



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

CARLOS VINICIUS GOMES MELO

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DE PESSOAS NEGRAS E COM
DEFICIÊNCIA FRENTE AO DUPLO ESTIGMA

Salvador
2014

CARLOS VINICIUS GOMES MELO

**ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DE PESSOAS NEGRAS E
COM DEFICIÊNCIA FRENTE AO DUPLO ESTIGMA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof^o. Dr^o. Marcos Emanuel Pereira

Salvador
2014

Melo, Carlos Vinicius Gomes

M528 Estratégias de enfrentamento de pessoas negras e com
deficiência frente ao duplo estigma. – 2014.
186 f.: il.

Orientador: Prof^o Marcos Emanuel Pereira
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia.
Instituto de Psicologia, Salvador, 2014.

1. Estigma (Psicologia social). 2. Ajustamento (Psicologia).
3. Raça negra. 4. Deficientes. I. Pereira, Marcos Emanuel
II. Universidade Federal da Bahia. Instituto de Psicologia.
III. Título.

CDD: 305.40981

TERMO DE APROVAÇÃO

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DE PESSOAS NEGRAS E COM
DEFICIÊNCIA FRENTE AO DUPLO ESTIGMA

Carlos Vinicius Gomes Melo

BANCA EXAMINADORA:

Profº. Drº. Marcos Emanuel Pereira (Orientador)
Universidade Federal da Bahia

Profº. Drº. Alessandro de Oliveira dos Santos
Universidade São Paulo

Profº. Drº. José Carlos Ribeiro
Universidade Federal da Bahia

Dissertação defendida e aprovada em / /

Vou aprender a ler, pra ensinar os meus camaradas!

Palmares 1999

Natirut's

A cultura e o folclore são meus
Mas os livros foi você quem escreveu
Quem garante que palmares se entregou
Quem garante que Zumbi você matou
Perseguidos sem direitos nem escolas
Como podiam registrar as suas glórias
Nossa memória foi contada por vocês
E é julgada verdadeira como a própria lei
Por isso temos registrados em toda história
Uma mísera parte de nossas vitórias
É por isso que não temos sopa na colher
E sim anjinhos pra dizer que o lado mal é o candomblé
A energia vem do coração
E a alma não se entrega não
[...]
A influência dos homens bons deixou a todos ver
Que omissão total ou não
Deixa os seus valores longe de você
Então despreza a flor zulu
Sonha em ser pop na zona sul
Por favor, não entenda assim
Procure o seu valor ou será o seu fim
Por isso corre pelo mundo sem jamais se encontrar
Procura as vias do passado no espelho mas não vê
E apesar de ter criado o toque do agogô
Fica de fora dos cordões do carnaval de Salvador.

Milagres do Povo

Caetano Veloso

Quem é ateu e viu milagres como eu
 Sabe que os deuses sem Deus
 Não cessam de brotar, nem cansam de esperar
 E o coração que é soberano e que é senhor
 Não cabe na escravidão, não cabe no seu não
 Não cabe em si de tanto sim
 É pura dança e sexo e glória, e paira para além da história
 Ojuobá ia lá e via
 Ojuobahia
 Xangô manda chamar Obatalá guia
 Mamãe Oxum chora lagrimalegria
 Pétalas de lemanjá lansã-Oiá ia
 Ojuobá ia lá e via
 Ojuobahia
 Obá
 É no xaréu que brilha a prata luz do céu
 E o povo negro entendeu que o grande vencedor
 Se ergue além da dor
 Tudo chegou sobrevivente num navio
 Quem descobriu o Brasil?
 Foi o negro que viu a crueldade bem de frente
 E ainda produziu milagres de fé no extremo ocidente
 Ojuobá ia lá e via
 Ojuobahia
 Xangô manda chamar Obatalá guia
 Mamãe Oxum chora lagrimalegria
 Pétalas de lemanjá lansã-Oiá ia
 Ojuobá ia lá e via
 Ojuobahia
 Obá
 Ojuobá ia lá e via
 Quem é ateu...

AGRADECIMENTOS

Neste momento de conclusão deste trabalho, é muito gratificante. Há um misto de sentimentos, sensações e cognições, eu gostaria de agradecer imensamente a todos os que participaram deste projeto, direta ou indiretamente.

Primeiramente, à minhas *Imagines Matris*, Antonina, Zélia e Amélia (minhas amadas mães), me nutrindo com todo o tipo de suporte que necessito. Ao meu pai, Veloso, por me permitir existir.

Ao meu orientador e agora amigo Prof. Marcos Emanuel, que me disponibilizou ter acesso ao seu grande arcabouço de conhecimento e de percepção da ciência psicológica. Agradeço, em especial, pois nesta reta final mesmo em outro continente sempre se fez presente.

À própria ciência psicológica, por onde decidi seguir caminho aos 15 anos de idade com o intuito de auxiliar as pessoas no seu autoconhecimento e que cada vez mais tem sido um grande combustível para o meu viver.

Aos professores e funcionários do Programa de Pós-graduação de Psicologia da UFBA, por auxiliarem sempre com prontidão nesta jornada, especialmente a José Carlos Ribeiro, Elza Techio, Antônio Virgílio, Ivana e Henrique.

Ao Prof. Dr. Alessandro Santos, que logo se prontificou a fazer parte desta empreitada.

A toda a minha família, por ter sempre bons espelhos para me mirar. Aos aqui presentes e aos ancestrais, que são os ramos da raiz da árvore que sou.

Aos meus amigos irmãos, Valter da Matta e Altair Paim que contribuíram muito para este trabalho. À Marilda Castelar, Alessandra Almeida e Rosângela Castro pelas nossas lutas. A Joely Umburana pelo cuidado. A Gilcimar Dantas e Zélia Fernandes pelo companheirismo nestas nossas jornadas dissertativas. Às amigas e amigos da ANPSINEP, pela preciosidade de nosso trabalho.

Ao trem para as estrelas: mim, Izabel de Fátima, Marlon Marcos e Raphael Cloux.

À Neuzimar Trindade, pela amizade e confiança no trabalho na ANIMAPSI. À Sara, Emanuele, Ezequiel, Rita e aos amigos da ARD-FC pelo trabalho belo e sério, mas também divertido.

À minha equipe, Guilherme Silva e Deilton José, necessária nos momentos de descontração.

A todos os meus amigos e amigas que estiveram do meu lado durante este período e também os que não puderam estar.

Aos voluntários entrevistados nesta pesquisa, pela sua disponibilidade e paciência para comigo.

As todas as pessoas negras e com deficiências, pois são verdadeiras guerreiras.

A todas as denominações e manifestações da(s) força(s) divina(s).

SUMÁRIO

SUMÁRIO.....	9
LISTA DE QUADROS	11
LISTA DE TABELAS	12
LISTA DE FIGURAS	13
ABSTRACT	15
I. APRESENTAÇÃO	16
II. REPRESENTAÇÕES COLETIVAS SOBRE AS PESSOAS NEGRAS E COM DEFICIÊNCIA	24
2.1 – Acerca da raça/cor	26
2.1.1. - Representação coletiva do negro	32
2.2 – Acerca da Deficiência	39
2.2.1 - Representação coletiva da pessoa com deficiência.....	43
III. CONCEITUALIZANDO ESTIGMA E ENFRENTAMENTO.....	50
3.1. Categorização social.....	50
3.2 - Crenças, Estereótipos, Preconceitos e Discriminação.....	58
3.3 - Estigma	62
3.3.1 - Estigma racial	65
3.3.2 – Estigma da deficiência.....	68
3.3.3 – O acesso e desempenho educacional da população negra.....	69
3.3.4 – O acesso e desempenho educacional da população com deficiência.....	73
3.3.5 – O acesso e assistência a saúde da população negra.....	75
3.3.6 – O acesso e assistência a saúde da população com deficiência.....	79
3.4 - Estratégias de enfrentamento	81
IV. MÉTODO	88
4.1 – Objetivos	88
4.1.1- Geral.....	88
4.1.2 - Específicos.....	88
4.2 - Participantes.....	88
4.3. Instrumento	90
4.4 – Procedimento de Coleta.....	92
V. ANÁLISE E DISCUSSÕES.....	94
5.1 - Caracterização sociodemográfica	95
5.2 – Fatores de indução ao estigma	96
5.2.1 – Representações coletivas	96
5.2.2 – Pistas situacionais.....	102
5.2.3 - Características Pessoais	109
5.2.4 – Avaliação de ameaça.....	116
5.3 – Respostas e efeitos da dupla estigmatização	122
5.3.1 – Respostas Involuntárias	122
5.3.2 – Respostas Voluntárias	128
5.3.3 – Efeitos na autoestima, saúde e desempenho educacional.....	148
VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS	159
VII. REFERÊNCIAS	164
ANEXO I - Roteiro de entrevista -	178
ANEXO II - Escala de Autoestima Pessoal.....	182
ANEXO III – Escala de Autoestima Coletiva (Pessoa Negra).....	183
ANEXO IV – Escala de Autoestima Coletiva (Pessoa com Deficiência).....	185

ANEXO V - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO 187

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Perfil sociodemográfico dos entrevistados	95
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Valores das escalas de autoestima.....	110
--	-----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Proporção demográfica de negros (pardos e pretos), pessoas com deficiência e pessoas negras e com deficiência no Brasil.....17

Figura 2 - Modelo de ameaça a identidade de estigma.....82

RESUMO

Este estudo teve como objetivo principal identificar as estratégias de enfrentamento utilizadas por pessoas negras e com deficiência diante da dupla estigmatização. Além disto, buscou identificar como este público acredita ser percebido pela sociedade e descrever os efeitos e consequências desta estigmatização. A fundamentação teórica foi construída no intuito de aprofundar os conceitos de estigma e enfrentamento sobre de pessoas negras e com deficiência, público pertencente de uma categorização múltipla. Para cumprir tais objetivos, foram realizadas seis entrevistas com participantes negros e com deficiência, com o recorte de deficiência motora/física, sendo três participantes pertencentes de entidades de pessoas negras e três participantes de entidades de pessoas com deficiência. Além do roteiro de entrevista, foram utilizadas: a Escala de Autoestima Pessoal, a Escala de Autoestima Coletiva de Pessoas Negra e a Escala de Autoestima Coletiva de Pessoa com Deficiência. Foi identificado que os participantes acreditam serem vistos pelos outros através de representações coletivas negativas que se assemelham ao encontrado nos registros dos diferentes campos de conhecimentos (filosófico, teológico e científico). Diante destas representações identificadas, das situações de discriminação/estigmatização descritas e das características pessoais destes participantes (sobre critérios de nível de autoestima e afirmação identitária), foi elaborada a descrição da avaliação de ameaça a sua identidade estigmatizada e posteriormente os tipos de respostas (*coping*/enfrentamento) por eles. Quanto a temporalidade, se percebeu o uso mais comum de estratégias reativas, comparadas com as proativas. Em relação ao foco, de um modo geral, as estratégias com foco na emoção foram as mais comuns entre os entrevistados, comparado com as de foco no problema. Contudo, independente dos tipos de respostas, voluntárias ou involuntárias, foi observado que ser alvo de estigmatização e discriminação interferiu, enquanto consequências e efeitos, diretamente na sua autoestima, desempenho educacional e saúde física e mental (hipertensão, gastrite, depressão, etc.).

Palavras-chave: Estratégias de enfrentamento, *coping*, estigma, raça/cor, deficiência.

ABSTRACT

The objective of this study was to identify the coping strategies used by black and disabled people face of double stigma. Also, it tried identify how this population believes to be perceived by the society; and describe the effects and consequences of stigmatization in black and disabled people. The theoretical framework was built in order to appropriate the concepts of stigma and coping on black and disabled people, population belonging to a multiple categorization. To meet such goals, were performed six interviews with black and disabled participants, with the cutout of motor disability / physical. Three members were of entities to black people and three members were of entities of people with disabilities. In addition to the interview script was used for Personal Self-Esteem Scale, the Black People Collective Self-Esteem Scale and People with Disabilities Collective Self-Esteem Scale. Was identified that participants believe are perceived by others through negative collective representations that resemble found in the records of the different fields (philosophical, theological and scientific) knowledge. Given these identified representations of the described situations of discrimination / stigmatization and the personal characteristics of these participants (criteria on the self-esteem and identity affirmation), there is a description of the assessment of threat to their stigmatized identity and subsequently the types of responses (coping) spent in them and by them. As temporality, we noticed the most common use of reactive strategies, compared to proactive. Regarding the focus, in general, the strategies focused on emotion were the most common among interviewees, compared with the focus on the problem. However, regardless of the types of responses, voluntary or involuntary, was observed that be the target of stigmatization and discrimination has interfered, while implications and effects, directly on your self-esteem, educational achievement and physical and mental health (hypertension, gastritis, depression, etc.).

Keywords: Coping, stigma, race / color, disability.

I. APRESENTAÇÃO

Este trabalho aborda um tema pouco explorado dentro da ciência psicológica, pois tem como objeto de estudo um público duplamente estigmatizado. Procuramos investigar as estratégias de enfrentamento psicológico utilizadas por pessoas negras e com deficiência, diante da condição que associa dois atributos supostamente negativos – advindos do seu pertencimento a uma categorização múltipla cruzada entre a identidade racial negra e a identidade de deficiência motora/física.

O interesse e a investigação sobre este tema foram iniciados ainda na minha graduação, no ano de 2007, quando foi desenvolvida uma pesquisa de iniciação científica intitulada “O papel da(o) psicóloga(o) na inclusão educacional e social do afrodescendente com deficiência”. No ano seguinte, os resultados da pesquisa anterior motivaram o desenvolvimento do projeto de pesquisa “A História da Psicologia e do Afrodescendente com Deficiência” (Melo & Castelar, 2009) e “O afrodescendente com deficiência e as ideias psicológicas: o processo histórico de exclusão e subjetivação” (Melo, 2009), no qual se buscou compreender os entraves sócio-históricos e/ou teóricos da psicologia, para possíveis contribuições na inclusão social deste público.

Atualmente, de acordo com o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2010b), o Brasil conta com mais de 45 milhões de pessoas com pelo menos um tipo de deficiência, o que corresponde a 23,9% da população brasileira. Nesta classificação demográfica, pode haver pessoas com mais de um tipo de deficiência, que são classificadas entre *auditiva*, *visual*, *intelectual* e *motora*. Ao descrever a prevalência destes diferentes tipos, bem como as características das pessoas que compõem esse segmento da população, a deficiência é classificada pelo grau de severidade e dificuldade enfrentados pelo indivíduo, sendo 1) “ter alguma dificuldade”, 2) “grande dificuldade”, 3) “não conseguir de modo algum”.

Quanto ao recorte de raça/cor, em âmbito nacional, um pouco mais de metade da população é negra, sendo 50,9% entre parda e preta, o que representa cerca de 97

milhões pessoas (IBGE, 2010a).

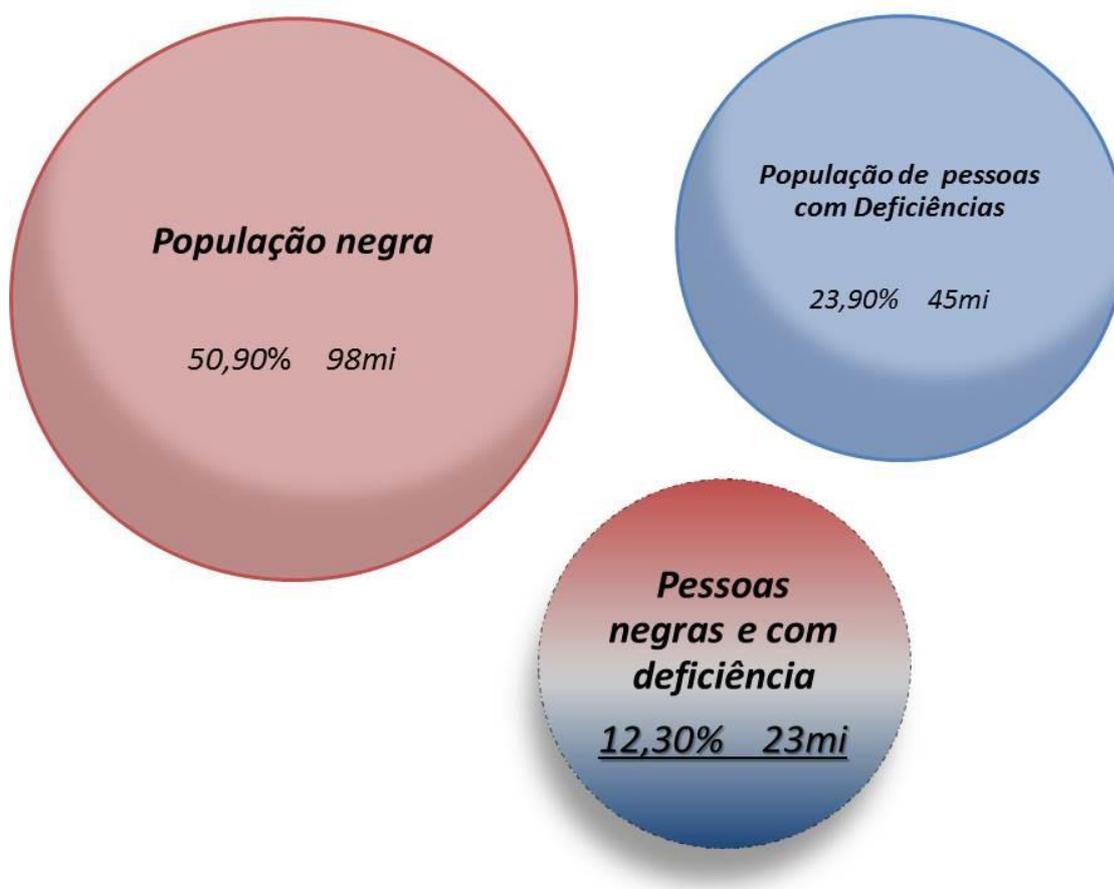


Figura 1 - Proporção demográfica de negros (pardos e pretos), pessoas com deficiência e pessoas negras e com deficiência no Brasil (IBGE, 2010a e IBGE, 2010b).

Com o fator raça/cor associado ao fator deficiência, segundo o IBGE (2010b), observa-se um pouco mais de 23 milhões de brasileiros negros com algum tipo de deficiência, o que equivale a 12,3% da população total nacional – como se pode ver na Figura 1, acima.

No contexto soteropolitano, estes dados tendem a ter uma relevância maior, uma vez que Salvador, capital do estado da Bahia, é a cidade mais negra fora de África, e a segunda mais negra do planeta, depois de Lagos, capital da Nigéria. Salvador conta com aproximadamente 79,2% de população negra, assim como 26,12% de pessoas com deficiência, índice este maior que o nacional, que é de 23,9% (IBGE, 2010a), como já foi apontado.

Neste trabalho, focar tal público, duplamente estigmatizado pelo seu pertencimento a categorização cruzada de negro e pessoa com deficiência, é já partir do pressuposto da existência tanto do racismo contra pessoas negras, quanto de formas de discriminação, preconceito e estigmatização contra pessoas com deficiência.

Embora haja algumas definições em diferentes áreas sobre o significado do racismo na linguagem cotidiana, há certo consenso sobre essa definição na literatura científica (Clark, Anderson, Clark e Williams, 1999), considerando, inclusive, ser um fenômeno muitas vezes visto como estático e único, um comportamento ou uma atitude que tem limites firmes e aparece de forma inequívoca (Bhui, 2002).

Em sentido oposto, Bhui (2002) sugere que o racismo seja dinâmico, adaptativo e uma tenaz constelação de pensamentos, sentimentos e ideias que conduzem a atos. Clark et al. (1999) e Greer (2012), por sua vez, aproximam essa definição à ideia de representações, crenças, atitudes, disposição/arranjo institucional e atos que tendem a depreciar indivíduos e grupos, por suas características fenotípicas ou filiação étnico grupal (como exemplo mais comum, a cor de pele).

O racismo, por vezes, é confundido com preconceito, que, por Allport (1979) e Lima e Vala (2004), é conceituado como uma atitude hostil contra um indivíduo, simplesmente porque ele pertence a um grupo desvalorizado socialmente. Caracteriza-se, portanto, como uma antipatia baseada numa generalização falha e inflexível, que pode ser sentida ou expressa e que pode ser dirigida a um grupo como um todo ou a um indivíduo que faça parte de tal grupo.

Já o racismo, diferentemente do preconceito racial/étnico/cor é um sistema complexo de hierarquização, em que os membros de grupos raciais privilegiados mantêm valores e ideologias que servem para limitar, excluir e/ou discriminar os membros do grupo ou da categoria de minorias políticas raciais e étnicas, que é definida como diferente com base em alguma marca física externa (real ou imaginada), recursos da sociedade, *status* e outras liberdades civis (Bhui, 2002; Clark

et al., 1999; Lima & Vala, 2004). Bhui (2002) e Lima e Vala (2004) ainda descrevem que há varias formas de racismo, além das expressões tradicionais ou clássicas, que são mais abertas e flagrantes, entre as quais se destacam o racismo simbólico (Lima & Vala, 2004; Sear & Henry, 2003), o racismo moderno (Lima & Vala, 2004; McConahay, 1986), o racismo aversivo (Dovidio & Gaertner, 1998; Dovidio & Gaertner, 2000), o racismo ambivalente (Lima & Vala, 2004; McConahay, 1986; Katz, Wackenhunt & Hass., 1986) e o cordial (Guimarães, 2008; Lima & Vala, 2004; Owensby, 2005), além do racismo institucional (Geledés, 2013; Lópes, 2012).

As formas de discriminação e preconceito representadas através da ideologia da cultura da normalidade, que oprime o corpo e a pessoa com deficiência, são definidas por Diniz (2010) e Diniz, Barbosa e Santos (2009) como *disablism* (neologismo da língua inglesa que ainda não possui tradução direta para o português). Esse termo define a suposição de uma espécie de superioridade dos corpos sem deficiência em comparação com os corpos com deficiências. Goodley e Runswick-Cole (2011), explicam que *disablism* é regido por representações coletivas e imagens culturais populares, que definem a versão de um corpo ou mente louca, desabilitada e incapaz.

Esta ideologia de opressão sobre a deficiência (*disablism*) é fortemente influenciada pelo domínio estrutural-funcionalista, que enfatiza a natureza consensual da sociedade, e que considera a rede de relações do sistema social como análoga a um sistema biológico natural. Neste sentido, este domínio representacional de enfatizar o ideal de “capacidade” sustenta a manutenção da ideia de que as pessoas com deficiências tenham “incapacidade” e “infuncionalidade”, depreciando-as e definindo-as segundo determinadas ordens sociais, como condições sociais, culturais e políticas da vida contemporânea (Donaldson, 2002; Goodley & Runswick-Cole, 2011).

A situação socioeconômica é um fator fundamental para a contextualização deste problema, uma vez que há uma aproximação entre ser negro e ser pobre no

Brasil, o que é evidenciado por percepções sociais e históricas do país, onde as camadas populacionais mais pobres são constituídas pelos mais negros. Isto fica explícito em dados do IBGE (2009), que apresenta diferenças expressivas dos rendimentos dos pretos e pardos em relação aos brancos, quando comparando estes grupos com igual nível de escolaridade. Na apropriação do rendimento total das famílias, observa-se uma situação indiscutivelmente mais favorável aos brancos, pois entre os 10,0% mais pobres, 25,4% se declararam brancos, enquanto 73,7% eram pretos e pardos. Essa relação se inverte entre o 1,0% mais rico, composto por 82,7% de pessoas brancas e apenas 15,0% de cor preta e parda. Vale registrar que em 1998, entre o 1,0% mais rico, a proporção dos que se declararam pretos e pardos era ainda menor, somente de 8,2%.

Além disso, segundo os dados da Secretaria de Relações Intersecretoriais do Estado da Bahia - SERIN (2010), em Salvador, 70% das pessoas com deficiência estão no patamar de pobreza¹. Segundo Ovadiya e Zampaglione (2009), há o impacto direto da deficiência sobre a pobreza e da pobreza sobre a deficiência, pois através de estudos de caso, em países de baixa renda ou com políticas pouco efetivas, evidencia-se que pessoas com deficiência estão excessivamente representadas entre os mais pobres e têm limitado o acesso a serviços básicos e oportunidades econômicas, sendo menos propenso a sair da pobreza, quando comparados a outros grupos.

Nesta relação entre as pessoas com deficiência e a pobreza, a deficiência é tanto uma causa quanto uma consequência da pobreza, o que se manifesta em um ciclo complexo, pois a pobreza potencializa a vulnerabilidade e a má saúde, que gera deficiência, que, por sua vez, gera mais pobreza, continuando o ciclo. Outra dimensão

¹ Vale salientar que, enquanto recenseamento nacional, o IBGE mapeia pessoas residentes em algum tipo domicílio fixo. A população, por exemplo, que vivem e residem em situação de rua estão excluídos do seu universo de pesquisa e não são computados nestes dados, que se configura como uma grande parcela populacional que representa o patamar de extrema pobreza, inviabilizando tanto este dimensionamento específico sobre a população com deficiência quanto sobre a população negra (IBGE, 2006).

igualmente cíclica e também associada a este ciclo anterior é a questão da “negação de oportunidades para o desenvolvimento econômico, social e humano”, levando a “déficits de direitos econômicos, sociais e culturais” que geram “redução na participação na tomada de decisões, e negação de direitos civis e políticos”, e, desse modo, promovem “exclusão e estigma social e cultural” – o que, por sua vez, leva ao retorno da situação de “negação de oportunidades para o desenvolvimento econômico, social e humano” (Ovadiya & Zampaglione, 2009). Este último ciclo é interessante para reflexão não somente em relação à população com deficiência, mas para com todas as minorias políticas (étnico e racial, de gênero, de orientação sexual, etc.).

No que diz respeito à condição de possibilidade de vir a ser com deficiência, através de indicadores diretamente associados aos fatores contingenciais de risco relacionados a raça/cor, no Brasil, os negros possuem probabilidade 9% maior de se tornarem com deficiência, e 3% maior de se tornarem com incapacidade, se comparados a brancos (Fundação Getúlio Vargas, 2003). Cavalcante e Minayo (2009) ainda indicam, a partir de estudos epidemiológicos, que há um maior risco de exposição à violência quando o estigma da deficiência está associado a fatores de risco, como a desigualdade social, o isolamento social, o pertencimento a uma minoria étnica, enfermidades físicas incapacitantes, enfermidades mentais e racismo.

Frente a tudo isto, uma das dimensões que estão mais diretamente ligadas à estigmatização é a da aparência física, que, segundo Paim e Pereira (2011), tem chamado atenção de muitos estudiosos das relações grupais, em estudos associados aos estereótipos sociais. Para Little (2012), aparência física e características visuais têm um papel primordial na formação e no desenvolvimento dos estereótipos, dado que é a forma mais simples de distinguir e homogeneizar os membros dos grupos-alvos, vindo a desempenhar um papel importante em uma variedade de julgamentos e decisões. Isto fica evidenciado pelos julgamentos direcionados ao público objeto deste estudo, pela sua negritude, quando relacionado à sua cútis (Cunin, 2003; Hagiwara,

Kashy & Cesario, 2012; Paim, 2011), e pela sua deficiência, quando relacionado à sua deformidade corporal ou limitação funcional (Goodley & Runswick-Cole, 2011).

O estigma aqui é investigado em pessoas que pertencem a um grupo social reconhecido como portador de estigmas e alvo de discriminação, o que tem como ponto de partida os corpos marcados por uma determinada condição ou situação. O objetivo é mostrar as experiências individuais e os conceitos dominantes de determinados espaços e instituições sobre esses corpos, dizendo, então, sobre os processos de estigmatização e discriminação na sociedade.

Este trabalho questiona quais as estratégias de enfrentamento, bem como o modo como elas são utilizadas pelos negros com deficiência diante de situações decorrentes das crenças negativas socialmente compartilhadas sobre este duplo estigma. Este duplo estigma se refere a uma estigmatização associada ao desenvolvimento de preconceitos, justificção de discriminação e exclusão social gerada pela ameaça a identidade de sujeitos pertencentes a uma categorização social dupla, que ocasionalmente é estigmatizada. Consistente com esta perspectiva de estudos, o objetivo geral deste trabalho é identificar as estratégias de enfrentamento utilizadas por pessoas negras e com deficiência diante da dupla estigmatização. Como objetivos específicos, pretendemos: (1) identificar como este público acredita ser percebido pela sociedade; (2) analisar as estratégias de enfrentamentos destes indivíduos duplamente estigmatizados, adotando como referência o modelo psicossocial de enfrentamento de estigma (Major & O'Brien, 2005); (3) Descrever os efeitos e consequências da estigmatização nas pessoas negras e com deficiência.

Este modelo de avaliação e enfrentamento de estigma, que será descrito em detalhes na seção 3.4, proporciona uma integração entre as abordagens interacionista e cognitivista para a exploração das estratégias de enfrentamento frente às ameaças. Segundo ele, a avaliação de ameaça da identidade da pessoa estigmatizada se inicia na identificação da confluência de três fatores: (a) "representação coletiva" sobre o estigma; (b) "pistas situacionais"; e (c) "características pessoais" que afetam as

avaliações das pessoas sobre o significado daquelas situações para o seu bem estar. Esta confluência inicial resulta em (d) “avaliação da ameaça à identidade” do estigmatizado, quando o indivíduo avalia as demandas impostas por um estressor como potencialmente prejudiciais à sua identidade social, avaliando-o como superior a seus recursos para lidar com essas demandas. Esta condição ocasionará dois tipos de respostas possíveis, gerando (e) “respostas involuntárias” e podendo ser enfrentada através de (f) “respostas voluntárias”. Estas duas formas de respostas acarretarão alguns tipos de (g) “resultados”, com potencial de interferência na “saúde”, na “ascensão educacional” e na “autoestima” do indivíduo alvo de estigma.

Ao longo da dissertação cada um destes pontos será exposto e contextualizado em relação à situação das pessoas negras e com deficiência. Contudo, para dar base de justificação a isto, e tentando dar um direcionamento prévio ao objetivo específico de como os negros com deficiência acreditam serem percebidos pela sociedade, o capítulo seguinte discorrerá sobre a questão da raça e da cor e em seguida sobre a deficiência, bem como a respeito das representações coletivas sobre estas duas categorias sociais (negro e com deficiência).

Já o capítulo terceiro, fundamentando conceitos, se deterá no entendimento dos dois conceitos principais deste trabalho: (i) estigma e processo de estigmatização; e (ii) enfrentamento (*coping*). No entanto, para melhor concepção destas noções, previamente serão abordados conceitos relacionados aos processos de categorização, categorização social, autocategorização, crenças sociais, estereótipos, preconceito e discriminação.

II. REPRESENTAÇÕES COLETIVAS SOBRE AS PESSOAS NEGRAS E COM DEFICIÊNCIA

Os fatos sociais são formados pelas representações coletivas, que por sua vez, são entendidas como classificações e divisões que organizam as apreensões do mundo social como categoria de percepção do real, sendo a base de onde se originam os conceitos e crenças (Chartier, 1999; Quintaneiro, 1995), enquanto sistema compartilhado de significados. Carvalho (2005) considera que as representações são forjadas segundo as disposições de interesse de grupos ou classes sociais, sendo estratégias e práticas que tendem a impor e legitimar uma autoridade. Para cumprir a finalidade de justificação da posição ocupada em tal hierarquia social, segundo Crocker (1999), as representações podem tomar forma de estereótipos sobre determinados grupos.

Durkheim (1982) defende que uma representação coletiva apresenta uma garantia de objetividade, o que faz com que este conceito seja tomado como verdadeiro, estável, impessoal, absoluto, universal e imutável.

Para Goffman (2008) e Major e O'Brien (2005), todos os membros de uma cultura, tanto os componentes dos grupos estigmatizados, quanto os dos grupos não estigmatizados, desenvolvem e compartilham visões culturais e ideológicas dominantes sobre os grupos estigmatizados na sociedade, compartilhando estereótipos e crenças sociais sobre a identidade estigmatizada destes indivíduos alvos.

O "ser negro" e o "ser com deficiência", são exemplos destas crenças e representações construídas, que conduzem a interações grupais (entre endogrupo e exogrupo / negros e brancos / com deficiência e sem deficiência), que mantém entre si as relações assimétricas e que as construíram. Estas representações coletivas não são simples imagens mentais daquelas categorias ou grupos, mas também elementos discursivos introduzidos com a finalidade de tecer as relações destes grupos envolvidos com outros, numa relação assimétrica e hierarquizada. Embora este

trabalho não tenha a finalidade de ater-se ao debate sobre esta dinâmica inter e intragrupos, com seus elementos discursivos, é fundamental aqui a compreensão de construtos básicos como categorizações sociais, que será discutido na seção 3.1.

Esta pesquisa também não pretende fazer aprofundamentos historiográficos, mas dar o entendimento de que há uma grande importância desse elemento histórico e contextual numa discussão sobre algum estigma, ou sobre um processo de estigmatização relacionado a representações coletivas de algumas categorias sociais (como as de pessoas negras e de pessoas com deficiência).

Vale destacar que estas categorias eram objetos temáticos largamente discutidos em campos de conhecimentos tradicionais, como o filosófico, teológico e científico, mas numa perspectiva classificatória de hierarquização e inferiorização. Em contextos específicos e diversos, foram estigmatizadas durante os tempos em diversos contextos e discursos, no entanto, esta compreensão histórica não se deve ter a ótica de uma única trajetória de acontecimentos linear.

Olhar para a história significa olhar para uma estrutura narrativa, na qual vários discursos e posições das relações intergrupais foram estruturais para definir uma construção de narrativa histórica. Como supõe Foucault (1971), a produção de discurso, em toda sociedade, é controlada, selecionada, organizada e redistribuída, tendo por função conjurar poderes e perigos, dominar acontecimentos aleatórios e esquivar de sua temível materialidade. Embora sejam autores com posturas ontológicas e epistemológicas distintas, este pensamento de Foucault se aproxima na ideia ao que Bourdieu (1989) salienta a respeito das relações de comunicação, que, para o sociólogo, envolvem sempre relações de poder, nas quais os sistemas simbólicos cumprem função política de impor, legitimar ou assegurar a dominação de uma classe sobre outra, definida como violência simbólica.

Assim, cabe entender os discursos e sistemas simbólicos acerca destas supostas materialidades dos construtos raça/cor e deficiência, bem como algumas de suas representações identificadas nos discursos dos âmbitos do conhecimento

filosófico, teológico e científico. Segundo Ruiz (2002), tais conhecimentos, direta ou indiretamente, alimentam, se alimentam, retroalimentam, reforçam e/ou contrapõem o tipo de conhecimento compreendido por meio do saber social, conhecido como senso comum ou conhecimento vulgar, que compreende as porções maiores de convicções, crenças e representações de cunho tanto coletivo quanto individual.

Os discursos sobre determinados públicos, envolvidos em relações de poder e produzidos por indivíduos ou grupos imbuídos por crenças estereotipadas e atitudes preconceituosas, tendem a estigmatizar, objetificar, coisificar, infrahumanizar ou até desumanizar tais públicos. Ruiz (2002) explica este processo, ao afirmar que, para o conhecimento existir, há a necessidade de um sujeito (consciência cognoscente), um objeto (aquilo a que o sujeito se dirige para conhecer) e uma imagem, numa relação de assimilação e produção do objeto pelo sujeito, de modo que a imagem não tem a capacidade de definir cem por cento aquilo que foi objetificado. Cognitivamente, este ponto será mais bem explorado na seção 3.1, que tratará sobre o processo de categorização.

2.1 – Acerca da raça/cor

Para a raça, embora não seja biologicamente definível, é dada a importância pela construção social de significados atribuídos a diferenças fenotípicas (Guimarães, 2002; Munanga, 2004; Phinney & Alipuria, 2006). O fato de esta ter sido utilizada como ferramenta de estratificação social é reflexo da centralidade desta característica nas sociedades e, inclusive, na subjetividade dos indivíduos (Faro, 2010), estando também associada a termos de uso corrente, de muito compartilhamento e que devem ser consideradas ainda as épocas de utilização destes termos. (Guimarães, 2008; IBGE, 2011). Para o cientista social Mungana (2004) estes conceitos entendidos como raciais (negro, preto, branco ou mestiço) não significam a mesma coisa em diferentes locais, como nos Estados Unidos, no Brasil, na África do Sul, na Inglaterra, etc.. Desse modo,

o conteúdo dessas palavras é etno-semântico, político-ideológico e não biológico.

No contexto ocidental, particularmente nas Américas, a raça carrega um estigma para a pessoa não branca, sendo primeiramente uma categoria imposta, ou seja, atribuída, e não uma dimensão de autocategorização². No entanto, devido à variabilidade de fenótipos, existe uma grande variação no grau em que uma categoria racial é imposta, ou seja, por exemplo, para os que tem maior acentuação de melanina na pele e/ou traços negroides haverá uma maior imposição a categoria racial negra (Phinney & Alipuria, 2006).

Etnia e raça representam diferentes formas de divisão da população humana em grupos, ainda que os termos sejam frequentemente usados de forma imprecisa, com significados intercambiáveis (Phinney & Alipuria, 2006). A distinção que hoje se opera no campo científico se baseia nos aspectos socioculturais de cada grupo, não mais valorizando critérios biológicos ou psicológicos (Faro, 2010).

Um grupo étnico implica a crença em um ancestral e sangue comum, uma sensação de consciência de uma unidade subjacente que faz com que um indivíduo se sinta parte de um povo. Trata-se, portanto, de uma população autoconsciente, com um consenso evolutivo de qualidades essenciais, continuidade histórica, valores, costumes e práticas, que se veem como distintos de outros grupos e diretamente vinculados e pertencentes a uma territorialidade (Phinney & Alipuria, 2006). Raça, por sua vez, é utilizada para caracterizar um conjunto de caracteres físicos que diferenciam grupos humanos, como, por exemplo, traços faciais e cor de pele (Faro, 2010).

Em geral, a etnia é usada para designar culturalmente grupos humanos, possibilitando distinguir o indivíduo por mútua identificação coletiva; enquanto a raça

² Esta concepção estigmatizadora da raça de Phinney e Alipuria (2006) está relacionada a quanto mais forte o estigma e mais firmes as fronteiras entre raças, a raça se torna mais relevante para a sociedade, para o grupo particular e os indivíduos nesse grupo. No contexto brasileiro, pela miscigenação e pela crença de uma democracia racial, esta relevância acaba não tendo a mesma força que em outros contextos como os EUA ou África do Sul, contudo ainda sim é muito relevante em função da estratificação sociorracial que ainda existe aqui.

se volta para a caracterização do indivíduo, progredindo para a noção de grupo por similaridade e não necessariamente compartilhamento de mútuo reconhecimento (Faro, 2010; Guimarães, 2008; Munanga, 2004).

Como salienta Faro (2010), no Brasil, não é habitual se referir aos grupos sociais enquanto etnias, posto que para diversos ramos do ativismo contra a discriminação, o termo etnia serve para encobrir e suavizar o preconceito e o racismo ainda existentes.

A raça, no Brasil, é um fenômeno oficialmente classificado através dos critérios de mensuração dos censos demográficos, que ocorre periodicamente. Nascimento (2006) define que, ao observar o sistema classificatório racial brasileiro, percebe-se que ele é construído a partir de uma dinâmica sociocultural que tem uma lógica interna, mas não uma essência. Trata-se, portanto, de uma classificação na qual os indivíduos e a sociedade são sujeitos e objetos do sistema que prescindem sua existência.

No primeiro recenseamento demográfico brasileiro, em 1872, a classificação das raças era: branca, preta, parda e cabocla (esta última em alusão à população indígena), sendo preta e parda as únicas classificações aplicáveis à população escrava/escravizada (Camargo, 2010; IBGE, 2011; Nascimento, 2006).

Pela primeira vez, o conjunto da população era apreendido oficialmente em termos raciais, o que servia de base para o estabelecimento de novas diferenças entre os grupos sociais. Tais diferenças ainda não estavam sob as concepções poligenistas que se acercariam da noção científica de racialismo de anos posteriores (Camargo, 2010). Mas, segundo Mattos (1998),

a noção de 'cor', herdada do período colonial, não designava, preferencialmente, matrizes de pigmentação ou níveis diferentes de mestiçagem, mas buscava definir lugares sociais, nos quais etnia e condição estavam indissociavelmente ligadas. Desta perspectiva, a cor inexistente [a ausência da dimensão "cor" na apreciação da população branca], antes de significar apenas branqueamento, era um signo de cidadania na sociedade

imperial, para a qual apenas a liberdade era precondição (p. 98-99).

Assim, neste primeiro censo, se observa que há um espaço delimitado na tabela relativa à população livre, imediatamente seguida pela tabela referente às características e totalizações da população escrava/escravizada (Camargo, 2010; IBGE 2011; Nascimento, 2006). A categoria, portanto, “raça” não era a prioridade de análise, mas sim a “condição” que dividia a população em “escravos”, “livres” e “libertos”, o que sugere que as agregações a respeito da “raça” se subordinavam às informações sobre a condição (Camargo, 2010).

No segundo censo, em 1890, já abolida a escravatura, houve a substituição do termo pardo por mestiço, ficando as classificações branca, preta, mestiça e cabocla. Nos censos de 1900 e 1920, as informações sobre cor ou raça não foram coletadas, e em 1910 e 1930 não foram realizadas operações censitárias no país (IBGE, 2011). Camargo (2010) defende que há a existência de dois critérios na classificação no quesito “cor” do entrevistado: um utilizando as categorias branca e preta; e outro que remete à ascendência ou origem racial, manifestando-se na utilização do termo mestiço para filhos de uniões entre pretos e brancos, e de caboclo para classificar os índios e seus descendentes.

A mestiçagem, promovida enquanto condição de categoria, assumiu claramente o sentido atribuído pelo branqueamento, ou seja, o de diluição do sangue negro no cruzamento com os contingentes migratórios, que levaria ao gradual desaparecimento desta população negra (Camargo, 2010; Costa, 2001; Dávila, 2006; Guimarães, 2008).

Nos EUA, país onde a questão racial possui uma especial importância histórica e de ascendência sanguínea, logo no início do recenseamento, em 1790, os critérios eram diferentes. A hierarquia racial socialmente compartilhada era baseada em três tipos de pessoas: brancos, negros (equivalendo à proporção de três quintos de uma ancestralidade branca) e os índios civilizados. A mudança desses critérios ocorreu

apenas no censo realizado em 1910, no qual foram abandonados os cálculos de racialidade, ficando instituídas raças a partir apenas dos critérios de cor de pele e miscigenação familiar (Faro, 2010).

A partir do censo de 1940, no Brasil, as categorias utilizadas eram denominadas de cor ou tonalidade da pele, sem fazer referência às raças ou continuidade sanguínea e com critérios de atribuição: a branca, preta e amarela, que abarcaria a população imigrante japonesa, além do indígena e parda (Camargo, 2010; IBGE, 2008). Este dado faz Nascimento (2006) afirmar que a cor se tornou um suporte para representações que satisfizessem o ideário de nação, para a época, que visava agregar e não dividir.

Em 1950 e 1960, há a reincorporação do grupo pardo à categoria cor como unidade de coleta de análise (IBGE, 2008). Em 1950, as pesquisas etnográficas preferiram denominar raças sociais, ao invés de raças históricas. Tal terminologia assenta-se já na ideia vigente de que raças humanas não têm realidade empírica, ou seja, já havia a concepção da sua não existência na natureza, mas apenas no imaginário da sociedade, enquanto construções sociais com função e realidade social (Guimarães, 2008).

Em 1970, a classificação “pardo” mais uma vez é excluída da pesquisa, voltando a ser pesquisada em 1980. Em 1991, foi retomada a denominação “raça ou cor” (que fora abolida em 1940), sendo enfim acrescentada a categoria “indígena”, que esteve ausente por um século. Em 2000, a denominação mudou para “cor ou raça” (IBGE, 2011), e enfim, no último censo, em 2010, repetiram-se as mesmas categorias de classificação, sendo que as pessoas identificadas como indígenas foram indagadas a respeito de sua etnia e língua falada (IBGE, 2010).

Nestes dois últimos censos, os dados mostram um crescimento da proporção da população negra, que se declara preta ou parda: respectivamente, 5,4% e 40,0% em 2000; e 6,9% e 44,2% em 2010 (IBGE, 2012). Provavelmente, um dos fatores para esse crescimento é um movimento de afirmação de uma identidade racial negra,

nestas duas categorias consideradas minorias políticas, cujos indivíduos são mais propensos a serem alvos de preconceito, discriminações e estigmatizações.

O IBGE, em 2011, divulgou a pesquisa *Características Étnico-Raciais da População: um Estudo das Categorias de Classificação de Cor ou Raça*, trazendo uma série de dados e análises importantes. Neste estudo, 63,7% dos entrevistados reconhecem a influência da cor ou raça na vida. Esta influência parece se mostrar de forma mais evidente nas situações de trabalho, segundo 71% dos entrevistados. Em segundo lugar, aparece a “relação com justiça/polícia”, citada por 68,3%, seguida por “convívio social” (65%), “escola” (59,3%) e “repartições públicas” (51,3%).

Esta influência também parece estar na autoclassificação das pessoas, pois, segundo a pesquisa, 96% dos entrevistados afirmam saber a própria cor ou raça, de modo que, ao serem indagados a respeito, com possibilidade de resposta aberta, 65% dos entrevistados utilizaram uma das cinco categorias de classificação do IBGE: branca (49,0%), preta (1,4%), parda (13,6%), amarela (1,5%) e indígena (0,4%), além dos termos “morena” (21,7%, incluindo as variantes “morena clara” e “morena escura”) e “negra” (7,8%).

Ainda nesta pesquisa, entre as dimensões de identificação oferecidas aos entrevistados, em relação à autoidentificação de cor ou raça, a que mais aparece é a “cor da pele”, citada por 74% dos entrevistados, seguida por “origem familiar” (62%) e “traços físicos” (54%). Já na identificação das “pessoas em geral”, a dimensão mais citada foi a “cor da pele” (82,3%), seguida de “traços físicos (cabelo, boca, nariz, etc.)” (57,7%) e “origem familiar, antepassados” (47,6%) (IBGE, 2011).

Em suma, como aponta Munanga (2004), se na cabeça de um geneticista contemporâneo ou de um biólogo molecular a raça não existe, no imaginário e nas representações coletivas de diversas populações contemporâneas existem ainda raças fictícias e outras construídas a partir das diferenças fenotípicas como a cor da pele e outros critérios morfológicos. É a partir dessas raças fictícias ou “raças sociais” que se reproduzem e se mantêm os racismos populares, representações e crenças de inferiorizações racializadas.

2.1.1. - Representação coletiva do negro

A diversidade é um dos principais traços da expressão humana, e é através dela que houve e ainda há fundamentos para o estabelecimento de relações de poder.

Aos gregos, etruscos, cartagineses e romanos não eram estranhos os negros. (...) É possível que na Roma imperial, embora fossem poucos, não chamassem a atenção na rua, e que o cidadão comum não ignorasse que pertenciam ao outro lado do deserto. Nada ou quase nada se sabia, porém, sobre seus rincões de origem, ainda que houvesse quem acreditasse que, depois de uma faixa de terra onde moravam os negros, o calor escaldante do sol impedia vida ou só permitia o crescimento de monstros (Silva, 2012, p. 9).

O termo “negro”, entre os europeus, especialmente os mediterrâneos, era utilizado para fazer referências aos povos africanos subsaarianos. Embora sempre houvesse contato entre os povos ditos europeus e africanos, como coloca Alberto da Costa e Silva (2012), em *Imagens da África*, Guimarães (2008) expõe que para uma grande parcela da Europa, os encontros pessoais se deram apenas após o expansionismo marítimo e as conquistas do século XVI. Segundo ele, o que mais chama a atenção nos relatos destes encontros é a cor da pele, que gerava sentimentos de admiração, mas também impressões negativas ou de preconceito, uma vez que, no simbolismo das cores do ocidente eurocêntrico, o negro significa a cor da derrota, da morte, do pecado e do desconhecido (na etimologia da palavra ao grego *nekrón*, que significa morto, outros do latim *nigrum*). Por outro lado, o branco significava o oposto, ancorado no sucesso, na pureza e sabedoria. Bastide (1996, citado em Guimarães, 2008) coloca que esta concepção foi herdada da associação dualista dos gregos e dos cristãos, no qual a pureza e a demonização estavam, sem se dar conta, influenciando a visão sobre os africanos, como se uma maldição estivesse colocada sobre a sua pele.

Este simbolismo não era o mesmo em todas as partes do mundo, porém é perceptível em registros dos conhecimentos filosóficos, teológicos e científicos que se

sucederam dessa matriz cultural dualista e maniqueísta.

Não é muito difícil encontrar estes registros em obras de alguns reconhecidos pensadores clássicos da filosofia. Por exemplo, Emmanuel Kant, em 1764, na obra *Observação sobre o sentimento do belo e do sublime*, ao tratar das diferenças entre as nações, expressa:

Na minha opinião, entre os povos do nosso continente, os italianos e os franceses são aqueles que se distinguem pelo sentimento do belo; já os alemães, os ingleses e espanhóis, pelo sentimento de sublime [...] O espanhol é sério, reservado e sincero [...] O francês possui um sentimento dominante para o belo moral. É cortês, atencioso e amável [...] No início de qualquer relação o inglês é frio, mantendo-se indiferente a todo estranho. Possui pouca inclinação a pequenas delicadezas; todavia, tão logo é um amigo, se dispõe a grandes favores [...] O alemão no amor, tanto quanto nas outras espécies de gosto, é assaz metódico, e, unindo o belo e o nobre, é suficientemente frio no sentimento de ambos para ocupar a mente com considerações acerca do decoro, do luxo ou daquilo que chama a atenção [...] (Kant, 1993, p. 65-70).

E continua:

Os negros da África não possuem, por natureza, nenhum sentimento que se eleve acima do ridículo. O senhor Hume desafia qualquer um a citar um único exemplo em que um Negro tenha mostrado talentos, e afirma: dentre os milhões de pretos que foram deportados de seus países, não obstante muitos deles terem sido postos em liberdade, não se encontrou um único sequer que apresentasse algo grandioso na arte ou na ciência, ou em qualquer outra aptidão; já entre os brancos, constantemente arrojam-se aqueles que, saídos da plebe mais baixa, adquirem no mundo certo prestígio, por força de dons excelentes. Tão essencial é a diferença entre essas duas raças humanas, que parece ser tão grande em relação às capacidades mentais quanto à diferença de cores. A religião do fetiche, tão difundida entre eles, talvez seja uma espécie de idolatria, que se aprofunda tanto no ridículo quanto parece possível à natureza humana. A pluma de um pássaro, o chifre de uma vaca, uma concha, ou qualquer outra coisa ordinária, tão logo seja consagrada por algumas palavras, tornam-se objeto de adoração e invocação nos esconjuros. Os negros são muito vaidosos, mas à sua própria maneira, e tão matraqueadores,

que se deve dispersá-los a pauladas. (Kant, 1993: p. 75-76).

Outro grande expoente do pensamento filosófico ocidental é o alemão Georg Wilhelm Friedrich Hegel. Para ele, na obra *Filosofia da História*, publicada em 1837:

a principal característica dos negros é que sua consciência ainda não atingiu a intuição de qualquer objetividade fixa, como Deus, como leis, pelas quais o homem se encontraria com a própria vontade, e onde ele teria uma ideia geral de sua essência [...]. O negro representa, como já foi dito o homem natural, selvagem e indomável. Devemos nos livrar de toda reverência, de toda moralidade e de tudo o que chamamos sentimento, para realmente compreendê-lo. Neles, nada evoca a idéia [sic] do caráter humano [...]. A carência de valor dos homens chega a ser inacreditável. A tirania não é considerada uma injustiça, e comer carne humana é considerado algo comum e permitido [...] Entre os negros, os sentimentos morais são totalmente fracos – ou, para ser mais exato inexistentes (Hegel, 1999, p. 83-86).

Hegel (1999) conclui esta parte de sua obra argumentando que não irá mais tratar da África, pois a mesma “não faz parte da história mundial; não tem nenhum movimento ou desenvolvimento para mostrar”. Mesmo o Egito, situado no norte da África, é interpretado pelo filósofo “como transição do espírito humano do Oriente para o Ocidente, mas ele não pertence ao espírito africano”. Para ele, o continente africano é assim eliminado da “história universal”, assim como é inexistente, dos povos que lá habitam, a condição de seres humanos.

Assim como Kant e Hegel, há outros pensadores da filosofia moderna e contemporânea que expressaram perspectivas próximas sobre os negros e africanos, como, por exemplo, o francês Alexis de Tocqueville, na sua obra *A democracia na América*, de 1835 e o alemão Max Weber, na obra *Economia e sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva*, de 1913 (Tocqueville, 2005; Weber, 2009).

Na seara do conhecimento teológico, com especificidade na mitologia cristã, também está presente este tipo de classificação e hierarquização. Exemplo disso está na cartografia medieval, cujos mapas seguiam um padrão, com as terras até então

conhecidas (Europa, Ásia e África). Nesta cartografia, no mapa denominado *Orbis Terrarum*, o paraíso terrestre aparecia sempre ao Norte, no topo, próximo ao céu/paraíso celestial, e Jerusalém, local da ascensão do filho de Deus aos céus, no centro. A Europa, cuja população descendia de Jafet, primogênito de Noé, ficava à esquerda de Jerusalém e a Ásia, local dos filhos de Sem, netos de Noé, à direita. Ao Sul aparece o continente negro e monstruoso, a África, cujas gentes seriam descendentes de Cam, o mais escuro e preterido dos filhos de Noé (Oliva, 2002). A consequência contemporânea desta representação cartográfica pode ser notada quando observado este modelo como predecessor da atual representação do *mapa mundi*, que representa no hemisfério norte, na parte de cima do mapa, a Europa e América do Norte (onde se localizam países ditos desenvolvidos) e na parte de baixo, no hemisfério sul, a África, a América do Sul e Oceania (países em desenvolvimento).

No século XV, uma série de bulas ou encíclicas papais davam aos reinos de Portugal e de Castela (atual Espanha) o direito legal de tomar as terras situadas na costa africana e no Novo Mundo ao ocidente, escravizando eternamente os seus povos, com a especificidade dos maometanos e pagãos. Estas ideais eram regidas e justificadas por interpretações dos escritos sagrados bíblicos (Oliva, 2002). Priore e Venâncio (2004) afirmam que no período da inquisição e das cruzadas, os homens de cor negra, mulçumanos e indígenas eram associados, no imaginário europeu, à escuridão e ao mal, ao inferno e às criaturas das sombras, quase sempre representando o diabo nos contos moralistas e nas visões das feiticeiras perseguidas pela Inquisição.

Já no domínio científico, o primeiro registro conhecido da palavra “raça” para designar a divisão dos seres humanos em espécies foi feita por François Bernier, em um artigo publicado em Paris, em 1684. Em sua classificação, embora a polaridade branco-negro estivesse marcada, a cor da pele, assim como a altura, o formato do rosto e a cor dos cabelos apresentavam variedade muito grande de indivíduos para indivíduos em todas as raças, não servindo, portanto para criar uma classificação

segura, daí o uso dos traços fisionômicos (Guimarães, 2008).

Apenas com o desenvolvimento da ciência moderna, nos séculos XVIII e XIX, a causa das diferenças físicas entre os seres humanos ganhou uma justificação plausível, criando um *status* para negros e outros homens de cor. As teorias raciais ou racistas supuseram a existência de raças humanas e buscaram explicar biologicamente as suas origens, capacidades e habilidades. No século XIX, com as ciências biológicas, a raça humana, enquanto objeto de estudo, fugiu do foco baseado nas classificações por traços fenotípicos e concentrou-se no estudo da hereditariedade e dos genes (Guimarães, 2008). O denominado “darwinismo social” ou “teoria da raças” postulava como objetivo o enaltecimento da existência de “tipos puros” e compreendia a mestiçagem como sinônimo de degeneração não só biológica, mas também social (Schwarcz, 1993). Como defende Gould (1999, p. 65), “a evolução e o poder de quantificação formaram uma temível aliança; em certo sentido, sua união forjou a primeira teoria racista “científica” de peso, se definirmos “ciência erroneamente”.

Para Gould (1999), o preconceito racial é tão antigo quanto a história humana, mas a sua justificação biológica colocou um peso a mais na inferioridade, fazendo ser visto como intrínseca aos grupos menos favorecidos.

A teoria evolucionista foi de encontro à base da ideia teológica criacionista que sustentava o debate entre monogenistas e poligenistas, mas acabou munindo ambas as partes proporcionando-lhes uma justificação ainda melhor para o racismo que ambas compartilhavam.

A primeira concepção, a monogenista, sustentada na hierarquia linear das raças de uma única fonte de vida humana, é derivada do criacionismo cristão, a partir de Adão e Eva. Esta corrente considera que as raças humanas são produtos da degeneração da perfeição do Paraíso, sendo que a degeneração atingiu diversos níveis, menor no caso do homem branco e maior no caso do homem negro, sendo o clima a principal causa das distinções raciais. Esta degeneração foi o argumento mais

utilizado, sustentando a tese das Sagradas Escrituras de uma espécie única, que se baseava na existência de cruzamentos possíveis apenas entre membros da mesma espécie e nunca entre membros de espécies diferentes, tomando este fato como evidência da existência de uma única espécie.

Já, a outra corrente de pensamento, a poligenista, que também teve grande difusão, embora menos popular, afirmava que as raças humanas eram espécies biologicamente separadas e descendiam de mais de uma origem, trazendo o argumento de que os negros constituíam outra forma de vida, e, portanto, não participariam da “igualdade do homem”.

Apesar das diferenças, ambas as concepções se apropriaram dos métodos e pensamentos eugênicos para justificação e elaboração de teses biológicas hierarquizantes e discriminatórias (Gould, 1999). Para Pequignot, citado em Costa (1989, p. 81) “eugenia é um termo formulado por Francis Galton, fisiologista inglês, definido por estudo dos fatores socialmente controláveis que podem elevar ou rebaixar as qualidades raciais das gerações futuras, tanto física quanto mentalmente.”.

Foi atribuído à categoria “negro”, naquele momento, o caráter de degenerescência (Costa, 1989; Schwarcz, 1996), pautado pela matriz de pensamento eugênica e pela teoria das raças, que afirmavam que loucura, deficiência, retardo mental, alcoolismo, doenças sexuais e propensão ao crime em geral seriam provindas das imperfeições das raças inferiores, sendo os europeus as raças ou a raça superior, e os africanos, afrodescendentes, índios e mestiços, as espécies inferiores e fracas.

Guimarães (2008) assinala que as teorias raciais reproduziam preconceitos, buscando justificações para dominação social, afirmando o que Dávila (2006), Diwan (2008), Sansone (1998) e Souza (2002) alegam que em muitos países da América Latina apresentam uma história não muito diferente da do Brasil no que se refere à atuação do Estado nas relações raciais. No passado, com medidas visando fortalecer um sistema de castas e com recursos e métodos higienizadores eugenistas (Costa, 1998; Dávila, 2006; Diwan, 2008); em épocas mais recentes, com apoio a certo tipo de

mestiçagem (Sansone, 1998; Souza, 2000); e a partir dos anos 20 e 30, com a articulação de discursos centrados na criação de uma nova raça nacional, que incorporasse e transformasse as diferentes etnias (Dávila, 2006; Sansone, 1998; Souza, 2000).

Tais classificações acerca das raças ou cor de pele dos brasileiros se assentam no fato de que a ideia de raças continua a habitar o imaginário de muitas sociedades, ainda que não tenha realidade empírica, uma vez que as raças humanas não existem biologicamente na natureza. Desse modo, tais classificações figuram como construtos sociais exercendo certa função social.

Nesta perspectiva, os critérios pelos quais as raças são percebidas mudam de sociedade para sociedade e de época para época. A “cor”, tal como a usamos no dia a dia, é um atributo de categoria social, ou seja, a classificação de alguém como “negro”, “preto”, “branco” ou “pardo” não é algo objetivo ou independente dos sujeitos e das relações em que estão envolvidos. Classificar alguém numa categoria de cor equivale a incluí-lo em grupos que partilham certas características imaginadas (físicas, psicológicas e morais). A classificação por cor de pele passa a contar como “raça” e também pode passar a contar como “etnia”.

Para Souza (2006), ser negro no Brasil seria ter uma marca (estigma), precisamente porque a cor da pele ou os traços físicos são tidos índices de primitividade. Porém, ainda que sejam evidenciados dessa maneira, estes índices podem ser passíveis de invisibilização social (ou embranquecimento social), desde que o indivíduo de cor seja portador do *habitus* adequado a um lugar social de produtividade nas condições do mercado competitivo moderno, ou seja, um negro visto como instruído, disciplinado, inteligente e produtivo. Nesse contexto, esse sujeito tende a receber uma avaliação social menos negativa do meio, mesmo com sua ascendência ou traços físicos estigmatizados.

O conceito de *habitus* tratado aqui é um construto bourdieusiano da sociologia moderna, que se refere a uma série de disposições pré-reflexivas para o

comportamento, tendo o caráter de “saber incorporado”, no sentido literal de signos percebidos e emitidos pelo corpo, como o modo de falar, andar, comer, se dirigir aos outros, etc.. Trata-se de um código cifrado e ao mesmo tempo compreensível por todos, sem mediação de consciência reflexiva.

Souza (2006) ainda coloca que o *habitus* envolve o modo como um sujeito se percebe e classifica o mundo social, vinculando-se a alguns indivíduos e grupos sociais por afinidade, e separando-se de outros por preconceito. Assim, pode haver uma proximidade desta ideia sociológica com a teoria de categorização social e autocategorização, na identificação endogrupal e na distinção exogrupal, questões que estão relacionadas à aplicação de estereótipos e atitudes preconceituosas.

Então, assim como evidenciado por Souza (2006) e defendido por Kant (1993) e Hegel (1999), a literatura identifica, além deste caráter de primitividade atribuída à categoria “negro”, a atribuição de um caráter de imperfeição e degeneração (Costa, 1989; Gould, 1999; Schwarcz, 1996), que parte do pressuposto de que as deficiências seriam provindas da imperfeição biológica das raças inferiores não-brancas.

2.2 – Acerca da Deficiência

Para Oliveira (2007), mesmo que tardiamente, têm crescido o número de estudos com a finalidade de promover a defesa dos direitos das pessoas com deficiência. Um reflexo disto está nas preocupações com as terminologias que venham definir e categorizar estas pessoas, a fim de evitar o uso de termos que depreciem e estigmatizem quem vive a deficiência.

Segundo o Relatório Mundial de Deficiência de 2012, produzido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Banco Mundial (BM), a deficiência faz parte da condição humana, sendo que quase todas as pessoas terão uma deficiência temporária ou permanente em algum momento da vida.

Há diferentes abordagens para a definição de deficiência. Diniz (2010) define

como uma desvantagem ou restrição de atividade provocada pela organização social contemporânea, que pouco ou nada considera as pessoas que possuem lesões e as exclui das principais atividades da vida social. Este significado se aproxima ao de Ovadiya e Zampaglione (2009), que usam uma definição geral da World Health Organization (WHO), do ano de 2008, para a pessoa com deficiência, como aquele que experimenta qualquer limitação na realização de uma atividade de vida diária, se comparada a uma forma considerada normal para uma pessoa de sua idade, por causa de uma condição de natureza física de longo prazo (mais de seis meses), condição mental ou problemas de saúde.

A mesma Organização Mundial da Saúde, junto ao Banco Mundial (2012), através do relatório citado anteriormente, afirma que a deficiência é complexa, dinâmica, multidimensional e até questionável. Nesta multidimensionalidade, a transição de uma perspectiva individual e médica para uma perspectiva estrutural e social foi considerada como a mudança de um “modelo médico” para um “modelo social”, em função do modo como estas pessoas são vistas como deficientes pela estrutura da sociedade e não devido somente a seus corpos.

Assim também define Diniz (2010), que compreende a deficiência enquanto resultado de um relacionamento complexo entre as condições de saúde de um indivíduo e os fatores pessoais e externos, sendo, portanto, um conceito amplo que associa a concepção médica de lesão aos aspectos negativos da interação entre o sujeito e o contexto social. Ora entendida como o resultado da negociação de significados sobre o corpo com impedimentos, ora como um dos efeitos da cultura da normalidade que ignora os impedimentos corporais, a deficiência traduz, portanto, a opressão ao corpo com impedimentos. Assim, o conceito de corpo deficiente ou pessoa com deficiência deve ser entendido também em termos políticos e não mais estritamente biomédicos.

Ambos os modelos costumam ser apresentados como separados, porém, é necessário fazer uma abordagem mais equilibrada que dê o devido peso aos

diferentes aspectos da deficiência, tanto o médico quanto o social. Uma interação dinâmica entre problemas de saúde e fatores contextuais, tanto pessoais quanto ambientais, tenta abranger este novo modelo conceitual de deficiência, sendo promovido como um modelo “biológico-psíquico-social”. Nesta perspectiva, a incapacidade acaba sendo compreendida como um termo abrangente para deficiências, limitações para realizar tarefas, e restrições para participar de certas atividades, englobando aspectos negativos da interação entre indivíduos (com um problema de saúde) e fatores contextuais daquele indivíduo (fatores ambientais e pessoais) (OMS & BM, 2012).

OMS e BM (2012) enfatizam que a deficiência é um “conceito em evolução”, e que defini-la como uma “interação” significa que não se trata de um atributo da pessoa.

A experiência da deficiência resultante desta complexa interação (problemas de saúde, fatores pessoais e ambientais) varia muito, tornando esta categoria de pessoas muito diversa e heterogênea (OMS & BM, 2012).

A classificação das deficiências e incapacidades no The International Classification of Functioning, Disability and Health (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde) (ICF) define os tipos de deficiências, relacionadas ao “corpo”, a “atividades e participação” e a “fatores ambientais”. Este documento, o ICF, é adotado pelo Relatório Mundial como modelo conceitual de deficiência (OMS & BM, 2012, WHO, 2001).

As relacionadas ao “corpo” são definidas como deficiências de funcionalidade e de estrutura corporal. Dentre as deficiências de funcionalidade (ou funcionais), tem-se as funções mentais, funções sensoriais (no qual estão também incluídas a audição e a visão) e dor, funções da voz e da fala, funções cardiovascular, hematológica, imunológica e respiratória, funções digestiva, metabólica e endócrina, funções geniturinária e reprodutiva, funções esquelética e relativas ao movimento (ditas também como deficiência motora) e funções da pele. Já dentre as deficiências

relacionadas à estrutura, tem-se as estruturas do sistema nervoso, as estruturas do olho e ouvido, as estruturas envolvidas na voz e na fala, estruturas cardiovascular, imunológica e respiratória, estruturas relacionadas ao digestivo, metabólico e sistema endócrino, estruturas geniturinárias e dos sistemas reprodutivos, estruturas relacionadas ao movimento e estruturas da pele (WHO, 2001).

As deficiências relacionadas a “atividades e participação” envolvem as deficiências de aprendizagem e de aplicação do conhecimento, de tarefas e demandas gerais, de comunicação, de mobilidade, de autocuidado, de vida doméstica, de interações e relações interpessoais, de principais áreas da vida (educação, trabalho e emprego, vida econômica, etc.) e de vida comunitária, social e cívica (WHO, 2001).

Por último, as deficiências relacionadas a “fatores ambientais”, que envolvem produtos dos sistemas naturais ou feitos pelo ser humano (tecnologias) no ambiente imediato, adaptado ou concebido, para melhorar a acessibilidade e a qualidade de vida de uma pessoa com deficiência (WHO, 2001).

O último recenseamento feito no Brasil pelo IBGE, quanto ao mapeamento da deficiência, não usa estes critérios e classificações nas suas pesquisas. Faz uso apenas de quatro classes, sendo estas as deficiências visual (18,6%), motora (7%) e auditiva (5,1%), diferenciadas pelos seguintes graus de dificuldade: (i) tem alguma dificuldade em realizar certa atividade; (ii) tem grande dificuldade; e (iii) não consegue realizar de modo algum; além da deficiência mental ou intelectual (1,4%) (IBGE, 2010; Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência - SNPD, 2012). Essa classificação exclui, por exemplo, a deficiência de voz ou fala, cuja causalidade ainda é muito entendida, na literatura brasileira da área, como relacionada diretamente à deficiência auditiva (Fávero, 2004).

Ao fazer esta correlação, se observa a concepção brasileira de recensear a sua população com deficiência, além de talvez focar somente no modelo médico, não concebendo ainda o modelo interacionista, nas suas pesquisa, também não utiliza os critérios mais refinados de investigação, como o do ICF, de deficiências funcionais do

corpo, de deficiências estruturais do corpo, de deficiências relacionadas a “atividades e participação” e de relacionadas a “fatores ambientais”.

Notando isto, pode-se perceber que esta estatística de prevalência de deficiência no Brasil, computada pelo IBGE, pode estar sendo ainda subestimada, pois, no histórico da pesquisa de censo do próprio IBGE, o número de pessoas com deficiência tendeu subrepresentar a prevalência do fenômeno na população.

Por exemplo, em 1991, o IBGE, reportou uma taxa de somente 1 a 2% de deficiência na população. Já no Censo 2001, utilizando uma abordagem aprimorada, houve o registro de 14,5% de prevalência (Ovadiya & Zampaglione, 2009). Em 2010, com uma investigação ainda mais qualificada, com uma grande modificação nos questionários de pesquisa feita em 2006, foi registrada a taxa de 23,92% da população brasileira (IBGE, 2010; SNPD, 2012).

Como os critérios para a investigação da prevalência da deficiência ainda estão um tanto distantes dos critérios conceituais, de classificação, de observabilidade e de metodologia para a coleta de informação sobre a deficiência da ICF, nos próximos recenseamentos pode ainda haver acréscimos nestas taxas de prevalência. Isso pode ajudar a aprimorar o campo político e científico no desafio de suprir as necessidades específicas desta população.

Não obstante as prováveis limitações dos dados disponíveis sobre deficiência, as causas da deficiência também são invisíveis partindo da observação dos dados do censo brasileiro. Não se sabe se a causa está relacionada a doença, acidente, mazela, alguma combinação destes três fatores, ou se por fatores congênitos.

2.2.1 - Representação coletiva da pessoa com deficiência

Diniz (2010) sugere que a afirmação da deficiência como um pertencimento e um estilo de vida não decorre exclusivamente do progresso da medicina, mas de uma afirmação ao que Canguilhem (2002) questiona acerca dos padrões moralmente

construídos de normalidade e de patologia. A deficiência, neste entendimento, não viria ser uma variação do normal da espécie humana, pois anormalidade seria percebida como discurso de julgamento estético e, portanto, uma crença compartilhada sobre um estilo de vida. Este argumento, no modelo de “normal e anormal”, justificava a reclusão de pessoas com lesões físicas e mentais, em instituições, com pretexto de tratá-las para devolvê-las à família ou à sociedade em condições de “normalidade”, impondo-lhes um regime de alienação moral baseado no autoritarismo e crueldade.

Assim como para o racismo está para a raça e o sexismo está para o sexo/gênero, a opressão ao corpo da pessoa com deficiência leva ao *disablism*, termo que não possui uma tradução direta para o português, mas se refere exatamente às formas de discriminação e preconceito contra as pessoas com deficiência. Este fenômeno é resultado da cultura da normalidade, em que os impedimentos corporais são alvo de opressão e discriminação em sociedades pouco inclusivas, descrevendo as pessoas com impedimentos em variações corporais, em geral, catalogadas pela narrativa biomédica como portadoras de desvantagens naturais (Diniz, 2010).

As representações e simbolismos sobre as pessoas com deficiência podem ser observadas também através de registros filosóficos, teológicos e científicos, e vão variar a depender da produção de conhecimento em um dado momento histórico, bem como do modo como estas pessoas estão alocadas na organização sociocultural da sociedade.

Enquanto conhecimento produzido na seara da filosofia ocidental, é possível encontrar estes elementos representacionais, por exemplo, em Platão (1997), quando ele aborda, em “A República”, o planejamento das cidades gregas, propondo que as pessoas nascidas “disformes” fossem descartadas, levadas a um paradeiro desconhecido e secreto, a fim de preservar a pureza da raça dos guerreiros.

De modo parecido, na obra “A Política”, ao discutir quanto a rejeição ou criação dos recém-nascidos, Aristóteles indica a necessidade de uma lei segundo a qual

nenhuma criança disforme deveria ser criada, com vistas a evitar o excesso de crianças. Caso os costumes das cidades impedissem o abandono de recém-nascidos, indicava o filósofo, deveria haver um dispositivo legal limitando a procriação. Caso alguém tivesse um filho contrariamente a tal dispositivo, o aborto deveria ser provocado antes que começassem as sensações e a vida (Gugel, 2007).

Sêneca (4 a.C. a 65 d.C.), na obra "De Ira", segundo Silva (1986, p. 98), relata:

Eliminai, então, do número dos vivos a todo o culpado que ultrapasse os limites dos demais, terminai com seus crimes do único modo viável... mas, fazei-o sem ódio... ...Não se sente ira contra um membro gangrenado que se manda amputar; não o cortamos por ressentimento, pois, trata-se de um rigor salutar. Matam-se os cães que estão com raiva; exterminam-se touros bravios; cortam-se as cabeças das ovelhas enfermas para que as demais não sejam contaminadas. Matamos os fetos e os recém-nascidos monstruosos. Se nascerem defeituosos ou monstruosos, afogamo-los. Não é devido ao ódio, mas à razão, para distinguirmos as coisas inúteis das saudáveis. (...portentosos fetus extinguimus, líberos quoque; si debilis monstrosique editi sunt, mergimus; nec ira, sed ratio est, a sanis inutilia secernere).

No plano teológico, segundo Maciel (2010), com a expansão do cristianismo, as pessoas com deficiência passaram a ser vistas como criaturas de Deus, merecedoras de cuidados e passíveis de cura. Como ainda afirma o autor, observa-se este relato na passagem "Cego de Jericó", no Evangelho de João, capítulo 9, versículos de 1 a 4:

Naquele tempo, Jesus encontrou no seu caminho um cego de nascença. Os discípulos perguntaram-Lhe: "Mestre, quem é que pecou para ele nascer cego? Ele ou os seus pais?" Jesus respondeu-lhes: "Isso não tem nada a ver com os pecados dele ou dos pais; mas aconteceu assim para se manifestarem nele as obras de Deus". [...] Dito isto, cuspiu em terra, fez com a saliva um ouço de lodo e ungiu os olhos do cego. Depois disse-lhes: "Vai lavar-te à piscina de Siloé"; Ele foi, lavou-se e voltou a enxergar (Maciel, 2010, p. 21).

Nota-se, por meio deste, a dissociação da figura da pessoa com deficiência e

do pecador. Contudo, nesta condição, a pessoa com deficiência era carecedora de cuidados e a solução dos cristãos para as indagações acerca das providências a serem tomadas consistia em duas medidas. A primeira era o confinamento, de tal modo que segregá-las era um gesto de caridade pelo qual se garantia teto e alimentação, escondendo e isolando aquele ser considerado inútil. A segunda alternativa se constituía na caridade como castigo, pois era o meio de salvar do demônio a alma do cristão, e livrar a sociedade das condutas da pessoa com deficiência que fossem antissociais ou que fossem de encontro às normas sociais (Pessotti, 1984).

Além disso, na mentalidade medieval, os nascidos com deficiência passaram a ser julgados como castigados por Deus, além de lhes serem atribuídos poderes especiais de bruxaria ou feitiçaria (Silva, 1986). Em entendimento similar, a Reforma Luterana, no que tange às pessoas com deficiências, “não permite que se trate sem castigo quem é objeto eletivo da cólera justiceira e justa de Deus ou, pior ainda, presa de Satanás” (Pessotti, 1984, p. 17-18). Em função disto, Silva (1986) defende, mesmo expondo não ter muitas documentações disponíveis para tal fundamentação, que a Inquisição sacrificou pessoas com deficiência sob a alegação de que eram hereges ou endemoniadas.

Em torno do século XVIII, começam aparecer explicações naturalistas para o comportamento dos deficientes, começando a surgir o conhecimento sistematizado sobre o assunto. Segundo Albuquerque (2007), Maciel (2010) e Pessotti (1984), o desenvolvimento da ciência permitiu questionar os dogmas religiosos, de modo que começaram a surgir estudos mais sistemáticos na área médica, visando explicar tais causas e comportamentos. Tais estudos permitiram verificar que muitas deficiências eram resultantes de lesões e disfunções no organismo. Dessa forma, a medicina começou a ganhar um forte espaço, e as pessoas com deficiências passaram a ser vistas como objeto e clientela de estudo desta área, o que não significa ainda uma considerável redução na discriminação social de que eram vítimas, mas apenas um

marco no que se refere ao atendimento às suas necessidades básicas de saúde. Pode-se dizer, portanto, que há uma continuidade da segregação as pessoas com deficiência. Com o objetivo de oferecer tratamento médico e aliviar a sobrecarga da família e da sociedade, as pessoas com deficiência, assim como os loucos e os delinquentes, eram mandadas para asilos e hospitais.

No entanto, mesmo com o surgir desse conhecimento sistematizado, estas pessoas permaneciam isoladas da sociedade, seja sob o controle da igreja, dos asilos, dos albergues, das instituições e até mesmo dos hospitais (Albuquerque, 2007). Foucault (1984) indica que o hospital não era concebido para curar, não sendo, inicialmente uma instituição médica, uma vez que a medicina era uma prática não hospitalar. Ele ainda afirma que o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres, como também de separação e exclusão, pois o pobre, enquanto pobre, tinha necessidade de assistência, enquanto doente, oferecia risco de possível contágio, sendo considerado perigoso.

O ideal de aperfeiçoamento e higienização social presente na representação dos corpos da Grécia e da Roma Antiga se torna bússola para as mentalidades e intervenções eugênicas, de aperfeiçoamento hereditário, do início do século XIX (Diwan, 2007), como também já visto no ponto 2.1.1, que versou sobre as representações coletivas nas produções científicas a respeito dos negros.

Mencionar vários tópicos mais ou menos conectados com aquele do cultivo da raça, ou, como podemos chamá-lo, com as questões “eugênicas”. Isto é, como problemas relacionados com o que se chama em grego “*eugenes*”, quer dizer de boa linhagem, dotado hereditariamente com nobres qualidades. Esta e as palavras relacionadas, “*eugeneia*” etc. são igualmente aplicáveis aos homens, aos brutos e às plantas. Desejamos ardentemente uma palavra breve que expresse a ciência do melhoramento da linhagem, que não está de nenhuma maneira restrita a união procriativa, senão, especialmente no caso dos homens, a tomar conhecimento de todas as influências que tendem, em qualquer grau, por mais remoto que seja, dar às raças ou linhagens sangüíneas [sic] mais convenientes uma melhor possibilidade de prevalecer

rapidamente sobre os menos convenientes, que de outra forma não haja acontecido (Galton, citado por Diwan, 2007, p. 41-42).

Diwan (2007) menciona ainda que Francis Galton, na obra *Hereditary Improvement*, de 1873, faz um manifesto em defesa do aperfeiçoamento hereditário, pregando a necessidade de que os “débeis” e “imperfeitos” poupassem a sociedade de seus descendentes adotando o celibato, com o intuito seletivo de desaparecerem gradativamente.

Este eugenismo (muito presente na Europa, EUA, América Latina e especialmente no Brasil, até 1930 e 1940), segmentado em alienismo, higiene, educação, educação física, educação sexual, legislação, genética, imigração, cruzamentos controlados, etc., tinha como intuito teórico-político criar novas estratégias de controle do corpo a fim de sanar as epidemias, a miséria e potencializar o trabalho industrial. Dentre estas estratégias, tentavam desumanizar o corpo e a mente imperfeita ou disgênica, relacionando-a a fealdade, anormalidade, deficiência, deformidade e doença, decorrentes de uma miscigenação racial, orientada por sua vez, pela teoria lombrosiana da Degenerescência (Diwan, 2007). Parte daí o controle político, público, direto e também científico, não somente sobre o aspecto racial, mas também, contra as pessoas com deficiências.

Como visto neste capítulo 2, com base em suas experiências pessoais anteriores, bem como na sua exposição à cultura dominante, membros de grupos estigmatizados desenvolvem e compartilham entendimentos do ponto de vista dominante de sua condição de estigmatizados na sociedade (Crocker & Garcia, 2009; Crocker, Major & Steele, 1998). Estas representações coletivas incluem a consciência de que eles são desvalorizados aos olhos dos outros, o conhecimento dos estereótipos culturais dominantes associados a sua identidade estigmatizada, e o reconhecimento de que eles podem vir a ser vítimas de discriminação (Crocker et al., 1998; Major & O'Brian, 2005). Estas representações coletivas influenciam também no

modo como o estigmatizado percebe e avalia as situações de estigmatização, o que pode afetar seu comportamento mesmo na ausência de formas óbvias de discriminação, ou quando não há pessoas na situação imediata (Major & O'Brian, 2005).

III. CONCEITUALIZANDO ESTIGMA E ENFRENTAMENTO

Apesar de “Estigma” e “Enfrentamento” figurarem como conceitos centrais neste trabalho, para uma noção mais ampla a respeito do estigma, é importante o entendimento de conceitos que aparentemente são periféricos, como o processo de categorização e categorias sociais, crenças, estereótipos, preconceito e discriminação. Com base na definição de Trornicroft (2007), estigma pode ser visto como um termo abrangente que contém, em síntese, três elementos: “conhecimento” (informações de domínio público ou representações coletivas e crenças), “atitude” (preconceito) e “comportamento” (discriminação).

Porém, antes de se debruçar sobre tais construtos, há a necessidade também do entendimento prévio acerca do processo de categorização social, levando em conta que algumas abordagens recentes têm considerado o papel dos processos cognitivos de categorização e de grupos básicos, como a categorização social, para a compreensão da natureza dos fenômenos de aplicação de estereótipos, preconceito e discriminação, sendo estes fenômenos intergrupais e interpessoais, além de intrapessoais (Dovidio, Gaertner, Hodson, Riek, Johnson & Houlette, 2006).

Por se tratar de um público percebido em uma categorização social cruzada (sendo pessoas negras e com deficiência), também serão trabalhados aqui os conceitos de autocategorização, identidade e categorização social múltipla. Nesta seção seguinte, o juízo sobre tal artifício de autocategorização e identificação ajudará na compreensão das modalidades de estratégias para o enfrentamento dos estigmas.

3.1. Categorização social

Categorias são sistemas de esquemas e/ou estruturas de conhecimento, caracterizadas por assimilar experiências velhas e novas, tendo flexibilidade suficiente para integrar subcategorias de protótipos, de papéis sociais ou traços individuais, sem que as dimensões estruturantes do esquema sejam alteradas. Tratam-se, portanto, de

uma catalogação de conhecimentos que permitem identificar um objeto de imediato, através de um rótulo categorial, equivalente a generalizações (Allport, 1979; Crocker, 1984; Crocker et al, 1998). Uma vez formadas, categorias são a base para pré-julgamentos (Allport, 1979).

O processo de categorização é uma faceta integrante e universal da percepção humana e das interações sociais, exercendo influência sobre pensamentos, crenças, sentimentos e comportamentos, e sendo normalmente regidas por processos automáticos, que não podem ser evitados (Crisp & Hewstone, 2006; Dovidio et al., 2006). Tais processos produzem uma relação de dependência com a heurística na economia de energia, tempo e recursos cognitivos e psíquicos, pois envolvem a habilidade de ordenar e/ou encontrar vários e diferentes objetos, eventos e pessoas, rápida e eficazmente, dentro de um pequeno número de categorias significativas, de forma espontânea e com o mínimo de esforço ou consciência (Dovidio et al., 2006; Gaertner & Dovidio, 2009; Link & Phelan, 2001).

A categorização social define o modo como classificamos a nós e aos outros (ex.: negros, brancos, idosos, mulheres, católicos), ocasionando implicações significativas para a maneira como pensamos sobre nós mesmos (autocategorização) e como formamos impressões sobre os outros (Crisp & Hewstone, 2006).

Este fenômeno se caracteriza pela alocação de indivíduos em categorias sociais, a partir de atributos como características físicas, *status* social ou qualquer outra informação que se torne acessível à mente quando se percebe o indivíduo alvo, tendendo a desprezar atributos particulares que ele possua (Fiske & Neuberg, 1990). Em vez disso, o percebedor tende a fazer associações automáticas que potencializam reações estereotipadas, com base no conhecimento que adquiriu ao longo do seu processo de socialização (Macrae & Bodenhausen, 2001). Com isto, são produzidos vieses sociais de julgamentos sistemáticos na avaliação dos outros, fundamentalmente relacionados à atração, ao preconceito, à discriminação e à percepção das fronteiras entre grupos, que definem quem está incluído (um "nós") e quem é excluído (a "eles")

(Dovidio et al., 2006; Gaertner & Dovidio, 2009; Link & Phelan, 2001; Stangor, 2009).

A categorização social ocorre nas circunstâncias em que uma pessoa deixa de ser percebida individualmente e passa a ser qualificada como um elemento de um grupo, mediante a aplicação de critérios físicos ou comportamentais, manifestando a tendência de pensar que tais membros do grupo são equivalentes no que diz respeito à ações, intenções e aos sistemas de crenças. A percepção de que estes grupos sejam entidades perfeitamente diferenciadas entre si, havendo um alto grau de similaridade e forte proximidade entre seus membros, atribui uma naturalização a estes indivíduos, uma essência ao grupo e a sua imutabilidade (Brown, 2000; Pereira, 2011), sendo inferidas, nestes indivíduos categorizados, qualidades supostamente profundas, a partir de traços aparentes superficialmente (Brown, 2000).

Este processo é dinâmico e fluido e pode ser provocado tanto pela possibilidade de categorização do indivíduo à sua revelia, quanto pela escolha desta categoria pelo próprio indivíduo (Crisp & Hewstone, 2006). Neste contexto, Augustinos e Walker (2007) afirmam que membros de grupos sobre os quais se tem pouco ou nenhum controle pessoal são considerados “adscritos” (identidades sociais atribuídas, por exemplo, categorias como sexo, raça, deficiência), enquanto, em outro, membros que escolhem, mais ou menos livremente, são ditos “adquiridos” (identidades sociais adquiridas, ex: colegas de ocupação, filiação partidária, etc.). Embora ambos os tipos (adquiridos e adscritos) sejam rotineiramente utilizados como base para fazer julgamentos sobre as pessoas, suas bases diferem.

Os membros do grupo com identidades adquiridas podem ser vistos e julgados como expressão de atributos pessoais através de preferências, crenças e valores. Já os julgamentos feitos sobre os membros de grupos com identidades atribuídas são mais propensos a refletir suposições sobre as características que se acredita ser naturalmente e essencialmente associadas a esse grupo, como por exemplo, a crença de que uma mulher sempre vai ser mais emocional do que um homem.

Segundo McGarty (2006), as pessoas-alvo-objeto podem ser categorizadas de

muitas formas diferentes, podendo ser atribuídas a diferentes categorias e até mesmo, em determinado momento, simultaneamente atribuídas a mais de uma categoria, o que pode afetar a maneira como tais pessoas são percebidas. Tal categorização pode depender de vários fatores, tais como o contexto e motivação, de modo que cada vez mais é evidente que, em muitos contextos, múltiplas bases para a categorização social podem ser salientes, combinadas e usadas simultaneamente (Crisp & Hewstone, 2006). A categorização múltipla se refere a qualquer contexto intergrupais que envolva perceber mais do que uma única base para a classificação social, como é evidente em sociedades crescentemente multiculturais, multirraciais, multiétnicas e multirreligiosas, apresentando, atualmente, complexidades de filiações, que são um grande desafio teórico sobre processos grupais e relações intergrupais (Crisp & Hewstone, 2006; Phinney & Alipuria, 2006).

Estes mecanismos de atribuição numa categorização negativa, desenvolvidos por uma “adaptação social”, acabam por estigmatizar pessoas que possuem ou que acreditam possuir certos atributos. Para Major e O’Brien (2005) tais mecanismos são descritos sob quatro formas: (1) “tratamento negativo e discriminação”; (2) “processo de confirmação de expectativas”; (3) “comportamento de ativação automática do estereótipo”; e (4) “estigma como ameaça ao estereótipo”.

Este último mecanismo, de “estigma como ameaça ao estereótipo”, indica que um grupo desvalorizado, marginalizado e de baixo *status* social é levado à ameaça de sua identidade social, ou seja, uma ameaça para o aspecto de si mesmo que é derivado de participação em um grupo desvalorizado socialmente. De acordo Turner, Oakers, Haslam e McGarty (1994), Vignoles, Schwartz e Luyckx (2011) e Spears (2011), os rótulos pelos quais são definidas tanto a identidade pessoal quanto a identidade social são construídos a partir da categorização social e da autocategorização.

Dada a centralidade do “si” na percepção social, a categorização social envolve também a distinção básica entre o grupo que contém o eu (grupo interno ou

endogrupo) e os outros grupos (externos ou exogrupos), marcando a distinção entre o "nós" e o "eles".

Como será exemplificado na subseção 5.2.3, a autocategorização é o funcionamento do autoconceito no qual há a identificação das pessoas com determinados grupos, bem como da forma como lidam com tal pertença (Turner & Onorato, 1998). Autoconceito, por sua vez, é definido por Crocker & Major (1989) como um produto da consciência de como os outros avaliam a si e a adoção dessas visões alheias, sendo a imaginação de julgamentos de suas aparências pelos outros, associada a algum tipo de sentimento de si, como um orgulho ou mortificação.

Na teoria de categorização social, os níveis diferentes de autocategorização se distinguem entre a identidade pessoal e a social (Turner, 1985; Turner et al., 1994; Turner & Onorato, 1998), que, a depender da saliência, centralidade e valência em determinadas situações, darão direcionamento e atitude diante de potenciais ameaças.

Os rótulos pelos quais são definidas tanto a identidade pessoal como a identidade social são construídos a partir da categorização social e autocategorização (Oakers et al., 1994; Spears, 2011; Vignoles et al., 2011). A autocategorização é uma combinação cognitiva de si que é inerentemente variável, fluída e dependente do contexto. A teoria da categorização social e a teoria da identidade social estão conectadas pela preocupação com os processos que envolvem a maneira que as pessoas se definem como membros de um grupo social (Reicher, Spears & Haslam, 2010), dando bases também para explicar a distinção entre a identidade pessoal e a social (Turner et al., 1994 e Turner & Onorato, 1998).

A identidade é um construto poderoso que permite que as pessoas direcionem sua afiliação a grupos sociais e coletivos e também explica muitos dos comportamentos destrutivos que as pessoas realizam contra membros de grupos étnicos, culturais e/ou nacionais opostos. Contudo, na literatura há ainda uma imprecisão no que diz respeito a uma definição clara deste construto, sendo este termo utilizado para diversas referências, como: sistemas de significado interno pessoais,

conferidos através de participação em grupos, nacionalismo, posições tomadas em conversas ou em sistemas de crenças, assim como este termo tem sido encontrado no uso generalizado na cultura popular (Vignoles et al., 2011).

As abordagens existentes sobre a identidade geralmente se concentram em um ou mais dos três níveis diferentes em que a identidade pode ser definida, que são a individual, a relacional e a coletiva ou social, no qual também pode ser entendida como os diferentes processos pelos quais as identidades são formadas e mantidas ou alteradas ao longo do tempo (Vignoles et al., 2011).

A identidade pessoal ou individual se refere à autocategorização (ou autoconceito) que define o indivíduo com uma pessoa única em termos de suas diferenças individuais para outras pessoas do mesmo grupo, no qual se pode incluir objetivos, valores e crenças, padrões de comportamento e de tomada de decisão, autoestima e auto avaliação, desejos, medos, expectativa futuro de si e sua “história de vida” em geral (Turner et al., 1994; Turner & Onorato, 1998; Vignoles, et al., 2011).

A identidade relacional se refere a um papel face-a-face a outras pessoas, no qual se contém a um relacionamento, abrangendo conteúdos de identidade (filho, esposo, pai, supervisor, cliente, etc.), assim como pela forma como estes papéis são definidos e interpretados pelos indivíduos que os assume. Este processo identitário é definido e localizado dentro de espaço interpessoal, dentro de uma família ou em papéis que se interaja pessoalmente (Vignoles et al., 2011).

Já a identidade social ou coletiva se refere à categorização social de si e de outros, autocategorização que define o indivíduo em termos de suas similaridades compartilhada com membros de certas categorias sociais em contraste a outras categorias sociais (Turner et al., 1994; Turner & Onorato, 1998), podendo aludir a grupos ou categorias social étnico ou racial, de nacionalidade, de gênero, de religião, de pessoas com deficiência, assim como grupo familiar ou grupo de trabalho (Vignoles, Schwartz & Luyckx, 2011). A identidade social é um processo dependente do contexto fluido, em vez de um conjunto fixo de critérios para categorizar as pessoas. Assim, a

identidade social é tanto um processo de construção contínuo e com um resultado na forma de um rótulo de grupo (Carter, 2006).

Turner et al., (1994) e Turner e Onorato (1998) defendem que quando a identidade social compartilhada está saliente, a autopercepção individual tende a ficar despersonalizada, ou seja, os indivíduos tendem a definir e verem a si mesmos menos diferenciados que as pessoas e mais próximo a representação intercambiável dos membros de sua categoria, podendo haver interferência aqui, na forma como o enfrentamento pode ser dado quando avaliado uma ameaça a sua identidade.

A teoria da identidade social (Turner et al., 1994; Turner & Onorato, 1998) e a teoria da autocategorização (Turner & Onorato, 1998) postulam que a forma como uma pessoa concebe a si mesmo, em termos de identidade pessoal ou coletiva, em qualquer ponto ou tempo é fundamental para determinar a resposta desta pessoa para os outros, como exemplo, o tipo de enfrentamento.

Este tipo de interferência encontra uma transversalidade neste trabalho, pois os sujeitos de pesquisa pertencem a uma categorização social múltipla cruzada ou identidade social múltipla cruzada, o que pressupõe saber o como lidar analiticamente com a autocategorização múltipla destes sujeitos frente a dupla estigmatização. Se por um processo que segue uma *hierarquia de importância* ou *hierarquia de saliência*, onde as identidades podem ser interpretadas em diferentes níveis de abstração (Simon, 2004 e Carter, 2006) ou se por um processo que siga uma *simultaneidade de saliência*, no qual busque uma impressão holística sobre o sujeito (Crisp & Hewstone, 2006).

Crisp & Hewstone (2006) expõem estudos que têm explorado os efeitos sobre as avaliações intergrupais, quando duas dimensões dicotômicas de identidade de membros do grupo são simultaneamente salientes e Carter (2006) exhibe a literatura da área, que ressalta que, tipicamente, os indivíduos identificam-se com um número de grupos diferentes e a saliência destes grupos dependem do contexto momentâneo.

Carter (2006) ainda defende que, sobre o aspecto da identificação, cada

indivíduo possui um número de sub-identidades que se relacionam com vários grupos com os quais ela pode se identificar. Esta perspectiva é semelhante as pesquisas atuais sobre os efeitos das identidades sociais múltiplas (Crisp & Hewstone, 2006; McGarty, 2006; Dovidio et al., 2006). A saliência ou visibilidade da sub-identidade influencia a probabilidade de que o indivíduo vai responder à situação de uma maneira consistente com a adesão a um grupo específico. A saliência prolongada pode aprimorar a proeminência psicológica da identidade e aumentar a sua centralidade. Centralidade envolve importância relativa de uma sub-identidade em comparação com outras e a interligação entre estas. Além disso, esta tem um nível de atração, conhecido como valência, para o indivíduo. A valência altamente positivo aumenta a probabilidade de que um indivíduo vai se identificar com esse grupo. Valência, saliência e centralidade se combinam para determinar a potência, que é a capacidade de uma sub-identidade para influenciar o comportamento, porém, raramente é apenas uma identidade saliente em um determinado momento, assim, portanto, procura-se compreender que condições a identidade preferida venha ser a mais potente (Carter, 2006).

Em suma, a forma como nos categorizamos e categorizamos os outros não são simples, neutras e passíveis de definição de nossa existência; mais que isso, são carregadas de estruturas implícitas, poderes e valores (Crisp & Hewstone, 2006). De um modo geral, a categorização social permite a criação de etiquetas aplicáveis aos grupos sociais, o que termina por favorecer a interpretação das ações em termos de estereótipos. Esta visão a respeito da essência dos grupos influencia fenômenos como a expressão do preconceito, a acentuação perceptual das diferenças intergrupais, a tendência para intensificar a infra-humanização dos membros do exogrupo e a justificção das desigualdades sociais (Pereira, 2011). Este entendimento sobre tal artifício de categorização, categorização social, autocategorização e identificação ajudará na compreensão tanto da aplicação de estereótipos, do preconceito e discriminação quanto das modalidades de estratégias para o enfrentamento dos

estigmas.

Então, para falar sobre a estigmatização e exclusão das categorias sociais de “pessoa negra” e de “pessoa com deficiência”, é fundamental o entendimento de que tais representações estereotipadas são regidas por crenças e ocasionalmente por visões e compreensões de mundo.

3.2 - Crenças, Estereótipos, Preconceitos e Discriminação

No intuito de aproximar os construtos de “Representações Coletivas”, abordado no esquema de Major & O’Brien (2005), e de “Crenças”, Crocker (1999) assinala que representações coletivas são crenças compartilhadas ou sistemas compartilhados de significados.

As crenças coletivas sobre algumas categorias sociais possuem um elevado grau de compartilhamento e tendem ser hegemônicas (Lima, 2011). Assim, através de estereótipos culturais, são difundidas nos processos de socialização, mesmo quando combatidas pelas crenças pessoais. Por exemplo, pessoas com atitudes mais favoráveis às minorias étnicas partilham dos mesmos estereótipos culturais que, por sua vez, são mais negativos do que suas crenças pessoais. Já os indivíduos com atitudes mais preconceituosas revelarão menos dissociação entre as crenças pessoais e culturais, sendo que tais crenças coletivas refletem, pelo menos em parte, as opiniões pessoais (Devine, 1989; Marques, 1999).

Segundo Kruger (2004), as crenças são conteúdos mentais de natureza simbólica, que produzem efeitos na cognição, na afetividade, na conduta, no comportamento e na personalidade. A expressão destas crenças ocorre por intermédio de assertivas ou proposições aplicadas às experiências estritamente pessoais (ex.: julgamento a respeito de uma pessoa), mas também ao nível do compartilhamento (ex.: estereótipos sociais).

Dentre as inúmeras definições de estereótipos sociais, tais posições teóricas

tendem a determina-los como crenças compartilhadas acerca de algum atributo, traço ou característica de um grupo ou categoria social e/ou de membros individuais destes grupos/categorias, se tornando ideias fixas e rígidas que podem distorcer e/ou simplificar a realidade. Os estereótipos seriam, em suma, traços que vêm a mente rapidamente quando se pensa sobre algum grupo, havendo a impressão de ser a essência deste grupo (Kruger, 2004; Stangor, 2009; Taguieff, 1997).

Pereira, Modesto e Matos (2012) afirmam que esta definição de estereótipo esteja ultrapassada, ressaltando haver um limite fundamental no campo de estudo do tema, relativo à ausência de definição relativamente consensual entre os autores. Sob esta reflexão conceitual, na busca de uma definição mais precisa sobre estereótipo, Pereira et al. (2012) e Pereira, Modesto, Matos e Nascimento (2013) o definem como um sistema de crenças socialmente compartilhado que se refere a características homogêneas de indivíduos membros tanto de uma determinada categoria social, quanto de outros entes sociais, a exemplo dos grupos sociais. Para estes autores, os fundamentos de um estereótipo se sustentam em teorias intencionais implícitas ou teorias explicativas causais, com função de organizar a realidade social e fornecer elementos de justificação e de legitimação dos arranjos sociais.

Bernardes (2003) defende a grande influência dos estereótipos nas impressões, julgamentos, avaliações e comportamentos, destacando a importância da categorização e da estereotipização, que simplificam a percepção social e facilitam o entendimento do observador sobre a realidade social.

Para Kruger (2004), os estereótipos podem ser tanto positivos quanto negativos, mas para autores como Stangor (2009) tanto os estereótipos quanto os preconceitos se caracterizam por serem predominantemente negativos, imprecisos e injustos.

Allport (1979), na obra *A Natureza do Preconceito*, publicada originalmente em 1954, define preconceito como uma antipatia com base num julgamento infundado, numa generalização falha, inflexível e negativa, podendo ser sentida ou expressa, em

relação a um grupo ou a uma pessoa que se supõe ser membro do grupo, se caracterizando também como uma predisposição (conação – conjunto de atividades psíquicas direcionadas para uma ação) para adotar comportamentos negativos contra estes mesmos alvos.

Em adição aos componentes das crenças estereotipadas, no preconceito há a atitudes que são regidas majoritariamente por respostas emocionais, como ansiedade, raiva, ressentimento, hostilidade, aversão ou repugnância (Harrison, 1995; Stangor, 1966). A atitude é entendida como uma “predisposição a agir”, e os estudos neste campo permitiram ligar as representações coletivas ou crenças à ação (Cardoso, 2012). Allport (1979) afirma que o sistema de crenças tem uma maneira de fluir em torno da justificação de atitudes mais permanentes, se tornando um processo de acomodação de crenças para atitudes. Ele ainda assevera que quanto mais intensa for a atitude, maior a probabilidade de resultar em uma vigorosa ação hostil.

Já a discriminação, por sua vez, é um comportamento que cria, mantém ou reforça vantagens para alguns grupos e seus membros, derivada geralmente de conhecimentos/crenças (estereótipos), atitudes e/ou intenções comportamentais (preconceitos) (Stuber, Meyer & Link, 2008; Thornicroft, Rose, Kassam & Sartorius, 2007).

Como uma prática, a discriminação tem mais consequências sociais imediatas e sérias que o próprio preconceito, uma vez que qualquer atitude negativa tende a se expressar em ação, de alguma forma e em algum lugar, enquanto algumas pessoas ainda conseguem manter suas antipatias inteiramente para si, sem expressá-las (Allport, 1979).

Allport (1979) chega a distinguir cinco níveis de ações negativas, que não se baseiam matematicamente numa ideia de escala, mas que podem ajudar a visualizar a extensão de atitudes e crenças preconceituosas. Os níveis são: (1) *Antilocução*, que são observações contra uma pessoa, grupo ou comunidade, que não são expressas diretamente ou explicitamente (“falar pelas costas”); (2) *Evitação/anulação*, um

preconceito mais intenso, que conduz o indivíduo a evitar membros de grupos aversos; (3) *Discriminação*, quando uma pessoa preconceituosa faz uma distinção danosa de uma ordem/classe/casta ativa, segregando; (4) *Ataque físico*, quando condições de intenso preconceito emocional podem conduzir a atos de violência e semiviolência; e (5) *Extermínio*, que está relacionado a linchamentos, perseguições, massacres e genocídios.

Blank, Dabady e Citro (2004) afirmam que a maioria dos discursos sobre a presença da discriminação (especificamente, sobre a discriminação racial) a assume como um fenômeno que ocorre em um momento e em um processo particular, ou no estágio de um domínio particular. Contudo, para os autores, a discriminação pode perfeitamente ter efeitos cumulativos, sendo, portanto, melhor vista como um processo dinâmico que funciona em todas as etapas dentro de um domínio sociocultural, bem como entre os domínios, através das vidas dos indivíduos e até mesmo através das gerações, de maneira a perpetuar a desigualdade.

Várias teorias foram desenvolvidas sobre os processos pelos quais a discriminação pode ter efeitos cumulativos, incluindo (1) a teoria do curso de vida de desvantagem acumulada em pesquisa de justiça criminal, que postula que tais comportamentos, como a delinquência juvenil, pode afetar certos resultados sociais, como o fracasso escolar ou pobre estabilidade no emprego, e, assim, facilitar o comportamento criminoso como um adulto; (2) a teoria ecossocial na pesquisa em saúde pública (semelhante ao conceito de ciclo de vida), em que o estado de saúde de uma determinada idade para uma dada coorte de nascimento reflete não apenas as condições atuais, mas também circunstâncias de vida anteriores, desde a concepção; e (3) modelos de feedback em uma pesquisa de mercado de trabalho, no qual em tal modelo, por exemplo, as pessoas que prevêm inferiores devoluções futuras para as suas competências, possivelmente como resultado da discriminação racial, pode investir menos em adquirir essas habilidades. Por sua vez, menor investimento poderia perpetuar o preconceito, a limitar as oportunidades, e sustentar as disparidades raciais no mercado de trabalho³ (Blank et al., 2004, p. 11).

³ Segundo Blank et al. (2004), para testar empiricamente as várias teorias da desvantagem cumulativa, e medir tais efeitos ao longo do tempo e entre domínios socioculturais, há a necessidade de

Em suma, tendo em vista que os estereótipos são crenças, e os preconceitos, atitudes negativas em termos de afetos e emoções, ambos acabam por justificar a inferiorização, a infrahumanização, a estigmatização e, conseqüentemente, a discriminação de indivíduos, grupos e categorias sociais que carregam características depreciadas sob a percepção do outro ou da sociedade.

3.3 - Estigma

Goffman (2008) define estigma como a utilização de sinais corporais que procuram evidenciar alguma coisa extraordinária ou má sobre o *status* moral, o que envolve, portanto, características ou atributos que indicam uma degeneração ou desqualificação perante a sociedade, depreciando o caráter humano individual ou grupal de quem a apresenta. Nesse sentido, como apontam Crocker et al. (1998), um membro de alguma categoria social, cuja identidade social ponha em dúvida sua plena humanidade, é inferiorizado, desqualificado ou visto com defeito aos olhos dos outros.

A formação dos estigmas é uma das conseqüências da estereotipização, que resulta na aplicação de julgamentos estereotipados a certos indivíduos, de forma a apresentá-los como portadores de traços intercambiáveis, com outros membros de uma mesma categoria. Como já visto, estereótipos são tipos particulares de crenças compartilhadas, na origem de atitudes preconceituosas e comportamentos discriminatórios e excludentes.

Estas marcas estigmatizantes podem ser visíveis ou invisíveis, controláveis ou não, e estão ligadas a aparência, comportamento ou a membros do grupo (Major & O'Brien, 2005). De acordo com a própria classificação descritiva de Goffman (2008) estes tipos de estigmas são:

Em primeiro lugar, há as *abominações do corpo* - as deformidades físicas. Em

dados longitudinais para identificar com credibilidade os incidentes iniciais e subseqüentes de discriminação.

segundo, as *culpas de caráter individual*, percebidas como vontade fraca, paixões tirânicas ou não naturais, crenças falsas e rígidas, desonestidade, sendo estas inferidas a partir de relatos conhecidos de, por exemplo, distúrbio mental, prisão, vício, alcoolismo, homossexualismo, desemprego, tentativa de suicídio e comportamento político radical. Finalmente há os *estigmas tribais de raça, nação e religião*, que podem ser transmitidos através da linhagem e contaminar por igual todos os membros de uma família (p.14).

Neste sistema de classificação, compreendem-se vários critérios, que abarcam características tanto adquiridas quanto congênitas, além de aludir também a elementos estruturantes que podem ser herdados e que tem a ver com as diferenças de poder, prestígio e estima, como descreve Maneiro (2008). Conforme indicado por Goffman (2008), há a crença de que pessoas que tenham um estigma não sejam completamente humanas e, partindo disto, fica claro o caminho para as práticas discriminatórias em diversas ordens. A posse de um atributo estigmatizado levanta a possibilidade de que alguém vai ser desvalorizado, estereotipado, discriminado, ou desumanizado por outros.

Fazendo uma correlação do processo de estigmatização com o conceito de categorização, trazido por Allport (1979) e Fiske e Neuberg (1990), e com o conceito de preconceito e discriminação, trazido por Allport (1979), Goffman (2008) explica que um indivíduo que poderia facilmente ser recebido numa relação social cotidiana, ao possuir um traço que se pode impor certa atenção, acaba por afastar aqueles com quem se encontra. Isso destrói a possibilidade de atenção para outros atributos seus, fazendo com que as pessoas acreditem que este estigmatizado não é completamente humano, e conduzindo a vários tipos de discriminação, muitas delas impensadas, reduzindo as chances de relação, de suporte social e até de vida.

Para Matta (2009) o estigma e a discriminação encontram-se relacionados de forma inequívoca, reforçando-se e legitimando-se mutuamente. O estigma e os estereótipos se encontram na origem dos comportamentos discriminatórios e

recorrentemente são utilizados como justificativa de atos ou omissões que causam dano físico ou psíquico, assim como a negação de serviços ou direitos a determinadas pessoas.

Major e O'Brian (2005) situam o estigma ao nível de uma interação, em contextos sociais específicos, não residindo na pessoa, o que leva a perceber, que se trata de uma repulsão feita por “um sujeito/ente rechaçador” e sofrida por “um sujeito/ente rechaçado”.

Neste entendimento, Crocker (1999), Puhl e Brownell (2003), bem como a maioria dos estudiosos, consideram estigma como um construto social, uma etiquetagem feita pela sociedade, compartilhada socialmente por meio do discurso em um ponto de variabilidade através do tempo e de culturas em que atributos, comportamentos e grupos são estigmatizados, dando autorização e legitimidade ao preconceito.

Segundo Link e Phelan (2001), desde Goffman, definições alternativas ou elaboradas sobre estigmas têm variado consideravelmente, como por exemplo, a proposta citada por Link e Phelan (2001) de estigma como uma característica de pessoas que são contrárias a uma “norma” (crença comum). Outra definição especialmente influente é a de Jones, Farina, Hastorf, Markus, Miller, Scott e French (1984) que observam no estigma uma relação entre “um atributo e um estereótipo”, produzindo a definição de estigma como uma “marca” (atributo) que liga uma pessoa a características indesejáveis (estereótipos). Dentro destes entendimentos acerca do estigma, parte substancial destas percepções passa pela compreensão de como as pessoas constroem categorias e ligam essas categorias a crenças estereotipadas (Link & Phelan, 2001). Este tipo de indagação sobrevém da natureza da interação dos indivíduos estigmatizados e dos não estigmatizados, que é a hipótese central da análise de Erving Goffman e que, para Maneiro (2008), constitui os problemas emergentes dos contatos das situações sociais cotidianas.

3.3.1 - Estigma racial

Segundo os tipos de estigmas classificados por Goffman (2008), o estigma relacionado aos negros é o referente aos *estigmas tribais de raça, nação e religião*, que para ele, podem ser transmitidos através da linhagem e envolver por igual todos os membros de uma família ou grupo.

No caso dos negros, além da estigmatização dos atributos percebidos através de seus traços fenotípicos, que faz referência ao *estigma de raça*, estes mesmos atributos (cor da pele, trações faciais, morfologia do corpo e crânio) pode levar a inferência de *estigmas de cunho moral*, como descrito por Goffman (2008), o que envolve noções relacionadas a desonestidade, distúrbios de comportamento, criminalidade, prisão, vício, alcoolismo, desemprego, etc. Os atributos inferidos de depreciação de cunho moral, através do pertencimento racial, foi melhor entendido e justificado na subseção 2.1.1, que versa sobre as representações coletivas e crenças a respeito do negro que foram evidenciadas em algumas das bem difundidas produções de conhecimento filosófico, teológico e científico.

Assim como há uma distinção importante entre preconceito racial e racismo, já descrita por Allport (1979) e Lima e Vala (2004) na parte de apresentação deste trabalho, para Loury (2003) há também a distinção para discriminação racial e estigma racial. O autor argumenta que a discriminação racial está relacionada ao modo como os negros são tratados, enquanto o estigma racial diz respeito ao modo como os negros são percebidos. Porém, embora sejam noções distintas, Campbell (2003) pontua que o estigma racial é a chave de explicação da iniquidade racial negro/branco, em função da ideologia racista nas crenças e representações acerca das atribuições raciais entre as diferentes pessoas, grupos e categorias sociais.

O racismo, enquanto um processo ideológico de estigmatização de pessoas por seu atributo étnico-racial, é entendido por Franklin-Jackson e Carter (2007) como

um fator que contribui para o estresse, resultando numa má saúde mental para negros, e levando-os a sintomas psicológicos, somatização, traumas, angustias psicológicas em geral (ex.: ansiedade, pouca satisfação na vida, depressão), má qualidade de vida, baixa autoestima, etc.

No último século, novas formas de expressão do racismo foram evidenciadas e postas como objetos de estudo, sendo diferentes das típicas expressões do racismo clássico ou à moda antiga, caracterizado por Blanton e Jaccard (2008) como atitudes racistas explícitas sobre a inferioridade dos negros ou outras minorias políticas, bem como tendências evidentes de se envolver em comportamentos inequivocamente discriminatórios.

Estas novas formas de racismo são definidas como o racismo simbólico, que está relacionado à resistência a mudanças no *status quo* das relações racializadas (Lima & Vala, 2004; Sear & Henry, 2003); o racismo moderno, que se baseia sinteticamente nas crenças de que a discriminação é uma coisa do passado, porque os negros podem agora competir e adquirir o que almejam, subindo economicamente muito rápido e em setores nos quais não são bem-vindos, através de meios e inadequados e injustos (Lima & Vala, 2004; McConahay, 1986); o racismo aversivo, que é o tipo de atitude racista que se caracteriza por possuir fortes valores igualitários, mas que experienciam um tipo particular de ambivalência, resultante do conflito entre sentimentos e crenças associados a valores igualitários e sentimentos negativos face aos negros (Dovidio & Gaertner, 1998; Dovidio & Gaertner, 2000); o racismo ambivalente, que está associado à atitude de dupla percepção de que os negros são desviantes e, ao mesmo tempo, que estão em desvantagem em relação aos brancos, gerando tanto atitudes anti-negros, incluindo crenças sobre as características de “desvio cultural” e associações de negros a afetos negativos, quanto atitudes pró-negros, que refletem a percepção de desvantagem dos negros e produzem afetos positivos, tais como piedade e simpatia (Katz et al., 1986; McConahay, 1986; Lima & Vala, 2004); por fim, o racismo cordial, que está relacionado a questões históricas e

culturais, dentre as quais se destacam o mito de democracia racial e a ideologia de branqueamento (Guimarães, 2008; Lima & Vala, 2004; Owensby, 2005).

Afora as teorias de novas formas de racismos, vale caracterizar também a *teoria do preconceito sutil* de Pettigrew e Meertens (1995), que se trata de analisar as crenças, avaliações e atitudes negativas relativas a grupos minoritários, não incluindo diretamente os elementos de discriminação, de cerceamento de direitos ou de naturalização das diferenças que caracterizam o racismo.

Adicionando-se ao bojo dos tipos de racismo, há ainda o *racismo institucional ou sistêmico*, que opera de forma a induzir, manter e condicionar a organização e a ação do Estado, suas instituições e políticas públicas – atuando também nas instituições privadas –, produzindo e reproduzindo a hierarquia racial, como um mecanismo estrutural que garante a exclusão seletiva dos grupos racialmente subordinados (negros, indígenas, ciganos, para citar a realidade latino-americana e brasileira da diáspora africana), e que atua como alavanca importante da exclusão diferenciada de diferentes indivíduos nestes grupos. Além disso, este tipo de racismo garante a apropriação dos resultados positivos da produção de riquezas pelos segmentos raciais privilegiados na sociedade, ao mesmo tempo em que ajuda a manter a fragmentação da distribuição destes resultados (Geledés, 2013; López, 2012).

Alguns destes resultados, tidos como desigualdades sociais, podem ser traduzidos tanto socialmente para a população negra, quanto individualmente nas trajetórias de vida das pessoas negras, no seu acesso e desenvolvimento educacional, no seu acesso e assistência a saúde, nas condições de trabalho e renda, etc. Estes resultados de desigualdade podem ser também observados na população com deficiência.

3.3.2 – Estigma da deficiência

Seguindo a classificação descritiva de Goffman (2008), as pessoas com deficiência são estigmatizadas pelas *abominações do corpo* ou *deformidades físicas*, especialmente as pessoas com deficiência motora/física.

Associada com a deficiência, a definição de estigma, em termos de atributos negativos percebidos, está associada à aparência, saúde ou capacidades, e envolve uma percepção implícita de desvio da norma ou das expectativas dos atributos positivos de aparência, saúde e capacidade das pessoas sem deficiência (McLaughlin, Bell & Stringer, 2012).

Como já foi citado, de acordo com Diniz (2010), *disablism* é um termo que não possui tradução direta para o português, mas que representa a opressão ao corpo da pessoa com deficiência, nas formas de discriminação e preconceito.

Baseado em atributos ou consequências de deficiência que podem constituir estigma, McLaughlin et al. (2012) enumeram as seis dimensões principais de estigmatização: (1) *Desorganização* ou *Impacto social*, que indica o efeito da incapacidade em interações sociais ou de comunicação; (2) *Origem* ou *Capacidade de controle*, relacionada ao modo como o indivíduo é responsável pela causa da sua deficiência; (3) *Qualidades Estéticas* ou *Repugnância*, na medida em que a deficiência faz com que a pessoa pareça fisicamente pouco atraente ou desagradável; (4) *Curso*, que é o estado e permanência da condição incapacitante; (5) *Camuflável*, se é visível ou pode ser escondido; e (6) *Perigo*, na medida em que o indivíduo com deficiência é visto como uma ameaça para os outros.

Mojtabai (2011), analisando longitudinalmente a base de dados da *U.S. Nacional Health Interview Survey*, de 1997 a 2009, buscou avaliar tendências através de autorrelatos de deficiências atribuídas a problemas de saúde mental como depressão, ansiedade e problemas emocionais. Em suas análises, o autor aponta que

a prevalência de deficiências atribuídas a outras condições crônicas diminuiu e a prevalência de sofrimento psicológico significativo não se alterou de forma relevante, comparado a anos anteriores. Por outro lado, os participantes que não se definem como mais angustiados em anos mais recentes se classificaram como mais desativos e desabilitados por seus sintomas psicológicos. Esta mesma tendência crescente, em reconhecimento do impacto da doença mental, e a maior atribuição de incapacidade para problemas de saúde mental podem ter contribuído para o aumento da procura de tratamento de saúde mental nas últimas duas décadas.

Os resultados de desigualdade social gerados por um tratamento desigual e por estigmatização valem tanto para a população e para pessoas alvos do estigma de deficiência, quanto para a população e para pessoas alvo do estigma racial.

Segundo Major & O'Brian (2005), quando a pessoa estigmatizada utiliza um repertório de enfrentamento no objetivo de proteger a sua autoestima, ela pode inibir outros objetivos, como seu desempenho educacional, tendo impacto também na sua saúde, como será observado nas discussões da pesquisa.

Buscando ainda ter esta leitura num cenário macrossistêmico e social, o *disablism*, assim como racismo, pode ser percebido de modo institucionalizado, ao serem observados os dados da população negra e da população com deficiência no acesso e desempenho educacional e no acesso e assistência a saúde.

3.3.3 – O acesso e desempenho educacional da população negra

Membros de grupos estigmatizados e não estigmatizados diferem substancialmente quanto ao acesso e desempenho educacional. Estas diferenças de performance entre grupos raciais e étnicos, bem como entre homens e mulheres, frequentemente são atribuídas a várias formas de discriminação, gerando evidentes resultados da desigualdade social (Major & O'Brian, 2005).

A desigualdade acumulada, em função da discriminação cumulativa, na

experiência social da população negra, nos processos de escolarização, é complexa, múltipla, e se sustenta em indicadores como os anos de estudo, reprovação, evasão, distorção idade-série, currículo escolar desenvolvido, desempenho dos estudantes, relação professor-aluno, qualidade do equipamento escolar e sua localização, entre outros indicadores que têm sido divulgados nos últimos anos com a finalidade de mostrar as disparidades entre brancos e negros no acesso, na permanência e na conclusão dos percursos escolares (Passos, 2010).

A educação do negro brasileiro é a história de um conjunto de fenômenos. Dentre os principais marcos legais, parte-se da proibição dos negros ao acesso à educação, instaurada pela Lei número 1, de 14 de janeiro de 1837, ainda no período no Império. Posteriormente, através de articulações paulatinas de direitos, em 1871, com a Lei do Ventre Livre, os filhos de negros escravizados nascidos a partir de então eram entregues pelo proprietário (mediante indenização) aos cuidados do Estado para serem educados. Em 1878, houve a abertura de cursos noturnos para livres e escravos/escravizados libertos (Passos, 2010; Romão, 2005).

Além do ordenamento jurídico de inserção dos negros na sociedade, no início da República destaca-se a incorporação das múltiplas formas pelas quais a “raça” passou a moldar o espaço público, dando continuidade a diferentes formas de interdição. Como exemplo, houve o dispositivo jurídico da Lei de Locação de Serviços, que proibia aos libertos o acesso ao mercado de trabalho, num momento histórico em que era vigente a ideologia do branqueamento da população, através da intensificação da imigração dos trabalhadores do continente europeu, como alternativa de mão-de-obra, em detrimento da força de trabalho negra brasileira (Camargo, 2010; Passos, 2010).

Romão (2005) afirma que a resignificação da função social da escola para este sujeito negro foi a etapa seguinte destas interdições. Na primeira metade do século XX, como Dávila (2006) menciona, a escola passou a ser configurada seguindo teorias deterministas que, segundo Schwarcz (1996, 1993) e Gould (1996), buscavam

estabelecer diferenças ontológicas entre as raças e consideravam a miscigenação como fator potencial de fracasso e degeneração de uma nação. Dávila (2006) e Passos (2010) defendem que as instituições educacionais estavam influenciadas pelo pensamento racializado, que guiava as políticas públicas da época. Em função disso, acreditava-se que a educação e este novo modelo de escola universal e ampliada poderiam transformar uma população geralmente não-branca e pobre em pessoas embranquecidas na cultura, higiene e comportamento. Assim, se estabeleceram formas diferenciadas e desiguais no atendimento às crianças, estigmatizando as pobres e de cor, como doentes, mal adaptadas e problemáticas.

Na década de 1940, as teorias e ideias raciais passaram a ser substituídas pelo ideal de democracia racial, reinventando a ideia de convivência harmoniosa das diferentes culturas no Brasil. É quando o conceito de raça cede ao de cultura, e o ideal de branqueamento, ao de identidade nacional (Jacooud, 2008; Passos, 2010). Embora não tenha usado diretamente o termo “democracia racial”, Gilberto Freyre é considerado o principal responsável pelo surgimento desta ideia. Ao analisar as causas das especificidades da modernidade brasileira, Souza (2000), assim como Costa (2001), alega que as duas principais obras de Gilberto Freyre relacionadas ao mito de democracia racial são *Casa Grande & Senzala* e *Sobrados e Mocambos*.

Segundo este mito, a importância está na percepção e na difusão de que a “superação” do racismo contra o negro se daria por conquista individual e não por luta coletiva dos mesmos (Souza, 2000, 2006), numa lógica que pensava os seus méritos a partir do pensamento da ética protestante, gerando formas mais sutis de discriminação (Dumont, 1993; Elias, 1994).

Os anos de 1960 e 70 são marcados pelo silenciamento decorrente da opressão do regime político ditatorial, que faz “diminuir consideravelmente” a questão racial do debate público. Assim, a democracia racial passa de mito a dogma, especialmente no âmbito educacional (Jacooud, 2008; Passos, 2010).

Na década de 1980, o movimento negro define suas principais pautas: o

enfrentamento das condições de pobreza e a melhoria das condições de educação, trabalho e cidadania, criminalização da discriminação racial e a reivindicação de garantia de reserva de vagas nas instituições públicas de ensino, do primeiro grau à universidade (Jacooud, 2008).

Já nos últimos anos, os jovens de cor ou raça preta ou parda tiveram a sua frequência no ensino médio elevada significativamente. Essa taxa, para os jovens negros (pretos e pardos), de 15 a 17 anos, em 2001, era 24,4% e em 2011 saltou para 45,3%. Considerando a mesma faixa de idade, em relação aos jovens brancos, em 2001, a taxa era de 49,5%, e em 2011, de 60% (IBGE, 2012). Segundo dados da UFBA (2010), o analfabetismo entre os negros é de 22%, enquanto é de 9% para brancos.

Em relação à população de 25 anos de idade, ou mais, com ensino superior concluído, há um crescimento notório na proporção de pretos e de pardos graduados, com a ressalva de que o ponto de partida na comparação é 1999, com 2,3% de pretos e pardos. Frente a isto, observa-se que entre pessoas que tinham curso superior completo, em 2008, 4,7% eram pretos e pardos, e 14,7%, brancos. Quanto a estudantes de 18 a 25 anos de idade que frequentaram curso superior, esta proporção vai para 20,3% de brancos e 7,7% de pretos e pardos (IBGE, 2009).

Nas últimas décadas, para além da preocupação com o número de negros tendo acesso à escola e à educação nos seus diferentes níveis – o que fica evidente nas discussões sobre ações afirmativas e cotas universitárias (Machado, 2010; Paiva, 2010) –, há a preocupação com o tipo de formação que estes negros e a sociedade vêm tendo. Cavalleiro (2001) acusa que nas escolas, o racismo, através de formas sutis e indiretas de exclusão da população negra, se expressa de múltiplas formas, como a negação das tradições africanas e afrobrasileiras, dos costumes, da filosofia de vida e cosmovisão, epistemologia e de humanidade. De acordo com Cavalleiro (2005), tais constatações levaram o Estado a construir políticas de combate a essas desigualdades sociais e educacionais, decretando da Lei nº 10.639 de 2003.

Esta lei estabelece diretrizes e bases para a educação nacional, a fim de incluir no currículo oficial da Rede de Ensino a obrigatoriedade da temática "História e Cultura Afro-Brasileira", cujo conteúdo programático deverá incluir o estudo da História da África e dos Africanos, a luta dos negros no Brasil, a cultura negra brasileira e o negro na formação da sociedade nacional, resgatando a contribuição do povo negro nas áreas social, econômica e política, pertinentes à História do Brasil (Lei nº 10.639/2003).

A evasão escolar é motivada por diversos fatores relacionados a estigmatização, preconceito e discriminação (Major & O'Brian, 2005), que, por sua vez, estão também relacionados à desinformação e a uma educação que não privilegia a multiculturalidade.

3.3.4 – O acesso e desempenho educacional da população com deficiência

As dificuldades relacionadas a fatores de estigmatização, preconceito, discriminação, desigualdade social e exclusão também são enfrentadas pela população com deficiência, sendo igualmente um elemento motivador para o não acesso dessas pessoas à escola, ou para a evasão delas durante o seu percurso educacional. Isto pode ser constatado a partir de informações da UNESCO (2014), que indica que, em países em desenvolvimento, 90% das crianças com deficiência não frequentam a escola.

No Brasil, segundo dados governamentais, há uma taxa de alfabetização de 90,6% da população geral, um número que engloba pessoas com e sem deficiência. Para as pessoas com deficiência, a média da taxa de alfabetização é de 81,7%.

A Região Nordeste, que apresentou a maior taxa de prevalência de deficiência entre as regiões brasileiras, em torno de 26,6%, teve a menor taxa de alfabetização, 69,7%. Este valor fica bem abaixo da média nacional e dos valores das regiões Sudeste e Sul, que apresentaram as maiores taxas, 88,2% e 88,1%, respectivamente

(SNPD, 2012).

O parâmetro do nível de instrução mede a proporção de pessoas de 15 anos de idade, ou mais, que atingiram determinados anos de estudo, para as pessoas com pelo menos uma das deficiências investigadas. São consideradas quatro categorias: (1) sem instrução e fundamental incompleto; (2) fundamental incompleto e médio incompleto; (3) médio completo mais o superior incompleto; e (4) superior completo (SNPD, 2012).

Neste dado, há um grande contingente de pessoas com deficiência sem instrução e com fundamental incompleto, taxa de 61,1%. Entre as pessoas sem deficiência, essa taxa é de 38,2%. A faixa de fundamental completo mais médio incompleto ficou em 14,2% e a do médio completo mais o superior incompleto chegou a 17,7%. As pessoas com o superior completo somaram 6,7%. No nível regional, a Região Nordeste teve o maior percentual de pessoas com deficiência sem instrução e fundamental incompleto, com a taxa de 67,7%. A Região Sudeste apresentou a menor, com 56,2%. Com relação ao nível superior, a menor taxa foi de 4,0%, também na Região Nordeste (SNPD, 2012).

Para Fávero (2004), o acesso à escola e a educação para as pessoas com deficiência é um grande desafio. O atendimento educacional especializado, mais conhecido como Educação Especial, ministrado em ambientes especiais, foi e ainda é muito importante no acolhimento e na inclusão social deste público, mas não supre totalmente o direito de acesso à educação, como de acordo com a Constituição Federal, que pressupõe a convivência na diversidade, em ambientes que representem a sociedade, composta de pessoas com e sem deficiência. Por outro lado, para a escola, há a real dificuldade de abarcar todas as diferenças em sala de aula, sendo que nem todas estão dispostas ao desafio, pois alguns estudantes precisam, sim, de atendimento especializado. Mesmo em escolas regulares, por vezes há a necessidade de um atendimento bem definido e um currículo à parte, a fim de oferecer subsídios para que os educandos possam aprender conteúdos específicos para cada

deficiência, concomitantemente ao ensino comum.

Em 2008, o Ministério da Educação (MEC) divulgou a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (2008), reconhecendo a necessidade de reestruturação do sistema de ensino, a fim de reverter a lógica da exclusão e segregação nos diferentes níveis de educação para as pessoas com deficiência, buscando uma maior integração deste público com a educação regular.

Souza, Silva, Melo, Seemann e Amante (2013) ressaltam a importância deste documento para o acesso das pessoas com deficiência à universidade, registrando a necessidade da educação especial atuar dentro do sistema superior de ensino, ao qual somente 6,7% das pessoas com deficiência têm acesso.

A implantação das cotas voltadas especificamente para pessoas com deficiência, nos últimos anos, vem contribuir para a diminuição dessa desigualdade em relação ao exame vestibular. Porém, o panorama apresentado pelas universidades que aderiram ao sistema evidencia que existem barreiras anteriores ao vestibular, fazendo-se refletir ainda sobre os níveis fundamental e médio do ensino, que constituem as primeiras barreiras que se interpõem à escolarização dessa população (Souza et al, 2013).

Este impacto exposto não ocorre apenas no contexto educacional. O fato de ser parte de uma parcela populacional estigmatizada interfere significativamente no acesso e assistência a saúde da população negra e da população com deficiência.

3.3.5 – O acesso e assistência a saúde da população negra

Lopes (2005) e Brasil (2004) expõem as múltiplas vias pelas quais o social, o econômico, o político e cultural influenciam a saúde de uma população. Além da inserção social desqualificada, existe a desvalorização e a invisibilização de suas necessidades reais, nas ações e programas de assistência, promoção de saúde e prevenção de doenças, o que pode ser definido como vulnerabilidade social. No caso

das pessoas negras, ainda se pode provocar o que é definido como vulnerabilidade individual, gerando comportamentos inadequados, doenças psíquicas, psicossociais e físicas.

Estas vulnerabilidades são provenientes de restrições no âmbito da política de saúde, mas também no âmbito social de política de saneamento, educação, de habitação, indicadores que possuem relação direta com a dimensão da saúde. Alguns exemplos são suficientes: pelas taxas de mortalidade infantil, que envolvem 62,5% de negros, para 37,3% de brancos; pela propriedade de domicílios com água encanada, sendo 56,1% de negros para 84% de brancos; pelos domicílios com esgotos ou fossas sépticas, que são 49% de negros para 73% de brancos; pelos domicílios com coleta de lixo, 47% de negros para 70,8% de brancos (UFBA, 2010).

O Ministério da Saúde do Brasil (2004) aponta essas disparidades e desigualdades raciais na saúde em dados que aqui também podem servir como exemplo: em 2004, risco de morte por tuberculose foi 63% maior entre pretos e pardos, quando comparados a brancos; entre 1980 e 2000 a diferença relativa entre os níveis de mortalidade infantil de negros e brancos menores de um ano, passou de 21% para 40% e, segundo o Ministério da Saúde do Brasil (2008), em 2008, esta diferença estava em 43%.

Com foco na saúde da mulher, o Ministério da Saúde (2008) demonstra que, no Brasil, o risco de uma mulher grávida morrer em consequência de causas maternas pode ser oito vezes maior que o risco apresentado para uma mulher grávida vivendo em um país desenvolvido. Outro ponto é que os óbitos relacionados à gravidez, parto e pós-parto estão entre as 10 principais causas de morte de mulheres entre 10 e 49 anos de idade, podendo ser citados, especificamente, problemas como a hipertensão arterial específica da gestação ou complicações na realização de abortos, que são as causas mais frequentes de morte materna em todo o país, sobretudo entre mulheres negras.

Em uma comparação racial, em 2000, a taxa de mortalidade das mulheres

pretas de 10 a 49 anos, por complicações da gravidez, parto e puerpério foi 300% maior que a apresentada entre as mulheres brancas. No Paraná, essa taxa sobe para 7,9 vezes mais (Brasil, 2004).

Associado a esta problemática, se mais da metade das mulheres grávidas fazem sete ou mais consultas de pré-natal, mães indígenas, negras e adolescentes apresentam o menor percentual de realização deste tipo de consulta, quando comparadas a mães brancas ou com 20 anos ou mais de idade. Isto está diretamente relacionado ao nível educacional da mãe, pois quanto maior este nível de escolaridade, maior a chance de um pré-natal adequado (Brasil, 2008).

A violência é uma dimensão social que está relacionada diretamente a expectativa e qualidade de vida, uma vez que afeta a saúde individual e coletiva das pessoas. Pelo número de vítimas e pela magnitude de sequelas físicas e emocionais que produz no âmbito individual, familiar e social, a violência adquiriu um caráter endêmico e foi convertida também como problema de saúde pública em muitos países (Minayo, 2005). Tentando traçar este mapa da violência, de dados entre os anos de 1998 a 2008 destaca-se que o número de vítimas brancas diminuiu na ordem de 22,3%. Já entre os negros, o número de vítimas de homicídio aumentou o equivalente a 20,2%. O número de homicídios de jovens brancos caiu significativamente no período 2002/2008, numa queda de 30%; já entre os jovens negros, os homicídios aumentaram em 13%. Com isso, a diferença de mortalidade entre brancos e negros cresceu 43% num breve período (Waiselfisz, 2011).

Com esse diferencial entre brancos e negros, a brecha histórica de vitimização negra se eleva drasticamente no quinquênio, pois em 2002 morriam proporcionalmente 45,8% mais negros do que brancos. Este é um dado considerado alto, mas, em 2005, esse indicador foi para 77,8% e, em 2008, chegou a atingir 127,6% (Waiselfisz, 2011).

Segundo o Ministério da Saúde do Brasil (2013), o racismo é uma das expressões mais fortes dessas desigualdades na saúde, refletindo nos dados

epidemiológicos. A Política Nacional de Saúde da População Negra, aprovada em 2006 pelo Conselho Nacional de Saúde, veio com propósito de garantir maior grau de equivalência no que tange à efetivação do direito humano à saúde, em seus aspectos de promoção, prevenção, atenção, tratamento e recuperação de doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis, incluindo aqueles de maior prevalência neste segmento populacional.

Indígenas, negros e brancos ocupam lugares desiguais nas redes sociais e trazem consigo experiências também desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer. As pessoas que precisam de cuidado buscam um esquema de atendimento que considere suas necessidades, que seja conveniente com o seu perfil socioeconômico, que leve em consideração a sua posição na hierarquia social e de gênero dentro e fora da unidade familiar e que respeite seus traços culturais, crenças, valores e expectativas.

A dificuldade enfrentada pelos cuidadores em contemplar esta diversidade e pluralidade compromete a resolutividade de suas ações. No âmbito da saúde, os valores que as pessoas comunicam, determinam e reforçam são como meio de manutenção e legitimação das desigualdades sociais e raciais, permitindo que sejam criados, cotidianamente, novos mecanismos para o não oferecimento de um serviço profissional adequado e equânime (Lopes, 2005).

Como já visto, situações de descortesia e desafeto gerados também por atitudes preconceituosas e ações discriminatórias geram estresse (Bastos & Faerstein, 2012; Brondolo, Rieppi, Kelly & Gerin, 2003; Daruy Filho & Oliveira, 2009; Faro, 2010; Kershaw, Roux, Burgard, Lisabeth, Mujahid & Schulz, 2011; McEwen & Gianaros, 2011; Williams & Neighbors, 2001; Williams, Neighbors & Jackson, 2003) e estas situações fazem parte das relações interpessoais. Para Lopes (2005) a capacidade deste indivíduo alvo ser assertivo em situações desta natureza, dando um enfrentamento adequado, é uma habilidade a ser aprendida e exercitada. Contudo, uma vez que as estratégias de enfrentamento individuais ainda são frágeis, sendo que

estas situações causam sofrimento, recai sobre a instituição a responsabilidade de monitorar e neutralizar os atores, as ações e os procedimentos com potencial estigmatizante ou discriminatório.

Neste sentido, segundo Lopes (2005) e Van Ryn (2003), um usuário de atitude passiva, de origem mais humilde e pertencente a um grupo racial não hegemônico, tem menor chance de influenciar positivamente a decisão clínica do profissional sobre seus problemas de saúde, incluindo aqueles causados ou agravados pela exposição constante as mais diversas fontes de estresse.

A naturalização destas desigualdades é refletida, de forma bastante nítida, na atitude e no comportamento do profissional de saúde, o que resulta do preconceito e da falta de atenção aos estereótipos racistas incorporados na prática cotidiana. As atitudes discriminatórias estão inseridas num contexto histórico, cultural e político, e são respaldadas pela ideologia que atravessa esse contexto (Lopes, 2005)

No Brasil, a indesejabilidade da discriminação baseada na cor, raça, etnia, orientação sexual, classe, denominação religiosa, porte de alguma deficiência, estilo de vida ou outra situação, leva os indivíduos a organizar o seu referencial de símbolos e significados sociais de outra forma. Assim, embora não seja ético orientar sua ação de modo a discriminar, o profissional de saúde tende a não perceber as desigualdades ou a insistir em sua inexistência, contribuindo para a inércia deste sistema de exclusão e, por consequência, para a sua manutenção e/ou ampliação (Lopes, 2005).

3.3.6 – O acesso e assistência a saúde da população com deficiência

Comparadas a pessoas sem deficiência, pessoas com deficiência estão sujeitas a um maior risco de problemas relacionados à saúde física e mental – resultados negativos na saúde que não estão relacionados com condições específicas de saúde associados à deficiência (Emerson, Madden, Graham, Llewellyn, Hatton, Robertson, 2011). Dentro destes fatores, estão incluídos o aumento da taxa de

obesidade e de problemas de saúde mental, taxas mais elevadas de doença isquêmica do coração, acidente vascular cerebral, hipertensão arterial e diabetes, entre outros problemas.

O aumento do risco de exposição à desvantagem socioeconômica (menor renda, maior insegurança financeira e emprego, habitação pobre, violência) pode ser responsável por 20-50% do risco de saúde física e mental mais pobres entre as crianças com deficiência intelectual, bem como pela maioria ou totalidade de risco de pior saúde mental e baixos índices de bem-estar entre as mães de crianças com deficiência intelectual (Emerson, 2010; Emerson et. al., 2011; Emerson, Madden, Robertson, Graham, Hatton & Llewellyn, 2009; WHO, 2008).

A violência é um importante fator para o contexto da deficiência, pois, segundo a Organização das Nações Unidas (ONU) (2013), nas zonas de guerra, a cada pessoa morta, outras três são feridas e ficam com deficiência permanente. Em outros contextos sociais, 25% das deficiências são provocadas por ferimentos ou atos de violência. Além disso, as pessoas com deficiência têm maior probabilidade de serem vítimas de violência ou violação, com menos hipóteses de obter a intervenção da polícia, proteção jurídica ou cuidados preventivos (ONU, 2013).

Estes resultados, que ocasionam uma saúde mais deficitária, em função de uma inacessibilidade a circunstâncias protetivas, também pode refletir nas experiências de discriminação específica por deficiência (*disablism*). Os efeitos diretos da *disablism* sobre a saúde incluem a existência de discriminação por deficiência sistêmica na operação dos sistemas de saúde, o que tem por consequência direta o impedimento do acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde e sociais adequados.

Os efeitos indiretos da *disablism* na saúde, por sua vez, surgem através de dois caminhos interligados. Primeiro, a *disablism* contribui para a exclusão social das pessoas com deficiência, o que tem como resultado um maior risco de exposição às condições de vida associadas com resultados de saúde deficitária, se comparadas aos

seus pares sem deficiência. Em segundo lugar, a experiência real de *disablism* pode provocar um impacto negativo na saúde física e mental da pessoa (Emerson, 2010; Emerson et. al., 2011).

A Organização Mundial da Saúde (2012) ainda aponta que taxas crescentes de comportamentos de risco relacionados à saúde têm gerado, por exemplo, propensão a sobrepeso e obesidade, inatividade física, uso e abuso de fumo, álcool e outras drogas.

3.4 - Estratégias de enfrentamento

Segundo Maneiro (2008), provavelmente o processo estigmatizador afeta os indivíduos estigmatizados por estes serem os que tem que realizar um esforço maior para se adaptar e por perceberem o quão inseguros se sentem em relação à categorização que recebem dos indivíduos não estigmatizados (Maneiro, 2008).

O enfrentamento pode ser entendido por dois eixos. O primeiro seria dentro de uma perspectiva clássica, intrapsicológica, cognitivista e homeostática, que parte de mecanismos internos e visa à situação de equilíbrio frente a pressões e tensões, que são centradas na emoção ou no problema. O outro pode ser entendido por uma perspectiva de enfrentamento dos estigmas, que segue a concepção psicossocial, pelo meio da percepção de que o enfrentamento se dá no âmbito das interrelações e interações sociais.

Major & O'Brien (2005) apresentam uma elaboração que integra ambas as abordagens: o modelo de estigma como ameaças a identidade, a exemplo de Crocker (1999), Crocker e Major (1989) e Major et al., (2002), e o modelo transacional de estresse e enfrentamento (coping) intrapsicológico e cognitivista, a exemplo de Lazarus e Folkman (1984). Este modelo assume que uma identidade consensualmente desvalorizada aumenta a exposição da pessoa a situações potencialmente estressantes (Bastos & Faerstein, 2012; Brondolo et al. 2003; Crocker

& Garcia, 2009; Greer, 2011; Kershaw et al., 2011; Major & O'Brian, 2005; Pascoe & Smart-Richman, 2009; Paradies, 2006; Williams et al. 2003; Williams & Mohammed, 2009; Williams & Neighbors, 2001; Ritsher & Phelan, 2004).

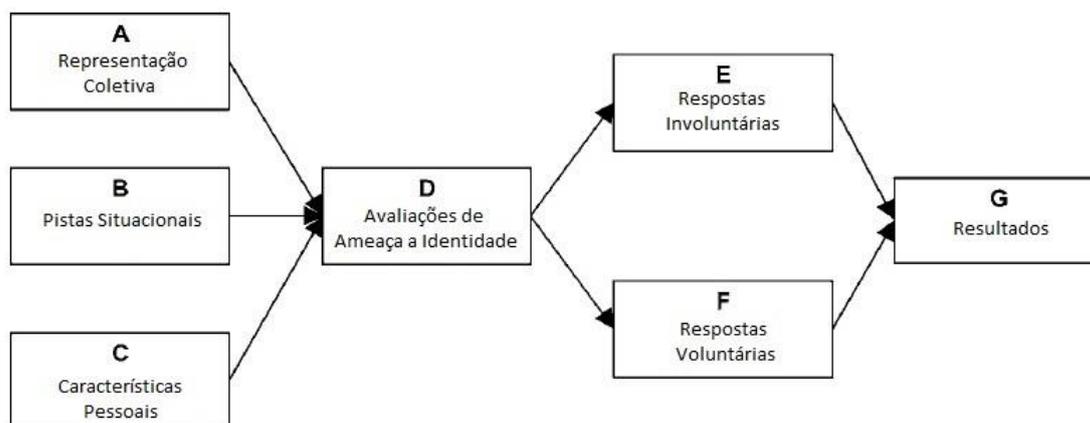


Figura 2- Modelo de ameaça a identidade de estigma (Major & O'Brian, 2005, p. 15.7).

A perspectiva de Major e O'Brian (2005) integra as duas abordagens. Como exposto na Figura 2, a avaliação da ameaça à identidade da pessoa estigmatizada se inicia identificando a confluência de três fatores: (a) representação coletiva sobre o estigma; (b) pistas situacionais; e (c) características pessoais que afetam as avaliações das pessoas sobre o significado daquelas situações para o seu bem estar. Esta confluência inicial resulta na avaliação da ameaça à identidade do estigmatizado, quando este indivíduo avalia as demandas impostas por um estressor como potencialmente prejudiciais à sua identidade social, e como superiores aos seus recursos para lidar com essas demandas. Esta é (d) a avaliação de ameaça à identidade, que pode ter vias de respostas (e) involuntárias' ou (f) voluntárias. Estas duas formas de respostas ocasionarão algum tipo de (g) resultado que poderá interferir na saúde, na ascensão educacional e na autoestima deste indivíduo alvo de estigma (Major & O'Brien, 2005).

Diante de determinadas situações, avaliadas como ameaça à identidade

pessoal ou social deste alvo de estigmatização, que são causadoras de estresse, estes alvos buscam estratégias para enfrentar esses episódios de ameaça, tentando amenizar ou mesmo eliminar a fonte estressora. Essas situações estressoras mantêm uma relação íntima com o conceito de enfrentamento enquanto resposta voluntariamente dada a estas ameaças (sendo mais especificamente o elemento 'f' na figura anterior).

Enfrentamento (*coping*), segundo Antoniazzi, Dell'Aglio e Bandeira (1998) e Lazarus e Folkman (1984), é um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais destinados a controlar, reduzir ou tolerar as exigências internas ou externas que ameaçam ou excedem os recursos adaptativos de um indivíduo. Pode ser definido como estratégias despendidas para lidar com situações estressantes, crônicas ou agudas.

Segundo Allport (1979) e Lazarus e Folkman (1984), alguns esforços de enfrentamento são principalmente focados no problema, enquanto outros são principalmente focados na emoção. Algumas estratégias, porém, podem servir a ambos os objetivos, tendo, ao mesmo tempo o foco no problema, a partir da motivação de lutar e enfrentar, e o foco na emoção, a partir da motivação de evitar ou fugir, tentando reduzir influências negativas, para proteger a autoestima nas situações de discriminação.

Neste modelo clássico de enfrentamento (Lazarus & Folkman, 1984), as estratégias focadas no problema podem ser classificadas como: (a) direcionadas para si mesmo, tentando mudar a si com o propósito de reduzir ou extinguir o próprio estigma; (b) direcionada para os outros, buscando interferir na percepção do outro acerca da pessoa estigmatizada; e (c) direcionada à situação de interação, no intuito de organizar a situação de modo a evitar a discriminação (Miller & Major, 2003).

Já as estratégias focadas na emoção podem ser classificadas como: (d) comparação social, procurando comparar a sua situação de estigma com a de outros estigmatizados mais desfavorecidos; (e) atribuição de causalidade, atribuindo os

resultados negativos a fatores externos e preservando os positivos a fatores internos; (f) negação ou minimização da situação de discriminação, não se reconhecendo como vítima; (g) reestruturação do autoconceito, por meio do qual a pessoa reconhece o estigma, mas minimiza a importância dos aspectos que a desvalorizam como estigmatizada, ao tempo em que atribui uma maior importância às características que a valorizam, colocando-a em situação de vantagem; e (h) discrepância de discriminação pessoa/grupo, onde a pessoa reconhece que os membros do seu próprio grupo sejam discriminados, apesar de ela mesma nunca ter sido vítima de discriminação (Miller & Major, 2003).

Maneiro (2008, p. 75) afirma que “a arte de ‘gerenciar as impressões’ é crucial para poder apresentar uma imagem idealizada de si mesmo diante dos demais”, com finalidade motivada na aceitação social. Partindo desta ideia, Pereira, Suit e Casaes (2008) definem ainda outras três modalidades de enfrentamento dos estigmas, sendo: (1) pelo ‘isolamento’, (2) pelo ‘esforço pessoal’, que está relacionada ao controle de certas situações, e (3) pela ‘revelação do estigma’, fazendo com que o estigmatizado tenha que enfrentar o sentimento de preconceito e de discriminação.

Para além destes enfrentamentos supracitados, Major e O’Brian (2005) focam em um modelo de três estratégias de enfrentamento principais: (1) a atribuição de eventos negativos à discriminação *versus* a atribuição de eventos negativos a si mesmo; (2) a dissociação entre a autoestima e o esforço de adaptação aos domínios socioculturais que ameaçam a identidade *versus* o envolvimento e o esforço de adaptar a autoestima nestes domínios socioculturais; e (3) o aumento da identificação com o grupo estigmatizado *versus* o distanciamento com este grupo estigmatizado.

A primeira estratégia, “responsabilizar a discriminação ou responsabilizar a si mesmo”, ocorre quando os membros de grupos estigmatizados encontram resultados negativos, sendo que uma maneira de lidar com isto é culpabilizar tal desfecho a partir da discriminação (Crocker & Major, 1989; Major & O’Brian, 2005)

A segunda estratégia, de “separar a autoestima dos domínios socioculturais” e das representações em que são estereotipados negativamente, evitando investir esforços para superação destes domínios. Com o tempo os indivíduos podem se “desidentificar” com os domínios socioculturais em que o seu grupo está negativamente estereotipado, assim que o seu desempenho nesse domínio não seja mais importante para sua autoestima (Crocker & Major 1989; Major & O’Brian, 2005).

A terceira estratégia, exposta por Major e O’Brian (2005), é a “identificação ou desidentificação grupal”, que indica que membros de grupos estigmatizados podem lidar com a ameaça à identidade por aproximação, se identificando mais intimamente com seu grupo (Allport 1979; Major & O’Brian, 2005), que pode ter condição de prover melhor suporte emocional, informacional e instrumental, validação social de sua percepção, e consenso social para sua atribuição e senso de pertencimento (Major & O’Brian, 2005). A identificação de grupo é positivamente relacionada com a autoestima dentre grupos estigmatizados, podendo vir a aumentar o repertório de respostas para o preconceito percebido contra o grupo, compensando parcialmente os efeitos negativos do preconceito sutil sobre a autoestima pessoal (Major & O’Brian, 2005).

Além destas estratégias listadas, Matta (2009) identifica a estratégia judicial, quando os indivíduos fazem uso da lei que os resguardem como um forma de enfrentamento a possíveis situações de ameaça a sua identidade.

De acordo com este referencial acerca do enfrentamento, foram destacadas as seguintes categorias de análise utilizadas na subseção 5.3.2, sobre as respostas voluntárias para tais situações avaliadas como ameaça, vivenciadas pelos participantes da pesquisa:

a) Quanto à temporalidade da estratégia (Matta, 2009): pró-ativa, quando a pessoa antecipa as consequências da situação estressora e lança mão da estratégia; ou reativa, quando a resposta de enfrentamento vem após a situação estressora, numa reação à mesma;

b) Quanto ao foco da estratégia (Lazarus & Folkman, 1984; Miller & Major, 2003): focada no problema, que consiste num esforço para atuar na situação que deu origem ao estresse, tentando modificá-la; ou focada na emoção, que consiste num esforço para regular o estado emocional que é associado ao estresse;

c) Dentro das estratégias de enfrentamento focadas no problema, categorizamos quanto ao seu direcionamento: direcionado a si mesmo, quando o indivíduo procura efetuar mudanças em si mesmo (Miller & Major, 2003); direcionado aos outros, quando o indivíduo procura mudar a percepção dos outros em relação ao grupo/pessoa estigmatizada (Miller & Major, 2003); ou direcionada às situações, quando o indivíduo procura organizar as situações de forma a evitar problemas de discriminação (Miller & Major, 2003), como exemplo o isolamento, o esforço pessoal de gerenciar impressões, a revelação (Pereira et al., 2008) e a judicial (Matta, 2009);

d) Dentro das estratégias de enfrentamento focadas na emoção, foram relacionadas as seguintes categorias: comparação social, quando o indivíduo se compara com outras pessoas em condições ainda mais desfavoráveis (Miller & Major, 2003); atribuição de causalidade, quando o indivíduo atribui resultados negativos ao preconceito e discriminação ou atribui a si mesmo (Major & O'Brian, 2005; Miller & Major, 2003); negação da discriminação, quando o indivíduo nega a existência da situação (Miller & Major, 2003); reestruturação do autoconceito, quando o indivíduo minimiza os aspectos que o desvalorizam, ao tempo que maximiza os atributos que o valorizam (Miller & Major, 2003); dissociação/envolvimento da autoestima aos domínios socioculturais, no qual a pessoas estigmatizadas vão dissociar a autoestima do esforço de adaptar-se aos domínios socioculturais que ameaçam a sua identidade, ou vão se envolver e se esforçar em adaptar-se a estes domínios (Major & O'Brian, 2005); aumento/diminuição da identificação do grupo estigmatizado, pelo qual há aumento da identificação com o grupo estigmatizado ou distanciamento com este grupo (Major & O'Brian, 2005), estratégia esta próxima a discrepância de discriminação pessoa/grupo, onde a pessoa reconhece que os membros do seu

próprio grupo sejam discriminados, ainda que nunca tenha sido vítima de discriminação (Miller & Major, 2003).

É importante salientar que, para Goffman (2008), as pessoas estigmatizadas geralmente têm as mesmas ideias sobre identidade que as não estigmatizadas, pois a impressão de ser “normal” como os demais e de merecer uma oportunidade para realizar alguma atividade é provavelmente o sentimento mais intenso sobre a identidade. Provavelmente, a proximidade, nestas situações sociais, com os não estigmatizados venha fortalecer esta separação e aceitação entre as suas próprias questões e o seu eu pessoal. Entretanto, o indivíduo também pode não aceitar e até mesmo odiar a si, uma vez que as características primordiais que determinam a situação vital do indivíduo estigmatizado fazem referência à questão da “aceitação”.

IV. MÉTODO

O presente estudo é uma pesquisa qualitativa e de natureza exploratória e descritiva, focada em um tema com pouca tradição de estudo e pesquisa em Psicologia. Ele se orientará pela Teoria Psicológica Social do Estigma e pela Teoria de Enfrentamento de Estigmas.

4.1 – Objetivos

4.1.1- Geral

Identificar as estratégias de enfrentamento utilizadas por pessoas negras e com deficiência diante da dupla estigmatização.

4.1.2 - Específicos

- i. Identificar como este público acredita ser percebido pela sociedade;
- ii. Analisar as estratégias de enfrentamento destes indivíduos duplamente estigmatizados, adotando como referência o modelo psicossocial de enfrentamento de estigma;
- iii. Descrever os efeitos e consequências da estigmatização nas pessoas negras e com deficiência.

4.2 - Participantes

O estudo foi desenvolvido junto a seis participantes que se encaixam no perfil de pessoas negras e com deficiência, considerando os tipos de deficiências motoras/físicas.

Fávero (2004) relata que, na literatura brasileira, a classificação sobre os tipos de deficiência motora categoriza as seguintes formas: paraplegia (perda total das funções motoras dos membros inferiores), paraparesia (perda parcial das funções motoras dos membros inferiores), monoplegia (perda total das funções motoras de um

só membro, podendo ser superior ou inferior), monoparesia (perda parcial das funções motoras de um só membro, podendo ser superior ou inferior), tetraplegia (perda total das funções motoras dos membros inferiores e superiores), tetraparesia (perda parcial das funções motoras dos membros inferiores e superiores), triplegia (perda total das funções motoras em três membros), tri paresia (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 de determinado segmento de um membro, superior ou inferior), paralisia cerebral (lesão de uma ou mais áreas do sistema nervoso central, tendo como consequência alterações psicomotoras, podendo ou não causar deficiência mental), nanismo e tipos de deformidade congênita.

Embora, para Diniz (2010), os maiores alvos de preconceito, discriminação e, porventura, estigmatização sejam as deficiências de ordem sensorial (cegos, surdo ou mudo), esta pesquisa teve como participantes pessoas com deficiência motora/física, por levar em conta que as deficiências físicas/motoras têm uma maior evidência de estigma, pela aparência física, com maior dificuldade de escamoteamento, a depender do grau de deficiência. Como já assinalado, Little (2012) e Paim e Pereira (2011) afirmam que a aparência física está diretamente ligada ao processo de estigmatização, pois as características visuais têm um papel primordial na formação e no desenvolvimento dos estereótipos e da homogeneização dos membros dos grupos-alvo, vindo a desempenhar um papel importante em uma variedade de julgamentos e decisões.

Além disso, as formas de linguagem desenvolvidas e elaboradas são peculiares em cada deficiência, especialmente nos grupos com deficiências sensoriais, sendo necessários mais estudos destinados a investigar os processos de enfrentamento de estigmatização por parte dos negros com estas deficiências (visual, auditiva e vocal), além da intelectual.

Foram 06 (seis) participantes, dentre os quais 03 (três) são membros de duas organizações associativas que têm a missão de promover a defesa dos direitos de pessoas com deficiência. Uma destas entidades é direcionada especificamente a pessoas com deficiência física.

Os outros 03 (três) membros são de organizações que buscam denunciar o racismo e promover os direitos de pessoas negras, a saber, um bloco afro carnavalesco, um coletivo ativista do movimento negro e uma instituição de ensino.

O contato com estes participantes foi feito através de intermediação das referidas organizações, respeitando o princípio de independência do observador, para critério de seleção de participantes e comparação na análise de dados.

4.3. Instrumento

Como instrumento na coleta de dados, foi utilizado um roteiro de entrevista semi-estruturado, organizado para investigar o perfil sociodemográfico e buscar responder às metas explicitadas nos objetivos deste estudo.

Tal roteiro foi elaborado com base no modelo de ameaça a identidade de estigma (Major & O'Brien, 2005), conforme se observa no *Anexo I*, associando e identificando, inicialmente, as características pessoais dos sujeitos, as representações coletivas acerca de tais categorias sociais, relatos de pistas situacionais, de modo a avaliar e perceber as ameaças à identidade. O roteiro também buscou investigar as respostas voluntárias e involuntárias destes indivíduos frente a tal ameaça, além de indagar os resultados destas ameaças na autoestima, ascensão educacional e saúde.

O roteiro foi diferenciado por blocos temáticos: (i) Autoapresentação, (ii) Situação de pessoa com deficiência, (iii) Situação de pessoa negra, (iv) Situação de pessoa negra e com deficiência, (v) Efeitos da estigmatização, (vi) Dados demográficos. Apesar desta segmentação, a ordem dos blocos de perguntas se diferenciou dependendo da organização de pertencimento do entrevistado. Se o entrevistado era de uma organização de pessoas com deficiência, a investigação

direcionada à situação de pessoa com deficiência foi anterior àquela direcionada à situação de pessoa negra, e vice-versa.

Foram realizadas duas entrevistas pré-testes, com intuito de perceber a evolução do instrumento em entrevistas e corrigi-los no que fosse necessário. A primeira entrevista foi realizada com uma mulher de 26 anos e a segunda, com um homem de 51 anos, sendo que nenhum deles possuía vinculação com organizações de defesa do direito das pessoas com deficiência ou de defesa do direito das pessoas negras.

Além disto, para avaliar a autoestima pessoal dos participantes, optou-se pela utilização da Escala de Autoestima de Rosemberg (1965, citado por Vargas, Dantas & Góis, 2005). Trata-se de escala do tipo Likert, de quatro pontos que variam do “Concordo totalmente” (1) ao “Discordo totalmente” (4), constituída por 10 itens. Desses itens, seis avaliam sentimentos positivos da pessoa a respeito dela mesma e as outras quatro avaliam sentimentos negativos (*Anexo II*).

Foi usada também a Escala de Autoestima Coletiva, desenvolvida por Luhtanen e Crocker (1992), que tem versão adaptada para a população brasileira por Souza e Ferreira (2004), buscando investigar itens relativos a sentimentos e avaliações decorrentes do pertencimento à categoria social de mulheres. É constituída também de uma escala do tipo Likert, de sete pontos que variam do “Discordo totalmente” (1) ao “Concordo totalmente” (7), composta por 10 itens que foram adaptados para a investigação acerca dos sentimentos e avaliações decorrentes do pertencimento à categoria social de pessoas negras (*Anexo III*) e do pertencimento à categoria social de pessoas com deficiência (*Anexo IV*). Uma maior pontuação por parte dos entrevistados é traduzida como uma maior satisfação por ser membro das referidas categorias.

4.4 – Procedimento de Coleta

Inicialmente, foi feita a pesquisa de organizações, localizadas na cidade de Salvador, (1) que trabalham com foco no combate ao racismo e de desenvolvimento da identidade negra e (2) que trabalham com foco na defesa do direito das pessoas com deficiência e de acessibilidade. Depois desta etapa, ocorreu o contato (telefônico e/ou por e-mail) e posteriormente um encontro presencial com a direção ou representantes destes órgãos, no intuito de saber se haveria a possibilidade de indicar indivíduos integrantes da mesma instituição que atendessem os requisitos para inclusão na pesquisa. Com as referências de contatos destes prováveis participantes, o passo seguinte foi efetivamente entrar em contato, explicando a entrevista e o processo percorrido para chegar até eles/ela, para a entrevista.

A seleção dos participantes foi realizada por um critério não probabilístico, por conveniência, embora eles tenham sido encaminhados pelas instituições aos quais estavam vinculados.

Os participantes, já presencialmente, antes de serem entrevistados, foram esclarecidos em linhas gerais sobre o tema da pesquisa. Após a anuência, assinaram o Termo de Consentimento Informado, disponível no *Anexo V*, que segue critérios exigidos pela Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde e pela Resolução de Pesquisa do Conselho Federal de Psicologia. As entrevistas foram registradas em áudio e posteriormente transcritas e conferidas. Por fim, os dados obtidos e organizados foram interpretados e submetidos a análise de conteúdo (Bardin, 2011).

A fim de buscar informações nos discursos sobre percepções a respeito de negritude e deficiência nas histórias de vida dos participantes, os dados coletados foram analisados na tentativa de extrair conteúdos inferidos a partir dos indicadores descritos nas comunicações. Seguindo um modelo teórico proposto por Spink (2003) para organização e interpretação, estas entrevistas foram gravadas, transcritas e conferidas a partir de uma leitura fluente, intercalada à escuta do material gravado,

permitindo refinar percepção na construção argumentativa do discurso, para então identificar os aspectos centrais nas construções dos discursos destes entrevistados, relacionando-os com os objetivos da pesquisa.

Estes dados receberam tratamento através do método de análise de conteúdo, que para Bardin (2011) é um conjunto de instrumentos metodológicos que se aplicam a discursos extremamente diversificados, tendo como fator comum uma hermenêutica controlada, baseada na dedução e indução. É uma técnica de investigação que tem por finalidade a descrição *objetiva sistemática* e *subjetiva inferencial* de conteúdos manifestos e/ou latentes que estão retidos em qualquer mensagem.

Para George (1959, citado por Bardin, 2011), neste tipo de análise, numa abordagem qualitativa, é a presença ou a ausência de uma característica de conteúdo ou de um conjunto de características num determinado fragmento de mensagem que é tomada em consideração.

Assim, neste nível de análise de entrevistas, a principal questão a ser administrada pelo analista é exatamente a dos paradoxos. Tal esforço envolve fazer a análise com quadro categorial no nível manifesto de todos os conteúdos coletados, podendo, ao mesmo tempo, decifrar a estrutura de cada entrevista, levando em conta os trabalhos existentes em materiais de enunciação, de análise do discurso, análise da narrativa e até da psicanálise, mas de forma não sistemática, com flexibilidade, em função do próprio material verbal.

V. ANÁLISE E DISCUSSÕES

A apresentação dos resultados foi organizada em seções, nas quais, inicialmente, foi descrita a caracterização sociodemográfica dos perfis entrevistados, passando-se à caracterização em termos de vivência e enfrentamento da estigmatização cruzada, para, finalmente, descrever os resultados desta estigmatização na vida dos participantes da pesquisa.

Nesse capítulo, serão apresentados os dados obtidos nas seis entrevistas. Serão focados, à luz dos referenciais teóricos que balizam esse trabalho, os aspectos que contemplam o roteiro do instrumento de coleta de dados, assim como as análises decorrentes das respostas dos entrevistados.

Após a análise descritiva dos dados sócio-demográficos (Quadro 1), respondendo os objetivos desta pesquisa, será observada a ameaça à identidade estigmatizada. Na seção seguinte, será identificada a percepção destes participantes a respeito das representações coletivas sobre sua própria categoria/grupo social, bem como as situações avaliadas e identificadas como propensas à ocorrência de estigmatização.

A partir destes fatores, será observado o modo como estes indivíduos fazem a avaliação da significância de ameaça a suas identidades induzidas pelos estigmas e o como isto é afetado pela sua consciência ou sensibilidade de estigma.

Posteriormente, serão observadas as respostas e efeitos da estigmatização, através da identificação das respostas involuntárias e voluntárias a tais situações avaliadas como ameaça a identidade e bem-estar, além da observação dos efeitos desta estigmatização na autoestima, na saúde e no desempenho escolar.

5.1 - Caracterização sociodemográfica

QUADRO 1 - PERFIL SOCIO-DEMOGRÁFICO DOS ENTREVISTADOS	
ENTREVISTADO(A)	PERFIL SOCIO-DEMOGRÁFICO
N1 <i>Entrevista 21/08/13</i>	Homem, 40 anos, estudou até a 4ª série do primário. Confecciona e vende artesanato e conserta cadeiras de roda. Pertence a uma organização social negra. Veio a ser pessoa com deficiência com 17 anos de idade, vítima da violência urbana: ao praticar um roubo, recebeu um tiro na medula, tendo a paraplegia como tipo de deficiência.
N2 <i>Entrevista 30/09/13</i>	Homem, 39 anos, tem o 2º grau completo e cursos técnicos nas áreas de assistência administrativa e informática. Atualmente, é estudante em um curso pré-vestibular. Frequenta uma organização social negra, e trabalha autonomamente, como técnico de eletrônica e de informática. Veio ser pessoa com deficiência ainda na infância, com 1 (um) ano de idade, por paralisia infantil contraída pela poliomielite, tendo a paraparesia como tipo de deficiência.
N3 <i>Entrevista 07/11/13</i>	Homem, 34 anos, com curso superior em andamento, em Marketing. Trabalha como assistente de marketing para uma empresa, além de trabalhar como “freelancer” como designer. Atualmente faz parte de duas organizações negras. Veio a ser pessoa com deficiência aos 12 anos de idade, após um acidente automobilístico, tendo uma amputação acima do joelho na perna esquerda.
D1 <i>Entrevista 26/09/13</i>	Homem, 41 anos, tem nível superior completo, curso técnico em contabilidade e pós-graduação. Trabalha como auxiliar administrativo e professor. Faz parte de uma organização de pessoas com deficiência, além de ser integrante de um partido político e membro missionário em uma Igreja Presbiteriana. Veio a ser pessoa com deficiência na situação de complicação no seu nascimento, tendo um encurtamento no braço direito, definido como monoparesia.
D2 <i>Entrevista 26/09/13</i>	Mulher, 45 anos, 2º grau completo e curso técnico em contabilidade. Trabalha como auxiliar administrativa. Faz parte de uma organização de pessoas com deficiência e veio a ser com deficiência ainda no primeiro ano de vida, por paralisia infantil contraída pela poliomielite, tendo monoplagia na perna esquerda.
D3 <i>Entrevista 23/10/13</i>	Homem, 41 anos, 2º grau incompleto. Trabalha como assessor de uma empresa particular. Faz parte de uma organização de pessoas com deficiência, além de ser membro de uma série de conselhos de controle social. Veio a ser com deficiência com 1 (um) ano e 10 meses de idade, por paralisia infantil contraída pela poliomielite, tendo triplagia.

Nota: os participantes membros de entidades negras são identificados com a letra “N”; os participantes membros de entidades de pessoas com deficiência, por sua vez, são identificados com a letra “D”.

5.2 – Fatores de indução ao estigma

Para um indivíduo estigmatizado socialmente, utilizar uma estratégia de enfrentamento envolve uma necessidade de avaliação da ameaça, das pistas situacionais e das representações coletivas pelas quais se é essencializado e estigmatizado.

Esta seção atende ao objetivo específico de identificar como o entrevistado acredita ser percebido pela sociedade (subseção 5.2.1). Contudo, além disto, nesta seção se observa também a hierarquia ou simultaneidade de importância identitária e de autoestima, e como isto afeta as características pessoais dos entrevistados (subseção 5.2.3). Nota-se aqui também quais situações de estigmatização e discriminação (subseção 5.2.2) e como são percebidas pelos entrevistados (subseção 5.2.4).

5.2.1 – Representações coletivas

Para Major e O'Brien (2005) todos os membros de uma cultura, tanto os componentes dos grupos estigmatizados quanto os dos grupos não estigmatizados, desenvolvem e compartilham visões culturais e ideológicas dominantes sobre os grupos estigmatizados na sociedade. Como observado nas subseções 2.1.1 e 2.2.1, no âmbito das literaturas filosóficas, teológicas e até científicas, há representações e crenças acerca do negro e acerca da deficiência que são e/ou foram construídas segundo ideologias racistas e do *disablism*, que são seculares.

Como identificado nas entrevistas, através das respostas às perguntas “Como você acha que a pessoa com deficiência é vista pela sociedade?” e “Como você acha que o negro é visto pelas pessoas que não são (ou não se consideram) negras/sociedade?”, observou-se que a percepção do senso comum dos entrevistados sobre os estigmas sociais, tanto do negro quanto da pessoa com deficiência, se assemelha ao encontrado nos diferentes campos de conhecimentos (filosófico,

teológico e científico).

Assim, é repercutida uma percepção do negro como marginal, propenso à criminalidade, a ser ladrão, a ser humilhado, primitivo, macaco, relacionado à pobreza e visto como alguém que não consegue as coisas por não trabalhar (vadiagem/preguiça), como grosseiro, estúpido, analfabeto, marginalizado, periférico, sempre associado ao ruim. Há passagens também de dois entrevistados que mencionam perceber que o negro, além destes atributos negativos, também é visto com certa positividade. O entrevistado N3 menciona que o negro é visto com naturalidade por pessoas que têm consciência, ainda que a grande maioria o veja associado a periferia, pobreza e preguiça e vadiagem.

*“Somos visto, véi, por essas pessoas, pela sociedade, é um sério problema, né... Eu achei essa, muito aberta essa questão né, porque.... Muitas pessoas veem de forma natural, que tem a consciência que a gente sofreu mesmo com a escravidão que a gente merece uma reparação, e tem muitos não, muitos pensam... A maioria somos negros da periferia, a maioria é de baixa renda ‘Ah você é pobre porque quer! Vai trabalhar, vai estudar!’. Mas, não tem a consciência de que a gente sofreu durante anos e continua sofrendo, então essas são duas vertentes. Mas acho que a maioria ainda pensam assim ‘não. Vai trabalhar como eu trabalhei para conquistar o que eu conquistei’. **Mentira!** Na sua maioria foi herdada pelos pais, pelos avôs, pelos tios, são pessoas que de alguma forma conseguiram o que tem através da família, ou se não com o auxílio da família de uma forma, principalmente pela questão financeira. Eu acho que a gente continua sendo visto de maneira equivocada na verdade, ou eu acho que não é equivocada, elas fingem que não vê a verdadeira situação para deixar tudo como está”. (N3)*

O entrevistado N2 relata que o negro é visto como símbolo de luta e força, embora responda de modo vago e inseguro, tentando encontrar de forma imprecisa os adjetivos adequados. Em contrapartida, ao descrever as adjetivações negativas

percebidas, responde com precisão, rapidez e de forma bem justificada, indicando que o negro é visto como marginal, sem oportunidade, propenso ao crime, como ladrão e pobre.

“Tem o lado positivo e o lado negativo, né? O lado positivo é isso... porque, as pessoas vê o negro como uma pessoa assim... de luta... de várias coisas que passou... é uma pessoa... como é que vou dizer? Uma pessoa forte, né? Uma pessoa negra. E o lado negativo é isso... porque, o negro é visto sempre como marginal. O lado negativo, porque, a maioria das pessoas que cometem assalto esses tipo de coisa são negras, né? Ai isso ai já enraizou na sociedade que todo negro é visto como ladrão justamente por isso, porque a maioria das pessoas negras são pobres. São pobres e passam muitas dificuldades que chegam a uma situação que elas são obrigadas a cometer certos delitos, não que isso justifique, nada justifica uma pessoa cometer crime... a maioria das pessoas que cometem delito são negras justamente pela situação econômica financeira. E porque as oportunidades dos negros não são as mesmas de um branco. Por exemplo, uma seleção de emprego, por exemplo, se tiver uma pessoa negra e outro branco ai a preferência, mesmo os dois com o mesmo currículo com as mesmas habilidades, ai a preferência sempre vai ser pelo branco”. (N2)

Na perspectiva de compartilhamento (Major & O’Brian, 2005) e incorporação destas crenças de domínio sociocultural (Goffman, 2008), foi observado no depoimento de D2 esta incorporação, pois ela essencializa os negros, afirmando que estes não têm o desejo de se desenvolverem, quando comparados aos brancos e mulatos.

“E ai fica aquele tabu com a pessoa negra, fica mais tabu por causa disso, porque as pessoas não tentam mudar, não tentam mostrar a si próprio que é diferente, que pode ser diferente. Aonde ai há outras coisas, os mulatos, os brancos, eles vem se abrangem mais por causa que eles querem melhorar, eles tem um patamar de

desenvoltura, e os negros não. A pessoa tem que trabalhar mais em cima da sua melhora, da sua vitória.” (D2)

Em relação ao modo como a pessoa com deficiência é percebida, as falas se centraram em ser um coitado, doente, visto de forma piedosa, isto como consequência também da educação religiosa, pautada nos domínios do conhecimento teológico judaico-cristão, como assinalado por Maciel (2010) e Pessotti (1984).

“Olha, eu vou te dizer o seguinte, ela é vista de forma piedosa, a sociedade tem uma piedade, mas essa piedade é fruto de uma religiosidade em que o individuo não tem a condição de buscar pra si ai quer... como é que se diz... até pra poder até compensar o que ele esta em déficit lá com Jesus Cristo ou com seja lá com quem for, ele quer aplicar só com você. ‘Ah não, eu vou fazer porque Deus vai me pagar, Deus vai me pagar, Deus vai...’. Quer dizer o cara está na concepção dele, ele não está fazendo aquilo por uma questão assim da amizade ou pelo vínculo que tem, não, ele está fazendo aquilo simplesmente por que ele quer que o individuo vá servir como uma moeda pra que ele possa ter uma compensação com Jesus Cristo. Eu lhe digo isso porque a maioria das coisas que eu vejo ‘tadinho, oh meu Deus do céu porquê que ele está assim’”. (D3)

“Com certeza, pena. Sentimento de pena, aquele sentimento quando vê assim ‘ah coitadinho não pode fazer tal coisa, é isso é aquilo’, aquele cuidado especial né parecendo que está pisando em ovos” (N2).

Este olhar piedoso, como manifesto na fala da maioria dos entrevistados, acaba por levar a um excesso de cuidados, como exemplificado pelo relato de N2. Como consequência, o olhar de piedade e de cuidado excessivo priva a pessoa com deficiência do acesso a alguns direitos básicos, perante o olhar dos outros como, por exemplo, o direito à vida sexual.

“Eu tenho uma amiga minha mesmo que ela tem uma deficiência um

pouco severa. Ai, tem um malhado um cara, parecido você, um cara forte da porra, pegou ela e pau, fez uma filha, uma menina linda. Ai os caras 'porra aquele cara comeu aquela preta, olha pra isso rapaz, que miséria!'. [RISOS] Os caras olha assim, 'o cara comeu a menina rapaz!'", mas você está entendendo? Não vê como... Aconteceu poxa, ela é uma fêmea e ele é o macho, né?" (D3).

Para N3, a pessoa com deficiência é discriminada como qualquer negro é; entretanto, as pessoas com deficiência e negras são discriminadas duas vezes, com olhares diferentes. N2 afirma perceber que outras pessoas os veem como pessoas guerreiras e lutadoras, mas enfatiza que a maioria os enxerga com sentimento de pena e com cuidado excessivo.

Os conteúdos abaixo citados estão relacionados com as respostas para as questões "Para você, o que é ser negro?" e "Para você, o que é ser uma pessoa com deficiência?". Como descrito por Goffman (2008), indivíduos estigmatizados também incorporam padrões e crenças do domínio sociocultural, o que os torna suscetíveis ao que os outros veem como seus defeitos, levando-os, inevitavelmente, mesmo que em alguns poucos momentos, a concordar com a ideia de que eles estão abaixo do que realmente deveriam ser, como se percebessem que um dos seus atributos é impuro e se imaginassem como não portadores deles.

De modo condizente com tal perspectiva, para o entrevistado N2, ser uma pessoa com deficiência seria possuir algo negativo a respeito da sua condição corpórea, tendo consciência do seu *status* social baixo e dos estigmas a que estaria submetido. Ele não se conforma com a situação de ser uma pessoa com deficiência, o que o faz ficar, por vezes, deprimido. Ele ainda descreve que até hoje há pessoas que não se relacionam com ele em função da sua deficiência.

D3 relata também ter, em alguns momentos, o questionamento do porquê de Deus ter feito isto com ele, pensando como seria a sua vida futura nesta condição de dependência dos outros. Ele busca sempre um horizonte a mirar, para que possa

perceber o que fazer da vida para não ficar dependente dos outros para tudo, em função da deficiência.

Apesar da incorporação de padrões e crenças da sociedade, ser uma pessoa com deficiência é, para D1, ser uma pessoa normal, como qualquer outra, mas com certa limitação. Esta mesma representação é compartilhada por D2, quando ela expõe que independentemente da deformidade e de ser tombado pelo olhar do outro, é ter limitações como todo ser humano.

Quando questionado, N1 define com veemência que o maior problema em ser uma pessoa com deficiência é não ser respeitado, enquanto N3 afirma não poder responder a “o que é ser uma pessoa com deficiência”, porque ele não se sente deficiente, em função de continuar fazendo tudo o que sempre fez antes de ter a deficiência. Este é um exemplo manifesto de rejeição de incorporação dos padrões sociais sobre a deficiência ao seu perfil pessoal e identitário.

Ao responder à questão “Para você, o que é ser negro?”, N2 admite:

“No meu caso é porque... eu não vou mentir pra você não, antes, quando eu era mais novo, eu achava ruim ser negro por tudo que passo de preconceito, isso tudo. Mas agora quando a gente amadurece ai que a gente vai tomar consciência que realmente, a consciência que... Da importância dessa cor pra gente, e hoje em dia eu tenho orgulho de ser negro.”. (N2)

Embora houvesse este depoimento de autoestima negra negativa de N2, no passado, na incorporação deste questionamento sobre ser negro, as respostas se centram em significados positivos de luta, resistência e força.

“Ser negro é a raiz da Bahia. Temos muita história de luta, superação, e ser negro é... que ao meu ver, o negro é uma pessoa muito forte” (N2).

“Felicidade”. (N1)

“Ah, eu digo assim com um orgulho muito grande que assim... Olha, eu não tenho assim como dizer...”. (D3)

D2 afirma que a negritude vem através da cultura, da família e da descendência, apesar de reconhecer a discriminação por ser da periferia, pela cor, ou pela opinião difundida na sociedade, que diz que o negro é analfabeto, grosseiro e sem qualificação. Já N3 assinala que ser negro hoje não tem a mesma valorização, atitude, consciência de saber o que quer da vida, de lutar pelos direitos. Mesmo os que não se definem como negros, os alienados, têm que lutar duplamente, pois não sabem contra o que lutar.

5.2.2 – Pistas situacionais

As situações diferem no seu potencial de ameaça aos estigmatizados, uma vez que eles podem correr diferentes níveis de risco de serem desvalorizados, estereotipados negativamente ou discriminados por causa de sua identidade. Além disso, as mesmas situações, nas quais emergem as representações coletivas que modelam os significados dos indivíduos, podem ser percebidas e avaliadas de formas diferentes por pessoas diferentes (Major & O'Brian, 2005).

As situações de discriminação e estigmatização direcionadas às pessoas com deficiência acabam sendo mais claramente identificadas e descritas pelos entrevistados do que situações direcionadas às pessoas negras. Tais situações de discriminação são percebidas tanto nos casos de outras pessoas com deficiência e/ou negras, quanto nas suas próprias experiências.

Respondendo a pergunta sobre já ter sido discriminado por ser uma pessoa com deficiência, N1 responde que sim, especialmente pelo Estado, quando não garante a acessibilidade enquanto política pública. Ele também relata situações específicas relacionadas a acessibilidade, mobilidade e trânsito, quando o taxista justifica não transportá-lo em função do tanque de GNV na mala do carro e dos

motoristas de ônibus que, ao vê-lo no ponto de ônibus, desconsideraram o seu chamado e passam direto. No depoimento de D1, também há um episódio no qual ele percebe ser discriminado e estigmatizado como incapaz, em função de sua deficiência, numa situação em que ele pretendia fazer o exame para a habilitação a motorista.

“Assim... No caso, eu vou dá um exemplo meu, eu fui tirar minha habilitação chegou lá ele olhou pra minha cara, olhou assim e disse: ‘você vai tirar a habilitação, mas esse carro não dá pra você dirigir não, porque... pequeno! Como é que você vai dirigir com um braço que não dá pra...?’ eu falei ‘não, fique despreocupado, faça o seu trabalho e só me diga como é que eu tenha que dirigir, o resto deixa que eu...’”. (D1)

Além das situações de mobilidade descritas por N1 e D1, os participantes N2, N3 e D2 relataram sofrer discriminações não manifestas relacionadas a ambientes de trabalho e seleção de emprego.

“Discriminado... Já eu acho que eu já fui discriminado sim. Porque eu estava fazendo um trabalho temporário em Lauro de Freitas, ai apareceu... eu acho que apareceram umas pessoas lá para vistoriar a empresa e eu era novo lá, só tinha trabalhado uns quatro dias lá ai pronto. O pessoal tinha vindo olhar tudo, quem estava trabalhando. Eu estava lá fazendo meu serviço tranquilo, ai pronto. Depois no outro dia o chefe simplesmente falou que não precisava eu ir trabalhar que não estava precisando dos meus serviços. Ai com o passar dos dias eu ligava, ‘não precisa não, a gente não vai precisar mais dos seus serviços não’, ai pronto. Ai pagou os dias que eu fiquei lá e pronto. Isso ai foi discriminação... O pessoal chegou lá, viu um deficiente trabalhando lá e ai não sei. Eu acho que é porque é um trabalho informal não era de carteira, ai pronto. ‘Uma pessoa com deficiência trabalhando aqui sem coisa, sem registro’, ai pronto. Simplesmente deve ter alguma coisa, né, falado com o chefe sobre isso ai, e o chefe me dispensou.”. (N2)

“Já teve uma situação que a pessoa... Que eu marquei uma entrevista, para uma vaga de emprego e a pessoa pela minha voz... eu não sou telefonista né, recepcionista... ai pela minha voz disse ‘não, a vaga é sua’, eu disse que tinha a paralisia infantil e tal, mas ele não pensou que era a sequela tão severa, pensou naturalmente que era uma sequela leve. Ao chegar tinha uma escada, subi a escada com toda a dificuldade, cheguei lá em cima ele disse que a vaga estava preenchida. Mas eu não estava feia, estava bem arrumada, bem perfumada, então, bem maquiada, e era dicção era problema da dicção que era telefonista ninguém ia me ver, e assim mesmo ele disse a mim que a já vaga estava preenchida. Quando aconteceu isso eu não disse a ele. eu ri, ri porque logicamente na cara eu sabia que foi isso, eu ri e disse a ele que a minha dificuldade não caberia ao meu profissionalismo. Que ele poderia agora me pagar mil salário eu não queria mais trabalhar na empresa dele, aonde ele não via o profissional e sim a pessoa.” (D2).

No depoimento de N3, ele relatou que, numa seleção de emprego, a entrevistadora fez uma interrupção para conferir se a empresa aceitava pessoas com deficiência e se ele poderia fazer a seleção. Segundo o participante, esta foi uma situação desnecessária, pois a entrevistadora teve um excesso de cuidado e preocupação que o fez se sentir discriminado, tendo sido tomado como uma pessoa incapaz de se locomover ou exercer funções cotidianas com normalidade.

Além das situações de trânsito e mobilidade, ou de situações relacionadas a trabalho e emprego, surgiu também a situação de compra de roupas.

“Comprar roupa, porque assim, não tem vestiário próprio para pessoa com deficiência... Não tem... O layout das lojas, elas são feitas muito unidas, então você não tem como você entrar, não tem como... Ai tem aquelas meninas muito bonitinhas, eles criam aquele estereótipo de meninas magrelas, aquela coisa toda, ou então os meninos são tudo muito ‘...tinho’, aquela coisa toda, e quando você vai, que você tem uma deficiência, que pra eles o conceito de beleza,

o conceito de bonito, de estética, de tudo, prevalece muito forte, então quando você contrasta, que você vai com uma deformidade, com uma deficiência, aí o cara olha assim, fica até... Eles ficam até com dificuldade de fazer algumas sugestões, aquela coisa toda. Então, você de certa forma... você tem até que passar a ter um domínio muito grande psicológico, porque...!” (D3)

Quanto a situações de discriminação e estigmatização tendo outras pessoas com deficiência como alvo, N1, N2 e N3 não se recordam ter percebido. Em contrapartida, D1, D2 e D3 afirmam perceber e descrevem tais ocorrências.

D1 narra tais situações preconceituosas através de piadas e brincadeiras direcionadas a sua deficiência. D2 percebe tais situações de discriminação no próprio ciclo de pessoas com deficiência, entre si, quando um radicaliza com outro ou quando um quer namorar outro, mas não é aceito por ser também com deficiência.

D3, por sua vez, relatou presenciar uma situação que faz também referência a discriminação e estigmatização com base no conhecimento teológico, numa ocasião ocorrida há 15 anos, quando o então arcebispo vetou o casamento de uma pessoa com deficiência por ele ter disfunção erétil, justificando a não potencialidade de reprodução, de acordo com a Lei Eclesiástica do Código de Direito Canônico, Cânoni nº 1096.

“§ 1. Para que possa haver consentimento matrimonial, é necessário que os contraentes não ignorem, pelo menos, que o matrimônio é um consórcio permanente entre homem e mulher, ordenado à procriação da prole por meio de alguma cooperação sexual.”

Nesta dimensão da pessoa com deficiência, há um depoimento de situação de discriminação que também está relacionado à dimensão das representações coletivas teológicas judaico-cristãs sobre a pessoa com deficiência.

“E o que eu mais sinto ódio é quando eu ligo a televisão que eu vejo o pastor achando que ele é Deus, dizendo que vai levantar aleijado,

vai curar cego isso e aquilo, e aquilo ali... Eu me sinto magoado, porque só quem cura e liberta é Deus. Se Deus está curando, como ele diz, que está levantando aquele cego ou está curando aquele cego ou levantando aquele aleijado, porque Deus só vai levantar ele? Só vai curar ele? Se fosse assim Deus me levantava também.” (N1).

Afora estas situações de discriminação e estigmatização relacionadas a pessoas com deficiência, surgiram depoimentos de situações de discriminação por serem pessoas negras. Quando perguntados sobre tais ocorrências, as situações descritas, na maioria das vezes, estavam relacionadas ao preconceito sutil, como descrito por Pettigrew e Meertens (1995).

“O pior que não tem um fato nenhum marcante em relação a isso, ou passou despercebido ou não passou... Mas a gente passa por isso sempre né, por exemplo, quando você vê um negro passando ai vem umas senhoras e você percebe o recolher da bolsa. A preocupação de ser assaltado só porque está passando uma pessoa negra. Isso ai a gente vê no nosso cotidiano, mas nenhum fato marcante que me faça lembrar assim para relatar” (N3).

“Horível essa minha lembrança. Já fazendo minha graduação, na secretaria de educação, eu fui lá que ligaram pra mim pra fazer um estágio como professor. Cheguei lá eu falei com a secretária ‘eu vim fazer uma entrevista aqui para estágio’, ela me olhou de cima até embaixo ‘estágio?’, eu percebi que ela me olhou dizendo ‘estágio, pra quê um negro desse fazendo estágio aqui?’. Ela não falou, mas pelo olhar deu pra perceber. Ela: ‘estágio pra quê? Não tem mais estágio pra segundo grau não’. Quer dizer na visão de um negro só estuda ate segundo grau. Eu falei ‘não, não é segundo grau você devia ter me perguntado o que você faz aqui, por quê? Por que? Você conhece que a pessoa tem ou não terceiro grau pela cor?’. ‘Não senhor, eu não quis falar isso não’. ‘É, mas pelo dizer, falou. Se não tinha mais pro curso técnico, era alguma coisa. Se eu lhe falei que ligaram pra mim’. Eu falei pra ela ‘eu quero ver se fosse uma pessoa que não fosse negro, viesse lhe falar isso, você não ia

*responder assim'. Ela me pediu desculpa, foi quando o diretor chegou, da entidade lá, que eu abri logo o bocão mesmo, falei mesmo. Ai chamaram o secretário, ele desceu, conversou comigo, me levou e ai acertou o que tinha de acertar comigo, me pediu desculpa, ai tudo bem. Mas a reação foi horrível, porque ela me viu não como pessoa, mas sim como **negro** que não tem capacidade de ter um nível superior de estar em sala de aula ensinando. Pra mim foi horrível essa situação.”. (D1)*

Houve também relatos de discriminações referentes a dupla estigmatização, por ser negro e com deficiência, na mesma situação. Todos os participantes relataram perceber tal simultaneidade na discriminação, com exceção apenas de N2.

Eu já sofri muita discriminação, quando eu vou pegar o transporte ai o transporte de cadeirante o espaço é livre pra eu chegar e está com o lugar lá. Então tinha uma senhora sentada eu pedi licença a ela, o pessoal os passageiros pediu pra ela sair ela disse que não ia sair que ia sair quando quisesse, ai eu continuei insistindo pedindo licença a ela, ai o pessoal começou... Os passageiros começaram a falar, criticar contra ela e ela disse 'eu não vou sair daqui não, seu negro preto, seu macaco', e isso me fez... Me fez ficar magoado, mas eu entreguei na mão de Deus e fiquei tranquilo, porque como ela fez pra mim eu não agi, outras pessoas que ela for fazer vai agir.” (N1).

Outra situação de discriminação direcionada a dupla estigmatização foi relatada como não manifesta e institucionalizada pelo próprio Estado. O participante D3 descreve a situação em que ele foi votar em 2010, na sua seção, no Colégio Municipal de Fazenda Coutos, segundo ele o maior colégio eleitoral do subúrbio. Ao chegar ao local, descobriu que seu local de votação ficava no terceiro andar e a estrutura do colégio não tinha acessibilidade para cadeirantes. Quando insistiu com veemência, recorrendo ao direito de que descessem uma urna até ele para que ele pudesse votar, ele sofreu ameaça de um policial.

“Fechei o portão, travei a cadeira no portão botei a do outro, ai o policia começou a vir pra cá, já querendo engrossar a voz, eu disse ‘baixe seu tom, você foi treinado e qualificado para lidar com as pessoas com Psicologia, se o senhor fizer alguma coisa aqui, quem vai fazer sou eu, quem vai ganhar domínio sou eu, que eu também sei manipular’, ai ele fez assim ‘se tiver uma morte aqui a culpa é sua’. Ele falou pra mim!” (N3).

Para o entrevistado, ficou nítido que aquela situação, além de ser uma discriminação contra uma pessoa com deficiência, também foi por ele ser negro, mas esta sua percepção se deu pela leitura do contexto.

“...Ficou claro, nítido porque assim, é um bairro pobre, é um bairro periférico e é um bairro de grande, grande, grande, grande quantidade de pessoas negras. Então a desvalorização, a banalização dos direitos ela é... Pode ser o Estado máximo, porra ali estava o chefe da policia daquela região, deveria está o representante maior do TRE por conta até da importância que tinha aquele colégio eleitoral, mas não estava porquê? Porque geralmente os oficiais são brancos, os de patente alta são brancos... Agora se você fosse pra lá ‘não sei que lá do tênis’... no Baiano de Tênis, estava lá o Corregedor, estava lá fulano, estava beltrano, estava todo mundo lá porra. Está entendendo? Então você as vezes é obrigado a impor.” (D3)

Geledés (2013) e Lopes (2012) fazem menção ao racismo institucional, como um mecanismo estrutural (operado por instituições públicas e/ou privadas) que exclui grupos racialmente subordinados (negros, indígenas, ciganos, etc.), intencional ou não intencionalmente, através da produção ou reprodução da ideologia de uma hierarquia racial. Quando observado o cotidiano das pessoas negras e com deficiência, percebe-se que, associado a este racismo institucional, há também a ideologia e/ou prática do Estado de excluir sistematicamente as pessoas com deficiência, termo citado por Diniz (2010), Diniz, Barbosa e Santos (2009) e Goodley e Runswick-Cole (2011) como *disablism*.

Ou seja, além de enfrentar o racismo institucional, as pessoas com deficiência ainda se deparam com o *disablism* institucional praticado pelo Estado, como nesta situação relatada por D3, que envolve a inacessibilidade de direitos (de mobilidade e de votar) e a coação violadora do representante da polícia.

Assim como percebido por D3, o entrevistado N1 também descreve uma situação de discriminação com a força policial militar, quando foi abordado para uma revista policial. Segundo o participante, ele estava na companhia de um grupo de pessoas, mas só revistaram a ele, a sua sacola e a sua cadeira, de modo agressivo. Mais ainda, o que o deixou com muita raiva, magoado e indignado, foi o fato de que os policiais, desconsiderando a sua paraplegia, dizendo que ele tinha que levantar para que eles revistassem a sua cadeira de rodas.

Apesar de muitos relatos de percepção de discriminação manifesta, assim como de discriminações não manifestas, tanto em situações consigo quando com outros indivíduos, há também relatos de não percepção de discriminação ou estigmatização. É importante perguntar-se se esta não percepção, especialmente em situações subliminares, é consequência de uma baixa consciência ou sensibilidade de estigma, ou se estas situações realmente não ocorreram com estes entrevistados.

Major e O'Brian (2005) definem que os fatores situacionais (visto nesta subseção) e pessoais (abordados na próxima) determinam as variáveis de percepção de situações de estigmatização e de autopercepção como alvo de preconceito.

5.2.3 - Características Pessoais

As características pessoais influenciam a forma como as situações são percebidas e avaliadas pelo poder de centralidade identitária que há no autoconceito destes indivíduos estigmatizados. Além disso, se relacionam ao que Major e O'Brian (2005) definem como sensibilidade de estigma, a identidade de grupo e identificação de domínio sociocultural.

Observando a Tabela 1, abaixo, no espectro das hierarquias de importância ou

saliência das sub-identidades, em todos os entrevistados, a autoestima coletiva negra mensurada (média igual a 5,93) teve valor superior à autoestima coletiva de deficiência (média igual a 5,35), tanto para os integrantes das instituições negras quanto para os das instituições de pessoas com deficiência.

TABELA 01 – VALORES DAS ESCALAS DE AUTOESTIMA			
Codinome	Autoestima pessoal <i>1 < 4</i> <i>Me = 3,07</i> <i>mi.2,7 x ma.3,4</i> <i>Md.=2,5</i>	Autoestima coletiva de peessoa negra <i>1 < 7</i> <i>Me=5,93</i> <i>mi.5,3 x ma.6,5</i> <i>Md=4</i>	Autoestima coletiva de pessoa com deficiência <i>1 < 7</i> <i>Me=5,35</i> <i>mi.5,1 x ma.5,8</i> <i>Md=4</i>
N1	2,7	6,4	5,2
N2	3	5,7	5,1
N3	3,1	6,2	5,8
D1	3,2	5,3	5,2
D2	3	5,5	5,1
D3	3,4	6,5	5,7

Nota: “Me” significa o valor médio dos valores mensurados de autoestimas dos participantes. “mi” o valor mínimo mensurado. “ma”, valor máximo mensurado. “Md” a mediana da escala.

Apesar das mensurações salientarem a autoestima negra (comparado com a de deficiência), nos depoimentos não há esta mesma regularidade, podendo ser observada a influência do grau de autoestima pessoal na valência para salientar as identidades negras ou de deficiência.

Considerando a centralidade do autoconceito dos participantes, na parte introdutória da entrevista, antes dos blocos de perguntas, é solicitado que o indivíduo “Fale um pouco sobre quem é e sua história de vida (de forma genérica)”, para que sejam evidenciadas as saliências dessas centralidades de autoconceito.

Como observado no relato de N1, ele se define como um cadeirante, deficiente lutador, feliz e conformado com a vida, descrevendo que a entidade negra da qual faz parte é sua vida. Ele é um indivíduo de instituição negra que tem a autoestima pessoal mensurada em 2,7, um pouco acima da mediana, mas a menor de todos os entrevistados. Tem sua autoestima coletiva negra no valor de 6,4 (alta) e autoestima coletiva com deficiência de 5,2 (baixa comparada a média) (cf. Tabela 1).

Neste ponto, observa-se que N1, em sua autoapresentação, salienta a identidade de pessoa com deficiência, apesar de demonstrar uma alta autoestima coletiva negra. Esta centralidade da deficiência no seu autoconceito pode ser considerada em função da valência de sua baixa autoestima pessoal mensurada, fazendo com que a sua baixa autoestima coletiva de deficiência ganhe centralidade neste autoconceito, comparada a alta autoestima coletiva negra.

Observa-se, na Tabela 1, que de forma unânime, as autoestimas coletivas de deficiência ($Me = 5,35$) dos participantes são inferiores a de autoestima coletiva negra ($Me = 5,93$).

Assim como com N1, na autoapresentação introdutória dos depoimentos de N2 e D2, foi perceptível também esta saliência na subidentidade de deficiência (de valores inferiores) em comparação com a subidentidade negra (de valores superiores).

N2 introduz sua apresentação como sendo de uma família muito humilde, com os pais advindos do interior e sem muito conhecimento e experiência, justificando o modo como adquiriu a deficiência na infância. Apresentou-se também através dos seus bairros de residência, de suas relações familiares, da característica de não gostar de estudar e do histórico de sofrimento de preconceito na infância. Ele tem autoestima pessoal em 3,0 (um pouco abaixo da média dos entrevistados), autoestima coletiva negra em 5,7 (um pouco abaixo da média) e autoestima coletiva de deficiência em 5,1 (também abaixo da média, mas inferior quando comparada à negra). Esta saliência apresentada também pode ficar evidente quando lhe perguntado se acredita ou se percebe sofrer mais preconceito por ser negro ou por ser com deficiência, ou se acha que sofre ambos no mesmo nível. Coincidindo com sua saliência autoapresentada, ele afirma perceber mais preconceito por ser com deficiência, afirmando que as pessoas o veem como anormal, inválido, incapaz, improdutivo, não servindo para nada.

D2, na sua apresentação, se descreve pelo nome, idade, posição no mercado de trabalho, enquanto uma pessoa com deficiência, apontando questões relacionadas à sua família, formação educacional, descrevendo-se como uma pessoa que deseja

sempre melhorar e querer o bem, casada com uma pessoa sem deficiência, afirmando-se também como uma mulher de caráter, de luta e vitórias. Ela tem a autoestima pessoal medida também em 3,0 (um pouco abaixo da média), autoestima coletiva negra em 5,5 (abaixo da média) e autoestima coletiva de deficiência em 5,1 (também abaixo da média, e inferior quando comparada à negra). Em contrapartida, quando perguntada por qual identidade percebe sofrer mais preconceito, diferente de N2, ela responde que há uma equivalência, pois percebe que as pessoas sempre julgam as outras pela aparência, estando, então, no mesmo nível, as características de ser negra e ser com deficiência.

Coincidência ou não, apesar de terem um suporte maior aos valores culturais e identitários negros, os relatos destes três primeiros entrevistados descritos, N1, N2 e D2, trazem na autoapresentação uma saliência da dimensão da identidade de deficiência (mensurada com menor autoestima coletiva quando comparada à negra). São também os indivíduos com menores valores de autoestima pessoal, tendo sido mensurados abaixo do valor médio das autoestimas dos entrevistados, que é de 3,07⁴. Cabe problematizar: nesta situação, a valência da autoestima pessoal, entre alta e baixa, interferirá na saliência e então centralidade dentre as autoestimas coletivas (ou subidentidades) de maior ou menor valor, neste caso entre se apresentar pela negritude ou pela deficiência?

A centralidade autoapresentada na identidade de deficiência (de menor valor mensurado enquanto autoestima coletiva) pode estar mais saliente nos indivíduos com menor valor de autoestima pessoal, em função de seu baixo valor de autoconceito, fazendo com que o autoconceito esteja mais próximo de atributos de menor valor identitário, neste caso a autoestima coletiva de deficiência. Caso estes indivíduos tivessem um autoconceito pessoal elevado, talvez se afirmassem pessoalmente

⁴ Vale salientar que dar como ponte de corte a média dos entrevistados nesta pesquisa para definir entre ter autoestima baixa ou alta é somente uma hipótese, até porque este estudo é orientado por um método qualitativo. O mais adequado é tirar esta média através de um estudo que envolva um número de participantes considerável.

naquilo (atributos ou valores do grupo ou categoria social) que é valorado como positivo por ele, como foi o caso dos entrevistados N3 e D3.

Este dois participantes, com maiores valores de autoestima pessoal, na apresentação introdutória da entrevista, salientam referências às suas identidades negras. N3, que tem autoestima pessoal em 3,1 (acima da média), autoestima coletiva negra em 6,2 (alta comparada à média) e autoestima coletiva de deficiência em 5,8 (a maior entre participantes), se apresenta através de sua idade, bairro de residência, relações parentais, afirmando uma infância com obstáculos (mas sem relação com a deficiência, que veio apenas aos 12 anos) e adolescência no movimento negro hip-hop.

Já D3, com autoestima pessoal mensurada em 3,4 (a maior entre os participantes), autoestima coletiva negra em 6,5 (a maior entre os participantes) e autoestima coletiva de deficiência em 5,7 (alta comparada à média), se apresenta pelo nome, afirmando ser de família humilde e dilacerada por parte de mãe, vítima de preconceito racial desde a sua infância, por ter a avó biológica racista, tendo com a avó de criação, que tinha mais de 50 anos no candomblé, um vínculo muito grande.

O único que não fez menção a alguma destas identidades (negra ou com deficiência) na sua autoapresentação foi D1. Ele tem a autoestima pessoal mensurada em 3,2 (acima da média e a segunda maior), a autoestima coletiva negra em 5,3 e de deficiência em 5,2 (ambas abaixo da média). O que se pode deduzir é que este indivíduo possui uma valência, centralidade e saliência de autoconceito pessoal e individual maior que a dos autoconceitos sociais e coletivos, não havendo uma hierarquia de saliência entre a subidentidade negra e a de deficiência. Isto em função de ter uma deficiência não muito aparente no braço:

*“Porque como a minha deficiência ela é não **muito** vista, ne?”.* (D1)

Além disso, deve-se levar em conta, também, que D1 se afirma evangélico, membro de uma religião de matriz protestante presbiteriana (Igreja Batista) há 26

anos, na qual se compartilha uma cosmovisão e doutrina religiosa de ordem missionária. Segundo pesquisa de Fernandes, Carneiro, Mariz e Mafra (1998) os evangélicos de um modo geral (Assembleia de Deus, Batista, Universal, Históricas, Renovadas, Outras Pentecostais) estabelecem um padrão de intolerância e rejeição a outras religiões, mas numa acentuação maior às de cosmovisões ligadas à valorização cultural negra afrodescendente, especialmente a Umbanda e o Candomblé, tomadas por 95% dos evangélicos como religiões demoníacas (tendo, especificamente entre os Batistas, esta afirmação em 88%).

Estes dimensões identitárias de autopercepção e níveis de simultaneidade e hierarquia, associadas a características pessoais de sensibilidade de estigma, identificação de grupo e identificação com domínio sociocultural, influenciam mais diretamente na forma como as situações são percebidas e avaliadas.

Enquanto características pessoais e individuais, a “sensibilidade de estigma”, como será aprofundada na subseção seguinte, sobre avaliação de ameaça, está associada ao modo como as pessoas percebem serem tratadas pelos outros, sendo sensíveis a rejeições e ficando vigilantes e atentas a ameaças relacionadas ao seu estigma, tanto declarada quanto subliminarmente (Major & O'Brian, 2005; Pinel, 2002; Spears, 2011).

Outra característica pessoal é a “identificação de grupo”, que se configura quando os indivíduos que consideram sua identidade social estigmatizada como uma parte central de sua autoidentificação são mais propensos a se ver como alvo de discriminação pessoal e grupal, especialmente quando sinais de preconceito são atribucionalmente ambíguos (Crocker et al., 1998; Major & O'Brian, 2005). Estes indivíduos também são mais propensos a avaliar eventos de relevância de estigma como relevantes para si. Consequentemente, eles relatam aumento da ameaça de estigma e baixa autoestima, em resposta ao preconceito percebido contra o endogrupo, bem como desempenho mais fraco em situações em que o grupo interno é estereotipado negativamente (Major & O'Brian, 2005).

Nesta observação, quanto aos participantes entrevistados, não foi perceptível alguma regularidade na relação entre a percepção de situações de ameaça e a identificação grupal e o perfil de baixa e/ou alta autoestima, isto considerando que todos foram mensurados com uma maior autoestima coletiva negra, assim como considerando a valência pessoal na autoapresentação da entrevista.

A única observação neste quesito é que os indivíduos com maiores valores de autoestima pessoal (N3, D1 e D3), nos seus relatos, pontuam com certa ênfase as situações de ameaças subliminares e não manifestas, especialmente quando sendo alvos de estigmatização nas suas identidades negras. Quanto à percepção de outros membros de seus endogrupos, respondendo às questões a ocorrência de discriminações contra outras pessoas com deficiência ou contra outras pessoas negras, quase unanimemente é declarado que a discriminação é perceptível, tanto por situações manifestas de discriminação quanto não manifestas.

A terceira característica é a “identificação de domínio sociocultural”. Nesta, os indivíduos que se identificam fortemente com os domínios culturais e de representação coletiva em que seu grupo está negativamente estereotipado, ficando mais propensos a considerar a avaliação de desempenho nesses domínios como relevantes para si mesmos, aumentando os seus potenciais para experimentar ameaça de identidade (Major & O’Brian, 2005).

É observada no depoimento de D2 uma identificação com o domínio sociocultural estereotipado sobre o negro, como descrito na subseção 5.2.1. Durante a entrevista, a participante menciona que os negros são vistos como periféricos e que conhece muitos que são grossos, estúpidos, sem alfabetização e qualificação, por não terem um patamar de desenvoltura como os brancos e mulatos, também não fazendo questão de melhorar e se qualificar.

“No sentido que você quer falar, no sentido de pra frente ou no sentido de estacionar?” (D2)

Além de uma identificação com o domínio sociocultural de representações sobre o negro, no seu depoimento foi identificado também, em parte, um compartilhamento da representação de que as pessoas com deficiência estão estacionadas na vida. Este conteúdo foi observado na resposta frente à questão de como é ser uma pessoa com deficiência.

Os objetivos e as motivações são outras características pessoais que também influenciam como estas situações de ameaça são avaliadas e percebidas. Os indivíduos estigmatizados moldam como eles percebem e avaliam tais situações, tendo dois motivos principais identificados (Major & O'Brian, 2005). Um deles é o motivo para proteger ou melhorar a autoestima, que leva as pessoas a estarem mais propensas a perceber um avaliador como sexista ou racista, por exemplo, se recebem um *feedback* mais negativo do que positivo (Crocker, 1999; Major & O'Brian, 2005). Outra possibilidade é que as pessoas também estejam motivadas a acreditar que o sistema é justo e que elas são tratadas equitativamente, de modo que, no serviço de manutenção dessas crenças, membros de grupos estigmatizados podem deixar de se ver como vítimas de preconceito, mesmo na presença de sinais manifestos de preconceito (Major & O'Brian, 2005).

5.2.4 – Avaliação de ameaça

O pressuposto central do estresse transacional e dos modelos de enfrentamento é que os eventos são avaliados por sua importância para o bem-estar do indivíduo, de modo que o resultado deste processo de avaliação dirige respostas afetivas, cognitivas, comportamentais e fisiológicas ao evento (Major & O'Brian, 2005). Nestas avaliações estão inclusas tanto as avaliações preliminares das demandas colocadas por um estressor – na medida em que elas são percebidas como relevantes para si, gerando incerteza, sensação de perigo e esforço para adaptação – quanto as avaliações secundárias de recursos para lidar com essas demandas

(Lazarus & Folkman, 1984). A ameaça ocorre quando as demandas percebidas de uma situação relevante para si são avaliadas como excedendo os próprios recursos percebidos para atender e responder a essas demandas em enfrentamento (Major & O'Brian, 2005).

A ameaça a identidade induzida pelo estigma se manifesta quando um indivíduo avalia as demandas impostas por um estressor como potencialmente prejudiciais para a sua identidade social, assim como excedentes nos seus recursos para lidar com essas demandas. Esta avaliação resulta de uma interação entre estímulos percebidos (afetivos ou de significados) na situação imediata (que fazem o estigma relevante para a situação), as representações coletivas que o indivíduo traz para a situação e as características pessoais deste (Major & O'Brian, 2005).

O processo de avaliação pode ser automático, não verbal, instantâneo e ocorrer fora da consciência. Como originalmente teorizado, esta avaliação resulta de processamento cognitivo, no entanto, também pode resultar de processamento afetivo. Além disso, o processamento afetivo pode ocorrer independentemente do processamento cognitivo e, como este, pode ocorrer abaixo da consciência, de modo automático. Os estímulos apresentados abaixo dos níveis de consciência podem provocar reações emocionais fortes o suficiente para conduzir o julgamento e comportamento na ausência de quaisquer sentimentos conscientes que acompanham essas reações (Major & O'Brian, 2005).

Apesar de se concentrar em como o estigma pode levar a avaliações da ameaça de identidade, o estigma pode também levar a um desafio de identidade, fazendo com que o indivíduo se sinta com recursos de enfrentamento suficientes para atender a demanda (Kaiser, Major & McCoy, 2004). Em tais recursos pode-se incluir o controle percebido sobre os recursos importantes, a capacidade de limitar a exposição a outros que são preconceituosos, forte identidade de grupo ou otimismo (Major & O'Brian, 2005).

Um dos recursos de avaliação de ameaça de identidade é a vigilância automática (Major & O'Brian, 2005), que pode fazer com que as pessoas estigmatizadas fiquem receosas e previamente já esperem uma rejeição, focando suas atenções em possíveis hostilidades, quando percebem algum tipo de possível ameaça, na espera que o outro possa ter preconceito e ser hostil (Crocker e Garcia, 2009).

Esta avaliação vigilante está diretamente relacionada à consciência ou sensibilidade de estigma, sendo uma característica individual/pessoal que está associada ao modo como as pessoas esperam ser tratadas, com base na sua participação no grupo, em vez de sua identidade pessoal (Pinel, 2002) e/ou quando são sensíveis à rejeição com base em sua participação grupal, sendo mais vigilantes para ameaça relacionadas ao estigma. Por exemplo, é mais provável que as pessoas com mais alta medida de consciência de estigma se percebam como alvos de discriminação, tanto a nível pessoal quanto grupal, esperando serem tratadas de forma negativa por membros do exogrupo (Major & O'Brian, 2005; Pinel, 2002), o que faz com que fiquem mais atentas para as manifestações subliminares de ameaça à identidade social (Major & O'Brian, 2005; Spears, 2011).

Nos depoimentos dos entrevistados na subseção 5.2.2, que se referem às pistas situacionais de estigmatização e discriminação, se observou que ocorre tanto esta percepção das situações de formas manifestas e não-manifestas, como também, para alguns participantes, não parece existir a percepção de tais situações de discriminação.

Como agora observado, apesar de a vigilância automática ser considerada um dos resultados de estigmatização, como resposta involuntária, ela não é um subproduto inevitável de estigma, pois alguns membros de grupos estigmatizados filtram informações relevantes para a ameaça a sua identidade, em um nível de atenção não consciente (Major & O'Brian, 2005), o que faz com que nem todo indivíduo estigmatizado seja igualmente vigilante para rejeição, preconceito ou

discriminação. Esta vigilância vai depender do nível de diferenciação na *consciência de estigma* (ou sensibilidade de estigma, observada como característica pessoal, na subseção anterior) ou no quanto se espera ser estereotipado pelos outros por causa de seu estigma (Pinel, 2002). Contudo, pessoas com elevada *consciência de estigma* percebem e experienciam mais estereotipizações do que quem tem *consciência de estigma* mais baixa. Tendo em vista esta consciência, experiências com desvalorização anterior de uma identidade social também pode aumentar a vigilância para eventos similares subsequentes (Major & O'Brien, 2005).

Em consonância com esta discussão, importa assinalar que todos os participantes perceberam ter sido alvo de discriminação e estigmatização por serem pessoas com deficiência, seja sob forma manifesta ou não. Por outro lado, a percepção de ter sido discriminado por serem negros não foi geral. D2, por exemplo, relatou não ter percebido ter sido alvo de discriminação. Esta não percepção na avaliação de ameaça de D2 pode ter se dado em função das situações de racismo descritas pelos outros participantes, que em sua maioria afirmam ocorrências de racismo de forma subliminar, sutil, não manifesta, tendo uma maior dificuldade de identificação. De modo particular, por D2 ser de uma instituição de promoção direito de pessoas com deficiência, talvez ela esteja mais instrumentalizada para identificar as ameaças advindas do *disablism* do que do racismo. Entretanto, há a possibilidade de, de fato, não ter havido alguma situação de discriminação e/ou estigmatização por ela ser negra.

Já a percepção de ameaça a identidade em cunho coletivo, ou seja, percepção de discriminação e estigmatização em situações com outras pessoas, todos relataram perceber situações de ameaça a identidade racial. Por outro lado, quanto à percepção de situações de ameaça a identidade de deficiência, somente D1, D2 e D3 (membros de instituições de pessoas com deficiência) confirmaram perceber, descrevendo em detalhe situações em que estes eventos ocorreram.

Provavelmente todos perceberam as ameaças a identidade de pessoa negra,

quando outras pessoas são alvo, em função de todos os entrevistados terem uma alta autoestima coletiva negra, como mensurado, ficando mais propensos a sensibilização e consciência de tal estigmatização. No que se refere à ameaça a identidade da pessoa com deficiência, o resultado não foi o mesmo, talvez por todos terem uma baixa autoestima coletiva de pessoa com deficiência (comparada à de pessoa negra) e, ocasionalmente, pouca sensibilidade e consciência de estigma, tendo avaliado tais situações de ameaça a identidade de deficiência somente pessoas instrumentalizadas para identificação do *disablism*, que são participantes de instituições que promovem o direito das pessoas com deficiência.

Considerando também como avaliação de ameaça, está o medo prévio de vir a ser alvo de estigmatização e discriminação. D2 relata este problema em situações de paquera, quando, num bar ou restaurante, ela se encontrava sentada e tinha receio de se levantar, pois as pessoas com quem ela interagiria virariam as costas. N2 relata também algo relacionado a tais situações de paquera.

“Eu tinha um pavor de levantar porque ele não me olharia mais, e é uma realidade, não olha mais, então, é uma coisa assim...” (D2)

“Já, já senti muito medo já... É assim... A gente vê a imagem assim... do que pode acontecer de discriminação, ai pronto.... Ansiedade. Principalmente nas relações afetivas também, a gente vai cantar uma menina ai pronto, eu sinto uma ansiedade muito grande, ansiedade muito grande assim o medo de não ser aceito na hora, de acontecer de eu não ser aceito por ser deficiente, como eu já fui aceito também.” (N2)

Já N1 e N3 relacionam a tais sensações de medo prévio e avaliação como provável situação de ameaça a situações em lojas e mercados ou locais onde eles pensam ou se imaginam sendo tratados antes mesmo de entrar, especialmente em lugares de predominância não negra, onde já se espera um olhar ou uma atenção diferenciada pelas pessoas e seguranças.

Nestas situações, como observado por Major & O'Brian (2005) nos depoimentos os indivíduos são mais propensos a perceber a discriminação:

(a) *contra o seu grupo como um todo mais do que contra si pessoalmente:* nesta pesquisa, esta propensão de perceber mais ameaças ao grupo do que si foi observada para a identidade negra, em relação a qual todos tem uma autoestima coletiva maior. Além disso, as situações de discriminação relatadas, em sua maior parte, se deram de forma não manifesta. Quando relacionado à identidade de deficiência, embora todos tenham avaliado ser alvo de discriminação, somente os de instituições de pessoas com deficiência perceberam situações de discriminação para com outras pessoas com deficiência.

(b) *quando a informação é apresentada agregada a membros de um grupo mais do que a casos particulares,* o que pode ser observado nos depoimentos, pois foi unânime a forma mais fácil de ser manifestado o discurso, de forma generalizada, sobre as discriminações e estigmatizações de que as pessoas negras e com deficiência são alvos. Porém, quando trazido para o âmbito de casos dessas vivências particulares (tanto para si quanto para outras pessoas) os participantes levavam um tempo maior para pensar para lembrar situações e dar respostas. Algumas vezes titubeavam, ou o discurso ficava um tanto vago.

(c) *quando os sinais de preconceito são claros em vez de ambíguos,* como observado nas entrevistas, pois todos os seis perceberam as ameaças à identidade de deficiência, comparada a identidade negra, que apenas cinco perceberam. Nos relatos, foi notado que as situações avaliadas de ameaça a identidade negra ocorriam por circunstâncias não manifestas, subliminares, ambíguas e sutis.

Assim, a partir desta avaliação dos fatores de indução a ameaça à identidade estigmatizada, através dos aspectos das representações coletivas percebidas, das pistas situacionais e das características pessoais dos indivíduos, pode-se esperar distintas respostas a estas situações, que, por sua vez, terão efeitos e sofrerão as consequências da estigmatização.

5.3 – Respostas e efeitos da dupla estigmatização

Como mencionado, tais respostas, voluntárias e involuntárias, são dadas a partir da avaliação da ameaça ao indivíduo estigmatizado. Estas respostas são tanto voluntárias, estratégias de enfrentamento dadas a determinadas situações, quanto respostas involuntárias, quando são geradas respostas fisiológicas, psicológicas, emocionais, etc. Além disso, e independentemente do tipo de resposta, seguindo o modelo de ameaça a identidade estigmatizada de Major & O'Brian (2005), os efeitos desta estigmatização poderão se manifestar na autoestima, no desempenho educacional, assim como na saúde.

5.3.1 – Respostas Involuntárias

As respostas afetivas a ameaça de identidade podem ser não conscientes ou passíveis de medidas de autorrelato. Como outros tipos de estresse, também podem consumir recursos cognitivos valiosos, interferindo na capacidade intelectual e na capacidade de memória de trabalho (Bastos & Faerstein, 2012; Daruy Filho & Oliveira, 2009; Faro, 2010; Major & O'Brian, 2005; McEwen & Gianaros, 2011). A imputação de um atributo estigmatizado pode ocasionar respostas fisiológicas, cognitivas, emocionais, comportamentais e de autorregulação, interferindo na autoestima, nas percepções pessoais de sentido e satisfação da vida, acrescentando os seus impactos aos efeitos diretos de discriminação produzidos por outras pessoas ou grupos (Crocker, 1999; Crocker & Garcia, 2009; Ritsher & Phelan, 2004).

Greer (2012) sustenta que o racismo e o sexismo (assim como outras formas de discriminações e estigmatizações, como o *disablism*, *ageism*, homofobia, etc) são estressores crônicos, que vêm influenciar negativamente na saúde psicológica e de bem estar dos estigmatizados.

Como observado nos capítulos e seções anteriores, as representações coletivas estereotipadas compartilhadas sobre a pessoa negra e sobre a pessoa com

deficiência fornecem subsídios para o processo de estigmatização destas pessoas. As ameaças causam diversas emoções, sensações desagradáveis e sofrimento psíquico.

“Revolta, revolta. Revolta e esse tipo de preconceito a gente vê... é inadmissível principalmente aqui na Bahia, porque às vezes a gente não percebe, mas rola muito preconceito aqui.” (N2)

“A indignação né, a indignação. Eu tenho um sério problema com o preconceito das pessoas em relação a tudo, não só ao negro eu sou deficiente, qualquer tipo de preconceito, véi. É terrível quando você vê uma pessoa sendo preconceituosa em relação a outra por causa da cor, pô, é uma indignação total. Na verdade mesmo, a minha vontade é pegar a muleta e dá um bocado de muletada, mas como não eu não posso fazer isso né.” (N3)

N1 e N2 descreveram sentir revolta e mágoa, já N3 narra sentir indignação quando percebem ser discriminados tanto por serem negros quanto por serem com deficiência.

Quanto aos membros de instituições com deficiência, há uma diferenciação nas descrições das reações emocionais. D1 relata sentir-se muito mal quando percebe ser discriminado por ser com deficiência, enquanto sente raiva ao perceber a discriminação por ser negro. D2 descreve se sentir triste pela situação de discriminação pela deficiência, enquanto pela negritude se sente estarecida e surpresa por encontrar pessoas ainda tendo este tipo de preconceito.

D3, quando se percebe ameaçado na sua identidade de deficiência, afirma conseguir administrar, lidar de forma bem elaborada e racional, mas quando se trata de uma outra pessoa com deficiência, não consegue ter esta mesma habilidade, pois precisa, naquele momento, se impor, para que esta outra pessoa com deficiência aprenda a fazer o mesmo. Quando percebe uma ameaça a identidade negra D3 relata sentir uma revolta muito grande, chegando a enfatizar um discurso inflamado sobre o histórico das contribuições da população negra para a Bahia e para o Brasil, embora

saiba que esta população foi e ainda é discriminada cumulativamente, interferindo na deslegitimação de seus espaços e territórios conquistados, na inserção na vida do crime, no não acesso a cultura, etc., o que permite observar uma elaboração emocional negativa.

A literatura epidemiológica sobre a discriminação e sobre os seus efeitos patogênicos e da neurofisiologia do estresse versa sobre as dinâmicas psicológicas em interface com as atividades dos hormônios, neurotransmissores e outras substâncias neuroquímicas que interferem em uma gama de condições de saúde para o alvo da discriminação e estigmatização, especialmente com o desfecho cardiovascular da hipertensão arterial (Bastos & Faerstein, 2012; Brondolo et al., 2003; Faro, 2010; Kershaw et al., 2011; Williams & Neighbors, 2001; Williams, et al., 2003).

Dos seis entrevistados, D2 e D3 afirmaram ter oscilações na hipertensão arterial.

“Já a minha pressão ela é oscila, porque ela oscila pra lá, sobe pra cá... Mas isso ai é já da vida, dos estresses da vida que a gente vai levando... De estresse de um modo geral e aos preconceitos também... Isso você levanta de manhã com toda a dificuldade do mundo para se arrumar pra vir trabalhar de igual para igual, isso cresce mais a expectativa. Vamos supor, se você tem vinte minutos para se arrumar, eu tenho vinte e cinco, mas eu consigo vir, isso claro que cria o estresse, claro que cria uma ansiedade, claro que cria uma busca de você querer ser no mesmo patamar.”. (D2)

“É catorze por oito, depois vai pra doze por oito, mas fica nessa agonia, ai.”. (D3)

N1, que afirma ter pressão normal, relatou um episódio que fez sua pressão subir em função de ter sido alvo de uma situação de discriminação não manifesta, por ele ser negro e com deficiência, mas que lhe pareceu uma situação muito evidente,

quando o motorista de ônibus da linha que ele sempre pega fingiu não tê-lo visto e seguiu direto sem parar, fazendo com que ele perdesse uma consulta médica que ele já tinha marcado há mais de um mês. Descreve N1 ter ficado revoltado e com muita raiva, elevando sua pressão arterial.

Em resposta a estas situações estressantes, além do aumento da frequência cardíaca, há também estados emocionais negativos pela produção hormonal crônica de cortisol (Bastos & Faerstein, 2012; Faro, 2010), assim como impacto no sistema imunológico (Faro, 2010). Porém, há outras patologias que estão associadas à estigmatização e à discriminação, a exemplo dos distúrbios gastrointestinais, diabetes, doenças inflamatórias pélvicas, infecções fúngicas, doenças respiratórias, miomas uterinos, câncer de mama, obesidade abdominal, distúrbios do sono, distúrbios mentais e psiquiátricos, sintomas esquizofrênicos, depressivos e ansiogênicos, tabagismo e uso abusivo de álcool e outros tipos de drogas (Bastos & Faerstein, 2012; Louma, Nobles, Drake, Haves, O'Hair, Fletcher & Kohlenberg, 2013; Pascoe & Smart-Richman 2009; Paradies, 2006; Williams & Mohammed, 2009; Williams & Williams-Morris, 2000; Williams & Neighbors, 2001).

Quanto a distúrbios gastrointestinais, D3 confirmou ter gastrite nervosa, mas que não era grave, nem contínua, o mesmo ocorrendo com N2, que confirmou ter gastrite, embora em um nível mais grave, chegando até a ter uma suspeita de úlcera.

Quanto à ocorrência de sintomas de ansiedade ou depressão, ou até de insatisfação com a vida, todos se mostraram ter tido em algum momento e/ou ainda ter.

“Veja bem, logo no começo quando eu caí deficiente eu não aceitei, não aceitei e não estava conformado, então já tentei me matar várias vezes... Já tentei me matar várias vezes, já fiquei muito depressivo, já entrei muito em depressão, então pra se conformar com isso demorou, porque eu não esperava de eu estar em cima de uma cadeira de rodas. Então fui pedindo força a Deus e lutando e o que mais me deixava revoltante era que as pessoas via que eu estava na

cadeira que eu estou precisando de ajuda e não me ajuda, isso me faz eu ficar revoltado... [...] E hoje em dia, eu já tive muita depressão e ainda sinto depressão por ter feito tudo isso e ele [filho adotivo] me abandonou que não quer deixar nem eu ver meu neto, por causa da droga. Então, eu perdi a pessoa que eu lutei tanto para me ajudar e para ajudar ele, perdi para as drogas. Eu me sinto revoltado muito com isso, eu me sinto revoltado, eu peguei ele com oito anos pra criar, eu com vinte e seis anos... Tudo que eu ganhei principalmente, desde vinte e seis anos que eu trabalho vendendo isso aí, e ganhei muito dinheiro, mas tudo que eu ganhei, eu gastei nele e não reconhecer, tanto ele como a esposa dele que me abandonou aí, e eu entrei muito em depressão ainda não me sinto conformado até hoje. Vou levando a vida pedindo forças a Deus, mas eu choro às vezes [EMOCIONADO].” (N1)

“Já chega momentos em nossa vida que a gente não quer mais nem viver assim. Fica com uma depressão profunda mesmo.” (N2).

“Ah, mas isso aí a gente tem. Ansiedade a gente tem ansiedade porque a gente quer galgar as coisas e principalmente quando que você vê que a sua deficiência ao passar do tempo ela vai perdendo a mobilidade, um dia eu andando de aparelho outro dia venho sem aparelho, depois eu usei uma bengala e hoje eu estou usando duas e eu não sei até quando vai, eu posso daqui a pouco usar cadeira de rodas, mas é por causa desse problema que a gente as vezes sente muito cansada.[...] Você fica depressivo, tem hora que dá vontade de desistir. Porque você sabe o quanto você luta. Ao passo que uma pessoa dá eu dou dois.” (D2)

Os entrevistados N1, N2, D1 e D2 afirmaram ter tido algum quadro de depressão durante a vida. Além de D2, os participantes D3 e N3, os dois indivíduos com os maiores níveis de autoestima pessoal, declararam ter ansiedade, mas numa conotação emocional não negativa por ser alvo de estigma, mas considerando que:

“Ahh, ansiedade, acho que todos nós temos um pouco né, eu acho que também eu sou um pouco ansioso, eu quero logo aquela coisa,

eu quero conquistar eu quero logo uma coisa e aí tenho um pouco de ansiedade, mas nada além do normal.” (N3)

“Sim. Porque sou perfeccionista.” (D3)

Considerando o uso de alguma droga, lícita ou ilícita, com exceção de D1, todos fazem uso, que descrevem ser casual, de álcool (cerveja), normalmente nos fins de semana. O entrevistado N1, além do uso do álcool, cigarro e café, substâncias psicoativas lícitas, afirmou ter já usado substâncias ilícitas, como maconha e cocaína, tendo passado inclusive por um episódio de overdose. Além do uso de drogas com o propósito recreativo de alteração de consciência, N1 narra que a sua tentativa de suicídio foi através de grande ingestão de medicamentos.

“É, sofri muito quando eu caí na cadeira de rodas que eu pensei em me matar várias vezes. Já cheguei a tomar remédio de rato. Teve uma época que eu botei um bocado de coisa atrás da porta e tomei vinte diazepam. Ai o diazepam não fez efeito naquele momento.” (N1)⁵

Bastos e Faerstein (2012) e Faro (2010) afirmam que estresse causado por experiência de discriminação pode resultar em alteração na homeostase, que é o padrão de estabilidade dos sistemas orgânicos, para os quais qualquer que seja o montante de alteração fora de sua estrita faixa de regulação normal, é constatado algum efeito prejudicial ao organismo, contribuindo para deterioração física prematura e desregulação do sistema biológico, podendo ser interpretado como fator que aumenta a “carga alostática” do corpo humano.

“Alostase” para McEwen e Gianaros (2011) é o processo automático, metabólico e imunológico de responder a um desafio, desencadeando mediadores químicos de adaptação. Esse processo é responsável por manter a estabilidade do

⁵ *Diazepam* é um medicamento com propriedades ansiolíticas e sedativas, sendo usado no tratamento psiquiátrico de estado de excitação associados à ansiedade aguda e pânico.

organismo (homeostase) em face de desafios ou exigências impostas por alterações no meio ambiente ou no estado comportamental do indivíduo. Os autores alegam que “carga alostática” é o desgaste e/ou dilaceramento desses mediadores no corpo e no cérebro, resultando numa desregulação crônica, tanto por hiperatividade quanto por inatividade, o que implica, segundo Daruy Filho e Oliveira (2009), num preço a ser pago pelo organismo.

Esta tensão causada pelo problema da relação entre a pessoa e o ambiente pode ser alterada ou ajustada através das estratégias de enfrentamento das pessoas estigmatizadas.

5.3.2 – Respostas Voluntárias

O enfrentamento em resposta às ameaças à identidade induzidas pelo estigma pode ser voluntariamente dado de algumas maneiras. Estas estratégias podem ser classificadas de acordo com diferentes critérios. Segundo Matta (2009), são classificadas quanto a sua temporalidade, que envolve a diferença entre se antecipar ou responder a uma discriminação. Também podem ser categorizadas quanto a seu foco, obedecendo às seguintes subcategorias: (i) foco no problema, podendo ser direcionada a si, direcionada aos outros, direcionada a situações de isolamento, situações de esforço pessoal de gerenciamento de impressão ou situações de revelação (Lazarus & Folkman, 1984; Miller & Major, 2003; Pereira et al., 2008); e (ii) foco na emoção, podendo ser direcionada a comparação social, atribuição de causalidade, negação da discriminação, reestruturação do autoconceito, dissociação/envolvimento da autoestima aos domínios socioculturais, aumento/diminuição da identificação do grupo estigmatizado, discrepância de discriminação entre pessoa/grupo (Lazarus & Folkman, 1984; Major & O'Brian, 2005; Miller & Major, 2003).

Quanto à temporalidade, as estratégias de enfrentamento do estigma podem ser classificadas como proativas ou reativas. Os dados encontrados nas entrevistas

apontam para o uso dos dois modelos de estratégia, embora predomine do uso da estratégia reativa.

As estratégias proativas foram observadas nos relatos de N3 e D3. São evidências não diretamente relacionadas a uma situação específica relatada na entrevista, mas a seu ativismo direto nos movimentos do qual fazem parte.

A proatividade do participante N3 é evidenciada por ele fazer parte ativamente de grupos do movimento afro hip hop, de um grupo artístico voltado para a difusão do ativismo do movimento negro, de denúncia do racismo e de discussão da questão racial. Ele atua através do auxílio específico proveniente de sua formação em marketing e designer, mas também, como descrito por ele, através da arte do rap, break e grafite.

No depoimento de D3, sua proatividade também é observada, na sua declarada luta de buscar a promoção do direito das pessoas excluídas, especialmente das pessoas com deficiência, através da representação na organização de pessoas com deficiência, assim como numa série de conselhos de controle social, comitês e consultorias municipais e estaduais dos quais participa.

Identifica-se que nos depoimentos de N3 e D3 há a preocupação com os efeitos do presente domínio sociocultural estruturado e institucionalizado no racismo e no *disablism* (também no machismo e sexismo, no caso de D3). Esta preocupação se direciona em instrumentalizar a si mesmos, mas também de conscientizar aos outros, tanto o estigmatizador, quanto o indivíduo estigmatizado, para possíveis situações futuras de ameaça e conflitos.

É interessante observar que os participantes que evidenciaram estratégias proativas, através do ativismo no combate ao racismo e ao *disablism*, além de terem autoestimas pessoais altas, também têm autoestimas coletivas altas, tanto em negritude, quanto em deficiência.

As estratégias reativas de enfrentamento foram unanimidade nos relatos dos entrevistados, mesmo nos repertórios comportamentais de N3 e D3, que demonstraram utilizar a estratégia proativa.

As estratégias reativas são respostas de enfrentamento que vêm após a situação estressora, numa reação à mesma (Matta, 2009). Um exemplo típico deste tipo de estratégia foi a situação relatada por N1, que conta sobre um episódio de reação de raiva quando avaliou ter sido alvo de uma discriminação.

*“É uma dificuldade que a gente passa por ser cadeirante, tanto cadeirante como idoso também, é uma dificuldade e quando eu vou pegar o ônibus, às vezes o transporte, às vezes o motorista está me vendo, mas ele olha pro outro lado e segue direto e isso me faz eu ficar revoltado, como a minha pressão já subiu eu fiquei alterado e terminou eu não indo mais pro médico que sai seis e meia da manhã pra chegar lá sete horas, que eu tinha que fazer um exame importante. E esse, o primeiro ônibus, que eu tinha que pegar, o motorista passou direto. Então, como eu perdi o exame, perdi de fazer o exame, perdi ele que ele passou direto, ai eu me conduzi pra casa. **Olha a agressão.** cheguei em casa, peguei uma barra de ferro, subi pro ponto e fiquei esperando ele na volta pra quebrar o buzú e dizer pra ele não fazer mais aquilo que aquilo me deixou revoltado. Que não precisava chegar até esse ponto, mas é que quem tem a sua dor é que geme e nesse dia eu fiquei revoltado... Minha pressão subiu assim de raiva, de ódio por ele ter feito aquilo.” (N1).*

Como observado, tal episódio ocorre em via pública e é considerado ofensivo por N1, que se queixa da surpresa, mesmo sendo uma discriminação não manifesta, o que gera uma reação forte. Neste caso, é evidente o conflito estressor e, conseqüentemente, a reação do individuo.

A estratégia com foco no problema consiste num esforço para atuar na situação que deu origem ao estresse, tentando modificá-la. A focada na emoção, por sua vez,

consiste num esforço para regular o estado emocional associado ao estresse (Lazarus & Folkman, 1984; Miller & Major, 2003).

Quanto a estratégia focada no problema e direcionada a si mesmo uma das situações exemplificadas foi a citada tentativa de suicídio de N1. Para ele, o suicídio aparecia como resolução para o problema do estresse que viveu/viveria como uma pessoa com deficiência.

*“Olhe, o primeiro de tudo as pessoas tem que se **aceitar**, a primeira coisa que você tem que fazer você tem que se **aceitar** com a sua deficiência e as suas limitações e daí você vai ter que passar a se respeitar, ter sua postura moral, sua integridade moral para que o outro lhe veja dessa maneira para que não lhe afronte, porque se lhe afrontar você vai ter postura de colocação de palavra para que a pessoa se posicione de maneira diferente ao seu respeito porque se você deixar a pessoa se levar você ou o que seja, tomar posse do que você tem fraqueza, que é a questão da sua aceitação as pessoas lhe derrubam. As pessoas tem que se altamente ter aceitação, depois daí o mundo pode desabar você vai ser sempre você.” (D2)*

Além do episódio de N1, há dados que também revelam que os entrevistados acreditam que um fator muito importante para enfrentar o estigma seja a adoção de uma postura equilibrada e positiva, como é evidente nos relatos de N3, D1, D2 e D3. Pode-se entender que esta forma de lidar com a situação seria uma estratégia de enfrentamento direcionada a si mesmo.

A estratégia de focar no problema, direcionado para o outro foi comum entre os entrevistados de entidades de pessoas com deficiência. D1, D2 e D3 assinalaram reações de conversar com a pessoa estigmatizadora, por mais que as situações tenham sido desagradáveis e lhes tenham gerado indignação, raiva e tristeza. Esta estratégia foi utilizada em situações tanto de racismo quanto de *disablism*, assim como

sendo elas as pessoas-alvo ou sendo com outras pessoas com a mesma identidade social que as suas.

“Eu não gosto, lógico né, mas eu procuro reagir da melhor maneira possível, educado, mas botando a pessoa no seu devido local” (D1)

*“Teve uma vez que nós estávamos em um encontro e ai teve uma situação no hotel. A gente foi para um hotel, ai chegou lá tinha um grupo chegando, que chegou de vários Estados, de vários países, e ai chegou um grupo e eu sent... nós estávamos na hora fazendo a entrada para o hotel e teve um grupo que chegou bem mais escuros... porque eu sou morena... bem mais negros, **negros negros negros**, bem escuros, chegou e ai a recepcionista disse que elas pediram um quarto virado pro mar e elas disseram que não só tinha virado para o fundo que era para a piscina, ai eles também não radicalizaram e tal. Ai subiram, ai quando eles acabaram de pegar o elevador elas disseram: “visualize esses negros, esses negrinhos que querem ter vista para a praia”. E eu e a minha outra amiga e minha outra amiga estávamos ali para o encontro exatamente onde os palestrantes seriam aqueles negrinhos. Eu me senti negra também, foi quando que eu disse a elas, eu disse ‘não age dessa maneira por que quando você tem alguma observação a fazer referente até a cor da pessoa, ou a integridade da pessoa você só fale pra você, nunca fale para as pessoas ao redor porque nós também somos negros’”. (D2)*

Tal tipo de estratégia focada no problema, sendo direcionada para os outros, só aparece como repertório utilizado exclusivamente pelos membros das entidades de deficiência, não aparecendo como evidência nos relatos dos membros de entidades negras.

Segundo Matta (2009), as pessoas que buscam as estratégias com foco no problema e direcionadas à situação concentram seus esforços na tentativa de organizar as situações, de modo a evitar problemas de discriminação. Este tipo de enfrentamento, dirigido à situação, exige uma elaboração mais apurada, que requer

análises mais sofisticadas do contexto e usualmente mostram resultados satisfatórios. Em alguns casos, a estratégia direcionada à situação pode se mostrar simples, a exemplo da evitação/isolamento.

“Uma das coisas é eu me retrair. Enquanto que a pessoa não me conhece, enquanto que a pessoa não sabe o meu potencial, eu também não deixo ele se aproximar comigo, pela minha deficiência. É minha estratégia de sobrevivência, né, enquanto que você não me conhece como pessoa, eu não deixo você também se aproximar, pela minha deficiência, pra você não me encaixar como coitada, nem como aleijada.” (D2)

Neste relato, nota-se que D2 busca evitar o contato social, já se isolando de possíveis situações conflitantes e estressoras com potencial de discriminação futura.

Quando questionado sobre em qual ambiente não se sente a vontade, D1 declara ser a praia, por lá ficar evidenciada a sua deficiência.

*“Porque normalmente tá mais a vontade, e quando a gente tá sem... Quando **eu**, eu particularmente, estou sem camisa dá pra perceber que esse meu lado é um pouco mais alto, um pouco só mais alto que o lado de cá e às vezes a pessoa olha assim e tal, mas fora disso...” (D1)*

O fato relatado mostra indiretamente um comportamento relacionado ao esforço pessoal de gerenciamento de impressão, pois ele manifesta sua preocupação com o gerenciamento de sua impressão. Por ter uma deficiência, considerada por ele mesmo como branda, esta fica escamoteada quando está de camisa, mesmo que este acessório seja utilizado com outra finalidade principal (não sendo a de esconder o estigma). Porém quando sem este recurso, a função de escamoteamento da camisa em falta aparece como principal.

Para Pereira et al. (2008) esta estratégia, comparada ao isolamento, é um pouco mais elaborada e inclui o desenvolvimento de estratégias sofisticadas de

autoapresentação, que dependem em certa medida de um grande esforço pessoal e, muitas vezes, estão condicionadas pelos esforços para a encenação em uma situação na qual se é estigmatizado, fazendo o possível para evitar que os membros do grupo majoritário tenham consciência da natureza da situação. Este esforço pessoal de gerenciamento de impressões também pode ser considerado uma estratégia de enfrentamento focado no problema e direcionada à situação.

Outro episódio relacionado a este esforço pessoal de gerenciar impressões pode ser percebido na entrevista de D2, quando ela faz sua apresentação introdutória para o entrevistador-pesquisador e se descreve usando características positivas e virtudes, pessoalmente, profissionalmente e educacionalmente. No entanto, com o desenrolar do depoimento, apresenta as crenças/representações coletivas que acredita que as outras pessoas tenham sobre ela, assumindo que é preciso reagir em momentos em que é alvo de preconceito, dando a sua própria autodefinição, mas que teria que se podar, às vezes, não podendo mostrar sua carência, especialmente pela deficiência.

“...Se podar, você não pode se dar, não pode mostrar carência pela deficiência você tem que se podar, porque se você mostra uma carência pela deficiência as pessoas tomam aquilo como uma fraqueza sua. Você tem sempre que se valer do que você tem, sempre mostrar a sua postura pra você não ser ofendido e nem desmerecido.” (D2)

Esta situação fica mais evidente como uma estratégia focada no problema na situação de manejar a impressão sobre si quando a participante admite ter que se podar do fator emocional da sua carência pela deficiência.

A outra estratégia de enfrentamento focalizada no problema e direcionada à situação é a revelação do estigma, quando o estigmatizado enfrenta a expressão do sentimento de preconceito e a experiência de discriminação se assumindo identitariamente através de um estigma não explícito.

Em relação a esta estratégia em específico, todos os participantes apresentam os estigmas de deficiência e de cor de pele de forma explícita, na aparência física, não sendo características invisíveis para virem a ser reveladas como um enfrentamento.

Contudo, há um relato que faz referência a esta estratégia de revelação, que embora não relacionado aos estigmas de deficiência e cor de pele, foi apresentado pelo entrevistado D3.

“Mas pra eu poder chegar nesse aspecto aí, foi mais difícil, foi mais difícil porque o questionamento que a sociedade lhe impõe é muito mais imediato, porque ser negro é incondicional, pô nasceu negro, ser deficiente também, de certa forma é incondicional, porque desde criança eu estou lá com a deficiência, mas ser homossexual é opcional eu optei por isso, ninguém chegou pra mim e me impôs ou a natureza, sei lá quem foi... Porque não é mole não... Ai tem gente que fica questionando ‘Nossa Senhora, poderia estar com fulano, beltrano’, que porra nenhuma, vei! Vai viver sua vida que eu vou viver a minha. [RISOS] Você está entendendo? É meio complicado, mas a gente consegue administrar isso daí.” (D3)

A afirmação da homossexualidade é considerada por ele a mais difícil de ser administrada, não havendo, porém, necessidade de esconder, revelando-se, e ainda conseguindo fazer o devido enfrentamento para as pessoas que o estigmatizam ou discriminam, apelidando-o de “bicha aleijada”, como por vezes ele consegue observar na sua vizinhança ou na comunidade onde atualmente reside.

Associando ao aspecto da autoestima, D3 foi o único que revelou um estigma não aparente, o da homossexualidade. É importante salientar que ele alcançou os maiores escores de autoestima, tanto autoestima pessoal quanto o de autoestima coletiva de pessoa negra (assim como alto o escore de autoestima de deficiência). Estas autoestimas altas podem estar diretamente relacionadas à utilização desta estratégia de autorrevelação.

Além das estratégias direcionadas à situação destacadas anteriormente, como categorias de análise, há outra encontrada nos depoimentos dos entrevistados.

“Eu uso a lei. Não tem, não tem outra conta comigo, eu uso a lei. Eu sei todas as leis dos quais os meus direitos estão garantidos, desde a prestação de serviço, a questão da acessibilidade, a INR não sei lá o que... Por quê? Porque infelizmente isso foi necessário para que eu pudesse até me defender contra a sociedade que está ai fora.” (D3)⁶

A estratégia de enfrentamento focalizada no problema e direcionada à situação, com a especificidade judicial, é outra estratégia de enfrentamento identificada. N2 também faz menção à possibilidade de denunciar a discriminação sofrida às autoridades, mas somente se for alguma coisa grave ou que venha a atingir sua integridade física. Caso contrário, ele prefere lidar com a indiferença.

Os dados obtidos através das entrevistas revelam que as estratégias de enfrentamento focadas nas emoções são muito utilizadas pelos entrevistados. Mesmo os indivíduos que fizeram uso de estratégias focadas no problema, em algumas situações também faziam uso de respostas que podem ser enquadradas nas subcategorias de estratégias focadas na emoção.

“Tem um amigo meu que recém caiu na cadeira de rodas, tem uns dois meses, então o irmão dele chegou aqui e disse ‘poxa vai lá em casa, velho, pra você dá uma força ao meu irmão, que meu irmão está desesperado querendo se matar, está revoltado que não tem dois meses que aconteceu isso com ele, ele está agoniado, vai lá’. O que mais me deixou marcante também isso, ai quando eu cheguei lá o irmão dele estava todo enrolado se tremendo, com frio, febre e dor de cabeça, ai eu cheguei lá e disse ‘olha rapaz, eu vim aqui te falar a verdade, uma verdade é que você... só quem pode te levantar daí é Deus, você não vai voltar mais a andar’, ai ele chegou pra mim e

⁶ INR é um instituto público integrado e atualmente tutelado pelo Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social que atua na garantia da igualdade de oportunidades, o combate à discriminação e a valorização das pessoas com deficiência.

disse 'mas, o médico disse que daqui a dois meses eu vou voltar a andar', ai eu cheguei pra ele e disse 'o médico está te enganando, é isso que está fazendo você ficar agoniado, porque você ainda não sabe a verdade, ainda não aceitou a verdade. Então, a partir de hoje você tem que aceitar o que você é, você hoje... você é um deficiente, você é um cadeirante, mas fique sabendo que a vida não acabou aí, você pode ser um doutor, pode ser um advogado, pode ser alguma coisa na vida que seria bom, então levante a cabeça e lute como eu lutei, que eu passei isso também e lutei e hoje eu me sinto um vencedor, e sou um vencedor de Deus, sou um vitorioso".(N1)

N1 demonstrou utilizar indiretamente a estratégia de comparação social, quando ele declara se sentir fortalecido e útil quando é chamado para ajudar, servindo de modelo de superação para amigos que vieram a ser com deficiência. Este participante foi mensurado com a menor autoestima pessoal dentre os participantes, relatando estar num momento depressivo em função de uma atual insatisfação com a vida. Este episódio relatado parece dar a ele certo conforto e compensação psíquica, sentindo-se fortalecido neste lugar, comparado à situação do amigo.

Os entrevistados atribuem os resultados negativos de sua vivência estressante de estigmatizado ao preconceito e discriminação, como é evidenciado explicitamente quando N3 atribui a causa de tal vivência ao preconceito, como em uma situação em que estava em um restaurante. Esta estratégia ocorre quando os membros de grupos estigmatizados encontram resultados negativos, sendo que uma maneira de lidar com isto é culpabilizando a discriminação, e não a si mesmo (Crocker & Major, 1989; Major O'Brian, 2005)

"...vou naquele restaurante, ai as pessoas assim que você entra têm aquele impacto, pá, ai olha, olha, olha, sento na mesa, ai o garçom demora pra vir atender, demora um pouco, ai vem alguém lhe atende super bem, ai o garçom vem, ai eu começo a procurar palhaçada, começo a brincar com o garçom, o cara fica mais descontraído, fica mais desinibido e sou atendido. As pessoas ficam me olhando e

ninguém pode me dizer nada. O meu dinheiro é igual o dele, e ninguém me diz nada. Oxi, como, bebo e brinco, faço zoada, chamo o garçom para sentar na mesa, pago a minha conta e vou embora. Quem estão incomodados são eles não sou eu.” (N3)

“Rapaz, é assim, essas coisas assim... Às vezes... Onde eu não me sentia muito bem era na praia. [X], cidade litorânea, estou morando na [X], e ai você vê, eu estou na [X] lá tem uma cara, tem uns dois anos que eu não vou à praia. Mas porque que eu não vou à praia? Porque ali eu me sinto dependente de alguém. Eu tenho muito medo da maré, a maré me puxar me levar, meu irmão morreu afogado, ai eu já fico... Não é porque, por usar... Eu boto uma sunga mesmo, boto um short tactel, boto uma coisa, vou na praia, chego lá, eu tomo o meu banho, quem quiser olhar que olhe, vai lá pro quinto dos inferno! Eu vejo um bocado de mulher gorda, os homens tudo desgraçado, não vou tomar meu banho de mar? Eu tomo mesmo, eu vou lá e coiso, cada um que vai procurar fazer a sua análise pessoal e chegue no espelho e faça suas coisas, eu vou ficar preocupado que nego está me olhando... Não, eu vou lá na praia mesmo...” (D3)

Assim como N3, o entrevistado D3 atribui tal vivência estigmatizadora ao preconceito (representado pelos olhares dos outros) e não a si mesmo. Observa-se que os entrevistados N3 e D3, os que declaram ter a atitude de atribuição de causalidade de vivências negativas ao preconceito alheio, foram os que obtiveram os maiores escores de autoestima coletiva de deficiência, assim como escores altos nas medidas de autoestima pessoal e coletiva de pessoa negra.

Culpar ou responsabilizar a discriminação por eventos negativos específicos é conceitualmente e metodologicamente distinto, partindo de autorrelatos de experiência de discriminações sutis. Normalmente, as pessoas amortecem a atribuição da discriminação na autoestima em si mesmas, quando passam por uma ameaça percebida em relação a um aspecto pessoal interno e estável de si (Major & O'Brian, 2005). No entanto, observa-se que, em situações de discriminações sutis, os

entrevistados atribuíam-nas mais à discriminação do que a si ou à autoestima, como exemplo D1 e D2.

Major, Kaiser e McCoy (2003) sustentam que mesmo fazendo uma atribuição à discriminação, isto pode ser prejudicial á autoestima, pois atribuições de ameaça à discriminação ou fatores externos protegem mais a autoestima quando o preconceito é flagrante, podendo, contudo, ser prejudicial à autoestima na ausência deste sinais de preconceito, quando eles são ocultos, disfarçados ou sutis.

As estratégias de respostas a ameaças afetam simultaneamente mais de um resultado. Se o membro de um grupo estigmatizado faz uma atribuição de ameaça à discriminação para proteção da autoestima, por vezes, pode também interferir no conhecimento acurado de suas próprias fraquezas e fortalezas, ficando mais propenso a culpar também a discriminação por todos os seus resultados negativos, isto quando a sós ou com outros membros de seu grupo interno. Quando em público ou com membros de um grupo com maior *status*, não fazem esse mesmo tipo de atribuição de culpa (Major & O'Brian, 2005).

A estratégia focada na emoção, relacionada à negação da discriminação, não ficou evidenciada dentre os participantes, pois todos afirmaram haver discriminação tanto pelo racismo quanto pelo *disablism*. Mesmo alguns negando terem vivido ou terem percebido passar por tais eventos, como eles sendo alvos de estigmatização ou discriminação, afirmaram perceber esses problemas com outras pessoas de mesmas identidades sociais.

A utilização da estratégia focada na emoção, de quando o indivíduo minimiza seus aspectos negativos que o desvalorizam ao tempo que maximiza os atributos que os valorizam (Miller & Major, 2003) é observado nos depoimentos dos entrevistados D1 e D2, das entidades de pessoas com deficiência, e N2, da entidade de pessoas negras.

Esta estratégia de reestruturação de autoconceito fica evidente nos depoimentos de D1 e D2, na exaltação das suas qualificações profissionais e

educacionais, em detrimento das afirmações identitárias negra e de deficiência. Estes indivíduos, da mesma entidade de pessoas com deficiência, apresentam ambas as autoestimas coletivas baixas, abaixo da média, o que pode influenciar diretamente na utilização desta estratégia.

O comentário feito sobre eles serem da mesma entidade pode estar relacionado ao fato de que instituição, em específico, promove a difusão da cultura de utilizar a ferramenta da inclusão profissional e da ascensão educacional como forma de autoafirmação pessoal e, conseqüentemente, de compensação psicológica.

Esta estratégia, de separar a autoestima dos domínios socioculturais e das representações em que são estereotipados negativamente, investindo esforços para a superação da autoestima, é outra forma através da qual os estigmatizados podem lidar com a ameaça à identidade. Com o tempo, os indivíduos podem se desidentificar com os domínios socioculturais em que o seu grupo está negativamente estereotipado e investir esforços no seu desempenho para ter sucesso naquilo que é visto como positivo neste domínio, o que é importante para sua autoestima (Crocker & Major 1989, Major & O'Brian, 2005). Normalmente, os membros de grupos de menor *status* são mais propensos a desvalorizar estes domínios consensuais se eles são levados a crer que as diferenças de *status* entre o seu grupo e um grupo de maior *status* são injustas, podendo proteger a sua autoestima, o que, por outro lado, pode vir com o custo de não ter sucesso neste domínio consensual (Major & O'Brian, 2005).

Allport (1979) sugere que uma forma alternativa de lidar com a ameaça de identidade em domínios valorizados socialmente é compensar, ou se esforçar ainda mais para superar os obstáculos. Porém, para Major e O'Brian (2005), bem como para o próprio Allport (1979), a disposição de trabalhar mais para superar os obstáculos pode ocasionar problemas de saúde, como na relação observada entre o enfrentamento para lidar com a exposição prolongada ao estresse e a hipertensão, assim como outros quadros, visto na subseção anterior sobre possíveis respostas involuntárias frente à ameaça.

Esta tendência aparece no conteúdo da entrevista de D1, mas, sobretudo, na de D2.

“Então, eu estudei. Sou técnica em contabilidade e já vou pro mercado de trabalho buscando sempre minhas melhoras, com apoio, porque eu acho que quando você se respeita e você tem a sua determinação, nada lhe afeta. Então eu sempre tive a postura, eu sempre tive o meu equilíbrio de desenvoltura, de querer crescer, de querer melhorar, de fazer sempre o bem. Então isso aí as pessoas vão sempre se aproximando de você” (D2)

Então, como observado, ela se coloca no intuito de melhorar, se desenvolver e se superar frente ao que é estereotipado negativamente sobre os seus grupos no domínio sociocultural. A sua disposição de trabalhar mais para superar tais obstáculos, associados à estereotipização e estigmatização, pode estar relacionada a respostas involuntárias que podem ter como consequência e efeitos, problemas de saúde, como sua pressão arterial que oscila em função dos estresses da vida, dos preconceitos que ela enfrenta em ter que superar todos os obstáculos para que fique no mesmo patamar que as outras pessoas.

Estas estratégias, tanto de associação da autoestima quanto de dissociação/afastamento da autoestima a domínios socioculturais, também se observa no depoimento de N2.

“Com certeza, pena. Sentimento de pena, aquele sentimento quando vê assim ‘ah coitadinho não pode fazer tal coisa, é isso é aquilo’, aquele cuidado especial, né, parecendo que está pisando em ovos... É isto, é visto como pena é a minha percepção, né, de como é visto. Outras pessoas veem como uma pessoa guerreira que está ali na luta, que está lutando, ‘esse é batalhador mesmo’, mas a maioria é pena, a maioria da pessoa é vista com sentimento de pena.” (N2)

“Antigamente não me conformava, antes quando era mais novo não me conformava assim com a deficiência já tive muita depressão

também por conta disso, aí teve pessoas que não me aceitavam também na época de colégio, como eu falei anteriormente, as pessoas não me aceitavam, ficavam afastadas, mas depois quando eu fui crescendo a mente foi amadurecendo, isso foi se amenizando, aí eu comecei a andar com pessoas esclarecidas, pessoas maduras, aí pronto. Claro que ainda até hoje tem aquelas que não gostariam de se relacionar comigo com amizade e afetivamente, mas simplesmente eu hoje em dia não ligo, não ligo, eu sei o que sou sei os meus valores, aí pronto, a pessoa que não quiser nenhuma aproximação comigo quem vai perder é ela.” (N2)

Quando questionado sobre o que é ser uma pessoa com deficiência, N2 admite que antes não se conformava, em função da não aceitação social e por observar ser visto como percebe que as pessoas com deficiências são vistas na sociedade, como coitadas e através do sentimento de pena. Porém, com o seu amadurecimento, ele relata começar a dissociar sua autoestima da representação coletiva estereotipada negativamente em que ele acha que as pessoas com deficiência são enquadradas. Esta dissociação de autoestima das crenças negativas é percebida também relacionada à sua identidade negra, como é colocado por ele:

“Tem o lado positivo e o lado negativo né. O lado positivo é isso porque as pessoas veem o negro como uma pessoa assim de luta, de várias coisas que passou, é uma pessoa, como é que vou dizer uma pessoa forte né uma pessoa negra. E o lado negativo é isso, porque o negro é visto sempre como marginal, o lado negativo, porque a maioria das pessoas que cometem assalto esses tipo de coisa são negras né, aí isso aí já enraizou na sociedade que todo negro é visto como ladrão justamente por isso porque a maioria das pessoas negras são pobres, são pobres e passam muitas dificuldades que chegam a uma situação que elas são obrigados a cometer certos delitos, não que isso justifique, nada justifica uma pessoa cometer crime, que a maioria das pessoas que cometem delito são negras justamente pela situação econômica financeira.”(N2)

“Ser negro é... É a maioria das pessoas,né... a maioria das pessoas são negras. Ser negro é a raiz da Bahia, temos muita história de luta superação, e ser negro é... Que ao meu ver o negro é uma pessoa muito forte. No meu caso é porque, eu não vou mentir pra você não, antes quando eu era mais novo eu achava ruim ser negro por tudo que passou preconceito, isso tudo, mas agora quando a gente amadurece aí que a gente vai tomar consciência que realmente, a consciência que... Da importância dessa cor pra gente, e hoje em dia eu tenho orgulho de ser negro.” (N2)

N2 utiliza dessa estratégia de dissociação da sua autoestima pessoal de aspectos negativos do domínio das crenças compartilhadas sobre as pessoas negras e as com deficiência. Em contrapartida, ele tende a associar a autoestima pessoal aos aspectos positivos de como ele percebe que as pessoas negras e com deficiência são vistas pela sociedade, passando a considerar a si mesmo e a estas pessoas como portadores de características positivas, indivíduos guerreiros e lutadores.

Além de ser classificada como uma estratégia de associação/dissociação de autoestima aos domínios culturais, estes exemplos extraídos do depoimento de N2 podem ser também definidos como uma estratégia focada na emoção e direcionada à reestruturação de autoconceito, abordada anteriormente. Ele demonstra ter reformulado sua percepção de si mesmo, trazendo compensação e conforto ao ver-se com tais características positivas grupais, frente à sua considerada baixa autoestima pessoal.

Um ponto a ser enfatizado é o de que as estratégias focadas na emoção e direcionadas à reestruturação de autoconceito foram utilizadas por D1, D2 e N2, indivíduos com as menores mensurações de autoestimas coletivas (tanto negra, quanto de deficiência). Será que a utilização desta estratégia específica estaria relacionada à baixa autoestima coletiva destes grupos aos quais pertencem? Além

disso, qual a relação entre a estratégia de reestruturação do autoconceito e a estratégia de dissociação ou associação da autoestima aos domínios socioculturais?

Outra estratégia focada na emoção é a identificação ou desidentificação grupal, através da qual membros de grupos estigmatizados podem lidar com a ameaça à identidade por aproximação, se identificando mais intimamente com seu grupo, de modo a serem melhor providos do suporte emocional, informacional e instrumental, da validação social de sua percepção, de consenso social para sua atribuição e de senso de pertencimento (Major & O'Brian, 2005).

A classificação desta estratégia fica muito próxima às características pessoais dos participantes, como observado na subseção 5.2.3, em que foi discutida a influência da saliência e da centralidade de tais identidades na autoapresentação, bem como a valência do nível de autoestima pessoal para caracterizar o aumento ou diminuição da identificação com grupo identitário em específico.

Por exemplo, no depoimento de N1, participante de uma entidade negra, fica evidente a elevada identificação com o grupo racial negro, tendo sua autoestima coletiva negra um escore muito alto quando comparado com sua autoestima pessoal.

D1, ao contrário, não manifesta aumento de identificação com nenhum dos dois grupos, apesar de pertencer a uma instituição de pessoas com deficiência. Como observado, na subseção sobre as características pessoais, ele teve uma autoestima pessoal mensurada acima da média, e ambas as autoestimas coletivas abaixo da média, podendo ter, para si, uma saliência, valência e centralidade maior em suas crenças e valores pessoais que as crenças e valores compartilhados pelos grupos raciais negros e de deficiência do qual ele faz (ou fez) parte. Este participante pode também ter esta desidentificação com ambos os grupos, em função de ter uma deficiência não muito aparente no braço e por se afirmar de uma religião evangélica de matriz protestante, que pode estar relacionada a um padrão de rejeição a valores culturais negros.

Estes dois destaques nos relatos, tanto de N1 quanto o de D1, podem estar relacionados ao fato de que membros altamente identificados com o grupo podem responder às ameaças ao grupo, aumentando ainda mais a identificação com este (Major & O'Brian, 2005), como no caso de N1. Em contrapartida, os membros com baixa identificação, como D1, também podem enfrentar a ameaça através de respostas voluntárias, mas ao invés de aumentar a identificação com o grupo, ela tende a diminuir (Ellemers, Spears & Doosje, 2002).

Vale ainda discutir um caso em específico, em que a utilização da estratégia de desidentificação não ficou bem compreendida, pois não se ajusta às interpretações analíticas aqui categorizadas e ao enquadramento teórico proposto por Major e O'Brian (2005) e Ellemers et al.(2002). Trata-se do relato de N3:

“Não posso responder ai essa sua pergunta também, porque eu não me sinto deficiente.” (N3)

*“Rapaz, eu tenho um sério problema com isso, eu acho que eu nunca me vi como um deficiente físico. **Nunca**. Que desde quando eu sofri... Eu sofri um acidente com doze anos de idade, com doze anos de idade você é moleque né...”. (N3)*

O participante é um entrevistado membro de uma entidade negra que tem as maiores mensurações de autoestimas, tanto pessoal quanto coletivas, todas acima da média. O intrigante é que ele tem a maior autoestima coletiva de pessoa com deficiência e também relata ter sido alvo de discriminação por causa de sua deficiência. Porém, declara não ser “deficiente”, quando perguntado o que era para ele ser uma pessoa com deficiência.

“Você é moleque, então você vai se adaptando com as coisas. Você vai se adaptando com as situações, com o seu dia a dia, você vai se virando nos trinta né. Por exemplo, quando eu perdi logo... Quando eu perdi a perna eu me lembro que os colegas ia lá em casa, eu em

cima de uma cadeira de roda, ainda não usava muleta né, em cima de uma cadeira de roda eu ia jogar gude na cadeira de roda. Eu ia jogar gude de cadeira de roda, eu inventava qualquer jeito. Então, a deficiência física pra mim nunca foi um empecilho pra mim fazer nada entendeu? Então eu não sei se, por exemplo, eu acho que agora mais velho, todo mundo sabe das suas limitações, todo mundo sabe, mas eu nunca dei muita bola pra isso porque eu sempre corri, depois então que eu fiquei um pouco maior que eu consegui me adaptar utilizando a muleta oxi... Eu sempre corri, joguei bola na rua, bola de gude, ia pra praia, já surfei, já fiz cross, então pra mim a minha deficiência certo, tem, tem limitações, mas nunca foi uma barreira grande pra mim". (N3)

Esta resposta de N3 à referida pergunta pode estar relacionada a um processo de desidentificação com a crença negativa que ele provavelmente também compartilha, de que as pessoas com deficiência acabam sendo pessoas limitadas, uma vez que ele tem feito tudo o que uma pessoa sem deficiência faria.

A classificação de discrepância de discriminação pessoa/grupo, quando a pessoa reconhece que os membros do seu próprio grupo são discriminados, apesar de nunca ter sido vítima de discriminação (Miller & Major, 2003), pode ser observada no depoimento de D2, quando ela nega ter sido discriminada por ser negra, ainda que perceba e descreva uma situação de discriminação racial contra outras pessoas negras, em um evento relatado e direcionado como um problema no qual, inclusive, ela interferiu a fim de mudar a percepção do estigmatizador.

Diferentemente de D2, o participante N3, apesar de afirmar não ter um caso específico de discriminação explícita por ser negro, problematiza a questão, afirmando ter, no seu dia a dia, situações de discriminação e manifestações de preconceito veladas e sutis, como situações que vive com seguranças de *shoppings*, seguradas de bolsas das senhoras na rua, ou até atendimento nos serviços de restaurantes.

Esta afirmativa de D2, de negação da discriminação por ser negra, pode está relacionado ao que N3 problematiza quando afirma que é comum que as formas de

preconceito racial sejam sutis, não manifestas, subliminares e mais difíceis de serem percebidas.

Esta sutileza, na manifestação do preconceito racial, traz uma grande dificuldade na percepção de que o indivíduo estigmatizado seja alvo de discriminação e na afirmação deste evento, julgando-o como discriminação sem evidências explícitas, o que, conseqüentemente, desenvolve outra dificuldade que é a de encontrar uma forma apropriada de responder à discriminação, como estratégia de enfrentamento.

De um modo geral, ficou evidente que todos os participantes utilizaram estratégias com foco na emoção. Matta (2009) afirma que as estratégias de enfrentamento focadas no problema seriam as mais aconselhadas nos episódios de discriminação, porque, apesar de exigir análise de contexto e elaboração mais apurada, teria resultados mais satisfatórios no que concerne à redução do estresse.

As estratégias de enfrentamento focadas nas emoções foram mais percebidas, através dos depoimentos dos entrevistados, mesmo entre os indivíduos com níveis mais altos de autoestima e entre os que haviam lançado mão de estratégias com foco no problema, para tentar reduzir ou extinguir o estresse.

Através dos depoimentos, ficou evidenciado que, de modo geral, as estratégias com foco no problema são mais comuns entre os participantes membros de entidades de pessoas com deficiência, D1, D2 e D3, se comparados aos membros de instituições negras. A hipótese para explicar tal fenômeno se deve, talvez, ao fato destes entrevistados participarem de duas entidades que têm por missão o objetivo comum de lutar pela emancipação social das pessoas com deficiência, pelo direito à cidadania, voltando a sua atuação para a inserção destas pessoas no mercado de trabalho.

“Quando nós tivemos um preparatório, meu preparatório de luta foi com [X] que é presidente da [X]. Então ela sempre falou assim,

'como a gente não pode expor, a gente não pode correr, a gente reage!' Mas não precisa reagir com ignorância, não precisa reagir com agressão. Reage com essa definição. Quando eu sinto que eu estou sendo alvo de preconceito, eu tento passar para aquela pessoa o entendimento e o meu respeito próprio, e às vezes você pode ser até muito radical, pois você tem que às vezes ser...'

Pelo direcionamento das missões de tais Associações e de seus dirigentes, há a cultura de instrumentalização de enfrentamentos focados no problema (particularmente os direcionados ao outro e a si mesmos) como estratégia de tais associados diante de situações em que eles se avaliam como sendo alvos de preconceito, discriminação e/ou estigmatização. O mesmo não deve ser muito comum, enquanto cultura institucional, nas entidades negras às quais os participantes desta pesquisa estão vinculados.

Relacionando as seções de respostas involuntárias (5.3.1.) e de respostas voluntárias, é observado que mesmo quando o indivíduo entrevistado utiliza estratégias mais elaboradas e focadas nos outros para reduzir o estresse gerado pela situação conflitante, nele são produzidas respostas fisiológicas, cognitivas, psicológicas e emocionais, como consequência da discriminação e da estigmatização, principalmente na própria autoestima, na manutenção da saúde, e no desempenho acadêmico.

5.3.3 – Efeitos na autoestima, saúde e desempenho educacional

Como acentuam Major e O'Brian (2005), enfrentar estigmas envolve consequências, pois as estratégias utilizadas no objetivo de proteger a autoestima podem inibir a consecução de outros objetivos e instâncias, como nestas três dimensões.

Como uma forma de seguir o modelo de avaliação e enfrentamento de estigma de Major e O'Brian (2005), sentiu-se a necessidade e ir além do objetivo central desta pesquisa e olhar para múltiplas respostas às ameaças

5.3.3.1 – Na autoestima

Autoestima pode ser conceituada como um conjunto de sentimentos pessoais e coletivos de autovalor, autorespeito ou autoaceitação, sendo um aspecto central para o bem estar psicológico, e estando fortemente relacionado a uma variedade de medidas de bem-estar ou de ajustamento (Crocker & Major, 1989; Crocker, Luhtanen, Blaine & Broadnax, 1994). Como afirma Crocker et al., (1994), a autoestima é o maior preditor de satisfação com a própria vida, o que sustenta o entendimento de que indivíduos com alta autoestima tendem a ter menos risco de apresentar quadro de depressão.

Esta afirmação teórica pode ser confrontada com a subseção sobre respostas involuntárias (5.3.1), nas declarações de N1, N2 e D2, que possuem mensurações menores na escala de autoestima pessoal e declaram ter dito ou ainda ter quadros de depressão e insatisfação com a vida.

Apesar de ameaçar a autoimagem, o estigma não diminui inevitavelmente a autoestima de quem é alvo da estigmatização, tendo algumas pessoas estigmatizadas uma elevada autoestima, muitas vezes até superior à de pessoas não estigmatizadas (Crocker, 1999). Esta perspectiva está evidente na trajetória histórica de estudos nesta área, pois muitas teorias psicológicas sociais sugeriam que pessoas estigmatizadas acabavam tendo baixa autoestima, como era acentuado pelos estudos realizados nos anos de 1930, 1940 e 1950 (Crocker, 1999), que assumiam que o estigmatizado internalizava a visão negativa presente nas representações coletivas no domínio sociocultural, sugerindo que o nível de autoestima dos grupos estigmatizados seria consoante ao o grau em que eles são desvalorizados socialmente (Major & O'Brian, 2005).

Entretanto, estudos conduzidos nos anos 60, 70 e 80 geraram resultados conflituosos, tendo evidenciado em algumas situações a ausência de qualquer diferença ou, em alguns casos, uma maior autoestima em os membros de grupos estigmatizados (Crocker, 1999).

Neste trabalho, não foi feita qualquer comparação dos participantes com membros de grupos não estigmatizados acerca da raça/cor e/ou acerca da deficiência/não deficiência, mas como pode ser observado no depoimento de D3, o entrevistado com maior autoestima pessoal, sua autoimagem é muito positiva, apesar das estigmatizações e discriminações vivenciadas.

“É porque assim... [X] se eu disser uma coisa pra você. Hoje eu sou uma pessoa que incomoda muita gente. E mais ainda eu me sinto reluzente.” (D3)

O entrevistado D3 assinala que ter sido objeto de preconceito e discriminação interferiu muito positivamente na sua autoestima, pois acredita que se ele não fosse uma pessoa com deficiência e/ou negra, talvez não tivesse conquistado tudo o que conquistou. Enfatiza isto ao afirmar que se as pessoas não o tivessem desafiado, talvez ele não tivesse se estimulado e desenvolvido suas condições de defesa.

Contudo, há também, em outros casos, impacto negativo na autoestima e na autoimagem, como consequência das mesmas condições de pessoa estigmatizada, considerando a sua raça/cor e deficiência.

“A gente se sente mal né, se sente inferior com vontade de ser a outra pessoa. Eu praticamente... eu queria pintar a minha pele de branco assim.” (N2)

N2 relata que ser alvo de estigmatização interferiu na sua autoestima negativamente, fazendo-a cair e provocando a sensação de ser uma pessoa inferior, indigna de estar em determinados lugares e fazer determinadas coisas.

O depoimento de N2, diferentemente de D3, confirma a afirmação de Crocker (1999), quando ela expõe que em muitos estudos sobre estigma se supõe que as imagens e estereótipos são internalizados pelos estigmatizados, resultando em baixa autoestima em muitas das situações. Ela argumenta que esta autoestima no alvo do estigma é construída na situação e depende das representações coletivas ou dos significados compartilhados que as pessoas trazem com elas para a situação, fazendo dessas representações relevantes ou irrelevantes ao avaliar a si mesma.

5.3.3.2 – No desempenho educacional

Quanto às medidas do desempenho acadêmico, os membros de grupos estigmatizados e não estigmatizados diferem substancialmente. Major e O'Brian (2005) afirmam que a diferença no desempenho entre os grupos étnicos muitas vezes são atribuídas a várias formas de discriminação social, que pôde ser identificado nas subseções 3.3.3 e 3.3.4, que demonstra o acesso e desempenho educacional da pessoa negra e com deficiência.

A discriminação e a dificuldade de acesso claramente influenciam no desempenho educacional. As pistas situacionais aumentam à medida que situações de desempenho acadêmico são avaliadas como uma ameaça à própria identidade social e, além disso, as respostas involuntárias e voluntárias para esta ameaça podem diminuir ainda mais o desempenho acadêmico.

Dentro da trajetória e do desempenho educacional de cada entrevistado, embora alguns neguem terem tido alguma dificuldade por terem sido alvo de discriminação e preconceito, no transcorrer das entrevistas todos mencionaram enfrentar muitos obstáculos.

Porém, há entrevistados que afirmaram ter enfrentado dificuldades no desempenho por terem sido alvos de estigmatização. O participante N1 afirmou que a estigmatização dificultou muito sua formação, de modo que sequer concluiu os estudos. Antes mesmo de vir a ser uma pessoa com deficiência, já era discriminado.

Era tido como valente e problemático na escola, sendo acusado mesmo sem fazer nada, o que o desmotivou a continuar os estudos. Já N2 assinalou que, por ser negro e com deficiência, também teve dificuldades, em função da redução de oportunidades para os negros.

*“Sim. **Muito, muito, muito mesmo.** Eu com todo esse dialogo que a gente está tendo aqui, eu só consegui fazer até o primeiro ano do segundo grau, porque eu não conseguia avançar. Porque era muito difícil pra mim me manter dentro da... Quando eu saí, como eu te falei, eu comecei a minha vida inteira foi com deficiência, então eu comecei de lá de baixo, até quando eu cheguei ao segundo grau eu fui pra o colégio Central, na minha primeira... Quando eu fiz a matrícula o diretor chegou e rasgou a minha matrícula porque a escola era... A sala lá estava lá em cima no terceiro andar e eu tinha que estudar embaixo, e ai começou o conflito e tal [...].” (D3)*

D3 assinala que deste a infância encarou tais dificuldades, pois, ao se matricular pela primeira vez, ouviu a diretora dizer que ele tinha que ter acompanhante, concebendo que ele fosse atrapalhar a dinâmica e a rotina da escola. Além das situações de matrícula, houve muita dificuldade ao encarar os colegas na sala de aula e também de se manter na escola.

Além dos aspectos de inacessibilidade, tanto de âmbito estrutural quanto de âmbito das relações interpessoais pautadas no racismo e no *disablism*, é importante mencionar aqui neste contexto que o fato de saber que se está sendo julgado como um membro de um grupo estigmatizado pode interferir no desempenho intelectual e, conseqüentemente, educacional.

A ameaça ao estereótipo se refere a ameaças situacionais, oriundas de crenças estereotipadas sobre determinados grupos, de modo que os membros destes grupos acreditam que o critério de avaliação do seu desempenho será, antes de tudo, baseado em crenças e julgamentos estereotipados, fazendo com que haja uma queda

flagrante no desempenho em um determinado domínio de atividades (Perreira, 2009; Silva & Perreira, 2009).

Esta ameaça a identidade estigmatizada também pode levar grupos estigmatizados a separar a autoestima de tarefas intelectuais (Crocker et al 1998), interferindo diretamente neste seu desempenho acadêmico e educacional.

Como já descrito, as respostas afetivas à ameaça de identidade podem ser não conscientes e, como quaisquer outros tipos de estresse, também podem consumir recursos cognitivos valiosos (Bastos & Faerstein, 2012; Daruy Filho & Oliveira, 2009; Faro, 2010; McEwen & Gianaros, 2011). Esta ameaça, decorrente da ativação de estereótipos negativos do grupo ou do medo de ser vítima de preconceito, pode prejudicar o desempenho através de respostas involuntárias ao estresse, como ansiedade e diminuição da capacidade da memória de trabalho, assim como esforços de enfrentamento focalizado na emoção, como a autofragilização ou a retirada de esforço frente a domínios socioculturais estereotipados negativamente.

Essa realidade, porém, não envolve somente prejuízos ao desempenho acadêmico, influenciando também a saúde do indivíduo discriminado (Major & O'Brian, 2005).

5.3.3.3 – Na saúde

Comparados aos membros de grupos não estigmatizados, os estigmatizados possuem uma grande propensão para problemas de saúde mental e física, como acentuado na seção sobre as respostas involuntárias às ameaças à identidade. Bem como, pode ser observado sociologicamente, no caso particular das pessoas negras e pessoas com deficiência, nas subseções 3.3.5 e 3.3.6.

A discriminação afeta diretamente a saúde de indivíduos estigmatizados, expondo-os também a ambientes físicos e sociais que são mais tóxicos e limitando o seu acesso a cuidados médicos e nutricionais (Link & Phelan, 2001). O estigma também pode afetar a saúde indiretamente por meio de mecanismos de ameaças de

identidade, podendo iniciar uma cascata de cognições e emoções negativas, bem como respostas fisiológicas que incluem cortisol elevado, aumento da pressão arterial e outras respostas cardiovasculares (Bastos & Faerstein, 2012; Brondolo et al, 2003; Faro, 2010; Kershaw et al., 2011; Williams & Neighbors, 2001; Williams, et al, 2003). Embora essas respostas fisiológicas possam ser adaptáveis no curto prazo, elas têm implicações adversas para a saúde se experimentadas várias vezes ao longo do tempo (Bastos & Faerstein, 2012; Daruy Filho & Oliveira, 2009; Faro, 2010; McEwen & Gianaros, 2011).

Major e O'Brian (2005) relatam que os estudos realizados em condições controladas de laboratório sobre as respostas ao estresse biológico e a estressores relacionados à discriminação aguda apresentam resultados contraditórios. No transcorrer deste trabalho, observamos que todas as pessoas negras e com deficiência entrevistadas afirmaram não ter problemas de saúde, embora D2 e D3 admitam ter quadro hipertensivo, N2 tenha suspeita de diabetes e o mesmo N2, bem como D3, afirmem ter ou já ter tido gastrite nervosa, afora a dimensão da saúde mental.

Estes resultados expostos por Major e O'Brian (2005), aliados aos encontrados no nosso estudo, sugerem que os grupos estigmatizados, como o de pessoas negras expostas a um estressor de discriminação, tenham significativamente maior reatividade cardiovascular do que aqueles expostos a um estressor de não discriminação, conforme descrito na pesquisa de McNeilly, Robinson, Anderson, Pieper, Shah, Toth, Martin, Jackson, Saulter, White, Kuchibatla, Collado e Gerin (1995), que parece ser consonante com os relatos de D2 e D3. No entanto, há também outros resultados que sugerem que tais encontros relacionados com estressores de discriminação não produzem maior reatividade da pressão arterial do que os encontrados com estressores de não discriminação, como descrito por Fang e Myers (2001), o que é compatível com os relatos de D1, N2 e N3.

Em que pese a inconsistência dos resultados, Major e O'Brian (2005)

sustentam que as representações coletivas do domínio sociocultural e características pessoais podem interagir com a situação imediata, afetando as avaliações de ameaças e as respostas cardiovasculares, algo que se observa no depoimento de N1, quando ele relata ter apresentado um aumento repentino da pressão arterial em função de um episódio de discriminação sofrida.

Outros quadros patológicos podem estar associados com as situações estressoras crônicas ou situacionais, a exemplo de N1, N2, D1 e D2, que apresentaram episódios de depressão durante a vida, e de D3 e N3, que declararam apresentar quadros de ansiedade.

Além do déficit na saúde, em função do impacto alostático do estresse no organismo, tanto as pessoas negras (Lopes, 2005) quanto pessoas com deficiência (Emerson, 2010, Emerson et. al., 2011) apresentam resultados negativos na saúde em decorrência da ausência de acesso qualificado ao sistema de saúde.

Esta inacessibilidade pode ser refletida também nos comportamentos de risco relacionados à saúde descritos pela OMS e BM (2012), como a propensão ao sobrepeso e obesidade, por exemplo, que esta relacionada à inatividade física. Dentre os entrevistados, N1 e D1 afirmam fazer atividade física/esporte regularmente. N1 faz musculação na sua própria casa, porém sem acompanhamento ou orientação especializada. Já a prática de D1 é nadar quase todo dia na piscina de sua casa e, esporadicamente, praticar futebol. O participante N2 disse que já praticou musculação no passado. N3, por sua vez, relatou que perdeu o hábito de andar de bicicleta diariamente e que já não pratica mais o surfe, o que o levou a ficar “barrigudo” e acima do peso.

A OMS e BM (2012) também apontam como sendo comportamentos de risco o uso e abuso de fumo, álcool e outras drogas. Segundo os relatos, é comum o uso de álcool regularmente nos fins de semana dentre os participantes, exceto D1, que afirmou não fazer uso de nenhuma substância psicoativa, talvez em função de orientações de sua religião, que acaba se configurando como fator de proteção para o

não uso e/ou abuso de drogas (Vitalle, 2011 e Centro de Informações sobre Saúde e Álcool, 2014e). Além disso, o entrevistado N1 diz que, quando vai a festas, faz uso de tabaco/cigarro.

É possível ainda que algum entrevistado não tenha revelado com exatidão o seu uso de substâncias psicoativas, principalmente as ilícitas, por autocensura, desconfiança quanto ao sigilo, sentimento de culpa, entre outras manifestações inibidoras.

Segundo o CISA (2014a) 77,3% dos homens e 60,6% das mulheres já fizeram uso de álcool na vida, totalizando em 68,7% a proporção de pessoas adultas que já fizeram uso de álcool na vida. CISA (2014b) ainda expõe que em média, 40% dos brasileiros fazem uso habitual desta substância, sendo que 42% destes os fazem de forma abusiva.

Pela classificação exposta por Galduróz (2011) os entrevistados que afirmaram fazer uso frequente de álcool, do ponto de vista clínico, são usuários moderados, pois utilizam tal substância semanalmente. Nesta classificação, eles fazem um uso de risco, que tem um padrão ocasional, repetido e persistente, o que implica em risco futuro à saúde física e mental, mas que no presente ainda não resulta em significativos efeitos mórbidos orgânicos ou psicológicos.

Apesar das consequências prejudiciais, a ingestão de álcool, quando num uso leve/moderado, como aparenta ser o da maioria dos entrevistados, nos fins de semana, parece também ter um fator protetivo à saúde orgânica (ver CISA, 2014d; Estruch, Ros, Salas-Salvadó, Covas, Corella, Aros, Gómez-Garcia, Gutiérrez-Ruiz, Fiol, Lapetra, Lamuela-Raventos, Serra-Majem, Pintó, Muñoz, Sorlí, Martínez, Martínez-Gozález, 2014) e talvez também psíquica, em função da sensação de relaxamento, já que nos relatos apresentados este uso sempre está relacionado a momentos de lazer e descontração, com função recreativa (Andrade, Miranda, Lima, Teixeira, Santos, Melo, Dias, Ferreira, Santana, Souza Junior, Santos, 2013).

Para Major e O'Brian (2005) os fatores psicológicos que aumentam a

susceptibilidade à ameaça de identidade, relacionados com o estigma, podem afetar negativamente os resultados relacionados à saúde, pois indivíduos que são cronicamente vigilantes para ameaças de identidade relacionados com o estigma podem avaliar situações potencialmente relevantes como uma ameaça, levando a intensificadas respostas fisiológicas. Por outro lado, há fatores psicológicos relacionados com os recursos percebidos, que podem ter efeitos benéficos para a saúde, diminuindo a ameaça de identidade, como o otimismo, por exemplo, em oposição ao pessimismo, que está positivamente relacionado com a saúde mental e física em resposta a uma variedade de estressores graves.

Relacionado a este tipo de conformidade psíquica, todos os entrevistados declaram ter alguma expressão de religiosidade, em maior ou menor nível. N1 e D1 se declaram católicos. D1 relatou ser evangélico da Igreja Batista. D3 demonstrou ter uma aproximação com a cosmovisão do candomblé, relatando ter muita fé em Obaluaiê e em Xangô, mas acredita que existe um Deus acima de tudo.

O interessante é que o Orixá Obaluaiê, na mitologia ioruba, cultuado no candomblé, segundo Prandi (2001) e Zacharias (1998) tem o arquétipo ligado à cura. Ele é tido no aspecto de médico, porém também no de ferido, sendo um médico ferido que não consegue encontrar a cura para a própria doença, mas vem a ser o principal provedor de cura para os outros. Em um dos seus mitos, devido às feridas (marcas/estigmas) que apresenta no seu corpo, nenhum dos outros Orixás se aproximava muito dele.

O simbolismo deste orixá, para o participante D3, pode estar associado à relação da “mazela” do orixá com a sua deformidade, de modo que ambos são estigmatizados e discriminados pelos outros. Este fator da proximidade arquetípica, provavelmente o traz um conforto psíquico e emocional, pois há a aproximação do entrevistado com esta imagem de divindade, o orixá.

Além, destes participantes que se declaram expressar sua religiosidade, os participantes N2 e N3 declaram não ter religião, mas afirmaram acreditar numa força

superior.

Faça-se este destaque da religiosidade como um dos fatores protetivos e benéficos a saúde, frente à ameaça a identidade, pois nela pode estar uma das formas de lidar com o estresse das situações de estigmatização, diminuindo a ameaça à identidade e ajudando a manter o otimismo.

“Entrego na mão de Deus.”. (N1)

Quando questionado sobre a sua reação ao se perceber discriminado, o participante N1 declara lidar utilizando a religiosidade. Contudo, foi observado que este tipo de repertório de enfrentamento utilizado por este participante se dá quando ele percebe ser alvo de discriminação manifesta e declarada, pois quando percebe ser alvo de discriminação não manifesta, tende a ter o repertório agressivo e explosivo.

Além de declarar entregar na mão de Deus como estratégia de enfrentamento, na sua entrevista gravada e transcrita, com duração de 79 minutos, foi citada 50 vezes a palavra “Deus”. Outro participante que também teve destaque na utilização desta palavra foi D3, que a citou por 35 vezes, mas numa entrevista gravada com duração de 127 minutos.

Observa-se que N1 é o participante com menor autoestima pessoal mensurada e D3 o com maior autoestima mensurada. Bem diferente de N1 e D3, os outros entrevistados mencionaram a palavra Deus sem destaques: N2, por 07 vezes; N3, uma única vez; D1, por duas vezes; e D2, por 05 vezes.

Como evidenciado, assim como a utilização de substâncias psicoativas, como o álcool, a religiosidade também poderia ser considerada como outra modalidade de enfrentamento do estigma?

Em suma, com descrevem Major e O'Brian (2005) quaisquer tipos de estratégias de enfrentamento utilizadas para lidar com as ameaças à identidade também podem ter implicações diretas ou indiretas para a saúde.

VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A importância deste estudo está no foco dado a realidade de pessoas negras e com deficiência, ampliando o conhecimento dos estudos desta área a respeito das estratégias de enfrentamento e do duplo estigma.

Para responder aos objetivos desta pesquisa, identificou-se que o modo como os entrevistados acreditam serem percebidos pela sociedade – tanto por serem pessoas negras quanto por serem pessoas com deficiência – se assemelha ao encontrado nos diferentes campos de conhecimentos (filosófico, teológico e científico), que foram apontados no capítulo II.

Assim, em relação à sua raça/cor, os participantes acreditam serem vistos pelos outros através de representações coletivas negativas, como relacionados a marginalidade e criminalidade, a pobreza, a primitividade, a vadiagem e preguiça, a estupidez e ao analfabeto. Contudo, em proporção menor, também como símbolo de luta, força e de raiz ancestral.

Em relação à sua identidade de pessoa com deficiência, a representação é tomada como de ser um coitado, doente, incapaz, inútil, visto de forma piedosa, gerando um cuidado excessivo por parte das outras pessoas, o que tem por consequência a restrição de direitos básicos, como o direito a livre expressão da vida sexual. No entanto, assim como para a cor, identificamos também a percepção de que as pessoas os veem como guerreiros e lutadores, ainda que a maioria os tenha através do sentimento de pena e cuidado excessivo.

Na análise das estratégias de enfrentamento, observamos que as pessoas negras e com deficiência apresentam respostas tanto involuntárias (automáticas, fisiológicas, cognitivas, emocionais, comportamentais e de autorregulação), quanto respostas voluntárias, como estratégias para lidar com situações conflituosas avaliadas como estressantes e ameaçadoras à sua identidade estigmatizada.

Sobre a temporalidade (proativa/reactiva) dessas estratégias, evidenciamos que não há diferenciação entre as adotadas pelos membros das entidades negras e de deficiência, sendo que há, por outro lado, uma diferenciação quando comparadas as médias das escalas de autoestima. Os participantes que apresentaram estratégias proativas, sob a forma de ativismo no combate ao racismo e ao *disablism*, além de terem autoestimas pessoais altas, também têm autoestimas coletivas altas, tanto em termos de negritude, quanto de deficiência.

Em relação ao foco das estratégias, observamos que os participantes de organizações de pessoas com deficiência utilizam, de modo mais recorrente, as estratégias de enfrentamento focadas no problema, em todas as suas formas, se comparados aos participantes de organizações negras. Este fenômeno se deve ao fato de que as entidades de pessoas com deficiência e seus dirigentes terem a cultura de instrumentalizar seus membros para focar os problemas durante os enfrentamentos, em decorrência da missão institucional destas organizações.

Entretanto, num olhar mais geral sobre as entrevistas, percebe-se que as estratégias com foco na emoção são as mais comuns entre os entrevistados, tanto entre membros de instituições negras quanto entre membros de instituições de pessoas com deficiência, no qual não foi encontrada diferenciação desta utilização entre os grupos. Identificamos inclusive, os que haviam lançado mão de estratégias com foco no problema, para tentar reduzir ou extinguir o estresse, também fizeram uso de estratégias focadas na emoção.

Além dessas estratégias teoricamente fundamentadas, identificamos entre os participantes o uso de substâncias psicoativas (especialmente o álcool) assim como o apelo a religiosidade.

Ao relacionar as respostas automáticas involuntárias com as respostas voluntárias elaboradas para reduzir o estresse, notamos que enfrentar as ameaças a tais estigmas, no intuito de proteger sua autoestima e identidade, acarreta consequências que podem inibir outras dimensões da vida do indivíduo estigmatizado,

a exemplo do desempenho educacional e da saúde.

Através dos relatos dos participantes, observamos que ser alvo de estigmatização e discriminação interfere diretamente na sua autoestima, gerando impactos negativos, a exemplo do sentimento de inferioridade. Contudo, também identificamos impacto positivo, como demonstrado em um relato particular, em que um dos participantes afirma que se não houvesse sido discriminado e estigmatizado, talvez não tivesse conquistado o que conquistara durante a vida, nem tivesse sido estimulado a desenvolver suas condições de defesa.

No desempenho educacional, embora a maioria negue ter tido alguma dificuldade por ter sido alvo discriminação e preconceito, no transcorrer das entrevistas todos mencionaram enfrentar obstáculos nos estudos, por serem negros ou com deficiência.

Quanto à saúde física e mental, participantes relatam ter ou já ter tido respostas hipertensivas (crônica ou situacional), suspeita de diabetes, gastrite nervosa, quadros depressivos e quadros ansiogênicos. Além disto, tais estigmatizados acabam tendo comportamentos de risco, como a inatividade física, o abuso e o uso de drogas, como o álcool, que, apesar de ter certo efeito protetivo, pode implicar em risco futuro a saúde física e mental, a depender da forma de uso.

Outros pontos a serem destacados se referem a características pessoais, a pistas situacionais e avaliação de ameaças.

No que se refere as características pessoais, apesar das mensurações das escalas coletivas indicarem que nos participantes houve a saliência da autoestima negra comparada a de deficiência, nos depoimentos não há a mesma regularidade. Nas autoapresentações introdutórias das entrevistas pode ser observada a influência da valência da autoestima pessoal, entre alta e baixa, para que o participante se salientasse pela identidade negra ou de deficiência.

Assim, a centralidade apresentada na identidade de deficiência (de menor valor mensurado enquanto autoestima coletiva) foi saliente nos indivíduos com menor

valor de autoestima pessoal, fazendo com que o autoconceito do entrevistado esteja mais próximo a um atributo de menor valor para ele, neste caso, a autoestima coletiva de deficiência. Já os indivíduos que tiveram uma mensuração de autoestima pessoal elevada se afirmavam pessoalmente a partir daquele atributo identitário que era valorado como positivo por eles, a autoestima coletiva negra. Vale mencionar que um dos entrevistados, com autoestima pessoal alta, não apresentou saliência de nenhuma dessas subidentidades na sua autoapresentação, tendo, talvez, uma valência e centralidade de autoconceito maior na sua identidade pessoal, se dissociando, em parte, das autoestimas coletivas negra e de deficiência.

Quanto a pistas situacionais e avaliações de ameaças, apesar de muitos relatos de percepção de discriminações manifestas, assim como de discriminações não manifestas, tanto em situações consigo quanto com outros indivíduos, há também relatos de não percepção de discriminação. O que vem a ser questionado é se esta não percepção de discriminação ou estigmatização, especialmente em situações subliminares, é consequência de uma baixa consciência ou sensibilidade de estigma, ou se de fato estas situações não ocorreram com estes entrevistados.

Diante deste campo referente ao enfrentamento do estigma, ainda que a intercessão entre as linhas de estudos cognitivista e psicossocial tenha sido bastante adequada para atender aos objetivos de investigação desta pesquisa, percebe-se que é necessária uma melhor sistematização teórica, que possa dar um panorama dos tipos de estratégias de enfrentamento, uma vez que ainda não há um modelo que as articule.

Neste trabalho foram utilizadas entrevistas associadas com escalas de autoestima pessoal e coletiva, permitindo a ampliação das respostas e buscando sentidos que dificilmente seriam compreendidos utilizando outro instrumento de coleta de dados. Contudo, os valores mensurados nas escalas de autoestima tiveram como ponte de corte a média dos seis entrevistados, para definir autoestima baixa ou alta. Estes valores, no entanto, devem ser tratados como uma aproximação, até porque

este estudo foi orientado por um método qualitativo e descritivo e para haver maior exatidão destes dados, seria importante haver um estudo com o objetivo de identificar estas médias de autoestima como ponto de corte, tanto a pessoal quanto as coletivas, negra e de deficiência, a partir de um número considerável de participantes.

Neste estudo a ciência psicológica se insere nas investigações que têm como plano de fundo o racismo e o *disablism*, podendo ser útil para os profissionais da psicologia, nas searas da pesquisa e da atuação, assim como profissionais ligados a áreas afins, como a Educação e na Saúde. Acreditamos que os achados são de grande importância e contribuem para uma atuação mais sistemática do profissional e para a elaboração e execução de Políticas Públicas, fundamentadas na garantia de direitos constitucionais de pessoas negras e de pessoas com deficiência.

VII. REFERÊNCIAS

- Albuquerque, E. R. (2007). *Inclusão de alunos com deficiência nas representações sociais de suas professoras*. (Dissertação de mestrado em Educação). Universidade Federal de Pernambuco. 182p. Recife. Disponível em: uniapae.apaebrasil.org.br/arquivo.phtml?a=15489.
- Allport G. W., (1979). *The nature of prejudice*. New York: Basic Books.
- Andrade, T. M., Miranda, M., Lima, D. D., Teixeira, E. F., Santos, S. L. V. L., Melo, C. V. G., Dias, C. O., Ferreira, E. S., Santana, B. R. C., Souza Junior, J. C., Santos, R. C. (2013). *Projeto Prevenção do Uso Abusivo de Drogas em Ambientes Escolares*. Cartilha. Salvador:UFBA/SSPBA/SECBA.
- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D. & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de *coping*: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 273-294.
- Augoustinos, M & Walker, I. (2007). *Social Cognition: an integrated introduction* (p.149 -185). London: Sage publications.
- Bardin L., (2011). *Análise de Conteúdo*, Lisboa: 70.
- Bastos, J. L. & Faerstein, E (2012). Conceptual and methodological aspects of relations between discrimination and health in epidemiological studies. *Cadernos de saúde pública*. vol:28, 177 -183
- Bernardes, D. L. G. (2003). Dizer “não” aos estereótipos sociais: As ironias do controle mental. *Análise Psicológica*, 3, 307-321.
- Bhui, K. (2002). Race and Racial Discourse. In: *Racism and mental health : prejudice and suffering*. British Library Cataloguing in Publication Data.
- Bizarro, S. L. F. M. (1999). *Internalismo e externalismo: um debate em filosofia da mente e da psicologia* / - Lisboa : [s.n.], - [3], 117 f. ; 30 cm <http://purl.pt/5475>. - Bibliografia, f. 107-113. - Dissertação mestr. Filosofia da Linguagem e da Consciência, Univ. de Lisboa.
- Blank, R. M., Dabady, M. & Citro, C. F. (2004). *Mensuring racial discrimination: panel on methods for assessing discrimination*. National Research Council.
- Blanton, H. & Jaccard, J. (2008). Unconscious Racism: A Concept in Pursuit of a Measure. *Annual Review of Sociology*. vol:34 pg:277 -297.
- Boudier, P. (1989). *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Editora Bertrand Brasil.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2008). *Painel de Indicadores do SUS nº 5*. Brasília.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2004). *Seminário Nacional Saúde da População Negra*. Brasília.
- Brondolo E., Rieppi R., Kelly K.P., Gerin W. (2003). Perceived racism and blood pressure: a review of the literature and conceptual and methodological critique.

- Annals of behavioral medicine; 25:55-65.
- Brown, R. J. (2000). Social identity theory: Past achievements, current problems and future challenges. *European Journal of Social Psychology*, 30, 745–778.
- Camargo, A. (2010) Classificações raciais e formação do campo estatístico no Brasil (1872-1940). In: SENRA, N. de C.; CAMARGO, A. de P. R. (Org.) *Estatísticas nas Américas: por uma agenda de estudos históricos com parados*. Rio de Janeiro: IBGE. p. 229-263.
- Campbell, J.T. (2003). Racial stigma – Reply. *Dissent*. vol:50 iss:1 pg:108 -109. Disponível em: <http://www-periodicos-capes-gov-br.ez10.periodicos.capes.gov.br/index.php>
- Canguilhem, G. (2002). *O normal e o patológico*. 5 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Cardoso, C. F. (2012). O uso, em história, da noção de representações sociais desenvolvida na psicologia social: um recurso metodológico possível. *Psicologia e Saber Social*, 1(1), 40-52.
- Carvalho, F. A. L. de. (2005). O conceito de representações coletivas segundo Roger Chartier. *Diálogos*, v.9, n. 1, p. 143-165.
- Carter, N. A. (2006). Political institutions and multiple social identities. In Crisp R. J & Hewstone M. (2006). *Multiple social categorization: processes, models, and applications*, Psychology Press: New York.
- Cavalcante, F.G. & Minayo M.C. (2009). Representações sociais sobre direitos e violência na área da deficiência. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.14.
- Cavalleiro, E. (2005). Apresentação. In: Romão, J. (Org.). *História da Educação do Negro e outras histórias*. Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade. Brasília: Ministério da Educação.
- Cavalleiro, E. (2001). Prefácio. In: Cavalleiro, E. (Org). *Racismo e anti-racismo na educação: repensando nossa escola*. São Paulo: Selo Negro.
- Centro de Informações sobre Saúde e Álcool (2014a). *Dados Epidemiológicos sobre o Uso de Álcool no Brasil*. Recuperado em 1 de julho de 2014, de <http://www.cisa.org.br/artigo/11/dados-epidemiologicos-sobre-uso-alcool-no.php>
- Centro de Informações sobre Saúde e Álcool (2014b). *Consumo de bebidas alcoólicas na população adulta brasileira: características sociodemográficas e tendências*. Recuperado em 1 de julho de 2014, de <http://www.cisa.org.br/artigo/2589/consumo-bebidas-alcoolicas-na-populacao-adulta.php>.
- Centro de Informações sobre Saúde e Álcool (2014c). *Efeitos do vinho, álcool e polifenóis como fatores de risco para doenças cardiovasculares: evidências de estudos com humanos*. Recuperado em 1 de julho de 2014, de <http://www.cisa.org.br/artigo/2909/efeitos-vinho-alcool-polifenois-como-fatores.php>
- Centro de Informações sobre Saúde e Álcool (2014d). *Ingestão moderada de álcool e*

proteção cardiovascular: de associações epidemiológicas a mecanismos celulares. Recuperado em 1 de julho de 2014, de <http://www.cisa.org.br/artigo/2373/ingestao-moderada-alcool-protECAo-cardiovascular-associacoes.php>

Centro de Informações sobre Saúde e Álcool (2014e). Religião como um fator protetor para o uso de drogas entre universitários brasileiros: um estudo nacional. Recuperado em 1 de julho de 2014, de <http://www.cisa.org.br/artigo/3391/religiao-como-um-fator-protetor-para.php>

Chartier, R. (1990). Introdução. Por uma sociologia das práticas culturais. In: Chartier, R. *A história cultural entre práticas e representações*. Col. Memória e sociedade. Trad. Maria Manuela Galhado. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, p. 13-28.

Clark, R., Anderson, N. B., Clark V. R. e Williams, D.R., 1999. Racism as a Stressor for African Americans: A Biopsychosocial Model. *American Psychologist* Associacion. Vol. 54. No. 10, 805-816. Disponível em: <http://psycnet.apa.org/journals/amp/54/10/805.pdf>.

Costa, J. F. (1989). *História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. Rio de Janeiro: Garamond.

Costa, S. (2001). o. A mestiçagem e seus contrários - etnicidade e nacionalidade no Brasil contemporâneo. *Tempo Social: Rev. Sociol. USP*, São Paulo, 13(1): 143-158, maio. Acessível em: www.scielo.br.

Código de Direito Canônico (1983, 27 de novembro). Promulgada pela Constituição Apostólica Sacrae Disciplinae Leges. Atualizado com a Carta Apostólica sob a forma de Motu Próprio Ad Tuendam Fidem de 18 de maio de 1998. Recuperado em 10 de junho de 2014, de <http://www.domtotal.com/direito/pagina/detalhe/31867/codigo-de-direito-canonical#ancora-16>

Crisp R. J & Hewstone M. (2006). *Multiple social categorization: processes, models, and applications*, Psychology Press: New York.

Crocker, J. & Garcia, J. A. (2009). Downward and Upward in Intergroup Interactions. In Nelson, T. D. (Ed.) *Handbook of prejudice, stereotyping, and discrimination*. Taylor & Francis Group, LLC.

Crocker, J., Major, B. (1989). Social stigma and self-esteem: the self-protective properties of stigma. *Psychological Review*. Vol. 96, n. 4, 608-630.

Crocker, J., Major, B., & Steele, C. (1998). Social stigma. In D. T. Gilbert, S. T. Fiske, & G. Lindzey (Eds.), *The handbook of social Psychology* (4th ed., Vol. 2, pp. 504–553). Boston: McGraw-Hill.

Crocker J. (1999). Social stigma and self-esteem: Situational construction of self-worth. *Journal Experimental of Social Psychology*. 35:89-107.

Cunin, E. (2003). *Identidades a flor de piel*. Lo "negro" entre apariencias y pertenencias: categorías raciales y mestizaje en Cartagena. Bogotá: IFEA-ICANH-Uniandes-Observatorio del Caribe Colombiano.

- Daruy Filho, L. & Oliveira, R. G. (2009). Carga Alostática, Cognição e Estratégias de Enfrentamento no Curso do Transtorno Bipolar. *Anáís da IV Mostra de Pesquisa da Pós-Graduação – PUCRS*. Disponível em: <http://www.pucrs.br/edipucrs/IVmostra/>
- Dávila, J. (2006). *Diploma de brancura: política social e racial no Brasil – 1917-1945*; tradução Cláudia Sant’ana Martins. São Paulo: Editora UNESP.
- Devine, P. G. (1989). Stereotypes and prejudice: Their automatic and controlled components. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 1, 1-18.
- Diniz, D. (2010). *O que é deficiência*. São Paulo: Brasiliense.
- Diniz, D., Barbosa, L. & Santos, W. R. dos. (2009) Deficiência, direitos humanos e justiça. *Sur, Rev. int. direitos human.*, vol.6, n.11, pp. 64-77. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sur/v6n11/04.pdf>.
- Donaldson, E. (2002). The corpus of the madwoman: toward a feminist disability studies theory of embodiment and mental illness. *NWSA Journal*, 14, 3, 95–119.
- Dovidio, J. F., & Gaertner, S. L. (2000). Aversive racism in selection decisions: 1989 and 1999. *Psychological Science*, 11, 319-323.
- Dovidio, J. F., & Gaertner, S. L. (1998). On the nature of contemporary prejudice: the causes, consequences, and challenges of aversive racism. In J. L. Eberhardt & S. T. Fiske (Orgs.), *Confronting racism: the problem and the response* (pp. 3-32). Thousand Oaks, Califórnia: Sage.
- Dovidio, J.F., Gaertner, S. L., Hodson, G., Riek, B. M., Johnson, K. M. & Houlette, M. (2006). Recategorization and crossed categorization: The implications of group salience and representations for reducing bias. In Crisp R. J & Hewstone M. (Org). *Multiple social categorization: processes, models, and applications*, Psychology Press: New York.
- Dumont, L. (1993). *O individualismo: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna*. Tradução de Álvaro Cabral. Ed. Rocco: Rio de Janeiro
- Durkheim, É. (1982). *Las formas elementares de la vida religiosa: El sistema totêmico em Australia*. Traducción: Ramon Ramos. Madrid: Akal Editor.
- Elias, N. (1994). *A sociedade dos indivíduos*. Tradução de Vera Ribeiro. Jorge Zahar Editor: Rio de Janeiro.
- Ellemers, N., Spears, R. & Doosje B. (2002). Self and social identity. *Annual Review of Psychology*. Vol. 53: 161-186.
- Emerson, E. (2010). Self-reported exposure to disablism is associated with poorer self-reported health and well-being among adults with intellectual disabilities in England: a cross-sectional survey. *Public Health*. Dec;124(12):682-9. Acessível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21035153>
- Emerson, E., Madden, R., Graham, H., Llewellyn, G., Hatton, C. & Robertson J. (2011). The health of disabled people and the social determinants of health.

Public Health. Mar;125(3):145-7. Acessível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21316066>.

Emerson, E., Madden, R., Robertson, J., Graham, H., Hatton, C. & Llewellyn, G. (2009). Intellectual and physical disabilities, social mobility, health and social inclusion: a basis for the Marmot Review document. *Center for Disability Research*, Lancaster University, Lancaster. Acessível em: http://eprints.lancs.ac.uk/26403/1/Disability_Social_Mobility_Social_Inclusion.pdf.

Estruch, R., Ros, E., Salas-Salvadó, J., Covas, M. I., Corella, D., Aros, F., Gómez-Gracia, E., Gutiérrez Ruiz-V., M. Fiol, Lapetra, J., Lamuela Raventos-R. M., Serra-Majem, L., Pintó, X., Basora, J., Muñoz, M. A., Sørli, J. V., Martínez, J. A., Martínez-González, M. A. (2014). Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet. *New England Journal of Medicine*. Feb 27;370(9):886. Recuperado em 1 de julho de 2014, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23432189>.

Fang, C. Y. & Myers, H. F. (2001). The effects of racial stressors and hostility on cardiovascular reactivity in african american and caucasian men. *Health Psychol.* 20:64–70.

Faro, S. A. (2010). *Determinantes psicossociais da capacidade adaptativa: um modelo teórico para o estresse*. Tese (Doutorado em Psicologia Social). Universidade Federal da Bahia. 318p. Salvador.

Fávero, E. A. G. (2004). *Direitos das pessoas com deficiência: garantia de igualdade na diversidade*. Rio de Janeiro: WVA.

Fernandes, R. C., Carneiro, L. P., Mariz, C. & Mafra, C. (1998). *Novo nascimento: os evangélicos em casa, na igreja e na política*. Rio de Janeiro: Mauad, 1998.

Fiske, S. T., & Neuberg, S. L. (1990). A continuum of impression formation, from category-based to individuating processes: Influences of information and motivation on attention and interpretation. In M. P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 23, pp. 1–74). New York: Academic Press.

Foucault, M. (1984). *Microfísica do poder*. Organização e tradução de Roberto Machado. - Rio de Janeiro: Edições Graal, 4ª ed.

Foucault, M. (1971). *A ordem do discurso: aula inaugural no Collège de France*, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. 19. Ed. São Paulo, Loyola, 2009.

Franklin-Jackson, D. & Carter, R. T. (2007). The Relationship Between Race-Related Stress, Racial Identity, and Mental Health for Black Americans. *Journal of Black Psychology*, 33:5.

Fundação Getúlio Vargas (2003). Diversidade: retratos da deficiência no Brasil. *Centro de Políticas Sociais/Fundação Getúlio Vargas*; Disponível em: . Acessado em 16 de abril de 2009.

Fundação Nacional de Saúde (2005). *Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade* / Fundação Nacional de Saúde. Ministério da Saúde do Brasil. Brasília: Funasa.

- Gaertner, S. L. & Dovidio, J. F. (2009). A Common Ingroup Identity: Categorization-Based Approach for Reducing Intergroup Bias. In Nelson, T. D. (Ed.) *Handbook of prejudice, stereotyping, and discrimination*. Taylor & Francis Group, LLC.
- Galduróz, J. C. F. (2011). Uso, abuso e dependência de drogas. Em Silva, E. A. da. & Micheli, D. de. (org's) *Adolescência, uso e abuso de drogas: uma visão integrativa*. São Paulo: Editora Fap-Unifesp.
- Geledés. (2013). *Racismo Institucional: uma abordagem teórica*. Geledés - Instituto da Mulher Negra. Acessível em: <http://www.seppir.gov.br/publicacoes/publicacoes-recentes>
- Goffman, E. (2008) *Estigmas: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4ª ed. – Rio de Janeiro: LTC.
- Goodley & Runswick-Cole (2011). The violence of disablism. *Sociology of Health & Illness*. Vol. 33 No. 4.
- Gould, S. J (1999). *A Falsa Medida do Homem*. 2ª Ed. São Paulo: Martins Fontes.
- Greer, T. M. (2011). Coping strategies as moderators of the relationship between race- and gender-based discrimination and psychological symptoms for African American women. *Journal of Black Psychology*. 37: 42.
- Gugel, M. A.. A pessoa com deficiência e sua relação histórica com a humanidade. *Associação Nacional do Ministério Público de Defesa dos Direitos dos Idosos e Pessoas com Deficiência*. Acessível em: <http://www.ampid.org.br/Artigos/PD_Historia.php>
- Guimarães, A. S. A. (2008). *Preconceito Racial: modos, temas e tempos*. – São Paulo: Cortez.
- Guimarães, A. S. A. (2002). *Classes, raças e democracia*. FUSP / Fundação Ford. São Paulo: Ed. 34.
- Hagiwara, N., Kashy, D.A. & Cesario, J. (2012). The independent effects of skin tone and facial features on Whites' affective reactions to Blacks. *Journal of Experimental Social Psychology*, 48, 892–898.
- Harrison, L. (1995). Affect, Cognition, and Stereotyping: Interactive Processes in Group Perception. *Sex roles: A Journal of Research*, vol:33 iss:1 2 pg:142
- Hegel, G.W. F. (1999) *Filosofia da História*. Brasília, Editora da UnB.
- Instituto Brasileiro Geografia e Estatística (2012). *Síntese de Indicadores Sociais: Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira*. Acessado em 30/03/2014.
- Instituto Brasileiro Geografia e Estatística (2011). *Características étnico-raciais da população: um estudo das categorias de classificação de cor ou raça 2008*. Coordenação de População e Indicadores Sociais. IBGE: Rio de Janeiro.
- Instituto Brasileiro Geografia e Estatística (2010a). Tabela 1.2.1 - População residente, por cor ou raça, segundo o sexo, a situação do domicílio e os grupos de idade -

Brasil – 2010. In Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. *Censo Demográfico 2010*. Acessado em 13/01/2013.

Instituto Brasileiro Geografia e Estatística (2010b). Tabela 1.3.1 - População residente, por tipo de deficiência, segundo a situação do domicílio e os grupos de idade - Brasil - 2010. In Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. *Censo Demográfico 2010*. Acessado em 13/01/2013.

Instituto Brasileiro Geografia e Estatística (2009). Raça ou cor – Brasil – 2009. In *Sínteses de indicadores sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira*. Acessado em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicais2009/indic_sociais2009.pdf

Instituto Brasileiro Geografia e Estatística (2008). Notas técnicas: histórico da investigação sobre cor ou raça nas pesquisas domiciliares do IBGE. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/caracteristicas_raciais/notas_tecnicas.pdf

Instituto Brasileiro Geografia e Estatística (2006). *II Encontro Nacional de Produtores e Usuários de Informações Sociais, Econômicas e Territoriais*. Documento apresentado para discussão. População em situação de rua: conceito e mensuração. Rio de Janeiro, 21 a 25 de agosto.

Jaccoud, L. (2008). O combate ao racismo e à desigualdade: o desafio das políticas públicas de promoção da igualdade racial. In: THEODORO, M. (org.). *As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil: 120 anos após a abolição*. Brasília: Ipea.

Jones, E. E., Farina, A., Hastorf, A. H., Markus, H., Miller, D. T., Scott, R. A. & French R.. (1984). *Social stigma: The psychology of marked relationships*. New York: W. H. Freeman.

Kaiser, C. R., Major, B., McCoy, S.K. (2004). Expectations about the future and the emotional consequences of perceiving prejudice. *Personal. Soc. Psychol. Bull.* 30:173–84. Acessível em: www.periodicos.capes.gov.br.

Kant, E. (1993) *Observações sobre o sentimento do belo e do sublime*. Campinas, Papyrus.

Katz, I., Wackenhut, J., & Hass, R.G. (1986). Racial ambivalence, value duality, and behavior. In J. F. Dovidio & S. L. Gaertner (Orgs.), *Prejudice, discrimination, and racism* (pp. 35-59). Nova York: Academic.

Kershaw, K. N., Roux, A. V. D., Burgard, S. A., Lisabeth, L. D., Mujahid, M. S. & Schulz, A. J. (2011). Metropolitan-Level Racial Residential Segregation and Black-White Disparities in Hypertension. *American Journal of Epidemiology*. 174 (5):537-545.

Krüger, H. (2004). Cognição, estereótipos e preconceitos sociais. In: Estereótipos, preconceitos e discriminação: perspectivas teóricas e metodológicas. Salvador: EDUFBA.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

- Lei nº 10.639 de 9 de janeiro de 2003.* (2003, 10 de janeiro). Altera a Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para incluir no currículo oficial da Rede de Ensino a obrigatoriedade da temática "História e Cultura Afro-Brasileira", e dá outras providências. Presidência da República. Diário Oficial da União.
- Lima, M. E. O. (2011). Da diferença à indiferença: Racismo contra índios, Negros e Ciganos no Brasil. Em *Cultura e produção das diferenças: estereótipos e preconceitos no Brasil, Espanha e Portugal*. – Brasília: Technopolitik.
- Lima, M. E. O. & Vala, J. (2004). As novas formas de expressão do preconceito e do racismo. *Estudos em Psicologia* (Natal), 9, 3.
- Link, B. G. & Phelan, J.C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*. 27:363-85.
- Little, A. C. (2012). Evolution, Appearance, and Occupational Success. Em *Evolutionary Psychology*, 10(5): 782-801
- Lopes, F. (2005). Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: Tópicos em saúde da população negra no Brasil. Em Fundação Nacional de Saúde. *Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade / Fundação Nacional de Saúde*. Ministério da Saúde do Brasil. Brasília: Funasa.
- Lópes, L. C. (2012). O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.16, n.40, p.121-34, jan./mar.
- Louma, J. B., Nobles, R. H., Drake, C. E., Haves, S. C., O'Hair, A., Fletcher, L. & Kohlenberg, B. S. (2013). Self-stigma in substance abuse: development of a new measure. *J Psychopathol Behav Assess* (2013) 35:223–234. Acessível em:
- Loury, G. C. (2003). Racial stigma: Toward a new paradigm for discrimination theory. *The American economic review*. vol:93 iss:2 pg:334 -337. Disponível em: <http://www-periodicos-capes-gov-br.ez10.periodicos.capes.gov.br/>
- Maciel, A. dos S. (2010). A inclusão da pessoa com deficiência no mercado de trabalho. (Dissertação de Mestrado em Ciência Jurídica). Universidade Estadual do Norte do Paraná. 149p. Jacarezinho. Disponível em: <http://uenp.edu.br/index.php>.
- Macrae, C. N., & Bodenhausen, G. V. (2001). Social cognition: Categorical person perception. *British Journal of Psychology*, 92, 239-255.
- Major, B., Kaiser, C. R. & McCoy. (2003). It's Not My Fault: When and Why Attributions to Prejudice Protect Self-Esteem. *Society for Personality and Social Psychology*. Vol. 29 No. 6, June. 772-781. Acessível em: isites.harvard.edu.
- Major, B. N. & O'Brien, L. T. (2005). The Social Psychology of Stigma. *Annual Review of Psychology*. 56:15.1–15.29.
- Marques, L.G. (1999). O estudo dos estereótipos e as novas análises do racismo: Serão os efeitos dos estereótipos inevitáveis? Em Vala, J (coord.) *Novos Racismos: Perspectivas comparativas*. Lisboa, Celta Editora.

- Maneiro, B. L. (2008). El Concepto Goffmaniano de Estigma. Em *Psicosociología del Estigma: ensayos sobre la diferencia, el prejuicio y la discriminación*. Madrid: Universitas.
- Matta, V. da (2009). *Estratégias de enfrentamento do povo de santo frente às crenças socialmente compartilhadas sobre o candomblé*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social). Universidade Federal da Bahia. 111p. Salvador.
- Mattos, H. M. (1998). *Das cores do silêncio: os significados da liberdade no sudeste escravista, Brasil século XIX*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- McConahay, J.B. (1986). Modern Racism, ambivalence and the modern racism scale. Em J.F. Dovidio & S.L. Gaertner (Eds.) *Prejudice, Discrimination and Racism*, New York, Academic Press.
- McEwen, B. S. & Gianaros P. J. (2011). Annual Review of Medicine, 62:5.1–5.15.
- McGarty, C. (2006). Hierarchies and minority groups: The roles of salience, overlap, and background knowledge in selecting meaningful social categorizations from multiple alternatives. In Crisp R. J & Hewstone M. (Org). *Multiple social categorization: processes, models, and applications*, Psychology Press: New York.
- McLaughlin, M. E., Bell, M. P. & Stringer D. Y. (2004). Stigma and Acceptance of Persons With Disabilities : Understudied Aspects of Workforce Diversity. *Group & Organization Management* 29: 302.
- McNeilly, M. D., Robinson, E. L., Anderson, N. B., Pieper, C. F., Shah, A., Toth, P. S., Martin, P., Jackson, D., Saulter, T. D., White, C., Kuchibatla, M., Collado, S. M. & Gerin, W. (1995). Effects of racist provocation and social support on cardiovascular reactivity in african american Women. *International Journal of Behavioral Medicine*, 2(4), 321-338.
- Melo, C. V. G. (2009). *O afrodescendente com deficiência e as idéias psicológicas: o processo histórico de exclusão e subjetivação*. Monografia (Graduação em Psicologia). Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. 63p. Salvador.
- Melo, C. V. G. M. & Castelar, M. (2009). A história da psicologia e do afrodescendente com deficiência. Em: *Anais de trabalhos completos do XV Encontro Nacional da ENABRAPSO*. Psicologia social e políticas de existência: Fronteiras e conflitos, Maceió-AL. Disponível em: http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/625.%20%20a%20hist%20ria%20da%20psicologia%20e%20do%20afrodescendente%20com%20defici%C3%Aancia.pdf.
- Miller, C.T. & Major, B.N. (2003). Coping with stigma and prejudice. In: Heatherton, T.F.; Kleck, R.E.; Hebl, M.R. & Hull, J.G. (Ed.). *The social psychology of stigma*. New York: The Guilford Press.
- Mojtabai, R. (2011). National trends in mental health disability. *American Journal of Public Health*. vol:101 n:11 pg:2156.
- Munanga, K. (2004). Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia. Cadernos PENESB (Programa de Educação sobre o Negro na Sociedade Brasileira). UFF, Rio de Janeiro, n.5, p. 15-34.

- Nascimento, A. S. (2006) Classificação oficial e extra-oficial: raça e cor em debate. *Perspectivas: Revista de Ciências Sociais*, São Paulo: Universidade Estadual Paulista - Unesp, v. 29, p. 133-148, jan./jun. Disponível em: <http://seer.fclar.unesp.br/perspectivas/article/view/35>
- Oliva, A. R. (2003) A História da África nos bancos escolares: Representações e imprecisões na literatura didática. *Estudos afro-asiáticos*, vol. 25, nº3.
- Oliveira, D. de (2007). *O estigma da marca corporal invisível: estudo sobre o mundo do trabalho das pessoas com estomia intestinal definitiva*. Dissertação (Mestrado em Política Social) Universidade de Brasília 143p. Brasília. Disponível em: http://bdtd.bce.unb.br/tesesimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=3139
- Organização das Nações Unidas (2013). Alguns Factos e Números sobre as Pessoas com Deficiência. Centro Regional de Informações das Nações Unidas. Acessível em: <http://www.unric.org/pt/actualidade/5456>.
- Organização Mundial da Saúde & Banco Mundial. (2012). *Relatório mundial sobre a deficiência*. Tradução Lexicus Serviços Lingüísticos. - São Paulo : SEDPCD.
- Ovadiya, M. & Zampaglione, Giuseppe. (2009). *Escaping stigma and neglect: people with disabilities in Sierra Leone*. Washington: The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank.
- Owensby, B. (2005). Toward a History of Brazil's "Cordial Racism": Race Beyond Liberalism. *Society for Comparative Study of Society and History*. Vol.47(2), pp.318-347. Disponível em: <http://www-periodicos-capes-gov-br.ez10.periodicos.capes.gov.br/index.php>
- Paim, A. dos S. & Perreira, M. E. (2011). Aparência física, estereótipos e discriminação. *Ciências & Cognição* 2011; Vol 16 (1): 002-018.
- Paradies Y. (2006). A systematic review of empirical research on self-reported racism and health. *International Journal Of Epidemiology*, 35:888-901.
- Pascoe, E.A. & Smart-Richman L. (2009). Perceived discrimination and health: a meta-analytic review. *Psychol. Bull.* ; 135:531-54.
- Passos, J. C. dos. (2010). Juventude negra na EJA: os desafios de uma política pública. Tese (Doutorado em Educação). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 339p.
- Pereira M. E. (2011). Cognição social. Em Camino L., Torres, A. R. R., Lima, M. E. O. & Pereira, M. E. (Orgs). *Psicologia social: temas e teorias*. Brasília: Technopolitik.
- Pereira, M. E. (2009). Identidade, avaliação e desempenho escolar. Em Lordelo, J. A.C. & Dazzani, M. V. (org.) *Avaliação educacional: desatando e reatando nós*. Salvador: EDUFBA.
- Pereira M.E., Suit D. & Casaes N. R. R. (2008) Estigma, V.I.H y Psicología Social. Em *Psicosociología del Estigma: ensayos sobre la diferencia, el prejuicio y la discriminación*. Madrid: Universitas.

- Pereira, M.E., Modesto, J.G. & Matos, M.D. (2012). Em direção a uma nova definição de estereótipos: teste empírico do modelo num primeiro cenário experimental. *Psicologia e Saber Social*, 1(2), 201-220.
- Pereira, M.E., Modesto, J.G., Matos, M.D. & Nascimento, V. S. (2013). Em direção a uma nova definição de estereótipos: teste empírico do modelo em um segundo cenário experimental. *Psicologia e Saber Social*, 2(1), 17-32.
- Pessotti, I. (1984). *Deficiência mental: da superstição à ciência*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
- Pettigrew, T. F. & Meertens, R. W. (1995). Subtle and blatant prejudice in western Europe. *European Journal of Social Psychology*, 25, 203-226.
- Pinel, E. C. (2002). Stigma Consciousness in Intergroup Contexts: The Power of Conviction. *Journal of Experimental Social Psychology* 38, 178–185.
- Phinney, J. S. & Alipuria, L. L. (2006). Multiple social Categorization and identity among multiracial, multiethnic, and multicultural individuals. In Crisp R. J & Hewstone M. (Org). *Multiple social categorization: processes, models, and applications*, Psychology Press: New York.
- Platão. (1997). *A república*. Tradução de Enrico Corvisieri. São Paulo. Editora Nova Cultural Ltda. Acessível em: <http://www.portalfil.ufsc.br/republica.pdf>.
- Prandi, R. (2001). *Mitologia dos orixás*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Puhl, R. M. & Brownell, K. D. (2003). Psychosocial origins of obesity stigma: toward changing a powerful and pervasive bias. Em. *Obesity reviews*, 4, 213–227.
- Quintaneiro, T. (1995). Émile Durkheim. Em Quintaneiro, T., Barbosa M. L. e Oliveira, M. G. de. *Um toque de clássicos: Durkheim, Marx e Weber*. Belo Horizonte: Editora UFMG.
- Reicher, S., Spears, R. & Haslam, S. A. (2010). The Social Identity Approach in Social Psychology. In M. S. Wetherell & C. T. Mohanty (Eds.) *Sage Identities Handbook*. London: Sage.
- Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012*. (2013, 13 de junho). Estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Diário Oficial da União.
- Resolução nº 16 de 20 de dezembro de 2000*. (2000, 20 de dezembro). Dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos.
- Ritsher, J. B. & Phelan, J. C. (2004). Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research*, xx, xxx-xxx.
- Romão, J. (Org.) (2005). *História da Educação do Negro e outras histórias*. Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade. Brasília: Ministério da Educação.
- Ruiz, J. A. (2002). *Metodologia científica: guia para eficiência nos estudos*. 5ª ed. São

Paulo: Atlas.

Schwarcz, L. M. (1993). *O espetáculo das raças: cientistas, instituições e questões raciais no Brasil – 1870-1930*. São Paulo: Companhia das Letras.

Schwarcz, L. M. (1996). Usos e abusos da mestiçagem e da raça no Brasil: Uma história das teorias raciais em finais do século XIX. *Afro-Ásia*, 18, p. 77-101.

Sear, D.O. & Henry, P.J. (2003). *The Origins of Symbolic Racism*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2003, Vol.85(2), p.259-275.

Secretaria de Educação Especial do Ministério da Educação do Brasil. (2008). *Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva*. Recuperado em 19 de março de 2014, de <http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/politicaeducespecial.pdf>.

Secretaria de Relações Institucionais do Governo do Estado da Bahia (SERIN) (2010). *Notícias: 1 de novembro de 2010*. Recuperado em 20 de agosto de 2012, de http://www.serin.ba.gov.br/pessoas_deficiencia.asp.

Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD) / Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR). (2012). *Cartilha do Censo 2010: Pessoas com Deficiência*. Coordenação-Geral do Sistema de Informações sobre a Pessoa com Deficiência; Brasília : SDH-PR/SNPD.

Silva, A. da C. e (2012). *Imagens da África: da Antiguidade ao Século XIX*. 1. Ed. São Paulo: Penguin.

Silva, J. F. da & Pereira, M. E. (2009). Ameaça dos estereótipos no desempenho intelectual de estudantes universitários cotistas. Em Lordelo, J. A.C. & Dazzani, M. V. (org.) *Avaliação educacional: desatando e reatando nós*. Salvador: EDUFBA.

Silva, O. M. da. (1986). *A epopeia ignorada: a pessoa deficiente na história do mundo de ontem de hoje*. São Paulo: CEDAS.

Simon, B. (2004). *Identity in Modern Society. A social psychological perspective* (p. 20-42). Oxford: Blackwell Publishing Ltd.

Souza, J. (2006). *A invisibilidade da desigualdade brasileira*. Belo horizonte: Editora UFMG.

Souza, J. (2000) *A modernização seletiva: uma reinterpretação do dilema brasileiro*. Brasília, Editora da Universidade de Brasília.

Souza, S. R. C. de S., Silva, J. E. O., Melo, P. A de. Seemann, D. K. e Amante, C. J. (2013). Gestão universitária e acesso à universidade: sistema de cotas para pessoas com deficiência. *Gestão Contemporânea*, Porto Alegre, ano 10, n. 13, p. 165-180, Acessível: <<http://seer2.fapa.com.br/index.php/arquivo>

Spears, R. (2011). Group Identities: The Social Identity Perspective. In Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A. e Sartorius, N., (2007). Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *British Journal of Psychiatry* 190,192–193.

- Spink, M. J. (2003). Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. Em P. Guareschi & S. Jovchlovitch (Orgs.). *Textos em representações sociais*. 8ª Ed. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Stangor, C. (1966). The Study of Stereotyping, Prejudice, and Discrimination Within Social Psychology: A Quick History of Theory and Research. Em *Handbook of prejudice, stereotyping, and discrimination*. Taylor & Francis Group, LLC.
- Stuber, J., Meyer, I. & Link, B. (2008). Stigma, prejudice, discrimination and health. Em *Social Science & Medicine* 67 351–357
- Tocqueville, A. (2005) *A democracia na América: leis e costumes de certas leis e certos costumes políticos que foram naturalmente sugeridos aos americanos por seu estado social democrático / tradução Eduardo Brandão; prefácio, bibliografia e cronologia François Furet*. - 2a ed. - São Paulo: Martins Fontes.
- Turner, J. C., Oakes, P. J. Haslam, S. A. & McGarty, C. (1994). Self and collective: cognition and social context. *The Society for Personality and Social Psychology*. 20(5), 454-463.
- Turner, J. C. & Onorato, R. S. (1998). Social identity, personality, and the self-concept: a self-categorization perspective. In Tyler, T. R., Kramer, R. M. & John, O. P. *The psychology of the social self*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Universidade Federal da Bahia. (2010). Faculdade de Medicina. *Programa de Atenção a Saúde da População Negra (PRONEGRO)*. Acessível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pop_negra/inf_est_politicas.php > e < <http://www.medicina.ufba.br/pronegro/pronegro.pdf> >
- Van Ryn, M & Fu, S. S. (2003). Paved with good intentions: do public health and human service providers contribute to racial/ethnic disparities in health? *American Journal of Public Health*; 93(2): 248-255.
- Vieira, J. A. (2002). As abordagens críticas e não-críticas em análise do discurso. Em Silva, D. E. G. da & Vieira, J. A. (Orgs). *Análise do discurso: percursos teóricos e metodológicos*. Brasília: UnB. Oficina – Editorial do Instituto de Letras: Ed. Plano.
- Vignoles, V. L., Schwartz, S.J. & Luyckx, K. (2011). Introduction: toward an integrative view of identity. In Schwartz, S.J., Luyckx, K. & Vignoles, V. L. (Eds.) *Handbook of identity theory and research*. Vol. 1 & Vol. 2. New York. Springer.
- Vitalle, M. S. de S. (2011) Vulnerabilidade e risco na adolescência. Em Silva, E. A. da. & Micheli, D. de. (org's) *Adolescência, uso e abuso de drogas: uma visão integrativa..* São Paulo: Editora Fap-Unifesp.
- Weber, M. (2004). A ética protestante e o “espírito do capitalismo. Tradução José Marcos Mariani de Macedo. São Paulo: Companhia das Letras.
- Weber, M. (2009). *Economia e sociedade*. Tradução de Regis Barbosa. Vol 1., 4º ed. Brasília, Editora da UnB.
- Williams, D. R. & Neighbors, H. (2001) Racism, discrimination and hypertension: evidence and needed research. *Ethnicity & Disease*.; 11:800-16.

- Williams, D. R., & Mohammed, S. A. (2009). Discrimination and Racial Disparities in Health: Evidence and Needed Research. *Journal of Behavioral Medicine*, 32, 20-47.
- Williams, D. R., Neighbors, H. W. & Jackson, J. S. (2003). Racial/ethnic discrimination and health: findings from community studies. *American journal of public health*; 93:200-8.
- Williams, D. R. & Williams-Morris, R. (2000). Racism and mental health: the African American experience. *Ethnicity & Health*; 5:243-68.
- World Health Organization. (2001) The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva: WHO (<http://www.who.int/classifications/icf/en/>).
- World Health Organization (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. World Health Organization, Geneva.
- Zacharias, J. J. de M. (1998). Ori axé, a dimensão arquetípica dos orixás. São Paulo: Vetor.

ANEXO I - Roteiro de entrevista -

0 - *Introdutório* – Fale um pouco sobre quem é você e sua história de vida (de forma genérica).

0.1 – Histórico Familiar: Pais, irmãos, seu nascimento, família atual, sentimentos relativos à esfera familiar.

0.2 - Histórico Afetivo: Mais alguém ou grupo de pessoas que tivesse relevância na sua trajetória de vida.

Texto de passagem – Agora neste bloco, as perguntas vão ser direcionadas para a situação das **peessoas com deficiência**.

01- Sua deficiência é congênita ou adquirida? Qual a situação em que você se tornou uma pessoa com deficiência?

01.2- Qual e como foi a primeira vez que você teve consciência/lembrança de ter sido percebida como uma pessoa com deficiência?

01.3 – Para você, o que é ser uma pessoa com deficiência?

01.4- Como você acha que a pessoa com deficiência é vista pela sociedade?

01.5*- Caso tenha uma deficiência adquirida, qual a visão que você tinha da deficiência, antes de ser uma pessoa com deficiência?

01.6- Você já percebeu discriminações contra as pessoas com deficiência? Se sim, comente um pouco um fato.

01.7-O que você sente quando percebe uma atitude preconceituosa ou que discrimina as pessoas com deficiência?

01.8- Você já foi discriminado por ser uma pessoa com deficiência? Se foi, comente o fato e como você se sentiu.

01.9- Qual sua reação quando é discriminado por ser uma pessoa com deficiência?

01.10- Em quais ambientes você se sente à vontade por ser com deficiência? Por quê?

01.11- Em quais ambientes você não se sente à vontade por ser pessoa com deficiência? Por quê?

*Texto de passagem – Neste segundo bloco, as perguntas vão ser direcionadas para a situação das **peessoas negras**.*

02.1- Para você, o que é ser negro?

02.2 – Você tem uma lembrança ou uma primeira vez que você teve consciência de se perceber como uma pessoa negra?

02.3 - Como você acha que o negro é visto pelas pessoas que não são (ou não se consideram) negras?

02.4 - Você já viu discriminação contra as pessoas negras? Se viu, comente como decorreu o fato.

02.5 - O que você sente quando vê uma pessoa manifestar preconceito ou discriminação com negros?

02.6 - Você já foi discriminado(a) por ser pessoa negra? Se sim, comente como você se sentiu e comente o/algum fato.

02.7 - Qual sua reação quando é discriminado pr ser negro.

02.8 - Em quais ambientes você se sente à vontade em ser negro? Por quê?

02.9 - Em quais ambientes você não se sente à vontade em ser negro? Por quê?

*Texto de passagem – Neste bloco serão perguntas direcionadas para situação de **peessoas negras e com deficiência**.*

03.1 - Você percebe ter sofrido preconceito por ser negro e deficiente, ao mesmo tempo?

03.2 – Você acredite/percebe sofrer mais preconceito por ser negro ou por ser com deficiência, ou você acha que sofre no mesmo nível?

03.3 - No seu ciclo de convivência há outras pessoas negras e com deficiência? Você percebe eles foram ou são vítimas destes tipos de preconceito ou discriminação por serem negras e com deficiência?

03.4 – O que passa na sua cabeça, de automático, quando você percebe que é alvo de algum tipo de preconceito?

03.5 - Como você acredita que estas pessoas devam reagir nessas situações?

03.6 – E você, como reagiria?

03.7 - Em algum momento, você já foi apelidado(a), ou seja, rotulado negativamente? Isto te produziu alguma emoção?

03.8 – Antes mesmo de passar ou perceber uma situação de preconceito, você já sentiu medo, imaginando vir a ser rotulado negativamente?

03.9 - Que tipos de problemas essas situações de preconceito causam a essas pessoas discriminadas?

04.1 - Caso tenha percebido ser objeto de preconceitos ou discriminação, como você acredita que interferiu na sua autoestima?

05.1 - Você tem algum problema de saúde? Você acredita que este problema possa ter relação por ter sido objeto de preconceitos ou discriminação?

05.2 - Você já teve problemas de saúde gastrointestinal (estômago, esôfago, intestino, etc.)?

05.3 - Você tem hipertensão arterial? Você atribui isto as situações de estresse da sua vida?

05.4 – Você já teve sintomas de ansiedade ou depressão, ou até de estar insatisfeito com a vida?

05.5 – Faz uso de alguma substância que altere a consciência (álcool, cigarro, café, maconha, etc.)? E qual a frequência deste uso?

05.6 – Você tem alguma religião? Como você descreveria sua religiosidade?

05.7 – Você pratica esporte? Como você descreveria sua prática?

06 – Você acredita que ter sido alvo de preconceito e discriminação, dificultou sua formação educacional?

07 - E da mesma forma, ter sido alvo de preconceito e discriminação, dificultou na sua rotina de trabalho?

08 - O que você costuma fazer, enquanto estratégias, para lidar com estas situações de preconceito e discriminações?

Dados demográficos

00- Nome.

00.1- Data de nascimento;

00.2- Grau de instrução/escolaridade;

00.3- Bairro de Residência;

00.4- Tipo de deficiência física;

00.5- Trabalho/ocupação (qual sua situação quanto ao emprego?);

00.6- Participação em qual(is) organização(ões) social(is)? Descreva um pouco esta(s) organização(ões) (tempo de fundação, organização, participação em associações sociais, quem é a dirigente, etc.).

ANEXO II - Escala de Autoestima Pessoal

Instruções:

Neste questionário você responderá a questões sobre como você se sente em relação a você mesma e às suas realizações.

Você deve assinalar o número que corresponde melhor ao que você sente. Caso você concorde totalmente com a frase, você assinalará o número 1, caso você discorde totalmente da frase, você assinalará o número 4. Se sua opinião é diferente dessas duas opções, marque 2 ou 3, conforme ela seja.

Ou,

Você deverá mostrar a cor que corresponde melhor ao que você sente. Quanto mais você concorde com a frase, você mostrará um azul mais escuro e quanto mais você discorde da frase, você mostrará um vermelho mais escuro.

Não há respostas certas ou erradas. O que importa é o que você acha que combina mais com seus sentimentos. Pedimos que você responda a todas as questões, não deixando nenhuma em branco.

Muito obrigada pela sua colaboração!

	1		2		3		4	
	Concordo Totalmente		Concordo		Discordo		Discordo Totalmente	
1. Eu sinto que sou uma pessoa que tem o mesmo valor que as outras pessoas.	1	2	3	4				
2. Eu acho que possuo um grande número de boas qualidades.	1	2	3	4				
3. Às vezes sinto que sou um completo fracasso.	1	2	3	4				
4. Eu me sinto capaz de fazer as tarefas a mim destinadas tão bem quanto qualquer outra pessoa.	1	2	3	4				
5. Eu sinto que, na minha vida, não tenho muita coisa de que me orgulhar.	1	2	3	4				
6. Eu sempre tenho uma atitude positiva em relação a mim mesma.	1	2	3	4				
7. De uma maneira geral, me sinto satisfeita comigo mesma.	1	2	3	4				
8. Eu gostaria de ter um pouco mais de amor próprio.	1	2	3	4				
9. Às vezes, eu sinto que não sirvo para nada.	1	2	3	4				
10. Às vezes, eu me sinto a melhor pessoa do mundo.	1	2	3	4				

ANEXO III – Escala de Autoestima Coletiva (Pessoa Negra)

Instruções:

Todos nós somos membros de diferentes grupos e categorias sociais em função do nosso sexo, raça, nacionalidade, classe econômica, além de outros grupos menores, tais como os que formamos no trabalho, na escola, etc.

Gostaríamos que você pensasse na sua condição de pessoa negra e respondesse às afirmações propostas.

Por favor, leia cada afirmação cuidadosamente e responda assinalando o número que corresponde melhor ao que você sente. Caso você concorde totalmente com a frase, você assinalará o número 7, caso discorde totalmente da frase, você assinalará o número 1. Se sua opinião é diferente dessas duas opções, marque 2,3,4,5 ou 6, conforme ela seja.

Ou,

Você deverá mostrar a cor que corresponde melhor ao que você pensa. Quanto mais você concorde com a frase, você mostrará um azul mais escuro e quanto mais você discorde da frase, você mostrará um vermelho mais escuro. Se você não concordar nem discordar, você mostrará o amarelo.

Não há respostas certas ou erradas. O que importa é o que você acha que combina mais com seus sentimentos. Pedimos que você responda a todas as questões, não deixando nenhuma em branco.

Muito obrigada pela sua colaboração!

1	2	3	4	5	6	7
Discordo Totalmente	Discordo	Discordo em parte	Não tenho opinião	Concordo em parte	Concordo	Concordo Totalmente

1. Sinto-me um membro importante da categoria de pessoas negras.	1	2	3	4	5	6	7
2. O fato de ser uma pessoa negra tem muito pouco a ver com o que sinto sobre mim mesmo(a).	1	2	3	4	5	6	7
3. Sinto-me feliz por ser uma pessoa negra.	1	2	3	4	5	6	7
4. A categoria de pessoas negras reflete muito bem o que eu sou.	1	2	3	4	5	6	7
5. Eu sou uma pessoa participante da categoria de pessoas negras.	1	2	3	4	5	6	7
6. Sinto que a categoria de pessoas negras não vale a pena.	1	2	3	4	5	6	7
7. A categoria de pessoas negras em nada contribui para o tipo de pessoa que eu sou.	1	2	3	4	5	6	7
8. Eu, frequentemente, sinto-me um membro inútil da categoria de	1	2	3	4	5	6	7

peessoas negras.							
9. Sinto-me bem em pertencer à categoria de pessoas negras.	1	2	3	4	5	6	7
10. Pertencer à categoria de pessoas negras é importante para a maneira como eu me vejo.	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO IV – Escala de Autoestima Coletiva (Pessoa com Deficiência)

Instruções:

Todos nós somos membros de diferentes grupos e categorias sociais em função do nosso sexo, raça, nacionalidade, classe econômica, além de outros grupos menores, tais como os que formamos no trabalho, na escola, etc.

Gostaríamos que você pensasse na sua condição de pessoa com deficiência e respondesse às afirmações propostas.

Por favor, leia cada afirmação cuidadosamente e responda assinalando o número que corresponde melhor ao que você sente. Caso você concorde totalmente com a frase, você assinalará o número 7, caso discorde totalmente da frase, você assinalará o número 1. Se sua opinião é diferente dessas duas opções, marque 2,3,4,5 ou 6, conforme ela seja.

Ou,

Você deverá mostrar a cor que corresponde melhor ao que você pensa. Quanto mais você concorde com a frase, você mostrará um azul mais escuro e quanto mais você discorde da frase, você mostrará um vermelho mais escuro. Se você não concordar nem discordar, você mostrará o amarelo.

Não há respostas certas ou erradas. O que importa é o que você acha que combina mais com seus sentimentos. Pedimos que você responda a todas as questões, não deixando nenhuma em branco.

Muito obrigada pela sua colaboração!

1	2	3	4	5	6	7
Discordo Totalmente	Discordo	Discordo em parte	Não tenho opinião	Concordo em parte	Concordo	Concordo Totalmente

1. Sinto-me um membro importante da categoria de pessoa com deficiência.	1	2	3	4	5	6	7
2. O fato de ser uma pessoa com deficiência tem muito pouco a ver com o que sinto sobre mim mesmo(a).	1	2	3	4	5	6	7
3. Sinto-me feliz por ser uma pessoa com deficiência.	1	2	3	4	5	6	7
4. A categoria de pessoa com deficiência reflete muito bem o que eu sou.	1	2	3	4	5	6	7
5. Eu sou uma pessoa participante da categoria de pessoas com deficiência.	1	2	3	4	5	6	7
6. Sinto que a categoria de pessoas com deficiência não vale a pena.	1	2	3	4	5	6	7

7. A categoria de pessoas com deficiência em nada contribui para o tipo de pessoa que eu sou.	1	2	3	4	5	6	7
8. Eu, frequentemente, sinto-me um membro inútil da categoria de pessoas com deficiência.	1	2	3	4	5	6	7
9. Sinto-me bem em pertencer à categoria de pessoas com deficiência.	1	2	3	4	5	6	7
10. Pertencer à categoria de pessoas com deficiência é importante para a maneira como eu me vejo.	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO V - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaro ter conhecimento de que estou participando de um estudo conduzido pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal da Bahia, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia.

Estou informado(a) de que, se houver qualquer dúvida a respeito dos procedimentos adotados durante a condução da pesquisa, terei total liberdade para questionar ou mesmo me recusar a continuar participando da investigação.

Meu consentimento, fundamentado na garantia de que as informações apresentadas serão respeitadas, assenta-se nas seguintes restrições:

- a) Não serei obrigado a realizar nenhuma atividade para a qual não me sinta disposto (a) e capaz;
- b) Não participarei de qualquer atividade que possa vir a me trazer prejuízos;
- c) Os nomes dos participantes da pesquisa não serão divulgados em hipótese alguma;
- d) Todas as informações individuais terão o caráter estritamente confidencial;
- e) Os pesquisadores estão obrigados a me fornecer, quando solicitados, as informações coletadas;
- f) Posso, a qualquer momento, solicitar aos pesquisadores, que os meus dados sejam excluídos da pesquisa.

O pesquisador responsável por este projeto de pesquisa é Carlos Vinicius Gomes Melo, de RG 972550925 que pode ser contatado pelo endereço eletrônico cviniciusgm@gmail.com e telefone (71)91329113. A presente pesquisa está sendo realizada com a finalidade de obtenção de título de mestre no Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade Federal da Bahia e está sendo orientada pelo Professor Dr. Marcos Emanuel Pereira.

Salvador, ____ de _____ de 2013.

Atenciosamente,

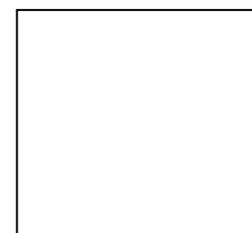
Carlos Vinicius Gomes Melo

Nome do participante: _____

Telefones para contato: _____

E-mail: _____

Assinatura: _____



Espaço para impressão digital,
caso seja necessário.