



Artigo Original

ADOLESCENTES E JOVENS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA ADQUIRIDA POR VIOLÊNCIA: REPRESENTAÇÕES SOBRE DEFICIÊNCIA

TEENS AND YOUNG PEOPLE WITH DISABILITIES PURCHASED PHYSICAL VIOLENCE: REPRESENTATIONS ABOUT DISABILITY

ADOLESCENTES Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD FÍSICA COMPRADO LA VIOLENCIA: REPRESENTACIÓN DE LA DISCAPACIDAD

Fabiana Paulino Alves¹, Inácia Sátiro Xavier de França², Gabriela Maria Cavalcanti Costa³, Maria Emília Limeira Lopes³, Rosilene Santos Baptista³

Objetivou-se compreender as representações sobre deficiência de adolescentes e jovens com deficiência física adquirida por violência. Tratou-se de pesquisa exploratória, descritiva, qualitativa, realizada nas UBSF de Campina Grande, período outubro de 2011 a fevereiro de 2012. No universo de treze sujeitos, nove se constituíram a amostra. Utilizou-se como instrumentos formulário e roteiro de entrevista semiestruturada. Nas entrevistas utilizou-se a Análise de Conteúdo Categórica Temática pautada na Teoria das Representações Sociais. Nos resultados, três categorias enunciaram-se: representações sobre a deficiência a partir das alterações anatomofuncional; representações dos sentimentos vivenciados com a deficiência e ausência da representação do termo deficiência. A deficiência física adquirida na adolescência ou juventude em decorrência da violência traz marca indelével, representando dificuldades e limitações biopsicossociais, comprometendo a qualidade de vida.

Descritores: Deficiência; Adolescente; Violência.

This study aimed to understand the representations of disability of adolescents and young people with disabilities acquired by violence. It was exploratory, descriptive, qualitative study was conducted in UBSF of Campina Grande, the period October 2011 to February 2012. In the universe of thirteen subjects, nine constituted the sample. Used as instruments form and semi-structured interviews. In the interviews we used the Content Analysis Categorical Theme ruled in the Theory of Social Representations. In the results, enunciated three categories are: representations on disability from anatomic changes; representations of feelings experienced disability and lack of representation of the term disability. The disability acquired in adolescence or youth as a result of violence brings indelible mark, representing biopsychosocial difficulties and limitations, compromising the quality of life.

Descriptors: Disabilities; Adolescent; Violence.

Este estudio tuvo como objetivo comprender las representaciones de la discapacidad de los adolescentes y jóvenes con discapacidades adquiridas por la violencia. Fue exploratorio, descriptivo, cualitativo, realizado en UBSF de Campina Grande, el periodo de octubre 2011 a febrero 2012. En el universo de trece temas, nueve constituyeron la muestra. Se utiliza como forma de instrumentos y entrevistas semi-estructuradas. En las entrevistas se utilizó el análisis de contenido categorial temático falló en la Teoría de las Representaciones Sociales. En los resultados, enunció tres categorías: representaciones sobre la discapacidad a partir de los cambios anatómicos, representaciones de discapacidad experimentado sentimientos, la falta de representación de la discapacidad a largo plazo. La discapacidad adquirida en la adolescencia o la juventud como consecuencia de la violencia trae marca indeleble, lo que representa dificultades biopsicossociales y limitaciones, lo que compromete la calidad de vida.

Descritores: Discapacidad; Adolescente; Violencia.

¹Enfermeira. Mestre pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Campina Grande, Paraíba, Brasil. E-mail:fabiana@elogicasistemas.com.br

²Enfermeira. Doutora. Professora da Universidade Estadual da Paraíba. Pesquisadora do CNPq. Campina Grande, Paraíba, Brasil. E-mail: inacia.satiro@gmail.com

³Enfermeira. Doutora. Professora da Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande, Paraíba, Brasil. E-mails: gabymcc@bol.com.br, mlimeiralopes@yahoo.com.br, rosilenesbaptista@gmail.com

Autor correspondente: Fabiana Paulino Alves

Rua Francisco Afonso de Albuquerque, 309. Alto Branco, Campina Grande, Paraíba, Brasil. CEP: 58401-748. E-mail: fabiana@elogicasistemas.com.br.

INTRODUÇÃO

Para o Ministério da Saúde (MS) atualmente a violência vem sendo disseminada de várias formas, tornando-se quase impossível precisar suas causas e propor medidas eficazes para sua extinção. Esta questão se torna mais complexa quando as agressões são dirigidas à população infanto-juvenil⁽¹⁾. Estudos epidemiológicos e sociológicos têm mostrado que é principalmente na fase da adolescência e juventude que essa temática é mais evidenciada, situando essas pessoas tanto como agressoras, quanto como vítimas⁽²⁾.

O adolescente sofre influências culturais e sub-cultura, da família e dos companheiros com complexas mudanças para o seu desenvolvimento, o que caracteriza essa fase da vida como um período de vulnerabilidade física, psicológica e social⁽³⁾. Nessa idade, é comum a busca de novas referências e experiências, o que predispõe os indivíduos a adotar atitudes de risco e exposição às causas externas - acidentes e violências⁽⁴⁾.

No Brasil, afirma-se que as violências e os acidentes são a terceira causa de morte, e entre adolescentes representam a primeira causa de óbito. Em 2011, o Sistema Único de Saúde atendeu 128.316 pacientes entre 10 a 19 anos. Destes, 16.050 foram a óbito⁽⁵⁾. As vítimas dessa violência são, em maior proporção, do sexo masculino, e as causas do agravo são as quedas, os acidentes de trânsito ou os choques contra objetos inanimados⁽⁶⁾.

Acrescente-se que, dentre os processos de restrição e limitação impostos pela violência física se encontra a deficiência física adquirida que se configura como consequência não fatal dessa violência⁽⁷⁾. Nos casos de morbidade, os traumatismos não fatais e com sequelas representam grande impacto (em longo prazo), repercutindo na família e na sociedade, penalizando

crianças e adolescentes em plena fase de crescimento e desenvolvimento. Repercutem também em custos sociais, econômicos e emocionais⁽⁸⁾.

No Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) a Paraíba registrou no período de janeiro de 2008 a maio de 2011, entre as faixas etárias de 10 a 24 anos, 1.640 internações por causas externas relacionadas à violência física, sendo as categorias de causas: agressão, arma de fogo, objeto cortante, penetrante ou contundente⁽⁵⁾.

O impacto causado pela deficiência física (DF) 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⁽⁹⁾.

Dentre essas mudanças inclui-se o olhar que o sujeito formula sobre si mesmo, ou seja, como ele se percebe após a DF adquirida, constituindo para si uma "nova identidade", sendo esta elaboração influenciada pelas experiências e reações manifestadas por fatores internos (estruturas psíquicas, padrões de comportamento prévios à lesão, características e traços pessoais) e fatores externos (condições socioeconômicas, políticos, culturais, escolaridade, entre outros)⁽¹⁰⁾. Dessa forma, quando o indivíduo é socialmente considerado diferente carrega consigo as marcas da alteridade que o distancia 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⁽¹¹⁾.

Partindo-se dessas premissas, o objetivo do estudo foi compreender as representações de adolescentes e jovens com deficiência física decorrente de violência sobre a deficiência, sendo pertinente o seguinte questionamento: Qual a representação da

deficiência construída por adolescentes e jovens que adquiriram uma deficiência física em decorrência de violência física?

Acredita-se na pertinência desse estudo, uma vez que se busca compreender para contribuir com o processo de reabilitação e reinserção social desses jovens cidadãos, visando a qualidade de vida.

MÉTODO

Tratou-se de pesquisa exploratória, descritiva, qualitativa, apoiada na Teoria das Representações Sociais (RS), que se apresentam como importante suporte teórico nas pesquisas qualitativas.

As RS emergem das interações e comportamentos coletivos, mediadas pelas ciências, as religiões e as ideologias sociais, por meio de um movimento que consiste em transformar o não familiar em familiar. Essa transformação ocorre devido a dois mecanismos: ancoragem – um processo que consiste em classificar e dar nome a algo ou alguém que não se consegue avaliar ou descrever, encaminhando-o do anonimato perturbador (não familiar) ao conhecido (familiar); e objetivação – processo de descoberta da qualidade icônica de uma ideia. Ou seja: é a reprodução de um conceito em uma imagem⁽¹²⁾. Pela significância destes pressupostos teóricos metodológicos é que se definiu a escolha da referida teoria para embasar a análise e interpretação dos dados.

O cenário da pesquisa foi o município de Campina Grande, na Paraíba, sendo a coleta realizada no período de outubro de 2011 a fevereiro de 2012, junto às Equipes de Saúde da Família, da zona urbana e mista (zona urbana com cobertura também de zona rural). Tal estratégia permitiu que fossem identificados os sujeitos investigados, a partir dos dados de registro da ficha A – condição referida - Deficiência (DEF) e do conhecimento

dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde sobre os indivíduos/famílias residentes na sua microárea de atuação.

Foi realizado levantamento censitário nas 57 UBSF, compostas por 85 equipes (zona urbana e mista). Foram identificados em 11 unidades de saúde 13 sujeitos (entre adolescentes e jovens), que se enquadraram no perfil pesquisado, estabelecido nos critérios de inclusão. A amostra, retirada deste censo, foi não probabilística, composta por nove indivíduos que se enquadraram nos critérios de inclusão e exclusão, estabelecidos na pesquisa.

Os critérios de inclusão adotados foram: ser usuário (a) cadastrado (a) na área de abrangência das Unidades Básicas Saúde da Família da zona urbana e mista; ter idade entre 10 a 24 anos; apresentar deficiência física em virtude de violência sofrida há, no mínimo, seis meses. Como critério de exclusão considerou-se: déficit cognitivo ou de fala que impossibilitasse a realização da entrevista; ausência do participante na área de residência durante período de coleta de dados. Nesse sentido, quatro sujeitos foram excluídos, sendo os critérios: dois por motivo de estarem fora da área de abrangência no período da coleta de dados, um por ter adquirido a deficiência física a menos de seis meses e um por apresentar comprometimento da fala (afonia) em decorrência do problema sofrido (Trauma encefálico), impossibilitando responder a entrevista.

Utilizou-se dois instrumentos para coleta de dados, um formulário contendo variáveis sobre dados sociodemográficos e um roteiro de entrevista semiestruturado, com ordem preestabelecida, elaborada de acordo com o objetivo da pesquisa, sendo adaptado quando necessário, no momento da entrevista que foi gravada (gravador digital no formato MP4). A coleta de

dados foi realizada por meio da visita domiciliar, com acompanhamento do Agente Comunitário de Saúde. Foi solicitada assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos sujeitos e ao responsável do menor de 18 anos.

Os dados do formulário foram analisados pela interpretação e expressividade e apresentados de forma discursiva. Para os dados das entrevistas (transcritas) utilizou-se a Análise de Conteúdo Categórica Temática, pautado na Teoria das Representações Sociais. Inicialmente realizou-se uma leitura flutuante de cada entrevista, seguida de uma leitura mais detalhada, destacando palavras centrais, assim consideradas por representar os núcleos dos sentidos coadunáveis com as perguntas norteadoras. Na fase de exploração do material realizou-se a codificação dos dados em bruto através da escolha das unidades (recorte), da enumeração (frequência) e agregação às unidades recortadas, buscando identificar a representação/expressão do conteúdo⁽¹³⁾. Desse modo, identificaram-se três categorias denominadas de acordo com o sentido contido nos recortes das falas dos sujeitos.

A partir desta organização ocorreu a interpretação dos resultados embasada no referencial teórico. Buscou-se nesta fase retornar ao objetivo da pesquisa para definir claramente a representação dos participantes do estudo acerca da deficiência.

Respeitaram-se as diretrizes da Resolução 196/96, sendo o projeto aprovado pelo protocolo CEP nº 1912.0.000.133. Para a garantia do anonimato dos participantes, os mesmos foram identificados pela letra E do termo entrevistado, seguido do número da sequência da realização da entrevista 1, 2, 3... acrescida da letra A para designar os adolescentes ou da letra J

para designar os jovens, se constituindo: E 1 A, E 2 A, E 3 J, até o número final de entrevistados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil sociodemográfico

Todos os sujeitos eram do sexo masculino, sendo de cor parda (dois) e branca (sete). Cinco sujeitos estavam na fase da adolescência com idade entre 16 a 19 anos e quatro na fase da juventude com idade de 23 e 24 anos. O maior tempo de ocorrência da deficiência física adquirida registrada foi de seis anos e o menor tempo de sete meses.

O grau de escolaridade dos participantes foi considerado baixo, visto que dois tinham o ensino fundamental I incompleto (adolescentes), quatro cursaram o fundamental I completo (três jovens e um adolescente), dois tinham o ensino fundamental II incompleto (adolescentes) e apenas um (jovem) estava em formação superior.

Quanto ao estado civil, cinco se declararam solteiros. Dois jovens relataram que tiveram namoradas e/ou companheiras cujos relacionamentos já haviam terminado antes da ocorrência da deficiência. Um adolescente e um jovem são casados no civil, dois jovens têm união estável. Esses relataram já existir a convivência conjugal antes da ocorrência da deficiência física, não tendo esse fato interferido na relação.

Nesse estudo, a religião professada pela maior parte dos sujeitos foi a evangélica, seguida da religião católica. E ainda um menor número declarou-se sem religião. Dentre os sujeitos que declararam ter religião apenas um (adolescente evangélico) referiu frequentar a igreja, sendo esta prática adotada após a ocorrência da violência.

A falta de qualificação técnica formal foi um fato identificado entre os sujeitos pesquisados. As ocupações relatadas foram: vendedor em domicílio, vendedor ambulante, policial militar, mecânico, operador de máquinas, operador de acabamento e tratador de animais. Dois sujeitos disseram não ter ocupação. No momento, um adolescente relatou continuar com sua atividade laboral (tratador de cavalos) e estudando; outro jovem retornou ao estudo cinco dias após o ocorrido (ato de violência sofrido), mas ainda permanece com atestado que o afasta da função laboral (policial militar); ambos os sujeitos tiveram como comprometimento físico a monoparesia, o que possibilitou o retorno às atividades de estudo e laboral. Os demais sujeitos não desenvolvem atividades de estudo ou laboral após a deficiência física adquirida, visto que o comprometimento foi de ordem da locomoção (paraplegia e tetraplegia), estando estes aposentados ou com benefício social.

Em relação à renda familiar dos sujeitos, cinco relataram ter como renda o valor de um salário mínimo (R\$ 545,00 – referente ao período de coleta de dados), essa renda é proveniente de dois casos de aposentadoria e se constitui na renda da família por se tratar de jovens com relação conjugal. E três casos provenientes de benefício social, sendo que para um dos jovens representa a renda familiar com a qual sustenta sua família. Dois adolescentes relataram que a renda da sua família é menor que um salário mínimo, desses, um iniciou cadastro no benefício social e o outro não apresenta indicação para o referido benefício (segundo o relato). Um dos adolescentes relatou que a família possui renda de três salários mínimos e, apenas um jovem possui renda familiar de mais de cinco salários mínimos, sendo o caso do jovem com maior nível de escolaridade.

O perfil sociodemográfico identificado nesse estudo corrobora com vários estudos relacionados à morbidade por violência, em que os envolvidos têm como perfil, ser jovem, de baixa renda, baixa escolaridade, e conseqüentemente, sem qualificação técnica formal e que, em sua maioria, tem envolvimento com ações violentas (brigas, roubos, uso de arma de fogo), uso de drogas e álcool^(7,14).

Representações sobre deficiência

Com o intuito de conhecer a representação dos adolescentes e jovens acerca da deficiência física adquirida por um ato de violência física sofrida, buscou-se saber qual a compreensão que eles têm sobre "deficiência". Para tanto formulou a seguinte questão: Para você o que é deficiência?

De certo modo, a representação dos adolescentes e jovens sobre o termo "deficiência" está diretamente relacionada à vivência singular, que representa apenas um tipo de deficiência, a "deficiência física". Definem o termo deficiência a partir das características da deficiência física apresentada, ou seja, só é percebido aquilo que se sente, sendo essa compreensão formulada a partir do próprio tipo de deficiência adquirida, representando uma visão individualista. Diante da vivência as percepções sobre os termos deficiência e deficiência física se confluem/convergem num mesmo significado.

Essa compreensão remete ao conceito da própria palavra deficiência utilizada desde os tempos bíblicos, em que o sujeito denominado de aleijado era visto como alguém doente, cuja morbidade, acreditada como castigo divino, destinava-se à expiação dos seus pecados para que, só assim, alcançasse a salvação. A crença que o benefício da salvação era estendido a quem cuidasse dos enfermos, contribuía para que a

discriminação que lhe era imputada se misturasse com o sentimento de piedade e a prática da caridade⁽¹⁵⁾.

Embora ao longo dos anos muitas outras definições tenham sido postas para o termo deficiência, observa-se que na atualidade, seu uso coloquial ainda está arraigado da conotação de falha, de um defeito físico de uma determinada parte do corpo, assim como de "carga, peso e preconceito" que traz para a vida do sujeito, sendo estas palavras identificadas na fala de alguns adolescentes, através das expressões: *Para mim? Um defeito, um... sei lá! Um defeito! Para mim é um defeito!* (E 7 A). *No primeiro dia em que eu cheguei, fui chamado de aleijado! ... pelo meu irmão! (bem enfático!). No primeiro dia não! Com uns dias depois ele chegou aqui falando... (parou, continuou) ele chegou falando ... e eu não gostei ... e aí eu me alterei também!* (E 9 A).

Essas falas representam a deficiência física mediante o olhar e a fala dos outros, o qual influencia na sua compreensão sobre o termo deficiência. Estes "se sentem" e "percebem ser vistos" pela sociedade como um ser humano defeituoso, aleijado.

Esta compreensão corrobora com a abordagem socioantropológica sobre o processo de construção da identidade individual em que o sujeito em ação precisa aprender a lidar com elementos objetivos, subjetivos, materiais e simbólicos para, só assim, instituir, para si, um sistema de compensação moral que o capacite a suprir a desigualdade física, resgatar sua dignidade e facilitar sua inclusão social. Dessa forma, quando a pessoa conhecedora de sua diferença, corporificada 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 e, conseqüentemente, romper com o referencial de identificação durante as interações sociais⁽¹⁶⁾.

No entanto, a transformação pode se apresentar como não metamorfose, quando o indivíduo apenas reproduz a identidade posta pelas imposições e atribuições do meio social⁽¹⁰⁾. Percebe-se, portanto, que nesse momento da vida dos sujeitos a característica marcante que se apresenta como referência para sua identidade (como se vê) na sociedade (como o veem) é a deficiência física adquirida, ou seja, o "defeito" que apresentam, influenciando a representação que cada um tem sobre sua deficiência e na concepção do termo deficiência.

A partir da análise das falas dos sujeitos, foram identificadas três expressões que definem as representações dos adolescentes e jovens sobre o termo deficiência, sendo estas descritas nas categorias, a seguir:

Categoria I – Representação da deficiência considerando a alteração anatomofuncional

Para alguns entrevistados a representação da deficiência é atribuída a uma alteração "anatomofuncional", assim identificada: impossibilidade de se locomover; redução e limitação da capacidade física; e até mesmo um defeito. Sobre essa representação, relataram: *Deficiência é um termo de locomoção que...vai depender de acordo com cada um, porque a deficiência só é de... só complica na locomoção, na convivência, no cotidiano... não complica em nada não!* (E 1J). *Uma redução da capacidade física e... acho que você sai do automatismo de algumas atividades para passar a fazer um esforço na realização de algumas atividades cotidianas* (E 3 J). *Deficiência para mim é não andar! Já é tudo! Só!* (E 5 J).

Para esses sujeitos, adolescentes e jovens, a deficiência se constitui em uma limitação física do indivíduo. Para os casos relatados as limitações estão associadas à impossibilidade de andar ou a limitação em realizar uma atividade que exija o esforço físico/ motor, que foi afetado e/ou comprometido, conforme o grau da

lesão sofrida. O fato de não poder mais andar implica em várias limitações na vida, de modo que a limitação física tanto anatômica quanto funcional significa a compreensão destes sobre o termo deficiência.

Esta representação corrobora os relatos autobiografados de um escritor, onde foi verificado que a primeira percepção e preocupação da pessoa que adquire uma DF, principalmente decorrente de uma lesão medular, estão relacionadas à incapacidade de andar e a paralisação dos movimentos físicos. Essas condições muitas vezes são encaradas como a impossibilidade de transitar com autonomia e liberdade⁽¹⁰⁾.

Categoria II – Representação acerca dos sentimentos vivenciados com a deficiência adquirida

Esse nível de representação do termo deficiência só é apreendido por aqueles que a vivenciam dia a dia. A compreensão da deficiência é abordada a partir da significância (relevância, valor, importância) desta para o sujeito, visto que apenas as pessoas com deficiência podem "sentir" o que esta condição representa de fato. Diferentemente da representação da deficiência considerando alteração anatomofuncional, onde é possível ver ou tocar a deficiência e a partir de então descrever sua representação. A representação acerca dos sentimentos vivenciados com a deficiência adquirida se constitui em uma compreensão possível apenas aos que vivenciam a deficiência, visto ser originada no seu subconsciente, formulada tão somente pelo que se sente, sendo as expressões identificadas: *Assim, chato! A pessoa não se sente bem... muito ruim... (E 2 A). Porque já vi minha tia deficiente, uma tristeza! Para quem é novo, é tristeza maior ainda ... tristeza! (E 6 A). A pessoa não faz tudo que quer! É muito ruim! (E 4 J). A pessoa fica sem defesa; só isso mesmo (E 8 A).*

Pode-se inferir que, em relação a representação acerca dos sentimentos vivenciados com a deficiência adquirida, esses adolescentes e jovens representam o termo deficiência com significados negativos como algo ruim, chato, triste, sensação de indefeso.

Embora os significados das representações nessa categoria se aproximem da mesma representação da deficiência anatomofuncional por significar a "limitação" do ser humano de andar, de ir e vir, de poder se locomover para onde desejar, na categoria da representação acerca dos sentimentos vivenciados significa a castração/limitação de várias possibilidades e realizações de desejos na sua vida, comprometendo sua qualidade de vida, se configurando na 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.

A aquisição da DF traz para as pessoas a necessidade de politização acerca da vivência da deficiência; autonomia e apoio; acesso e direitos. Em se tratando das necessidades de saúde, os sujeitos precisam de ações integrais e intersetoriais que lhes assegure "acesso; apoio psicossocial; autonomia e independência; dispensação de equipamentos e dispositivos de tecnologia assistiva; informação/orientação; prevenção/diagnóstico precoces; reconhecimento e garantia de direitos; validação e ajuda na construção de estratégias próprias de enfrentamento; vínculo com profissional de saúde"^(17: 219).

Categoria III – Ausência da representação do termo deficiência

A ausência da representação sobre o termo deficiência foi relatado por um dos sujeitos. Nesse caso, não houve ainda a aceitação/apropriação do sujeito da

condição que vivencia, impedindo-o até mesmo de expressar sua compreensão sobre o termo solicitado. Deste modo, assim fala: *Deficiência para mim agora? Não sei de nada, no momento sou muito novo, mas ... É porque faz pouco tempo que aconteceu isso comigo, eu não sei praticamente de nada sobre deficiência! Fica muito difícil a resposta!* (E 9 A).

No ciclo de vida (do nascimento a morte), o ser humano vivencia momentos de ganhos e perdas, decorrentes dos processos de relações sociais como, mudanças da escola, de moradia, de amigos, independência dos pais, novas relações sociais decorrentes das várias mudanças vividas. O modo como uma pessoa enxerga o que seja 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⁽¹⁸⁾.

Na análise dessas três categorias as representações dos sujeitos sofrem a influência de dois fatores, a idade atual e o tempo do ocorrido. No fator idade os adolescentes expressam uma compreensão mais relacionada às questões emocionais, a uma representatividade voltada para os sentimentos negativos que envolvem o fato ocorrido, o que pode ser justificado pela imaturidade cognitiva/emocional, próprias desta fase da vida. Enquanto os jovens relacionam a questões mais conceituais direcionadas ao fato em si, a alteração anatomofuncional, devido apresentarem um melhor potencial de amadurecimento cognitivo / emocional em relação ao adolescente.

O fator tempo do ocorrido contribui com a melhor aceitação/conformação da situação vivenciada, influenciando na compreensão do sujeito sobre o termo deficiência (mesmo que apenas da DF), assim como no enfrentamento dos problemas decorrentes da deficiência. Entretanto, estes dois fatores não atuam da mesma forma em todos os sujeitos.

Esta mesma inferência foi evidenciada em pessoas que adquiriram uma lesão medular, onde o tempo decorrente entre a lesão e o período de realização do estudo evidenciou uma possível adaptação e conhecimento sobre os impactos gerados pela lesão medular, visto que possibilitou ao sujeito a reconstrução da finalidade e dos objetivos da própria vida, a partir do modo como enfrenta as complicações decorrentes da DF adquirida; sendo este tempo diferente para cada indivíduo, a depender de fatores como idade, apoio da família, da formação prévia, das causas da lesão, entre outras⁽⁹⁾.

Ressalte-se que no momento em que as instâncias oficiais de saúde buscam definir e padronizar uma terminologia da deficiência, se ganha sentido quando "se dá voz a essas pessoas e permite-se perceber que os termos para se referir à deficiência são carregados de significados decorrentes de um processo interpretativo acerca dessa condição"^(16:112). Deste modo, relevante se faz o conhecimento expresso pelas pessoas com deficiência sobre o termo deficiência.

Apesar da relevância dos dados obtidos, este estudo apresenta limitações devido ao reduzido número de participantes da pesquisa não permitindo realizar generalizações a respeito das representações. É mister esclarecer que algumas Microáreas estavam descobertas (sem acompanhamento do ACS), inviabilizando a identificação do sujeito pesquisado. Outrossim, a literatura versando sobre a temática é insipiente, prejudicando a comparação analítica, mais aprofundada, dos resultados desse estudo com aqueles de outros autores.

Considera-se que, no local desse estudo, o processo de reabilitação dos sujeitos, inclusive com sua reintegração social, apresenta lacunas relacionadas com a oferta de serviços públicos para este tipo de

atendimento. Esta situação pode estar se repetindo em outras localidades distantes dos centros de reabilitação. Essa possibilidade chama atenção para que estudos semelhantes a este sejam realizados com um número maior de sujeitos de forma a possibilitar generalizações e o consequente investimento na interiorização das ações e do conhecimento em torno de reabilitação multiprofissional às pessoas com deficiência.

CONCLUSÕES

Os adolescentes e jovens percebem a deficiência e a deficiência física como um mesmo significado, representando uma compreensão individualista. Embora, somente a pessoa com deficiência possa descrever concretamente o significado dessa palavra, essa compreensão remete a uma dificuldade de sentir-se como cidadão dentro de uma determinada sociedade. Considerando que a situação em que os sujeitos se encontram é definitiva, se faz necessário que a compreensão se aproprie da aceitação de seu corpo de modo a facilitar os processos de enfrentamento que tendem a vivenciar, sejam eles individuais ou coletivos.

As consequências geradas por uma deficiência física adquirida em qualquer fase da vida trazem repercussões de ordem biopsicossociais. No entanto, na fase da adolescência e juventude, essa se torna mais severa em virtude do sujeito ainda não apresentar 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.

As repercussões da deficiência física representaram para os sujeitos, do ponto de vista anatomofuncional, a perda de autonomia e liberdade, em um momento da vida onde os pares estão no auge dessa condição. O resgate pessoal dessa condição de

liberdade nem sempre se apresenta como horizonte possível para estes sujeitos.

Compete aos profissionais de saúde praticar o acolhimento e escuta ativa das demandas desses usuários, assim como atuar como agentes de propulsão e orientação nas lutas em busca de melhor qualidade de vida. Ao gestor social e da saúde compete a viabilização de políticas públicas acessíveis a esse grupo populacional, que ao perder a autônoma e liberdade, perde, também, a cidadania.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações Programáticas Estratégicas. Saúde do Adolescente: competências e habilidades. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
2. Weiselfisz JJ. Mapa da violência 2012: crianças e adolescentes do Brasil. 1ª ed. Rio de Janeiro: FLACSO Brasil; 2012.
3. Davim RMB, Germano RM, Menezes RMV, Carlos DJD. Adolescente/adolescência: revisão teórica sobre uma fase crítica da vida. Rev Rene. 2009; 10(2):131-40.
4. Malta DC, Mascarenhas MDM, Bernal RTI, Andrade SSCA, Neves ACM, Melo E et al. Causas externas em adolescentes: atendimentos em serviços sentinelas de urgência e emergência nas Capitais Brasileiras - 2009. Ciênc Saúde Coletiva. 2012; 17(9):2291-304.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
6. Franciozi CES, Tamaoki MJS, Araújo EFA, Dobashi ET, Utumi CE, Pinto JA, et al. Trauma na infância e adolescência: epidemiologia, tratamento e aspectos econômicos em um hospital público. Acta Ortop Bras. 2008; 16(5):261-5.

7. França ISX, Coura AS, França EG, Basílio NNV, Souto RQ. Qualidade de vida de adultos com lesão medular: um estudo com WHOQOL-bref. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(6):1364-71.
8. Cavalcanti AL, Martins VM, Lucena RN, Granville-Garcia AF, Menezes VA. Morbidade por causas externas em crianças e adolescentes em Campina Grande, Paraíba. *Arq Catarin Med*. 2008; 37(3):27-33.
9. Schoeller SD, Bitencourt RN, Leopardi MT, Pires DP, Zanin MTB. Mudanças na vida das pessoas com lesão medular adquirida. *Rev Eletr Enf [periódico na Internet]*. 2012 [citado 2012 ago 12]; 14(1):95-103. Disponível em:
<http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/v14n1a11.htm>.
10. Fecho MB, Pacheco KMB, Kaihama HN, Alves VLR. A repercussão da lesão medular na identidade do sujeito. *Acta Fisiátr*. 2009; 16(1):38-42.
11. França ISX, Pagliuca LMF. Social inclusion of disable people: achievements, challenges and implications for the nursing area. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(1):178-85.
12. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. 5ª ed. Petrópolis: Vozes; 2009.
13. Bardin L. Análise de Conteúdo. Ed. Lisboa: Edições 70; 2009.
14. Pierobon M, Barak M, Hazrati S, Jacobsen KH. Consumo de álcool e violência entre adolescentes argentinos. *J Pediatr [periódico na internet]*. 2013 [citado 2013 mai 13]; 89(1):100-7. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572013000100015&lng=en.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2013.02.015>
15. França ISX, Sousa FS, Baptista RS, Pagliuca LMF. Políticas públicas e inclusão da pessoa com deficiência. In: Figueiredo NMA, Machado WCA. *Tratado de cuidados de enfermagem*. 1ª ed. São Paulo: Roca; 2012. p. 2605-35.
16. Martins JÁ, Barsaglini RA. Aspectos da identidade na experiência da deficiência física: um olhar socioantropológico. *Interface*. 2011; 15(36):109-22.
17. Othero MB, Ayres JRCM. Necessidades de saúde da pessoa com deficiência: a perspectiva dos sujeitos por meio de histórias de vida. *Interface [periódico na internet]*. 2012 [citado 2013 mai 14]; 16(40):219. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000100017&lng=en&tlng=pt.
10.1590/S1414-32832012005000010.
18. Yancey VA. Experiência de perda, morte e luto. In: Potter PA, Perry AG. *Fundamentos de Enfermagem*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009. p. 461-8.

Recebido: 27/03/2013
Aceito: 28/05/2013