chave de tudo era o movimento. Nem a solidão nos alcançava, porque em movimento você não está em lugar nenhum*” (00:50:40). O movimento não aprisiona, não deixa estático. O movimento liberta. Mas, ele agora era um parálítico, sua deficiência era algo visível. “A deficiência, quando é visível, é um poderoso atrativo de olhares e de comentários, um operador de discursos e de emoções” (LE BRETON, 2017, p. 75). E esse fato era lamentável. O movimento só fazia parte das suas memórias, e ele: “*Tenho medo de esquecer*” (01:33:05).

É seu amigo Beto que lhe chama a atenção: “*Talvez tenha um jeito de acabar com o medo. Acreditar, descobrir qual é o jogo e jogar*” (00:58:54). Mário percebe que não precisa ter medo de esquecer, porque ele pode fazer registros. Ele descobre qual é o jogo e decide jogar. Então, começa a escrever suas memórias, as quais se tornam um livro de grande sucesso. Somente aí ele volta a acreditar na vida: nas palavras, ele se movimenta livremente. E percebe que também pode trazer movimento para a sua nova realidade. Logo, permite-se relacionar afetivamente de novo, busca espantar seus fantasmas interiores, recobra sua profissão e segue com sua vida, que recomeça tal qual um ano após uma noite de *réveillon*.

Mário, portanto, aceita sua deficiência e entende que é “normal que toda e qualquer sociedade tenha pessoas com deficiências diversas” (JANNUZZI, 2004, p. 180). Ele aprende a conviver com sua deficiência, e começa a “levar uma vida tão normal quanto possível, beneficiando-se das ofertas e das oportunidades existentes na sociedade em que vive” (ibidem).

7.2 O ESCAFANDRO E A BORBOLETA (2008)

Jean-Dominique Bauby (Mathieu Amalric) tem 43 anos, é editor da revista Elle e um apaixonado pela vida. Mas, subitamente, tem um derrame cerebral. Vinte dias depois, ele acorda. Ainda está lúcido, mas sofre de uma rara paralisia: o único movimento que lhe resta no corpo é o do olho esquerdo. Bauby se recusa a aceitar seu destino. Aprende a se comunicar piscando letras do alfabeto, e forma palavras, frases e até parágrafos.

Cria um mundo próprio, contando com aquilo que não se paralisou: sua imaginação e sua memória (SINOPSE²⁴).

O filme é baseado na história real de Jean-Dominique, ou Jean-Do, como é chamado pelos que convivem com ele, que, em 1995, sofreu da rara doença conhecida como Síndrome do Encarceramento, como sequela de um Acidente Vascular Cerebral (AVC). Lançado em 2008, o premiado drama foi vencedor do Festival de Cannes, ganhador de dois Globos de Ouro e obteve quatro indicações ao Oscar, conforme se verifica na Figura 03 e no Quadro 12.

Figura 03: Filme “O Escafandro e a Borboleta”



Fonte: https://br.images.search.yahoo.com/search/images?p=imagem+filme+o+escafandro+e+a+borboleta&fr=mcafee&imgurl=https%3A%2F%2F4.bp.blogspot.com%2F-6GdeURgxA2g%2FWDvXfpq80l%2FAAAAAAAAcFs%2FMTgN3_O1NDgDc6w9ipFmfgvIQZ7e8SL0gCLcB%2Fs1600%2Foescafandroeaborboleta.jpg#id=-1&iurl=https%3A%2F%2F4.bp.blogspot.com%2F-6GdeURgxA2g%2FWDvXfpq80l%2FAAAAAAAAcFs%2FMTgN3_O1NDgDc6w9ipFmfgvIQZ7e8SL0gCLcB%2Fs1600%2Foescafandroeaborboleta.jpg&action=click

²⁴ <http://www.adorocinema.com/filmes/filme-119032/>

Quadro 12: Ficha técnica do filme “O Escafandro e a Borboleta”

LANÇAMENTO	04 de julho de 2008
PRODUTORA	EUROPA FILMES
DIREÇÃO	Julian Schnabel
ELENCO	Mathieu Amalric, Emmanuelle Seigner, Marie-Josée Croze
GÊNERO	Drama
DURAÇÃO	01h e 52 minutos

Elaboração: ANDRADE (2020)

Fonte: <http://www.adorocinema.com/filmes/filme-119032/>

Tendo o corpo totalmente imóvel do pescoço para baixo, Jean-Do viu sua vida ativa e aventureira ser completamente transformada após o AVC. Trabalho, esportes e tudo o mais que tanto preenchiam sua vida de prazer se tornaram impossíveis, já que a única forma de movimento que possuía era piscar o olho esquerdo. Completamente lúcido, percebe-se encarcerado em seu corpo, ao qual compara a um escafandro, e começa a se perguntar se aquilo era vida, se aquilo era viver.

Com a ajuda de uma fonoaudióloga, ele descobre que pode piscar o olho uma vez para Sim e duas vezes para Não. E aprende, desta forma, a piscar letras do alfabeto, ampliando sua possibilidade de comunicação. Entretanto, isso não o motiva a querer lutar pela vida; ao contrário, ele afirma: “*Eu quero morrer*” (00:32:46).

Quando a equipe médica decide colocá-lo em uma cadeira de rodas a fim de que não viesse a ter espasmos musculares, frustrado e até mesmo irônico, questiona: “*pronto para essa coisa? Que honra!*” A cadeira de rodas, para ele, fazia parte de uma circunstância tenebrosa que o havia envolvido: estava sentindo-se “preso ou confinado à cadeira de rodas” (SASSAKI, 1997, p. 152); logo, ela não teria como ser vista como descortinadora de possibilidades, pelo menos não no início dessa nova forma de vida. No entanto, é por meio dela que ele se desloca pelo hospital, pode ir até a varanda receber visitas, passa a ir ao mar com a família, enfim, é a cadeira de rodas que lhe tira da cama, onde suas relações sociais se tornam ainda mais escassas.

Ao lhe colocarem na cadeira de rodas, o médico anuncia que tem uma surpresa para ele e, conforme vão se deslocando pelo hospital em direção a uma visita que o aguardava na varanda, ele vai conseguindo ver sua imagem refletida. E, decepcionado, questiona: “*Esta é a surpresa? Ver-me?*” (00:17:27), demonstrando

todo o descontentamento que girava em torno da sua nova imagem corporal. Em outra circunstância, num treinamento de deglutição com a terapeuta, ela utiliza um espelho para que ele se veja fazendo o movimento. Desta vez, mais que decepção, ele revela estar irritado com aquilo, e exige: “*Tire esse espelho. Não, espelho não!*”, denotando o quanto encarar a própria imagem corporal era desconfortável para ele. Essa concepção negativa de sua imagem corporal pode “fazer com que o autoconceito do indivíduo também fique negativo, ampliando valores estigmatizantes, preconceituosos e pode determinar o aparecimento de baixa autoestima e depressão, ou seja, sofrimento” (CUBA; PAULA; CASTRO, 2010, p. 01).

Ainda no que se refere à própria imagem corporal, ele chega a comentar: “*Agora quero me lembrar de como eu era: galã, desenvolto, encantador, terrivelmente atraente*” (00:40:28); mas, logo em seguida, dando-se conta de sua real situação, diz em tom de condenação: “*Esse sou eu!*” (00:41:00) É como afirma Bruaire (1972, p. 106): “o corpo é eu-mesmo, pois sou uma contradição imediata, feita de uma liberdade divina e presa ao mundo que eu sou condenado a superar, na impossibilidade de arrancar-me dele.”

Além de difícil para Jean-Do, sua nova imagem corporal também era considerada insuportável para muitas pessoas próximas – e, logicamente, isso somente reforçava o sofrimento. Seu pai chora ao falar com ele ao telefone, dizendo que não consegue ir vê-lo nessa condição, pois o filho se tornou “*prisioneiro do seu corpo*” (01:18:46). Da mesma forma, a namorada também fala para ele numa ligação que: “*Quero te ver, mas não assim. Quero lembrar de como eras*” (01:26:40). Acontece que ele não irá apresentar outra imagem, então, ela não vai visitá-lo nunca, e ele tem convicção disso, afinal, “*Esse sou eu!*” (00:41:00).

As sensações e sentimentos de solidão, remorso, saudade, desespero, frustração, inquietude, dentre outros, misturam-se dentro de “seu escafandro”, são as fases da negação e do luto se impondo sobre ele. As lembranças de como ele era e a realidade de como é e de como vai continuar sendo se justapõem, e cada vez mais “*Vejo meu passado se desvanecendo, tornando-se cinza de esquecimento*” (01:32:30), por conta de um presente que, tal como o nome de sua síndrome, encarcera. E esse esquecimento acontece porque a memória “é vida por ser carregada por grupos vivos, estando, portanto, sempre em evolução; passível de lembrança e de esquecimento; vulnerável aos usos e manipulações; suscetível a

possíveis latências e revitalizações, enfim, um elo vivido no eterno presente” (TEDESCO, 2002, p. 43).

Neste movimento mnemônico frenético, o escafandro parece já não mais contê-lo. E, assim, sente-se despir dessa veste tal qual uma borboleta que sai do casulo e voa livre e serena, revelando o resultado de sua metamorfose. Então, imerso nessas imagens, Jean-Do começa a se ver como borboleta, e declara: “*Decidi não mais ter pena de mim mesmo. Eu me dei conta de que há coisas que não estão paralisadas: minha imaginação e minha memória*” (00:38:44), as quais também o constituem, afinal, “quem é o ‘morador’ de seu corpo? Seus órgãos, seu humor, seus afetos, sua memória, suas emoções, sua inteligência...” (VIANNA; CASTILHO, 2002, p. 19). Jean-Do, agora liberto de suas amarras, está pronto para retomar um projeto que tinha antes do AVC, que era o de escrever um livro. O “*Esse sou eu!*” (00:41:00) passa a ter nova acepção. Em seu livro, ele se revela: “eu sou o meu corpo: em mim, nem a linguagem, nem o desejo, nem a afetividade, nem o esforço distinguem-se da minha liberdade nua, cuja singularidade é, absurdamente, indiscernível da minha vida individual” (BRUAIRE, 1972, p. 106).

Ciente disso e com a assessoria de uma escriba, ele vai piscando as palavras soletradamente, e delas surgem frases, parágrafos, páginas inteiras de sua vida. Ao publicar “O escafandro e a borboleta”, a crítica ressalta a surpresa de saber que uma pessoa naquelas condições quase impensadas pudesse escrever uma obra. Jean-Do não se deixou imobilizar. Sua imaginação e sua memória o fizeram viver, tornaram-no vivo e o eternizaram nas páginas do seu livro – ainda que, dez dias após a publicação, ele tenha falecido. Sua obra revelou “uma memória personalizada desse destino potencial e de um imaginário sensível original capaz de seduzir, de tocar emocionalmente, de falar, de interpelar outros inconscientes ou ainda de convencer racionalmente” (JOSSO, 2008, p. 43).

E já que “o corpo é lugar de imaginários” (LE BRETON, 2017, p. 72), em seu livro, Jean-Do narra sua vida, mas também registra sonhos, imagens e imaginários que fazem dele a pessoa que é. “A narrativa contém em si força ímpar, visto ser também instrumento de retenção do passado e, por consequência, suporte do poder do olhar e das vozes da memória” (DELGADO, 2006, p. 44).

Interessante que, nas narrativas de seus sonhos, ele está sempre em pé, locomovendo-se e se movimentando normalmente, já que é o corpo borboleta que se apresenta, não mais o corpo escafandro.

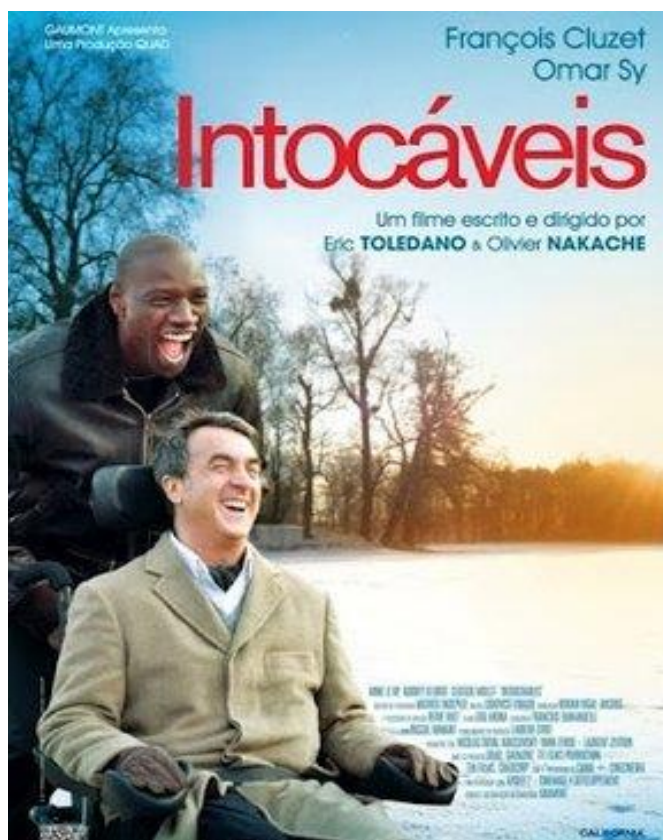
Assim, “o que se universaliza é a imagem iconográfica do corpo, o que permanece é uma expectativa imaginária do corpo, apenas desejada e não existente” (SILVA, 2001, p. 61). Portanto, ele já não é mais “*prisioneiro do seu corpo*” (01:18:46), como disse seu pai, mas é borboleta, cujas asas – a imaginação e a memória – reinventaram a própria existência e ressignificaram o próprio corpo.

7.3 INTOCÁVEIS (2012)

Philippe (François Cluzet) é um aristocrata rico que, após sofrer um grave acidente, fica tetraplégico. Precisando de um assistente, ele decide contratar Driss (Omar Sy), um jovem problemático que não tem a menor experiência em cuidar de pessoas no seu estado. Aos poucos ele aprende a função, apesar das diversas gafes que comete. Philippe, por sua vez, se afeiçoa cada vez mais a Driss por ele não tratá-lo como um pobre coitado. Aos poucos a amizade entre eles se estabelece, com cada um conhecendo melhor o mundo do outro (SINOPSE²⁵).

Uma relação de amizade pode ser o começo de uma nova forma de vida. Essa é a principal mensagem passada por “Intocáveis”, filme apresentado na Figura 04 e no Quadro 13, cujo enredo tematiza a afetividade entre duas pessoas que vivem em mundos tão distintos, mas que vão se descobrindo aos poucos e interferindo um na vida do outro, até perceberem que os dois se modificaram em nome de uma verdadeira amizade.

²⁵ <http://www.adorocinema.com/filmes/filme-182745/>

Figura 04: Filme “Intocáveis”

Fonte: https://br.images.search.yahoo.com/search/images;_ylt=A2KLfRnLPxeZAMAVSr6Qt.;_ylu=X3oDMTByMjB0aG5zBGNvbG8DYmYxBHBvcwMxBHZ0aWQDBHNIYwNzYw--?p=filme+intoc%C3%A1veis&fr=mcafee#id=3&iurl=https%3A%2F%2Fmedia.fstatic.com%2F2ZSkqX7pj0g_dtue3avYFT9zNeg%3D%2Ffit-in%2F290x478%2Fsmart%2Fmedia%2Fmovies%2Fcovers%2F2012%2F09%2Fa62b56497d739c7944c4e53c7d530da5.jpg&action=click

Quadro 13: Ficha Técnica do filme “Intocáveis”

LANÇAMENTO	31 de agosto de 2012
PRODUTORA	GAUMONT
DIREÇÃO	Eric Toledano, Olivier Nakache
ELENCO	François Cluzet, Omar Sy, Anne Le Ny
GÊNERO	Comédia
DURAÇÃO	1h e 52 minutos

Elaboração: ANDRADE (2020)

Fonte: <http://www.adorocinema.com/filmes/filme-182745/>

Philippe é um homem rico, que se tornou tetraplégico após sofrer um acidente enquanto voava de parapente, que lesionou sua coluna na região cervical. Precisando de auxílio para realizar atividades rotineiras, ele depende de cuidadores que o

assistam. No entanto, embora seja acostumado a selecionar candidatos gabaritados à função, com ampla experiência e vasta formação acadêmica, Philippe não consegue se adaptar aos profissionais que vão se sucedendo no cargo, pois sente que todos o tratam como incapaz, colocando-o no lugar de coitadinho e nutrindo um sentimento de pena para com ele. Todos eles concebiam a deficiência conforme o modelo médico, segundo o qual “a deficiência é reduzida a doença, peso ou problema, transformando as pessoas em incapazes” (DINIZ, 2015, p. 29). Por conta disso, à pessoa com deficiência é comumente atribuída “uma imagem de coitadinho, triste, inútil, assexuado, abandonado por Deus, trágico, doente etc.” (SASSAKI, 1997, p. 152).

Em mais uma dessas seleções, Philippe conhece Driss, que vai de encontro a todas as suas expectativas, e que nem sequer está interessado na vaga de emprego. O total despreparo de Driss e seu mais completo desinteresse, entretanto, chamam a atenção de Philippe, que decide contratá-lo, apesar de seus antecedentes criminais e dos avisos de seu advogado, nos quais exortava: “*Essa gente não tem pena de ninguém*” (00:35:52). Quanto mais Driss se revelasse o oposto do que seria indicada para um cuidador de Philippe, mais ele confirmava: “*É exatamente isso que eu quero: alguém sem piedade*” (00:35:58).

Logo no primeiro contato com Philippe, ao perceber que ele usava cadeira de rodas para se locomover, Driss dispara: “*Coisa mais chata essa aí*” (00:12:33). “Sob o ponto de vista popular, a cadeira de rodas sempre foi vista como símbolo de invalidez” (SOUZA, 1994, p. 63). Philippe concorda que a cadeira de rodas também não lhe é vista com bons olhos, e amplia: “*Minha deficiência não é só andar de cadeira. É não viver sem ela*” (00:47:48), declarando que o que mais lhe frustra é ter ciência da irreversibilidade de sua condição, a qual contempla também este meio de locomoção.

Driss representava para Philippe um desafio: era aquele que não desistia, nem deixava que Philippe desistisse de nada. E esse fato de se sentir desafiado era estimulante e prazeroso. Assim, Philippe vai interagindo cada vez mais com Driss, confiando nele, percebendo-se valorizado, sentindo-se vivo novamente. E a amizade entre os dois vai se firmando. A cada novidade, a cada descoberta, a autoestima de Philippe aumenta, o que melhora seu humor e diminui sua insatisfação com a vida: “a autoestima designa a avaliação que o indivíduo faz de si, ponderando suas qualidades, seu desempenho, virtude e valor moral (...) a alta autoestima confere o sentimento de aprovação e satisfação consigo” (DINIZ, 2015, p. 12).

Com a sua costumeira indiscrição, Driss quer saber como o novo amigo faz para se manter ativo sexualmente, apesar da deficiência. As “pessoas supõem que apenas as pessoas jovens e fisicamente perfeitas, dotadas de beleza física, é que teriam direito a uma vida afetiva e sexual” (MAIA, 2010, p. 06). Philippe responde que “*É mais complicado do que parece. Mas dá pra ter prazer em outros lugares*” (00:43:30), isso porque “o erotismo, o desejo, a construção de gênero, os sentimentos de amor, as relações afetivas e sexuais, são expressões potencialmente existentes em toda pessoa, também naqueles que têm deficiências” (MAIA; RIBEIRO, 2010, p. 160). Sabendo disso, Driss faz de tudo para transformar em presencial um relacionamento que Philippe mantinha há seis meses apenas por cartas. Mas Philippe se sentia muito desconfortável em relação a permitir que a amada o visse do jeito que ele era, ou seja, ele temia sobre a reação da moça em relação a sua imagem corporal de cadeirante: “a imagem corporal ultrapassa os limites do corpo, incorpora objetos” (DINIZ, 2015, p. 19), a exemplo da cadeira de rodas.

Neste seu conflito com a própria imagem corporal, quando a moça lhe pediu uma fotografia, Philippe se preocupou: “*E daí, como é que eu faço?*” (00:55:25) E, com a ajuda de Driss, começou a selecionar fotos que não revelassem diretamente que ele era um cadeirante. “A deficiência física e a construção negativa da imagem corporal podem fazer com que o autoconceito do indivíduo também fique negativo, ampliando valores estigmatizantes, preconceituosos” (CUBA; PAULA; CASTRO, 2010, p. 01). Driss tratou de incentivar o amigo a enviar a foto sem se preocupar com isso, pois, assim, ficaria sabendo o que a moça achava do fato de ele usar a cadeira de rodas. Além disso, ressaltou as qualidades que o amigo possuía e que isso a deficiência não havia tirado dele. Irônico, Philippe respondeu: “*Eu sou um aleijado rico*” (00:48:08), expressão que sempre ouvia. Ao combinarem um primeiro encontro, Philippe deu um jeito de fugir do local combinado, por medo da reação da moça. No ponto de vista dele, toda mulher busca em um homem “*beleza, charme, elegância*” (00:55:44). E, embora possuísse essas três características, ele não acreditava nesse seu potencial, e sempre associava sua condição à feiura, à inutilidade.

Recorrentemente, Philippe fazia piadas com a sua condição e ria de si mesmo como forma de sublimar as insatisfações e frustrações que sentia por conta da deficiência que adquiriu. Também lhe eram comuns os pensamentos suicidas, mas ele dizia: “*No meu estado, nem isso eu posso fazer*” (00:48:12).

E afirmava: “*Quebrei a cervical e morri do pescoço para baixo. O acidente só não quebrou a minha alma*” (00:47:43). Destaco nesta sua fala que, se Philippe declara que somente sua alma não se rompeu, isso quer dizer que, para ele, seu corpo tivera sido destruído. O que ali restava não era mais o seu corpo. Após a aquisição de uma deficiência física, “o corpo no início passa a ser motivo de repúdio, já que essa nova sensação faz com que por alguns instantes o corpo e a memória do corpo passado entrem em conflito” (SERNAGLIA; DUARTE; DALLA DÉA, 2010, p. 03).

Não era aquela imagem corporal que Philippe queria ver, nem a que ele queria mostrar, nem a que queria que fosse vista – o que justifica seu desconforto ante o pedido da fotografia pela namorada. Mas Driss insistiu e conseguiu marcar o encontro do casal, e Philippe percebeu que sua imagem corporal não serviu de impedimento para que a moça se apaixonasse por ele.

Driss tornou-se mais do que um amigo para Philippe: tornou-se sua família, posto que assumiu junto a Philippe o papel familiar de ser “um facilitador para a reabilitação, a reintegração social e para o reconhecimento de sua limitação” (ALVIM; RODRIGUES, 2015, p. 40). Os dois conviviam, divertiam-se juntos, mantinham-se cúmplices e experimentavam o significado da palavra fraternidade. Juntos, ninguém segurava essa dupla: eram verdadeiramente intocáveis.

Essa relação era bem diferente da que Philippe mantinha com seus familiares, os quais, para ele, eram “*gente que não está nem aí pra mim. Eles só vêm pra saber se eu ainda estou vivo*” (01:04:00). A deficiência “desencadeia no indivíduo uma série de reações que muitas vezes não são compreendidas pelas pessoas que convivem com ele, seja em suas relações familiares ou sociais” (ALVIM; RODRIGUES, 2013, p. 85). De modo específico, no que se refere aos familiares, “receber seu ente com qualquer tipo de deficiência deixa muitas famílias ‘surpreendidas’, e muitas são as possibilidades de conduta diante do fato. Algumas percorrem o caminho da aceitação, outras, o da rejeição” (ORTIZ, 2001, p. 02). No caso da família de Philippe, está claro que o distanciamento e a rejeição foram as escolhas feitas.

Contudo, a relação de amizade dos dois fez com que Philippe desse novo sentido a sua vida, descobrindo e redescobrando suas possibilidades; mas, também trouxe para Driss muitas aprendizagens, maturidade e senso de responsabilidade, a ponto de ele conseguir encaminhar a si mesmo e à própria família, ressignificando a sua vida.

7.4 FERRUGEM E OSSO (2013)

Alain (Matthias Schoenaerts) está desempregado e vive com o filho, de apenas cinco anos. Ele parte para a casa da irmã em busca de ajuda e logo consegue um emprego como segurança de boate. Um dia, ao apartar uma confusão, ele conhece Stéphanie (Marion Cotillard), uma bela treinadora de orcas. Alain a leva em casa e deixa seu cartão com ela, caso precise de algum serviço. O que eles não esperavam era que, pouco tempo depois, Stéphanie sofreria um grave acidente que mudaria sua vida para sempre (SINOPSE²⁶).

A trama deste filme gira em torno das deficiências adquiridas por Stéphanie e Alain, duas pessoas que se conhecem por acaso, mas que acabam sendo essenciais uma para a vida do outro. O título, sugestivo, faz alusão às pernas mecânicas que a moça passa a usar após a amputação dos membros inferiores, quando um acidente ocorre em seu trabalho e uma das orcas que treinava devora suas pernas: Stéphanie é a ferrugem. E o osso é Alain, um segurança e lutador que fratura suas mãos ao quebrar o gelo de um lago em que seu filho caiu, tentando salvá-lo. A Figura 05 e o Quadro 14 apresentam essa produção cinematográfica.

Figura 05: Filme “Ferrugem e Osso”



²⁶ <http://www.adorocinema.com/filmes/filme-172976/>

Fonte: https://br.images.search.yahoo.com/search/images;_ylt=AwrJ3s_QPrxefFYAheD16Qt.;_ylu=X3oDMTBsZ29xY3ZzBHNIYwNzZWfyY2gEc2xrA2J1dHRvbg--;_ylc=X1MDMjExNDcxMDAwNQRfcgMyBGFjdG4DY2xrBGNzcmNwdmlkA3JyQ25jVEV3TGpKVHpuDhYcVc5RWdUb01UZzNMZ0FBQUFEbGN4MzYEZnlDbWNhZmVlBGZyMgNzYS1ncARncHJpZAN3bXR2aEJwTFFkeUFLZkFXWnJWM3pBBG5fc3VnZwM0BG9yaWdpbgNici5pbWFnZXMuc2VhcmNoLnIhaG9vLmNvbQRwb3MDMARwcXN0cgMEcHFzdHJsAwRxc3RybAMyNwRxdWVyeQNmaWxtZSUyMGZlcnJ1Z2VtJTlwZSUyMG9zc28EdF9zdG1wAzE1ODkzOTUyMzU-?p=filme+ferrugem+e+osso&fr=mcafee&fr2=sb-top-br.images.search&ei=UTF-8&n=60&x=wrt#id=0&iurl=http%3A%2F%2Fwww.magazine-hd.com%2Fapps%2Fwp%2Fwp-content%2Fuploads%2F2013%2F03%2Fferrugem-e-osso.jpg&action=click

Quadro 14: Ficha Técnica do filme “Ferrugem e Osso”

LANÇAMENTO	21 de junho de 2013
PRODUTORA	SONY PICTURES
DIREÇÃO	Jacques Audiard
ELENCO	Marion Cotillard, Matthias Schoenaerts, Céline Sallette
GÊNERO	Drama
DURAÇÃO	2h

Elaboração: ANDRADE (2020)

Fonte: <http://www.adorocinema.com/filmes/filme-172976/>

Stéphanie vive um relacionamento problemático, em que o namorado possessivo quer controlar suas ações e decisões. Exausta, ela começa a frequentar a vida noturna da cidade sozinha. Numa dessas saídas, vai a uma boate onde acaba conhecendo Alain, um lutador recém chegado à cidade com seu filho de cinco anos de idade, que começa a trabalhar como segurança na casa noturna. Os dois se conhecem em meio a uma confusão. Constatando que a jovem está ferida, Alain resolve levá-la em casa, para que não dirija naquele estado. Alain, que também saiu machucado, vai até a casa da moça, onde coloca gelo na mão que começa a inchar.

Na casa dela, Alain descobre que a mulher que ele achava se tratar de uma prostituta devido à roupa que estava usando na boate, na verdade, era uma conhecida treinadora de orcas num parque aquático local. Percebendo que futuramente poderia prestar-lhe serviço de segurança pessoal, o rapaz deixa com Stéphanie um cartão de visita com seu contato.

Cada um prossegue com sua vida até que a moça tem sua rotina abruptamente interrompida devido a um acidente de trabalho: durante uma apresentação pública do *show* das orcas, em meio às acrobacias dos animais, uma das baleias avança em direção à plataforma onde estavam os adestradores. A estrutura se rompe com o

impacto, e Stéphanie cai desacordada na água, sangrando, e uma orca acaba arrancando suas pernas.

A moça acorda já no hospital, ainda sem entender o porquê de estar ali. E, ao tentar se levantar, cai ao chão. Então, desesperada, começa a gritar, querendo saber o que fizeram com as suas pernas. Stéphanie entra num luto profundo, que acaba desencadeando uma depressão. Isso porque “as amputações afetam não apenas o desempenho físico, mas também os papéis de vida do amputado, como a manutenção do self, família, lar, autorrealização, e as formas de envolvimento no lazer, trabalho e estudo” (DINIZ, 2015, p. 23). A mesma autora confirma que é realmente uma sensação de luto o que essas pessoas vivenciam, pois “o impacto da perda de um membro leva o indivíduo a vivenciar um processo de luto que pode ser comparado à perda de um familiar próximo, que conseqüentemente contribui para perda da autoestima e afeta o funcionamento social” (DINIZ, 2015, p. 25).

Stéphanie desconhece seu corpo, sente-se mal com a imagem corporal que vê e que não queria que fosse sua. “A amputação adquirida interfere na imagem corporal do sujeito, corroborando para a diminuição da autoestima do mesmo” (DINIZ, 2015, p. 24). Essa reação é comum em mulheres com deficiência, já que “as mulheres representam seu corpo como um corpo mutilado e experimentam sensações de impotência e dor” (BERRI, 2018, p. 45). Imersa nessas sensações, a moça permanecia calada, chorosa, presa à cama e às próprias lembranças. Seu propósito era pôr fim a todo aquele sofrimento, mas sua tentativa de suicídio fora impedida pela enfermeira que a acompanhava.

Enquanto isso, Alain seguia sua vida, retomando a prática das lutas como forma de ampliar a renda, já que precisava sustentar o filho. Inesperadamente, ele recebe uma ligação telefônica de Stéphanie, e vai até a jovem. Muito triste com sua situação, Stéphanie vive sozinha e trancada num apartamento. Assim como acontece com muitas pessoas com deficiência, ela “busca isolamento, retirando-se do convívio social” (ALVIM; RODRIGUES, 2015, p. 40).

Deparando-se com a moça sentada numa cadeira de rodas e as duas pernas amputadas, Alain pergunta para ela: “*Ninguém vem aqui pra te ajudar?*” (00:35:55) E ela, ironicamente, responde também perguntando: “*Ajudar no quê? A andar?*” (00:35:57) Stéphanie não disfarça sua frustração e piedade de si mesma: “*Você viu como eu acabei?*” (00:44:18) Ao dizer isso, ela afirma compartilhar da representação social segundo a qual a pessoa com deficiência tem “uma imagem de coitadinho,

triste, inútil, assexuado, abandonado por Deus, trágico, doente etc.” (SASSAKI, 1997, p. 152) Mas Alain abre as janelas do apartamento, deixando o ar e a luz entrarem, e Stéphanie percebe que a vida lá fora continua, apesar do seu infortúnio, ou seja, a vida não acabou, ela não acabou.

Alain propõe à moça um passeio, e ela inicialmente recusa: “*Eu não vou sair. Eu não quero*” (00:37:15) Mas ele insiste e a leva até a praia. Inicialmente, ela ficou sentada, somente observando o novo amigo mergulhar. Mas, depois, pediu a ele que a levasse para o mar também. Alain a carregou e os dois entraram na água. Stéphanie sentiu novamente o prazer da liberdade, nadando tranquilamente, e se sentiu motivada a querer andar novamente e continuar sua vida, o que ratifica “a busca da melhoria da qualidade de vida por pessoas com deficiência, que visam estimular suas potencialidades e possibilidades, através da participação em atividades desportivas” (DINIZ, 2015, p. 12). Então, Stéphanie começa a usar pernas mecânicas.

Os amigos continuam se encontrando e fazendo várias coisas juntos, conversando sobre todos os assuntos e se aproximando cada vez mais. No entanto, numa nova ida à praia, quando Alain a chama para irem nadar, ela titubeia: “*Nadar na praia, eu não sei. É diferente. Eu não sei se quero tirar a roupa*” (01:04:50). Alain não entendeu essa reação da amiga, já que nadar era uma das coisas que mais faziam juntos. O que estaria diferente agora?

Agora ela usava as pernas mecânicas, e não queria mostrá-las em público. Desde que passou a usá-las, somente vestia calças compridas. Para ela, as pernas mecânicas chamavam mais atenção do que as pernas amputadas. E essa não era a imagem corporal que ela queria que tivesse visibilidade. Isso confirma a hipótese de que para as mulheres é mais difícil aceitarem a sua imagem corporal de pessoas com deficiência porque “elas sofrem de forma mais enfática a influência de um padrão de beleza estereotipado e se preocupam com a possibilidade de sua atratividade” (MAIA, 2010, p. 06). Schilder (1980, p. 177) diz que “isto fica especialmente claro na atitude das mulheres em relação a suas roupas”, que passam a ser escolhidas com o firme propósito de camuflarem ou esconderem as suas deficiências – como o era para Stéphanie em relação ao uso das calças – o que impacta diretamente a questão da autoestima: “a imagem corporal é um dos aspectos psicológicos associados à aceitação do próprio corpo, resultando em uma autoestima positiva ou negativa, dependendo da forma como o indivíduo se vê” (ALVIM; RODRIGUES, 2015, p. 39).

Alain percebeu que Stéphanie estava ainda com sua autoestima muito baixa e quis saber como a moça fazia para manter relações sexuais, já que não queria mostrar as pernas mecânicas para ninguém. A moça, então, disse que há muito tempo havia terminado o relacionamento, e comparou: “*Eu antes gostava de ser observada, de seduzir. Mas, agora, nada, eu até me esqueci como é. Não sei se isso ainda funciona*” (01:05:45). Assim como Stéphanie pensava, “para muitas pessoas a deficiência se sobrepõe à questão sexual, como se o corpo deficiente aparecesse antes do corpo sexual e inviabilizasse a satisfação da sexualidade própria” (MAIA; RIBEIRO, 2010, p. 167).

Stéphanie não se sente mais à vontade sendo observada. Para ela, estão olhando não a mulher que ela é, mas as suas pernas. E isso realmente acontecia. Numa noite, quando retornou à boate com Alain, um homem se aproximou, querendo seduzi-la. Mas, quando viu as pernas mecânicas, pediu desculpas, dizendo que não sabia, e se afastou. Ela, irritada, queria saber por que ele estava se desculpando e o que ele não sabia. Quer dizer que ela não poderia ser cortejada porque usava pernas mecânicas?

Alain, então, perguntou à jovem se ela queria saber se “ainda funcionava”, e se disponibilizou a manter relações sexuais com ela. A manutenção de relacionamentos afetivos, amorosos e sexuais é importante “para ajudar a pessoa com deficiência adquirida a perceber-se uma pessoa desejável, querida, agradável, que se reconhece como deficiente, mas nem por isso deixa de amar e desejar, estabelecer relacionamentos afetivos gratificantes (MAIA, 2010, p. 04)

Ao perceber que a moça ficou assustada com a proposta, Alain questionou: “*Não tem desejo?*” (01:06:15) E ela confirmou: “*É claro que eu tenho*” (01:06:20). Ela desejava, mas não se sentia mais desejada: “os deficientes incorporam a crença de que são indesejáveis sexualmente em função de uma baixa autoestima” (MAIA, 2010, p. 06). Stéphanie tinha o desejo de seduzir, o desejo de agradar; mas já não se sentia sedutora nem achava sua imagem agradável: “o desejo de agradar implica primeiramente a imagem que uma mulher tem do seu próprio corpo, de suas qualidades e defeitos, e a leva a elaborar uma certa aparência ‘pessoal’. Mas agradar é também uma operação de sedução” (GREIMAS, 2002, p. 76).

No entanto, acabou concordando e se relacionou intimamente com ele. Antes, porém, retirou as pernas mecânicas e as empurrou para debaixo da cama, a fim de que ele não as visse. Esse primeiro momento de intimidade foi estranho para

Stéphanie, afinal, era uma redescoberta de sua sexualidade, um momento em que ela precisaria manifestar sua sensualidade. Mas os dois marcaram novos encontros e as relações sexuais se tornaram cada vez mais frequentes e prazerosas para ambos.

Alain passou a levar Stéphanie para todos os ambientes que frequentava; mas, sempre que alguém a via com as pernas mecânicas que já não fazia mais questão de esconder, dava-se conta do quão impactante era para os outros a sua imagem corporal. Na casa de Alain, a sua irmã falou tão logo a cumprimentou: “*Ah, coitadinha!*” (01:15:55). E ao filho do rapaz que ficava olhando para ela o tempo todo, Stéphanie perguntou: “*Por que está me olhando assim? Isso te assusta?*” (01:17:28) Também nas lutas, quando chegava acompanhando Alain, Stéphanie era olhada com estranheza por quem lá estava. Mas a moça acabou se acostumando com essa representação social e não mais se permitia abater. Ao contrário, cada vez mais sua vida retomava o que ela entendia por normalidade: “um ser humano como qualquer outro, uma criatura, portanto, que merece um destino agradável e uma oportunidade legítima” (GOFFMAN, 2004, p. 09). Até mesmo o treinamento das orcas, percebeu que poderia recomeçar a fazer. Ou seja, sua vida voltava ao eixo.

Tudo parecia ir muito bem, inclusive para Alain, que se tornava cada vez mais conhecido pelas lutas que vencida, e também ganhava mais dinheiro. No entanto, tendo ido passear com o filhinho num lago congelado, onde os dois estavam se divertindo muito, o menino acabou caindo num buraco e ficando preso sob o gelo, afogando-se naquela água congelante. O pai, desesperado, começa a procurar pelo menino, até que percebe mais adiante a sua localização.

No instinto de salvar o filho, não tendo obtido socorro por mais que gritasse solicitando ajuda, o pai começa a socar o gelo com as duas mãos até rompê-lo e conseguir retirar o menino para levar ao hospital. Alain teve a felicidade da recuperação do filho, mas fraturou ossos das duas mãos e, com isso, ficou impedido de lutar por um bom tempo.

Assim como o caminhar de Stéphanie nunca mais foi o mesmo, também as mãos de Alain não voltaram mais a ter a força de antes, e ele agora também precisava conviver com a deficiência e os cuidados que ela requer, adaptando-se e se redescobrando, como a amiga fez com sua ajuda.

7.5 UM MOMENTO PODE MUDAR TUDO (2015)

Bec (Emmy Rossum) é uma universitária meio perdida, que está se relacionando com um professor casado e perdendo o interesse no seu futuro acadêmico. Ela começa um novo trabalho, cuidando de Kate (Hilary Swank), uma mulher que sofre de uma doença terminal. Aos poucos, a jovem vai aprendendo a aproveitar o mundo, mas acaba se afastando cada vez mais da sua antiga vida (SINOPSE²⁷).

Kate é uma pianista bem-sucedida que, aos 35 (trinta e cinco) anos, descobre-se acometida por uma doença grave e degenerativa, a Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), uma enfermidade rara que compromete o sistema nervoso, quebrando as células nervosas, enfraquecendo os músculos e afetando as funções físicas. Por conta da doença, Kate passa a ser considerada pessoa com deficiência, por ter “impedimentos de longo prazo de natureza física, mental ou sensorial que, em interação com diversas barreiras, pode ter restringida sua participação plena e efetiva na escola e na sociedade” (BRASIL, 2008, p. 11).

O filme apresenta a narrativa da vida de Kate, desde o diagnóstico da ELA até o seu falecimento, demonstrando principalmente as formas com que se relacionava com o marido Ivan, os amigos e sua cuidadora Bec, uma jovem irreverente que passa a compreender o sentido da vida a partir dessa convivência. Ou seja, trata-se de um filme sobre as relações e representações sociais de uma pessoa cadeirante, as quais podem auxiliar a promover a elevação ou a diminuição da autoestima da pessoa, posto que “as relações sociais envolvem crenças, valores, expectativas tanto quanto interações no espaço e no tempo. A Sociedade é uma entidade provida de sentido e significação” (RODRIGUES, 1975, p. 10). A figura 06 e o Quadro 15 apresentam essa produção cinematográfica.

²⁷ <http://www.adorocinema.com/filmes/filme-213436/>

Figura 06: Filme “Um momento pode mudar tudo”



Fonte: <https://br.images.search.yahoo.com/search/images?ei=UTF-8&fr=mcafee&p=filme+um+momento+pode+mudar+tudo&fr2=p%3As%2Cv%3Ai&.breadcrumb=yJZ2r1DJcWg&save=0#id=7&iurl=http%3A%2F%2Fcinemacao.com%2Fwp-content%2Fuploads%2F2015%2F03%2FUmMomentoPodeMudarTudo.jpg&action=click>

Quadro 15: Ficha Técnica do filme “Um momento pode mudar tudo”

LANÇAMENTO	02 de abril de 2015
PRODUTORA	H2O FILMS
DIREÇÃO	George C. Wolfe
ELENCO	Hilary Swank, Emmy Rossum, Josh Duhamel
GÊNERO	Drama
DURAÇÃO	1h e 42 minutos

Elaboração: ANDRADE (2020)

Fonte: <http://www.adorocinema.com/filmes/filme-213436/>

Um ano e meio após os primeiros sinais da doença, Kate já precisa de auxílio para realizar as funções mais básicas, como a higiene pessoal. O trabalho se tornou inviável e toda a sua vida parece depender da presença do marido e de cuidadores. Esse contexto se coaduna com o modelo médico da deficiência, que “designa o papel desamparado e passivo de pacientes, que são considerados dependentes do cuidado de outras pessoas, incapazes de trabalhar, isentos dos deveres normais, levando vidas inúteis, como está evidenciado na palavra ainda comum ‘inválido’” (SASSAKI, 1997, p. 27).

No entanto, Kate ainda quer tomar as próprias decisões, e acaba entrando em conflito com Ivan, que sempre anula as ações e vontades dela, como se a esposa não tivesse a capacidade de pensar ou emitir opinião, principalmente acerca dela mesma. Isso está relacionado à “crença de que essas pessoas são dependentes e infantis” (MAIA; RIBEIRO, 2010, p. 164) e, portanto, não seriam capazes de pensarem e decidirem por si mesmas. Numa dessas tentativas de se impor, Kate demite a cuidadora que o marido contratara e marca entrevista com a jovem Bec, a quem acaba concedendo a vaga de emprego.

Bec, que nunca antes havia atuado profissionalmente como cuidadora, faz o tipo moça atrapalhada, mas se dedica a aprender como agir em relação a Kate. Contudo, a relação das duas também não é das mais fáceis, devido a essa inexperiência da jovem. Exemplo disso é quando Bec fica oralizando cada ação que executa enquanto higieniza Kate no banheiro, ao que ela exige: “*Poderia parar de narrar?*” (00:14:00), e quando, tempos depois, numa conversa entre Kate e Ivan, Bec interfere e é repreendida por Kate: “*Você está falando por mim*” (00:54:33), demonstrando que suas limitações são apenas motoras, e que é capaz de entender perfeitamente o que está acontecendo, pois sua lucidez permanece íntegra. Desta forma, Kate procura minimizar aquela “predisposição à ‘vitimização’ como um resultado da exposição da pessoa estigmatizada” (GOFFMAN, 2004, p. 11), proveniente das pessoas que com ela convivem.

Na relação com o esposo, Kate percebe como a doença provocou um distanciamento entre os dois e declara: “*sinto falta de ficarmos juntos*” (00:22:49). Kate sentia a falta do carinho, da demonstração de afeto e de desejo, sentia falta do erotismo que era tão comum ao casal antes de ser acometida pela ELA. E era necessário que Kate se sentisse amparada também na relação afetiva durante esse processo de aprendizagem e adaptação da vida em função da doença e das

consequentes deficiências que estavam se instalando, para que melhor se auto aceitasse em sua nova condição, “de modo que, apesar da deficiência, não se prive de relacionamentos afetivos, sexuais, de prazer, do reconhecimento das necessidades de dar e receber amor, desejo, erotismo, etc.” (MAIA, 2010, p. 06).

Mas, não foi isso o que aconteceu. Mais adiante, Kate descobriu que o marido mantinha um relacionamento extraconjugal, e atribui a si mesma a culpa pela traição do marido: “*É minha culpa, não dele*” (00:35:43). “*Fui eu quem ficou doente, não ele. Não é a vida que ele construiu, a vida que ele merece*” (00:35:52). “*Ele tem 37 anos e merece ser feliz*” (00:36:00). Esse processo de culpabilização é desencadeado à medida que a pessoa não aceita a situação do seu novo estado físico (ALVIM; RODRIGUES, 2015).

Essa culpa que ela sentia acabava sendo reforçada pelo esposo, que não disfarçava seu cansaço e descontentamento com todo aquele contexto. E quando Kate, atenta e preocupada com tudo isso, resolve terminar a relação, ele deixa claro: “*Você quer se divorciar depois de tudo o que eu passei? Depois de tudo o que eu fiz?*” (00:38:09) E acrescentou, tentando se justificar: “*Eu pensei que eu podia ter tido mais paciência. Mas eu não tinha. Com certeza, algumas coisas eu poderia ter feito melhor. Eu só queria tocar alguém sem machucar*” (01:09:00). Ao que ela finaliza: “*Não consigo viver mais um segundo me sentindo culpada pelo que eu fiz com a sua vida*” (00:38:25). O casamento termina, e Kate lamenta por todo amor que ainda sente por Ivan: “*Por que será que queremos aqueles que não nos veem, em vez daqueles que nos veem?*” (00:54:54). Para ela, o marido nunca a tinha visto como ela realmente era; e, depois da doença, ele não a estava vendo de maneira nenhuma: “*Eu me senti invisível*” (00:51:40). Invisibilidade que é comumente vivenciada por pessoas com deficiência.

Também na relação com pessoas amigas, nas quais Kate buscava o apoio necessário para o enfrentamento de todo esse contexto crítico, um conflito se mantinha latente: o desconhecimento por parte das pessoas sobre o que vem a ser a ELA fazia com que cometessem algumas gafes, como cumprimentarem Kate estendendo a mão, ou através de comentários, como: “você vai ficar bem”, “você vai ficar melhor”, “você vai ficar mais forte”. Numa dessas oportunidades, já irritada com a situação, ela dispara: “*Não ficarei mais forte. Por favor, não diga isso. Eu odeio quando dizem isso*” (00:24:24).

As relações interpessoais vivenciadas por Kate eram bastante conturbadas, e isso certamente motivou conflitos intrapessoais que já haviam se estabelecido quando da aquisição da doença e conseqüente instalação da deficiência física. Tudo isso a levou a tentar o suicídio, jogando-se do alto da escada de sua residência: “*Achei que facilitaria para todos*” (00:36:41). Nesse “todos” incluíam-se os outros e a si mesma, que não teria mais de passar por circunstâncias tão constrangedoras e tão dolorosas.

Kate sentia falta de sua vida, sentia falta de si mesma, do próprio corpo, do marido, e também de seus sonhos. Sentia saudades de seu corpo, porque o “corpo é validado como uma ferramenta que nos dá possibilidade de movimento, relações interpessoais, de experimentar o que o meio nos proporciona e de expressar aspectos de nossa psique, conformando parte daquilo que somos” (DINIZ, 2015, p. 18). E o que ela estava vivenciando corporalmente significava uma “castração/limitação de várias possibilidades e realizações de desejos na sua vida, comprometendo sua qualidade de vida, se configurando na perda de sua liberdade” (ALVES et al, 2013, p. 607). Seus anseios foram cerceados de uma forma tão sufocante, que ela chega a revelar para Bec: “*Saudades dele, de mim*” (00:55:31) “*Eu queria tanto um bebê. Eu queria viajar, queria tocar música. Agora é tarde demais. Tenho tanto dentro de mim, e nada sai*” (00:55:59). Então, as duas gritam com todas as suas forças, e Kate parece colocar para fora tudo o que estava dentro dela e não conseguia sair. Kate se liberta e se dispõe a viver pelo tempo que for possível, da melhor maneira possível.

Sempre contando com a presença e amizade de Bec, Kate faz novas amizades, vivencia experiências novas, experimenta outras sensações e ainda refaz seu casamento. Ao se deparar com a cadeira de rodas, afirma: “*Andar numa dessas é admitir que estou doente. E estou*” (00:45:17). Embora reconheça a cadeira de rodas como um “símbolo de estigma” (GOFFMAN, 2004, p. 40), ela aceita e assume sua condição, e, ao experimentar a cadeira de rodas motorizada, sai em disparada, tomada pelo prazer daquela sensação de independência (poder de decisão sobre si, sem depender da interferência de ninguém), autonomia (domínio do ambiente, preservando sua privacidade e sua dignidade) e liberdade que há muito tempo não sentia (SASSAKI, 1997). Por isso mesmo, confirma-se que “o aprendizado e treinamento do manejo da cadeira de rodas representam uma função terapêutica importantíssima” (SOUZA, 1994, p. 59), pois representa uma experiência libertadora, como foi para Kate.

Embora a doença avançasse cada vez mais, comprometendo a fala e a capacidade respiratória, Kate não mais sentia pena de si mesma. E também não admitia que ninguém o sentisse. Então, para que isso não viesse a acontecer, orientou Bec: “*Não posso morrer num hospital, presa a uma máquina*” (01:05:49). Ela preferia estar em sua casa, junto aos seus, pois, “*Embora a doença a tivesse enfraquecido, ela fortaleceu a sua ligação com aqueles a sua volta*” (01:22:00). Ou seja, nem a doença nem a deficiência foram motivos bastantes para uma diminuição das interações sociais de Kate com seus pares; ao contrário, foram impulsionadoras de novas formas de relação nesta sua condição de vida. Isso requereu aprendizagens de ambas as partes e impulsionou novos olhares, outras representações sociais para a deficiência e para a imagem corporal de Kate.

7.6 COMO EU ERA ANTES DE VOCÊ (2016)

Em Como Eu Era Antes de Você, o rico e bem sucedido Will (Sam Claflin) leva uma vida repleta de conquistas, viagens e esportes radicais até ser atingido por uma moto. O acidente o torna tetraplégico, obrigando-o a permanecer em uma cadeira de rodas. A situação o torna depressivo e extremamente cínico, para a preocupação de seus pais (Janet McTeer e Charles Dance). É neste contexto que Louisa Clark (Emília Clarke) é contratada para cuidar de Will. De origem modesta, com dificuldades financeiras e sem grandes aspirações na vida, ela faz o possível para melhorar o estado de espírito de Will e, aos poucos, acaba se envolvendo com ele (SINOPSE²⁸).

Will vê sua vida perder o sentido, mesmo diante de tantas possibilidades e experiências novas que lhe são oferecidas após o encontro com Clark. O descontentamento com a própria imagem corporal chega ao estado limítrofe de não suportar se ver na situação de cadeirante e desejar a morte. Isso porque “a imagem corporal é um dos aspectos psicológicos associados à aceitação do próprio corpo, resultando em uma autoestima positiva ou negativa, dependendo da forma como o indivíduo se vê” (ALVIM; RODRIGUES, 2015, p. 39). Esta seria apenas uma triste história de ficção, se não nos deparássemos com ela cotidianamente, na vida real. Várias cenas e falas do filme se relacionam com a questão da imagem corporal de

²⁸ <http://www.adorocinema.com/filmes/filme-230327/>

pessoas cadeirantes, as quais são elencadas e discutidas a seguir, logo após a Figura 07 e o Quadro 16.

Figura 07: Filme “Como eu era antes de você”



Fonte: https://br.images.search.yahoo.com/search/images;_ylt=AwrJ7Y6DQ7xeVdAAyEL16Qt;_ylu=X3oDMTBsZ29xY3ZzBHNIYwNzZWfyY2gEc2xrA2J1dHRvbg--;_ylc=X1MDMjExNDcxMDAwNQRfcgMyBGFjdG4DY2xrBGNzcmNwdmlkA0VtN2xTREv3TGpKVHpuE DhYcVc5RWdHQk1UZzNMZ0FBQUFBdExhYnoEZnIDbWNhZmVlBGZyMgNzYS1ncARncHJpZANXZ mpKaUM2TFRjV0Y1YcjJvQTNhRVdBBG5fc3VnZWw0BG9yaWdpbgNici5pbWFnZXMuc2VhcmNoLnIha G9vLmNvbQRwb3MMDMARwcXN0cgMEcHFzdHJsAwRxc3RybAM0OARxdWVyeQNmaWxtZSUyMGN vbW8IMjBldSUyMGVvYYSUyMGFudGVzJTlwZGUIMjB2b2MIQzMIQUEEdF9zdG1wAzE1ODkzOTY4N DI-?p=filme+como+eu+era+antes+de+voc%C3%AA&fr=mcafee&fr2=sb-top-br.images.search&ei=UTF-8&n=60&x=wrt#id=2&iurl=https%3A%2F%2Fi.pinimg.com%2Foriginals%2F91%2Fae%2F05%2F91ae 055fd5ba0278ffab486f1a46ec41.jpg&action=click

Quadro 16: Ficha Técnica do filme “Como eu era antes de você”

LANÇAMENTO	16 de junho de 2016
PRODUTORA	WARNER BROS
DIREÇÃO	Thea Sharrock
ELENCO	Emilia Clarke, Sam Claflin, Janet McTeer
GÊNERO	Drama, Romance
DURAÇÃO	1h e 50 minutos

Elaboração: ANDRADE (2020)

Fonte: <http://www.adorocinema.com/filmes/filme-230327/>

Dois anos após ser atropelado por uma motocicleta, Will está decidido a pôr fim à própria vida: para ele, seu corpo é um estranho, não é ele ou é um não-ele, tornou-se um corpo alienado, e “os corpos alienados distanciam-se de si, (...) podem levar ao estranhamento do próprio corpo. Esse estranhamento leva à distorção da imagem, que conseqüentemente conduz aos excessos e em última instância podem levar à morte” (GOMES; CAMINHA, 2016, p. 419). No entanto, Will faz um acordo com os pais de esperar por apenas mais seis meses. A mãe, desesperada para tentar reverter a vontade do filho, contrata Louisa Clark, uma jovem garçonete que acaba de ficar desempregada, como cuidadora do rapaz. Este encontro tem tudo para mudar a vida dos dois, mas nem sempre o que se espera acontece.

Will permaneceu se isolando de tudo e de todos durante todo esse tempo posterior ao acidente: dispensou a namorada e passou a morar num anexo da residência da família, onde somente recebia a visita de seus cuidadores, quando não estava no hospital recebendo tratamento para alguma das complicações decorrentes das sequelas do acidente e da tetraplegia. De acordo com Alvim e Rodrigues (2015), é comum que a pessoa com deficiência busque no isolamento social o alívio para seus conflitos internos.

Os pais, insistindo em se fazerem presentes, sobretudo a mãe, muitas vezes o superprotegiam ou tentavam resolver por ele as questões mais básicas e rotineiras, a ponto de Will solicitar: “*Não tem que falar como se eu não estivesse aqui, mãe. Meu cérebro não está paralisado... ainda*” (00:12:14). Mesmo sabendo disso, de que possuía várias possibilidades permitidas por seu pensamento e imaginação, Will

sustentava uma concepção de si relacionada à inutilidade, à invalidez: *“Eu não faço nada, Srta. Clark. Fico o tempo todo sentado. Eu apenas existo”* (00:14:55).

Para Will, essa sua existência estava longe do que ele compreendia como vida: *“Quero ir a Paris sendo eu, como eu era, com lindas garotas francesas me olhando”* (01:06:13). Em seu ponto de vista, o que ele vivia era uma outra história, não a sua que havia tomado outro rumo. E o protagonista dessa história nem era ele mesmo, tanto que as francesas, se o vissem, não estariam vendo que era ele, não veriam seu corpo e sim somente a sua diferença, uma *“diferença que é transformada em estigma”* (LE BRETON, 2017, p. 72).

Assim sendo, qualquer forma de registro do que ele vivera antes do acidente, como as fotos expostas sobre o aparador da sua sala de jantar, tornavam-se testemunhas do que ele não era mais – e isso, portanto, era-lhe insuportável. Tanto o é que, ao flagrar Clark observando as fotos, dispara: *“Você estava olhando as minhas fotos, pensando em como deve ser horrível ter vivido desse jeito e terminar assim”* (00:17:52). E, em seguida, quebra os porta-retratos, justificando que *“Destruir essas fotos não foi um acidente. Bom, eu não quero essas fotos me encarando toda vez que eu estiver preso na cama esperando alguém pra me tirar de lá de novo, entendeu?”* (00:24:23). De acordo com Delory-Momberger (2008, p. 105), objetos como fotografias mantêm conosco uma relação recíproca de construção biográfica: *“nós os constituímos e eles nos constituem (...) carregam uma parte de nossa história pessoal”*. As fotografias possuem *“um valor abstrato de signo ou de símbolo, (...) e materializam tal período de nossa vida, tal encontro, tal pessoa, tal acontecimento”* (ibidem).

Will a cada dia se tornava mais arrogante e sarcástico, parecia ter brigado com o mundo. Mesmo Clark demonstrando toda atenção e amizade, ele insistia em ser grosseiro com ela. Até que um dia, ela reagiu: *“Sabe, você não tem que ser um babaca!”* (00:24:50). E isso ele não fazia somente com ela. Com a ex-namorada, a situação também se repetiu, como a mesma revela: *“Tentei durante meses, ele só me afastava. Não dá pra ajudar alguém que não quer ser ajudado”* (00:21:50). E o outro cuidador, Natan, também confirmou o mau-humor de Will: *“Já faz muito tempo que ele não ri de nada!”* (00:29:27) Alvim e Rodrigues (2015, p. 40) alertam que *“estados frequentes de depressão, insatisfação, insegurança, reações de agressividade vinculadas à frustração, bem como reações substitutivas de ansiedade, impaciência, hipoatividade, inveja, vulnerabilidade, mau-humor e sentimentos de menos-valia”* são

comuns de serem verificados em pessoas que se encontram em situação similar à de Will.

O rapaz vivia sufocado em sua frustração. Ele viu todo seu esforço durante o primeiro ano da fisioterapia não resultar em praticamente nada, embora tivesse acreditado que retomaria a sua antiga vida: *“A verdade é que eu pensei que ia tirar isso de letra e voltar como se nada tivesse acontecido. Eu estava enganado”* (01:00:00). A realidade era a forma concreta da sua frustração. No entanto, ao perceber a reação de Clark, enfrentando-o, Will se dá conta de que podia viver dias diferentes, de modo menos agressivo, sendo menos “babaca”, como a moça havia sinalizado.

Determinado a isso, vai ao aniversário de Clark e realiza um antigo sonho da jovem, dando-lhe de presente meias listradas. A moça, que mantinha um gosto bem peculiar em relação ao seu figurino, sustentava uma imagem corporal totalmente compatível com seu bom humor, o que certamente influenciou Will nessa busca por dias melhores, menos endurecidos.

Will, então, aceita ser ajudado por Clark, realizando e participando de atividades que poderia fazer, apesar da sua limitação. Sua mãe tenta intervir, preocupada com sua segurança, mas o esposo a repreende: *“Deixa ele fazer sozinho. Will tem que se sentir como um homem”* (00:48:05). Will e Clark, então, passam a se divertir, a passear, a viajar e vão descobrindo um afeto muito grande um pelo outro. A moça se apaixona por Will, mas ele, apesar de também estar apaixonado, não podia aceitar esse amor, porque não havia desistido da ideia de dar fim à própria vida: ele estava apenas cumprindo o acordo feito com os pais, de esperar por seis meses, e o prazo estava se esgotando.

Clark se vê decepcionada, porque acreditava que estava conseguindo fazer o amado desistir e querer ficar vivo ao seu lado. Mas ele recusou: *“Eu entendo que podia ser uma vida boa, mas não é a minha vida. Não chega nem perto. Você não me conheceu antes. Eu amava a minha vida, eu amava muito. E eu não sou o tipo de homem que aceita isso”* (01:28:51). Essa sua não-vida é algo insuportável, logo, não consegue aceitar, mesmo ciente de que poderia trazer prazer.

Sobre essa possibilidade de uma vida a dois, ele afirma: *“Eu não quero que você fique presa a um homem numa cadeira de rodas. Eu não quero que um dia você olhe para mim e sinta nenhum pinga de arrependimento ou pena”* (01:29:40). Will sabe que “essa condição é, na maioria das vezes, irreversível e o uso da cadeira de rodas

nesses casos torna-se indispensável” (SERNAGLIA; DUARTE; DALLA VÉA, 2010, p. 02). Para ele, a cadeira de rodas representa o aprisionamento que tem vivido, a confirmação da sua condição degradante e sem a menor possibilidade ou perspectiva de regeneração. Por isso, afirma contundente: *“Eu não posso viver assim. Eu preciso encerrar aqui. Chega de dor e de cansaço e de acordar todo dia desejando que isso já tivesse acabado. Minha vida não vai ficar melhor que isso. Os médicos sabem disso e eu também”* (01:30:39). Ao falar isso, Will se refere ao desejo sexual que sente por Clark, mas sabe que não pode ter o mesmo desempenho que tinha antes, e que não poderia manter relações como gostaria. Isso é só mais um argumento a favor da manutenção do seu plano.

Então, ele se despede de Clark, dizendo: *“Você só tem uma vida. É seu dever viver o mais plenamente possível!”* (00:42:20). Pode parecer, a priori, que ele está falando para Clark fazer o que ele mesmo não faz: viver plenamente. Mas não é isso. É porque, na concepção dele, o que estava vivendo não era vida ou não era a sua vida. A vida dele teria se encerrado no acidente, e ele estava apenas sobrevivendo, aguardando a chegada do fim. Portanto, não teria por que viver plenamente, se nem vida tinha mais. Então, ele realiza seu desejo e põe fim ao seu sofrimento, mas, antes, deixa a jovem Clark amparada financeiramente, incluindo-a em seu testamento, para que também pudesse realizar seus sonhos e viver alegre e plenamente, com suas pitorescas meias listradas, como havia sugerido em vida à amada. Tal qual uma folha que cai, deixando-se levar pelo vento, Will se vai, perpetuando-se na memória de Clark como aquele que fez toda a diferença em sua vida. Um foi para o outro o marco de uma nova condição de vida, e o “como eu era antes de você” já não faz mais tanto sentido, uma vez que é a partir da descoberta um do outro que se tornam quem realmente deveriam ser.

7.7 O QUE TE FAZ MAIS FORTE (2018)

As memórias de Jeff Bauman (Jakke Gyllenhaal) sobre o dia mais impactante de sua vida, 15 de abril de 2013. Enquanto esperava seu grande amor, Erin (Tatiana Maslany), finalizar a participação na Maratona de Boston, ele foi atingido por uma das bombas do atentado terrorista e perdeu as duas pernas (SINOPSE²⁹).

²⁹ <http://www.adorocinema.com/filmes/filme-230249/>

O filme biográfico de Jeff Bauman bem que podia ter seu título em forma de pergunta: o que te faz mais forte? Afinal, toda a trama se desenvolve em torno dessa questão. No entanto, a ausência do ponto-de-interrogação já sugere que não se trata de uma única resposta, mas sim a enumeração de várias coisas e circunstâncias que podem nos fazer mais fortes. A Figura 08 e o Quadro 17 apresentam esta produção cinematográfica.

Figura 08: Filme “O que te faz mais forte”



Fonte: https://br.images.search.yahoo.com/search/images;_ylt=AwrJ7Y5sRbxel3YAqFP16Qt;_ylu=X3oDMTBsZ29xY3ZzBHNIYwNzZWfyY2gEc2xrA2J1dHRvbg--;_ylc=X1MDMjExNDcxMDAwNQRfcgMyBGFjdG4DY2xrBGNzcmNwdmlkA3l3TVpNVEV3TGpKVHpuDhYcVc5RWczQk1UZzNMZ0FBQUFCS1RkbXAEZnIDbWNhZmVlBGZyMgNzYS1ncARncHJpZAM5Ymx1eGtCRIRVTzFnMIRhY01aWmhBBG5fc3VnZwMwBG9yaWdpbgNici5pbWFnZXMuc2VhcmNoLnlhaG9vLmNvbQRwb3MDMARwcXN0cgMEcHFzdHJsAwRxc3RybAM0MQRxdWVyeQNmaWxtZSUyMG8lMjBxdWUIMjB0ZSUyMGZheiUyMG1haXMIMjBmb3J0ZQR0X3N0bXADMTU4OTM5NzIzOQ--?p=filme+o+que+te+faz+mais+forte&fr=mcafee&fr2=sb-top-br.images.search&ei=UTF-8&n=60&x=wrt#id=2&iurl=https%3A%2F%2Fcinema10.com.br%2Fupload%2Ffilmes%2Ffilmes_10562_mas.jpg&action=click

Quadro 17: Ficha Técnica do filme “O que te faz mais forte”

LANÇAMENTO	8 de fevereiro de 2018
PRODUTORA	PARIS FILMES
DIREÇÃO	David Gordon Green

ELENCO	Jake Gyllenhaal, Tatiana Maslany, Miranda Richardson
GÊNERO	Drama, Biografia
DURAÇÃO	1h e 59 minutos

Elaboração: ANDRADE (2020)
Fonte: <http://www.adorocinema.com/filmes/filme-230249/>

Jeff era um jovem extrovertido e brincalhão, que não costumava levar nada a sério. Sua vida tranquila era animada pelas partidas de futebol que adorava assistir com os amigos, bebendo e se divertindo juntos. O namoro também não ia bem, já que Erin, sua namorada, vivia cobrando atenção e responsabilidade da parte dele, mas pouco adiantava. Jeff acreditava que sua força era sua liberdade.

Tudo seguia sua rotina, até que ele resolve retomar seu relacionamento indo assistir a namorada correr uma maratona no dia 15 de abril de 2013. Quando a moça estava perto da linha de chegada, onde Jeff se encontrava, ouviu-se uma forte explosão e, em seguida, mais uma. Eram bombas que haviam estourado num ataque terrorista à cidade de Boston. Jeff teve suas duas pernas amputadas naquele que tivera sido o dia mais impactante da sua vida ou, nas suas palavras, “*o pior dia da minha vida*” (01:13:10): “as amputações afetam não apenas o desempenho físico, mas também os papéis de vida do amputado, como a manutenção do self, família, lar, autorrealização, e as formas de envolvimento no lazer, trabalho e estudo” (DINIZ, 2015, p. 23).

Jeff passou seis longas semanas no hospital, até poder voltar para casa. A família, preocupada com o que viria pela frente, questionava: “*Quem vai contratar ele se não tiver as pernas?*” (00:17:54) Essa pergunta revela como a deficiência, muitas vezes, aparece antes do que a pessoa: não importavam as suas habilidades e competências; se lhe faltassem as pernas, sua carreira profissional já estaria comprometida. Isso acontece porque as pessoas com deficiência acabam sendo identificadas mais por causa da sua deficiência do que como pessoas (CARMO, 1991, p. 101). Logicamente que se está falando de 2013, quando as legislações a favor da pessoa com deficiência ainda eram incipientes ou pouco divulgadas e cumpridas. Atualmente, as oportunidades profissionais têm-se ampliado para as pessoas com deficiência e, no caso específico de pessoas cadeirantes e amputadas como Jeff, já não se avaliam suas competências essencialmente pela ausência das pernas, ou seja, pela sua imagem corporal.

Essa questão da imagem corporal era tão latente para Jeff que, ao se deparar pela primeira vez com o que restara de seus membros inferiores, ele declarou: “*Não, não quero olhar pra isso agora*” (00:28:20). Cuba, Paula e Castro (2010, p. 02) destacam que “a deficiência física pode oferecer um risco para distorções na imagem corporal do indivíduo”, da mesma forma que a “amputação adquirida interfere na imagem corporal do sujeito, corroborando para a diminuição da autoestima do mesmo” (DINIZ, 2015, p. 24). Jeff não queria se ver daquela maneira. Não queria ter que se reconhecer naquela imagem que não queria que fosse sua. A “imagem corporal é uma estrutura singular e indivisível, que permite ao indivíduo se reconhecer a todo instante, inclusive em manifestar sua não aceitação da condição imposta pela deficiência” (MACHADO, 2016, p. 03).

Da mesma forma, Jeff também não queria que as pessoas o vissem como amputado. Por isso, pediu a Erin: “*Não olha, tá bom?*” (00:29:00) Esse pedido soava como súplica, para que ela retivesse a imagem antiga dele, “inteiro”. De acordo com Diniz (2015, p. 23), a “amputação não implica apenas a perda do membro estendendo-se a perda das habilidades, a exemplo da amputação de membro inferior que interfere na locomoção, equilíbrio, entre outros, o que influi na autoestima da pessoa e no seu senso de eficiência”.

Além disso, todas as vezes que se lembrava do atentado terrorista que o vitimou, recordava-se de suas pernas destroçadas, com fraturas expostas e pés arrancados. Aquelas imagens de si imediatamente lhe traziam dor, incômodo, desânimo, frustração e raiva pelo acontecido e pelo que sua vida se tornara desde então, cheia de dificuldades e privações. E eram recorrentes essas lembranças, por mais que as quisesse esquecer: a falta de adaptação da casa, as escadas, a dependência dos outros, tudo lhe fazia recordar o motivo dessa sua nova condição de vida.

Jeff já não suportava mais se ver daquela forma, a ponto de dar um grito desesperado: ele se sentia enfraquecer, sentia-se morrer. “A amputação revela a morte real de uma parte de um corpo, bem como a morte simbólica de um estilo de vida, de uma forma de ser e de uma identidade, onde o corpo passa a ser desconhecido, escapa de enquadramentos e implica a diferença” (DINIZ, 2015, p. 25). Tudo parecia tão estranho e tão confuso, que o comportamento de Jeff também se revelava cheio de contradições: na mesma medida que reconhecia depender da presença e ajuda dos outros, como quando disse à namorada: “*Eu preciso muito de*

você agora” (00:48:20), ele também reagia abrupta e asperamente: “*Tira a mão de mim. Vai ajudar outra pessoa*” (00:53:17).

Em meio a tudo isso, sua sobrevivência e recuperação eram espetacularizadas tanto pela família quanto pelas pessoas da cidade, que o ficavam convidando para participar dos mais diversos eventos a fim de demonstrar sua superação. “A espetacularização da deficiência física baseia-se fundamentalmente na substituição do estigma pela fachada do heroísmo, a do indivíduo que enfrenta positivamente as perdas impostas pela mutilação e pela paralisia” (KIM, 2013, p. 283). Para aquelas pessoas, Jeff tinha a força de um herói. Entretanto, tudo isso só reforçava nele a constatação do que havia se tornado após a aquisição da deficiência: “*Eles continuam tentando me fazer de herói*” (00:54:00) E também: “*Quer dizer que eu sou um herói só de ficar aqui sentado sem pernas?*” (00:34:12) Toda essa popularidade não lhe estava fazendo bem: era doloroso saber que tudo isso só estava acontecendo porque perdeu suas pernas.

Erin, que frequentemente ouvia as queixas e lamúrias do namorado, chegou a dizer: “*Ele não quer mais aparecer publicamente. Isso é demais pra ele*”. (01:02:50) Mas a mãe de Jeff, que estava empolgada com as superações demonstradas pelo rapaz, dizia: “*Eu só queria que as pessoas vissem como meu filho é incrível. Só isso. Qual é o problema nisso?*” (01:04:03) A mãe, com isso, também promovia a espetacularização da deficiência do filho – como atualmente acontece na televisão brasileira expondo crianças com altas habilidades em forma de espetáculo³⁰, sob o pretexto de que as estão valorizando, quando, na verdade, estão em busca de aumento da audiência.

A mãe de Jeff perguntou qual era o problema em querer mostrar à sociedade a superação do filho. O problema era que ninguém perguntava se ele queria tal exposição de sua vida ou como se sentia ao ter de se apresentar em diferentes lugares e circunstâncias. Era como se ele não tivesse vontade própria ou gerência sobre sua agenda. Só ele mesmo e a namorada, que presenciava tudo, sabiam do constrangimento que era sentido por ele ao ter de participar dos eventos naquela condição. Mas, Erin também se excedia quando respondia por Jeff, impedindo-o de expor a própria opinião, ao que a mãe do rapaz retrucava: “*Não, você não fala pelo*

³⁰ Programa Caldeirão do Huck, quadro: “Pequenos Gênios”.

meu filho” (01:03:10). De um modo ou de outro, as duas estavam fazendo a mesma coisa: invisibilizando-o.

Onde quer que Jeff estivesse, ele ouvia as pessoas dizerem que ele era forte e que ele representava “a força de Boston”. E ele também repetia essa frase, como se precisasse se ouvir para acreditar na própria força. Mas, como tudo tem um limite, Jeff começou a se cansar de ter que se fazer de forte o tempo todo. Com isso, acabou se excedendo no álcool juntamente com a mãe e negligenciando sua reabilitação, chegando a ser repreendido no hospital: “*Todos a sua volta estão se recuperando porque levam a fisioterapia como prioridade. Você também tem que fazer isso*” (01:13:50). Erin não se conformava em ver esse comportamento de Jeff, e mais, com a convivência da mãe. Revoltada, disparou: “*Eu estou cansada disso tudo; estou cansada de vocês dois*” (01:19:05).

Ao se dar conta de que Erin havia deixado de lado a própria vida para estar ao seu lado, e toda a dedicação que a namorada lhe tinha em cuidados, Jeff resolveu firmar o relacionamento convidando-a para ir morar com ele. A mãe se pronunciou dizendo que a casa em que morava com o filho era muito pequena para três pessoas. O que ela não podia esperar como resposta do rapaz era de que “*Tecnicamente, a gente só conta com duas e meia*” (01:01:41). Jeff se considerava uma pessoa pela metade. De acordo com Le Breton (2017, p. 75), a pessoa com deficiência é “um homem do meio-termo. O mal-estar que suscita vem igualmente da falta de clareza que cerca sua definição social. Ele nem é doente nem é saudável, nem morto, nem completamente vivo, nem fora da sociedade, nem dentro dela, etc.”

Jeff sentia falta não só das suas pernas, mas da sua integridade como pessoa, da sua totalidade, da sua vida. Ele sentia falta de coisas simples que antes poderia fazer, como quando se percebeu deitado no colo da namorada e disse a ela: “*Eu gostaria que você estivesse deitada em mim*” (00:58:10), mas sua situação não permitia mais que fosse assim.

Mas, eis que Erin se descobre grávida, e Jeff, desesperado, sem saber o que fazer, dispara: “*Eu não posso ter um filho. Eu não posso cuidar dele. Eu vou correr atrás dele?*” (01:26:20) E acaba culpando a namorada pelo que lhe aconteceu, dizendo: “*Eu estava lá por você!*” (01:26:50), e, por causa disso, ele sentia que não poderia ser pai, não tinha forças para isso. No entanto, após um encontro com o homem que lhe ajudou no dia do atentado, Jeff se dá conta de que agora, sim, tem o maior e o melhor motivo para se fazer ainda mais forte: agora ele quer viver, apesar

das dores e limitações, para poder conviver com seu filho. “*Eu acho que a dor vai sempre existir. Mas, tudo o que eu quero é viver*” (01:40:23)

Jeff entende que seus esforços para se superar a cada dia precisam ser mais intensos. Ele passa a se dedicar com todas as forças que possui para se adaptar às pernas mecânicas e voltar a andar, porque percebe que agora vale a pena: “*Teve umas vezes, lá no hospital, que eu pensei em desistir. Pouco importava se eu ia morrer ou não. Mas, agora, eu só quero andar. Eu só quero levantar e ver o mundo como ele é, você entende? Eu só quero ser normal.*” (01:38:56). Ao dizer que quer ver o mundo como ele é, na verdade Jeff quer se reerguer e ver a si mesmo como ele é, sendo normal em sua diferença, sendo inteiro, sendo vivo, sendo o que ele pode ser e, por que não?, sendo pai. Jeff, portanto, amadureceu e saiu das fases do choque, da negação e da raiva em relação à deficiência e alcançou a fase da “aceitação, onde aparece a possibilidade do sujeito de conviver com sua deficiência, limitações, potencialidades, integrando-se à vida” (OLIVEIRA, 2006, p. 19).

Jeff não desiste porque encontra uma nova motivação para sua vida: ele vai ser pai. Essa condição não coloca sobre o filho a responsabilidade por seu restabelecimento, mas sobre si mesmo. É ele que precisa estar bem sendo quem é para poder ser um bom pai. Portanto, sua motivação não é a chegada do filho em si, mas ele mesmo, a paternidade que irá exercer. E o estar bem consigo mesmo envolve a aceitação de nova sua imagem corporal, ademais, será esta que o filho irá conhecer e com a qual os dois irão conviver. Para Jeff, isso é voltar a ser normal.

8 “MAS, DE REPENTE... O MEU CORPO SOU EU?”

Essa pergunta [o meu corpo sou eu?] foi utilizada pela primeira vez no Journal Méthaphysique, de Gabriel Marcel, (...) com um “caráter ao mesmo tempo misterioso e íntimo da ligação entre mim (moi) e meu corpo”. (...) Longe de identificar corpo e sujeito, pois “deste corpo não posso dizer nem que seja eu nem que não seja eu” (Être et Avoir, Aubier 1935, p. 12), ele refuta a tentativa de tratar o corpo de maneira dominada, subjugada. Essa refutação, porém, adquire toda a sua força apoiando-se na distinção ontológica do ter e do ser. Não que o corpo seja simplesmente consignado ao ser. A corporeidade é “a zona fronteira entre o ser e o ter” (ibid., p. 119). Muito mais – e é o sentido desta última forma – devemos dizer, dialeticamente, que o corpo se oferece como um “ter absoluto” que, por essa razão, não pode ser tratado como um ter num sentido qualquer (ibid., p. 119). Mas o sentido exato desta reflexão sobre o corpo nos é dado em L’esquisse d’une phénoménologie de l’avoir. Aqui, a crítica das “filosofias da consciência” (ibid., p. 273) é retomada de maneira maravilhosamente sugestiva. Depois de ter notado que o próprio do ter é incitar a incorporá-lo desesperadamente a si, Gabriel Marcel descobre o vínculo entre o privilégio do cogito à fixação ao “si”, e o tratamento do corpo como ter. Não que o “si” se afirme fora do corpo possuído, mas em virtude de uma identificação dogmaticamente obscurecida entre eu e meu corpo. “O si é uma espessura, uma esclerose... de meu corpo enquanto meu, enquanto tenho algo” (ibid., p. 243). Desta forma, a identidade, constituída de uma oposição absoluta entre o sujeito e seu corpo, tal como se afirma em Sartre, teria por gênese filosófica a instalação do “eu” na esfera do ter, do corpo como objeto possuído (BRUAIRE, 1972, p. 76-7, nota de rodapé).

Embora longa, esta transcrição é autoexplicativa em sua complexidade. Por conta disso, ela fora aqui colocada como epígrafe e não como citação, justamente por não requerer maiores comentários sobre o seu conteúdo. E, mesmo tendo sido escrita por Bruaire há quase meio século, continua plenamente atual e pertinente, a ponto de disparar minhas indagações e, ao mesmo tempo, respaldar as interpretações que me propus a fazer sobre as narrativas que foram produzidas pelos participantes da pesquisa, quando da realização das entrevistas, as quais culminaram na reflexão acerca da pergunta: “o meu corpo sou eu?”, e que seguem transcritas e analisadas.

Neste capítulo são compiladas as narrativas de si, cujos trechos³¹ são considerados chaves para as discussões implementadas a partir de cada pergunta, com o objetivo de perceber as representações sociais que o corpo, a deficiência e a cadeira de rodas possuem para essas pessoas sociais.

A literatura aponta que “representação é entendida como a produção de significados sociais através da linguagem. Em outras palavras, isso significa que o

³¹ Nestas transcrições, omitiram-se os recursos da linguagem oral utilizados pelos entrevistados nas suas narrativas para garantir maior fluência da leitura e em respeito à transposição do código da linguagem, que deixa a oralidade para se circunscrever na modalidade escrita.

modo como falamos das coisas não simplesmente fala sobre elas, mas, antes, as constitui, as produz” (SANTOS, 2001, p. 84). Por isso, compreendo que, muito mais que relatos descritivos, as narrativas feitas pelos entrevistados correspondem a produções das histórias de si que constituem as representações sociais que mantêm acerca do próprio corpo – o que torna essas narrativas tão caras, posto que são “a **representação construída da existência** através das operações da prática de narrar, de relatar, de construir enredos (...) nos ‘relatos de vida’ e em todas as formas de expressão (...) na qual se reconhecem como eles próprios” (DELORY-MOMBERGER, 2008, p. 93, grifos da autora).

Dito isso, esclareço que, para uma organização mais didática e uma leitura mais fluida das narrativas, apresento-as em quadros específicos para cada pergunta aqui convertida como categoria de análise e, a seguir, encontram-se as análises realizadas sobre as mesmas.

8.1 MEMÓRIAS SOBRE A AQUISIÇÃO DA DEFICIÊNCIA

Uma vez que este estudo versa sobre a imagem corporal das pessoas sociais após a aquisição da deficiência, nada mais natural que a entrevista se iniciasse com a narrativa de como se deu essa aquisição. Assim, a primeira pergunta feita foi: poderia me contar como foi que você adquiriu a deficiência física? As respostas podem ser verificadas no Quadro 18, a seguir:

Quadro 18 – Memórias sobre a aquisição da Deficiência Física

ROSA	<i>Segundo os relatos da minha mãe, eu contrái a deficiência física através da poliomielite que, na época, era uma doença muito persistente, era uma situação de contágio e grave! Segundo os relatos, ela foi visitar a prima, que estava com o filho adoentado, estava muito resfriado, há muito tempo. Então, ela foi visitá-los e disse que ficaram o dia todo conversando, o meu primo na cama do casal de um lado, e eu de outro. Então, quando foi visitar, eu estava um pouco resfriada, e é provável que através desse dia todo conversando, quando foram embora, eu já estava mais resfriada, mais doentinha. E que foram ao médico, e o médico passou uma medicação, e disse que foi uma semana, duas semanas, e a febre só aumentando, e não reduzia por nada, mesmo tomando os remédios. Em um mês, ela disse que já estava percebendo algumas mudanças, que eu não tinha movimento nos membros inferiores. Ela perguntou ao médico, assim: “Doutor, eu estou achando estranho, porque antes ela mexia muito as pernas, e agora está ficando assim parada. Será que ela não está com paralisia?” Ele arregalou assim os olhos e disse: “Ah! É provável que ela esteja. Eu não disse nada pra senhora não ficar assustada. Só queria confirmação.” Então, a informação que eu tenho é essa.</i>
------	---

	<i>E ela diz também que eu já havia tomado a terceira dose de pólio³²; mas que faltava a quarta dose. Esse meu primo não chegou a tomar nenhum tipo de vacina, mas eu ainda cheguei a tomar até a terceira dose. Então essa foi a história inicial da minha situação da deficiência física.</i>
LÍRIO	<i>Há cerca de 25 anos, eu estava com 29 anos de idade, prestes a completar 30 anos. Quando eu estava na cidade de Nova Venécia, no Espírito Santo, tinha uma cachoeira, e nesta cachoeira tinha alguns garotos e garotas tomando banho no rio, e eu estava sob efeito de álcool. Muitos garotos e garotas estavam do outro lado do rio pulando. Só que eles estavam pulando em pé. Eu achei interessante mergulhar fazendo um salto ornamental! Mas eu não tive o cuidado, a prudência, a cautela de verificar primeiro o terreno, e eu mergulhei de cabeça. A altura era muito alta e a profundidade era pouca. Então, eu, na hora do mergulho, bati com a cabeça num banco de areia e, imediatamente, recebi uma descarga no corpo. Tentei levantar os braços, não consegui. Tentei mexer as pernas, não consegui. Fiquei paralisado do pescoço para baixo, perdi totalmente os movimentos do corpo. A única coisa que me restou foi prender a respiração. Prendi a respiração, em média de uns dois a dois minutos e meio. E veio um filme na minha cabeça. Em questão de segundos, passou o filme completo sobre toda a minha vida. E aí, já não estava mais aguentando prender a respiração, comecei a beber água e afundar. Foi quando algumas pessoas viram que eu estava demorando no fundo, e tentaram me pegar. E me perguntaram: “O que foi que aconteceu?” Eu falei: “Estou morrendo, me levem para o hospital!” E aí um pegou na perna, outro pegou na outra perna; um pegou em um braço, outro pegou no outro braço, e me conduziram até o meu carro. E me colocaram lá no carro e me levaram para o hospital. Mas, foi um socorro mal prestado, porque eles não tinham conhecimento da forma correta de prestar um socorro, haja vista que a minha cabeça ficou solta. E a fratura que eu tive foi em nível cervical. Isso fez com que se agravasse ainda mais o meu estado de saúde. Chegando no hospital, na cidade de Nova Venécia, me levaram para uma outra cidade, Colatina, que também não tinha condições de me operar, haja vista a complexidade do meu estado de saúde. Foi quando me levaram para Vitória. Lá em Vitória, precisei me submeter a uma intervenção cirúrgica. Foi feita a cirurgia. E o médico falou: “Olha, com quatro a cinco meses, você vai conseguir sentar.” E passaram-se cinco, seis meses e eu não estava conseguindo sentar sem ter um apoio lateral, de um lado ou de outro. Se me colocassem sentado, eu caía. E tive a surpresa, não muito agradável, quando ele me falou do estado de saúde ser muito grave, e que a probabilidade de eu voltar a andar era mínima. Vale a pena ressaltar: nessa cirurgia, foi tirado um pedacinho de osso dos meus quadris e colocado no meu pescoço, juntamente com uma platina e dois parafusos. Eu tive uma lesão, uma tetraplegia traumática incompleta: existe a completa e existe a incompleta. A completa é quando você não tem nem mesmo a sensibilidade; e a incompleta é quando a sensibilidade fica preservada.</i>
GIRASSOL	<i>Adquiri a deficiência física devido a um acidente automobilístico, onde eu conduzia o veículo, junto com mais outras quatro pessoas. Perdi o controle do carro num determinado local, onde era uma curva, e no final dessa curva se encontrava uma ponte, e o carro despencou de cima dessa ponte numa altura considerável. E quando eu fui acordar, já eram cinco dias após tudo ter acontecido, ainda na UTI, e tive a notícia que havia sofrido uma fratura na coluna vertebral com a lesão medular completa, ao nível da T12, que é a 12ª vértebra do tórax, e estava paraplégico.</i>

Elaboração: ANDRADE (2020)

³² Vacina contra a poliomielite.

Conforme se observa nas narrativas, a deficiência física pode ser adquirida de diversas formas. No caso das pessoas sociais entrevistadas, as causas da aquisição foram: poliomielite ou contágio de doença infecciosa; fratura de vértebra da região cervical decorrente de queda causando uma tetraplegia traumática incompleta; e fratura de vértebra da região torácica causada por acidente automobilístico, ocasionando paraplegia completa. Ou seja, os dois últimos casos se referem a lesões medulares. De acordo com Cerezetti et al. (2012, p. 319),

A Lesão Medular (LM) é uma condição de insuficiência parcial ou total do funcionamento da medula espinhal, decorrente da interrupção dos tratos nervosos motor e sensorial desse órgão, podendo levar a alterações nas funções motoras e déficits sensitivos, superficial e profundo nos segmentos corporais localizados abaixo do nível da lesão, além de alterações viscerais, autonômicas, disfunções vasomotoras, esfinterianas, sexuais e tróficas. As manifestações clínicas dependerão do nível e grau da lesão. Em relação ao grau, as lesões podem ser classificadas como completas e não-completas. Nas lesões completas existe perda sensitiva e paralisia motora total abaixo do nível da lesão devido à interrupção completa dos tratos nervosos. Em uma lesão incompleta estão preservados grupos musculares e áreas sensitivas que não foram afetados.

Sobre o fato da lesão medular ser completa ou incompleta, o próprio Lírio se incumbiu de esclarecer em sua fala, coadunando com a literatura: a lesão é considerada completa quando ela compromete a sensibilidade; e a incompleta é aquela lesão que mantém a sensibilidade preservada. Assim, a lesão que ele sofreu é do tipo incompleta e a que acometeu Girassol é do tipo completa.

No que se refere à narrativa de Rosa, o motivo da aquisição da deficiência física foi a poliomielite, muito conhecida no Brasil como paralisia infantil, pólio ou ainda doença de Heine-Medin. Segundo Nunes e Silva (2010, p. 01), trata-se de “uma infecção viral aguda causada por um dos três pólio-vírus existentes. É uma doença contagiosa, que ataca o sistema neurológico afetando o corpo inteiro podendo causar paralisia dos movimentos musculares”. As autoras destacam que o contágio dessa doença entre crianças não se dá exclusivamente pelo contato, mas também pode acontecer de diferentes formas: “através do contato direto, isto é, tendo contato com outra criança infectada pela doença ou através do contato indireto, isto é, através da água, alimentos, picada de insetos etc.” (ibidem). E afirmam que os primeiros sintomas da poliomielite começam a se manifestar cerca de dez dias após a contaminação pelo vírus.

Assim sendo, os relatos da mãe de Rosa fazem todo o sentido, posto que ela teria sido infectada através do contato direto com o primo, quando da ocasião da visita

ao mesmo, quando ela ainda era um bebê. E, embora não seja frequente, pode sim acontecer de uma criança vacinada contra a pólio ser acometida pela enfermidade, uma vez que, por conter vírus ativos, ainda que enfraquecidos, a vacina pode causar **“Poliomielite associada à vacina (VAPP):** Ocorre quando o vírus da vacina consegue causar poliomielite na pessoa vacinada ou em quem convive com ela. Isso pode acontecer de quatro a 40 dias após a vacinação” (VACINAS..., 2020, p. 01, grifos do autor).

No caso desta entrevistada, a aquisição da deficiência não está atrelada ao uso imediato da cadeira de rodas. Conforme relatado em outros momentos da entrevista, ela se locomovia utilizando muletas e fazia diferentes tratamentos, terapias e procedimentos cirúrgicos. Somente mais tarde, quando da ocorrência de uma queda, é que Rosa passa a utilizar a cadeira de rodas, ou seja, torna-se cadeirante.

Observa-se que a narrativa feita pela entrevistada se trata de memórias que lhe foram contadas (coletivas) por algum de seus grupos de pertencimento (no caso, a família) e que ela registrou (transformando-as em memórias individuais). Não são memórias de origem própria, mas de outrem, que lhes foram narradas e passaram a fazer parte das suas memórias. Isso porque, conforme Maurice Halbwachs (p. 1990, 25), “nossas lembranças permanecem coletivas, e elas nos são lembradas pelos outros”. Quando Rosa diz: “*Segundo os relatos de minha mãe*”, ou “*E ela diz também que*”, ela se desobriga de ter de garantir que os fatos narrados sejam comprovadamente reais. Mas isso não quer dizer que se tratem de inverdades, posto que são lembranças construídas. Assim, ao narrar algo que lhe fora contado e que passara a constituir sua memória, a pessoa revê o acontecimento, mas “não se trata de uma lembrança direta, não é mais que a lembrança da imagem que formei da coisa muito antigamente, à época das primeiras narrativas que me fizeram dela” (HALBWACHS, 1990, p. 38).

Quando se tratam de narrativas de histórias de vida, ocorre uma “independência de suportes probatórios. As incertezas, descartabilidade da referência exata, garantem às narrativas decorrentes da memória um corpo original e diverso dos documentos convencionais” (MEIHY; HOLANDA, 2007, p. 34). Assim sendo, as construções narrativas, além de se inspirarem em fatos, admitem “fantasias, delírios, silêncios, omissões e distorções” (ibidem), que são características peculiares dos registros mnemônicos, sem que isso comprometa sua cientificidade.

Também as narrativas dos outros entrevistados têm como suporte uma memória que não deixa de ser coletiva, posto que “em verdade, nunca estamos sós” (HALBWACHS, 1990, p. 25), mas que se converte em memória individual, seletiva e modificada, trazendo elementos de que eles se recordam e que selecionaram para contar, uma vez que “a memória não é um mecanismo de gravação, mas de seleção, que constantemente sofre alterações” (MONTENEGRO, 2007, p. 24).

Já Lírio, ao expressar sua narrativa, usa riqueza de detalhes, dados precisos e sequenciados. Logicamente, esta memória também fora constituída a partir de relatos de outrem que o acompanharam e testemunharam as circunstâncias que ele vivenciou e, a *posteriori*, contaram para ele o ocorrido, posto que, nas condições físicas que ele mesmo narra que estava, não teria como registrar ordenada e pontualmente toda a ocorrência da lesão.

Interessante é o fato de que esse entrevistado sinaliza algumas vezes que o acidente que sofrera teria sido ocasionado por uma imprudência dele mesmo, ao dizer que: “*eu estava sob efeito de álcool*”; “*Eu achei interessante mergulhar fazendo um salto ornamental!*”; “*eu não tive o cuidado, a prudência, a cautela de verificar primeiro o terreno*”. É muito comum acontecerem acidentes por conta da empolgação própria da juventude, que parece camuflar a realidade, fazendo a pessoa acreditar que nada poderá lhe atingir. Foi o que aconteceu com ele.

Motivado pela vontade de impressionar o grupo do qual fazia parte, representando o papel do super-herói, Lírio mergulha de cabeça sem os devidos cuidados – que hoje, com toda maturidade que a vida lhe trouxe, é capaz de reconhecer – e acaba por iniciar o processo que culminaria com a sua tetraplegia. Sim, o acidente fora apenas o começo, uma vez que o socorro prestado pelos companheiros que presenciaram o ocorrido, segundo narrado, também não observaram os princípios cautelares para a prática dos primeiros socorros, remoção e locomoção de vítimas, conforme preconizado pelas autoridades de saúde, por desconhecimento mesmo e, talvez, vontade eminente de ajudar o rapaz acidentado. Todo o contexto resultou numa fratura da coluna vertebral na região cervical, que ocasionou a tetraplegia traumática incompleta.

E então veio a notícia: “*tive a surpresa não muito agradável quando ele me falou do estado de saúde ser muito grave, e que a probabilidade de eu voltar a andar era mínima.*” Assim como no momento do acidente, neste deve ter passado também um filme em sua cabeça, inclusive no que se refere a sua imagem corporal, que estaria

passando por um processo de destruição e iniciando uma reconstrução, uma vez que a nova condição se impunha, e era preciso tomar coragem para lidar com todas as novidades que se aproximavam: cirurgias, terapias, fisioterapias, uso da cadeira de rodas, novas formas de locomoção, novas formas de relação, nova imagem corporal etc.

Com Girassol, a deficiência também foi adquirida mediante acidente, mas em circunstância bem diferente da vivenciada por Lírio. A fatalidade ocasionada pelo sinistro automobilístico é narrada sem grandes detalhes, de forma breve, considerando apenas os aspectos de que ele se lembra, em condição de plena consciência, ou seja, os instantes antes do acidente e o momento em que ele se dá conta do ocorrido, quando acorda no hospital dias depois.

O poder de síntese utilizado na narrativa está estritamente relacionado à brevidade com que os atos se sucederam no acidente: tudo muito rápido, sem grandes explicações. Mas, não somente isso: revela também a suficiência daquilo que se quer contar, daquilo que a memória seleciona para narrar para si mesmo e para os demais: “É uma história que nós contamos a nós mesmos e aos outros. (...) O como se diz revela uma escolha, sem inocências, do que se quer falar e do que se quer calar” (NÓVOA, 2001, p. 8), bem como do que se quer esquecer, posto que a memória encontra-se continuamente “aberta à dialética da lembrança e do esquecimento, pela qual busca salvar o passado do esquecimento e edificar o presente e o futuro” (CUNHA, 2008, p.202).

Mas, como toda memória individual se faz de memórias coletivas, Girassol relata que ficou sabendo do ocorrido por meio de outras pessoas, ao dizer que: “*tive a notícia que havia sofrido uma fratura na coluna vertebral com a lesão medular completa, ao nível da T12, que é a 12ª vértebra do tórax, e estava paraplégico*”. Com isso, revela que sua memória é balizada pelos depoimentos dos outros, por lembranças que, quando evocadas, tornam a pessoa obrigada a confiar na memória dos outros, uma memória emprestada, não sua originalmente; memórias que não existem como complementares ou fortalecedoras da sua, mas que são a única fonte daquilo que se quer ou que se precisa saber para, depois, poder repetir em suas narrativas (HALBWACHS, 1990).

Há que se considerar que essas três narrativas acerca das memórias da aquisição da deficiência ancoram-se no modelo médico da deficiência³³, apresentando primordialmente elementos relacionados a doenças, fraturas, hospitais, tratamentos, terapias, recuperação, etc. Isso ajuda a compreender por que esse modelo, embora atualmente tão criticado pela literatura específica da área da diversidade e da inclusão, permaneça tão imbricado na sociedade de um modo geral, ademais, ele é sempre evocado quando da primeira experiência relacionada à aquisição da deficiência física.

8.2 IMAGEM CORPORAL ANTES DA AQUISIÇÃO DA DEFICIÊNCIA FÍSICA

Partindo do pressuposto de que a imagem corporal se constrói e reconstrói contínua e ciclicamente ao longo de toda a vida, e que esse processo se dá mediante as rupturas decorrentes das vivências cotidianas, perguntei aos entrevistados: antes de adquirir a deficiência física, quais eram as suas impressões sobre o próprio corpo? Você se lembra de alguma situação que exemplifique isso? Conte para mim. As respostas podem ser verificadas abaixo, no Quadro 19:

Quadro 19 – Imagem corporal antes da deficiência

ROSA	<i>Não tenho essa referência do meu corpo antes da deficiência.</i>
LÍRIO	<i>Antes do acidente, eu era uma pessoa extremamente vaidosa. Eu gostava de fazer pequenas caminhadas, eu gostava até de me olhar no espelho, porque, modéstia à parte, nos meus vinte e poucos anos, eu era uma pessoa considerada atraente para as garotas. Bonito rosto, bonito cabelo, um bonito corpo.</i>
GIRASSOL	<i>Antes de adquirir a deficiência física, eu tinha uma vida totalmente saudável e ativa. Era um atleta, fui jogador de futebol por alguns anos, disputei vários campeonatos de divisão de base. Logo após, me inseri na Polícia Militar da Bahia, trabalhava em viatura operacional na área mesmo, em prol da sociedade. Praticava musculação, corrida... Então, eu me via como, entre aspas, um super-herói. Era um policial, trabalhava em viatura, era um atleta que jogava futebol, praticava todos esses esportes, como musculação, a corrida... Pra mim, estava tudo certo, e eu nem tinha noção sobre o meu corpo. Nem parava pra pensar sobre isso: achava que nada poderia me atingir.</i>

Elaboração: ANDRADE (2020)

³³ Já apresentado no capítulo 6 “Estamos falando sobre deficiência física adquirida”, mais precisamente à página 101.

Como Rosa adquiriu a deficiência física aos sete meses de idade, a mesma declarou não ter referências corporais anteriores a essa faixa etária.

Lírio, por sua vez, revela autoestima elevada e satisfação com seu corpo antes da deficiência, relatando que gostava de se olhar no espelho, pois se achava um rapaz bonito, atraente e vaidoso. Ele destaca o rosto e o cabelo, mas depois resume que todo o corpo era bonito. Logicamente, ele fundamenta seu comentário no padrão de beleza masculino vigente à época de sua juventude, qual seja o de um homem atlético, ao destacar que praticava alguma atividade física regularmente. De acordo com Diniz (2015, p. 28), a prática de atividades físicas e desportivas “aumenta a percepção corporal do indivíduo e aumenta o gosto que o mesmo tem pelo seu corpo”. Isso “facilita e contribui para o processo de remodelação e desenvolvimento da imagem corporal”, pois exige da pessoa um maior conhecimento do próprio corpo, e “esse conhecimento é ampliado através das relações, que se estabelecem entre suas partes, com o meio físico e social, pois o indivíduo tende a se ver de forma mais positiva, contribuindo para elevação da autoestima”.

Girassol também deixa claro que se sentia satisfeito com seu corpo antes de adquirir a deficiência física. Apesar de não descrever como concebia seu corpo detalhadamente, afirmando que “*eu nem tinha noção sobre o meu corpo*”, ele diz que se via “*como um super-herói*”. Segundo Couto (2000, p. 25), os super-heróis se apresentam como “pessoas bem-sucedidas, exibindo corpos saudáveis, jovens e perfeitos”. Girassol ratifica essa caracterização destacando que, antes de adquirir a deficiência física, “*tinha uma vida totalmente saudável e ativa*”, confirmando que se enquadrava no papel do super-herói e deixando transparecer que a deficiência teria limitado ou obstruído de alguma forma tais potencialidades.

Andrade (2012, p. 89) também explica que os super-heróis mantêm a imagem de pessoas “poderosas, possuem habilidades físicas e mágicas, são do bem, mesmo quando para isso precisam agir de forma bruta; e, claro, são sempre magras, altas, fortes, musculosas, inteligentes e brancas.” São seres inatingíveis! E isso o entrevistado afirma que também era, pois achava que nada poderia atingi-lo.

Ao assumir que se concebia a partir do estereótipo do super-herói, Girassol enaltece corporalmente sua musculatura bem desenvolvida, obtida com a prática da musculação e das corridas frequentes; e enfatiza a natureza do seu caráter, que é o

de ser uma pessoa do bem, ao que relaciona sua carreira profissional como policial militar que se coloca “*em prol da sociedade*”.

Considerando as respostas obtidas junto a esses dois entrevistados, compreendo que ambos representam socialmente seu corpo antes da aquisição da deficiência como a personificação do belo – seja no sentido estético, seja no sentido moral. A imagem corporal mantida naquele contexto era a de corpos saudáveis, ativos, desportivos e que faziam sucesso em seus meios sociais, garantindo uma autoestima elevada.

8.3 IMAGEM CORPORAL APÓS A AQUISIÇÃO DA DEFICIÊNCIA FÍSICA

Tendo vislumbrado como a imagem corporal dessas pessoas era concebida antes da aquisição da deficiência física, tornou-se mister analisá-la após a referida ocorrência. Neste sentido, questioneei: após adquirir a deficiência física, quais foram suas impressões sobre o seu corpo? Explique e, se possível, exemplifique narrando alguma situação relacionada. Como se pode visualizar, as respostas encontram-se no Quadro 20.

Quadro 20 – Imagem corporal após a aquisição da deficiência

ROSA	<i>Desde criança, eu tenho essa limitação física. Não me lembro de situações que provocassem uma angústia, algo assim. Eu recordo mais sobre a minha infância, de que meus irmãos me incluíam nas brincadeiras. Então, assim, eu me sentia incluída! Mas, devido a minha limitação física, também não tenho relatos de exclusão perante a minha família, no que diz respeito à deficiência. Então, na realidade, eu não tenho muito que narrar de situações relacionadas ao meu corpo. Eu sentia, às vezes, que eu queria andar, e andando eu colocava a mão na perna direita aqui, que não tinha o movimento. Mas, assim, não tinha muitas coisas a dizer que era difícil por não poder subir, descer... Mas, sempre que possível, eu era incluída. Depois que eu fui pro Rio de Janeiro, eu fazia tratamento, essa coisa toda, eu senti que fez mais limitações. Antes, eu conseguia sentar, conseguia fazer movimentos que eram surpreendentes, de andar me arrastando, de ter mais essa flexibilidade quando as muletas estavam longe. Mas, depois que eu fiz algumas cirurgias, tive mais limitações de colocar o joelho no chão, porque doía. Eu sentia que, antes, eu era mais livre. Depois das cirurgias, eu senti mais dores, reduziu mais os movimentos. Então, em relação ao meu corpo, eu penso que eu nunca tive muitas dificuldades, porque eu me sentia bem com isso.</i>
LÍRIO	<i>Depois do acidente, eu observei que tudo isso é bobagem: tem outras coisas que nós podemos dar mais importância do que um corpo bonito: uma alimentação bem balanceada; você estar com a sua saúde bem, em dias. Essa questão de você ser alto, baixo, cabelo liso, cabelo crespo, gordo, magro...</i>

	<p><i>Gente, tudo isso é bobagem! O que adianta você menina ou você rapaz ter uma companheira, um companheiro com um corpo belíssimo, se ele não tem caráter bom, se é uma pessoa de má índole? Então, tudo isso aí é bobagem, tudo isso é besteira. Mas, eu só pude observar isso depois que eu sofri esse acidente. Hoje eu dou valor às mínimas coisas: hoje eu contemplo o mar, coisa que eu nem fazia! Quando eu tinha 20, eu ia à praia para ver as meninas de fio dental, olhar as meninas com aquele corpo escultural. Hoje não: hoje eu vou à praia para receber aquele vento, aquela brisa no rosto, eu vou para olhar as ondas! Eu vou para a zona rural para olhar cada detalhe de uma planta, de uma folha, a árvore... Gente! A vida é isso! Eu fico contemplando as formigas, quando elas estão andando uma atrás da outra, entendeu, e trabalhando... Que coisa linda, que coisa bela! Têm outras coisas que nós podemos dar mais valor do que o corpo atlético. A pessoa envelhece, as rugas aparecem, entendeu? Os peitos, que eram durinhos, ficam flácidos, a gordura chega. Então, há uma outra forma de se olhar a vida!</i></p>
GIRASSOL	<p><i>Após adquirir a deficiência, eu percebi a complexidade que é nosso corpo. No caso, o meu corpo. Porque, até então, como eu disse antes, eu achava que era um super-herói, que nada me atingiria, que estava tudo perfeito. Depois de adquirir a deficiência, é que eu vim perceber o quão complexo é o nosso corpo, pois, eu tinha perdido os movimentos das minhas pernas, as sensibilidades das minhas pernas, o meu equilíbrio de tronco, pois não conseguia sentar sem apoio nenhum, porque as pernas funcionam como se fossem umas raízes para uma árvore. Eu achava que eu ia sentar e que ia ficar apoiado da mesma forma. Não! Sensação horrível, quando eu sentei pela primeira vez na maca do hospital, que quando me colocaram sentado, eu não consegui ficar, me manter sentado, eu caí na maca. Então, eu vi o quão complexo é o nosso corpo, e que a gente, nosso cotidiano, nosso dia a dia, a gente não consegue enxergar isso. Só depois que eu adquiri a deficiência, que eu vim ter noção realmente dessa complexidade, pois eu não conseguia mais andar, não conseguia mais sentar. Eu não conseguia mais fazer minhas necessidades fisiológicas normalmente, como urinar, defecar. Então, foi uma coisa muito complicada, muito difícil, principalmente inicialmente.</i></p>

Elaboração: ANDRADE (2020)

Como Rosa adquiriu a deficiência muito cedo, praticamente a imagem corporal de que tem consciência se refere totalmente ao período pós-deficiência, por isso, ela diz que “*Desde criança, eu tenho essa limitação física. Não me lembro de situações que provocassem uma angústia, algo assim*”. Sendo assim, a ruptura relacionada ao processo de construção da sua imagem corporal se dá mediante o início de tratamentos aos quais se submetera. Portanto, não teria sido a deficiência em si a causa dessa ruptura. Chega a parecer contraditório o fato de que, com a deficiência física adquirida, ela se sentia bem com o próprio corpo – a mesma satisfação relatada pelos demais entrevistados sobre a fase anterior à aquisição da deficiência – e, quando é levada para tratamentos cirúrgicos e terapêuticos que vislumbravam alguma melhora nas suas possibilidades de locomoção, aí é que começam os desconfortos corporais associados a dores, a limitações e a uma consciência de que seu corpo

havia mudado, causando estranhamento sobre o que era capaz de fazer em detrimento do que já fazia antes.

Como pessoa com deficiência, Rosa se sentia incluída em sua infância, junto aos familiares, com os quais conseguia brincar como qualquer outra criança, apesar de ser ciente de sua condição de limitação no que se refere à locomoção. Ela relata que tinha dificuldades para subir e descer – movimentos comuns às brincadeiras infantis; que algumas vezes tocava a perna que não possuía mobilidade; e que algumas vezes sentia vontade de poder andar como seus pares. Mas, reforça que nada disso impedia de que fosse e se sentisse incluída, pois, se não podia fazer umas coisas, podia e muito bem fazer outras. E quem não é assim? Todas as pessoas se adaptam de uma forma ou de outra: umas se adaptam às condições financeiras; outras se adaptam às condições climáticas; outras ainda aos recursos disponíveis; outras, como é o caso da Rosa, às condições corporais, enfim. O importante é que, adaptando-se, ninguém deixe de agir, de experimentar, de viver com aquilo que pode, com aquilo que tem, com aquilo que é, com o corpo que tem. Essa percepção do corpo como ente adaptável “permite reencontrar zonas inexploradas de si mesmo, a partir das quais se torna possível ganhar um novo olhar sobre si, sobre os outros, sobre o mundo e os acontecimentos passados, presentes e futuros” (RUGIRA, 2008, p. 83).

Mas, como já fora dito, Rosa relata que, após iniciar os tratamentos de reabilitação, ocorre uma reconfiguração de sua imagem corporal: ela passa a se perceber efetivamente como limitada em sua mobilidade, começa a sentir o incômodo e o sofrimento das dores, e passa a sentir falta da liberdade que tinha antes, quando seu corpo lhe fazia bem, cuja percepção alimentava a sua autoimagem, a sua imagem corporal, “a imagem que temos de nós mesmos. Quanto mais detalhada (e mais simpática) for a imagem que nosso cérebro forma a nosso respeito, maior a agilidade para tomar decisões, maior a autoestima. Resultado: indivíduos mais livres e felizes” (VIANNA; CASTILHO, 2002, p. 20). Ou seja, se antes o corpo lhe fazia bem, agora já não fazia mais ou, pelo menos, não mais totalmente. Era a constatação de um corpo estranho, não seu, mas seu ao mesmo tempo, um corpo visível diferente do corpo vivido até então.

Sensação parecida foi experienciada por Girassol, quando da aquisição da deficiência. Ele relata que essa fase inicial é muito difícil e complicada, pois a consciência da deficiência e de suas conseqüentes limitações, bem como as inevitáveis comparações com a vida que tinha antes da lesão provocam um

estranhamento corporal, que vai desde as suas funções básicas, como as fisiológicas, até as relações intra e interpessoais, perpassando pelas representações sociais que a pessoa faz de si mesma e do mundo ao seu redor a partir de sua nova condição.

Se, antes, sua imagem corporal era a de um super-herói, inatingível e perfeito, agora ela configurava uma pessoa demarcada por ausências: de movimento, de sensibilidade, de equilíbrio – habilidades físicas tão comuns e tão circunscritas no perfil da normalidade. Só que, concomitante a isso, vem uma outra possibilidade: a consciência da complexidade corporal. Parece que o próprio corpo cria uma espécie de compensação que vai despertar o cérebro para o fato de que nem tudo está perdido. E então, a pessoa se dá conta de que existem novas formas de vida, e ela começa a se adaptar e a fazer de outro modo as coisas que fazia antes.

Girassol destaca que o cotidiano não deixa que as pessoas enxerguem essa complexidade que é seu corpo, e que, no seu caso, foi preciso ocorrer a deficiência para que pudesse se dar conta disso. Um corpo complexo, capaz de se adaptar e recomeçar ou continuar o fluxo de sua vida. Um corpo complexo, capaz de fazer coisas que, em outra circunstância, a pessoa nem se dava conta de que conseguiria fazer. Um corpo complexo, que se reinventa e se remodela, tornando-se outro, sendo ainda o mesmo. Um corpo complexo, que é mais “do que materialidade biológica, conjunto diferenciado de células, codificação de genes, é uma construção cultural” (SANTOS, 2001, p. 79). Um corpo complexo, cuja imagem se modifica, mas se reconstrói, visando à manutenção da identidade. Um corpo que é nosso eu, uma espécie de mapa “de poder e identidade. O corpo é aquilo que reconhecemos ‘naturalmente’ como nossa identidade. Uma identidade que não é essencial, única, dada por natureza. Antes, ela é mutável, polimórfica, caleidoscópica” (ibidem).

Quando a pessoa se dá conta dessa sua complexidade corporal, ela passa a perceber a vida de uma outra maneira. É o que Lírio relata em sua narrativa: após o acidente, e em decorrência da maturidade, ele se dá conta de que muitas coisas que antes valorizava, já não têm tanto valor assim. E ele destaca: “*tudo isso é bobagem: tem outras coisas que nós podemos dar mais importância do que um corpo bonito*”. Para ele, as questões corporais que realmente passam a importar estão do lado de dentro, ou seja, não são as características visíveis que constituem a imagem corporal que é vista pelos outros, tais como: altura, peso, cor do cabelo ou da pele. Veiga-Neto (2002, p. 36), entretanto, afirma que essas características são nossas marcas identitárias, e que elas se combinam e se recombinaem “permanentemente entre si e

é principalmente no corpo que se tornam visíveis”. Assim sendo, não se trata de bobagens. No entanto, acredito que o sentido que entrevistado queira expressar seja o de que não se deva valorizar tanto esses aspectos que podem enquadrar uma ditadura do corpo, que impõem imagens idealizadas de corpo, imagens iconográficas, substitutivas do real, um modelo hipnótico de felicidade que resulte num corpo desencantado (SILVA, 2001), objetificado, mercadorizado, pirateado.

De acordo com o entrevistado, portanto, relevantes são os valores, o caráter, a índole, a contemplação das pequenas coisas, a valorização da natureza, a saúde, a forma de conceber a vida: “nossos corpos vão acumulando tantos conhecimentos de todo o tipo e entre eles os **valores**, conhecimentos de tipo especial que nos levam à ação, tecidos cotidianamente” (ALVES, 2002, p. 119, grifo da autora). Lírio declara, com isso, que a imagem corporal que ele tem de si e que pretende que seus pares tenham sobre ele é esta, caracterizada pela subjetividade e pela sensibilidade, cujas interfaces denotam o sentido real de uma vida plena, e que não se deixam corromper sob a ação implacável da passagem do tempo. Um corpo sensível, como espaço “de todas as dimensões do nosso ser/estar no mundo. É uma relação singular, sentida e conscientizada como percepção do sensível na subjetividade corporizada, em que todos os conteúdos de vivências têm uma significação própria do sujeito” (BERKENBROCK-ROSITO, 2008, p. 280). Ou seja, para Lírio, importam mais as características de seu corpo sensível do que as do seu corpo estético, visível.

8.4 IMAGEM CORPORAL ATUAL: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO CORPO

E agora, depois de passado tanto tempo da aquisição da deficiência, e que, no tocante a isso, a imagem corporal se reconstruiu, interessa-me saber como ela se apresenta, ou seja, como essas pessoas representam socialmente seu corpo. Para tanto, questioneei: como você concebe o seu corpo hoje? Caso tenha vivido alguma experiência corporal recente, aproveite para contar como foi. O Quadro 21 apresenta as respostas.

Quadro 21 – Imagem corporal atual: representações sociais do corpo

ROSA	<p><i>Em relação ao meu corpo hoje, eu me sinto bem. Agora, eu percebo que nele existem outras amarras que, anteriormente, não existiam, né? Quando eu me refiro às amarras, eu estou me referindo a minha forma de me locomover, que antes de fazer as cirurgias, eu me via mais livre, mais solta. Não tinha medo de cair; hoje eu tenho medo de cair. Principalmente depois da queda de 2016, que eu fiquei cadeirante, tive que sofrer com as cirurgias, né? Eu sinto amarras, também, eu sinto dores. Então, eu sinto muitas dores pelas próprias cirurgias, porque eu fico muito tempo sentada ou se eu fico muito tempo em pé. Tem dias que eu vou dormir toda cheia de dor. E, também, eu tive Dengue em 2006, quando eu vim pra Itabuna. E quando eu fui agora, em 2016, para fazer o doutorado em Salvador, eu tive Zika. Então, tem dias que meu corpo todo dói, dos pés à cabeça. Então, assim, eu sinto muitas dores por uma questão física. Mas é uma coisa que aí eu procuro espairecer, aí eu faço fisioterapia três vezes por semana, tomo um Dorflex, um remédio para relaxar. Então, eu vou me trabalhando, porque se fosse fazer a vontade, eu não sairia da cama de dores, entende? Então, o sofrimento das cirurgias ortopédicas, as dores de ficar enclausurada em quatro paredes, seis meses praticamente sem poder socializar, sem poder fazer as coisas que eu já tinha mais facilidade de fazer, de interagir, de me sentir útil, de fazer as coisas que eu sempre gostei de fazer, de ter a minha autonomia. Então, as amarras a que eu estou me referindo são nesse sentido. Eu tenho essa plena consciência de que os padrões do meu corpo não correspondem aos padrões de beleza. Primeiro, porque eu sei da situação da deficiência, da pólio na perna direita e que impede essa minha locomoção e que existe essa má formação da perna. Então, esses padrões de beleza, quanto a essa questão, não me incomodam. Eu não me cobro para corresponder a um padrão de beleza. Eu sei que existem as minhas limitações. Então, é uma coisa que já foi trabalhada em terapia, pensada e bem repensada. Então, hoje eu vejo mais no sentido da minha essência de como ser humano, do que eu posso refletir enquanto pessoa, enquanto ser humano que pensa, sente, ama. Então, a exigência estabelecida existe, mas é algo que não é o meu foco. Eu sei que eu posso fazer tudo que você poderia fazer, você pode fazer. Eu farei dentro das minhas limitações. Então, essa representação social poderia baixar minha autoestima se estivesse querendo corresponder ao que o contexto social exige. Então, nesse ponto de vista, eu procuro ancorar a minha representação social como ser humano, como pessoa e que eu me sinto capaz, e não uma representação meramente estética para corresponder às solicitações da sociedade. Se fosse nesse aspecto, eu iria basicamente reafirmar o que a sociedade afirma dos preconceitos, dos estereótipos acerca da deficiência. Então, esse preconceito, eu preciso aprender a lidar comigo mesma. Quando eu lido com esse preconceito, eu estou aprendendo a olhar para a minha pessoa não como uma coitadinha ou como uma funcionalidade junto a um corpo cheio de obstáculos. Não é isso. Eu estou aprendendo a olhar para o meu corpo com as possibilidades dele ser, das minhas ações, do que eu posso representar para a minha pessoa e para as outras pessoas, como quando me aceito do jeito que sou, entende? É mais nesse sentido.</i></p>
LÍRIO	<p><i>Hoje, com o passar do tempo, eu adquiri uns quilinhos a mais. Mas, esteticamente, isso me deixa incomodado? Falo francamente: Não! Não me deixa incomodado, não. O único problema desses quilinhos a mais é só a dificuldade da transferência da cadeira de rodas para o carro e/ou para a cama. Eu já tentei até perder uns quilinhos, mas é uma dificuldade enorme! É, existe essa dificuldade. Mas eu encaro numa boa! Eu sou de bem comigo mesmo, eu amo a vida, me amo, e esses quilinhos a mais ou a falta de movimento nas pernas não me incomodam, convivo muito bem com isso, a tal ponto de trabalhar, e isso não atrapalha no meu dia a dia. Essa entrevista está sendo concedida no local de trabalho, onde eu sou servidor público, eu tenho um cargo de diretoria, de uma responsabilidade enorme, e levo a minha vida</i></p>

	<i>numa boa e sou de bem comigo mesmo, com esse corpo que, para mim, é um corpo bellissimo, mesmo com os quilinhos a mais.</i>
GIRASSOL	<i>Hoje, depois da deficiência, a minha concepção corporal é muito mais aguçada: eu sou muito mais atento, presto muito mais atenção em todos os detalhes, em tudo, tudo o que faço. Porque antes eu tinha um corpo perfeito, né? Entre aspas, falando assim. Eu tinha sensibilidade, eu tinha movimentos. E hoje, devido à falta dessas funções, eu não consigo movimentar as pernas, eu não tenho sensibilidade. Então, eu tenho que estar atento a tudo, a todo momento pra evitar algum tipo de trauma, alguma lesão de pele, que eu encoste em algum lugar que esteja quente, que possa me cortar, me ferir, me furar, entendeu? Então, hoje, a minha concepção e o meu cuidado com meu corpo são muito, muito maiores do que antes do acidente.</i>

Elaboração: ANDRADE (2020)

Embora esta questão vislumbresse tratar das representações sociais, note-se que, na redação da pergunta, não havia nenhuma menção a essa teoria. Entretanto, chamou minha atenção o fato de Rosa usar a terminologia “representações sociais” e “ancorar” em sua narrativa. Como sendo professora do Ensino Superior que tematiza a deficiência e a inclusão, ela certamente trabalha com a referida teoria em suas aulas, tanto que já utiliza os termos concernentes a ela livremente e com propriedade em seu discurso.

Sendo questionada sobre como concebe seu corpo na atualidade, a entrevistada apresenta logo um paradoxo: ela se sente bem, mas percebe amarras em seu corpo. Ela opta por esclarecer primeiro sobre a quais amarras estava se referindo. E, embora comece fazendo nova referência às dificuldades e desconfortos físicos, incluindo aí o fato de se tornar cadeirante, acrescenta um dado novo e que faz toda a diferença na narrativa: as dores de ordem emocional e social, ao se referir às “dores de ficar enclausurada em quatro paredes, seis meses praticamente sem poder socializar, sem poder fazer as coisas que eu já tinha mais facilidade de fazer, de interagir, de me sentir útil, de fazer as coisas que eu sempre gostei de fazer, de ter a minha autonomia. Então, as amarras a que eu estou me referindo são nesse sentido.”

Para Rosa, tão doloroso quanto as dificuldades de locomoção, o medo de cair, as doenças que a acometeram e as dores físicas que sente com frequência – para as quais já possui estratégias que solucionam o problema – era o fato de se sentir aprisionada dentro de casa, sem poder sair para se relacionar, para se ocupar e, assim, sentir-se útil e autônoma – circunstância decorrente dos processos de reabilitação pós-cirúrgica. Este posicionamento tem a ver com o modelo social da deficiência, que já se coloca em evidência em detrimento do modelo médico que até

então vinha aparecendo nas narrativas, pois enfoca a questão das lacunas na equiparação de oportunidades (SASSAKI, 1997): ela deseja sair, agir, atuar como qualquer outra pessoa social, mas sente que não possui as mesmas condições e oportunidades que outras pessoas possuem; logo, sente-se incomodada por essas amarras que se lhe impuseram.

No entanto, referindo-se ao fato de que hoje novamente se sente bem com seu corpo, a entrevistada diz não se deixar abalar pelas questões estéticas estereotipadas (padrões de beleza), dizendo-se ciente de sua condição corporal. Ela diz que “os padrões do meu corpo não correspondem aos padrões de beleza”, mas isso não a coloca em situação de inferioridade ante a maioria da população; ao contrário, esse fato ratifica seu pertencimento aos grupos sociais justamente porque a maioria da população também não corresponde aos padrões de beleza vigentes, que privilegiam “um corpo atrativo, jovem, livre de imperfeições, defeitos físicos e deformações” (DINIZ, 2015, p. 24).

Então, ela declara não se incomodar quanto a isso, e não deve mesmo. Da mesma forma, relata não ter nenhuma espécie de incômodo quanto à imagem corporal o Lírio, mesmo com seus “quilinhos a mais”. Segundo ele, “*eu encaro numa boa! Eu sou de bem comigo mesmo, eu amo a vida, me amo, e esses quilinhos a mais ou a falta de movimento nas pernas não me incomodam, convivo muito bem com isso, a tal ponto de trabalhar, e isso não atrapalha no meu dia a dia.*” Verifica-se nesta fala o estabelecimento de uma autoestima elevada decorrente da auto aceitação, uma vez que a autoestima vem a ser “a maneira pela qual os indivíduos aceitam sua própria identidade, incluindo aí uma boa imagem corporal e uma aceitação dos aspectos afetivos e sociais inerentes a sua existência” (MAIA, 2010, p. 05). E as pessoas com deficiência podem “desenvolver uma autoestima positiva quando a mediação social, isto é, os vínculos afetivos familiares e sociais fossem estabelecidos, prioritariamente, por meio de reforçadores, sentimentos de amor, afeto e aceitação” (ibidem).

Para esses dois entrevistados, importa agora que sua imagem corporal manifeste aquilo que, entendem, faz deles seres humanos: sua essência, as peculiaridades, os valores, a sensibilidade e a subjetividade. “Saber olhar esses corpos com a peculiaridade de cada um (...) valoriza a subjetividade, estimula potencialidades” (VIANNA; CASTLHO, 2002, p. 24).

Hoje, a representação social que ambos têm de si mesmos é a de pessoas que se amam e se aceitam do jeito que são, cujos corpos são capazes de fazer aquilo que

tiverem vontade, conforme as possibilidades disponíveis, conscientes de si e que não se diminuem porque estão fora do padrão estabelecido socialmente. Possuem autoestima bem resolvida, a qual fora trabalhada para compreenderem que seus lugares são os que escolherem e não os de “coitadinhos” ou nenhum outro em que se costumam colocar as pessoas com deficiência pelo simples fato de serem pessoas com deficiência.

Mas isso não acontece de uma hora para a outra; antes, é fruto de todo um processo de aprendizagem decorrente da própria maturidade, como relatado por Rosa: *“Eu estou aprendendo a olhar para o meu corpo com as possibilidades dele ser, das minhas ações, do que eu posso representar para a minha pessoa e para as outras pessoas, como quando me aceito do jeito que sou”*.

Nas narrativas elaboradas para responder à questão feita, Girassol se dedica a comentar acerca de um maior cuidado com o próprio corpo, bem como de uma maior potencialidade que seus sentidos possuem: sua percepção corporal ficou mais aguçada, ou seja, agora ele olha mais para si, ele se sente, ele se percebe com maior intensidade. Hoje, os detalhes não mais lhe passam despercebidos – até mesmo por uma questão de segurança, para evitar novos traumas, reforçando um sentimento de autoproteção. Seu olhar sobre o mundo se ampliou, ratificando ainda mais complexidade que é o seu corpo. *“É pela mediação de nossos cinco sentidos que apreendemos, primeiramente, a nós mesmos, depois aos outros e ao nosso meio ambiente humano e natural”* (JOSSO, 2008, p. 34).

Ao comparar o antes e o agora, Girassol declara que *“tinha um corpo perfeito”*, o que remete à constatação de que agora não o é, já que *“não consigo movimentar as pernas, eu não tenho sensibilidade”*. As ausências desse movimento e sensibilidade que destaca na narrativa alteram seu corpo, tornam-no, segundo ele, imperfeito e, portanto, permanentemente merecedor de cuidados e atenções. Interessante perceber que Girassol se refere tão-somente aos próprios olhares sobre si, não aos dos outros sobre seu corpo, destacando a relevância da auto aceitação e da autonomia no processo da reconstrução da imagem corporal.

8.5 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O CORPO DO CADEIRANTE

Considerando que a imagem corporal se constitui também das representações sociais que os outros mantêm em relação a nós, ou seja, da forma com que as outras pessoas nos veem e dizem como somos, questionei: como você sente que as outras pessoas concebem o seu corpo? Tem alguma situação vivida por você que queira me contar sobre isso? As respostas encontram-se no Quadro 22.

Quadro 22 – Representações Sociais sobre o corpo do cadeirante

ROSA	<p><i>Hoje eu percebo como uma situação do meu profissionalismo, de ser uma profissional que eu sou. Hoje eu sou pedagoga, com pós em Didática do Ensino Superior, com pós em Psicopedagogia, com mestrado e, agora, fazendo o doutorado, e atuo em instituição pública de ensino. Eu sinto que existem diferenças, que nem sempre isso fica tão claro assim, fica muito velado nesse sentido. Eu percebo que existem diferenças, e que geralmente as pessoas, não todas, mas uma grande parte não me vê como uma profissional, veem como a pessoa deficiente. Então, eu percebo que, no olhar das outras pessoas, a deficiência chama mais a atenção, destaca mais do que a profissional. Eu tenho como exemplo quando eu passei no concurso público, eu passei por milésimos! Por milésimos! E eu consegui galgar esse espaço. Mas até hoje eu sinto a dificuldade como pessoa, como profissional, para demarcar o lugar. Então, hoje, estar atuando no ensino superior, com essa limitação física, ainda é quebrar barreiras, né? Logo no início, tinha elevador em vários, em dois ou três pavilhões, mas não funcionava. Não existia vaga reservada. Então tudo isso foi constituindo na universidade, preparando até a universidade como professora para receber alunos com deficiência. E não foram momentos fáceis! Foram momentos difíceis. Então, até hoje eu percebo que existem diferenças, apesar de mostrar por muito tempo, desde 2005 eu estou na universidade, eu preciso a cada dia provar, mostrar que eu tenho competência para lá estar. Então, não é fácil esse lugar do corpo deficiente estar na sociedade e de enfrentar as adversidades para se tornar um profissional. Então, eu percebo que esse lado profissional continua ainda em processo: é como se eu ainda não tivesse estabelecido o meu lugar, apesar de demonstrar competência de coordenar cursos de duzentos alunos, de organizar cursos de pós-graduação na própria universidade.</i></p>
LÍRIO	<p><i>Em relação às pessoas me verem numa cadeira de rodas, qual é a noção que eles têm ou qual é a visão que eles têm em relação a isso? É claro que algumas pessoas têm preconceito. Mas, para mim, isso não incomoda em nada! Tanto faz a pessoa ter preconceito ou não ter preconceito em relação a minha questão de estar ou não em uma cadeira de rodas, se o meu corpo está acima ou abaixo do peso. Como eu relatei anteriormente, eu sou uma pessoa muito bem resolvida. Então, para mim, tanto faz.</i></p>
GIRASSOL	<p><i>Creio eu, que devido à forma à qual me imponho perante à sociedade, sem me vitimizar, nunca me coloquei no lugar de uma vítima da sociedade devido à deficiência. Eu voltei a trabalhar, me casei, dirijo o meu carro, sou totalmente independente nas minhas funções diárias, me tornei um atleta de fisiculturismo, hoje reconhecido internacionalmente, vou e volto, entro e saio de qualquer lugar com a cabeça erguida. Então, devido a isso, nunca percebi que outras pessoas tenham me olhado ou me tratado de uma forma diferente. As exceções raras são as crianças. As crianças, sim, sempre... Dentro da sua</i></p>

	<p><i>inocência e falta de maldade, elas são bem sinceras. E sempre que eu tenho a oportunidade de brincar ou de conversar com algumas, sempre perguntam por que eu não ando. E quando veem minhas pernas, perguntam por que as minhas pernas são finas. Mas, graças a Deus, levo numa boa, encaro com extrema simplicidade e sei que é a realidade, mas que, em momento algum, me aflige ou me cria alguma situação constrangedora. Não, pelo contrário!</i></p>
--	---

Elaboração: ANDRADE (2020)

Rosa respondeu ao questionamento sobre o olhar dos outros em relação a sua condição de pessoa com deficiência e, no caso, cadeirante, estabelecendo uma relação com seu profissionalismo. Segundo ela, mesmo tendo um currículo que atesta formação qualificada para a sua atuação profissional e uma prática que denota competência, torna-se necessário, no dia a dia, provar aos outros o porquê de estar naquele espaço, já que *“as pessoas, não todas, mas uma grande parte não me vê como uma profissional, veem como a pessoa deficiente. Então, eu percebo que, no olhar das outras pessoas, a deficiência chama mais a atenção, destaca mais do que a profissional”*. É exatamente aquilo a que Carmo (1991, p. 68, grifos do autor) chama de **“sociedade como fonte geradora da deficiência**, isto é, ela gera e discrimina o que criou”.

O olhar e o comportamento das outras pessoas, de modo velado, denotam depreciação e certa descrença de que aquela pessoa, apesar da deficiência, possa exercer qualificada e satisfatoriamente sua profissão. No caso das pessoas cadeirantes, então, isso se torna ainda mais marcante, pois, muitas vezes, são vistas como se fossem pessoas que, além de não andarem, também não são capazes de pensar, quiçá de ensinar, ainda mais no meio acadêmico, sendo comumente estigmatizadas. Duarte e Lima (2003, p. 1) explicam que *“o sujeito estigmatizado é reconhecido como diferente, sendo identificado como enfraquecido, tornando-se, assim, mais exposto”* à concepção preconceituosa de que aquele não é seu lugar. E isso se expressa também na ausência de condições de acesso a essas pessoas.

Rosa também destaca em sua narrativa essa questão da acessibilidade, no caso, da falta dela em relação à instituição em que trabalha à época em que fora aprovada e admitida via concurso público, e pontua que houve dificuldades para que as adaptações arquitetônicas fossem devidamente instaladas no decorrer do tempo. Tais dificuldades podem ter sido de diferentes ordens, como falta de recursos e morosidade dos processos públicos para obras e edificações, por exemplo.

Entretanto, com a promulgação da Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015³⁴, essas adaptações precisaram sair do papel e serem disponibilizadas para usufruto do público específico. Acontece que as iniciativas foram tomadas mediante a força da Lei, e não porque houvesse *a priori* uma visibilidade efetiva da pessoa com deficiência que frequentava aquele espaço, de modo que houvesse a necessidade de se adaptar para melhor recebê-la.

E quando se fala da invisibilidade das pessoas com deficiência, muitas vezes não se trata tão-somente de não serem vistas, mas de não se querer vê-las, seja porque requerem modificações tanto estruturais quanto relacionais, seja porque sua imagem corporal incomoda, quebra padrões, destaca diferenças que, prefere-se, sejam escondidas. Mas, como esconder a cadeira de rodas? E se ela fala por si só, a imagem corporal da pessoa cadeirante acaba atraindo ainda mais olhares e comportamentos pejorativos, depreciativos ou estigmatizantes. Por conta disso, a entrevistada afirmou que *“não é fácil esse lugar do corpo deficiente estar na sociedade”*, porque precisa lidar constantemente com uma *“postura social que se apega mais aos impedimentos e aparências do que às potencialidades e capacidades dos indivíduos, de modo que os sujeitos que se destacam nesses quesitos são alvos de atitudes e ações preconceituosas”* (DINIZ, 2015, p. 28).

Por outro lado, mesmo ratificando a existência do preconceito por parte de algumas pessoas em relação à cadeira de rodas que utiliza para se locomover, Lírio declara que tais impressões alheias não interferem nas suas relações intra e interpessoais, afirmando que *“isso não incomoda em nada! Tanto faz a pessoa ter preconceito ou não ter preconceito em relação a minha questão de estar ou não em uma cadeira de rodas, se o meu corpo está acima ou abaixo do peso. Como eu relatei anteriormente, eu sou uma pessoa muito bem resolvida. Então, pra mim, tanto faz”*.

O entrevistado tem consciência do que falam sobre ele, mas esclarece que muito mais importante é o que ele faz com o que falam sobre ele, como processa essas informações. Assim, impondo-se, demarcando seu lugar de fala e de atuação social e política, expressando sua opinião e levantando a bandeira da inclusão e da acessibilidade em suas relações cotidianas no exercício profissional, ele tem se blindado contra os preconceitos, não permitindo que eles lhe atinjam a dignidade.

³⁴ Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência).

Nesta mesma direção se encaminha a narrativa de Girassol, que declara não se permitir vitimizar por conta de ter adquirido uma deficiência física; ao contrário, ele se impõe socialmente, participa autonomamente das atividades cotidianas e segue o fluxo de sua vida mantendo total controle sobre ela. Assim, não se deixa abater ou influenciar incisivamente pelas opiniões das outras pessoas em relação a si mesmo, a seu corpo, chegando a afirmar que “*nunca percebi que outras pessoas tenham me olhado ou me tratado de uma forma diferente*”.

A seguir, ele comenta a despeito das crianças que, em sua inocência, ficam olhando, perguntando e destacando as suas diferenças corporais, ao que ele declara não se incomodar. Sobre o fato específico de crianças olharem fixamente para pessoas com deficiência, Goffman (2004, p. 17) destaca que “o indivíduo estigmatizado pode ser abordado à vontade por estranhos, desde que eles sejam simpáticos à sua situação”. Assim, é correto o entendimento de Girassol de que as crianças o olham por inocência e sem maldade, sem discriminação, uma vez que elas não têm “o propósito ou o efeito de prejudicar, impedir ou anular o reconhecimento ou o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais de pessoa com deficiência”, que configuraria uma atitude discriminatória, segundo o Art. 4º § 1º do Estatuto da Pessoa com Deficiência.

8.6 INFLUÊNCIAS ALHEIAS SOBRE A IMAGEM CORPORAL

Após verificar como os entrevistados percebem as representações sociais estabelecidas sobre seu corpo por parte dos outros, procurei saber como eles reagem ante a essas representações, ou seja, o que fazem com elas. Assim, perguntei: você acha que essa opinião dos outros sobre você interfere na forma como você se vê? Justifique e, se possível, exemplifique narrando alguma situação relacionada. As respostas podem ser verificadas no Quadro 23, a seguir:

Quadro 23 – Influências alheias sobre a imagem corporal

ROSA	<i>Então, assim, eu não fico vivendo essa situação como luto; muito pelo contrário! Eu vivo como um desafio, e que eu tenho prazer de construir. Não para mostrar para as pessoas, mas para fazer aquilo que eu acredito, aquilo que eu confio, da melhor forma, com a melhor qualidade, e mostrar pra que eu vim, entendeu? Então, assim, eu acho que são coisas que não vieram para</i>
------	---

	<i>interferir na minha projeção como pessoa ou como profissional, mas sim para edificá-la.</i>
LÍRIO	<i>Antigamente, as pessoas eram chamadas como pessoas portadoras de deficiência. Depois, houve uma mudança: pessoas com deficiência, e até mesmo paraplégico ou tetraplégico. Nenhum termo desses me incomoda. Pra mim, é tranquilo, numa boa! Mas, eu lembro que em uma cidade do interior do Estado da Bahia, cidade pequena, onde algumas pessoas não têm conhecimento ou cultura, algumas pessoas, não estou generalizando, chamam a pessoa que utiliza a cadeira de rodas como aleijado. Esse termo sim, ele me incomoda. Eu não gostaria de ser chamado de aleijado, até porque eu tenho nome! Também pra um desconhecido: ali tem um rapaz, ele é cadeirante ou paraplégico. Pra mim, está tudo bem, sem problema algum. Agora, esse termo “aleijado” é muito pesado, é muito áspero, é muito agressivo! E aí sim, aí eu acho que eu teria sim uma rejeição, mesmo a pessoa sendo uma pessoa que não detém conhecimento. Chamaria e explicaria o termo correto, como deveria ser chamado, ok? Bom, hoje eu ainda sou considerado um tetraplégico porque eu não tenho muita força nos braços. Uma das mãos, a direita, ela ainda possui um pouco de restrição, deficiência. Então, todas aquelas pessoas que têm um comprometimento do pescoço para baixo, ainda são consideradas tetraplégicas. Aquele que teve um comprometimento da cintura para baixo, ele é considerado paraplégico, e aí por diante.</i>
GIRASSOL	<i>Acho que não. Pelo contrário. Acho que a forma como eu me vejo, como eu me imponho é que altera a forma como os outros me veem. Nunca sofri nenhum tipo de discriminação ou nenhum tipo de preconceito ao longo desses doze anos de deficiência, de cadeira de rodas. E, assim, muito pelo contrário: devido ao fato de ser um atleta de fisiculturismo, de trabalhar com meu corpo, hoje, dentro do esporte também – porque o fisiculturismo é um esporte onde a gente carrega no corpo, a gente molda o nosso corpo para os campeonatos – eu sou visto de uma forma até surpreendente pelas pessoas, devido ao fato de ser cadeirante, conseguir manter uma forma física de atleta. Então, nenhum problema.</i>

Elaboração: ANDRADE (2020)

Rosa ratifica nessa sua resposta o que já afirmara em tópicos anteriores, de que não deixa que as impressões alheias interfiram sobre sua pessoa, seja na dimensão pessoal, seja na profissional, a menos que sejam para edificá-la. Embora não tenha focado especificamente na questão da imagem corporal, ela traz um ponto muito importante em sua fala, que é o de não viver a deficiência como um luto.

Como já fora dito neste estudo³⁵, a aquisição da deficiência não se circunscreve apenas com a ocorrência da lesão, mas se dá através de um processo contextualizado e sequenciado, cujas fases incluem, sim, um processo de luto pela perda do movimento ou de algum membro que venha a ser amputado, até que seja superado e se converta em aceitação. Entretanto, Alves et al. (2013) afirmam que o modo como a pessoa com deficiência vai lidar com este luto é que vai variar, a depender das suas

³⁵ Capítulo 6 “Estamos falando sobre a deficiência física adquirida”.

bases, referências, valores, relações intra e interpessoais estabelecidas. No caso de Rosa, percebem-se sinais de que ela esteja superando essa fase mais traumática, por assim dizer, assim como parece se evidenciar que esteja na fase da aceitação ou bem próxima disso. Por isso mesmo, tem evitado se deixar influenciar por opiniões alheias sobre seu corpo e sua condição de pessoa com deficiência, para não prejudicar seu processo de construção da imagem corporal.

Já Lírio, em sua narrativa, opta por tematizar as terminologias utilizadas pelas pessoas sem deficiência para se referirem às pessoas que utilizam a cadeira de rodas para a locomoção. Para ele, termos como “pessoa com deficiência”, “portadora de necessidades especiais”, “cadeirante”, “paraplégico” ou “tetraplégico” não trazem desconforto ou problema algum, pois não os compreende como estigmatizantes ou pejorativos.

Entretanto, o uso do termo “aleijado”, esse sim lhe causa rejeição ou repulsa, por conta do grau de agressividade que essa palavra contempla. Muitas pessoas atualmente ainda utilizam esta e outras palavras depreciativas para se referirem a pessoas com deficiência – e, a depender do tipo de deficiência, os termos mais abjetos e preconceituosos são comumente utilizados, por vezes em tom de gracejo, como se a pessoa com deficiência fosse gostar de ser tratada daquela forma, e sem se levar em conta o real significado dessas palavras e expressões. “Utilizamos termos específicos de estigma como aleijado, bastardo, retardado, em nosso discurso diário como fonte de metáfora e representação, de maneira característica, sem pensar no seu significado original” (GOFFMAN, 2004, p. 08).

Em relação específica a esse caso, Lírio parte para o enfrentamento, esclarecendo mediante diálogo como deve ser tratado. Parece absurdo que uma pessoa precise dizer para outra a forma correta com que deva ser identificada ou tratada, uma vez que também é tão-somente uma pessoa. No entanto, numa sociedade com a que vivemos, demarcada por contradições, desigualdades e exclusões, e em que grupos humanos ainda pensam que precisam se sobrepor a outros para serem reconhecidos e valorizados, é louvável que pessoas tomem a atitude de esclarecer à sociedade que existem formas adequadas para se referirem aos indivíduos pertencentes a diferentes grupos sociais, observando e respeitando suas condições diversas, seus corpos diferentes e suas histórias de vida construídas a partir de experiências e relações múltiplas. É, portanto, um ato educativo, que deve ser disseminado por todos os lugares, em todo tempo e entre todas as pessoas. Se

as famílias e escolas ensinassem esses valores logo cedo às crianças, certamente teríamos gerações humanas gozando de maior equidade, pois os discursos e comportamentos tratariam com naturalidade a diversidade (BRASIL, 2008) e não seria necessário adjetivar as instituições como “inclusivas”, pois todas o seriam.

Retomando a questão da influência alheia sobre a construção da imagem corporal da pessoa com deficiência, Girassol também declara que não percebe isso. Ao contrário, para ele, é exatamente a sua forma de ser e estar no mundo que influencia o modo como as pessoas o veem. Isso se deve, principalmente, ao fato de ser atleta de fisiculturismo: com um corpo forte do tronco para cima e musculatura detalhadamente esculpida pela prática intensiva do esporte, declara que se impõe socialmente, demarcando seu lugar de fala e de ação, não percebendo reações alheias de caráter preconceituoso e/ou discriminatório. Com isso, ele quebra e refaz representações sociais sobre sua imagem corporal e sobre a deficiência, de modo que o estereótipo do incapaz e do desvalido cede lugar à concepção da pessoa cheia de potencialidades e possibilidades, uma vez que a maneira como a pessoa “processa a representação de sua imagem corporal possibilita o aproveitamento das suas competências individuais para uma melhor aprendizagem e inserção social” (ALVIM, 2015, p. 41).

De acordo com Diniz (2015, p. 12), a participação em atividades físicas e desportivas estimula uma busca cada vez maior “da melhoria da qualidade de vida por pessoas com deficiência, que visam estimular suas potencialidades e possibilidades”. A autora acrescenta que “o desporto é um importante meio de reabilitação física, psicológica e social de pessoas com algum tipo de deficiência”, e que sua prática de forma devidamente adaptada “promove ascensão social, oportunidade de prática em condições de igualdade, melhorias da aptidão física, condição de saúde”, entre outros benefícios. Aqui também cabe destacar que a aproximação do desporto – como é o caso do entrevistado – ou a busca pela prática de atividades físicas ou lúdicas é uma atitude tomada na fase da aceitação da deficiência, quando “aparece a possibilidade do sujeito de conviver com sua deficiência, limitações, potencialidades, integrando-se à vida” (OLIVEIRA, 2006, p. 19). No caso de Girassol, ele retomou a prática esportiva após a aquisição da deficiência, embora tenha precisado modificar ou adaptar as modalidades praticadas em relação às que fazia antes. Essa retomada teve grande importância no processo

de reconstrução da sua imagem corporal, pois permitiu que ele continuasse a se reconhecer em seu corpo e facilitou a aceitação do mesmo, apesar da deficiência.

8.7 INTERAÇÃO COM CADEIRANTES ANTES DE SE TORNAR CADEIRANTE

Uma situação sinalizada pelos entrevistados em questões anteriores se refere à invisibilidade da pessoa com deficiência, especificamente do cadeirante. Neste sentido, inquietou-me saber se isso também ocorria com eles em relação às pessoas com deficiência, antes de se tornarem cadeirantes. A fim de buscar essa resposta, questionei: antes de adquirir a deficiência, você tinha contato com cadeirantes? Se sim, como era essa relação? As narrativas dos entrevistados acerca disso encontram-se no Quadro 24.

Quadro 24 – Interação com cadeirantes antes de se tornar cadeirante

ROSA	<i>Não lembro, porque era bebê. Mas, considerando o momento da queda que me fez passar a usar a cadeira de rodas, então eu posso dizer que eu vejo como algo natural, não vejo como diferença, nem acho que é uma pessoa coitadinha. Não! Eu vejo que é uma pessoa, um ser humano como eu, como qualquer outra pessoa. Então, eu sempre procurei respeitar as pessoas como elas são. Até porque toda essa situação da deficiência, nós sabemos que existem discriminações, preconceitos. Então, eu sempre tive contato com pessoas que usam cadeira de rodas, as pessoas que têm necessidades especiais de locomoção, mas com naturalidade. E até mesmo porque eu pesquiso nessa área. Então, assim, eu trabalho com essa disciplina na universidade, os inúmeros eventos, as minhas participações nos eventos, sempre encontro e tenho proximidade com algumas dessas pessoas. Tem o grupo da FUNCEB³⁶, eu sou uma das associadas. Então, eu sempre procurei respeitá-los e tratá-los cordialmente como um ser humano.</i>
LÍRIO	<i>Eram invisíveis para mim.</i>
GIRASSOL	<i>Não, não. Confesso que antes de adquirir a deficiência, não tinha contato com cadeirantes, não.</i>

Elaboração: ANDRADE (2020)

Rosa é mais abrangente em sua resposta do que os demais entrevistados, os quais declaram não se relacionarem com cadeirantes antes de também vivenciarem

³⁶ Fundação Cultural do Estado da Bahia.

essa condição. Lírio é sucinto e incisivo ao afirmar que as outras pessoas que outros cadeirantes eram-lhe invisíveis. Não é que não existissem ou que por onde ele passava não se encontrasse nenhum cadeirante; ele apenas não os enxergava, não dava importância ao fato de ali estarem. Não se dava conta de que outras pessoas precisavam se locomover de forma distinta da dele. Segundo Goffman (2004, p. 19), é como se o outro cadeirante “fosse uma ‘não-pessoa’ e não existisse”.

Essa invisibilidade também pode ser revelada na resposta de Girassol de forma mais velada. Ao confessar que não tinha contato com cadeirantes, provavelmente também esteja querendo dizer justamente que não se apercebia da presença dessas pessoas, ou seja, eram invisíveis para ele também. Assim sendo, para ambos, as relações interpessoais com outros cadeirantes se estabelecem a partir do fato de também passarem a vivenciar essa condição. E, suponho, isso ocorra com grande parte das pessoas, de um modo geral.

Embora aparentemente se trate de uma não percepção do outro sem maiores intenções, Silva (2014, p. 38) compreende a invisibilidade das pessoas com deficiência como sendo resultante de um cenário de exclusão e indiferença, cuja violenta consequência seria “uma morte em vida. O deficiente deixa de existir aos olhos do outro, torna-se invisível”. Esta é uma “clara demonstração do quanto muitas pessoas têm dificuldade em lidar com as diferenças” (ALVIM; RODRIGUES, 2015, p. 37).

Ao contrário, porém, Rosa afirma ter sempre convivido com outras pessoas cadeirantes. É compreensível que a questão da invisibilidade para ela não faça sentido, uma vez que, possuindo deficiência física desde muito pequena, tenha crescido frequentando ambientes de reabilitação, onde essas pessoas também estavam. Neste sentido, ela compartilha dos sentimentos dessas pessoas, tem empatia por elas e, com elas, percebe-se pertencente a qualquer concepção de normalidade.

Também é Goffman (2004, p. 27) quem explica essa situação, afirmando que “há um conjunto de indivíduos dos quais o estigmatizado pode esperar algum apoio: aqueles que compartilham seu estigma e, em virtude disto, são definidos e se definem como seus iguais”. Essas pessoas, acrescenta o autor, a quem chama de informados, gozam de certa aceitação, por pertencerem “ao clã. Os ‘informados’ são os homens marginais diante dos quais o indivíduo que tem um defeito não precisa se envergonhar

nem se autocontrolar, porque sabe que será considerado como uma pessoa comum” (ibidem).

Partindo deste pressuposto, compreendo que a representação social da invisibilidade das pessoas com deficiência se institua entre os diferentes. Quando entre iguais, tal representação inexistente. Mas, deveria ser exatamente o oposto, uma vez que é a diferença – que, além de ser aquilo que nos torna diferentes é, essencialmente, aquilo que nos torna o que somos – que deveria aproximar as pessoas em vez de distanciá-las ou, no caso, invisibilizá-las. Afinal, não é a diferença, mas a padronização que massifica, quando se diz igualar. O padrão cristaliza; o padrão determina a beleza, a aceitação ou não do outro, o preconceito. E “o preconceito é um instrumento utilizado pelos indivíduos mais adaptados e normatizados, que excluem e colocam à margem da sociedade aqueles outros grupos que não compartilham de seus valores e atitudes” (DUARTE; LIMA, 2003, p. 95). Ou seja, o preconceito promove a invisibilidade.

8.8 SENTIMENTOS E SENSACIONES RELACIONADOS AOS CADEIRANTES

Diretamente relacionado à questão anterior, em que se pretendia saber como eram as relações interpessoais e representações sociais estabelecidas entre pessoa sem deficiência e pessoa com deficiência, este tópico se refere às relações intrapessoais vivenciadas por uma pessoa sem deficiência, ou seja, seus sentimentos e sensações, em relação às pessoas com deficiência, mais especificamente as pessoas cadeirantes. Querendo compreender melhor esse processo, interroguei: o que você sentia ao ver um cadeirante? Lembra de alguma situação vivida sobre isso? Se sim, conte-me como foi. As respostas podem ser verificadas no Quadro 25, a seguir.

Quadro 25 – Sentimentos e sensações relacionados aos cadeirantes

ROSA	<i>Eu sempre, desde criança, eu percebia como algo normal, assim, que fazia parte da condição humana mesmo. Ficava também consternada, me colocava no lugar das pessoas, sempre via com respeito. Então não, não lembro de nada assim que tenha como registro negativo. Muito pelo contrário, mais de respeito às diferenças. Então, eu vejo que ser</i>
------	--

	<i>cadeirante era algo como se fosse mais no sentido de limitar um pouco, e eu me sentia no lugar das pessoas nesse sentido. E usar as muletas para a minha pessoa era ter mais liberdade, ter mais acessibilidade às situações. Então, eu procurava respeitar, como até hoje eu ainda faço e sei o quanto é difícil estar no lugar de cadeirante, porque as pessoas, às vezes, não conseguem visualizar o cadeirante como uma pessoa que tem autonomia para responder, para fazer as coisas.</i>
LÍRIO	<i>Se eram invisíveis para mim...</i>
GIRASSOL	<i>Eu me lembro bem de uma situação, onde eu estava de serviço, trabalhando pela Polícia Militar no Centro da cidade, e estava junto com o meu parceiro, conversando, observando, e passou um rapaz cadeirante. Quando eu observei bastante, e pensei, me coloquei naquela situação e falei pro meu colega: Rapaz, eu não consigo imaginar minha vida dessa forma, não. Porque eu amo esse serviço aqui da gente na viatura. A coisa que desde pequeno sempre foi minha paixão é jogar futebol, eu sempre jogo futebol, tenho uma vida bastante ativa. Com certeza, eu acho que eu não resistiria numa situação dessa como cadeirante. E, por ironia do destino, depois de algum tempo, pouco tempo, eu me encontrei na situação. E aí que eu fui ver que a gente não sabe a força que tem. A gente só sabe a força que tem, quando a única alternativa é ser forte. Quando eu me vi na situação, ou eu me entregava e acabava a minha vida ou eu colocava essa força interior que vem de Deus para fora, para poder encarar a vida como ela é na realidade. Graças a Deus, eu fiz isso, e vi que dá para viver, ser feliz e seguir em frente, sim, mesmo estando numa cadeira de rodas.</i>

Elaboração: ANDRADE (2020)

Embora Rosa relate nutrir sentimentos de empatia e respeito pelos outros cadeirantes com quem se encontrou ao longo da vida, também revela sentir consternação em relação a essas pessoas, principalmente por utilizarem a cadeira de rodas para a locomoção que, para ela, é sinônimo de limitação. Mas, o que vêm a ser a empatia e a consternação?

De acordo com o Dicionário On-line de Português, a palavra “empatia” se refere a: 1. “Ação de se colocar no lugar de outra pessoa, buscando agir ou pensar da forma como ela pensaria ou agiria nas mesmas circunstâncias”; 2. “Aptidão para se identificar com o outro, sentindo o que ele sente, desejando o que ele deseja, aprendendo da maneira como ele aprende etc.”; 3. “Identificação de um sujeito com outro; quando alguém, através de suas próprias especulações ou sensações, se coloca no lugar de outra pessoa, tentando entendê-la” (DICIONÁRIO..., 2020, p. 01). Em outras palavras e em síntese, empatia significa “a **capacidade psicológica** para sentir o que sentiria uma outra pessoa caso estivesse na mesma situação vivenciada por ela. Consiste em **tentar compreender sentimentos e emoções**” (SIGNIFICADO, 2020, p. 01, grifos do autor) de modo a experimentar aquilo que o outro sente.

Já o termo “consternação” se refere ao “estado de espírito aflito e abatido por dor, pena, receio, etc.” (PRIBERAM, 2020, p. 01), para o qual se atribuem onze sinônimos: “desolação, pesar, mágoa, desconsolo, piedade, pena, dor, abatimento, desalento, estupefação e tristeza” (DICIONÁRIO DE..., 2020, p. 01).

Assim sendo, afirma-se que Rosa mantinha sentimento de empatia pelas pessoas com deficiência, de um modo geral; mas, em se tratando especificamente de pessoas cadeirantes, prevalecia um sentimento de pena, desalento e estupefação pelo fato de utilizarem a cadeira de rodas, instrumento limitante a seu ver, até então. Ou seja, seu sentimento de consternação estava diretamente relacionado à imagem corporal das outras pessoas, ao que era visível deles.

Já Girassol revela que não conseguia se imaginar na condição de cadeirante, ou seja, não mantinha a empatia mencionada por Rosa em relação a essas pessoas. No entanto, a consternação sim, chegando a dizer que acreditava não conseguir resistir, caso se encontrasse em igual condição. Mas o tempo, implacável, tratou de fazê-lo não somente se imaginar, como vivenciar a mesma situação de cadeirante, o que fez com que sua percepção se modificasse totalmente. Não é irresponsabilidade dizer que esta mesma consternação é compartilhada por grande parte da população que, ao olhar para uma pessoa com deficiência tão demarcada imagética e corporalmente, como é o caso da pessoa cadeirante, quando a enxerga, desenvolve sentimentos associados à condição de menos-valia e estigma.

Não por acaso fiz essa ressalva de “quando a enxerga”, porque outro ponto evidenciado por Rosa na resposta ao presente questionamento é o da invisibilidade das pessoas com deficiência que, apesar de na questão anterior esta entrevistada não a mencionar como um problema, agora ela sinaliza como sendo um entrave para o exercício pleno da autonomia dessas pessoas. Invisibilidade essa que Lírio ratifica em sua resposta: ademais, se antes não enxergava essas pessoas, não havia por que nutrir sentimentos em relação a elas. Não adentraremos novamente, entretanto, na discussão sobre a invisibilidade da pessoa com deficiência, pois já fora tematizada no tópico anterior.

8.9 USO DA CADEIRA DE RODAS

Existem pessoas que se tornam cadeirantes tão logo iniciem seu processo de reabilitação, ou seja, logo após a aquisição da deficiência. Outras pessoas, apenas passam a utilizar a cadeira de rodas mais tarde, por ocasião do acometimento de novos fatos. A fim de saber qual circunstância inseriu a cadeira de rodas na vida dessas pessoas sociais, perguntei: há quanto tempo você é cadeirante? As respostas localizam-se no Quadro 26.

Quadro 26 – Uso da cadeira de rodas

ROSA	<i>Eu passei a usar a cadeira de rodas com mais frequência em 2006, após a queda. Então, eu usei a cadeira de rodas assim mais intensamente, por mais ou menos uns dois anos, um ano e meio, e hoje eu só utilizo quando faço maiores percursos.</i>
LÍRIO	<i>Esse acidente aconteceu no dia 19 de fevereiro de 1995. Há exatos vinte e cinco anos. Então, há vinte e cinco anos eu passei cerca de um ano sem o movimento do pescoço para baixo e consegui os movimentos da cintura para cima, e da cintura para baixo ainda continua sem movimentos. Mas há exatos vinte e cinco anos eu estou como pessoa com deficiência física em cadeira de rodas, ou seja, há vinte e cinco anos que eu estou tetraplégico, mas um tetraplégico ousado, viu? Porque eu consigo movimentar os braços e ainda dirigir veículo.</i>
GIRASSOL	<i>Sou cadeirante há 12 anos; 12 anos e 3 meses.</i>

Elaboração: ANDRADE (2020)

Embora Rosa já tivesse adquirido a deficiência física desde a infância, ela não se utilizava da cadeira de rodas para a locomoção, mas muletas. Após a ocorrência de uma queda, ela se viu obrigada a lançar mão deste instrumento, principalmente em percursos mais longos, para evitar ocorrências de dores e fadiga, como mencionado anteriormente. Chama a atenção, no entanto, o fato de que a entrevistada enfatiza ainda não utilizar, atualmente, a cadeira de rodas como auxílio exclusivo para sua locomoção. Mesmo sentindo dores e cansaço, ela ainda prefere o uso das muletas, diversificando o uso desses aparelhos com a cadeira, em situações que a requeiram estritamente. É possível inferir que ela não queira que sua imagem corporal permaneça associada à presença da cadeira de rodas, pois, com as muletas, permanece em pé, o que a coloca em situação de maior semelhança com seus pares, principalmente nos meios sociais em que vive, sem sofrer conseqüentes

estigmatizações, uma vez que “sob o ponto de vista popular a cadeira de rodas sempre foi vista como símbolo de invalidez (...) de dependência ou incapacidade” (SOUZA, 1994, p. 63).

Outra possível questão associada, seja a de que as muletas dão uma ideia de circunstância passageira, enquanto a cadeira de rodas remete à perenidade. Assim sendo, evidencia-se a emblemática discussão do ser em detrimento do estar: ser cadeirante x estar cadeirante; ser pessoa com deficiência x estar pessoa com deficiência. Nesse contexto, as muletas trazem a representação social da liberdade e a cadeira de rodas a da limitação – concepção que coaduna com o pensamento de Rosa.

Os demais entrevistados, por sua vez, passaram a utilizar a cadeira de rodas logo após a ocorrência da lesão, ainda durante o processo inicial de reabilitação. Interessante que ambos precisam a chegada da cadeira de rodas em sua vida, mas não o fazem como uma etapa de um processo que, embora com especificação do ano (2006), pode ter acontecido a qualquer momento desde então, como no caso de Rosa. Para ela, essa demarcação temporal faz parte do processo de ordenação dos fatos acontecidos, o qual é de natureza pessoal e intransferível, e permite que se tornem enredos passíveis de serem contados. Portanto, “teríamos ainda a considerar que o sujeito realiza uma ordenação pessoal. Essa ordenação obedece a uma lógica afetiva cujos motivos ignoramos; enfim, recontar é sempre um ato de criação (BOSI, 2003, p. 62).

Já para Lírio e Girassol, a precisão do marco inicial é importante e resguardado na memória, pois isso torna “possível analisar o vivido e recordá-lo, é fazer o tempo passado se presentificar analítica e oralmente” (TEDESCO, 2002, p. 42). Assim, delimitam sua narrativa com um recorte temporal bem marcado: o dia 19 de fevereiro de 1995 para um, ou seja, há 25 (vinte e cinco) anos; e 12 (doze) anos e 03 (três) meses para o outro. Essas demarcações do tempo são aqui compreendidas como “Temporalidades e presentificações... E, assim, convém afirmar que não estamos trabalhando na perspectiva do tempo métrico da matemática, mas do tempo dos sentidos e das significações. Tempo *kairós* ao invés do tempo *krhonos*” (PERES, 2008, p. 121). Tempo vivido, contextualizado, cíclico, um outro tempo, o “das representações e do nosso próprio tempo já vivido e ainda por viver” (VEIGA-NETO, 2002, p. 55). Ou seja, o tempo de uma outra vida, após a aquisição da deficiência física, com uma nova imagem corporal.

8. 10 PRIMEIRA EXPERIÊNCIA COM A CADEIRA DE RODAS

Após averiguar há quanto tempo as pessoas sociais que participaram da pesquisa utilizam a cadeira de rodas, ou seja, há quanto tempo são cadeirantes, interessou saber como foi essa pioneira experiência. Para tanto, questionei: como foi a experiência e o que você sentiu ao se sentar numa cadeira de rodas pela primeira vez? As respostas podem ser visualizadas no Quadro 27, a seguir:

Quadro 27 – Primeira experiência com a cadeira de rodas

ROSA	<i>Em relação ao que eu senti, logo no início, eu relutei. Minha filha comprou, e então eu achei: “Pra que que eu vou usar a cadeira de rodas?” Então, naquele momento foi muito difícil de fazer isso, de aceitar, de assumir que eu precisava. Como é que eu seria recebida pelos meus pares na universidade, nas minhas amizades? Mas eu percebi que eu precisaria mesmo, que já estava muito cansativo ficar dentro de casa, entre quatro paredes no quarto, já tinha quatro meses que eu tinha feito a cirurgia. Então, eu precisava desse suporte da cadeira de rodas, que ia facilitar bastante.</i>
LÍRIO	<i>A primeira vez que eu sentei em uma cadeira de rodas, no momento eu estava sentindo o meu corpo totalmente dormente. Eu passei um bom período com o meu corpo dormente, eu senti o meu corpo como se eu estivesse dentro daqueles macacões que as pessoas utilizam na NASA para ir pra outro planeta. Eu me senti naquele macacão, porque todo o meu corpo era dormente. E quando eu vi pela primeira vez a cadeira de rodas, eu falei: “Meu Deus do céu! É verdade! Eu vou ter que me locomover através de uma cadeira de rodas!” Mas encarei numa boa! Encarei numa boa porque, conforme eu relatei anteriormente, a minha cabeça é uma cabeça boa!</i>
GIRASSOL	<i>Por incrível que pareça, quando eu sentei na cadeira de rodas pela primeira vez, eu me senti muito feliz, pois eu já estava internado há quase um mês. Durante quase todo o tempo, só deitado. Na véspera de sentar na cadeira, foi que eu sentei a primeira vez; porém, não foi na cadeira, foi na maca do hospital e, na maca, a sensação foi terrível, pois fazia muito tempo que eu não sentava e estava com muita vontade de sentar, e achava que quando sentasse ia conseguir me manter sentado. Porém, não, eu não tinha o controle de tronco, devido à falta de movimento nas pernas, e eu despenquei, caí na maca. Na cadeira, já foi diferente: sentei na cadeira, tinha o apoio, me senti bem, me senti confortável, e me senti, de certa forma, independente, porque eu conseguia transitar pelo hospital, coisa que antes não tinha condições.</i>

Elaboração: ANDRADE (2020)

A primeira experiência de tudo na vida é sempre marcante, inesquecível. Pode ser uma lembrança boa, carregada de emoções e sentimentos positivos, ou traumática, daquelas que se gostaria de esquecer, mas não se consegue. O ato de se sentar numa cadeira de rodas pela primeira vez também é assim: para uns, pode ser uma experiência libertadora; para outros, a constatação do aprisionamento, da limitação.

Rosa inicia sua narrativa alegando que relutou muito em aceitar que teria de usar a cadeira de rodas para a sua locomoção. Ratificava-se aí a representação social da limitação que a cadeira de rodas mantinha para ela: símbolo de estigma, a cadeira de rodas poderia “despertar a atenção sobre uma degradante discrepância de identidade que quebra o que poderia, de outra forma, ser um retrato global coerente, com uma redução consequente em nossa valorização do indivíduo” (GOFFMAN, 2004, p. 40). Não queria, portanto, assumir que precisava usar esse aparelho e receava acerca da forma como passaria a ser recebida pelos seus pares e de como seria olhada – ou melhor, seria ela a olhada ou a cadeira? Ademais, “até que ponto a sociedade atual ao confrontar com uma pessoa em uma cadeira de rodas, parcial ou totalmente imóvel, está preocupada em saber como aquele indivíduo encontra forças para continuar vivendo?” (CARMO, 1991, p. 18). Na maioria das vezes, é mais fácil fingir que não o vê a ter de se posicionar e agir em seu favor.

Apesar disso, ao mesmo tempo, a consciência latejava em Rosa a necessidade do uso da cadeira de rodas, sob a justificativa de que parecia insuportável permanecer apenas em casa, recebendo cuidados terapêuticos, reabilitando-se, sem poder exercer seu direito de ir e vir livremente, deslocando-se para onde quisesse, quando quisesse, se quisesse. Nesse sentido, a cadeira de rodas “*ia facilitar bastante*”. E de limitante, a cadeira passou a assumir a representação de recurso facilitador de uma bem possível liberdade. Neste sentido, Souza (1994, p. 27) esclarece que “uma boa cadeira de rodas permite manter em melhores condições suas funções cardiovasculares, auto superar-se física e psiquicamente, adotar práticas de lazer ativo e ter facilitado seu convívio social”.

Lírio também teve aquela sensação de receio ao se deparar pela primeira vez com a cadeira de rodas. Ao dizer: “*Meu Deus do céu! É verdade! Eu vou ter que me locomover através de uma cadeira de rodas!*”, deixa claro que seu contato inicial foi a constatação das limitações que sua nova condição estava impondo. No entanto, ao se sentar, efetivamente, percebeu que a experiência poderia ser positiva, primeiramente por ter “*uma cabeça boa*” – que lhe faz buscar sempre o positivo de todas as coisas da vida – e também por se dar conta do alívio da dormência corporal que vinha sentindo há certo tempo pela manutenção do corpo numa mesma posição, bem como da ciência da irreversibilidade de seu caso, o que torna o uso da cadeira de rodas indispensável (SERNAGLIA; DUARTE; DALLA DÉA, 2010). É possível inferir, portanto, que sua aceitação da cadeira de rodas se deu de forma bem parecida

com a de Rosa, só que mais rápida, porque sua atitude foi de questionar brevemente, não de relutar.

Comportamento bem diferente foi o de Girassol que, ao se deparar pela primeira vez com uma cadeira de rodas, considerando o contexto em que se encontrava – num leito hospitalar após um acidente que poderia ter-lhe ceifado a vida – sentiu felicidade e conforto: *“eu me senti muito feliz (...) sentei na cadeira, tinha o apoio, me senti bem, me senti confortável, e me senti, de certa forma, independente, porque eu conseguia transitar pelo hospital, coisa que antes não tinha condições”*. Para ele, desde o início, a cadeira representou possibilidades, liberdade, autonomia e independência. Lembrando que neste estudo independência tem sido compreendida como “a capacidade do indivíduo decidir por si só” (ORTIZ, 2001, p. 94) e autonomia como sendo “a condição de domínio no ambiente físico e social, preservando ao máximo a privacidade e a dignidade da pessoa que a exerce” (SASSAKI, 1997, p. 35).

A cadeira de rodas, portanto, abriu portas para Girassol, descortinou fronteiras e lhe devolveu a oportunidade de continuar a viver sem depender integralmente dos outros. Assim, a “cadeira de rodas torna-se uma extensão de seu corpo (MAYEDA, 2005) e, conviver com esse auxílio trará nova percepção sobre o mundo e sobre a forma de viver, o que implica em maior ou menor grau a mudança no autoconceito” (SERNAGLIA; DUARTE; DALLA DÉA, 2010, p. 01). É possível inferir portanto que, para Girassol, aquele ato de se sentar na cadeira de rodas pela primeira vez representava, sim, um recomeço, uma nova oportunidade, uma retomada da vida, e isso lhe dava muita satisfação e prazer, principalmente depois da angústia de tentar se sentar na maca do hospital e não conseguir. Por meio dela, ele voltaria a ver o mundo externo ao hospital, e também voltaria a ser visto, ou seja, recomeçaria a reconstruir sua imagem corporal.

8.11 CONTEXTO IMPACTANTE

Embora sejam questões diretamente relacionadas, a aquisição da deficiência e o tornar-se cadeirante possuem significados diferentes. Sabendo disso, inquietou-me saber qual dessas circunstâncias teria provocado maiores impactos à vida das pessoas sociais. Por isso, perguntei: o que foi mais impactante para você: tornar-se

pessoa com deficiência física ou cadeirante? Por quê? As respostas seguem no Quadro 28:

Quadro 28 – Contexto impactante

ROSA	<p><i>O que eu acho impactante é que quando vou fazer alguma pergunta, que eu estou cadeirante, as pessoas não respondem para quem fez a pergunta; respondem a quem está conduzindo a cadeira de rodas. É como se a pessoa cadeirante não tivesse o cognitivo intacto para entender, acompanhar o que está sendo dito. Então, isso é impactante. Sim! Quer dizer, eu pergunto e a resposta seria para ambas as partes: eu, que estou sentada na cadeira de rodas e minha filha que está conduzindo a cadeira de rodas. Então, as duas captariam a resposta. Mas é au-to-má-ti-co! Pode observar e pergunte a qualquer cadeirante. A não ser que ele esteja conduzindo a cadeira de rodas a sós, ele próprio. A outra coisa é quando alguém que não tem essa prática, essa vivência com pessoa cadeirante, quando vai conduzir a cadeira de rodas, gente, é impressionante! Porque, assim, quando você vai conduzindo, as pessoas vão saindo, vão abrindo o caminho, principalmente se for com um passo mais apressado. E as pessoas que não têm hábito de conduzir a cadeira de rodas saem jogando assim pra um lado e pro outro, e a pessoa que está na cadeira de rodas fica tonta, como estivesse ziguezagueando, parece que o cérebro vai sair do lugar. Então, isso também é impactante. E a pessoa que está conduzindo não consegue perceber isso. Então eu digo: “Para, para, por favor, deixa que eu levo!” “Não, mas eu quero te ajudar!” Eu digo: “Mas, do jeito que você está levando, me incomoda, eu não consigo, eu fico tonta, eu fico com náusea...” Então, é essa questão também que me deixa um pouco impactada. Agora, essa de você perguntar e responderem pela outra pessoa é algo que eu penso que está no imaginário das pessoas. Então, assim: “Ah! Ela tem deficiência física, mas ela não vai entender, não vai compreender como chegar lá, eu tenho que falar à outra pessoa que não tem deficiência.” É como se a pessoa que tem deficiência física também tivesse uma deficiência intelectual. É essa análise que eu faço. Pode ser até que eu esteja equivocada, mas tem um certo sentido pela minha própria experiência. E, também, pode ser que as pessoas talvez não acreditem no potencial da pessoa com deficiência. Então, é como se ele tivesse uma dependência do outro com mais intensidade, vai depender do outro ad eternum. Então, isso é impactante. E quando se visualiza dessa forma, as pessoas que têm deficiência parece até que se conformam com esse lugar que as colocam. E é isso que eu no meu dia a dia não coloco isso como verdade. Então, assim, uma das coisas que eu coloquei como verdade na minha vida é que eu posso fazer tudo que eu queira fazer, contanto que eu me organize, me planeje para fazer. Eu posso fazer tudo que você pode fazer; agora, no meu ritmo, no meu tempo, conforme o que é possível fazer. Então, por exemplo: eu consigo varrer uma casa usando as muletas ou usando cadeira de rodas; eu consigo lavar pratos; fazer coisas assim, demandas do dia a dia. Eu consigo fazer, agora, no meu tempo, no meu ritmo e não no ritmo do outro, não como o outro quer que faça. Então, essa situação é que eu vejo que fui trabalhando na terapia, que eu poderei atingir os meus objetivos. Claro que existem objetivos irrealis, até imorais. Você dizer: “Ah! Eu quero chegar e ir à lua.” Dentro das minhas possibilidades reais, eu vou conseguir atingir esse objetivo? No momento, não. Mas eu posso colocar objetivos dentro da minha realidade. Então, o que que eu posso fazer aqui e agora? Então, é isso que eu tenho feito: eu tenho criado objetivos reais, dentro das minhas possibilidades. E é isso que eu levo como uma verdade e não aquilo que as pessoas querem que eu entenda, que lugar de deficiente é outro e não esse. Então, isso eu vejo como impactante, e talvez a sociedade não perceba que tem instituído lugares para a pessoa com deficiência. Isso não é escancarado. Eu penso que isso é velado. É como se estivesse quebrando as normas sociais. Isso é que eu vejo como impactante, de que eu posso fazer diferente, agora, dentro da realidade, dentro da legalidade, procurando traçar planejamentos, subir um degrau por vez, com segurança,</i></p>
------	---

	<i>com qualidade, com autonomia. Então, isso pode ser impactante também para a sociedade. E quando você se dá conta daquilo que delegam para você, que você tem que fazer, então, acho que sentar na cadeira de rodas, ser cadeirante não significa estar moldado a ficar naquele lugar que te institucionalizaram ou que te instituíram. Então, eu vejo que ser cadeirante pode ser também transgressão, agora, contanto que você possa transgredir, na medida do possível, e que você possa assumir essa responsabilidade da transgressão. Não é transgredir por mera transgressão, porque quero barbarizar. Não é isso! É transgredir para o bem, para fazer com que as pessoas te vejam como ser humano, que pensa, que sente, que age. E isso é algo que vai fazer todo sentido e significado.</i>
LÍRIO	<i>Olha, quando eu sofri o acidente, eu tive que me adaptar, me adequar a uma nova vida. Foi difícil, porque eu não poderia proporcionar para a minha família, em especial, para a minha filha, a vida que eu gostaria de proporcionar a ela, que seria: andar com ela num parque de mãos dadas, levá-la com frequência a uma área de lazer, pegar no colo, sair passeando, brincando, correndo de picula, essas coisas que um pai faz. E devido a essa limitação, infelizmente, eu não pude fazer. Eu pedia a alguém para colocá-la no balancinho, pra ficar balançando e eu ficar olhando. Então, algumas pessoas passaram a fazer isso em meu lugar, sob a minha supervisão. Passaram a utilizar as pernas em meu lugar para caminhar, e eu sempre supervisionando. É, mas eu gostaria sim de ter feito tudo isso. Mas, tudo o que foi possível fazer, mesmo em uma cadeira de rodas, eu fiz e continuo fazendo. Se a minha filha está querendo passear, como eu tenho a liberdade de dirigir, e isso me dá uma autonomia enorme, uma liberdade enorme, ela vai comigo no carro, eu levo ela pra qualquer lugar, apesar dela ter o carro dela, ela ter a vida dela independente. Mas, para o pai ou para a mãe, o filho é sempre um filho, independentemente da idade. Mas, é claro que se eu pudesse ter condições de sair com minha filha de mãos dadas, eu ia adorar! Mas não foi possível. Mas a gente faz aquilo que está dentro do alcance.</i>
GIRASSOL	<i>Com certeza absolutíssima, o mais impactante para mim foi me tornar deficiente físico, devido às privações que eu tive que encarar a partir desse momento, coisas que eu amava em praticar, em fazer, que para mim eram o sentido da minha vida, era praticar esportes, era trabalhar, era viajar de uma forma totalmente ativa, independente, e vi tudo isso ser ceifado com aquele acidente. E não só isso também, como as funções fisiológicas, como função de bexiga, de intestino, tudo isso já não funcionava mais da mesma forma, e foi muito repentinamente. Já ser cadeirante não, é o contrário: a cadeira me possibilita ir e vir. Eu costumo dizer sempre que a cadeira de rodas não me limita, ela apenas me leva aonde eu quero ir. Então, ser cadeirante, pra mim, é, com certeza, uma forma de independência, é uma forma de viver a vida dentro da deficiência a qual eu adquiri.</i>

Elaboração: ANDRADE (2020)

Quando se fala sobre coisas que são impactantes, muitas vezes se pensa apenas nos impactos como marcas pessoais, individuais, como sendo criados pela cabeça da pessoa impactada. No entanto, as relações sociais podem ser muito mais impactantes do que certos fatos em si. E é neste sentido que Rosa tece sua narrativa. Ela apresenta várias situações de ordem relacional como sendo impactantes. Ou seja, para ela, hoje, não é o fato de ter uma deficiência ou de utilizar a cadeira de rodas que é impactante, mas a forma como as pessoas se comportam diante dela, que possui

deficiência e usa a cadeira de rodas: impactantes são as relações interpessoais e as representações sociais. Carvalho (2003, p. 103), em relação a isso, afirma que as pessoas com deficiência “vivem suas diferenças muito menos pelas limitações que sofrem em decorrência de suas deficiências, e muito mais pelas representações sociais a respeito de suas limitações”.

A primeira situação narrada é referente à comunicação: estando cadeirante e sendo conduzida, ao fazer uma pergunta, a pessoa responde a quem a está conduzindo e não a ela que perguntou. Rosa mesma tece uma análise disso: para a sociedade, é como se além da deficiência física, ela também possuísse deficiência intelectual, ou seja, déficit cognitivo, dificuldade ou incapacidade de compreender o que está sendo falado. Situação semelhante acontece com pessoas com deficiência visual: ao fazer um questionamento, a pessoa responde falando alto, quase gritando, como se ela também possuísse deficiência auditiva. Rosa também explica: parece que isso “*está no imaginário das pessoas*”. A esse fenômeno Vygotsky (2001) chama de deficiência secundária, que resulta da forma como os indivíduos reagem sobre a deficiência primária, conforme mencionado anteriormente³⁷.

A outra situação relatada é a de pessoas que não têm prática se oferecem para conduzirem a cadeira de rodas: no afã de ajudar, acabam por prejudicar, provocando desconforto e insegurança ao cadeirante. Muitas vezes, essa iniciativa está relacionada à representação social do “coitadinho”, que precisa de ajuda o tempo todo, pois não tem autonomia nem independência para se deslocar sozinho, e que coaduna com o modelo caritativo da deficiência, que “percebe a pessoa com deficiência como vítima merecedora de caridade e de ajuda. A pessoa com deficiência é vista como tendo uma vida trágica e sofrida” (AUGUSTIN, 2012, p. 02).

Outra questão impactante, segundo Rosa, é o fato de que a sociedade tem instituído lugares para a pessoa com deficiência de forma velada, porém deixando claro que não é o meio comum, mas outro, à parte, sem grandes oportunidades, sem maiores possibilidades. E mais, segundo ela, muitas pessoas com deficiência se conformam com isso, com esse lugar em que a sociedade lhes coloca, o que não é o seu caso: Rosa revela que tem consciência de que pode estar onde quiser estar; que

³⁷ No Capítulo 5, “Estamos falando sobre a inclusão de pessoas com deficiência”, à página 76.

pode fazer tudo o que quiser fazer, a seu tempo, a seu modo, dentro das possibilidades reais, claro. Mas, e quem não é assim? Ou seja, ela pode fazer tantas coisas, desejar e desenvolver suas potencialidades, reconhecendo-se em sua integralidade (ALVIM; RODRIGUES, 2015) como qualquer outra pessoa, desde que possua condições reais para executar seus planos e metas.

É justamente nesse ponto que Rosa declara que ela também pode impactar a sociedade, pois, ao se impor socialmente, é como “*se estivesse quebrando as normas sociais*”, fazendo o inesperado, o imprevisto. Tal postura diante de uma sociedade segregacionista e excludente como a que vivemos, realmente, é impactante.

Finalizando sua resposta, Rosa se posiciona em relação ao ser cadeirante. Com isso, é possível inferir que, para ela, é mais impactante ter-se tornado cadeirante do que pessoa com deficiência. O que não é difícil de compreender, posto que a deficiência fez parte de praticamente toda a sua vida – desde os sete meses de idade –, ou seja, era-lhe algo comum, seu modo de ser e estar no mundo. Já o tornar-se cadeirante não. Este fato, sim, foi o que provocou uma ruptura em seu processo de construção da imagem corporal, e que gerou os outros impactos sociais que ela já havia mencionado.

Para Rosa, ser cadeirante vai além de estar sentada numa cadeira de rodas e não deve jamais significar “*estar moldado a ficar naquele lugar que te institucionalizaram ou que te instituíram (...) ser cadeirante pode ser também transgressão*”. Por transgressão, a entrevistada não entende como sendo barbárie, rebeldia sem causa; mas como demarcação de lugar, como tornar visível aquilo que a sociedade busca invisibilizar; como trans+progressão, no sentido de ser agente de transformação para o crescimento, para a melhoria das condições e da qualidade de vida. Ou seja, ser cadeirante é ser transgressão no sentido de ser mais impactante do que ser impactada.

Já para Lírio e Girassol, mais impactante do que se tornar cadeirante foi o fato de adquirirem uma deficiência física, principalmente porque essa aquisição se deu durante a juventude, fase em que a deficiência traz repercussões severas, por conta da pessoa ainda não ter “amadurecimento suficiente para enfrentar tamanha perda, uma vez que o espírito de aventura e os sonhos estão mais presentes do que a maturidade adquirida e as responsabilidades impostas pela fase adulta (ALVES et al., 2013, p. 609).

A aquisição da deficiência física lhes exigiu adaptar-se a novas circunstâncias e modos de vida, uma vez que “a pessoa com deficiência física adquirida precisa mudar a maneira como percebe o mundo e a si mesmo” (SERNAGLIA; DUARTE; DALLA DÉA, 2010, p. 03), e lhes trouxe limitações que impediam que realizassem coisas que sempre desejaram fazer sozinhos, como passear com a filha, praticar esportes, trabalhar, viajar, atender as necessidades fisiológicas. A deficiência física requereu que eles necessitassem de ajuda para realizarem tais atividades e, por vezes, em vez de agentes, ele atuavam como supervisores ou como pessoas passivas enquanto outras pessoas agiam em seus lugares. É neste sentido que Alves et al. (2013, p. 602) afirmam que “o impacto causado pela deficiência física adquirida na vida de uma pessoa, seja em qualquer fase da vida, é incomensurável, visto que acarreta mudanças profundas na vida do sujeito, assim como na vida de sua família”. E acrescentam que a deficiência física adquirida é tão impactante “que se apresenta como referência para sua identidade (como se vê) na sociedade (como o veem) influenciando a representação que cada um tem sobre sua deficiência e na concepção do termo deficiência” (ALVES et al., 2013, p. 606).

Em contrapartida, o ser cadeirante lhes abriu possibilidades para fazerem muitas coisas, apesar da deficiência, como dirigir e voltar a trabalhar e se exercitar, por exemplo, posto que a cadeira de rodas “permite ao usuário maior independência locomotora e maiores contatos sociais, pois facilita seu acesso à escola, ao trabalho, à prática desportiva e a outras formas de lazer” (SOUZA, 1994, p. 59).

A cadeira de rodas lhes trouxe liberdade, enquanto a deficiência lhes trouxe limitações, por isso esta fora mais impactante. Nas palavras de Girassol, “*a cadeira me possibilita ir e vir. Eu costumo dizer sempre que a cadeira de rodas não me limita, ela apenas me leva aonde eu quero ir. Então, ser cadeirante, pra mim, é, com certeza, uma forma de independência, é uma forma de viver a vida dentro da deficiência a qual eu adquiri*”. Ou seja, a “cadeira de rodas torna-se uma extensão de seu corpo, e conviver com esse auxílio trará nova percepção sobre o mundo e sobre a forma de viver, o que implica em maior ou menor grau a mudança no autoconceito” (SERNAGLIA; DUARTE; DALLA DÉA, 2010, p. 01) e também na aceitação da autoimagem ou imagem corporal.

8. 12 REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA CADEIRA DE RODAS

Objetivando precisar a representação social da cadeira de rodas para as pessoas sociais na atualidade, perguntei: ao longo do tempo, essa percepção inicial sobre a cadeira de rodas se manteve ou se modificou? Explique e, se possível, narre alguma situação relacionada. Todas as respostas encontram-se no Quadro 29, abaixo.

Quadro 29 – Representação social da cadeira de rodas

ROSA	<p><i>Hoje eu vejo o uso da cadeira de rodas como uma autonomia para a pessoa que tem uma certa limitação física ou mesmo a deficiência física. Então, eu vejo dessa forma: eu não tenho mais preconceito. Hoje eu tenho a cadeira de rodas e tanto aquelas motorizadas, eu poderia, mas eu acho muito pesadas, eu acho que ela é mais limitante. Então, eu vejo como algo significativo pra minha vida, não um impedimento, muito pelo contrário. E aí, quando menos eu esperei, já estava em São Paulo participando do evento. Então, senti como uma certa liberdade de usar a cadeira de rodas. Assim, teve um momento de ressignificar valores, que antes eu poderia estar com um valor preconceituoso do uso da cadeira de rodas, e que nesse momento, quando eu me vi usando a cadeira de rodas, foi como se fosse algo significativo, para me dar mais liberdade e autonomia naquele momento, podendo fazer algo que eu não poderia fazer no meu dia a dia. Eu caí em maio, e eu me vi em outubro passeando em São Paulo, indo para a USP. Depois fui para um outro evento em fevereiro e todos os dois eu fui apresentar trabalho. Então, quando menos esperei, estava na Avenida 25 de Março, José Paulino, fazendo coisas que eu nunca tinha feito assim com tanta desenvoltura, com a minha filha. Então, quando eu fui agora pra Portugal, ano passado, também o que fizemos lá, que passeamos, para o trajeto de onde eu ficava até a universidade, a UMinho³⁸, distante. Mas, assim, dava para perceber que se eu não estivesse usando cadeira de rodas, eu não conseguiria fazer um terço do que eu fiz lá em Portugal ou nesses lugares por lá pelos quais passei. Então, hoje eu vejo com um olhar mais compreensivo, necessário, de autonomia.</i></p>
LÍRIO	<p><i>Bom, quando eu comecei a utilizar a cadeira de rodas, foi um mundo novo! Um mundo novo, onde eu observei que um buraco na calçada era um impedimento pra que eu pudesse seguir um percurso ou não. Mas, como eu tenho uma tetraplegia, eu não conseguia tocar a cadeira sozinho: sempre precisava de alguém para ajudar empurrando a cadeira. Então, a minha dificuldade não foi tão grande assim, porque tinha alguém para empurrar a cadeira de rodas. Com o tempo, eu consegui adquirir uma cadeira motorizada, e eu tenho uma cadeira convencional e uma cadeira motorizada. Mas, algumas pessoas do meu círculo de amizade, que eu tenho algumas pessoas que utilizam cadeira de rodas, eu observo as dificuldades delas que são enormes, são gigantescas. Seria extremamente importante e interessante para o segmento de pessoas com deficiência se nós tivéssemos não só uma cidade, mas os 5.570 municípios brasileiros totalmente acessíveis e que proporcionassem mais igualdade e liberdade do ir e vir da pessoa com deficiência. Se você está em Feira de Santana, você tem, sim, dificuldade; se</i></p>

³⁸ Universidade do Minho, em Portugal.

	<p><i>you vai para Salvador, you tem dificuldade; you vai para qualquer capital do nosso país, you tem dificuldade nas questões de acessibilidade. É por isso que nós temos, a cada dois anos, a conferência Municipal da Pessoa com Deficiência; não só a municipal, como a estadual, a nacional e até a internacional, que acontece em Nova Iorque, para estar tratando de questões relacionadas aos direitos da pessoa com deficiência. Se as pessoas com deficiência tivessem um tratamento igualitário, não haveria necessidade das conferências em todo o território nacional e até em nível internacional.</i></p>
GIRASSOL	<p><i>Ao passar do tempo, ela não só se manteve, como aumentou. De início, ela me deu uma certa independência: a primeira vez que eu sentei, dentro do hospital, eu pude ir até a sacada do prédio onde funcionava o hospital, vi as pessoas na rua, coisa que já tinha quase um mês que eu não poderia fazer, pois eu não podia andar. E, com o passar do tempo, isso só foi se concretizando ainda mais, pois, sentado na cadeira de rodas, eu consegui tocar a minha vida pra frente, como faço hoje. Consegui voltar a trabalhar, entrei pra história da Polícia Militar da Bahia como o primeiro soldado cadeirante na ativa da história da PM. Lutei muito pra adquirir esse direito. Hoje trabalho na central de monitoramento das câmeras de segurança que tem aqui em Feira de Santana; adaptei meu carro, consigo dirigir, consigo treinar, vou pra academia, faço meu treino numa academia normal, que não tem adaptação alguma; me casei... Então, eu sou muito grato por existir a cadeira de rodas, pois, se não existisse a cadeira de rodas, aí sim, minha vida estaria muito, muito, muito mesmo mais complicada.</i></p>

Elaboração: ANDRADE (2020)

Os três entrevistados, atualmente, compreendem a cadeira de rodas como uma expressão de sua liberdade, do seu direito de ir e vir: Rosa assume que não tem mais preconceito em relação ao uso da cadeira de rodas, pois reconheceu a amplitude das possibilidades que ela lhe oportunizou; Girassol, que desde que começou a utilizar a cadeira de rodas já a concebia dessa forma, como símbolo de independência, diz que sua representação foi até ampliada, pois o uso da cadeira vai além do simples deslocamento, como era no início. Com o tempo, ela permitiu que sua vida prosseguisse seu curso, reinserindo-o no meio social, até com certo destaque; e Lírio reconhece que o uso da cadeira de rodas lhe descortinou um mundo novo, com possibilidades e dificuldades também – como a percepção de que um pequeno buraco na rua poderia ser tão ou mais impeditivo para ele do que a própria deficiência. Logicamente, o tempo e a maturidade contribuíram para que essa representação da cadeira de rodas fosse estabelecida por eles.

Em sua resposta, entretanto, Lírio traz uma questão muito peculiar quando se trata da pessoa cadeirante: a acessibilidade. Pode parecer, *a priori*, que esse recorte temático nada tem a ver com a questão da imagem corporal. Mas tem sim, uma vez que a acessibilidade é pensada a partir do modo como as pessoas cadeirantes são vistas pelos outros – ou como deixam de ser vistas, como parece ser mais comum.

Por isso, fiz questão de manter aqui o registro dessa ponderação feita pelo entrevistado. Assim, sendo, Lírio aponta que em todo o país as pessoas com deficiência física sofrem com problemas relacionados à acessibilidade, sendo “os principais calçadas inapropriadas, transporte não adaptado e falta de infraestrutura, como rampas e semáforos inteligentes” (DIOGO, 2018, p. 01), embora já seja regulamentada legalmente no Brasil: “sancionada há quase duas décadas, a Lei de Acessibilidade, nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000, estabelece normas e critérios que procuram garantir a acessibilidade das pessoas com mobilidade reduzida, como cadeirantes, ou deficiência” (LEI..., 2020, p. 01).

Muitas cidades buscam fazer adaptações arquitetônicas, como sendo garantia de acessibilidade. No entanto, o conceito de acessibilidade não pode se restringir à instalação de rampas ou à disposição de calçadas que permitam uma melhor locomoção para cadeirantes. “A acessibilidade está nas atitudes, na comunicação, no lazer” (ibidem), e isso impacta diretamente a forma como a pessoa cadeirante vai se concebendo, ou seja, influencia o processo de reconstrução da sua imagem corporal. Assim sendo, destaco alguns tipos de acessibilidade que se referem especificamente à pessoa cadeirante: 1. **Arquitetônica:** ocorre quando se disponibilizam espaços sem barreiras ou obstáculos que limitem a locomoção. Requer, por exemplo, a instalação de rampas e barras de apoio, como também o alargamento de portas; 2. **Atitudinal:** relacionada a ações que favoreçam a segurança, como adaptações em meios de transporte, mas vai além: a acessibilidade atitudinal implica “ver o outro com um olhar mais sensível, amigável e desprovido de preconceitos, estereótipos e estigmas” (LEI... 2020, p. 01) – questões extremamente importantes para a reconstrução a imagem corporal do cadeirante; 3. **Comunicacional:** acontece quando as sinalizações são adequadas e disponíveis, a partir de símbolos internacionalmente conhecidos e amplamente divulgados, e nos quais a pessoa cadeirante se reconhece, isto é, associa a sua imagem corporal; 4. **Programática:** relacionada à “criação de leis, normas, decretos, portarias, regulamentos, entre outros, conforme vista na Lei de Acessibilidade, que inclui cadeirantes” (LEI... 2020, p. 01); e 5. **Pedagógica ou Metodológica:** diretamente relacionada à educação, prevê que as escolas garantam a eliminação de toda e qualquer barreira que dificulte a aprendizagem ou a participação da pessoa com deficiência, através de atividades metodologicamente adaptadas e acessíveis,

que utilizem recursos que promovam a interação, a socialização e o desenvolvimento das funções psicológicas superiores ou cognitivas.

Ouso dizer, no entanto, que além de se preocupar com o fornecimento de atividades que integrem a pessoa cadeirante, a escola deverá ser totalmente inclusiva em sua concepção, no sentido de propiciar o desejo desse acesso, uma vez que a inclusão social é influenciada pela forma como a pessoa se percebe e como é percebida pelas outras: “se em ambos os casos a percepção é positiva, a inclusão é bem sucedida, no caso de atributos negativos de alguma das partes, há obstáculos a serem ultrapassados” (DINIZ, 2015, p. 50). Assim, a pessoa cadeirante deverá querer frequentar a escola, sentir-se incluída e à vontade nesse espaço de interação coletiva, e a escola, por sua vez, não somente deverá estimular a participação do cadeirante a partir de atividades, mas se preocupar em favorecer que o cadeirante queira acessá-la, com garantias de que ali será aceito da forma que é, com a imagem corporal que tem, e pela pessoa que é, apesar da deficiência que possui. A acessibilidade é, portanto, uma das condições para que a inclusão se efetive, pois ela está intimamente relacionada à forma como a pessoa com deficiência é vista socialmente.

8.13 LIMITAÇÕES E POSSIBILIDADES

Com o objetivo de buscar narrativas que melhor demonstrassem a representação social do ser cadeirante, questionei: hoje você se sente uma pessoa limitada ou com possibilidades? Explique narrando situações vividas por você. As respostas podem ser verificadas no Quadro 30.

Quadro 30 – Limitações e Possibilidades

ROSA	<i>Eu não consigo diretamente associar o meu corpo à cadeira de rodas. Eu uso mais a cadeira de rodas em percursos longos. No meu dia a dia, eu uso mais as bengalas. E eu sinto um pouco mais de amarras, eu sinto as amarras no sentido de que antes eu tinha mais flexibilidade, antes eu não sentia tantas dores, e quando eu preciso andar mais, um percurso maior, eu sinto cansaço. Então, quando eu uso a cadeira de rodas, eu sinto até como um alívio, nesse sentido de sentir dores, como já comentei, que eu tenho platina na coluna. Então, as amarras são neste sentido. Quando eu vejo o meu corpo, eu percebo que existem diferenças, claro, é notório. Agora, eu não me sinto mal</i>
------	--

	<p><i>pelo meu corpo. Eu sinto que poderia ter algo que eu poderia fazer: mais atividade física, eu poderia ter mais um cuidado com a minha estética física, mas isso não é algo assim de auto cobrança ou obrigatório, não. Ao mesmo tempo que eu questiono, eu pondero, até porque não posso fazer atividade física. Eu faço fisioterapia, mas de uma forma mais limitante e cuidadosa, porque se eu faço uma bicicleta, como eu tenho fios de Kirchner³⁹ no joelho, aí fica fazendo aquele barulho no próprio joelho, e aí depois eu fico sentindo dores. Se eu faço uma atividade mais no bíceps, eu fico sentindo dores, aí eu tenho que ficar à base do Dorflex. Então, eu percebo essas questões. Mas, ao mesmo tempo, eu respeito e não me sinto angustiada por isso. Em determinados momentos, bate aquele questionamento: “Ah! Por que eu tive deficiência?” Mas isso era mais quando eu era jovem. Hoje, eu já encaro com mais naturalidade. Então, a limitação do corpo, hoje, eu vejo como algo que faz parte da trajetória de vida, que eu já estou chegando na melhor idade e com 55 anos que eu vou fazer... Então, esta questão eu vejo como algo dentro da normalidade, pela questão de ter deficiência física, e próprio da idade que chega. Eu acredito que eu já tenha adquirido essa maturidade. Então, hoje, eu sinto que muitos desses questionamentos do ego eu consegui trabalhar um pouco. Eu sei que eu tenho muito ainda que trabalhar, mas eu percebo que essas questões do físico, eu não tenho tanto sofrimento em relação a isso. Então, hoje, quando eu vejo tudo isso que eu já passei, não tem por que eu ficar me questionando: por que eu não sou assim? Por que eu não sou assado? Por que essa percepção física me incomoda? Não vejo isso. Eu compreendo. Pode ser até que eu entenda, talvez eu nem compreenda tanto. Mas, eu vejo como algo dentro da normalidade que veio, que eu precisei passar ou precisarei passar por isso para o meu processo de autoconhecimento.</i></p>
LÍRIO	<p><i>Todos nós temos uma limitação: nós temos uma limitação financeira; nós temos uma limitação física... Eu estou cadeirante atualmente e me sinto com uma liberdade enorme! Se hoje eu quiser ir até a capital baiana, entro no meu carro e vou embora. O meu grande problema é: se furar um pneu no trajeto, eu não tenho como trocar: eu dependo que alguém faça esse serviço por mim. Se eu precisar que alguém coloque ou tire a cadeira de rodas da mala, eu vou precisar que alguém o faça por mim. Então, é claro que eu sinto que eu tenho uma limitação, assim como muitas pessoas, de uma certa forma, têm alguma limitação. Sim, sim, sim. Eu não seria honesto em não falar que eu me sinto limitado. De uma certa forma, sim, eu sinto que eu tenho uma limitação. Se eu estiver em algum ambiente e nesse ambiente não tiver uma rampa de acesso para que eu possa adentrar até o ambiente, eu vou me sentir impedido e limitado, haja vista que aquele local não obedece às normas de acessibilidade, o que dispõem os vários dispositivos legais, e aqui eu posso citar a Lei 10.098, de 2000, como também o Decreto Federal 5.296, de 2004, que regulamenta as Leis 10.048 e 10.098, que tornam obrigatória a acessibilidade nos diversos meios de comunicação, no mobiliário, transporte, vias públicas, etc., etc., etc. É, são leis riquíssimas, que podem proporcionar uma vida igualitária para as pessoas que têm uma determinada limitação e, em especial, a limitação física.</i></p>
GIRASSOL	<p><i>A deficiência me limitou a fazer coisas que eu fazia antes da forma como eu fazia antes. Porém, eu não me sinto limitado. Eu apenas faço as coisas que eu fazia antes hoje de uma forma diferente. E, pra mim, a limitação está na cabeça de cada um: é a nossa mente que vai impor a nossa limitação, não a deficiência! Pois, se eu tivesse deixado a limitação tomar conta de meu ser, de minha mente, eu não conseguiria realizar as coisas que eu realizo hoje. Mas, eu coloquei em minha cabeça que minha realidade, pelo menos</i></p>

³⁹ “O uso de fios metálicos para a cirurgia ortopédica foi introduzido por Martin Kirschner no início do século XX, é um método de fixação simples e eficaz para a correção de fraturas e luxações do ombro na cirurgia ortopédica” (PALAURO et al., 2019, p. 2013).

	<p><i>momentânea, é a cadeira de rodas. Então, eu tinha que encontrar formas de viver e continuar seguindo em frente, estando na cadeira de rodas. Então, eu me adaptei a essa situação, e consegui seguir em frente. Voltei a trabalhar, ingressei no esporte, virei atleta, hoje sou um atleta de fisiculturismo tricampeão baiano, tricampeão brasileiro, represento o Brasil em campeonatos internacionais. Em setembro, agora de 2019, consegui conquistar a medalha de ouro para o Brasil no campeonato sul-americano, que foi realizado em Quito, no Equador. Voltei a trabalhar na PM; me casei. Então, eu sigo minha vida de uma forma normal, entre aspas, só realizando as atividades que eu já realizava, de uma forma diferente. Antes, eu era um atleta de futebol; hoje, sou um atleta de fisiculturismo. Antes eu trabalhava numa viatura operacional na área; hoje, eu trabalho dentro da PM, porém, de uma forma administrativa, interna. Então, eu acho que, com certeza, sou uma pessoa com muitas possibilidades, e basta a gente querer, a gente focar no objetivo, e ir em busca dele, com muita fé e toda força do nosso ser, que a gente consegue alcançar o nosso objetivo, independente de deficiência ou não.</i></p>
--	---

Elaboração: ANDRADE (2020)

Uma das representações sociais mais comuns relacionadas à deficiência é a da limitação. Parece óbvio que assim o seja, não fossem as inúmeras possibilidades que a pessoa pode realizar, apesar da deficiência. O que vai determinar se a pessoa é limitada ou cheia de possibilidades é a forma como ela lida com a deficiência que possui. A partir daí, “exprimem-se todas as impressões ‘agradáveis’ e ‘desagradáveis’ que vivemos no cotidiano diretamente conectadas com as sensações corporais que se exprimem em todas as atividades com os outros ou consigo mesmo” (JOSSO, 2008, p. 34).

Partindo deste pressuposto, Lírio afirma reconhecer as limitações que possui, mas destaca que, de uma forma ou de outra, todas as pessoas possuem algum tipo de limitação, a qual pode ser diferentes naturezas, não somente por causa de uma deficiência. Assim sendo, existem pessoas com limitações financeiras, com limitações linguísticas, com limitações motoras, com limitações psicológicas, com limitações emocionais, com limitações etárias, com limitações religiosas e culturais, etc. Ou seja, “a deficiência o atinge, como o atingiriam outras crises, como a ruína financeira, a perda de um trabalho ou a morte de um filho” (MAIA, 2010, p. 03).

No seu caso, as limitações que se impuseram foram de ordem locomotora, por causa da aquisição de uma deficiência, e também de ordem social, pois, muitas vezes, sente-se limitado por conta da falta de acessibilidade de certos ambientes. Mesmo assim, tais limitações não lhe impedem de realizar muitas coisas. O fato de ser cadeirante lhe permite um vasto leque de possibilidades e, conseqüentemente, sente-se verdadeiramente livre.

Sentimento parecido foi descrito por Girassol, ao afirmar que a deficiência lhe trouxe algumas limitações no sentido de fazer coisas da mesma forma que fazia antes de adquiri-la. Entretanto, ao se tornar cadeirante, retomou o controle de sua vida de forma livre e autônoma, fazendo as mesmas coisas, só que de modos diferentes, ou mesmo fazendo coisas novas, como acontece com qualquer pessoa adulta que segue sua vida e tem que fazer escolhas, tenha ela deficiência ou não, e que se preocupa “com o desempenho do corpo e procura alternativas para se superar fisicamente. Sempre” (COUTO, 2000, p. 29). Maia (2010, p. 03) explica que, “quando o deficiente é um adulto que adoece e consegue conservar sua estrutura psicológica, facilmente ele se reintroduz no equilíbrio das relações familiares com essa nova condição em sua identidade”. E Berri (2018, p. 45) corrobora dizendo que pesquisas feitas com atletas que possuem deficiência física mostraram que os participantes, assim como nosso entrevistado, não se preocuparam em evidenciar as limitações causadas pela deficiência, “mas as potencialidades, tanto a autoestima quanto a imagem corporal foram vistas como positivas, ainda, os atletas tinham uma vida social ativa em relação aos relacionamentos pessoais, trabalho, estudo e treinamento”.

Girassol acrescenta que *“a limitação está na cabeça de cada um: é a nossa mente que vai impor a nossa limitação, não a deficiência! Pois, se eu tivesse deixado a limitação tomar conta de meu ser, de minha mente, eu não conseguiria realizar as coisas que eu realizo hoje”*. Assim, ratifica o pressuposto de que é a forma com que cada um lida com sua deficiência que determina se a pessoa será limitada ou cheia de possibilidades. Neste sentido, demarca-se a relevância de um bom acompanhamento psicológico e terapêutico, pois permite que sejam trabalhadas essas questões e prepara a pessoa para a retomada e prosseguimento de sua vida.

Destaco, entretanto, o fato do entrevistado privilegiar a mente, como sendo sobreposta ao corpo. Ratifico que concebo o corpo como totalidade, como unidade, como *corpus*, que não dicotomiza corpo e mente, mas promove “uma entrega total do sujeito, não apenas com a mente, mas também com o corpo, com os sentimentos, com as emoções, (...) abandonando (ou pelo menos adiando) cada ideia de controle, de explicação racional, de finalização (FORMENTI, 2008, p. 59).

No que se refere ao acompanhamento psicológico, é sobre isso que Rosa relata, quando diz que já trabalhou em si e continua a trabalhar sua psique, a fim de promover a superação das amarras (limitações) que sentia e sente por conta de sua deficiência e do uso da cadeira de rodas. Embora já tenha afirmado em questões

anteriores que, atualmente, não sente mais preconceitos em relação à cadeira de rodas, aqui ela declara que não consegue inserir em sua imagem corporal a presença da cadeira, preferindo ainda usar as bengalas – por mais que cansem e promovam dores e a cadeira de rodas possibilite alívio –, com as quais se identifica de maneira mais salutar.

Mencionando de modo mais específico as limitações, ao que chama de amarras, Rosa destaca: menor flexibilidade corporal, dores e fadiga; diferenças corporais notáveis e menor cuidado com questões estéticas (relacionados diretamente à imagem corporal); dificuldade para fazer atividades físicas (em alguns casos, impossibilidade mesmo) e alguns exercícios da fisioterapia. No entanto, não atribui tudo isso exclusivamente ao fato de possuir uma deficiência, mas também à própria idade que, com o passar do tempo, é natural que traga algumas limitações mesmo, se comparada à juventude.

De modo proposital, fiz a ressalva de que as diferenças corporais e o menor cuidado com questões estéticas estão relacionados à imagem corporal, com o objetivo de questionar: seriam essas amarras sofridas ou criadas por Rosa? O fato de possuir uma deficiência favorece à pessoa ter menor interesse pelas questões estéticas? Não parece contraditório que, mesmo assim, ela afirme que se sente bem com o próprio corpo? Não pretendo aqui criticar o seu posicionamento, mas apenas relacionar ao que explica Couto (2000, p. 157), de que o cuidar de si próprio, de sua estética, requer prazer, tempo e investimentos de ordem financeira e emocional, bem como dispensar carinho ao corpo e “consumir sempre mais e mais informações, envolver-se na ciranda da perseguição das novidades, dos produtos mais recentes. É imperativo mobilizar cada vez mais disposição”. E, talvez, este não fosse o objetivo da entrevistada. Isso me recordou o que afirmaram Vianna e Castilho (2002, p. 19), de que fazem parte do seu corpo “seus órgãos, seu humor, seus afetos, sua memória, suas emoções, sua inteligência... Agora responda sinceramente: você está à vontade com seu corpo?” Ao que me parece, então, Rosa encontra-se parcialmente satisfeita com o próprio corpo, com a própria imagem corporal, não totalmente, já que reconhece que deveria ter um maior cuidado consigo mesma esteticamente falando.

8.14 IMAGEM CORPORAL E VIDA COTIDIANA

Com a clara intenção de verificar as influências que a imagem corporal pode acarretar sobre a vida das pessoas sociais, perguntei: você acha que sua imagem corporal, que é a maneira como você vê o próprio corpo, influencia as suas atividades e relações cotidianas? Por quê? Poderia me contar alguma situação vivida por você em que isso fique evidenciado? As respostas concedidas encontram-se no Quadro 31.

Quadro 31 – Imagem corporal e vida cotidiana

ROSA	<p><i>Em relação a essas representações, as pessoas não deixam claro que existem preconceitos. Eu capto, porque é algo assim que é notório, e eu sou muito perceptiva, e eu capto nas afirmativas, nos trocadilhos, nas situações evasivas. Não dizem isso propriamente, que eu não sou capaz, mas dizem com as atitudes. E eu sou perceptiva em relação a isso. Eu percebo. Então, essa representação corporal é evidenciada de uma forma que a pessoa não se coloque com tanta clareza, mas deixa a entender que... “Ah, vamos fazer de uma outra forma!” Mas não diz: “Não vamos fazer” ou “Não vamos deixar você fazer por isso, isso e isso.” Não diz! Mas muda a condução daquela situação e que deixa claro de que... “Não, num outro momento, a gente resolve isso, pode deixar aqui.” Então, isso fica claro para a minha pessoa. Eu estou falando mais no sentido da minha profissionalização e da condução dos relacionamentos. Então assim: “Ah! Eu não vou firmar o relacionamento. Sou apaixonado por você. Quero muito, mas vamos deixar para mais adiante.” Ou: “Eu sou uma pessoa que não inspiro muita confiança; eu não quero fazer você sofrer porque eu posso me contradizer, trair a sua pessoa, e eu não quero fazer você sofrer.” Então, não chega a dizer propriamente: “Eu quero terminar com você porque você é deficiente.” Você entende? E na vida profissional, isso é muito bem claro. Eu vejo isso no dia a dia. Então, pra fazer o mestrado, eu fiz quatro seleções; pra fazer o meu doutorado, eu fiz oito seleções. Então, para muitas pessoas, isso chega a ser um contrassenso. “Como é que ela, com deficiência, está ali?” Eu acho que as pessoas se questionam. Então, não chegam a dizer: “Puxa! Estou feliz por você ter ido!” Não, não. Ficam indignadas. Demonstram isso. Como é que eu fui, cheguei a ir, a passar, a ter desenvoltura? Então, assim, essas representatividades talvez de menos valia, por ser deficiente, não são explícitas claramente. Existem coisas que às vezes as pessoas não percebem, acham que vão conseguir levar, que vão conduzir, que vão fazer o que eles querem. E quando tem essa personalidade firme e forte, sabe o que quer, e que vai lá por mais difícil que seja, então isso incomoda. Então, a representatividade cai sobre terra, porque as pessoas não acreditam: “Não é possível que eu estou sendo afrontada por essa pessoa, por essa deficiente ou essa aleijada”, como eu já ouvi algumas pessoas falarem assim. Então, acho que isso provoca um certo incômodo na minha pessoa, porque eu não me convenço fácil de que eu não posso fazer ou de que não vão me deixar fazer. Se é algo que eu vejo que é importante para a minha vida pessoal e profissional, eu vou conquistar, eu vou batalhar para atingir aquele objetivo. Isso me traz uma satisfação imensa, não no sentido da vaidade, mas no sentido da realização, para falar dessa representatividade, dessa questão da invisibilidade que o corpo deficiente provoca. Então, às vezes, as pessoas não conseguem perceber a competência e a habilidade do deficiente, da pessoa com deficiência, por achar que ele não é capaz de fazer,</i></p>
------	---

	<i>e eu não: estou indo na contramão. Eu estou fazendo aquilo que eu acho que devo fazer. De muitas coisas que eu gostaria de fazer e não faço, isso não me diminui. Mas, eu vejo que isso que eu fiz tem um grande sentido e um grande significado. Então, a minha representatividade, o corpo físico, na minha autoimagem não significa uma menos valia, não significa um não social, eu não vou fazer porque eu sou deficiente. Isso não faz parte da minha trajetória de vida. Eu vejo que aquilo que estiver dentro das minhas possibilidades, eu vou me dedicar ao máximo. Então, essa representatividade física não diminui a minha competência, você entende?</i>
LÍRIO	<i>Olha, a minha autoimagem, eu acho, honestamente, sinceramente, eu acho que não. Profissionalmente, eu estou atualmente na função que eu estou não é pelo fato de eu estar cadeirante para cumprir a cota de empregados habilitados ou reabilitados para o mercado de trabalho. Não estou aqui cumprindo uma cota de pessoas com deficiência. Eu estou aqui desempenhando as minhas atribuições profissionais pela minha competência, a tal ponto de eu estar hoje como funcionário público, mesmo comissionado, já há duas gestões, prestes a entrar na terceira. E assumi diversos cargos de grande relevância. Cargos de uma responsabilidade enorme! Em todas as atribuições que são complexas, eu estou inserido, porque há uma confiança do gestor público municipal em relação ao nosso trabalho e a nossa habilidade em estar à frente do trabalho que nos é confiada.</i>
GIRASSOL	<i>Creio que não. A forma como eu enxergo o meu corpo em si não influencia, pois não me coloco numa posição de vítima; não me coloco na situação de limitado. E devido à imagem que tenho hoje do meu corpo, apenas, sim, as funções que meu corpo pode exercer hoje, exigem que eu pratique algumas coisas de uma forma diferente, de um modo adaptado, devido às necessidades que a deficiência me trouxe. Mas, da forma a qual eu enxergo o meu corpo, com certeza, não influencia, nem me limita de forma alguma nas minhas relações e nos meus afazeres.</i>

Elaboração: ANDRADE (2020)

Os três entrevistados concordam que a sua imagem corporal não influencia sua vida cotidiana, no que se refere às ações, atividades profissionais e relações estabelecidas, e isso se deve a vários fatores, tais como a forma como se impõem socialmente, buscando com persistência atingir os próprios objetivos traçados e a competência profissional que possuem e com a qual exercem suas atividades.

Entretanto, na fala de Rosa evidencia-se que, mesmo não se dizendo deixar influenciar, percebe preconceitos em relação a sua imagem corporal, tanto nos ambientes profissionais quanto nas relações afetivas. Considerando que a imagem corporal, de acordo com Alvim e Rodrigues (2015, p. 39), é “um dos aspectos psicológicos associados à aceitação do próprio corpo”, ou seja, é a forma como a própria pessoa se vê, mas que disso depende também a forma como é vista pelos outros, podendo resultar “em uma autoestima positiva ou negativa”, então, sua imagem corporal influencia, sim, as relações cotidianas de forma significativa, principalmente quando essa imagem corporal é transformada por mudanças oriundas

da “perda da sensibilidade, mobilidade, e, sobretudo, quando geram dependência funcional para as necessidades básicas da vida cotidiana” (MACHADO et al., 2016, p. 01), como é o caso da deficiência.

Se na formação da imagem corporal as “bases que mais predominam são as sociais e as relacionais (...), a percepção que o indivíduo tem sobre o quanto as pessoas gostam dele e da própria percepção acerca da aceitação social” (ALVIM; RODRIGUES, 2015, p. 39), atitudes preconceituosas como as narradas por Rosa, seja de forma velada, através do comportamento das pessoas que querem fazer por ela suas atividades, seja de forma explícita, quando demonstram não aceitar que uma “aleijada” as afronte, conseguindo coisas que não conseguiram, revelam que “o discurso de alguns indivíduos trazia questões iminentes à Imagem corporal” (DINIZ, 2015, p. 12). Então, a imagem corporal da pessoa com deficiência pode sim motivar crises relacionais que possivelmente manifestem efeitos desastrosos sobre a pessoa.

De acordo com a autora, “a deficiência física por si só resulta em impactos negativos sobre a imagem corporal, colocando os sujeitos na posição de enfrentamento aos desafios à estima corporal e ao *feedback* negativo do outro devido a sua diferença física”. Por conta disso, as pessoas com deficiência física, de um modo geral, possuem certa dificuldade de manter “uma percepção mais positiva acerca de si próprios, além de competências físicas, sociais ou psicológicas, o que resulta muitas vezes, em constrangimentos à participação nas mais diversas atividades” (DINIZ, 2015, p. 25).

Cuba, Paula e Castro (2010, p. 01) corroboram com essa discussão afirmando que “a deficiência física e a construção negativa da imagem corporal podem fazer com que o auto conceito do indivíduo também fique negativo”, o que pode ampliar “valores estigmatizantes, preconceituosos e que podem determinar o aparecimento de baixa autoestima e depressão, ou seja, sofrimento”. E acrescentam: “a deficiência física pode oferecer um risco para distorções na imagem corporal do indivíduo” (CUBA; PAULA; CASTRO, 2010, p. 02) e “não introduzirá modificações na imagem corporal apenas; a mudança será geral, pois resultará de novas relações consigo mesmo e com os outros” (SILVA; HERZBERG, 2017, p. 107), uma vez que a “alteração da imagem corporal resulta da retirada da libido da imagem corporal” (SCHILDER, 1980, p. 125).

8.15 O MEU CORPO SOU EU?

Desde a capa deste trabalho, uma pergunta se destaca e se repete, e não é por acaso, mas porque sintetiza questões fundantes deste estudo, tais como seu objeto e problema. Assim sendo, não poderia me furtar em trazê-la na entrevista com as pessoas sociais que dela participaram, ainda que essa pergunta não sugerisse uma narrativa como resposta, conforme questões anteriores. Destarte, interoguei: como você responderia à pergunta: “o meu corpo sou eu?” As respostas podem ser conferidas no Quadro 32.

Quadro 32 – O meu corpo sou eu?

ROSA	<p><i>Então, esse corpo sou eu. Não me sinto como se o corpo fosse um suporte, não, uma prótese. Eu sinto como o meu corpo. Eu olho com detalhes, eu me reconheço como pessoa, como um ser humano. Então, eu vejo que o meu corpo traz muitos elementos simbólicos, eu me localizo no tempo, no espaço. Eu vejo como situações de que posso criar, apesar das limitações de locomoção, posso criar possibilidades de interagir, de chegar até onde eu quero com as minhas limitações. Mas, assim, eu me amo do jeito que eu sou. Eu sempre procurei internalizar, incorporar situações que dessem uma tranquilidade, uma valorização à grandiosidade dos meus gestos de refletir, de ponderar as coisas, e não muito de falar o que vem sem pensar. Então, eu sempre fui muito ponderada. Então, eu acredito que o corpo é o que cada uma faz com ele. Então, assim, eu faço o que é possível, dentro da moderação. Eu procuro atravessar os momentos difíceis, mas eu procuro também construir momentos belos. Eu amo dar palestras, gosto de trazer um pouco do que eu pude aprender, do que eu pude vivenciar. Então, eu acho que nessa construção, nessa tessitura das trocas que vamos aprendendo a encontrar nossa paz interior, de dar as mãos às pessoas que precisam. Eu acho que é isso que faz o nosso coração pulsar cada vez mais. Então, eu acho que o meu corpo sou eu. Eu sou, eu me sinto bem com ele. Eu acho que o corpo não é só a beleza estética, o corpo traz as marcas daquilo que você traz como representação social desse corpo. Então, eu me sinto bem com o meu corpo. Aí, é isso que eu vejo que talvez as pessoas fiquem mais fora do que dentro. Então, eu acho que quando você se interioriza, você olha para dentro de si, você se torna mais compassivo consigo, menos exigente, porque você se autoconhece. Eu acho que esse é o ponto chave, esse autoconhecer. Porque não é a estética que vai dizer quem você é, são as suas atitudes, ou seja, são, serão as minhas atitudes. Então, eu acho que isso é o que falta para as pessoas se auto aceitarem, elas se autoconhecerem, se auto observarem, e não querer ser igual. A partir do momento em que você se compara em relação às outras pessoas, você vai ver as suas limitações, os seus defeitos, os seus vícios. Mas, a partir do momento em que você se autoconhece, você vai respeitar a dificuldade do outro assim como as suas. Então, o meu corpo faz parte do meu estado de ser.</i></p>
LÍRIO	<p><i>Bom, o meu corpo sou eu. É interessante! Eu me vejo uma pessoa normal. O único detalhe de tudo isso aí é só que eu não tenho os movimentos da cintura pra baixo. Não me incomoda, eu me acho a mesma pessoa, apenas com a limitação de eu não poder me levantar com as minhas próprias pernas e me deslocar de um setor para o outro. Mas, me vejo uma pessoa normal. E,</i></p>

	<i>sincera e honestamente, eu não me vejo como um cadeirante. Eu só observo que eu sou cadeirante em alguns casos específicos, onde eu preciso ir em algum lugar que não tenha acessibilidade. Quando eu preciso entrar no carro, e eu não tenho como pegar a cadeira de rodas para colocar na mala. Aí eu vejo que eu sou um cadeirante. Mas, eu diria que 99% da minha vida ou do meu dia a dia, eu esqueço até que eu sou cadeirante.</i>
GIRASSOL	<i>Não, não, não. Não creio que o meu corpo sou eu. Eu acho que o meu corpo é apenas um dos integrantes que formam o meu eu. Eu vou muito além do corpo. Na verdade, eu considero o corpo como a minha morada. Eu acho que o corpo é a casa que Deus me deu para que eu possa residir durante a minha passagem aqui na Terra. Então, é só uma morada passageira, e que eu tenho que cuidar bastante dele porque, afinal de contas, é nele que eu vivo, né?</i>

Elaboração: ANDRADE (2020)

Falar do corpo é falar de si, “é expor-se, comprometer-se, é arriscar-se, descobrir-se” (TRINDADE, 2002, p. 65). E se é descoberta de si, muitas vezes as pessoas só se dão conta do que realmente são ao se arriscarem a exporem acerca do que é o seu corpo, ou da forma como o veem.

Historicamente, as concepções de corpo foram-se modificando, sob os vieses mais distintos. Povos antigos, já se interessavam pelo corpo, por sua imagem e com a estética corporal. Povos pré-históricos ornamentavam seus corpos com dentes, garras e penas de animais que matavam, demonstrando sua força e bravura. Os Egípcios também tinham o hábito de se enfeitarem com joias, perucas e maquiagens, e ainda mumificavam os corpos, preservando-os da corrupção decorrente da morte, acreditando que o espírito retornaria para habitá-lo. Civilizações orientais desenvolveram várias atividades físicas e de meditação que enalteciam o corpo, principalmente através do equilíbrio.

Na Grécia, o corpo era valorizado e cultuado por sua beleza e flexibilidade. Quanto mais atlético e saudável fosse, mais agradaria aos deuses; por isso, “o corpo nu era objeto de admiração” (BARBOSA; MATOS; COSTA, 2011, p. 25). Já em Roma, importava que o corpo fosse forte e resistente o suficiente para que pudesse ser usado nas guerras e jogos. Na Cultura romana, as artes evidenciavam “um contraste entre o nu e o vestido, a vida e a morte, a força e a debilidade física⁴⁰. A força física, demonstrada pelos gladiadores, estava agora associada ao seu destino, à morte, à escuridão” (BARBOSA; MATOS; COSTA, 2011, p. 26).

⁴⁰ Fraqueza ou deficiência.

Se houve um período histórico em que a preocupação com a imagem corporal não teve grande representatividade, certamente foi a Idade Média. Inclusive, “na Idade Média, qualquer culto ao corpo era proibido” (FARHAT, 2008, p. 05), posto que o corpo, sob forte influência do cristianismo, era considerado “fonte do pecado, abominável” (BARBOSA; MATOS; COSTA, 2011, P. 26), inferior à alma e, portanto, corruptível, “culpado e pecador, o que incitava o autoflagelo, enforcamento apedrejamentos e execuções em praça pública” (FARHAT, 2008, p. 06). Assim sendo, o corpo deveria permanecer coberto, escondido, para não sucumbir ante os desejos e seduções que eram pecados abomináveis. Foi durante o Renascimento, porém, que o corpo voltou a ser valorizado, seja através dos estudos, principalmente os de Anatomia, seja através das artes. Este período reabriu o interesse pelo corpo, de modo a influenciar, ainda hoje, a forma como ele é concebido.

Na atualidade, as concepções de corpo fizeram-no sair do status de objeto para assumir o papel de sujeito. Assim sendo, quando dizemos “o meu corpo sou eu”, estamos assumindo que ele é aquilo que reconhecemos como nossa identidade (SANTOS, 2001). “Essa percepção renovada do corpo permite reencontrar zonas inexploradas de si mesmo, a partir das quais se torna possível ganhar um novo olhar sobre si, sobre os outros, sobre o mundo e os acontecimentos passados, presentes e futuros” (RUGIRA, 2008, p. 83).

Este novo olhar sobre si parece ser o que acontece com Rosa quando assume que o seu corpo é ela mesma, hoje. Um corpo que ela não entende como suporte, como prótese ou como casa, mas como aquilo que a faz pessoa, ser humano no tempo e no espaço. Um corpo dotado de simbologias, histórias, memórias, criatividade e algumas limitações sim, por que não? Mas um corpo que é síntese do que ela é, do seu ser.

Esse novo olhar sobre o seu corpo, Rosa revela ter apreendido a partir do seu processo de autoconhecimento, o qual lhe fez ser menos exigente consigo mesma, ter maior respeito pela pessoa que se tornou e se amar exatamente do jeito que é. Ou seja, requereu uma mobilização e uma ação de sua parte. E a ação também é “uma experiência corporal que se desenvolve sempre na primeira pessoa. ‘Eu’ é o sujeito de minha ação. Se coloco o corpo no centro da minha procura de sentido e conhecimento, é porque ele está sempre no coração do meu agir no mundo” (RUGIRA, 2008, p.85).

Lírio também afirma que o seu corpo é ele mesmo. Um corpo que contém tudo o que ele é e possui, a tal ponto de ele se esquecer, na maior parte do tempo, de que é uma pessoa cadeirante. Sua imagem corporal é tão totalizante, que já inclui a cadeira de rodas como sendo parte do corpo. Deste modo, apenas quando ocorre alguma circunstância em que precisa de ajuda, é que se lembra de que é ou de que está cadeirante, como preferiu dizer.

É Diniz (2015, p. 19) quem explica que, como “figuração de nosso corpo na mente”, a imagem corporal “ultrapassa os limites do corpo, incorpora objetos a exemplo de próteses e/ou propaga-se no espaço tal como a voz”. Assim, a cadeira de rodas é inCORPORada a Lírio de tal modo que ele nem se dá conta mais da sua presença no cotidiano. A cadeira são suas pernas; é elemento constitutivo daquilo que lhe é mais íntimo, o seu corpo. E seu corpo ultrapassa os limites da individualidade, uma vez que ele também é “um lugar de construção de representações individuais e coletivas” (DINIZ, 2015, p. 94) que constituem o seu “eu”, que é singular e plural ao mesmo tempo, mediado por uma “subjetividade corporizada, em que todos os conteúdos de vivências têm uma significação própria do sujeito” (BERKENBROCK-ROSITO, 2008, p. 280).

Até aqui, percebeu-se uma representação social do corpo ancorada na totalidade, na integralidade da pessoa. Entretanto, Girassol concebe o corpo de modo diferenciado. Para ele, o corpo é uma morada, uma casa do “eu”, a qual recebeu sob ação divina e que deve cuidar enquanto o habitar em sua passagem terrena. Vianna e Castilho (2002, p. 18) concordam com essa concepção de corpo, pois afirmam que “a sua primeira casa, a que você tem desde que nasceu, muito antes de morar em qualquer outro lugar, é o seu corpo. Uma casa que é só sua, ocupada só por você, da maneira que você bem entende (ou pode)”.

Identifica-se nesta e em outras falas de Girassol uma religiosidade como fundante de seu modo de ser e estar no mundo. Assim, o seu “eu” que reside no corpo seria a alma ou o espírito, o que coaduna com as concepções religiosas do corpo, segundo as quais ele é objeto, é o templo do Espírito Santo; um corpo que não tem vontade, que não age a não ser sob a coordenação de uma mente ou de um mentor, no caso, a divindade. Um corpo dual, dicotomizado, menor, objeto, não sujeito. Le Breton (2003, p. 15) destaca que esse pensamento é também comum ao meio científico contemporâneo, em cujo discurso o corpo é concebido “como uma matéria indiferente, simples suporte da pessoa. Ontologicamente distinto do sujeito, torna-se

um objeto (...) uma matéria-prima na qual se dilui a identidade pessoal, e não mais uma raiz de identidade do homem”.

Girassol declara que seu corpo não é ele, mas que precisa dele para existir, para ser; um corpo necessário, “a prescrição do real (...) é necessária a vida de um corpo, sua forma orgânica e seu movimento diferenciado, para que a natureza seja recusada pelo sujeito quando é assumida pelo espírito do verbo” (BRUAIRE, 1972, p. 229).

Como se pode perceber, assim como são várias e bem distintas as representações sociais do corpo, diferentes também são os posicionamentos sobre quando se pergunta: “esse corpo sou eu?”, pois dependem das referências consideradas por cada pessoa, ou seja, das premissas utilizadas para instituírem sentido e significado à própria existência. Logo, não existem concepções corretas ou erradas; mas, distintas.

Meu posicionamento comunga dos mesmos princípios que Rosa e Lírio destacaram: defendo que o meu corpo sou eu, pois refuto toda e qualquer “tentativa de tratar o corpo de maneira dominada, subjugada” (BRUAIRE, 1972, p. 76), tal como um corpo-não-eu, mas meu, coisa, objeto possuído, destituído de subjetividade. Meu corpo sou eu porque “o corpo é eu-mesmo, pois sou uma contradição imediata, feita de uma liberdade divina e presa ao mundo que eu sou condenado a superar, na impossibilidade de arrancar-me dele” (idem, p. 106). Assim, “eu sou o meu corpo: em mim, nem a linguagem, nem o desejo, nem a afetividade, nem o esforço, distinguem-se da minha liberdade nua, cuja singularidade é, absurdamente, indiscernível da minha vida individual” (ibidem). O meu corpo sou eu porque nele estão inscritas as minhas histórias, vivências e cicatrizes que me fazem ser quem sou; porque mostra as metamorfoses por que passei no decorrer do tempo; e porque me insere no mundo em minhas ações, já que toda ação é corporal.

8.16 SEXUALIDADE E DEFICIÊNCIA

Uma característica da entrevista semiestruturada é justamente a possibilidade de surgirem outras questões que não estavam previstas no roteiro inicial, as quais não necessariamente se conformam como perguntas, mas se configuram como pontos

que merecem destaque e análise. Assim, emergiram assuntos que considerei relevantes e totalmente pertinentes em relação ao objeto da pesquisa, uma vez que convergem diretamente para as representações sociais da deficiência e as relações intra e interpessoais da imagem corporal de cadeirantes, os quais, portanto, considerei. São eles: 1. Sexualidade e Deficiência; 2. A família diante da Deficiência; 3. Preconceitos e Discriminações; e, finalmente, 4. Concepções de Deficiência. Seguindo, pois, essa mesma ordem, apresento agora as narrativas e subsequentes análises referentes à questão da Sexualidade e Deficiência, conforme Quadro 33.

Quadro 33 – Sexualidade e Deficiência

ROSA	<p><i>Até tinha namorado, paquerinhas, essas coisas. Assim, sempre fui muito bem resolvida com relação à deficiência. Em relação a desejo sexual, não tenho tido a relação sexual há muito tempo. Quando eu era mais jovem, namorei, fiquei muito naquela expectativa de constituir um casamento. Eu tive vários namorados, mas quando chegava próximo de um vamos ver, vamos firmar mais o relacionamento, eu percebia que havia um certo recuo: “Ah! Você é uma pessoa ótima, maravilhosa, mas eu não quero fazer você sofrer!” Então, eu sei que existiam muitas pressões das famílias. Enfim, foram vários recuos de namoros, de decepções, e que hoje eu tenho isso resolvido internamente. E acredito que neste momento eu estou casada com o meu profissional. E foi algo como se fosse uma solução para resolver alguns momentos que eu usava muito do meu emocional, e era um sofrimento atrás do outro. Então, assim, de sentir desejo sexual, eu não tenho dado enfoque para essa representação sexual. Então, foram uns cinco relacionamentos. Uma das coisas que eu parei e pensei nesse sentido: eu vou ficar dando energia para constituir um relacionamento e que chega lá adiante não vai dar certo? E aí é mais um baque, é mais um sofrimento. Então, eu preferi deixar essa questão do relacionamento à parte. Como eu disse, eu sinto que hoje eu me realizo pessoal e profissionalmente com a minha profissão.</i></p>
LÍRIO	<p><i>Em relação à sexualidade, é uma coisa extremamente interessante. Certa vez, eu estava em altos papos na internet. Eu conheci uma garota e ela chegou e perguntou: “Me diga aí, sua vida sexual, você funciona?” Eu: “Claro!” Hoje em dia não existe problema relacionado à disfunção erétil, que não possa ser resolvido. A minha ereção não é uma ereção cem por cento. Todo homem sempre quer se mostrar, ser o Super-Homem, ele quer ser o bonzão! E, pra ele se mostrar bonzão, ele tem que ter uma ereção cem por cento positiva. E aí a gente faz o uso de algumas medicações. Pode ser o Levitra, o Cialis, o Viagra ou até mesmo a injeção que é aplicada no pênis. Hoje eu não tenho dificuldade, não! Se eu tiver que sair com uma garota, eu vou ter uma relação com o pênis ereto, extremamente satisfatória. Não vai fazer vergonha, em hipótese alguma! Mas eu aprendi uma coisa: que uma relação sexual não é só penetração. Existe o carinho, existe o afeto. É a gente observar cada centímetro do corpo da sua parceira, os lábios, o olhar, o cabelo, a forma como ela conversa, como ela fala. Então hoje, para mim, após a lesão medular que eu tive, após eu estar numa cadeira de rodas, uma relação sexual vai além da penetração. E hoje eu vejo a mulher como um ser muito, mas muito especial, coisa que eu não via antes. Tem um problema grave daqui de Feira de Santana, viu? Os motéis não são adaptados. Por exemplo: uma cadeira de rodas, ela tem setenta centímetros. A porta do banheiro do motel tem cinquenta. Como é que vai entrar no banheiro? É impossível! Outro detalhe: banheiras! Se você está querendo impressionar uma garota, você vai querer</i></p>

	<p><i>um apartamento diferenciado, chique, estiloso, pra poder estar impressionando. Olha, alguns motéis têm banheiras, mas é interessante, se vocês observarem, nos banheiros, existem aquelas barras de apoio na parede, que ajudam a transferência para a cadeira de rodas. E nas banheiras, em alguns hotéis fora do país, existem essas mesmas barras nas banheiras, que você pode pegar naquela barra e fazer uma transferência para a banheira. Mas, infelizmente, aqui no Brasil, eu não tenho nenhum conhecimento de um motel cem por cento com um quarto adaptado para atender a esse público, essa clientela. Talvez, eles não tenham ainda percebido que nós, pessoas com deficiência, além de trabalharmos, gerarmos empregos e renda, nós também fazemos amor. Nós também utilizamos os motéis para esses fins. Outro dia eu saí com uma garota e eu pedi o melhor apartamento. Chegando lá, já tinha uma escada. Aí, quando chegamos no apartamento, a cama era muito alta. Aí era impossível eu subir na cama, porque era muito alta. Se é uma cama normal, é só eu colocar a cadeira de rodas e fazer a transferência. Eu mesmo faço, não preciso de ajuda de ninguém. Mas, nesse caso, a cama era muito alta, e aí ela me projetou. Eu dei um tempinho ainda de uns quinze, vinte minutos, pra dar uma acalmada nos ânimos, porque eu fiquei um pouco desapontado, pelo fato do apartamento ter todos esses obstáculos, não ter acessibilidade. Mas, depois, fiquei calminho, numa boa, batemos um bom bate-papo, entendeu? Entramos no namoro, beijinho aqui, beijinho ali, porque a porta pra você aflorar a sua vontade de fazer amor gostoso é o beijo. E na hora que ela me deu um beijo, meu Deus do céu! Aí, a coisa fluiu e foi lindo e maravilhoso!</i></p>
GIRASSOL	<p><i>Com relação à sexualidade, assim como em outros aspectos da vida, eu tive que me adaptar, reaprender a praticar as coisas que eu fazia antes de uma forma diferente. Mas, eu não deixei de fazer nenhuma dessas coisas, só faço de uma forma diferente. E a sexualidade também ficou nesse mesmo ponto de vista. Depois de três anos do acidente, nós nos casamos. Já tínhamos uma vida sexual ativa, éramos noivos. Tivemos que nos redescobrir, formas novas de sentir prazer, de um dar prazer ao outro. Então, o sexo que era praticado antes, hoje é de uma forma diferente, mas existe da mesma forma: eu consigo satisfazê-la; ela consegue me satisfazer e, assim, continuamos a vida. E a libido, o apetite sexual continuam o mesmo, não mudou nada. Porque, também, eu acho que o sexo é uma coisa que quanto mais a gente pratica, mais a gente sente vontade. Se a gente deixa de fazer, a gente vai naturalmente perdendo aquela vontade, a libido vai diminuindo, mas como nós continuamos a nossa vida, graças a Deus, quanto a isso aí eu também não tenho problemas. Não temos filhos ainda, devido à lesão medular. Temos esse sonho, ela ainda mais do que eu. É o grande sonho da vida dela, ser mãe. Mas, a lesão medular comprometeu a minha parte reprodutora. Eu consigo ter ereção; porém, eu não consigo ejacular. Então, com isso, a gente não consegue engravidar de uma forma natural. Então, já estamos agora em processo de colocar em prática o nosso projeto de ter filhos, vai ser através de inseminação. E aí vamos conseguir realizar esse sonho de ter nosso filho logo em breve, com fé em Deus. Já estamos fazendo as consultas, já iniciamos o tratamento pra poder dar tudo certo. Com fé em Deus, logo, logo vamos ter. Logo em breve vamos ter filho, sim. Vai ser uma grande realização, uma grande felicidade para todos nós. Não só para nós, mas nossos familiares, as pessoas que nos cercam.</i></p>

Elaboração: ANDRADE (2020)

Parto do pressuposto de que “o erotismo, o desejo, a construção de gênero, os sentimentos de amor, as relações afetivas e sexuais, são expressões potencialmente existentes em toda pessoa, também naqueles que têm deficiências” (MAIA; RIBEIRO,

2010, p. 160), e de que a sexualidade de qualquer pessoa, tenha ela deficiência ou não, incide diretamente sobre sua imagem corporal. Entretanto, para “muitas pessoas a deficiência se sobrepõe à questão sexual, como se o corpo deficiente aparecesse antes do corpo sexual e inviabilizasse a satisfação da sexualidade própria” (idem, p. 167). Sentir-se sedutora, atraente, desejante, desejada e sensual ao se olhar no espelho faz a pessoa querer manter relacionamentos afetivos e buscar na outra o prazer, o carinho, o amor. O contrário, porém, também é verdadeiro: se a pessoa está insatisfeita consigo mesma e sua autoestima se encontra em baixa, ela pode se distanciar das outras, sentindo-se incapaz ou desmerecedora de viver uma história de amor ou uma aventura sexual. Portanto, a sexualidade se fundamenta “na relação física, social, simbólica, imaginária que eles têm com seu próprio corpo sexuado e com o corpo sexuado dos outros” (DELORY-MOMBERGER, 2008, p. 101).

Assim como outros aspectos da vida humana, a sexualidade se pauta em “uma memória personalizada e um imaginário sensível original capaz de seduzir, de tocar emocionalmente, de falar, de interpelar outros inconscientes ou ainda de convencer racionalmente” (JOSSO, 2008, p. 43) de que também é capaz de operacionalizar trocas de bases “afetivas, sociais, éticas, estéticas, determinantes para a construção de sua personalidade” (DELORY-MOMBERGER, 2008, p. 106), as quais se dão em nível corporal, posto que “antes de qualquer coisa, a experiência é corporal” (LE BRETON, 2017, p. 07).

Berri (2018, p. 43) também destaca “a centralidade do corpo como o principal meio de sedução”, sendo a imagem corporal o vetor semântico culturalmente influenciado e modelado pelo qual se evidenciam “atividades perceptivas, mas também expressão de sentimentos, cerimoniais dos ritos de interação, conjunto de gestos e mímicas, produção da aparência, jogos sutis da sedução, técnicas do corpo, exercícios físicos, relação com a dor, com o sofrimento, etc.” (LE BRETON, 2017, p. 07).

Uma das formas pelas quais a relação entre a sexualidade e a imagem corporal se estabelecem é o desejo de agradar, o qual, segundo Greimas (2002), acontece primordialmente em relação à mulher. Nas suas palavras, “o desejo de agradar implica primeiramente a imagem que uma mulher tem do seu próprio corpo, de suas qualidades e defeitos, e a leva a elaborar uma certa aparência ‘pessoal’. Mas agradar é também uma operação de sedução” (GREIMAS, 2002, p. 76). Seduzir no sentido de

manipular a visão do outro, a fim de que tenha uma imagem sua configurada por aquilo que quer mostrar ou que coadune com a forma com a qual se vê. E isso, além de ser arriscado, também não é fácil de se fazer, uma vez que requer uma completa aceitação de si.

De acordo com Maia (2010), existe uma grande diferença entre homens e mulheres quando se trata da aceitação de sua condição de pessoa com deficiência em termos de imagem corporal e sexualidade. Isso porque, no caso das mulheres, os padrões de beleza estereotipados se impõem mais facilmente, fazendo com que “se preocupem com a possibilidade de sua atratividade, enquanto que os homens com deficiência relacionam seu conceito pessoal corporal às questões de atitude e desempenho” (MAIA, 2010, p. 06). E isso foi perceptível nas respostas das pessoas sociais entrevistadas neste estudo: a mulher abriu mão de sua sexualidade, sublimando-a em detrimento da carreira profissional, que lhe é prazerosa, satisfatória e causa de sua realização após uma sequência de decepções amorosas; e os homens se mantiveram ativos, buscando sempre melhorias no desempenho.

Deve-se levar em conta que, independente do gênero, em se tratando de pessoa com deficiência, as questões afetivas e sexuais são importantes porque ajudam a se perceber como “uma pessoa desejável, querida, agradável, que se reconhece como deficiente, mas nem por isso deixa de amar e desejar, estabelecer relacionamentos afetivos gratificantes” (MAIA, 2010, p. 04). Portanto, é mister que se eliminem o quanto antes certos mitos em relação à sexualidade da pessoa com deficiência, para que se sintam seguras para manterem seus relacionamentos. Dentre esses mitos, destacam-se o de que “pessoas com deficiências são assexuadas e isso está diretamente relacionado com a crença de que essas pessoas são dependentes e infantis e, portanto, não seriam capazes de usufruir uma vida sexual adulta (MAIA; RIBEIRO, 2010, p. 164); e o de que pessoas com deficiência são desinformadas acerca da sexualidade, por isso a manifestam de forma grosseira e inadequada, muitas vezes denotando perversão.

Esses “mitos abrangem os modelos normativos relativos à sexualidade (vida social, afetiva e amorosa que envolve os relacionamentos, a **autoimagem**, questões de estética e atratividade, sedução, questões de gênero) e às práticas sexuais” (MAIA; RIBEIRO, 2010, p. 164, grifo nosso), que estão diretamente relacionadas às questões

do desempenho sexual e da consideração do sexo como algo saudável e prazeroso ao mesmo tempo.

Mitos como esses se revelam em discursos que enfatizam ideias preconceituosas a respeito da sexualidade de pessoas com deficiência, “como se essa fosse sempre atípica ou infeliz. Essas ideias são baseadas em estereótipos sobre o deficiente mantidos por crenças errôneas que o colocam como alguém incapaz e limitado” (MAIA; RIBEIRO, 2010, p. 160). Infelizmente, geralmente esses discursos partem das próprias famílias das pessoas com deficiência que, no afã de protegê-las, acabam por ratificar a discriminação e impedem que as pessoas vivam a experiência da própria sexualidade de forma natural.

Existe também uma representação social estabelecida sobre a sexualidade, de que “apenas as pessoas jovens e fisicamente perfeitas, dotadas de beleza física, é que teriam direito a uma vida afetiva e sexual e, portanto, os deficientes incorporam a crença de que são indesejáveis sexualmente em função de uma baixa autoestima” (MAIA, 2010, p. 06). Certamente esse foi o gatilho que fez com que Rosa abrisse mão dos relacionamentos afetivos. Tendo sofrido, nas cinco experiências afetivas que viveu, as dores da decepção e do preconceito, sua autoestima baixa à época lhe fez acreditar que a sexualidade não era para si. Então, foi buscar na realização profissional o prazer e a satisfação que merecia. As pessoas com quem se relacionou, preconceituosas, de formas bem parecidas, preferiram “manter atitudes de discriminação e exclusão do outro não-normal ao invés de reconhecer esse mecanismo emocional que nos reconhece como semelhantes e humanos” (MAIA; RIBEIRO, 2010, p. 163). Vale ressaltar que essas pessoas o faziam sob o pretexto de que não queriam que ela sofresse. Mas, o que machuca mais que o preconceito?

Rosa também destaca que percebia pressões dos familiares dos seus namorados para que não levassem adiante o relacionamento. Ou seja, enquanto a relação estivesse no âmbito da diversão, poderia continuar; mas, quando a ideia era firmar o namoro a partir de um compromisso, aí já não cabia mais. Fica claro que as famílias queriam “coisa melhor” para seus filhos, quando quem merecia algo melhor era Rosa, que não precisava lidar com pessoas com tal pensamento e comportamento.

Outros pontos também merecem destaque nas falas das pessoas sociais em relação à sexualidade de pessoas com deficiência. Girassol destaca a questão da fertilidade. Apesar da deficiência e do fato de ser cadeirante não interferem em seu desejo e no desempenho durante o ato sexual, a lesão muscular trouxe como consequência sua impossibilidade de ejacular, o que impede que ele e a esposa engravidem por métodos naturais. Maia e Ribeiro (2010, p. 171) explicam que não é incomum que a deficiência prejudique a capacidade “reprodutiva, havendo redução da fertilidade ou problemas correlacionados, mas a infertilidade não torna nenhum ser humano assexuado e nem impede a possibilidade de manter vínculos afetivos e sexuais prazerosos e satisfatórios”.

Já Lírio menciona novamente a questão da acessibilidade ou, no caso, da falta dela nos motéis de Feira de Santana. É como se pessoas cadeirantes não tivessem o direito de usufruir de tais ambientes como o fazem as pessoas não-cadeirantes, ou pior, é como se ninguém se desse conta de que esses lugares poderiam vir a ser utilizados por cadeirantes – então, por que adaptá-los? Logicamente, essa questão também interfere na sexualidade das pessoas com deficiência, que sofrem diante dos obstáculos para acessarem certos espaços, resultando na diminuição ou perda do clima, precisando, como ele fez, dar “*um tempinho ainda de uns quinze, vinte minutos, pra dar uma acalmada nos ânimos, porque eu fiquei um pouco desapontado, pelo fato do apartamento ter todos esses obstáculos, não ter acessibilidade*”. Parece que a Lei da Acessibilidade não se aplica aos motéis, e não é só um problema feirense, não, é um problema nacional, como ele mesmo relatou sobre os padrões dos tamanhos das portas, da altura das camas e da ausência de adaptações nas banheiras.

Tudo isso, infelizmente, apenas reforça o preconceito de que pessoas com deficiência não deveriam exercer sua sexualidade nem praticarem sexo, e influencia diretamente o processo de construção da imagem corporal, pois pode resultar num desânimo e numa baixa autoestima que impactarão sua sexualidade, sentindo-se, inclusive, pessoas não sensuais, não sedutoras, não desejadas.

8.17 A FAMÍLIA DIANTE DA DEFICIÊNCIA

O segundo assunto que emergiu durante as narrativas das pessoas sociais participantes da pesquisa foi a relação com a família. As considerações tecidas encontram-se alocadas no Quadro 34, a seguir.

Quadro 34 – A família diante da Deficiência

ROSA	<i>Eu recordo mais sobre a minha infância, de que meus irmãos me incluíam até nas brincadeiras. Eu gostava muito de brincar com eles, jogar bola, eu fazia parte do gol, era o goleiro. Então, eu me sentia incluída! Eu gostava muito de jogar gude, ninguém ganhava pra mim! Eu gostava muito desses jogos competitivos. Aquele de Capitão, de jogar Três Marias, eram as brincadeiras que, na realidade, eu podia participar. Meu irmão mais velho me levava sempre nas costas. Lembro muito disso, porque eles me incluíam. Então, como a gente morava entre a cidade e a fazenda, eu lembro que era difícil a locomoção. Então, meu irmão me levava ou então minha irmã. Mas, devido a minha limitação física, não tenho relatos de exclusão perante a minha família, no que diz respeito à deficiência. Sempre minha mãe procurava deixar bem claro a importância de me incluir. Então, apesar das limitações, meus pais sempre tiveram assim essa iniciativa de matricular em escola. Queriam que fôssemos alguém na vida. Depois, eu morei em Salvador, eu fiz terapia com tios psicólogos, terapeutas, psiquiatras. Eu participei muito de trabalhos terapêuticos, eu participava de terapias com pessoas, tipo, Roberto Shinyashiki⁴¹, Roberto Crema⁴², Erskine⁴³, Jacqui Lee Schiff⁴⁴, Octavio Rivas⁴⁵. Eu fiz muitos trabalhos de meditações com Raja Yoga⁴⁶, com</i>
------	---

⁴¹ “Roberto Shinyashiki é médico-psiquiatra, conferencista, empresário e escritor brasileiro. Seus livros abordam temas como qualidade de vida e motivação”. Disponível em: https://www.pensador.com/autor/roberto_shinyashiki/. Acesso em: 19 abr. 2020.

⁴² “Roberto Crema formou-se em Ciências Sociais – Antropologia e em Psicologia. Realizou diversas formações humanísticas: Análise Transacional, Gestalterapia, Terapia Familiar, Bioenergética, Abordagem Centrada na Pessoa, Biodança. (...) Atualmente, com a Lydia Reboúças, orienta uma formação em Terapia da Inteiraza na UNIPAZ de Brasília, e exerce atividades didáticas focadas na abordagem transdisciplinar holística no Brasil e no exterior”. Disponível em: <https://robertocrema.com.br/apresentacao/>. Acesso em: 19 abr. 2020.

⁴³ “Richard G. Erskine, Diretor de Formação do Instituto para Psicoterapia Integrativa (*Institute for Integrative Psychotherapy*), é um Psicólogo Clínico com quatro décadas de experiência na prática e ensino de psicoterapia”. Disponível em: <https://www.integrativetherapy.com/pt/faculty.php>. Acesso em: 21 abr. 2020.

⁴⁴ “No final da década de 1960, Jaqui Lee Schiff desenvolveu uma forma de terapia baseada na teoria da análise transacional. Ela chamaria essa forma de terapia de reparação regressiva total, a primeira forma de reparação”. Disponível em: <https://translate.google.com/translate?hl=pt-BR&sl=en&u=https://en.wikipedia.org/wiki/Reparenting&prev=search>. Acesso em: 21 abr. 2020.

⁴⁵ “Rivas foi pioneiro na implementação da psicologia no esporte e uma personalidade reconhecida no ambiente nacional do futebol”. Disponível em: <https://www.excelsior.com.mx/adrenalina/2015/12/10/1062681>. Acesso em: 19 abr. 2020.

⁴⁶ “Essa modalidade se baseia na experiência do controle do pensamento e sentidos, ensinando os praticantes a apreciar a arte do silêncio interior, proporcionando equilíbrio e serenidade para tomar as

	<p><i>meditações indianas, com Reiki⁴⁷. Então, eu tive uma oportunidade, assim, ímpar! Eu pude nesse período que eu morei em Salvador, eu acredito que uns quinze anos foram investidos em terapia, em autoconhecimento, muitas leituras. Também vivência com o pessoal da Fundação Ocidemnte⁴⁸, que é uma organização científica de estudos materiais e espirituais. Então, eu fiz muitos trabalhos com eles: jejuns, meditações, palestras com comunidades carentes em Salvador, tipo Baixa do Dendê, Vale da Muriçoca, Roça da Sabina. Eu fazia muitos trabalhos! Tanto que na época que eu tive uma baixa muito intensa em relação a minha questão de saúde, que eu tive câncer de ovário um período, quando isso veio a acontecer, foi algo como se eu tivesse fora do meu eu; eu não estava me reconhecendo de quanto eu estava encarando isso com naturalidade. Chegou a um ponto de que minha família de Itabuna estava entrando em pânico e eu que estava acalmando eles. Tanto que, hoje, eu vejo que o que eu consegui superar, além da deficiência física, um câncer, eu estava na dimensão meditativa. Eu adotei uma filha: ela me ajuda, eu a ajudo, porque ela também passou por momentos difíceis na infância dela. Então, hoje, ela é adotada com o meu nome, é uma representação maternal de confiança, de ajuda mútua. Ela tem as dificuldades dela, eu tenho as minhas dificuldades, e vivemos assim, passeando e trabalhando, fazendo coisas que nos tragam satisfações, mas que nos tragam muito o pé no chão pra colocarmos os nossos pés até onde realmente cabem. Quando tem necessidade, eu procuro ajuda, ela faz acompanhamento psicológico. São coisas que vamos trabalhando diariamente porque as adversidades existem, assim como também a diversidade corporal, e a gente precisa também saber utilizar dessa diversidade como estratégia que possa estimular nosso autoconhecimento, nossa participação social, política.</i></p>
LÍRIO	<p><i>Eu tenho uma filha maravilhosa! Eu tenho uma mãe que se preocupa muito comigo. A esposa, infelizmente, após o acidente, até compreendo, é uma barra muito pesada para ela e para algumas pessoas: a pessoa que utiliza a cadeira de rodas estar numa situação de para ou tetraplegia passa a ser um fardo para a família. No meu caso, eu não passei a ser um fardo para os meus pais, porque pai e mãe é pai e mãe! Mas, para a esposa, por ela ser uma mulher jovem, foi uma barra muito grande pra ela. E ela não suportou, a ponto de pedir o divórcio. Eu, prontamente, concedi o divórcio pra ela. Ninguém é obrigado a conviver com ninguém! Somos livres! No momento em que eu estou com uma pessoa e estou me dando bem, vamos conviver até que a morte separe. Mas, se no percurso da vida existe alguma fatalidade, existe alguma situação que leve a outra pessoa a ficar enferma, e a pessoa não se achar em condições de ficar, tem a liberdade, sim. Pode seguir a sua vida, como ela seguiu a vida dela, e eu segui a minha.</i></p>

melhores decisões”. Disponível em: <https://www.astrocentro.com.br/blog/bem-estar/raja-yoga/>. Acesso em: 25 abr. 2020.

⁴⁷ “Reiki é uma técnica considerada como terapia integrativa, em que o terapeuta (ou mestre reikiano) estende suas mãos sob partes do corpo do paciente para canalizar energia vital universal, a fim de restaurar o equilíbrio físico, regularizar suas funções vitais e equilibrar o campo mental e emocional” (CAPITANI, s/d, p. 01).

⁴⁸ “A Fundação OCIDEMNTE – Organização Científica de Estudos Materiais, Naturais e Espirituais é uma entidade civil, não sectária, sem fins lucrativos, regida por estatuto e regulamento próprios, fundada na cidade do Salvador, em 05 de maio de 1984. Trata-se de uma Instituição de caráter educativo, criada para auxiliar o Ser Humano em sua reforma interior, a partir do conhecimento e integração de si mesmo, por meio do despertar, desenvolvimento, manutenção e utilização do seu próprio potencial, fundamentado no estudo e desvendamento dos códigos imutáveis das Leis Naturais que regem o Universo”. Disponível em: <https://prosas.com.br/empreendedores/13852-fundacao-ocidemnte-organizacao-cientifica-de-estudos-materiais-naturais-e-espirituais>. Acesso em: 21 abr. 2020.

GIRASSOL	<i>Minha esposa hoje, na época do acidente era minha noiva, a gente já tinha anos juntos, já estávamos programando o casamento. Quando aconteceu o acidente, inclusive, ela estava presente no acidente também, ela ficou muito grave: teve paradas cardíacas, várias fraturas, fissura na C1⁴⁹, que é a vértebra que controla até a respiração. Se tivesse lesionado a medula, ela provavelmente teria morrido. Mas, com sete meses, ela estava completamente recuperada, graças a Deus, sem nenhuma sequela, e então, veio morar junto comigo.</i>
----------	---

Elaboração: ANDRADE (2020)

A família é (ou deveria ser) o eixo de sustentação, o ponto de equilíbrio e de conforto de qualquer pessoa. Seu papel de regaço acolhedor, que ama e protege, merece ser experimentado por todos os seus membros, especialmente por aqueles que porventura possuam ou adquiram uma deficiência. Para essas pessoas, a família deve ser lugar de inclusão, onde se sintam iguais.

No entanto, não é toda pessoa com deficiência que pode afirmar isso, posto que “o impacto causado pela deficiência física adquirida na vida de uma pessoa, seja em qualquer fase da vida, é incomensurável, visto que acarreta mudanças profundas na vida do sujeito, assim como na vida de sua família” (ALVES et al, 2013, p. 602).

Essas mudanças chegam tão abruptamente que, não raras vezes, a família fica sem saber como agir, e tanto pode desempenhar um papel de facilitadora da reinserção social e de promotora do processo de reabilitação, quanto pode ser ela mesma uma espécie de “agente de doença à medida que não aceita a situação e desencadeia um processo que vai da culpabilização à superproteção, dificultando ainda mais para o indivíduo o seu novo estado físico” (ALVIM; RODRIGUES, 2015, p. 40). Isso acontece porque, de acordo com Ortiz (2001, p. 02), “receber seu ente com qualquer tipo de deficiência deixa muitas famílias ‘surpreendidas’, e muitas são as possibilidades de conduta diante do fato. Algumas percorrem o caminho da aceitação, outras, o da rejeição”.

No caso de Rosa, conforme relatado, parece que a família lidou bem com sua condição de pessoa com deficiência e com a imagem corporal que mantinha, tanto que se preocupava com a sua inclusão: quando criança, seus irmãos a incluíam em brincadeiras e a levavam nas costas para que pudesse participar das atividades da família; e seus pais se preocupavam com sua instrução e não deixavam de matriculá-

⁴⁹ Primeira vértebra cervical.

la na escola. Em momento nenhum Rosa relata algum constrangimento relacionado a essas circunstâncias e sua imagem corporal.

Inclusive, mais tarde, tendo ido morar com os tios para se submeter a tratamentos relacionados à deficiência física, eles favoreceram a prática de terapias que, segundo Rosa, contribuíram sobremaneira para o seu processo de autoconhecimento, equilíbrio, autonomia, auto aceitação e consciência crítica. Logo, as terapias certamente a auxiliaram no processo de formação de sua imagem corporal e, mais tarde, no processo de sua reconstrução.

Para Rosa, essas experiências terapêuticas foram tão relevantes que a ajudaram a se manter firme e serena o bastante para enfrentar a batalha contra um câncer de ovário, a ponto de tranquilizar a família durante todo o processo, em vez de ser acalmada pelos seus. Imagino que isso também não tenha sido nada fácil para ela, inclusive no que se refere à imagem corporal, pois o câncer é outro fator que leva à destruição e reconstrução da imagem corporal, principalmente na fase dos tratamentos mais invasivos, como a quimioterapia e a radioterapia, que geralmente provocam efeitos colaterais, tais como: queda de cabelos e de pelos corporais, perda de peso, hematomas, anemia, alterações da pele (pele seca, sem viço, alteração na cor) e alterações nas unhas⁵⁰, dentre outros.

Hoje, com tudo isso superado, Rosa tem sua filha, com quem mantém uma relação de cumplicidade e parceria em todos os momentos que vivenciam. Ou seja, tanto na relação com seus pais, irmãos e tios, como hoje com sua filha, Rosa escreveu sua história pautada sobre o que vem a ser a inclusão social. Sasaki (1997, p. 41) explica que a inclusão social “é um processo que contribui para a construção de um novo tipo de sociedade através de transformações, pequenas e grandes, nos ambientes físicos (...) e na mentalidade de todas as pessoas”, inclusive da própria pessoa com deficiência.

Para tanto, é necessário que a sociedade se adapte para poder incluir e, ao mesmo tempo, as pessoas com deficiência também devem se preparar para assumirem seus papéis nessa sociedade (RIBEIRO, 2001), de modo que ambos – sociedade e pessoa com deficiência – ultrapassem o muro do preconceito “que mutila e debilita qualquer processo de crescimento” (ORTIZ, 2001, p. 95), e sejam

⁵⁰ Existem outros efeitos colaterais, mas selecionei esses que se referem diretamente à imagem corporal.

equiparadas as oportunidades para todas as pessoas, tenham elas deficiência ou não, para que “possam ter acesso a todos os serviços, bens, ambientes construídos e ambientes naturais, em busca da realização de seus sonhos e objetivos” (SASSAKI, 1997, p. 39). Desta forma, será efetivamente construída uma sociedade inclusiva, na qual ninguém precise ser tido como bonzinho (WERNECK, 1997), mas cada um possa assumir seu compromisso ético de garantir os direitos de todos e a manutenção da qualidade de vida da coletividade. Esta é uma premissa que deve começar e ser ensinada essencialmente em casa, pela família.

No caso de Lírio, a aquisição da deficiência física impactou as relações familiares, não no que se refere à relação com os pais, mas com a esposa, que “*foi uma barra muito grande pra ela. E ela não suportou, a ponto de pedir o divórcio*”. Realmente, de início não é fácil lidar com a nova imagem corporal de um ente que se torna cadeirante, como também não o é a nova rotina que se impõe para a pessoa que adquire uma deficiência, nem para a própria pessoa, tampouco para seus familiares, principalmente os não-consanguíneos, como é o caso de cônjuges. Lírio demonstrou compreender tudo isso muito bem, ao dizer que “*se no percurso da vida existe alguma fatalidade, existe alguma situação que leve a outra pessoa a ficar enferma, e a pessoa não se achar em condições de ficar, tem a liberdade, sim. Pode seguir a sua vida, como ela seguiu a vida dela, e eu segui a minha*”. Não se trata, portanto, de ele ter sofrido preconceito por parte da ex-esposa, mas sim do entendimento de sua fragilidade ante a situação, a qual abalou as estruturas da instituição casamento – o que pode acontecer com qualquer casal, pelos mais diversos motivos.

O contrário também pode acontecer, e o casal, após a aquisição da deficiência física por parte de um deles, pode firmar o relacionamento, constituindo matrimônio. Foi o que aconteceu com Girassol, que era noivo antes de sofrer o acidente e veio a se casar após já estar cadeirante. A noiva, que também participou do acidente e ficou em estado grave, conseguiu sair sem nenhuma sequela. Mas, em nada teve seu sentimento abalado, nem a certeza de que queria dividir a vida com ele, apesar da deficiência que o noivo adquiriu e da conseqüente alteração de sua imagem corporal. Então, deram prosseguimento ao seu projeto de casal e formaram sua família.

8.18 PRECONCEITOS E DISCRIMINAÇÕES

As narrativas apresentadas no decorrer da entrevista tematizaram algumas cenas de preconceitos e discriminações sofridas pelas pessoas sociais que participaram da pesquisa, as quais seguem transcritas no Quadro 35.

Quadro 35 – Preconceitos e Discriminações

ROSA	<p><i>Com uns 11 anos a 15 anos de idade, quando nos mudamos da cidade, fui pra uma escola diferente: eu vestia shorts, mesmo usando aparelhos. Eu lembro que a primeira vez que eu entrei na escola, foi o que me chamou a atenção. Quando abriram o portão, eu cheguei, estava de aparelhos, de um macaquinho não curto, quase acima dos joelhos. Mas, as pessoas quando me viram entrando, todo mundo parou de conversar. E estava aquele barulho ensurdecedor do recreio e todo mundo que estava lá brincando, conversando, parar pra ficar olhando a minha locomoção, entrando no colégio, isso me chamou a atenção. Foi algo que marcou a minha vida. E eu lembro disso mesmo. E outra vez nessa mesma escola, uma professora de Língua Portuguesa criava algumas situações com a minha pessoa e que eu percebia como se fosse um bullying, na época, e aí eu confrontei: “Eu não entendo por que a senhora me trata assim!” E aí ela começou a gritar comigo, na sala, dizendo que ela não me tratava diferente. E eu: “Trata, sim! Eu quero saber o que é que está acontecendo, porque eu não fiz nada com a senhora. Todas as atividades que eu fiz, que a senhora solicita, eu faço, eu cumpro. Leio até a mais do que a senhora tá solicitando.” E aí ela só faltou me bater em sala, e disse que eu iria perder na disciplina pela minha indisciplina. Eu fiquei tão estarrecida com a forma que ela falou, que minha coluna ficou doendo e aí eu não fui à escola. E eu tive que fazer a avaliação em domicílio, na época tinha direito. Quando eu fui conversar com ela, explicar o que tinha acontecido, ela disse que não teria que explicá-la nada, porque eu não tinha crescido de ruim que era! Aí eu fui para a diretoria, a coordenação e conversei com eles: falei que se eu perdesse de ano iria entrar na justiça contra a pessoa dela, que eu não aceitava estar sendo discriminada. Eu acho que tinha uns 15 anos de idade. Mas, ainda hoje, no dia a dia, alguns colegas: “Como é que você conseguiu isso e eu não consegui? E eu fiz e eu não passei!” Percebe? Como se dissesse assim: “Você com deficiência foi? Você passou por quê? Por que você é melhor do que eu?” Eu digo que houve uma persistência. Eu também produzo, e um dos critérios é produzir, é publicar, é participar de eventos. Então, as pessoas: “Menina, estou de queixo caído, como é que você conseguiu?” Existem, situações que as pessoas talvez considerem assim: “Ah! Vou levar no jeitinho, que ela não vai nem perceber!” Mas eu sou muito perceptiva, fico muito ligada nesta questão.</i></p>
LÍRIO	<p><i>Eu lembro que eu estava num chat de bate-papo de namoro, naqueles altos papos, como dizem vocês, turma mais jovem. Eu também sou jovem! Apesar dos meus 55 anos, eu me considero uma pessoa jovem. E aí eu estava num papo muito interessante com uma garota. O papo estava tão intenso, estava tão interessante, que quase chegamos ao êxtase no bate-papo. E, finalizando o papo, eu falei pra garota: “Olha, eu me locomovo através de cadeira de rodas.” E ela me respondeu: “Quem gosta de doente é hospital ou enfermeira!” E aí ela me excluiu do chat, do bate-papo, e eu fiquei: “Puxa, vida!” Olha como é que algumas pessoas ainda enxergam o outro: pelo fato da pessoa estar numa cadeira de rodas é considerada um doente. E não é bem assim! Muitas vezes, a pessoa está andando com as próprias pernas, e tem uma enfermidade grave, contagiosa! Mas, para aquelas pessoas que não têm</i></p>

	<i>conhecimento, acham que uma pessoa, pelo fato de estar numa cadeira de rodas, é um doente. E não é bem assim.</i>
GIRASSOL	<i>Um exemplo que eu posso dar é ir à praia: há pouco tempo, eu cheguei dirigindo o meu carro e algumas pessoas me olhando, não sabiam que eu era cadeirante. E como eu tenho um físico atlético, eu sou atleta de fisiculturismo, sou forte na parte dos membros superiores, do tronco, o pessoal me olhava e tal, e aí quando viram a cadeira de rodas, você já vê a surpresa no semblante das pessoas. E aí, a partir do momento em que eu passei do carro pra cadeira, a surpresa aumentava mais ainda. Mas eu, totalmente natural: sei que é uma coisa que chama realmente a atenção você estar num local que são poucas pessoas com deficiência que se atrevem a ir. Mas, de forma natural, fui à praia, fui até o mar, entrei no mar, mergulhei, nadei, o pessoal todo me olhando, e voltei. Os outros têm um choque por não estarem acostumados a verem aquela situação. Eu acho dessa forma: que elas já tinham o preconceito de que se elas estivessem no meu lugar, elas não teriam a capacidade de estar ali na praia. Então, o preconceito que eu acho aí já existia, com relação a eles não se imaginarem numa situação daquelas. Mas não um preconceito em relação a mim. Eu acho que naquele momento foi o contrário, eu estava derrubando esse preconceito deles. A surpresa foi justamente por isso, porque eles tinham esse conceito ou preconceito de que uma pessoa cadeirante, uma pessoa paraplégica não teria a capacidade de estar realizando aquelas atividades e, ao me verem realizar, então eles se sentiram surpresos. E eu estaria naquele momento quebrando esse preconceito, derrubando essas barreiras e mostrando que na vida nada é impossível quando a gente realmente quer. Quando a gente tem vontade, quando a gente tem a cabeça erguida e fé em Deus, a gente é capaz de realizar aquilo que a gente deseja, com plenitude, sem nenhum problema. Claro, que, com certas adaptações, devido às necessidades especiais. Mas eu estava lá na praia assim como eles, me divertindo assim como eles, tomando meu banho de mar da mesma forma. Então, eu acho que eles não agiram comigo com preconceito, eu não senti a dor de um preconceito.</i>

Elaboração: ANDRADE (2020)

Começo esta análise com as últimas palavras de Girassol: “a dor de um preconceito”. Acredito que ela sintetize toda e qualquer expressão que pretenda explicar o fenômeno do preconceito: é uma dor, é algo que dói, o preconceito dói. Tanto o é, que a própria Constituição Brasileira de 1988 inclui, em seu Art. 3º, inciso IV, entre “seus objetivos fundamentais ‘promover o bem de todos, **sem preconceitos** de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação” (BRASIL, 2008, p. 02, grifo nosso).

Preconceitos e discriminações fomentam o sentimento de “incapacidade de conviver com a diferença” (SILVA; HALL; WOODWARD, 2012, p. 98), a partir da elaboração de imagens errôneas sobre os outros, principalmente aqueles considerados menores, desvalidos, subjugados. Embora isso pareça ser desumano, infelizmente, “o preconceito está presente em toda cultura e é característico do homem, pelo menos da maioria (ORTIZ, 2001, p. 95).

O homem estigmatiza o outro homem porque é diferente, porque não se encaixa naquele padrão que considera normal. Acontece que “a própria concepção de normalidade já é uma forma velada de discriminação, porque o ‘normal’ existe para ser diferente do ‘anormal’” (CARMO, 1988, p. 06). O homem estigmatizado é concebido como se não fosse “completamente humano. Com base nisso, fazemos vários tipos de discriminações, através das quais efetivamente, e muitas vezes sem pensar, reduzimos suas chances de vida” (GOFFMAN, 2004, p. 08). Assim sendo, “o preconceito mutila e debilita qualquer processo de crescimento” (ORTIZ, 2001, p. 95), principalmente quando se trata de pessoa com deficiência.

Apesar da Constituição já ter referido que atitudes preconceituosas ou discriminatórias devam ser erradicadas do território brasileiro, as pessoas com deficiência continuaram sendo vítimas dessas ações, sendo consideradas anormais ou menos importantes que as pessoas sem deficiência. Por conta disso, outros documentos oficiais regulamentaram o amparo legal da pessoa com deficiência, na garantia de seus direitos e na proteção contra a discriminação, como é o caso da Convenção da Guatemala (1999), promulgada no Brasil pelo Decreto nº 3.956/2001 e do Estatuto da Pessoa com Deficiência que, em seu Art. 4º, declara: “Toda pessoa com deficiência tem direito à igualdade de oportunidades com as demais pessoas e não sofrerá nenhuma espécie de discriminação” (BRASIL, 2015, p. 01). Esta Lei esclarece, ainda, o que vem a ser discriminação, justamente para que não haja dúvidas sobre o trato adequado em relação a essas pessoas. Assim, a discriminação para com a pessoa com deficiência seria “toda forma de distinção, restrição ou exclusão, por ação ou omissão, que tenha o propósito ou o efeito de prejudicar, impedir ou anular o reconhecimento ou o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais de pessoa com deficiência” (BRASIL, 2015, p. 01, Art. 4º, § 1º).

Uma das formas de preconceito e discriminação mais comuns sofridas pelas pessoas com deficiência – talvez a primeira! – seja relacionada a sua imagem corporal. No caso da pessoa cadeirante, isso se torna ainda mais evidente, pois o olhar e os comentários dos outros podem detonar o seu bem-estar, fazendo a pessoa se sentir feia ou inadequada ou indesejada em sua presença. Prova disso é apresentada na narrativa de Rosa de diferentes formas.

A marcante experiência vivida durante a adolescência ao ingressar numa escola nova e perceber que todos os colegas pararam de brincar e conversar para vê-la adentrar à instituição, no mínimo, foi desconcertante. Talvez, se não estivesse

usando aparelhos, tivesse passado despercebido no rebuliço do recreio. Mas o impacto visual que o uso de aparelhos provocou em sua imagem corporal ocasionou uma mudança brusca no comportamento da comunidade ali presente. É quando a deficiência chega antes que a pessoa e se torna a primeira coisa a ser olhada.

A segunda história contada por Rosa se refere a uma situação vivida com uma professora, a qual demonstrava um tratamento discriminatório em relação a ela, permeado por atitudes grosseiras e discursos preconceituosos. De modo diferente do que usou com os colegas na situação anterior, agora, neste relato do ocorrido com a professora, Rosa relata ter reagido, ter se imposto e não ter aceitado sofrer aquela discriminação. Isso se deve a dois fatores: primeiro, a professora utilizou o recurso da oralidade para atingi-la, ao que ela se sentiu no direito de reagir da mesma forma, discursivamente; segundo porque, no caso dos colegas, além de ninguém lhe ter dito nada, entrava em cena o interesse que Rosa tinha de ser aceita socialmente por aquele grupo, já que, como aluna nova, teria de fazer novas amizades. Então, indispor-se com os demais adolescentes era algo realmente fora de cogitação.

Rosa traz ainda, em sua narrativa, relatos recentes de colegas que demonstram surpresa, indignação, descrédito e desvalorização em relação a seus progressos e conquistas, como se ela não tivesse direito, capacidade ou competência para obtê-los. Interessante destacar que todas essas situações ocorreram em espaço escolar/acadêmico, em que, acredita-se, as possibilidades de inclusão deveriam ser incisivas. Carmo (1991) tece críticas contundentes em relação a isso. Para ele, não basta que se garanta legalmente o acesso da pessoa com deficiência às escolas regulares, uma vez que isso não encerra os variados problemas enfrentados, “não soluciona o problema do desrespeito e da discriminação, pois isto é fruto da história das relações entre os homens e, além disso, as condições atuais da escola ou das classes não lhe permite plena realização de suas capacidades” (CARMO, 1991, p. 123).

Desta forma, não adianta se falar tanto em educação inclusiva se seus princípios não forem efetivamente considerados, tais como elencados na PNEEPEI (BRASIL, 2008, p. 01), quais sejam: 1. A “defesa do direito de todos os estudantes de estarem juntos, aprendendo e participando, sem nenhum tipo de discriminação”; 2. A “concepção de direitos humanos, que conjuga igualdade e diferença como valores indissociáveis”; 3. A “ideia de equidade formal ao contextualizar as circunstâncias históricas da produção da exclusão dentro e fora da escola” e também da

universidade. Ou seja, uma educação que se proponha realmente inclusiva precisa “mudar toda a concepção de Educação que tradicionalmente permeava as escolas no Brasil, garantindo todos os meios estruturais, curriculares e atitudinais para assegurar a aprendizagem dos alunos com deficiência” (BORDAS; SILVA; MIRANDA, 2018, p. 269) junto dos outros sem deficiência, sob pena de “criar uma falsa inclusão, reforçando as dificuldades históricas que os alunos com deficiência atravessam, e suas terríveis consequências” (Idem, p. 278).

Mas as atitudes preconceituosas não acontecem apenas em ambientes educacionais, posto que constituem um problema social generalizado e, infelizmente, acontecem em situações até inesperadas, quando todas as probabilidades de sua ocorrência parecem nulas, como foi o caso narrado por Lírio: ao participar de uma conversa virtual em um *site* de relacionamentos, tudo ia muito bem até ele revelar ser cadeirante. A pessoa com quem se relacionava imediatamente encerrou a conversa, dizendo: “*Quem gosta de doente é hospital ou enfermeira!*”. Essa é uma representação social da deficiência enraizada no imaginário coletivo, a de que pessoas com deficiência são comumente declaradas “doentes (...) considerados dependentes do cuidado de outras pessoas, incapazes de trabalhar, isentos dos deveres normais, levando vidas inúteis” (SASSAKI, 1997, p. 27).

Logicamente, tal representação é mantida por pessoas que desconhecem ou têm pouco contato com pessoas com deficiência. Lírio mesmo explica isso, dizendo que “*muitas vezes, a pessoa está andando com as próprias pernas, e tem uma enfermidade grave, contagiosa! Mas, pra aquelas pessoas que não têm conhecimento, acham que uma pessoa, pelo fato de estar numa cadeira de rodas, é um doente. E não é bem assim*”. É comum que pessoas confundam doença com deficiência, por não compreenderem que a deficiência é um elemento constitutivo de sua condição de vida, de sua forma de ser e estar no mundo, não uma moléstia que tenha sintomas e tratamento via medicação, e que tenha sido provocada por algum microrganismo, como é o caso das doenças. Isso mostra o quão despreparada é a sociedade para conviver com pessoas com deficiência, posto que em grande parte nem ao menos sabe o que a deficiência efetivamente vem a ser.

Um ponto que chama a atenção no relato de Lírio é o fato de que tudo se passou virtualmente, numa conversa, depois que ele anunciou utilizar a cadeira de rodas para a locomoção. Ou seja, a imagem corporal que a pessoa com quem estava conversando formou dele era completamente distorcida da realidade. Quando ele

revelou essa sua condição, a conversa terminou. Então, reflito sobre algumas questões: 1. Se o encontro fosse presencial, a conversa nem teria acontecido, posto que a pessoa se afastaria tão logo visse que se tratava de um cadeirante? 2. Se ele não tivesse anunciado sua condição de cadeirante, a conversa teria prosseguimento sem que a pessoa incluísse essa possibilidade para ele? 3. A imagem corporal que uma pessoa forma sobre outra que não está vendo jamais está associada à ocorrência de uma deficiência? 4. O fator determinante da aceitação do outro perpassa pelo olhar? 5. O que motivou o encerramento da conversa foi o fato de a outra pessoa saber que ele era cadeirante ou que ele possuía uma deficiência? 6. O que sentiu a pessoa ao saber que ele era cadeirante: pena, raiva, surpresa, desprezo, indiferença...?

Muitas vezes, o preconceito à pessoa com deficiência se manifesta justamente através desses sentimentos que são nutridos no contato com ela, os quais podem ser os mais variados. No caso relatado por Girassol, as pessoas que o olhavam demonstravam um sentimento de admiração pela sua imagem corporal atlética até perceberem que ele era cadeirante. Nesse momento, o sentimento foi alterado, sendo substituído pelo de surpresa. Surpresa por ele ser forte, embora cadeirante; surpresa por ele, sendo cadeirante, estar dirigindo o próprio carro; surpresa por ele, sendo cadeirante, estar num ambiente pouco frequentado por pessoas na mesma condição, como é a praia; surpresa por ele, sendo cadeirante, não se limitar a ficar na calçada ou areia observando, mas adentrar no mar e se divertir como qualquer outra pessoa.

O próprio fato de isso ser surpreendente já revela um preconceito social, segundo o qual a pessoa com deficiência deveria ficar em casa. No entanto, Girassol afirma que não sentiu que esse preconceito era em relação a ele ou a sua imagem corporal, mas que se referia à circunstância em si. E, por isso, não sentiu a dor do preconceito. Antes, percebeu como se ele mesmo estivesse rompendo o preconceito daquelas pessoas ao comprovar que, mesmo cadeirante, pode fazer tudo aquilo que quiser, com as devidas e necessárias adaptações. E, agindo assim, estava educando aquelas pessoas em relação à pessoa com deficiência. Se vivêssemos numa sociedade verdadeiramente inclusiva, isso não seria necessário, posto que seria concebido como natural a convivência com a diferença – esse aspecto tão peculiar que nos torna humanos.

8.19 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA DEFICIÊNCIA

Ao longo das narrativas, pude ir captando as representações sociais da deficiência mantidas pelas pessoas sociais participantes da pesquisa. E, não por acaso, deixei para trazê-las por último neste capítulo, pois sistematizam tudo o que fora dito até então, amarrando a discussão implementada. Os registros podem ser visualizados no Quadro 36.

Quadro 36 – Representações Sociais da Deficiência

ROSA	<i>A representação social da deficiência na minha perspectiva tem a ver com esse estado de ser mulher sensível, que eu tenho uma vida pela frente, que eu tenho que preservar essa vida e trazer contribuições para a sociedade, mesmo que sofra as situações contrárias. Então, as representações sociais têm uma interface do que a gente poderia considerar, como as teorias com essa perspectiva social que estão relacionadas com a sociedade. Eu não vejo como um pecado ou como se eu estivesse sendo punida. Não vejo isso. Eu vejo que é uma condição, e que eu tenho saúde emocional para aprender a lidar com essa situação, não me colocando no lugar de coitadinha, mas me colocando no lugar de um ser humano que tem conhecimento, autoconhecimento, e que pode contribuir com a humanidade, trazendo as contribuições nesse meio acadêmico, que eu sei que poucas pessoas tiveram ou têm a oportunidade de estar onde eu estou. Então, eu acho que essa questão da deficiência física, no meu ponto de vista hoje, não é problema. Eu vejo como algo que é impulsionador para o meu autoconhecimento, para a contribuição do que eu vim cumprir aqui, do que eu preciso fazer para contribuir com as pessoas no sentido de sair desse lugar da invisibilidade social. Então, eu acho que essa questão da deficiência física é algo para as nossas aprendizagens. Não só minha! Mas para a minha família, para meus amigos, para meus colegas de trabalho. Então, é algo fundamental para todos nós.</i>
LÍRIO	<i>Nunca entrei em estado depressivo! Nunca atribuí a Deus ou a quem quer que seja o estado no qual eu me encontrava, e fui me adaptar a uma nova vida, sim!</i>
GIRASSOL	<i>Eu era totalmente saudável, totalmente perfeito, entre aspas; e, em questão de pouco tempo, praticamente dormi e acordei já com a deficiência e privado de tudo isso que eu fazia antes. Eu não creio que seja um castigo de Deus, porque, na minha opinião, Deus não castiga ninguém. A gente acaba passando por aquilo que tem que passar, mas tudo para o nosso bem, para nossa evolução, espiritualmente falando. Se a gente for analisar pelo ponto de vista material, da Terra, pode ser compreendido como um castigo. Mas, eu sou espírita, sigo a doutrina espírita, e eu creio que nós somos um espírito imortal que, pra poder viver aqui na Terra, precisamos de um corpo formado pelos mesmos materiais que formam o nosso planeta, constituído por órgãos, que vai nos ajudar durante essa vida corpórea aqui na Terra a evoluir, espiritualmente falando. Então, às vezes, o que a gente julga como mal, na verdade, é algo que é pra nos livrar de um mal maior. Então, materialmente falando, uma paraplegia, estar numa cadeira de rodas, a gente analisando dessa forma, com os olhos da Terra, a gente pode achar que é um castigo, uma vida perdida. Mas eu enxergo com o lado espiritual e, com certeza, tudo</i>

	<p><i>é para a minha evolução, é para um bem maior, que é para eu colher os frutos e me livrar de males aqui na Terra em tentações, em paixões, em coisas que poderiam estar me desviando da vida espiritual. Então, pra mim, com certeza, é uma coisa que veio para o bem. É difícil; eu sei que é complicado da gente analisar assim dessa forma, mas eu consigo enxergar de uma forma espiritual, e que, se aconteceu, era porque eu precisava que isso acontecesse para que eu possa evoluir espiritualmente e, depois dessa passagem aqui na Terra, eu retornar para o mundo espiritual com o espírito ainda mais evoluído. Então, devido a tudo isso, eu sou extremamente grato a Deus, só tenho a agradecer a Deus por tudo.</i></p>
--	---

Elaboração: ANDRADE (2020)

A deficiência é um fenômeno tão amplo e tão complexo que não teria como ser analisada sob um único viés, da mesma forma como é o corpo. Assim sendo, não tem uma única representação social estabelecida, mas várias, que dependem também de inúmeras variáveis e orientações, tais como: cultural, epistemológica, religiosa, histórica, antropológica, sociológica, etc. Conhecer as representações sociais da deficiência ou, pelo menos, algumas delas é importante, porque é “por meio dos significados produzidos pelas representações que damos sentido à nossa experiência e àquilo que somos” (SILVA; HALL; WOODWARD, 2012, p. 17). Da mesma forma que, em sentido oposto, é o somatório daquilo que somos que influencia diretamente a “representação que cada um tem sobre sua deficiência e a concepção do termo deficiência” (ALVES, 2013, p. 606).

E como as representações sociais “são ao mesmo tempo estáveis e móveis, rígidas e flexíveis, (...) consensuais, mas também marcadas por fortes diferenças interindividuais” (SÁ, 1996, p. 21-22), assim também a deficiência o é, sendo demarcada por representações que ora se assemelham, ora se distanciam, e permeada de contradições e possibilidades, o que é compreensível quando se trata de um fenômeno próprio de sociedades formadas “por grupos de pessoas que compartilham diferentes ‘visões de mundo’” (AMARAL; ALVES, 2013, p. 30). Esses grupos humanos formulam e assimilam “ideias, crenças e imagens acerca do mundo, da realidade, em função do lugar que ocupam na sociedade, sendo que esse ‘lugar’ é assumido de acordo com interesses específicos e inconscientes, no decorrer da dinamicidade da vida” (ibidem). São justamente essas ideias e imagens que são chamadas de Representações Sociais.

Dito isso, é possível identificar na resposta de Rosa que, para ela, a deficiência não deve ser concebida como consequência de pecado, nem como forma de punição ou como problema. A deficiência, para ela, é concebida como sua condição de ser e

estar no mundo como uma mulher sensível, que pode contribuir, de alguma forma, para a melhoria do meio em que está inserida. A deficiência é, portanto, aquilo que a impulsiona para sair da invisibilidade social e para aprender cotidianamente, junto com seus pares, a lidar com a diversidade humana e suas implicações.

Também Lírio e Girassol não concebem a deficiência como sendo um fator paralisante ou motivador para estados depressivos, nem tampouco um castigo divino, como era concebida durante a era medieval (SILVA, 2015). Também não buscam culpabilizar a qualquer coisa ou pessoa sobre o que lhes aconteceu. Em sua compreensão, a deficiência é uma nova forma de vida, para a qual precisaram se adaptar. E “adaptação para a pessoa portadora de deficiência ou de uma necessidade especial envolve, antes de mais nada, independência e autonomia” (ORTIZ, 2001, p. 94). Então, a deficiência requereu deles a aprendizagem de uma vida independente e autônoma, apesar das limitações. Sasaki (1997, p. 52) ressalta que um “estilo de vida independente é fundamental no processo de inclusão”, para que as pessoas com deficiência tenham “maior participação de qualidade na sociedade, tanto na condição de beneficiários dos bens e serviços que ela oferece como também na de contribuintes ativos no desenvolvimento social, econômico, cultural e político da nação”. Assim, uma vez incluídas, essas pessoas poderão gozar de “condições de vida idênticas às que outras pessoas recebem” (JANNUZZI, 2004, p. 180), sendo aceitas com suas deficiências.

Assim como para Rosa, a deficiência é vista por Lírio e Girassol como algo que precisava acontecer para sua evolução humana e espiritual, e um maior autoconhecimento. Girassol acrescenta que compreende a deficiência como um livramento de um mal maior e que, por isso mesmo, mantém-se grato a Deus. De fato, sua religiosidade foi sobremaneira relevante para a constituição dessa representação e a conseqüente aceitação da deficiência que adquiriu. Afinal, na lógica dele, se tudo o que acontece obedece a um plano e vontade divinos, a pessoa que lhe é fiel aceita com resignação todas as ações da divindade, compreendendo que sempre lhe trarão algum bem.

9 AINDA CABE DIZER QUE...

“a qualquer hora posso estar de volta, depois que a noite terminar” (SKANK, 2003).

Uma pesquisa jamais esgota uma discussão acerca de determinado objeto de estudo. Por isso, não quero dizer que esta é a conclusão do trabalho, justamente para não dar ideia de encerramento do assunto. No entanto, percebo que é chegada a hora de dar um desfecho a este estudo, a fim de permitir que eu mesma ou outros pesquisadores partam dele ou lhe deem prosseguimento para chegarem a novas formas de compreensão da realidade aqui demonstrada. Eu mesma pretendo avançar na investigação da sexualidade da pessoa com eficiência, que foi um assunto que emergiu durante a realização da pesquisa, mas que não havia sido pensado inicialmente e, por conta disso, não recebeu um aprofundamento devido, mas apenas breves considerações, e que tem relação estreita com a questão da imagem corporal.

Neste sentido, quando digo “ainda cabe dizer que...”, pretendo apresentar as sistematizações estabelecidas no decorrer da pesquisa, sob a forma de considerações finais. Assim, a fim de retomar os aspectos que alicerçaram toda essa investigação científica, parto do problema da pesquisa, que questionou como se deu o processo de construção da Imagem Corporal de cadeirantes a partir da aquisição da deficiência física, e quais as implicações desse processo para a sua vida cotidiana.

Para construir minhas considerações, recupero agora as hipóteses ou pressupostos que embasaram o início deste estudo, os quais foram ratificados durante o desenvolvimento do trabalho e, a partir dos mesmos, apresento as respostas para o problema da pesquisa: o primeiro deles afirmava que não existe uma padronização no processo de construção da imagem corporal de todas as pessoas que pertencem a um mesmo grupo. O estudo constatou que cada cadeirante revela elementos e etapas muito particulares relacionadas ao modo como foi construindo e percebendo sua imagem corporal antes e após a aquisição da deficiência, que partem das relações intra e interpessoais vivenciadas por cada pessoa, cuja interpretação se dá a partir de suas subjetividades.

Também afirmei que a concepção que cada cadeirante tem acerca da cadeira de rodas influencia a percepção que tem de si mesmo, do seu corpo, ou seja, de sua

imagem corporal. Durante a investigação, evidenciou-se essa íntima relação existente entre a pessoa e a cadeira de rodas, pois a imagem corporal se apropria desse elemento externo, incorporando-o, a ponto da pessoa até se esquecer de que está fazendo uso da cadeira. É como se ela já fizesse parte de si. Desta forma, a compreensão de que é uma pessoa limitada ou imersa em possibilidades depende também da forma como se relaciona com o instrumento cadeira de rodas.

Fora afirmado ainda que a imagem corporal influencia as atividades cotidianas e as relações sociais dos cadeirantes. Tanto a literatura consultada quanto o contato direto com as pessoas sociais que participaram da pesquisa e os filmes analisados demonstraram que, a depender da forma como a pessoa se percebe corporalmente, ela pode desejar ou rejeitar suas condições de independência, autonomia, afetividade, sexualidade, exercício profissional e outras formas de sociabilidade. Logo, a questão da imagem corporal está longe de ser um assunto menor em relação às pessoas com deficiência adquirida, posto que disso também dependem as suas interações sociais.

Declaro que a metodologia utilizada nesta pesquisa, diante de temática tão complexa, só poderia mesmo ser multirreferenciada, para dar conta da compreensão do fenômeno estudado. Tenho plena certeza de que fiz as escolhas adequadas, pois o olhar atento aos detalhes e aos vestígios tal qual o de um detetive, como preconiza o Paradigma Indiciário, foi essencial ao trabalho de identificação das concepções e representações sociais acerca do corpo, da imagem corporal e da deficiência, permitindo que se procedesse uma análise microgenética de todo o contexto.

Da mesma forma, a adoção do Estudo de Caso do tipo Histórias de Vida, com a intenção de produzir dados sob a forma de narrativas autobiográficas através de entrevistas semiestruturadas permitiu uma maior aproximação com as pessoas sociais, estabelecendo uma atmosfera de confiança e tranquilidade que conferiu aos participantes uma oportunidade de pensarem e falarem sobre si, sobre seu corpo e sua deficiência, externando suas emoções, com a certeza de não estarem se submetendo a julgamentos ou juízos de valor de nenhuma espécie.

Também não posso deixar de valorizar a adoção da Análise Fílmica como método utilizado nesta pesquisa. Cada filme ampliou sobremaneira as discussões implementadas, trazendo novos olhares e contextos sobre a imagem corporal de pessoas cadeirantes, o que logicamente engrandeceu o trabalho e auxiliou na consolidação das conclusões a que consegui chegar. De certa forma, cada história de vida das personagens contada através dos filmes era como se fossem suas narrativas

autobiográficas sendo contadas para mim, tal qual aconteceu com as pessoas entrevistadas. Assim, posso afirmar que, sem dúvida alguma, eu não tive apenas narrativas de três pessoas sociais, mas sim dez histórias de vida, pois as sete personagens fílmicas também se tornaram participantes da pesquisa.

Assim sendo, Rosa, Lírio e Girassol, mas também Mário, Jean-Do, Philippe, Stéphanie, Kate, Will e Jeff foram as pessoas sociais que me ajudaram a compreender o fenômeno da imagem corporal de pessoas cadeirantes e compartilharam comigo suas memórias e biografias de uma maneira tão generosa que, seja através de entrevistas ou através das telas de cinema e do computador, oportunizaram que eu conhecesse e compreendesse as representações sociais acerca da deficiência para, assim, poder unir minha voz às suas neste grito que ecoa em prol da visibilidade, da valorização e do respeito a essas pessoas.

Isso porque ainda é comum nos meios sociais, de um modo geral, que a deficiência seja concebida como coisa lamentável, cuja imagem corporal é impactante, digna de dó e piedade, e a pessoa com deficiência seja aquela considerada incapaz, desvalida, infantil, assexuada, limitada e coitadinha. No entanto, para pessoas que possuem deficiência ou para aquelas com quem convivem de maneira mais próxima ou ainda para pessoas que têm conhecimento sobre o assunto, a deficiência é compreendida como condição de ser e estar no mundo, que traz algumas limitações sim, como qualquer outra forma de condição, mas que nem por isso impede a pessoa de viver, de amar, de trabalhar e de ser reconhecida como cidadã em seus direitos e deveres.

A pessoa com deficiência física adquirida sofre uma ruptura no processo de formação da imagem corporal, sendo necessário reconstruí-la, inclusive incorporando a cadeira de rodas. Esse processo não é fácil, pois envolve fases que vão da negação, luto, raiva, barganha e culpabilização até a aceitação da nova condição de vida, sendo que esta última pode demorar a acontecer, a depender das relações intra e interpessoais estabelecidas ao longo do processo. Logicamente, a família é muito importante nisso tudo; mas, muitas vezes, é a própria família que atrapalha o processo, devido à dificuldade de lidar com a situação e também por conta das representações sociais que mantém acerca da deficiência e da cadeira de rodas.

Como a imagem corporal de qualquer pessoa, tenha ela deficiência ou não, também se constrói a partir das impressões que os outros têm, ou seja, sobre a forma como nos veem, infelizmente muitas pessoas cadeirantes se estigmatizam ou se

deixam estigmatizar pelas opiniões alheias, passando a acreditar que seus corpos exibem aberrações ou estão diretamente atrelados à ideia de feiura, preferindo se manterem na invisibilidade ou no isolamento social. Isso interfere sobremaneira em sua autoestima e pode resultar em depreciações de si, depressões e até tentativas (ou efetivações) de suicídio.

Em todas as histórias de vida aqui narradas, a única pessoa que não chegou à fase da aceitação da deficiência foi Will (do filme “Como eu era antes de você”), que chegou a concluir seu plano de dar um fim a todo o sofrimento vivido diante da sua imagem corporal que se tornara insuportável. Todos os demais conseguiram chegar à fase da aceitação e prosseguiram com suas vidas dentro daquilo que passaram a compreender como normalidade – da qual faz mais parte a diferença do que a padronização.

Isso não quer dizer que essas pessoas não tenham sofrido ou que ainda hoje não passem por situações de preconceitos e constrangimentos. Mas, por terem conseguido superar bem as dificuldades decorrentes da aquisição da deficiência física, como por exemplo a questão da acessibilidade, ou melhor, da falta dela, não mais aceitam serem tratadas de forma pejorativa; ao contrário, ao se imporem socialmente, diminuem a invisibilidade e educam a sociedade sobre o que vem a ser efetivamente a inclusão. Assim, ocupam os espaços que lhes cabem e fazem valer sua vez e sua voz.

Ao longo de todo o trabalho, também dialoguei com autores que fundamentaram as discussões implementadas. No que se refere ao corpo e à imagem corporal, as principais fontes consultadas foram: Le Breton (2017); Carmo (1991); Berri (2018); Bruaire (1972); Alvim e Rodrigues (2015) e Cuba (2008), entre outras. Já sobre a deficiência e, mais precisamente, a deficiência física adquirida, os principais autores utilizados na pesquisa foram: Diniz (2015); Sasaki (1997); Silva (2015); Jannuzzi (2004); Maia (2010); e Goffman (2004), entre outros.

Tanto as leituras quanto as entrevistas concedidas e os filmes assistidos ajudaram a responder a pergunta que se repete desde o título deste trabalho: o meu corpo sou eu? Embora algumas pessoas sociais tenham respondido negativamente, como foi o caso de Girassol – que reconhece que o corpo é a morada de seu eu – e de Will, que em algumas falas deu a entender que aquele corpo e aquela vida não lhe pertenciam, a quase totalidade das pessoas que tiveram suas histórias aqui narradas demonstraram que sim, elas são seu corpo ou o seu corpo é elas mesmas.

O corpo de cada uma é seu eu manifesto, é onde se circunscrevem suas emoções, histórias, memórias. É a manifestação concreta de sua personalidade. Seu corpo é seu eu: ele traduz quem as pessoas são, e elas são mais do que apenas um corpo no mundo. Seu corpo é seu mundo, mesmo não sendo mais aquele corpo que conheciam antes. Mas elas mesmas já não são as mesmas, e seu corpo também já não o é: nele agora se inclui a cadeira de rodas, uma extensão do próprio corpo que lhe abre possibilidades, ainda que para os outros seja vista como símbolo de limitação e de estigma. A cadeira se liga ao seu corpo, esse corpo que é delas, esse corpo que é elas. E dessa concepção eu comungo, afirmando que meu corpo sou eu.

Diante de tudo isso, acredito ter respondido ao problema, bem como penso ter atingido cada um dos objetivos inicialmente traçados, e confirmo a tese de que **a aquisição da deficiência física determina alterações na imagem corporal, de modo que se inicia uma nova concepção de si, que vai sendo paulatinamente consubstanciada pelas relações intra e interpessoais estabelecidas e pelas representações sociais da deficiência, da cadeira de rodas e do cadeirante.**

Finalizo essa pesquisa, afirmando que ainda cabe dizer que cada história narrada, cada vida contada, cada experiência corporal vivenciada e aqui registrada me fizeram crescer como pessoa, como ser humano, e me permitiram entender que, realmente, “só sei que nada sei”. Espero que este estudo possa subsidiar novas pesquisas, que outras vozes se unam às nossas, que outras falas sejam ouvidas, que outras vidas sejam narradas e, assim, essa conversa continue...

REFERÊNCIAS

- ALTMICKS, Alfons Heinrich. Principais paradigmas da pesquisa em Educação realizada no Brasil. **Revista Contrapontos** - Eletrônica, Vol. 14 - n. 2 - maio-ago. 2014. p. 384-397. Disponível em: <https://siaiap32.univali.br/seer/index.php/rc/article/view/4654/3275>. Acesso em: 07 set. 2018.
- ALVES, Fabiana Paulino et al. Adolescentes e jovens com deficiência física adquirida por violência: representações sobre deficiência. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Universidade Federal do Ceará – Fortaleza, Brasil, vol. 14, núm. 3, 2013, pp. 600-609. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3498>. Acesso em: 21 jul. 2018.
- ALVES, Maria Luiza Tanure; DUARTE, Edison. Relação entre a imagem corporal e a deficiência física: uma pesquisa bibliográfica. **EFDeportes**. Ano 15, Nº 143. Buenos Aires, abril de 2010. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd143/relacao-entre-a-imagem-corporal-e-deficiencia-fisica.htm>. Acesso em: 12 nov. 2017.
- ALVES, Maria Luíza Tanure; DUARTE, Edison. Imagem corporal e deficiência visual: um estudo bibliográfico das relações entre a cegueira e o desenvolvimento da imagem corporal. **Acta Sci. Human Soc. Sci.** Maringá, v. 30, n. 2, p. 147-154, 2008. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHumanSocSci/article/view/1936>. Acesso em: 18 jul. 2018.
- ALVES, Nilda. Como o nosso corpo passa a ser o de professora? In: GARCIA, Regina Leite (org.). **O corpo que fala dentro e fora da escola**. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.
- ALVIM, Joselene Lopes; RODRIGUES, Valdecir Cahoni. A relevância dos aspectos emocionais do deficiente físico para a inclusão no ambiente de trabalho. **Colloquium Humanarum**, vol. 12, n. Especial, 2015, p. 35-43.
- AMARAL, Liliane Souza do; ALVES, Mariana Silva. Nó ou Núcleo central e esquema periférico. **Cadernos Cespuc**. Belo Horizonte, nº 23, 2013. p. 30-6. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/cadernoscespuc/article/viewFile/8300/7181?djecjmopppphInoh>. Acesso em: 15 jun. 2019.
- ANDRADE, Carla Borges de. **1980-1990 – Infâncias seduzidas pelos desenhos animados: implicações comportamentais sobre a formação da imagem corporal**. Feira de Santana: UEFS Editora, 2012.
- ARAÚJO, Gustavo Cunha; OLIVEIRA, Ana Arlinda. Sobre métodos de leitura de imagem no ensino da Arte contemporânea. **Imagens da Educação**, v. 3, n. 2, p. 70-76, 2013.
- AUGUSTIN, Ingrid. Modelos de deficiência e suas implicações na educação inclusiva. XI ANPED SUL. **Anais...**, 2012. p. 01-06. Disponível em: <http://www.espanholacessivel.ufc.br/modelo.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2020.

BARBOSA, M. R.; MATOS, P. M.; COSTA, M. E. Um olhar sobre o corpo: o corpo ontem e hoje. **Psicologia & Sociedade**; 23 (1): 24-34, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/psoc/v23n1/a04v23n1.pdf>. Acesso em: 08 maio 2020.

BARROS, D. D. Imagem corporal: a descoberta de si mesmo. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 12, n. 2: p. 547-54, maio-ago. 2005.

BERKENBROCK-ROSITO, Margaréte May. Territórios do eu: narrativas da vulnerabilidade e cuidado de si. In: PASSEGGI, M^a da Conceição (org.). **Tendências da pesquisa (auto)biográfica**. Natal: EDUFRN; São Paulo: Paulus, 2008.

BERRI, Bruna. **O corpo para pessoas com deficiência física: mídia e representações sociais**. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal de Santa Catarina. Dissertação. Florianópolis, 2018.

BODART, Cristiano das Neve. O conceito marxiano de Fetichismo da Mercadoria. **Café com Sociologia**. 2016. Disponível em: <https://www.cafecomsociologia.com/para-entender-de-uma-vez-por-todas-o-conceito-de-fetichismo-da-mercadoria-em-marx/aqui>. Acesso em: 10 ago. 2018.

BORDAS, Miguel Angel Garcia; SILVA, Osni Oliveira Noberto da; MIRANDA, Theresinha Guimarães. Atendimento educacional especializado, sala de recursos e tecnologias assistivas: a tríade da educação inclusiva. **Poiésis**. V. 12, Nº 21, p. 267-281. Unisul, Tubarão. Jan./Jun., 2018. Disponível em: <http://www.portaldeperiodicos.unisul.br/index.php/Poiesis/article/view/4976>. Acesso em: 15 abr. 2020.

BORDAS, Miguel; DÍAZ, Félix; GALVÃO, Nelma; MIRANDA, Theresinha (Orgs.). **Educação inclusiva, deficiência e contexto social: questões contemporâneas**. Salvador: EDUFBA, 2009.

BOSI, Ecléa. **O tempo vivo da memória: ensaios de psicologia social**. São Paulo: Ateliê Editorial, 2003.

BRAH, Avtar. Diferença, diversidade, diferenciação. **Cadernos Pagu** (26), janeiro-junho de 2006, pp.329-376.

BRASIL. **Lei nº 13.146/2015 - Estatuto da Pessoa com Deficiência**. Brasília: Presidência da República do Brasil, 2015.

BRASIL. **Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009**. Brasília: Presidência da República do Brasil, 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D6949.htm. Acesso em: 14 set. 2019.

BRASIL. **Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva**. MEC/SEESP: Brasília: 2008.

BRASIL. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Publicada no DOU nº 98, terça-feira, 24 de maio de 2016 - seção 1, páginas 44, 45, 46. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf>. Acesso em: 05 set. 2018.

BRAUNSTEIN, Florence; PÉPIN, Jean - François. **O lugar do Corpo na Cultura Ocidental**. Lisboa: Instituto Piaget, 1999.

BRUAIRE, Claude. **A filosofia do corpo**. São Paulo: Herder, 1972.

CALLEJA, José Manuel Ruiz. Os professores deste século: algumas reflexões. **Revista Institucional Universidad Tecnológica del Chocó: Investigación, Biodiversidad y Desarrollo**. 2008. 27 (1): 109-117. Disponível em: dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2705047.pdf. Acesso em: 19 nov. 2018.

CAMPOS, Mariana Tavares de; AVOGLIA, Hilda Rosa Capelão; CUSTÓDIO, Eda Marconi. A imagem corporal de indivíduos com paraplegia não congênita: um estudo exploratório. **Psicólogo informação**, ano 11, n. 11, jan./dez. 2007, p. 27-55. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141588092007000100. Acesso em: 18 jul. 2018.

CANDAU, Vera Maria Ferrão. Sociedade, cotidiano escolar e cultura(s): uma aproximação. **Educação & Sociedade**, ano XXIII, nº 79, Agosto/2002.

CAPITANI, Lidia. Reiki: o que é, para que serve, benefícios e como fazer. **Minhavidia**, S/D. Disponível em: <https://www.minhavidia.com.br/bem-estar/tudo-sobre/35701-reiki>. Acesso em: 19 abr. 2020.

CARMO, Apolônio Abadio do. **Deficiência Física: a sociedade cria, "recupera" e discrimina**. Brasília, DF: Secretaria dos Desportos/ PR, 1991.

CARMO, Apolônio Abadio do. Estigma, corpo e "deficiência". In: **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v.9, m. 1, p. 5-8, 1988.

CARVALHO, R. E. Diferença, deficiência, necessidades educacionais especiais. In: EDLER, R. **Temas em Educação especial**. 3 ed. Rio de Janeiro: WVA Ed., 2003.

CEREZETTI, Christina Ribeiro Neder; NUNES, Gilvane Rodrigues; CORDEIRO, Diana Rosa Cavaglieri Liutheviciene; TEDESCO, Solange. Lesão Medular Traumática e estratégias de enfrentamento: revisão crítica. **O Mundo da Saúde**, São Paulo – 2012; 36(2): 318-326. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/lesao_medular_traumatica_estrategias_enfrentamento.pdf. Acesso em: 21 jun. 2020.

CHRISTMANN, Morgana; SOUZA, Carmen Rosane Segatto e; PAVÃO, Sílvia Maria de Oliveira. **Representações sociais da deficiência na educação superior**. 2018. Disponível em: <https://editora.pucrs.br/acessolivre/anais/cidu/assets/edicoes/2018/arquivos/457.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2020.

COELHO, Ana Luíza Ferreira. O paradigma indiciário como metodologia para estudos historiográficos. 8º FEPEG – Universidade: Saberes e Práticas Inovadoras. **Anais**. UNIMONTES. 24 a 27 de setembro de 2014. p. 01-03. Disponível em: http://www.fepeg2014.unimontes.br/sites/default/files/resumos/arquivo_pdf_anais/o_paradigma_indiciario_como_metodologia_para_estudos_historiograficos.pdf. Acesso em: 03 Set. 2018.

COSTA, Marcelo Adolfo Duque Gomes da; ALMEIDA, Felipe Quintão de. O corpo intensivo e a educação física. **Rev. Bras. Ciênc. Esporte**. 2018; 40(1):3---9. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0101328917301300>. Acesso em: 21 jul. 2018.

COUTO, Edvaldo Souza. **O Homem Satélite**: estética e mutações do corpo na sociedade tecnológica. Tese. (Doutorado em Educação) – Universidade Estadual de Campinas, 1998. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/253501/1/Couto_EdvaldoSouza_D.pdf. Acesso em: 19 nov. 2018.

COUTO, Edvaldo Souza. **O homem satélite**: estética e mutações do corpo na sociedade tecnológica. Ijuí: Ed. UNIJUÍ, 2000.

CUBA, Bruna Wahasugui. **Imagem Corporal de pessoas com deficiência física**: atletas e não atletas. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Educação Física) – Universidade Estadual Paulista, Instituto de Biociências de Rio Claro, 2008. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/118812>. Acesso em: 12 nov. 2017.

CUBA, Bruna Wahasugui; PAULA, Adriana Inês de; CASTRO, Eliane Mauerberg de. **A imagem corporal de pessoas com deficiência física atletas e não atletas**. 2010. Disponível em: <https://www.fef.unicamp.br/feff/sites/uploads/congressos/imagemcorporal2010/trabalhos/portugues/area1/IC1-10.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2018.

CUNHA, Jorge Luiz da. Trilhando os caminhos de Mnemosine: a autobiografia do grupo Povo de Clio. In: SOUZA, Elizeu Clementino; PASSEGGI, M^a da Conceição (org.). **Pesquisa (auto)biográfica**: cotidiano, imaginário e memória. Natal: EDUFRN; São Paulo: Paulus, 2008.

DAMASCENO, Vinicius Oliveira; LIMA, Jorge Roberto Perrout; VIANNA, Jeferson Macedo; VIANNA, Viviane Ribeiro Ávila; NOVAES, Jefferson Silva. Tipo físico ideal e satisfação com a imagem corporal de praticantes de caminhada. **Rev. Bras. Med. Esporte**, Vol. 11, Nº 3 – Mai/Jun, 2005.

DARTIGUES, André. **O que é a Fenomenologia?** 8ed. São Paulo: Centauro, 2003.

DELGADO, Lucilia de Almeida Neves. **História oral** – memória, tempo, identidades. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

DELORY-MOMBERGER, Christine. Biografia, corpo, espaço. In: PASSEGGI, M^a da Conceição (org.). **Tendências da pesquisa (auto)biográfica**. Natal: EDUFRN; São Paulo: Paulus, 2008.

DESLANDES, Suely Ferreira. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 13 ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

DICIONÁRIO DE Sinônimos on-line de Português do Brasil. Sinônimo de Consternação. **Dicionário de Sinônimos**. 2009-2020. Disponível em: <https://www.sinonimos.com.br/consternacao/>. Acesso em: 05 maio 2020.

DICIONÁRIO On-line de Português. Significado de Empatia. **Dicio**. 2009-2020. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/empatia/>. Acesso em: 05 maio 2020.

DINIZ, Amaralina de Arandas Ramos. **A influência da atividade física adaptada na imagem corporal da pessoa amputada**: um estudo de caso. TCC. Universidade Federal da Paraíba - Bacharelado em Terapia Ocupacional. João Pessoa, 2015.

DINIZ, D. **O que é Deficiência**. São Paulo: Brasiliense, 2007.

DINIZ, Débora; BARBOSA, Livia; SANTOS, Wederson Rufino dos. Deficiência, direitos humanos e justiça. São Paulo, **Sur – Revista Internacional de Direitos Humanos**, n. 11, p. 65-78, 2010. Disponível em: http://www.surjournal.org/conteudos/getArtigo11.php?artigo=11,artigo_03.ht. Acesso em: 30 abr. 2019.

DIOGO, Darcianne. Pessoas com deficiência sofrem sem acessibilidade no mercado de trabalho. **Correio Brasiliense**, 23/09/2018. Disponível em: <https://www.correiobrasiliense.com.br/app/noticia/eu-estudante/trabalho-e-formacao/2018/09/23/interna-trabalhoformacao-2019,707735/acessibilidade-x-carreira.shtml>. Acesso em: 06 maio 2020.

DUARTE, Edison; LIMA, Sonia Maria Toyoshima. **Atividade Física para pessoas com necessidades especiais**: experiências e intervenções pedagógicas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

EIRAS, Luciana F. G. et al. Construção da imagem corporal em deficientes visuais. **Arquivos em Movimento**. 8, Nº 2, Julho/Dezembro, 2012. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/am/article/view/9208>. Acesso em: 18 jul. 2018.

EMBRAFILME. **Feliz Ano Velho**. Direção: Roberto Gervitz. Brasil, 1987.

EUROPA FILMES. **O escafandro e a borboleta**. Direção: Julian Schnabel. França e EUA, 2008.

FARHAT, Damian Guimarães Konopczyk Maluf. **As diferentes concepções de corpo ao longo da história e nos dias atuais e a influência da mídia nos modelos de corpo de hoje**. 2008. 30 f. Trabalho de conclusão de curso (bacharelado - Educação Física) - Universidade Estadual Paulista, Instituto de Biociências de Rio Claro, 2008. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/118970>. Acesso em: 08 maio 2020.

FORMENTI, Laura. Escrita autobiográfica e zelo: um olhar composicional. In: PASSEGGI, Mª da Conceição (org.). **Tendências da pesquisa (auto)biográfica**. Natal: EDUFRN; São Paulo: Paulus, 2008.

GAUMONT. **Intocáveis**. Direção: Eric Toledano, Olivier Nakache. França, 2012.

GINZBURG, Carlo. "Sinais: raízes de um paradigma indiciário". In: GINZBURG, C. **Mitos, emblemas, sinais**: Morfologia e História. 1ª reimpressão. São Paulo: Companhia das Letras, 1990. (PDF de Maria Aparecida dos Santos, BC PUC-RJ). Disponível em: <http://www.historiaecultura.pro.br/cienciaepreconceito/instrumentos/sinais.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2018.

GIRALDI, Aline; SOUZA, Marco Aurélio da Cruz e. Dança para cadeirantes: um exemplo de superação. **Revista da Unifebe (Online)**, 2011; 9 (jan./jun.), p. 188-197.

GOELLNER, Silvana. A produção cultural do corpo. In: LOURO, Guacira; NECKEL, Jane; GOELLNER, Silvana (Orgs.) **Corpo, gênero e sexualidade: um debate contemporâneo na educação**. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 28-40.

GÓES, Maria Cecília Rafael de. A abordagem microgenética na matriz histórico-cultural: Uma perspectiva para o estudo da constituição da subjetividade. **Cadernos Cedes**, ano XX, nº 50, Abril/2000. p. 9-25. Disponível em: http://www.paulorosa.docente.ufms.br/metodologia/Goes_Analise_microgenetica.pdf. Acesso em: 05 set. 2018.

GOFFMAN, Erving. **Estigma** - notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Tradução: Mathias Lambert. 4 ed. Rio de Janeiro: LTC, 2004. Disponível em: http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201702/20170_214-114707-001.pdf. Acesso em: 17 fev. 2019.

GOMES, Emanuelle Garcia. O símbolo dos olhos através do “paradigma indiciário” de Carlo Ginzburg. **Revista Espaço Acadêmico**. Nº 193, Ano XVII, junho de 2017. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/download/33414/19457>. Acesso em: 03 set. 2018. p. 33-47.

GOMES, Isabelle Sena; CAMINHA, Iraquitã de Oliveira. Os discursos de corpo bem dito, mal dito e não dito: uma análise a partir de filmes. **Rev. Bras. Ciênc. Esporte**. 2016; 38(4):414---421. Disponível em: www.rbceonline.org.br. Acesso em: 21 jul. 2018.

GREIMAS, Algirdas Julien. **Da Imperfeição**. São Paulo: Hacker Editores, 2002.

HALBWACHS, Maurice. **A memória coletiva**. 2 ed. Paris: *Presses Universitaire de France*, 1968; São Paulo: Vértice, 1990.

H2O FILMS. **Um momento pode mudar tudo**. Direção: George C. Wolfe. EUA, 2015.

IBGE. **Censo 2010**. Feira de Santana. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/feira-de-santana>. Acesso em: 12 nov. 2018.

JANNUZZI, G. M. de. **A educação do deficiente no Brasil** – dos primórdios ao início do século XXI. Campinas, São Paulo: Autores Associados, 2004.

JOÃO, Renato Bastos; BRITO, Marcelo de. Pensando a corporeidade na prática pedagógica em educação física à luz do pensamento complexo. **Rev. bras. Educ. Fís. Esp**, São Paulo, v.18, n.3, p.263-72, jul./set. 2004.

JOSSO, Marie-Christine. As histórias de vida como territórios simbólicos nos quais se exploram e se descobrem formas e sentidos múltiplos de uma existencialidade evolutiva singular-plural. in PASSEGGI, M^a da Conceição (org.). **Tendências da pesquisa (auto)biográfica**. Natal: EDUFRN; São Paulo: Paulus, 2008.

KELMAN, Celeste Azulay; BRANCO, Angela Uchôa. Análise microgenética em pesquisa com alunos surdos. **Rev. Bras. Ed. Esp.**, Marília, Jan.-Abr. 2004, v.10, n.1, p.93-106. Disponível em: http://www.abpee.net/homepageabpee_04_06/artigos_em_pdf/revista10numero1pdf/7kelman_branco.pdf. Acesso em: 05 set. 2018.

KIM, Joon Ho. **O estigma da deficiência física e o paradigma da reconstrução biocibernética do corpo**. 2013. 513f. Tese (Doutorado em Antropologia) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2013.

KONDER, Leandro. "Mercadoria". In: KONDER, L. Marx – vida e obra. São Paulo: Paz e Terra, 1999, p.121-122.

LANDOWSKI, E. **Presenças do outro: ensaios de sociosemiótica**. São Paulo: Perspectiva, 2012.

LE BRETON, David. **A sociologia do corpo**. 6 ed. Petrópolis: Vozes, 2017.

LEI de acessibilidade para cadeirantes: conheça seus direitos. **Essence Cuidados**. 2020. Disponível em: <https://essencecuidados.com.br/lei-de-acessibilidade-para-cadeirantes/>. Acesso em: 06 maio 2020.

LIMA, Sonia Maria Toyoshima. Educação Física e Escola Inclusiva. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE ATIVIDADE MOTORA ADAPTADA. **Temas em Educação Física Adaptada**. Curitiba: SOBAMA, 2001.

MACHADO, Wiliam César Alves et al. Imagem corporal de paraplégicos: o enfrentamento das mudanças na perspectiva de pessoas com lesão medular. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2016; 24(1):e16125. p. 01-06. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/16125>. Acesso em: 18 jul. 2018.

MAIA, Ana Cláudia Bortolozzi. **A importância das relações familiares para a sexualidade e a autoestima de pessoas com deficiência física**. 2010. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0515.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2018.

MAIA, Ana Cláudia Bortolozzi; RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. Desfazendo mitos para minimizar o preconceito sobre a sexualidade de pessoas com deficiências. **Rev. Bras. Ed. Esp.**, Marília, v.16, n.2, p.159-176, Mai.-Ago., 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbee/v16n2/a02v16n2.pdf>. Acesso em: 08 maio 2020.

MALLET, Marie-Anne. O procedimento clínico: uma outra forma de trabalhar com histórias de vida infantis. In: PASSEGGI, M^a da Conceição (org.). **Tendências da pesquisa (auto)biográfica**. Natal: EDUFRRN; São Paulo: Paulus, 2008.

MANZINI, Eduardo José. Entrevista semiestruturada: análise de objetivos e de roteiros. 2018. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3145622/mod_resource/content/1/Entrevista%20semi%20estruturada%20estudo%20UNESP%20Mari%CC%81lia.pdf. Acesso em: 07 set. 2018.

MAROUN, Kalyla; VIEIRA, Valdo. Corpo: uma mercadoria na pós-modernidade. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 14, n. 2, p. 171-186, dez. 2008.

MARX, Karl. **O capital**: crise da economia política – livro I. 31ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013.

MEIHY, José Carlos Sebe Bom; HOLANDA, Fabíola. **História Oral**: como fazer, como pensar. São Paulo: Contexto, 2007.

MELLER, Vanderléa Ana. **Marcas e representações corporais de pessoas com deficiência física que conquistaram a universidade**. 2007. 201f. Dissertação (Mestrado em Educação nas Ciências) – UNIJUÍ. Rio Grande do Sul, 2007.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da Percepção**. Tradução de Carlos Alberto Ribeiro de Moura. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

MOLON, Susana Inês. Questões metodológicas de pesquisa na abordagem sócio-histórica. **Informática na Educação**: teoria & prática. Porto Alegre, v.11, n.1, jan./jun. 2008. p. 56-68. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/InfEducTeoriaPratica/article/viewFile/7132/4884>. Acesso em: 05 set. 2018.

MONTENEGRO, Antonio Torres. **História oral e memória**: a cultura popular revisitada. São Paulo: Contexto, 2007.

MOREIRA, Daniel Augusto. **O método fenomenológico na pesquisa**. São Paulo: Pioneira, 2002.

MORENO-FERGUSSON, María Elisa; REY, María Consuelo del Pilar Amaya. *Cuerpo y corporalidad en la paraplejia: significado de los cambios*. **Avances en Enfermería**, XXX (1): 82-94, janeiro/abril, 2012. Disponível em: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35440>. Acesso em: 21 jul. 2018.

MORGADO, Fabiane Frota da Rocha et al. Representações Sociais sobre a Deficiência: Perspectivas de Alunos de Educação Física Escolar. **Rev. Bras. Ed. Esp.**, Marília, v.23, n.2, p.245-260, Abr.-Jun., 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-65382017000200245&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 23 mar. 2020.

MOSCOVICI, S. *Notes Towards a Description of Social Representations*. In: GAURESCHI, Pedrinho A.; JOVCHELOVITCH, Sandra. (Org.). **Textos em Representações Sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1988.

MOTA, M. V. S.; LELIS, M. T. C.; FERNANDES, D. M. A corporeidade na escola: um olhar sob a ótica reichiana. In: CONVENÇÃO BRASIL LATINO AMÉRICA, CONGRESSO BRASILEIRO E ENCONTRO PARANAENSE DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS. 1., 4., 9., Foz do Iguaçu. **Anais**. Centro Reichiano, 2004. CD-ROM.

NEVES, José Luis. Pesquisa Qualitativa – características, usos e possibilidades. **Caderno de Pesquisas em Administração**. São Paulo. V.1, Nº 3, 2º Sem./1996.

NIEWIADOMSKI, Christophe. Sociologia clínica e acontecimentos biográficos. In: PASSEGGI, M^a da Conceição (org.). **Tendências da pesquisa (auto)biográfica**. Natal: EDUFRN; São Paulo: Paulus, 2008.

NÓBREGA, T. P. Núcleos interpretativos para uma teoria da corporeidade: movimentar-se. In: XXIII REUNIÃO ANUAL DA ANPED, 2000, Caxambu. **ANAIS**, 2000. p. 8-15.

NORA, Pierre. Entre a história e a memória – os lugares de memória. **La République**. Paris: Gallimard, vol.1, 1984.

NÓVOA, A. Prefácio. In: ABRAHÃO, M.H.M.B. (org.). **História e Histórias de Vida - destacados educadores fazem a história da educação rio-grandense**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2001. p. 7-12.

NUNES, Cássia; SILVA, Ivana. Poliomielite. **Fiocruz**. 2010. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/infantil/poliomielite.htm>. Acesso em: 29 abr. 2020.

OLIVEIRA, Daniela de. **Autopercepção e a deficiência física adquirida**. (Monografia) Bacharelado em Psicologia. Universidade do Vale do Itajaí. Itajaí, 2006.

ORTIZ, Márcia. Lazer e pessoa com deficiência. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE ATIVIDADE MOTORA ADAPTADA. **Temas em Educação Física Adaptada**. Curitiba: SOBAMA, 2001.

PALANCH, Wagner Barbosa de Lima; FREITAS, Adriano Vargas. Estado da Arte como método de trabalho científico na área de Educação Matemática: possibilidades e limitações. **Perspectivas da Educação Matemática**. (UFMS) Volume 8, Número Temático – 2015 p. 784-802. Disponível em: <http://seer.ufms.br/index.php/pedmat/article/view/867/983>. Acesso em: 12 jul. 2018.

PALAURO, Fabiano Rogerio et al. Migração do fio de Kirschner após o tratamento da luxação acromioclavicular para o ombro contralateral - relato de caso. **Rev. bras. ortop.**, São Paulo, v. 54, n. 2, p. 202-205, abr. 2019. Epub 03-Jun-2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-36162019000200202&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 19 abr. 2020.

PARIS FILMES. **O que te faz mais forte**. Direção: David Gordon Green. EUA, 2018.

PENAFRIA, Manuela. Análise de Filmes - conceitos e metodologia(s). In: VI Congresso SOPCOM, Lisboa, 2009. **Anais eletrônicos...** Lisboa, SOPCOM, 2009. Disponível em: <http://www.bocc.ubi.pt/pag/bocc-penafria-analise.pdf>. Acesso em: 09 de ago. de 2018.

PERES, Lúcia M^a Vaz. Artes e ofícios do GEPIEM: dialogar com os processos (auto)formadores à luz das interfaces do imaginário e da memória. In: SOUZA,

Elizeu Clementino; PASSEGGI, M^a da Conceição (org.). **Pesquisa (auto)biográfica: cotidiano, imaginário e memória**. Natal: EDUFRN; São Paulo: Paulus, 2008.

PINO, Angel. O social e o cultural na obra de Vigotski. In: **Educação & Sociedade**. Ano XXI, Nº 71, Julho, 2000. p 45 - 78.

PONTE, Aline Sarturi; SILVA, Lucielem Chequim da. A acessibilidade atitudinal e a percepção das pessoas com e sem deficiência. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 23, n. 2, p. 261-271, 2015. Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/851/607>. Acesso em: 30 abr. 2019.

PRIBERAM. "Consternação". In: **Dicionário Priberam**. 2011-2020. Disponível em: <https://dicionario.priberam.org/consterna%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em: 05 maio 2020.

RAFAEL, Carla Beatriz da Silva et al. **Imagem Corporal: o olhar do deficiente físico sobre sua satisfação corporal através da atividade física**. S/D. Disponível em: <http://www.fef.unicamp.br/IC1-20.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2017.

RANGHETTI, D. S. (Re)significando o locus de formação inicial: a pesquisa do si mesmo". In: II CONGRESSO MUNDIAL DE TRANSDISCIPLINARIDADE, **Anais**, 2005, Vitória. Transdisciplinaridade: atitude, pesquisa, ação, 2005.

REZENDE, Antonio Muniz de. **Concepção fenomenológica da Educação**. São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1990.

RIBEIRO, P. R. L.; TAVARES, M. C. F. As contribuições de Seymour Fisher para os estudos em imagem corporal. **Motricidade**, 2011, vol. 7, n. 4, p. 83-95. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2730/273022544009.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2018.

RIBEIRO, Sônia Maria. Inclusão e Esporte: um caminho a percorrer. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE ATIVIDADE MOTORA ADAPTADA. **Temas em Educação Física Adaptada**. Curitiba: SOBAMA, 2001.

ROCHA, Luís Fernando. Teoria das Representações Sociais: a Ruptura de Paradigmas das Correntes Clássicas das Teorias Psicológicas. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 2014, 34 (1), 46-65. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932014000100005&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 mar. 2020.

RODRIGUES, José Carlos. **O tabu do corpo**. 2 ed. Rio de Janeiro: Achiamé, 1975.

RUGIRA, Jeanne-Marie. A relação com o corpo e com a sensorialidade na história de vida: por uma abordagem somatopedagógica do acompanhamento. In: PASSEGGI, M^a da Conceição (org.). **Tendências da pesquisa (auto)biográfica**. Natal: EDUFRN; São Paulo: Paulus, 2008.

RUSSO, Renata. Imagem corporal: construção através da cultura do belo. **Movimento & Percepção**. Espírito Santo de Pinhal, SP, v.5, n.6, jan./jun. 2005.

RUSSO, Renata; TOLEDO, M^a Cirne de. **Corpo Sujeito**. Espírito Santo do Pinhal-SP: **Movimento e Percepção**, v. 6, n.9, 2006.

SÁ, Celso Pereira de. Representações Sociais: teoria e pesquisa do Núcleo Central. **Temas em Psicologia**, Vol. 4, nº 3, dez.1996. p. 19-33. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v4n3/v4n3a02.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2019.

SANTOS, Admilson. **Projeto sem barreiras**. Núcleo de Educação Física e Esporte Adaptada. Universidade Estadual de Feira de Santana, 2000.

SANTOS, Admilson. **Representação Social de Esportes sob a ótica de pessoas cegas**. Tese. Programa de Pós-Graduação em Educação – UFBA. Doutorado em Educação. Salvador, 2004.

SANTOS, Lionês Araújo dos; MEDEROS, Juan Felipe Sánchez. A mercantilização do corpo: mídia e capitalismo como principais agentes da promoção do consumo e do mercado. **Espaço Plural**. Ano XII. Nº 24. 1º Semestre 2011, p. 107-112.

SANTOS, Luís H. S.E o corpo ainda é pouco... In: VEIGA-NETO, Alfredo [et al.]; SCHMIDT, Saraí (org.). **A educação em tempos de globalização**. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

SASSAKI, Romeu Kazumi. **Inclusão: Construindo uma sociedade para todos**. São Paulo, SP: Nova, 1997.

SCHILDER, Paul. **A imagem do corpo: as energias construtivas da Psique**. São Paulo: Martins Fontes, 1980.

SERNAGLIA, Mirella Bagdadi; DUARTE, Edison; DALLA DÉA, Vanessa Helena Santana. Avaliação do autoconceito em cadeirantes praticantes de esporte adaptado. **Pensar a Prática**, Goiânia, v. 13, n. 3, p. 118, set./dez. 2010.

SIGNIFICADO de Empatia. **Significados**. 02/02/2020. Disponível em: <https://www.significados.com.br/empatia/>. Acesso em: 05 maio 2020.

SILVA, Ana Márcia. **Corpo, ciência e mercado: reflexões acerca da gestação de um novo arquétipo da felicidade**. Campinas: Autores Associados; Florianópolis: Editora da UFSC, 2001.

SILVA, Diego Rodrigues; HERZBERG, Eliana. Desenho da Figura Humana: avaliação da imagem corporal na deficiência física. **Avaliação Psicológica**, 2017, 16(1), pp. 10-115. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v16n1/v16n1a13.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2018.

SILVA, Diego Rodrigues. **Explorando a imagem corporal de crianças com deficiência física congênita: limites, traços e riscos**. 2017. 189f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – USP. São Paulo, 2017.

SILVA, Maria Cecília de Paula. **Do corpo objeto ao sujeito histórico: perspectivas do corpo na história da educação brasileira**. Salvador: EDUFBA, 2009.

SILVA, Osni Oliveira Noberto da. **Inclusão nas aulas de Educação Física**. Saarbrücken: Novas Edições Acadêmicas, 2015.

SILVA, Priscilla Menezes da. A invisibilidade da diferença: a questão da exclusão dos deficientes do mercado de trabalho. **AREL FAAR**, Ariquemes, RO, v. 2, n. 3, p. 22-41, set. 2014. Disponível em: [www.faar.edu.br › index.php › arel-faar › article › download › pdf_26](http://www.faar.edu.br/index.php/arel-faar/article/download/pdf_26). Acesso em: 04 maio 2020.

SILVA, Tomaz Tadeu da. Identidade e Diferença: impertinências. **Educação & Sociedade**, ano XXIII, no 79, Agosto/2002, p. 65-66.

SILVA, Tomaz Tadeu da; HALL, Stuart; WOODWARD, kathryn. **Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais**. 15ª ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

SKANK. Vou Deixar. **Cosmotron**, 2003.

SOMBRA, Luzimar A. **Educação e integração profissional de pessoas excepcionais: análise da Legislação**. 1983. Dissertação. Mestrado em Educação. UFRJ. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1983.

SONY PICTURES. **Ferrugem e Osso**. Direção: Jacques Audiard. França e Bélgica, 2013.

SOUSA, Neide Maria Fernandes Rodrigues de; NASCIMENTO, Ivany Pinto. A deficiência física: imagens de si. XI CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. EDUCERE, 2013. Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, de 23 a 26/09/2013. **Anais**. Disponível em: http://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2013/7931_6622.pdf/. Acesso em: 18 jul. 2018. p. 20336-20343.

SOUZA, Elizeu Clementino de. (Auto)biografia, identidades e alteridade: modos de narração, escritas de si e práticas de formação na pós-graduação. **Revista Fórum de Identidades**. Ano 2, Volume 4 – p. 37-50 – jul-dez de 2008.

SOUZA, Pedro Américo de. **O esporte na paraplegia e na tetraplegia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994.

SUASSUNA, Livia. Pesquisa qualitativa em Educação e Linguagem: histórico e validação do paradigma indiciário. **PERSPECTIVA**, Florianópolis, v. 26, n. 1, 341-377, jan./Jun. 2008. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/perspectiva/article/viewFile/10310/9576>. Acesso em: 03 set. 2018.

TEDESCO, João Carlos (org.). **Usos de memórias**. Passo Fundo: UPF, 2002.

TINEM, Nelci; BORGES, Lucia. **Ginzburg e o paradigma indiciário**. (S/D). Disponível em: <http://www.lppm.com.br/sites/default/files/livros/Ginzburg%20e%20o%20paradigma%20indici%C3%A1rio.pdf>. Acesso em: 03 set. 2018

TOMIO, Daniela; SCHROEDER, Edson; ADRIANO, Graciele Alice Carvalho. A análise microgenética como método nas pesquisas em educação na abordagem histórico-cultural. **Revista Reflexão e Ação**, Santa Cruz do Sul, v. 25, n. 3, p. 28-48,

Set./Dez. 2017. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/reflex/article/view/9525/pdf>. Acesso em: 05 set. 2018.

TRINDADE, Azoilda Loretto da. Do corpo da carência ao corpo da potência: desafios da docência. In: GARCIA, Regina Leite (org.). **O corpo que fala dentro e fora da escola**. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2009.

UEFS. **Plano de Desenvolvimento Institucional 2011 – 2015**. Feira de Santana: UEFS, 2013.

VACINAS. **Poliomielite**. 2020. Disponível em: <https://familia.sbim.org.br/vacinas/vacinas-disponiveis/vacinas-poliomielite>. Acesso em: 29 abr. 2020.

VEIGA-NETO, Alfredo. As idades do corpo: (material)idades, (divers)idades, (corporal)idades, (ident)idades... In: GARCIA, Regina Leite (org.). **O corpo que fala dentro e fora da escola**. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

VEIGA-NETO, Alfredo. Cultura, culturas e educação. **Revista Brasileira de Educação**. Nº 23. Maio/Jun/Jul/Ago, 2003.

VELOSO, Caetano. Oração ao Tempo. **Álbum Cinema Transcendental**. Verve, 1979.

VIANNA, Angel; CASTILHO, Jacyan. Percebendo o corpo. In: GARCIA, Regina Leite (org.). **O corpo que fala dentro e fora da escola**. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

VILLAS BÔAS, Lúcia Pintor Santiso. Teoria das representações sociais e o conceito de emoção: diálogos possíveis entre Serge Moscovici e Humberto Maturana. **Psicol. Educ.** n.19 São Paulo dez. 2004, p. 143-166. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psie/n19/n19a08.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2020.

VIOLA, Paulinho da. Pecado Capital. **Trilha Sonora da novela Pecado Capital**. Som Livre, 1975.

VYGOTSKY, Lev S. *Concrete Human Psychology*. **Soviet Psychology**. 1989, XXII, vol. 2, p. 53-77.

VYGOTSKY, Lev S. **Psicologia pedagógica**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

WACHELKE, João Fernando Rech; CAMARGO, Brígido Vizeu. Representações Sociais, Representações Individuais e Comportamento. **Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology** - 2007, Vol. 41, Num. 3 pp. 379-390. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rip/v41n3/v41n3a13.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2020.

WARNER BROS. **Como eu era antes de você**. Direção: Thea Sharrock. Roteiro: Jojo Moyes. Reino Unido, 2016.

WERNECK, Claudia. **Ninguém mais vai ser bonzinho na sociedade inclusiva.** Rio de Janeiro: Editora W.V.A., 1997.

WERNECK, Claudia. A busca para "TODOS". **Revista D+**. Ano IV, Nº 26, 2019. p. 20-22.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos.** Porto Alegre: Bookman, 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado/a como voluntário/a a participar da pesquisa “**O MEU CORPO SOU EU? – NARRATIVAS DE CADEIRANTES SOBRE A CONSTRUÇÃO DA IMAGEM CORPORAL**”, de autoria da doutoranda Carla Borges de Andrade e orientação do Professor Dr. Miguel Angel García Bordas, com os quais poderá manter contato através do endereço e telefones listados ao final deste termo.

O que justifica a realização deste estudo é a contribuição que o mesmo pode oferecer para o acervo de produções científicas sobre o tema, identificando novas possibilidades de compreensão da pessoa cadeirante e de seu processo de construção e desenvolvimento da imagem corporal.

O objetivo deste estudo é compreender como se dá o processo de construção da Imagem Corporal de cadeirantes a partir da aquisição da deficiência física, bem como as implicações desse processo para a sua vida cotidiana a partir dos sentidos e significados atribuídos por eles a essas mudanças, via narrativas autobiográficas.

Para a produção dos dados, você deverá participar de uma entrevista semiestruturada, cujo roteiro consta de 15 perguntas, a ser realizada entre os meses de junho e setembro de 2020, em data que lhe seja conveniente, junto com a pesquisadora que fará as perguntas e irá gravar as respostas utilizando um celular, bem como filmará o momento da entrevista através de uma Filmadora, mas sob nenhuma hipótese essas filmagens serão divulgadas, servindo apenas para análises científicas, com resultados por escrito. As questões são sobre suas experiências em relação à imagem corporal antes e após a aquisição da deficiência física. Você irá responder a essas perguntas no dia e horário que você puder, e o local será a sala do Núcleo de Educação Física e Esporte Adaptado (NEFEA), que se localiza no Parque Esportivo da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

O desconforto que você poderá sentir ao responder as perguntas da entrevista é ficar envergonhado/a por compartilhar informações pessoais ou confidenciais, sentindo-se incomodado/a em falar sobre a própria experiência corporal mediante a aquisição da deficiência. Caso isso ocorra, você pode optar por não responder às perguntas ou mesmo solicitar a interrupção da atividade.

No que se refere aos benefícios relacionados a sua participação direta no estudo, você irá contribuir para os estudos e ações extensionistas do NEFEA, de que você participa, a fim de que isso apresente reflexos na qualidade das atividades que são realizadas com os demais alunos. Além disso, com os resultados dessa pesquisa, esperam-se benefícios no sentido de ajudar a implementar novas discussões acerca da imagem corporal de cadeirantes, a partir da valorização de suas histórias de vida, socializando a forma como se percebem e se revelam socialmente.

Você será esclarecido/a sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar, e é livre para se recusar a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento, sem penalidade ou prejuízo. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo com garantia de

confidencialidade, privacidade e anonimato, se assim você desejar. Os resultados da pesquisa serão divulgados para a comunidade acadêmica e científica, mas você somente será identificado(a) nas publicações que possam resultar deste estudo se o expressar por escrito.

Uma cópia deste consentimento informado será fornecida a você e a outra ficará em minha posse por um tempo de 05 (cinco) anos, junto com o roteiro da entrevista desta pesquisa, sendo destruídos após esse período. Destacamos que para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira.

Ao final do estudo, você terá acesso aos resultados da pesquisa através de uma palestra a ser realizada na UEFS, cujo dia e horário serão divulgados a você, bem como através de uma cópia do relatório da pesquisa que lhe será entregue na mesma ocasião.

Caso se sinta esclarecido/a e concorde em participar deste estudo, assine este documento em duas vias

Feira de Santana, _____ de _____ de _____

Assinatura do participante

Assinatura da Pesquisadora Responsável

Dados dos pesquisadores:

Carla Borges de Andrade.

Endereço profissional: Universidade Estadual de Feira de Santana, Módulo VI, Departamento de Saúde (Colegiado do Curso de Educação Física). Avenida Transnordestina, s/n, bairro Novo Horizonte, Feira de Santana – BA.

Telefone de contato: (75) 3161-8234

Miguel Angel García Bordas.

Endereço profissional: Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Educação (FACED) (Secretaria da Pós-Graduação em Educação, 1º andar). Avenida Reitor Miguel Calmo, s/n. Campus Canela. Salvador – BA.

Telefone de Contato: (71) 3263-7263

APÊNDICE B – Roteiro da Entrevista Semiestruturada

ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

QUESTÕES:
1. Poderia me contar como foi que você adquiriu a deficiência física?
2. Antes de adquirir a deficiência física, quais eram as suas impressões sobre o próprio corpo? Você se lembra de alguma situação que exemplifique isso? Conte para mim.
3. Após adquirir a deficiência física, quais foram suas impressões sobre o seu corpo? Explique e, se possível, exemplifique narrando alguma situação relacionada.
4. Como você concebe o seu corpo hoje? Caso tenha vivido alguma experiência corporal recente, aproveite para contar como foi.
5. Como você sente que as outras pessoas concebem o seu corpo? Tem alguma situação vivida por você que queira me contar sobre isso?
6. Você acha que essa opinião dos outros sobre você interfere na forma como você se vê? Justifique e, se possível, exemplifique narrando alguma situação relacionada.
7. Antes de adquirir a deficiência, você tinha contato com cadeirantes? Se sim, como era essa relação?
8. O que você sentia ao ver um cadeirante? Lembra de alguma situação vivida sobre isso? Se sim, me conte como foi.
9. Há quanto tempo você é cadeirante?
10. Como foi a experiência e o que você sentiu ao se sentar numa cadeira de rodas pela primeira vez?
11. O que foi mais impactante para você: adquirir a deficiência física ou tornar-se cadeirante? Por quê?
12. Ao longo do tempo, essa percepção inicial sobre a cadeira de rodas se manteve ou se modificou? Explique e, se possível, narre alguma situação relacionada.
13. Hoje você se sente uma pessoa limitada ou com possibilidades? Explique narrando situações vividas por você.
14. Você acha que sua imagem corporal, que é a maneira como você vê o próprio corpo, influencia as suas atividades e relações cotidianas? Por quê? Poderia me contar alguma situação vivida por você em que isso fique evidenciado?
15. Como você responderia à pergunta: “o meu corpo sou eu?”

APÊNDICE C – Autorização da Instituição Proponente



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL DA INSTITUIÇÃO
PROPONENTE

Eu, MARIA CECÍLIA DE PAULA SILVA, matrícula siape 1166900, Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal da Bahia, estou ciente e autorizo a pesquisadora CARLA BORGES DE ANDRADE a desenvolver nesta instituição o projeto de pesquisa intitulado **O MEU CORPO SOU EU? – NARRATIVAS DE CADEIRANTES SOBRE A CONSTRUÇÃO DA IMAGEM CORPORAL**, o qual será executado em consonância com as Normas e Resoluções que norteiam a pesquisa envolvendo seres humanos, em especial a Resolução CNS 466/12 e 510/16. Declaro estar ciente de que a instituição proponente é corresponsável pela atividade de pesquisa proposta e executada pelos seus pesquisadores e dispõe da infraestrutura necessária para garantir o resguardo e bem-estar dos participantes da pesquisa.

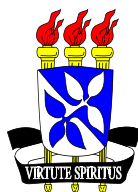
Salvador, 13 de março de 2020

.....
Coordenadora

Profa. Dra. Maria Cecília de Paula Silva
Coordenadora
PPGE/FACED/UFBA

Av. Reitor Miguel Calmon, s/n, Campus Canela - 40110-100 – Salvador/BA
71 3283-7264 | e-mail: pgedu@ufba.br | www.pgedu.faced.ufba.br

APÊNDICE D – Coleta de Dados

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**

FACULDADE DE EDUCAÇÃO – PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
EDUCAÇÃO

Av. Reitor Miguel Calmon, s/n, Campus Canela – 40.110-100 – Salvador – BA (71)
3283-7272

TERMO DE COMPROMISSO PARA COLETA DE DADOS

Título do projeto: **O MEU CORPO SOU EU? – NARRATIVAS DE CADEIRANTES
SOBRE A CONSTRUÇÃO DA IMAGEM CORPORAL**

Pesquisador responsável: CARLA BORGES DE ANDRADE (FACED/UFBA)
carlabajs@hotmail.com (75) 98101-1108

Orientador: MIGUEL ANGEL GARCÍA BORDAS (FACED/UFBA)
magbordas@gmail.com (71) 99901-2040

Os pesquisadores do projeto acima declaram estar ciente das normas, resoluções e leis brasileiras as quais normatizam a utilização de documentos para coleta de dados identificados, e assumem o compromisso de:

- I. Preservar a privacidade dos Participantes da pesquisa, cujos dados serão coletados;
- II. Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;

- III. Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o Participante da pesquisa da pesquisa.

Salvador, 12 de março de 2020.

Carla Borges de Andrade

Assinatura do responsável pelo projeto – Membro da Equipe Executora

Amir E. Bordas

Assinatura do orientador do projeto – Membro da Equipe Executora

APÊNDICE E – Declaração de não início

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**FACULDADE DE EDUCAÇÃO – PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
EDUCAÇÃOAv. Reitor Miguel Calmon, s/n, Campus Canela – 40.110-100 – Salvador – BA (71)
3283-7272**DECLARAÇÃO**

Declaro que não iniciarei a pesquisa do projeto: **O MEU CORPO SOU EU? – NARRATIVAS DE CADEIRANTES SOBRE A CONSTRUÇÃO DA IMAGEM CORPORAL** até a aprovação do projeto pelo comitê de ética.

Salvador, 12 de março de 2020.

Assinatura manuscrita em azul-escuro: Larla Borges de Andrade.

.....
Assinatura do responsável pelo projeto – Membro da Equipe Executora

ANEXOS

ANEXO A – Anuência

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA**

Autorizada pelo Decreto Federal nº 77.496 de 27/04/76 Reconhecida pela Portaria Ministerial nº 874/86 de 19/12/86 Recredenciada pelo Decreto nº 9.271 de 14/12/2004 Recredenciada pelo Decreto nº 17.228 de 25/11/2016


REITORIA**DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA**

A Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), declara anuência ao desenvolvimento do Projeto de Pesquisa intitulado “*O Meu Corpo Sou Eu? – Narrativas de Cadeirantes sobre a Construção da Imagem Corporal*” que tem como responsável a docente Carla Borges de Andrade.

O Projeto será executado em consonância com as normativas que regulamentam a atividade de pesquisa envolvendo seres humanos. Declaramos estar cientes de que a instituição é corresponsável pela atividade de pesquisa proposta e que dispomos da infraestrutura necessária para garantir a segurança e bem estar dos participantes da mesma.

Declaramos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução 466/2012 do CNS.

Feira de Santana/Ba, 14 de abril de 2020.


Evandro do Nascimento Silva
Reitor

Avenida Transnordestina, s/n – Novo Horizonte – CEP 44036-900 – Feira de Santana –
BA (75) 3161-8000

ANEXO B – Autorização da Instituição Coparticipante



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Eu, SILVIA DA SILVA SANTOS PASSOS, diretora do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana, declaro ter lido, conhecer e cumprir as resoluções éticas brasileiras, em especial a resolução CNS/CONEP 466/12 e 510/16. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do projeto de pesquisa intitulado **O MEU CORPO SOU EU? – NARRATIVAS DE CADEIRANTES SOBRE A CONSTRUÇÃO DA IMAGEM CORPORAL** e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa, dispondo de infraestrutura necessária para a segurança e bem-estar de todos.

Feira de Santana, 20 de março de 2020.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Silvia', is positioned above the typed name of the signatory.

Prof.^a Dr.^a Silvia da Silva Santos Passos
Diretora do Departamento de Saúde
Matrícula 71.538.798-5

Avenida Transnordestina, s/n – Novo Horizonte – CEP 44036-900 – Feira de Santana –
BA (75) 3161-8000