

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA COORDENAÇÃO DE PÓS-
GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* MESTRADO EM ATENÇÃO À SAÚDE**

LILIAM CARLA VIEIRA GIMENES SILVA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MULHERES DEFICIENTES VISUAIS:
IMPLICAÇÕES NO ÂMBITO DA VIVÊNCIA COTIDIANA.**

Goiânia

2015

Liliam Carla Vieira Gimenes Silva

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MULHERES DEFICIENTES VISUAIS:
IMPLICAÇÕES NO ÂMBITO DA VIVÊNCIA COTIDIANA.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Atenção a Saúde, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Atenção a Saúde.

Área de Concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Promoção à Saúde

Orientadora: Prof.^a Dra. Maria Eliane Liégio Matão

Goiânia
2015

Ficha Catalográfica

FOLHA DE APROVAÇÃO

Liliam Carla Vieira Gimenes Silva

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MULHERES DEFICIENTES VISUAIS: IMPLICAÇÕES NO ÂMBITO DA VIVÊNCIA COTIDIANA.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Atenção a Saúde, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Atenção a Saúde.

Aprovada em ----- de ----- de 2015.

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a Maria Eliane Liégio Matão
Presidente da banca - PUC Goiás

Prof.^a Dr.^a Maria Aparecida da Silva Vieira
Membro Efetivo, Interno ao Programa - PUC Goiás

Prof.^a Dr.^a Nilza Alves Marques Almeida
Membro Efetivo, Externo ao Programa UFG

Prof.^a Dr.^a Fabiana Pavan
Membro Suplente, Interno ao Programa - PUC Goiás

Dedicatória

Dedico este estudo, ao meu esposo Lauro e aos meus pais Francisco e Irene, com muito amor, admiração, respeito e gratidão pelo carinho, amizade e apoio incondicional à minha trajetória profissional, que sempre me incentivaram a busca do conhecimento. Esta conquista só foi possível porque pude contar com vocês. És meu grande exemplo de vida. Obrigada por tudo!

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, à Deus que me deu forças para perseverar e enfrentar os obstáculos.

À minha família pela paciência e compreensão as minhas ausências. Ao meu esposo a sua atenção e incentivo, que ficava sempre deitado no pé da cadeira durante as horas de estudo perguntando: já tá acabando?...

À minha orientadora professora Dra. MARIA ELIANE LIÉGIO MATÃO, pela confiança, paciência, sabedoria, possibilitando meu crescimento e crédito na minha capacidade de realização deste trabalho, meus agradecimentos.

Às Prof^{as} Dr^{as} Maria Aparecida da Silva Vieira, Dr^a Nilza Alves Marques Almeida e Dr^a Fabiana Pavan, componentes da banca examinadora deste estudo, por suas contribuições para o enriquecimento da pesquisa.

À minha AMIGA – IRMÃ DÉBORA pelo constante incentivo nesta caminhada.

Aos professores e colegas do mestrado, pelo carinho.

À instituição ARDV que abriram suas portas e me receberam.

Aos amigos da Universidade e do Plantão, pelo apoio constante e torcida. A todos que contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste trabalho.

RESUMO

SILVA, L.C.V.G. **Mulheres deficientes visuais: implicações no âmbito da vivência cotidiana.** Dissertação de Mestrado – Pontifícia Universidade Católica De Goiás, Goiânia.

Em geral a mulher busca atender aos padrões sociais exigidos, em particular, quanto ao estereótipo em torno do corpo. Nos casos em que o sentido da visão inexistente ou está comprometido, os processos para aquisição dos conceitos do mundo físico se dão de modo diferente. Estabeleceu-se como objetivo conhecer o sistema de representações sociais acerca da imagem corporal e das práticas que regulam a conduta social, sexual e reprodutiva de mulheres deficientes visuais. Trata-se de estudo exploratório, descritivo com abordagem qualitativa, embasada na teoria das representações sociais. Participaram quatorze mulheres deficientes visuais. Os dados foram obtidos com a realização de entrevista semiestruturada, estes processados no *software* Alceste, bem como aplicação de formulário com questões relativas a dados socioeconômico. O dendograma emitido tem dois eixos, com duas classes cada, as quais se interligam entre si. No primeiro eixo, denominado Percepção do Corpo, aparecem classes que tratam sobre Sexo/Sexualidade e Imagem Corporal. O segundo eixo, identificado como Planos de Vida, é constituído por classes com conteúdos relativos às Perspectivas e Enfrentamentos. Mulheres com deficiência visual apresentam a mesma representação social acerca da imagem corporal, bem como as práticas que regulam a conduta social, sexual e reprodutiva, portanto a imagem corporal se apresentou de forma distinta, uma vez que isto não era a principal relevância para o seguimento. Contudo, existe uma percepção da imagem corporal induzida em relação a si mesma, pois a instância da percepção é diferente perante ao cotidiano de cada indivíduo.

Descritores: Mulheres, Deficiência Visual, Sexualidade e Imagem Corporal.

ABSTRAT

SILVA, L.C.V.G. **Visually impaired women: implications in the context of daily life.** Dissertação de Mestrado – Pontifícia Universidade Católica De Goiás, Goiânia.

In general the search women meet social standards required, particularly as the stereotype around the body. In cases where the sense of sight does not exist or is compromised, the processes for acquiring the physical world concepts are given differently. It was established as objective to know the social representations system about body image and practices governing social conduct, sexual and reproductive visually impaired women. It is an exploratory, descriptive study with a qualitative approach, based on the theory of social representations. Participated fourteen blind women. Data were obtained in carrying out semi-structured interviews, these processed in Alceste software and application form with questions concerning the socio-economic data. The dendrogram output has two axles, each with two classes, which are interlinked. In the first axis, called Body Perception, appear classes that deal with Gender / Sexuality and Body Image. The second area, identified as Life Plans, consists of classes with content relating to the prospects and clashes. Vision-impaired women have the same social representation about body image as well as the practices governing the social, sexual and reproductive behavior, so the body image is presented differently, as this was not the main relevance to the follow-up. However, there is a perception of body image induced towards yes same as the instance of perception is different before the daily life of each individual.

Keywords: Women, Visual Impairment, Sexuality and Body Image.

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Figuras

Figura 1 -	Imagem do Olho Humano	21
Figura 2 -	Escala Optométrica Decimal de Snellen	22
Figura 3 -	Representa Campo Visual	22
Figura 4-	Diferente Definições de Deficiência Visual	23
Figura 5-	Etapa em que estão organizadas os <i>Corpus</i>	49
Figura 6 -	Plano de análise e tratamento dos dados	50
Figura 7-	Dendograma resultante da classificação hierárquica descendente	64

Quadros

Quadro 1-	Fatores que podem levar a deficiência visual	26
Quadro 2	Palavras associadas significativamente à classe 3	65
Quadro 3 -	Palavras associadas significativamente à classe 4	67
Quadro 4 -	Palavras associadas significativamente à classe 1	70
Quadro 5 -	Palavras associadas significativamente à classe 2	72

LISTA DE TABELA

Tabela 1 -	Distribuição das características sociodemográficas das mulheres deficientes visuais	52
-------------------	---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ALCESTE	<i>Analyse des Lexèmes Cooccurrents dans les Énoncés d'un Texte</i>
ARDV	Associação Rondonopolitana de Deficientes Visuais
AFC	Análise Fatorial de Correspondência
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
CID-10	10ª Classificação Estatística Internacional das Doenças e Problemas relacionados à Saúde
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Deficiência e Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CER	Centro Especializado em Reabilitação
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBSA	<i>International Blind Sports Federation</i>
ONU	Organização das Nações Unidas
UCI	Unidades de Contextos Iniciais
UCE	Unidade de Contexto Elementar
UE	Urgência e Emergência
ROP	Retinopatia da Prematuridade
RN	Recém- Nascido
RS	Representação Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

	Resumo	
	ABSTRAT	
	Lista de ILUSTRAÇÕES E QUADROS	
	LISTA DE TABELAS	
	LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES	
	BREVE ENFOQUE SOBRE DEFICIÊNCIA	
	INTRODUÇÃO	
2.0	Objetivo	14
2.1	Objetivo Geral	14
2.2	Objetivo Específico	14
	CAPÍTULO I	
3.0	Enfoque sobre Deficiência	15
3.1	Deficiência Visual	20
3.1.1	Fisiologia da Visão Deficiência Visual	21
3.1.2	As diferentes definições de deficiente visual	21
3.1.3	Conceitos Básicos	21
3.1.4	Classificação	23
3.1.5	Causas e Etiologia	25
3.1.6	Fatores que podem levar à deficiência visual	26
3.1.7	Recursos Ópticos	29
3.1.8	Deficiência Visual na perspectiva de gênero	29
3.1.9	Considerações sobre a imagem corporal e identidade	38
4.0	Teoria das Representações Sociais	40
4.1	<i>Habitus</i> e Representações Sociais: uma questão para o estudo de identidades coletivas	42
4.2	A identidade como representação	43
	CAPÍTULO II	
5.0	MÉTODO	
5.1	Tipo de estudo	44
5.2	Cenário de Estudo	45
5.3	Participante da Pesquisa	45
5.4	Demais aspectos Ético-legais	46
5.5	Instrumento e procedimentos da coleta de dados	47
5.6	Procedimentos de análise de dados	47
6.0	Resultados	52
7.0	Discussão	74
8.0	CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
	Referências	
	Apêndice A	98
	Apêndice B	99
	Anexo 1	100
	Anexo 2	101

1.0 INTRODUÇÃO

A sociedade e o Estado devem assegurar, aos seus cidadãos, a igualdade de oportunidades, em qualquer situação de vida, incluindo pessoas especiais. Pessoas com deficiência são aquelas que apresentam alguma dificuldade de caráter físico, sensorial e/ou intelectual, que podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade com as demais pessoas. Em 2008, a Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência trouxe, como propósito, a promoção, proteção e também a garantia de assegurar condições de igualdade dos direitos humanos e liberdades fundamentais para todas as pessoas com deficiência (NOGUEIRA, 2008).

Em nível nacional, o arcabouço legal assegura direito pleno à saúde de todos os cidadãos. A política nacional de saúde constituída pelo Sistema Único de Saúde (SUS) sustenta-se sob os pilares da Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde, o que se configura em atendimento igualitário do cuidado e promoção da saúde de toda a população, completa e indistintamente (MENICUCCI, 2009). Neste sentido, os serviços devem ser pensados e oferecidos aos diversos segmentos conforme a especificidade de cada um deles; entretanto, sabe-se das muitas lacunas ainda existentes na atenção à saúde e exemplo disso é a política de atenção aos portadores de necessidades especiais, com destaque, neste caso, para os portadores de deficiência visual.

A política do Ministério da Saúde (MS), destinada aos portadores de deficiência visual, encontra-se voltada para a inclusão em toda a rede SUS (BRASIL, 2007). O número estimado desta população no Brasil é de 24,5 milhões de pessoas portadoras de alguma deficiência, das quais quase a metade é, especificamente, de deficiência visual. Isso caracteriza o reconhecimento da necessidade de implementar propósitos gerais, desde a prevenção de agravos até a proteção da saúde daqueles com a deficiência visual instalada e, quando possível, reabilitar a sua capacidade funcional e desempenho humano.

Nesta direção, a promoção da saúde, que é uma estratégia para melhorar a qualidade de vida da população, trás uma reflexão da autonomia, saúde, da prática social na qual esta inserida o seguimento citado. Esta rede de trabalho de promoção à saúde que objetiva produzir a atividades compartilhada entre o usuário, movimento sociais, e de outros setores, que determina uma corresponsabilidade no processo saúde/doença.

Nesse universo, para a mulher deficiente visual, há uma pluralidade de fatores implicados. Estudar a temática exige um olhar multidirecional capaz de permitir a apreensão de toda a amplitude presente no processo das relações intersubjetivas. Certamente se colocam, com forte ênfase, as relações de gênero numa perspectiva relacional e transversal, além do comportamento e atitude relacionados com a vida sexual e reprodutiva, em particular, da mulher cega. Do exposto, pode-se formular a questão: Como se organiza o sistema de representações sociais acerca da própria imagem corporal e das práticas que regulam a conduta social, sexual e reprodutiva de mulheres deficientes visuais?

Para responder à pergunta, estabeleceu-se, como objetivo para o presente estudo, conhecer o sistema de representações sociais acerca da imagem corporal e das práticas que regulam a conduta social, sexual e reprodutiva de mulheres deficientes visuais.

Este trabalho está organizado em dois capítulos. O primeiro deles é destinado ao registro de conteúdos que compõem o corpo teórico conceitual com maior interface e que sustenta a investigação proposta. A abordagem caracteriza-se como concisa e tem início com o enfoque sobre as deficiências com as implicações na sua conjuntura histórica e legal. Após, passa-se a discorrer sobre deficiência visual nos seus aspectos teóricos conceituais e também questões implicadas, como gênero, sexualidade, imagem corporal e identidade das mulheres deficientes visuais. O último tema do Capítulo I é relativo ao referencial teórico metodológico adotado no estudo, qual seja, a teoria das representações sociais (MOSCOVICI, 1978).

No segundo capítulo, estão apresentados os resultados da pesquisa de campo, que aparecem divididos em dois subitens. No primeiro, está descrito o método utilizado no estudo, com todo o detalhamento relativo às participantes, instrumentos e explicações técnicas necessárias, usados no processo de análise. No segundo item, encontram-se os resultados da pesquisa de campo, primeiramente a caracterização das participantes, exibidas em tabelas e quadros, e em seguida a parte empírica do estudo, seguida da discussão dos temas que se destacam. Por fim, são feitas as considerações finais, quando se buscam evidenciar, de forma objetiva e sintética, os principais achados do estudo.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral:

Como se organiza do sistema de representações sociais acerca da imagem corporal e das práticas que regulam a conduta social, sexual e reprodutiva de mulheres deficientes visuais.

2.2 Objetivos Específicos:

- Traçar o perfil socioeconômico e cultural das participantes;
- Conhecer como a mulher deficiente visual percebe-se inserida nos vários espaços sociais;
- Descrever os fatores facilitadores e dificultadores presentes no processo de construção da auto imagem corporal;
- Apresentar a vivência de mulheres deficientes visuais acerca de questões relacionadas ao seu comportamento social, sexual e reprodutivo;

CAPÍTULO I

3.0 Enfoque sobre Deficiência

Historicamente, a deficiência era percebida pela sociedade com a obliquidade religiosa e do mito. Nessa perspectiva, durante centenas de anos a mesma foi explicada como possessão demoníaca ou punição, devido aos pecados. Entre os séculos XIX e XX, com o desenvolvimento da ciência, a deficiência foi compreendida a partir de bases biológicas e, mais tarde, nas décadas de 1960 e 1970 do último centenário, passou a ter outros conceitos incluídos no contexto. Passaram a ser consideradas abordagens sociais, o que permite entender a discriminação como problema social e de saúde pública. No início dos anos de 1980, passaram a ser discutidas e reivindicadas questões relativas à igualdade de direito de oportunidades a todas as pessoas. Em 1981, a Organização das Nações Unidas (ONU) instituiu o Ano e a Década da Pessoa Portadora de Deficiência, o que, em muito, contribuiu para maior sensibilização da sociedade (BRASIL, 2008).

Por muitos anos, o entendimento relativo à deficiência permaneceu restrito. Resumia-se na perda ou anormalidade da estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, temporária ou permanente. Estavam incluídas, também, anormalidades, defeitos ou perda de um membro ou órgão, abrangendo, ainda, as funções mentais (AMIRALIAN *et al.*, 2000).

Dentre as definições mais recentes de deficiência, tem destaque a Classificação Internacional de Funcionalidade, Deficiência e Saúde (CIF). Nesta está incluída o termo deficiências, limitações de atividades ou restrições na participação que resulta da interação entre a pessoa com condição de saúde e os fatores pessoais e do ambiente. A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência destaca que este conceito está em evolução e tende a abarcar, cada vez mais, a interação entre pessoas com deficiência e as barreiras das atitudes preconceituosas das pessoas e do ambiente que impedem sua participação na sociedade, em igualdade e oportunidade com as demais pessoas (UNESCO, 2014).

A deficiência pode ser adquirida por várias maneiras. Inclui as doenças crônicas, ferimentos por acidentes, subnutrição, problemas de saúde mental e doenças congênitas. Certamente, esses fatores estão interligados ao grande

crescimento populacional e ao aumento das doenças crônicas, ambos consequentes do envelhecimento da população, resultante da ampliação da expectativa de vida (BRASIL, 2010).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), entre os anos de 2006 e 2011, 10% da população mundial apresentaram algum tipo de deficiência. Além disso, aponta esses portadores como os grupos mais vulneráveis e com menos autonomia, principalmente, aqueles que vivem nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, nos quais as condições de pobreza são incontestáveis (UNESCO, 2014).

No Brasil, estima-se que vivam mais de 45.606.048 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência, o que corresponde a 23,9% da população brasileira. Desse total, a imensa maioria, 38.473.702, reside na zona urbana e 7.132.347, na rural. No que se refere ao seguimento gênero, o percentual feminino, 26,5%, é superior ao masculino, 21,2%. Quanto à idade, 67,7% são idosos com mais de 65 anos. Em relação à cor, a preta e amarela registram o maior percentual, 27,1%. Referente à raça, a indígena tem menor percentual, 20,1% (IBGE, 2010).

São quatro os tipos de deficiências. No Brasil, em números decrescentes, a deficiência visual atinge 35,8 milhões de pessoas e acomete mais mulheres (21,4%) do que homens (16%). Em seguida, aparece a deficiência motora entre 13,3 milhões de pessoas e, também, mais entre mulheres (8,5%) do que em homens (5,3%). Depois vem a deficiência auditiva, que abrange 9,7 milhões de pessoas, mais casos em homens (5,3%) que mulheres (4,9%). A deficiência mental e intelectual incide em 2,6 milhões de pessoas, respectivamente 1,5% e 1,2% sobre homens e mulheres (IBGE, 2010).

No Brasil, a pessoa com deficiência tem proteção, de modo expreso, na Constituição Federal vigente. Assim, existe no país arcabouço legal que trata dos quadros de deficiências. O Decreto Federal nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, que regulamenta a Lei no 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção e dá outras providências (BRASIL, 1999). Conforme o artigo 3º do documento:

I - deficiência – toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o

desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano;

II - deficiência permanente – aquela que ocorreu ou se estabilizou durante um período de tempo suficiente para não permitir recuperação ou ter probabilidade de que se altere, apesar de novos tratamentos; e

III - incapacidade – uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa portadora de deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida (BRASIL, 1999, s.p).

No artigo 4º, aparecem textualmente quais as deficiências de que o indivíduo é portador para, então, ser caracterizado com precisão. Conforme o inciso, são aquelas que se enquadram numa das categorias seguintes: deficiência física, auditiva, visual, mental ou deficiência múltipla, caso em que há a associação de duas ou mais deficiências (BRASIL, 1999).

O Decreto Federal nº 5.296, de 02 de dezembro de 2004, regulamenta duas leis que se aplicam às pessoas com deficiência. A Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, dá prioridade de atendimento às pessoas especificadas e, aí, estão incluídas as pessoas com deficiência. Também a Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000, estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências (BRASIL, 2004).

A Convenção Internacional para Proteção e Promoção dos Direitos e Dignidade das Pessoas com Deficiência foi aprovada pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), em 2006 e ratificada no Brasil em julho de 2008. Em seu artigo primeiro, define que seu propósito é proteger e assegurar as condições de igualdade dos direitos humanos e liberdades fundamentais para todas as pessoas com deficiência, conforme a seguir:

Artigo 1 - O propósito da presente Convenção é o de promover, proteger e assegurar o desfrute pleno e equitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por parte de todas as pessoas com deficiência e promover o respeito pela sua inerente dignidade (BRASIL, 2008, p.27).

Juntamente com a indicação de seu propósito, a Convenção esclarece quem são as pessoas com deficiência:

São aquelas que têm impedimentos de natureza física, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade com as demais pessoas (BRASIL, 2008, p.27).

É importante ressaltar que, essencialmente, a deficiência não se caracteriza como doença. É, sim, causada por uma doença, mas, conforme esclarece Martins (2008, p. 28), não pode “ser confundida com uma das causas que a podem gerar, e que não a constitui de fato”.

Retomando o propósito da convenção da ONU, a intenção é buscar garantir equidade às pessoas com deficiência. Reforça a ideia de que a discriminação social a esse segmento se apresenta como barreira real à participação deles em condições de igualdade. Tal possibilidade, qual seja, condições de igualdade, só se efetiva no meio em que há respeito às diferenças, ou seja, “uma efetiva e substancial igualdade sem que se tenha em conta as distintas condições das pessoas” (NOGUEIRA, 2008, p. 27-28)

A convenção também apresenta, no artigo 3, os seus princípios, os quais estão relacionados à frente:

- O respeito pela dignidade inerente, independência da pessoa, inclusive a liberdade de fazer as próprias escolhas, e autonomia individual;
- A não-discriminação;
- A plena e efetiva participação e inclusão na sociedade;
- O respeito pela diferença e pela aceitação das pessoas com deficiência como parte da diversidade humana e da humanidade;
- A igualdade de oportunidades;
- A acessibilidade;
- A igualdade entre o homem e a mulher;
- O respeito pelas capacidades de desenvolvimento de crianças com deficiência e respeito pelo seu direito a preservar sua identidade (BRASIL, 2008, p.31).

O Departamento das Ações Programáticas Estratégicas do Ministério da Saúde (MS) desenvolveu o caderno de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência, no Sistema de Saúde. É uma proposta de acolhimento aos deficientes, na promoção, acessibilidade, prevenção, assistência à saúde e o processo de reabilitação para os deficientes, na rede de serviço no Sistema de Saúde, em todo o país. Os deficientes, assim como todo cidadão, devem procurar assistência à saúde em unidades básicas de saúde próximas ao local de sua residência, onde serão atendidos por equipes multiprofissional de saúde. Em casos de situações mais graves, precisam ser encaminhados para serviços especializados nas situações de avaliação funcional e reabilitação (BRASIL, 2009).

No ano de 2012, o MS publicou a Portaria GM/MS 793, de 24 de abril, por meio da qual instituiu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A rede nasceu com os seguintes propósitos: promover a ampliação do acesso e qualificação do atendimento às pessoas com deficiência; possibilitar o vínculo das pessoas com deficiência e suas famílias entre os pontos de atenção; e garantir a articulação entre os pontos de atenção das redes de saúde no território. A rede SUS está organizada por meio de três componentes de atenção: Atenção Básica; Atenção Especializada de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Ostomia e Múltiplas Deficiências; e Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência, que deverão estar articulados entre si (BRASIL, 2012).

O componente da Atenção Básica ocupa posição estratégica para a ampliação e atenção às pessoas com deficiência, priorizando ações estratégicas nas ações de identificação precoce das deficiências, no acompanhamento dos recém-nascidos que apresentem alto risco até os dois anos de idade, no suporte, sempre que necessário, às famílias, no acompanhamento e cuidado à saúde das pessoas na atenção domiciliar. No que se refere à Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências, contará com os seguintes pontos de atenção: Estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação; Centros Especializados em Reabilitação (CER); Oficinas Ortopédicas Fixas e Itinerantes; e Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). O CER é um ponto de atenção ambulatorial especializado em reabilitação, no qual serão realizados diagnósticos, tratamento, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, constituindo-se em referência para a rede de atenção à saúde no território (BRASIL, 2015).

O componente da Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência se responsabilizará pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com deficiência; instituirá equipes de reabilitação em portas hospitalares de UE; e ampliará o acesso e qualificará às ações de atenção e cuidado para pessoa com deficiência, em leitos de reabilitação; ampliação do acesso às UE odontológicas, bem como ao atendimento sob sedação ou anestesia geral, adequando os centros cirúrgicos e equipes para este fim (BRASIL, 2015).

Desde a instituição da Rede, no ano de 2012, o MS, juntamente com Estados e municípios de todas as regiões do Brasil, vem desenvolvendo um conjunto de

ações que visam à implementação da Rede nas regiões. Dentre essas ações, destaca: a construção de 77 novos Centros Especializados em Reabilitação; a habilitação de 124 estabelecimentos de saúde existentes como Centros Especializados em Reabilitação; a construção de 39 novas Oficinas Ortopédicas; e a habilitação de 24 Oficinas Ortopédicas existentes. No âmbito da deficiência visual, dentre os 124 CER's habilitados, 32 possuem habilitação para a modalidade da reabilitação visual (BRASIL, 2015).

Além dessas ações estruturantes, existem nove Diretrizes de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência. As diretrizes têm por objetivo oferecer orientações às equipes multiprofissionais para o cuidado à saúde da pessoa com deficiência nos diferentes pontos de atenção da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Dentre as diretrizes publicadas, estão as Diretrizes de Atenção à Saúde Ocular na Infância, cuja norma traz, como objetivo específico, oferecer orientações às equipes multiprofissionais para o cuidado à saúde ocular da criança, abrangendo o pré-natal, neonatal e até o final da infância. E busca atender a um dos objetivos da rede que é desenvolver ações de prevenção e de identificação precoce das deficiências nas fases pré, peri e pós-natal, na infância, adolescência e vida adulta (BRASIL, 2013).

3.1 Deficiência Visual

No Brasil, a deficiência visual tem o maior percentual dentre todas as deficiências. A severidade da deficiência visual pode variar desde baixa visão à cegueira. Sampaio & Haddad (2009) consideram, para a população geral do país, prevalência de 1,7% de baixa visão e 0,3% de cegueira.

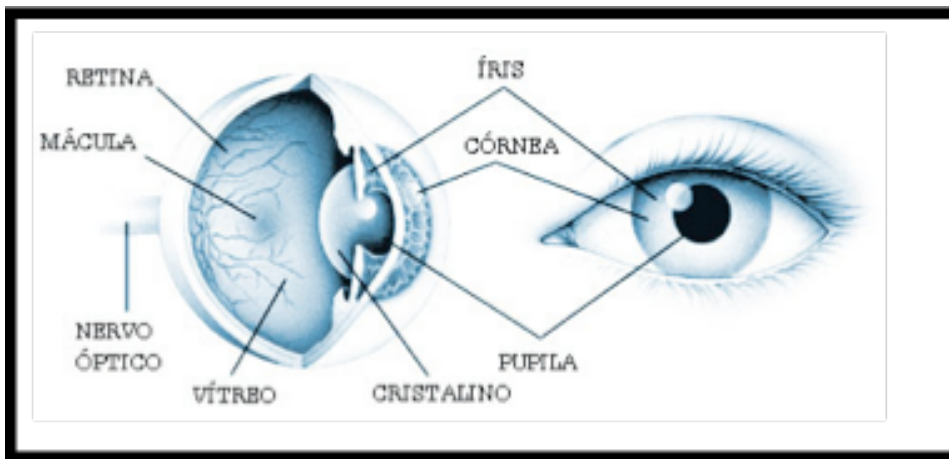
Conforme aparece no Decreto 5.296, são caracterizados como deficiência visual os casos de (BRASIL, 2004, s.p):

cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

3.1.1 Fisiologia da Visão

No processo normal da visão, o funcionamento se dá quando,

Raios de luz entram pela frente do olho através da córnea. A córnea é transparente e curva. A íris, a parte colorida dos olhos, expande-se e se contrai em resposta à intensidade da luz que recebe. No centro da íris, está uma abertura, a pupila. Os raios de luz passam através da pupila para as lentes, que estão atrás da íris. As lentes trazem o objeto visto para o foco, mudando sua espessura. O processo de ajustamento, pelas lentes, traz as imagens próximas e aquelas que estão longe, em um foco chamado acomodação. As lentes focalizam os raios de luz dentro da retina, a linha interna do preto do olho. Isto é feito pelas células fotossensíveis que reagem aos raios de luz e enviam mensagens pelo nervo óptico para o centro visual do cérebro (SMITH, 2008, p. 331).



Fonte: <http://www.laboratoriorigor.com.br/anatomia.html>.

Figura 1: Imagem do Olho Humano.

3.1.2 As diferentes definições de deficiência visual

A temática deficiência visual engloba uma variedade de condições orgânicas e sensoriais, ocasionando diferentes consequências no desempenho visual das pessoas, uma vez que essa deficiência compreende desde pequenas alterações na acuidade visual até a ausência de percepção de luz (CAMPOS JÚNIOR, 2010).

Agora, antes de passarmos às diferentes definições de deficiência visual, fazem-se necessários alguns conceitos básicos.

3.1.3 Conceitos Básicos

(i) Acuidade Visual

A acuidade visual é parte essencial da resolução da refração ocular e para defini-la faz uso dos optotipos que adotam, para uma visão normal, uma dimensão

de letra que, em determinada distância, seja identificada pelo examinador (DOME, 2008).

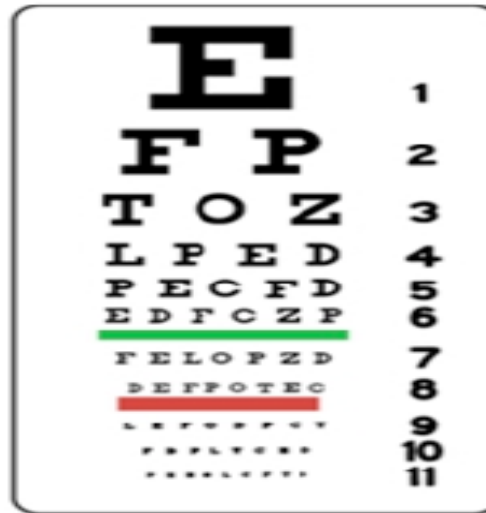


Figura 2: Escala Optométrica Decimal de Snellen para medida de acuidade visual (SAMPAIO; HADDAD, 2009, p. 45).

(ii) Binocularidade

A binocularidade é um termo que se aplica à disposição de apreender os estímulos visuais com os dois olhos. Esta percepção visual do espaço se dá com base na frontalização dos olhos e prevalece a superposição completa do campo visual, trazendo a capacidade de percepção de profundidade de objetos nesse campo visual (RHEIN, 2006).

(iii) Campo visual

O campo visual de um olho é a distância do ambiente que pode ser visto, estando a cabeça imóvel. No ser humano, o campo visual abrange cerca de 150° e os campos de ambos os olhos se sobrepõem em cerca de 120° (RHEIN, 2006).

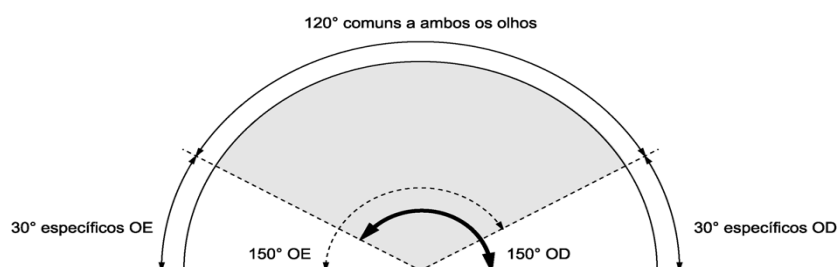


Figura 3: Representação do campo visual

(iv) Visão de cores

É a capacidade para distinguir diferentes tons e nuances das cores, já utilizada nos primeiros anos de vida do ser humano (VENTURA, 2007).

(s) Sensibilidade à Luz

É a capacidade de adaptação frente aos diferentes níveis de luminosidade do ambiente (MUNSTER; ALMEIDA, 2005).

(vi) Sensibilidade ao Contraste

Consiste na habilidade para observar pequenas diferenças na luminosidade de superfícies adjacentes; portanto, a maior parte das atividades diárias do ser humano é desenvolvida em condições de baixo contraste. Exemplo: encher um copo d'água, subir ou descer escadas, detectar buracos na calçada e reconhecer faces (GADELHA *et al.*, 2010).

3.1.4 Classificação

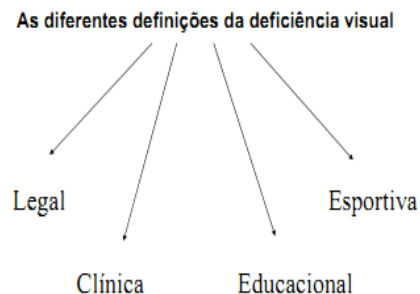


Figura 4: Diferentes Definições de Deficiência Visual

I - Classificação Clínica

A classificação é usada para fins de diagnósticos e tratamento. A classificação clínica veio com uma proposta de estudos populacionais e para pesquisa desenvolvida pela OMS na 10ª Classificação Estatística Internacional das Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10). Essa categorização é baseada nas recomendações efetuadas no ano de 1972 por um grupo de estudos para a Prevenção da Cegueira da OMS (SAMPAIO; HADDAD, 2009).

Contudo, foi considerada visão subnormal ou baixa visão quando o valor da acuidade visual no melhor olho é menor do que 0,3 e maior ou igual a 0,05 ou com campo visual menor do que 20° no melhor olho; e para cegueira, esses valores encontram-se abaixo de 0,05 e com campo visual de 10°, como exemplificado no Quadro 1.

Já a CIF proporciona base científica para a compreensão e o estudo da saúde e do bem-estar relacionado à saúde em qualquer indivíduo. Portanto, a funcionalidade indica os aspectos positivos da interação entre o indivíduo e seus fatores contextuais; e a incapacidade sugere aspectos negativos, ou seja, deficiência, limitação das atividades ou restrição na participação (SAMPAIO; HADDAD, 2009).

II - Classificação Esportiva

A classificação esportiva é baseada no *International Blind Sports Federation* (IBSA), que tem como identificação a letra B nas subcategorias referentes ao termo *blind*, que traz, como significado: cego.

Então, esta classificação esportiva apresentada pela IBSA compreende como:

B1- Desde a inexistência de percepção de luz em ambos os olhos, até a percepção luminosa, porém com a incapacidade para reconhecer a forma de uma mão a qualquer distância ou direção.

B2- Desde a capacidade para reconhecer a forma de uma mão, até a acuidade visual de 2/60 metros e ou campo visual inferior a 5°.

B3- Acuidade visual entre 2/60 e 6/6/ metros, ou um campo visual entre 5° e 20° (ISBA, 2015).

III - Classificação Legal

A classificação legal permite que o deficiente visual tenha direitos de atendimento pela lei e recursos junto à Previdência Social, estabelecendo o exercício da cidadania de acordo com a Constituição Federal de 1988, que se refere uma condição de igualdade entre as pessoas.

A Lei Nº 7.853, de 24 de Outubro de 1989, trata sobre o apoio às pessoas com deficiência e da sua integração social. Além disso, discorre sobre a

Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, e ainda disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências (BRASIL, 1989).

No âmbito do desporto, as Leis 10.264 (Lei Piva) de 16 de julho de 2001 e 9.615(Lei Pelé) de 24 de março de 1998, regulamentada pelo Decreto nº 7984 de 8 de abril de 2013 estabeleceu que 2% da arrecadação bruta das loterias federais do país sejam repassadas ao Comitê Olímpico Brasileiro (85%) e Comitê Paraolímpico Brasileiro (15%). Do montante destinado ao Comitê Olímpico Brasileiro, 10% devem ser investidos no esporte escolar e 5% no esporte universitário (BRASIL, 2013).

IV - Classificação Educacional

A Classificação Educacional é baseada em recursos no processo de ensino e aprendizagem, uma vez que possibilita ao aprendiz estar centrado no que sabe e pode fazer, favorece ao deficiente visual um relacionamento saudável e produtivo com o meio social (FREITAS; DEL PRETTE, 2014).

Para isso, a classificação educacional define o deficiente visual com baixa visão e níveis menores de perda da visão, o que pode ser auxiliado por recursos para melhor resolução visual; já a cegueira é entendida como a perda total da visão. (SAMPAIO; HADDAD, 2009).

3.1.5 Causas e etiologia

A deficiência visual apresenta-se de duas maneiras, podendo ser congênita, que é do nascimento de uma criança até dois anos de idade, ou adquirida, que seria após estes dois anos de idade. Observa-se que o indivíduo, ao perder a visão em qualquer etapa de sua vida, tem um impacto diferente. Vale ressaltar que, quanto mais tarde se adquire a deficiência, mais coisas serão lembradas, pois, aqueles que nascem com essa imperfeição, apresentam certa dificuldade na construção de conceitos e reconhecimento dos objetos. Logo, a memória visual é um fator importante para o desenvolvimento e interação social (SMITH, 2008).

Rhein (2006) aponta que o olho deve ser examinado já no pré-natal, no primeiro trimestre, ou seja, nas primeiras 12 semanas gestacionais, uma vez que, através da ultrassonografia, consegue-se ter a verificação das cavidades orbitais e seu conteúdo. Diante disso, distinguem-se as causas congênitas acometidas através da toxoplasmose, malformações oculares, glaucomas congênitos, catarata congênita e retinoplastia da prematuridade e amaurose congênita de Leber (descolamento de retina e malformação vascular). E já as adquiridas se manifestam com os traumas oculares, catarata, glaucoma, degeneração senil e alterações da retina, relacionadas com as doenças crônicas como a hipertensão arterial e a diabetes *melittus*.

Pesquisa realizada em cinco maternidades na cidade de Manaus identificou o diagnóstico oftálmico emitido para os recém-nascidos (RN). Foram considerados normais 2.462 bebês, 53,6% dos nascimentos, e os demais, 2.129 (46,4%) RN, com alguma alteração ocular, sendo Retinopatia da Prematuridade (ROP) com 69,8%, Conjuntivites com 18,9%, Catarata em 4,1%, Estrabismo com 3,6%, Uveítes com 2,5% e 0,8% as anormalidades congênitas (CAMPOS JUNIOR, 2010).

3.1.6 Fatores que podem levar à deficiência visual

Os autores Alves (2010) e Neves (2004) apontam alguns fatores que podem levar a uma deficiência visual do tipo baixa visão ou cegueira. Variam conforme a região ou tecido comprometido, como a seguir:

Quadro 02 – Fatores que podem levar à deficiência visual.

A- Condições dos Olhos	
Astigmatismo	O termo vem de “a” que significa falta de e <i>stigma</i> significa “um ponto”. Ocorre quando os meridianos principais dos olhos têm diferentes focos. Leva à baixa visão de longe, de perto ou ambos e também pode apresentar cansaço visual que é chamado de astenopia; traz como sintomas a astenopia, cefaléia frontal e temporal.
Miopia	Palavra originada do grego <i>myo</i> que significa fechar e <i>óps</i> que explica olho. Permite ver os objetos próximos e não os distantes; chamada de visão curta. Assim, ocorre quando o olho é muito grande ou a córnea é muito curva e os raios de luz são convergidos para um ponto anterior à retina. Neste caso, a baixa acuidade visual para longe é a principal queixa dos míopes.
Hipermetropia	Palavra originada do grego <i>hyper</i> que significa aumento, <i>metron</i> vem de medida e <i>óps</i> de olho. Assim, o olho é muito pequeno ou

	a córnea muito plana. Portanto, os raios de luz são focados depois da retina e permitem ver os objetos a distância, mas não os objetos próximos.
B-Condições dos Músculos do Olho	
Estrabismo	Condição em que os olhos não apresentam paralelismo, que pode manifestar-se através de desvios para dentro ou para fora, para cima ou para baixo. A sua causa é desconhecida e atinge, igualmente, homens e mulheres. Existem duas formas mais comuns de estrabismo que são a esotropia na qual os olhos são desviados para dentro e o exotropia quando os olhos são desviados para fora. O tratamento do estrabismo pode ser cirúrgico ou não; entretanto, inclui o uso de alguns colírios, óculos ou injeções. Caso o tratamento seja cirúrgico, o ideal é o que realize enquanto a criança for menor para permitir a visão binocular dos olhos.
C - Condições da Córnea, Íris e Lentes	
Catarata	Provém da perda de transparência de uma lente natural, que impede a nitidez da imagem na retina. A catarata em estágios avançados leva à cegueira, mas é considerável reversível. Portanto, a baixa da visão através da catarata expõe limitação nas atividades normais, e origina, como fator de risco, a idade, devido à opacidade do cristalino. Apontam-se outros fatores que contribuem para o surgimento da catarata: genética, diabetes, algum trauma ocular, uso de corticóides prolongados, exposição solar e radiação, e consumo de álcool e tabaco. Neves (2004) cita alguns sintomas comuns da catarata com baixa gradual e progressiva da visão, ofuscamento em ambientes claros, halos ao redor da luz, melhora inicial da visão de perto, visão prejudicada à noite, objetos com aparência amarelada, embaçada, borrada ou distorcida e falta de interesse pelas atividades do dia a dia. Neste caso, o tratamento indicado para catarata é uma intervenção cirúrgica, não necessitando de internação e possibilitando a restauração, praticamente, imediata da visão.
Glaucoma	É uma doença relacionada com a pressão ocular, a qual acomete o nervo óptico que consiste em uma estrutura responsável por enviar, até o cérebro, as imagens que vemos. Logo, quanto maior a pressão ocular, maior a chance de lesão do nervo e, conseqüentemente, leva à perda do campo visual. Pode se manifestar de algumas formas, como: glaucoma congênito, glaucoma crônico de ângulo aberto que acomete em decorrência do processo do envelhecimento e o glaucoma de ângulo fechado quando o ângulo de drenagem está obstruído com sintomas de forte dor no olho, cefaleia, auréolas de arco-íris ao redor da luz, visão embaçada ou perda súbita da visão e náuseas e vômitos. Existem alguns riscos que proporcionam a probabilidade de

	desenvolver o glaucoma: no caso da idade, genética familiar, lesões oculares prévias, histórico de anemia, miopia e em pessoas de origem africana e asiática. Para o glaucoma, os tratamentos são utilizados para prevenir a perda da visão por meio do uso de colírios, remédios via oral e, em alguns casos, intervenção cirúrgica, com objetivo de diminuir a pressão ocular, aprazando a produção de humor aquoso de dentro do olho.
Anirídia	Ausência de Íris, consequência da falta de pigmento (albinismo), resultando em sensibilidade derradeira à luz.
D - Condições da Retina	
Retinopatia Diabética	São alterações da retina, causadas pelo diabetes e uma das principais causas da cegueira. As manifestações são pequenas alterações nas paredes dos vasos retinianos que levam à formação de microaneurismas e hemorragias retinianas, que originam depósitos de lipídios na retina, edema retiniano e alterações vasculares, dificultando a irrigação e levando à formação de vasos irregulares. Tem como forma de tratamento duas possibilidades: a fotocoagulação com <i>laser</i> argônio quando relacionado ao edema retiniano e dificuldade de irrigação sanguínea; e através da vitrectomia, procedimento cirúrgico quando há deslocamento da retina.
Retinopatia Pigmentosa	É a doença genética dos olhos que conduz à cegueira e apresenta, como primeiro sintoma, a cegueira noturna .
Retinoblastoma	Apresenta-se em forma de tumor na retina.
Degeneração Macular	Quando há um dano em pequena área próxima ao centro da retina, que causa restrição da visão central fina e dificuldade na escrita e na leitura.

Albuquerque e Alves (2003), desenvolveram pesquisa no Instituto Materno-Infantil de Pernambuco, para identificação de distúrbios visuais. Constataram que os distúrbios visuais mais detectados (63,9%), foram os transtornos dos músculos oculares, do movimento binocular, da acomodação e da refração, sendo o estrabismo e a hipermetropia os mais comuns. Seguiram-se os transtornos da conjuntiva e da pálpebra (20,0%), da coroide e da retina (5,1%) e do cristalino (3,9). Transtornos da esclerótica e do humor vítreo, glaucoma congênito, cegueira e outros distúrbios foram observados em menor frequência.

3.1.7 Recursos Ópticos

Os chamados recursos ópticos são dispositivos ou lentes de uso especial para os deficientes visuais de baixa visão os quais auxiliam com alto poder de maximizar a imagem. Portanto, a escolha destes recursos está voltada para a necessidade específica de cada portador da deficiência que pode diferir das necessidades apontadas, faixa etária, preferência, interesse e habilidades. Contudo esses recursos ópticos podem ser os óculos com lentes para perto ou longe, lupas de apoio, lupas de mesa, barras de leituras, óculos de lentes escuras nos casos de deficientes visuais apresentarem fotofobia, telescópicos de perto e longe (FERRONI, 2012).

Vale ressaltar que cada auxílio óptico é indicado individualmente, pois confere o comprometimento visual de cada indivíduo e corresponde à eficiência e à capacidade de ver. O uso desse auxílio é prescrito por um profissional médico com especialização em Oftalmologia a fim de, por meio de cada diagnóstico, adequar cada recurso conforme a necessidade do deficiente visual. Pode-se apontar a classificação dos recursos ópticos, como aqueles que se posicionam entre o observador e o objeto a ser observado. Já os não ópticos, também chamados de funcionais adaptativos, modificam as características ambientais e o material a ser observado, e o eletrônicos, que integram o sistema óptico para a ampliação das imagens (SAMPAIO; HADDAD, 2009).

3.1.8 DEFICIÊNCIA VISUAL NA PERSPECTIVA DE GÊNERO

As feministas americanas, na década de 1970, começaram a rejeitar o determinismo biológico nas diferenças sexuais. Iniciaram o uso do termo gênero para destacar o caráter social dessas distinções, cujo termo, no século seguinte, ganha relevância na centralidade em debates feministas, com conceitos teóricos, críticos e reflexivos no contexto da desigualdade entre os sexos, no qual o sentido descritivo difere em acontecimentos relativos às mulheres e homens, passando a compreender, na história, uma construção do saber e poder nas diferenças sexuais (ARAÚJO, 2011).

A partir dos anos de 1990, os estudos de gênero alteraram a perspectiva de mulher. Passou a desenvolver certa evidência na grandeza interativa entre as

relações homens e mulheres e no fortalecimento feminista na luta contra a desigualdade e iniquidades de gêneros. Muitos ainda consideram e utilizam gênero como referência ao sexo, sendo que a palavra gênero ainda remete a muitas discussões, pois acaba apresentando significados diversos em diferentes línguas e contextos, na interligação com o termo sexo e na teorização feminista com seu contexto teórico, crenças e conhecimento (ARAÚJO, 2011).

Ainda para a maioria da sociedade, sexo implica, automaticamente, macho e fêmea, significando a possibilidade de reprodução sexuada que produz mistura de genes dos pais e descendentes. Esta questão também alude, no conceito de macho e fêmea, semelhante aos adjetivos masculino e feminino (ROUGHGARDEN, 2005).

Neste mesmo sentido, o gênero pode ser entendido como categoria social. Para Roughgarde (2005), ao se expressar aos seres humanos, distingue-se entre categorias sociais e biológicas, destacando como categorias sociais: homens e mulheres e em categorias biológicas: macho e fêmea. Estas categorias não são feitas para se coincidirem, visto que, biologicamente, macho produz gametas pequenos (espermatozoide), enquanto as fêmeas produzem gametas grandes (óvulo). Então, o conceito de gênero sugere uma aparência, o comportamento e a história de vida de um corpo sexual.

Foi no século XX que Scott (1989) inseriu o termo gênero como noção relacional entre homens e mulheres, em uma linguagem analítica e essencial de relações sociais, além de significar relações de poder, baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos. Tudo isso se torna fruto de um longo trabalho histórico e cultural, de mecanismos teórico e prático sobre o físico e o mental, com disposição de ser dominado e dominar, somados ao processo educacional.

O conceito de gênero dá-se pela dominação e poder do homem sobre a mulher. A manutenção histórica da dominação patriarcal sobre a mulher concretiza a situação de poder que se exerce sobre os indivíduos, diminuindo a capacidade de revolta, de oposição à luta, revoluções contra ordem de domínios, neutralizações dos efeitos contra poder e associam-se à imagem mulher, ao escuro, privado, fechado e, aos homens, ao aberto, claro e ao popular (FAGUNDES, 2005).

Ao referir-se à mulher, para a sociedade, ambiciona o ser mãe, o cuidar, o maternal, a dependência sequenciada pelo pai, irmão, marido e filhos, o ser esposa do homem, a virgindade e a submissão. Por outro viés, quando a sociedade menciona homem, espera-se a virilidade, a racionalidade, a força, o governo, o

enaltecimento de seu trabalho, sua profissão, sucesso, aventura, o provedor da família. Portanto, não se ostenta uma maneira correta de ser homem, assim como não tem uma forma correta de ser mulher, mas existem padrões de comportamentos, sentimentos e interesses construídos de modo diferente (FAGUNDES, 2005).

De qualquer maneira, meninos e meninas estão mais propícios a plagiarem os seus semelhantes do que o outro. Em uma observação direta para disposições de atitudes e comportamentos típicos para cada sexo, permite-se a noção do que é ser homem ou ser mulher. Neste sentido, culturalmente, os homens são vistos como fortes, independentes, agressivos, dominantes, enquanto as mulheres são sensíveis, dependentes, carinhosas e que eliminam seus instintos agressivos e sexuais. Além disso, percebe-se a mulher como apaixonada, à procura do amor à primeira vista, traçando uma aparência de romance e subjetividade. Já os homens realçam a atração física na relação amorosa e no casamento se referem a como constituir família, ressaltando aspectos objetivos e práticos (NEGREIROS, 2004).

Nas relações de casamento tradicional, a mulher acolhe para si uma responsabilidade moral de virgindade pré-nupcial, fidelidade conjugal, dedicação ao lar e filhos, ou seja, uma preservação da sexualidade e o exercício da maternidade. Porém, por características próprias, as mulheres mudam ou rompem no decorrer da vida com maior facilidade, sugerindo que, nas diferenças de gêneros, elas almejam renovações e até rupturas quando se encontram em situações de desigualdade (NEGREIROS, 2004).

Não resta dúvida de que, hoje, existe um novo modelo de família, e a mulher tem adquirido sua inserção no mercado de trabalho. Diante disso, tem modificado todo o cotidiano familiar, permitindo a inclusão crescente de escolaridade, ampliando seu nível de análise crítico-reflexivo, acompanhando a rapidez das informações através da informatização, mudanças jurídicas que trouxeram direito e avanços na ciência com o controle da função reprodutora. Contudo encontram-se reafirmadas suas conquistas de direito à cidadania, à sexualidade, à visibilidade científica, política, literária e histórica (NEGREIROS, 2004).

Nesta perspectiva, deve-se citar a contribuição da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) para esta mudança. Proveu assegurar direitos a todos e todas que insistem ou ainda persistem em formas de violências, principalmente, em

sujeitos considerados como minorias sociais, como os homossexuais, negros, mulheres, deficientes e pobres, podendo garantir para todos os seus direitos.

Toda pessoa tem capacidade para gozar os direitos e as liberdades estabelecidas nesta Declaração, sem distinção de qualquer espécie, seja de raça, cor, religião, sexo, língua, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento ou qualquer outra condição (DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS, 1948, p. 10).

Com a presença dos movimentos sociais, na metade do século XX, a mulher começou a ter, efetivamente, conquistas de direitos sociais. Passou a participar da democracia pelo voto, bem como acesso à escola, inclusive, cursar estudos em nível superior. Para Pierrucci (1999), esses movimentos vieram através de discussões das políticas identitárias como a igualdade de direitos, que traz o direito à cidadania, à diferença de identidades entre as mulheres, questionando os modelos patriarcais e as diferenças identitárias de gênero, classe social, raça/etnia, idade/geração, com um olhar à diversidade de identidades e sexualidade.

Assim sendo, perante a sociedade, as mulheres já conquistaram seus direitos, adquiriram sua cidadania; contudo, ainda assim, o sexismo existe e acaba sendo expresso em situações de violências, apresentadas de forma simbólica, moral, sexual, física e psicológica. Dito de outra forma inibe o exercício da cidadania e fere os princípios dos Direitos Humanos.

Ao longo da história do Brasil, aconteceram algumas conquistas no âmbito dos direitos das mulheres. No que tange ao gênero e aos direitos humanos, em 1932, o Código Eleitoral Provisório permitia o direito ao voto, apenas para as mulheres casadas, as viúvas e as solteiras com renda própria. No entanto, em 1934, já liberou o direito de voto, sem ser obrigatório e, somente em 1946, o voto feminino passou a ser obrigatório. Após alguns anos, já em 1994, o marco foi a primeira mulher eleita como governadora. Também se pode resgatar o lugar que a mulher ocupava na relação conjugal. Em 2003, surge o disque 180, conhecido como Central de Atendimento à Mulher, ao combate às práticas de violência contra mulher e reforçado pela Lei Maria da Penha, de nº 11.340/06 (ALMEIDA; ANDRADE; SANTOS, 2013).

No transcorrer dos últimos tempos, é incontestável a forte politização das mulheres. Hoje, atuam na sociedade como empreendedoras, políticas, altas executivas, no exercício de atividades que, antigamente, eram restritas ao sexo

masculino. Nesse processo, são verificados avanços em todas as áreas, inclusive, com inúmeros casos em que substituíram as funções e o papel social dos homens, como, por exemplo, tornando-se chefes da família, responsáveis por todo o sustento da casa. Decorrente disso, verificam-se transformações sociais e culturais para este campo temático, com gradual sumiço da mulher de forma física, moral e intelectual frágil, vulnerável, marcada desde sempre por sua capacidade reprodutora (AQUINO, 2006).

No Brasil, a ideia de uma política de saúde voltada às mulheres teve início em 1983, no âmbito do Ministério da Saúde (MS). Inicialmente denominado Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), com o objetivo de apresentar uma nova e diferente abordagem na saúde da mulher. Estava fundamentado no conceito de Atenção Integral à Saúde da Mulher (AISM), que enfatizava o corpo da mulher como um todo e não como uma série de partes isoladas, destinado à procriação. Em 1984, a comissão formada para elaborar as bases programáticas do projeto, direcionou as ações para o controle de patologias e instituiu o atendimento integralizado e atividades educativas voltadas a esta clientela (OSIS, 1998).

Com a implantação do PAISM, o corpo feminino ganhou uma nova definição no contexto social. Com isso, passou-se a expressar uma modificação na história da democracia feminina, uma vez que deixou de ser visto somente como exclusivo ao período reprodutivo e começou a assistir a mulher de forma integral e ampliada (OSIS, 1998). Em 2004, o MS estabeleceu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PN/AISM), cuja proposta foi englobar ações voltadas para mulheres de diferentes grupos, como: negras, indígenas, prisioneiras, residentes em áreas urbanas e rurais, homossexuais e portadoras de necessidades especiais (MATTOS; VERONESI; JÚNIOR, 2013).

Diante disso, a compreensão da quebra de paradigmas é reforçada pela percepção feminista e pelo pensamento da diferença. O conhecimento de cada um é dado pelo conhecimento recíproco dos gêneros, em um contexto relacional dos sujeitos em seus aspectos da história, da tradição, das normas, dos interesses de cada grupo e isto pode ser expandido pela ideia da instabilidade na qual as identidades são diferenciadas e dinâmicas, no tempo e espaço (SCOTT, 1989). Negreiro (2004) ressalta que a identificação envolve o processo cuja semelhança de uma aparência, uma qualidade, uma característica, uma descrição do outro,

transforma-se; contudo, essa identidade se origina e se refaz desse processo ao longo da vida.

A implicação da autoimagem das mulheres às pretensões de poder, por intermédio da beleza e do poder de atração do sexo oposto, é mais acentuada. Dessa forma, o corpo feminino é representado como algo que deve ser dotado de beleza, magreza, poder e *status*, realçando ser saudável e detentor de atração. Além disso, a autopercepção corporal traz algumas insatisfações quando citadas a aparência e a expressão do corpo nas relações pessoais, ao que se associa a beleza e saúde corporal à magreza e às práticas de atividade física e à aparência enquanto indicadora de potencialidade nos campos pessoal e profissional (SECCH; CAMARGO; BERTOLDO, 2009).

É possível perceber as diferenças de gênero, tanto nos videntes quanto nos deficientes visuais, ao se falar em assunto inerente ao comportamento de homens e mulheres, no contexto da saúde sexual. O estudo de Wanderley *et al*, (2012), realizado no Laboratório de Comunicação em Saúde do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, com sete homens e sete mulheres deficientes visuais, apontou a participação dos homens na discussão da temática, enquanto as mulheres permaneceram em silêncio. Outro autor também descreve o silêncio:

O silêncio significa esse “nada” se multiplicando em sentimentos: quanto mais falta, mais silêncio se instala, mais possibilidade de sentidos se apresenta (ORLAND, 1992, p. 49).

O silêncio da maioria das mulheres na discussão do assunto sexualidade tem sido ocasionado por maior constrangimento pela presença masculina. Vale ressaltar que os homens são mais acostumados a conversar sobre sexualidade. Já as mulheres, em geral, são desestimuladas a falarem sobre este tema com outras mulheres e têm mais dificuldades de acesso a estas informações. Assim, é possível compreender que censura e proibição cercam a possibilidade desse discurso, o que resulta na prática da repressão sexual em nome da moral conservadora (DANTAS, 2010).

Sexualidade, até o fim do século passado, era ligada aos aspectos da genitalidade, cuja prática estava relacionada ao matrimônio e, ainda, regulada por preceitos religiosos e morais. No entanto, este conceito tornou-se mais amplo, mais dinâmico e abrange a genitalidade, a identidade de gênero, a identidade do papel

social, do papel familiar, do amor, da intimidade, do erotismo e dos níveis de relacionamento. Diante disso, as profundas mudanças sociais e culturais vêm contribuindo para o aparecimento de novos costumes e comportamentos, trazendo uma identidade básica relacionada com o processo evolutivo em um determinado contexto sociocultural. Assim, a sexualidade deixa de ser algo estritamente biológico e passa a ser reconhecida como parte de um processo natural de crescimento (HOFMANN; CHAGAS, 2006).

A sexualidade é compreendida como um dispositivo histórico-social que compõe a subjetividade do sujeito o qual deduz não possuir, esse termo, um único significado, já que os discursos e os comportamentos são modelados dentro de relações de poder, que preveem condutas e definem normalidades (WEEKS, 2000). Uma série de dispositivos e aparelhos, essencialmente normalizadores, informam subjetividades de maneira dinâmica e capilar, constituindo aquilo denominado pelo autor como biopolítica (FOUCAULT, 2010, 1984, 1979).

Desta forma, a sexualidade passa a ser abordada com garra e com base em técnicas flexíveis, polifórmicas e inspiradoras, produzindo um vasto discurso na composição da subjetividade. Com esse movimento, a gestão da sexualidade deixa de se apoiar na moralidade, cedendo espaço à lógica da administração individual e coletiva da sexualidade (MARCON, 2012). Para Foucault (1979), a sexualidade passa a ser administrada com caráter político e público e:

(...) cumpre falar do sexo como de uma coisa que não se deve simplesmente condenar ou tolerar, mas gerir, inserir em sistemas de utilidade, regular para o bem de todos, fazer funcionar segundo um padrão ótimo. O sexo não se julga apenas, administra-se. Sobreleva-se ao poder público; exige procedimentos de gestão; deve ser assumido por discursos analíticos (FOUCAULT, 1979, p. 27).

Neste sentido, a sexualidade não estaria inscrita em um olhar de repressão, pois cabe, ao Estado, a função de adequar o sexo por meio de discursos favoráveis e públicos (FOUCAULT, 1979). Com isso, o Estado gesta e administra a sexualidade dos sujeitos, através dos discursos reguladores para falar ou calar os assuntos da sexualidade (MARCON, 2012).

De acordo com esse autor, a sexualidade passa a ser um dos elementos fundamentais para a construção e compreensão da verdade do eu. Ao focar na ciência de sexo como uma unidade artificial que permite juntar os subsídios

anatômicos, biológicos, as condutas, sensações e prazeres (FOUCAULT, 1979, p. 144), a sexualidade tornou-se um ponto imaginário pelo qual o próprio sujeito pode se compreender e compreender o seu corpo e sua identidade.

Nessa perspectiva, o corpo passa a ser o principal elemento que constrói a sexualidade. Tem apoio na medicina e na exigência de normalidade corporal para essa vivência, o que vai acusar um caráter anormal no corpo das pessoas com deficiência. Neste caso, a sexualidade pode estar no contexto de sexualidade periférica (FOUCAULT, 1979). É necessário compreender o lugar da sexualidade como campo de pesquisa, visualizando os aspectos sociais e culturais específicos que auxiliam a concepção e admitir-se como sujeitos de sexualidade.

A estrutura familiar abrange uma representatividade sobre a sexualidade. Na contribuição de seus valores e conhecimentos, são observados, em sua volta, o comportamento e as relações entre os mesmos, os quais são influenciados pelos meios de comunicação, pela divisão do trabalho em função do sexo, entre outros. Assim, enfatizamos que a sexualidade dos portadores de deficiência e, em especial, a visual, é um fato que causa conflito uma vez que, na cultura ocidental, a deficiência representa o que é incontrolável e inesperado, que ameaça e desorganiza as bases existenciais (HOFMANN; CHAGAS, 2006).

As mulheres têm lutado pela busca de liberdade, igualdade e justiça social no que refere à saúde sexual e reprodutiva. Entretanto, esta caminhada envolve duros encontros contra o preconceito, discriminação, dogmas religiosos, a desigualdade social e a ampliação do acesso igualitário e integral à saúde. Nesse sentido, os principais conflitos ético-jurídicos no exercício da sexualidade e reprodução feminina têm como fonte essas restrições à liberdade e autonomia das mulheres, impostas por normas morais, sociais e legais (TELLES, 2010).

O conceito de direitos sexuais e reprodutivos surgiu com o movimento feminista por volta dos anos de 1980, visando reivindicar garantias legais e política de igualdade, liberdade e justiça social no exercício da sexualidade e função reprodutiva. As reivindicações estavam relacionadas com o aborto seguro e legal, à igualdade entre gêneros nas responsabilidades contraceptivas e reprodutivas. A nova reformulação, neste âmbito, confere duas dimensões: uma individual e outra social. A primeira garante o direito a não intervenção nas escolhas sexuais e reprodutivas das pessoas, e o Estado tem o dever de respeitar e não interferir nas escolhas. A dimensão social certifica, ao indivíduo, o direito à assistência integral, à

saúde sexual e reprodutiva como dever do Estado, que deve agir promovendo informações e meios para o bem-estar sexual e reprodutivo, além da igualdade entre os gêneros (ONU, 2011).

No chamado pós-modernismo, as noções de sexualidade, deficiência e corpo sofrem transformações importantes. Sexualidade começa a ser respeitada, valorizada como um elemento que garante a humanidade às pessoas, sendo vista e reconhecida como direito humano. A deficiência é entendida como condição social, ou seja, seu caráter histórico e político ganha relevância. A pessoa com deficiência ganha *status* de sujeito com direitos (PAULA; REGEN, 2010).

Em geral, nos serviços de atenção à saúde, os profissionais não estão sensibilizados para esta dupla vulnerabilidade: a de ser mulher e ter uma deficiência. Pode-se dizer que as necessidades da saúde da mulher com deficiência ainda são pouco reconhecidas e valorizadas. Especificamente nos aspectos sexuais e reprodutivos, o que vigora na sociedade como senso comum é o pensamento de deficiência física como sinônimo de assexualidade. Para reverter esse cenário, existe a necessidade de investimentos na educação e qualificação profissional de mulheres deficientes que, assim, consigam autonomia financeira e, conseqüentemente, mudança de atitude da sociedade para com elas mulheres (NICOLAU; SCHRAIBER, 2013).

Neste sentido, para garantir a saúde sexual e reprodutiva de pessoas com deficiência, Digirolamo (2010) menciona ser preciso incluir a educação sexual como material obrigatório na atenção básica e educação aberta para esse público. Além disso, com a implantação de um programa de educação sexual com os princípios de que toda pessoa tem direito à expressão sexual plena e responsável, o ajustamento sexual é facilitado pela maior comunicação sexual.

A inclusão afetivo-sexual é um dos aspectos essenciais da saúde plena; expressão sexual é um processo dinâmico, que sofre alterações de acordo com as necessidades físicas, as experiências e o meio social; a aceitação sexual é secundária à autoaceitação sexual e a sexualidade pode ser expressa, reprimida ou suprimida. Contudo, a pessoa com deficiência visual deve ser estimulada a desenvolver suas habilidades perceptivas (olfato, paladar, tato e audição) a serviço da vivência afetivo-sexual. Necessita de informação impressa em *Braille* ou em formato digital sobre sexualidade, e/ou edição de áudio livros sobre educação sexual e sobre contos eróticos (DIGIROLAMO, 2010).

Vale ressaltar a necessidade de capacitar os profissionais da saúde para atendimento ampliado das pessoas com deficiência, no caso aqui considerado com destaque para os que carregam os problemas visuais. Entre os vários temas em geral negligenciados estão as questões afetivas, sexuais, da saúde sexual e reprodutiva, em especial do direito ao exercício da maternidade das pessoas com deficiência.

Ao longo de muitos anos, a existência de uma deficiência era suficiente para conformar a pessoa, praticamente, como ser dependente da vontade de terceiros. Paula (2008) fala em percepção da sociedade que humilha os deficientes, praticamente, como uma condição subumana dada pela deficiência. Nessa perspectiva, a subjetividade da pessoa está comprometida e não se concebe, aos mesmos, a expressão de aspectos aí incluídos. A noção de desejo, percepção de seu contexto e qualquer movimento possível de reação/adaptação para a vida, segundo as limitações impostas pela deficiência, em cada caso, não foram identificados ou considerados.

Em tais casos, o não reconhecimento da dignidade da pessoa com deficiência é que justifica essa avaliação, com ênfase nos *déficits* e não nas potencialidades. Em âmbito nacional, os movimentos para mudança nesse cenário são mais fortemente verificados quando, principalmente, os avanços e conquistas contidos na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência passam a ser divulgados. Desde então, falar sobre inclusão social das pessoas com deficiência, efetivamente, começa a fazer sentido (RESENDE; VITAL, 2008).

3.1.9 CONSIDERAÇÕES SOBRE IMAGEM CORPORAL E IDENTIDADE

A construção da imagem corporal feita por indivíduo normovisual é um processo resultante da incorporação de diversas partes das imagens dos outros que nos chamam a atenção e a doação de nossas imagens a eles. O fator emocional contribui para este processo uma vez que, com as experiências e a interação com pessoas próximas, adquire um significado emocional em relação às diversas partes do corpo. Além disso, o bom relacionamento social também pode contribuir para a formação da imagem corporal, uma vez que permite, ou não, mostrar, ao outro, o que existe de melhor na pessoa (BARROS; BANKOFF; SCHMIDT, 2005).

Schilder (1999) explica que não existe imagem corporal coletiva. Cada

indivíduo estrutura sua imagem em contato com os outros, com troca contínua entre pessoas que se veem e se relacionam. Ainda para o autor, a imagem corporal é o resultado da vida social que está intimamente ligada à beleza, num processo de construção e reconstrução. Neste contexto, corpo e mundo necessitam estar em completa sintonia, e assim existir a interação das relações vivenciadas. Assim, tudo pode mudar a percepção que cada pessoa tem da sua própria imagem.

Segundo Campanha e Tavares (2009), há novas formas para a medida de satisfação que cada pessoa tem em relação ao seu corpo. Para Cash (1990), a função e a aparência se adaptam à vida cotidiana, isto porque estes aspectos interferem em como os outros reagem ao nosso corpo. Thompson et al (1999) descrevem que a imagem corporal é tudo, não somente a aparência atual de cada um, mas a própria visão interna de como a pessoa se vê e como se sente em relação a sua aparência.

Nesse contexto, então, é que tem eco falar em construção de processo identitário desses atores sociais (DUBAR, 1997). Partindo do entendimento de que a identidade é o processo da construção do eu, o processo identitário é individual e social, porque pressupõe a infra e interestruturação entre a identidade individual e a social da pessoa. Em outras palavras, componentes psicológicos e sociológicos se articulam organicamente (ANDRADE, 2000).

Na mesma direção, Ciamps (1993) discute a identidade como metamorfose permanente. Também para Silva (2009), a identidade é compreendida como metamorfose do eu, sendo um termo que substitui a personalidade, explicando a constituição do eu de forma dinâmica. A identidade é um processo de constituição do eu que promove constantes mudanças pelas condições sociais e de vida que o indivíduo está inserido, como uma busca de significado e de invenção de sentido. A identidade é posta e repostada continuamente, visto que o indivíduo vivencia ao mesmo tempo, vários papéis, e sempre se metamorfoseia de acordo com as condições histórias e sociais a que está submetido.

Portanto, trata-se de processo dinâmico, passível de transformações. Nestes termos, identidade não pode ser entendida como uma substância, como algo dado e imutável, ou como uma condição. Ao contrário, deve ser discutida como um fenômeno construído de forma dinâmica e dialética. Pode se dizer então, que um processo identitário é personalizado, sempre mutável, portanto, provisório. Dito de outro modo, cada indivíduo é único e irrepitível e sua identidade é uma construção

ao longo da vida, que ocorre de forma cumulativa, com vários enfoque identitários mutantes e até contraditórios, de forma organizada, coerente e com estabilidade (ANDRADE, 2000).

Bauman (2005), se utiliza da metáfora do jogo de quebra-cabeça, para esclarecer sobre percurso rumo a uma identidade. Como no jogo, as peças precisam ser unidas, só que no caso da identidade, estas nem sempre se encaixam ou mesmo formam imagens uniforme ou que se complementam. Por vezes, as peças a serem unidas são conflitantes, não se encaixam, ou mesmo inexistem, ou seja não estão todas disponíveis para completar a imagem. Com isso, ensina que identidade não é qualidade inerente as pessoas, mas trata-se de um complexo processo de construção que pressupõe socialização.

Em síntese, os autores que estudam essa temática identidade, convergem quanto ao seu caráter dinâmico. Dada a sua complexidade, para melhor compreensão, deve ser considerada numa perspectiva transdisciplinar, pois só assim poderá se dar a dimensão histórica e multideterminada, jamais findável (ANDRADE, 2000; FARIA; SOUZA, 2011).

4.0 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Esta teoria se desenvolveu, procurando estabelecer a compreensão da relação sujeito/objeto, com novas bases epistemológicas. Surgiu em 1961, através do psicólogo francês Serge *Moscovici*, com a publicação da obra *La Psychanalyse, son image et son publique*, cuja tradução em português é *A psicanálise, sua imagem e seu público*, a qual deu início ao novo campo da Psicologia Social, partindo para um novo instrumento de estudo, as situações sociais.

O prestígio da Teoria das Representações Sociais (TRS), proposta por *Moscovici* (1978), é por certificar que as Representações Sociais (RS) são uma estruturação de pessoas de um mesmo grupo, na função de estabelecer comunicação e comportamento entre os pares (JODELET, 2001).

Entende-se por RS um conjunto de conceitos, hipóteses e explicações originadas na vida cotidiana, no curso de comunicações interpessoais. Para nossa sociedade, são equivalentes aos mitos e aos sistemas de crenças das sociedades tradicionais (MOSCOVICI, 1978). Conforme Sá (1998), o termo Representação Social designa um grande número de fatos e de processos; é extensa sua

polissemia.

As RS apresentam, na linguagem, uma função preponderante. Ao investigar e retratar a realidade, a partir da linguagem dos diferentes pontos de vista relacionados aos valores, crenças e vivências das pessoas de um grupo, busca-se a apreensão das representações por elas elaboradas, com o propósito de serem evidenciados seus comportamentos e atitudes, no caso, frente à deficiência visual (FLAMENT, 1994).

De acordo com Jodelet (2001), as Representações Sociais são muito importantes na vida cotidiana. Elas guiam a maneira de nomear e definir conjuntamente os diferentes aspectos da realidade diária, no modo de explicar esses aspectos, adotar decisões e, algumas vezes, na forma defensiva que se adota. Jovchelovitch (2003) destaca que as representações se constituem na capacidade representacional de um sujeito psicológico e são geradas nas práticas sociais por meio da comunicação: diálogos, discurso, arte, rituais, enfim, na cultura.

Desta forma, evidencia-se estreita relação entre RS e o contexto de vida dos sujeitos. De acordo com Rouquette (1998, p.43), devem ser aceitas “como uma condição das práticas e as práticas como um agente de transformação das representações”.

A finalidade da RS é tornar ordinário (MOSCOVICI, 1984), sendo a sua formação dada por dois processos principais: a objetivação e a ancoragem. A objetivação dá realidade material a um objeto abstrato, fortalecendo o aspecto característico de uma ideia imprecisa, o que se associa a um conceito de imagem, ou seja, proporciona materialidade a um objeto abstrato. Em um segundo momento, sucede à naturalização desse objeto, atuando no sentido da construção social da realidade (FLATH; MOSCOVICI, 1983); ancorar é duplicar uma figura por um sentido, que corresponde à classificação e denominação das coisas estranhas, ainda não qualificadas nem denominadas. Consiste na integração cognitiva do objeto representado a um sistema de pensamento social pré-existente.

Entretanto, ancorar é encontrar um lugar para encaixar o não familiar, é pegar o concreto e lhe atribuir um sentido (PATRIOTA, 2000). Para tal, surge o processo de transformação, a ancoragem que trata dos processos pelos quais um objeto, antes de ser percebido como novo, como desconhecido, vai sendo ancorado, amparado, associado a conhecimentos e práticas anteriores, no sentido de já conhecido. De alguma forma, o novo objeto, ao ser associado ao sistema

sociocognitivo anterior, perde o caráter de novidade, de desconhecimento e adquire um aspecto que sempre esteve lá, com aspecto familiar. Portanto, a ancoragem é um processo permanente nas representações sociais, pelo qual a representação cria e mantém vivas as raízes, no sistema sociocognitivo (CAMPOS, 2003).

Desta maneira, a TRS ocupa amplos espaços da ciência humana, na medida em que apresenta as crises de paradigmas e possibilita a resposta para novas hipóteses.

4.1 HABITUS E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: QUESTÕES PARA O ESTUDO DE IDENTIDADES COLETIVAS

Para Bourdieu (1992), *habitus* é um sistema de disposições duráveis, mecanismos predispostos a funcionarem como composições estruturantes, ou seja, princípios que geram e estruturam as práticas e as representações as quais podem ser objetivamente regulamentadas e reguladas sem serem produtos obedientes a regras. Assim, as experiências aglomeradas na trajetória de um grupo produzem o esboço de percepção, de pensamento e de ação que guiam os indivíduos, assegurando a conformidade e frequência das práticas através do tempo; portanto, pessoas de um mesmo grupo, dotadas de um mesmo *habitus*, compreendem-se com poucas palavras.

Diante desse fato, as condições sociais de existência são interiorizadas sob a forma de princípios inconscientes de ação e reflexão, esquemas de percepção de entendimento sob a estrutura da subjetividade. Quando o *habitus* se encontra estruturado, não para de produzir percepções, representações, opiniões, desejos, crenças e gestos de produções simbólicas (BOURDIEU, 1992).

Para Sobrinho (2000), o *habitus* tem uma dimensão fundamental a ser apreendida no processo de construção das representações sociais. Assim, trata de compreender as individualidades que envolvem as diferentes leituras dos objetos socialmente compartilhados, como o amor, o sexo, a educação e espaço social.

No caso de construção das identidades coletivas, estão inseridas em determinados espaços que impõem a apreensão diferenciada dos objetos sociais que constituem os diferentes sistemas de referências identitárias e dão visibilidade aos diferentes indivíduos. Assim, a construção das representações sociais de um determinado grupo vai arquitetando os traços distintivos de sua identidade. Contudo,

a identidade do grupo é condicionada por uma oposição e provoca a elaboração de representações sobre os diferentes objetos que acarretam essa oposição (SOBRINHO, 2000).

Alguns modelos de estudos do *ethos* de posição baseiam-se na ideia de vida do homem em três dimensões, as quais sejam: espaço, tempo e vida social. No caso da dimensão espacial, esta pode se dividir em espaço familiar, em que o sujeito se sente à vontade em casa; o espaço *traversée* em que o homem faz o itinerário no dia a dia; o espaço proibido em que não nos sentimos acolhidos e parece ser propriedade dos outros; o espaço imaginário, lugares que marcaram nossa memória, aonde gostaríamos de ir, lugares desejados. Já na dimensão temporal, compreende-se a relação ao tempo da própria vida, ou seja, o ciclo de vida em que o indivíduo se encontra, sua orientação em relação ao passado, presente, futuro, projetos, lembranças, a relação com a historicidade do tempo da sociedade, no aspecto de interesse ou não do que acontece ao seu redor. E, na dimensão social, entende-se a relação com o corpo, na apresentação de si mesma, na percepção do próprio corpo e do seu estado (eu), a rede de pessoas com quem se relaciona diretamente (eu e você) no aspecto de autonomia versus submissão, e os grupos sociais com os quais o indivíduo se identifica e se diferencia o nós e eles (SOBRINHO, 2000).

4.2 A IDENTIDADE COMO REPRESENTAÇÃO

Representar um objeto expressa inseri-lo, significativamente, no nosso mundo e inteirá-lo com sentido para nós. A atividade representativa faz parte da luta no plano do imaginário e do simbólico pelo poder de atribuição de determinados sentidos às coisas, aos fatos sociais, ao mundo. Assim, os objetos são segurados em determinado contexto e relações, o sentido da representação de um objeto acontece das relações com outras representações de outros objetos que formam um campo de representações. Neste caso, o que confere seu sentido à representação não é tanto seu conteúdo, os elementos que a formam, mas as relações entre estes elementos. O processo representativo é individual e social, e isto se dá através da integração do sujeito nos diferentes grupos, que se confundem e, ao mesmo tempo, que se diferenciam, torna-se indivíduo. Com isso, o sujeito inserido em seu momento histórico, em determinada sociedade, carrega significados culturais

preestabelecidos, tornando-se um ator social, que interfere nas significações e na própria ordem social. A função que decifra a identidade de expressão ao discurso está vinculada diretamente à especificidade da RS enquanto forma de conhecimento. Isto significa que a identidade é a questão chave para a representação de qualquer objeto, ou seja, na estruturação de seu campo de representação, além de ser importante no ponto de vista teórico-metodológico e da ação social, do planejamento das políticas públicas e da estratégia de ação das minorias ativas. Também podemos admitir a existência de uma relação entre a visão de mundo de sujeitos e grupos sociais e as respectivas práticas sociais que influenciam as RS, como no caso dos imigrantes que alteram, progressivamente, as nossas RS e a nossa visão de mundo (ANDRADE, 2000).

O acesso às representações sociais do grupo acerca do objeto aqui considerado, permite a compreensão, ainda que em parte, do conteúdo e natureza da representação. Ressalta-se que, ainda, que poderá levar a identificação de funções que assumem relevância ímpar no universo cognitivo e social dos integrantes do estudo.

CAPÍTULO II

5.0 MÉTODO

5.1 Tipo de Estudo

Esta análise inseriu-se em um estudo exploratório, do tipo descritivo, com abordagem qualitativa e com embasamento das representações sociais.

5.2 Cenário do Estudo

O cenário deste estudo constitui-se em uma Instituição de Deficientes Visuais, denominada ARDV – Associação Rondonopolitana de Deficiente Visuais, localizada no município de Rondonópolis/MT. Este cenário foi escolhido devido ao trabalho desenvolvido pela ARDV, fundada em 21 de dezembro de 1998, sem fins lucrativos, filantrópica, sem vínculos partidários ou religiosos e onde se encontram as mulheres que fizeram parte desta investigação.

Essa instituição tem como objetivo promover a integração e a inclusão dos deficientes visuais no mercado de trabalho, por meio da educação, cultura, esporte e lazer neste município. São associados homens e mulheres com deficiências visuais como cegueira e baixa visão. Neste sentido, foi solicitada autorização formal para a realização desta pesquisa nas dependências dessa instituição e assinada pelo presidente em exercício (ANEXO1).

O município de Rondonópolis possui uma população aproximadamente de 211.718 habitantes (IBGE, 2014). A área da unidade territorial é equivalente a 4.159,118 km² (sendo 129,2 km² de zona urbana e 4.029,922 km² de zona rural) e densidade demográfica 47,00 hab./ km², cujo bioma é o cerrado e apresenta clima tropical úmido. O índice de crescimento de Rondonópolis, entre 2013 e 2014, foi de aproximadamente 1,8%. Com os novos números, Rondonópolis passa a figurar como o 8º município mais populoso da região Centro-Oeste do Brasil. Rondonópolis localiza-se, geograficamente, na mesorregião Sudeste do Estado de Mato Grosso, com latitude de 16°28'15" Sul e longitude de 54°38'08" Oeste. Essa cidade situa-se a uma distância de 215 km de Cuiabá e representa 0,48% da área total do Estado.

5.3 Participantes da Pesquisa

A definição dos integrantes da pesquisa, em um estudo qualitativo, preocupa-se com o aprofundamento e a abrangência da compreensão, em detrimento de uma representatividade numérica, sendo que “uma amostra ideal é aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões” (MINAYO, 1993, p.102). Contudo, nos estudos com foco nas representações sociais, é importante que os participantes tenham conhecimento prático do objeto e este, resultado do senso comum. As representações elaboradas formam uma concepção de vida que orienta as atividades e comportamentos individuais (CHIZZOTTI, 2003).

Partindo dessa compreensão, as potenciais participantes, para integrar este estudo, foram 42 mulheres. Os critérios de inclusão foram: mulher com deficiência visual, do tipo cegueira total ou parcial, associadas à ARDV, e frequentadoras ativas dessa instituição. Já os de exclusão, consistiram em: menores de 18 anos e presença de qualquer outra deformidade que não a visual.

Após a observação destes critérios, o total de potenciais participantes reduziu para 23 mulheres. Dessas, quatro não foram localizadas, duas não aceitaram participar da pesquisa, uma não compareceu no dia e local agendados para a pesquisa e duas participaram da primeira etapa da pesquisa e não se interessaram para a próxima etapa. Logo, ficaram 14 mulheres.

Todas as potenciais participantes, após apresentação da pesquisa, receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para conhecimento mais detalhado do estudo. Esse documento foi preparado em forma de leitura para facilitar a compreensão das participantes e também disponibilizado em *pen-drive* para uso em computador com programa *software* ALCESTE instalado, o que permitiu, a elas, ouvir a descrição do termo.

As mulheres aceitaram cooperar com esta investigação após serem informadas dos objetivos e metodologia do estudo. Também, foram certificadas de que lhes seriam assegurados direitos à privacidade, sigilo, acesso aos dados ao longo de todas as etapas da pesquisa, bem como a liberdade de se retirarem do estudo se assim o desejassem.

5.4 Demais Aspectos Ético-legais

As mulheres deficientes visuais que concordaram em participar deste estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE (APÊNDICE A), no qual ficou assegurado o direito à privacidade, sigilo e acesso aos dados. Suas identidades foram preservadas, ao passo que o uso e a destinação dos dados coletados serão de exclusividade desta pesquisa. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (CEP), conforme Parecer nº 763.087 (ANEXO 2). No TCLE consta, também, a autorização de gravação das falas (áudio), as quais foram transcritas, na íntegra, pela autora como forma de manter a fidedignidade das conversas.

O estudo teve como base os aspectos éticos dispostos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), informando sobre os princípios éticos envolvidos na pesquisa.

5.5 Instrumentos e Procedimentos da Coleta de Dados

Para a coleta dos dados, realizou-se entrevista semiestruturada (APÊNDICE B). Em seguida, foi aplicado formulário, organizado com questões relativas aos dados socioeconômicos das participantes.

5.6 Procedimentos de Análise dos Dados

Utilizou-se, para processar as informações, o *software* ALCESTE (*Analyse Lexicale por Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte*). Consiste em uma ferramenta produtora de indicadores de representação social, que se caracteriza por analisar o conteúdo presente no texto por meio de técnicas quantitativas de tratamento de dados textuais. Além de possibilitar a delimitação de classes semânticas em função da ocorrência das palavras nos enunciados e da sua contextualização, dentro de uma estrutura articulada para organizar e resumir informações consideradas relevantes, é feita a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) que é a relação entre as classes (OLIVEIRA *et al.*, 2007). O *software* em referência contribui para o enquadramento da análise psicossocial da linguagem oral e escrita e sua concepção atualizada e método apresentam uma possibilidade eficaz para análise da linguagem das representações, que organizam e dão forma ao pensamento e ao conhecimento social (RODRIGUES, 2015).

O *software* ALCESTE foi criado na França, em 1979, por Max Reinert, para ser utilizado no sistema operacional *Windows*. Apresenta a organização dos dados através de análises estatísticas e matemáticas, fornecendo o número de classes e as relações existentes entre as mesmas, inclusive, o contexto semântico de cada classe (MOREIRA *et al.*, 2005). A escolha por esse *software* justifica-se pela necessidade de uma lógica nova na análise de discursos, nos estudos das Representações Sociais. Neste caso, o *software* auxilia e inova essa análise na medida em que realiza uma pré-classificação, ordenando classes, a partir da quantificação das palavras extraídas dos discursos. Em outras palavras, coloca em evidência aglomerados (mundos lexicais) de signos (palavras plenas) que possuem o mesmo núcleo de sentido (MATÃO, 2012).

Além disso, o ALCESTE constitui-se em uma técnica computadorizada que analisa o texto, a partir de uma grande quantidade de métodos estatísticos que se adequam à análise de discurso. Apresenta como objetivo investigar a distribuição de vocabulário em texto escrito (KRONBERGER; WAGNER, 2002).

Nessa perspectiva, a metodologia ALCESTE, assim compreendida por Soares (2005), pretende cartografar o processo enunciativo dos indivíduos, através dos mundos lexicais. Esses mundos são palavras utilizadas com o poder de evocar determinados espaços no pensamento e, a partir deste, construir um sentido. Portanto, é uma metodologia eficaz para a explicação de fenômenos psicossociais dentro de sua complexidade.

O ALCESTE possui, como referência em sua base metodológica, a abordagem conceitual lógica dos mundos textuais e segmenta o material a ser analisado em grandes Unidades de Contextos Iniciais (UCI), que podem ser entrevistas de diferentes sujeitos reunidos em *corpus*, respostas a perguntas específicas, normalmente abertas, de questionários e textos de jornais e revistas. O *corpus* de dados textuais é considerado como um conjunto de enunciados simples que traduzem os pontos de vista dos indivíduos, e não como um conjunto de proposições que refletem uma visão generalista do mundo (SOARES, 2005). O texto completo é reformatado e dividido em segmentos menores, denominados de Unidade de Contexto Elementar (UCE) que correspondem ao material discursivo ou escrito relevante à formação das classes ou categorias (OLIVEIRA *et al.*, 2007).

As UCI são separadas por linhas de comando também chamadas de linhas com asteriscos. No caso de entrevistas, por exemplo, cada uma delas é uma UCI,

devendo, necessariamente, começar com uma linha de comando. Essa linha informa o número de identificação do entrevistado (do produtor do texto que segue) e algumas variáveis que são importantes para o delineamento da pesquisa como: faixa etária, filiação, nível social e cultura. Isto depende de cada pesquisa e o número de modalidades de cada uma destas variáveis depende do delineamento e do número de pesquisas realizadas (CAMARGO, 2005). Posteriormente, o *Corpus*, foi submetido ao tratamento analítico por meio do *software* ALCESTE através das quatro etapas de operação (A, B, C, D) propostas por Reinert (1998), cujas etapas estão organizadas conforme a figura a seguir:

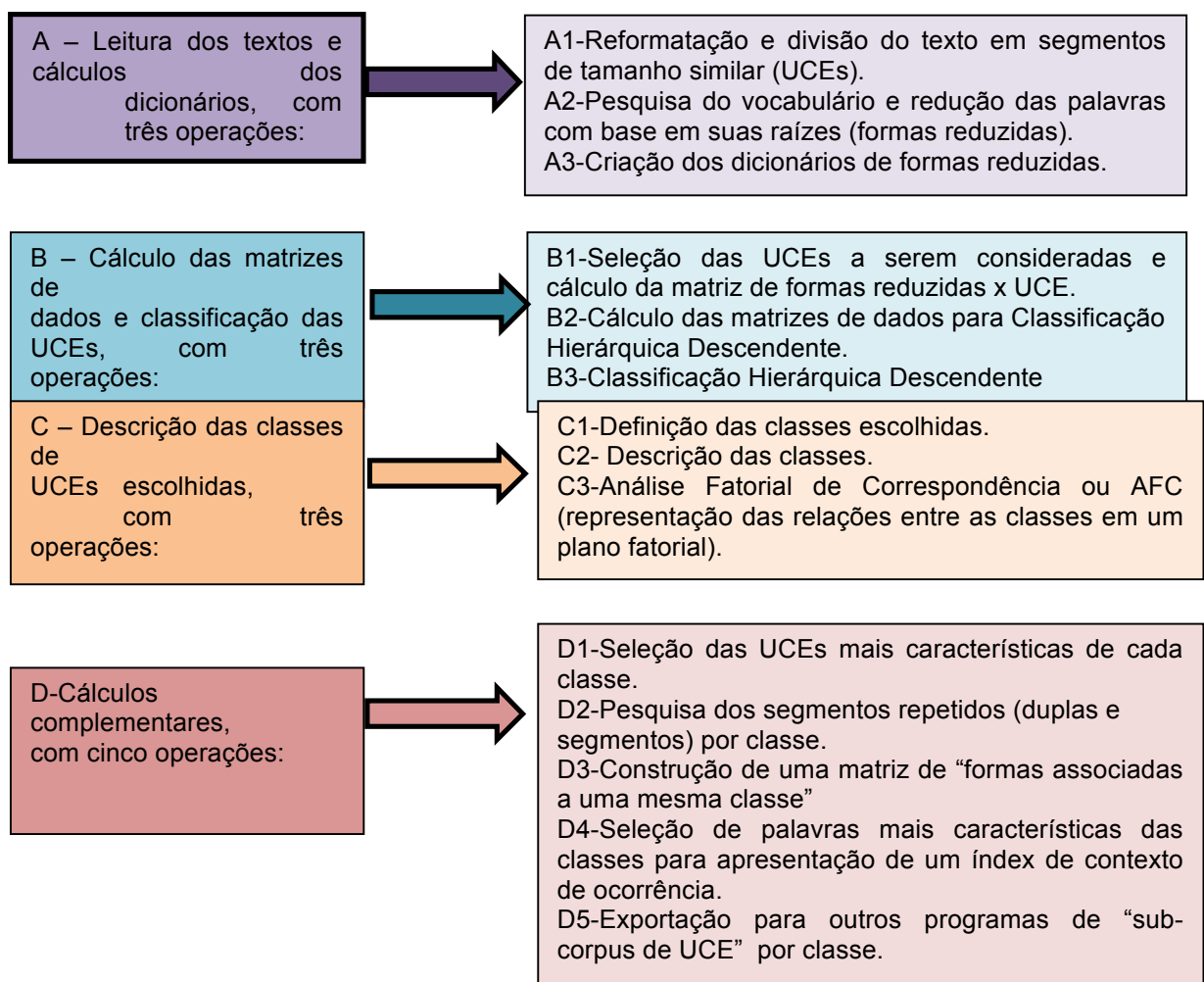


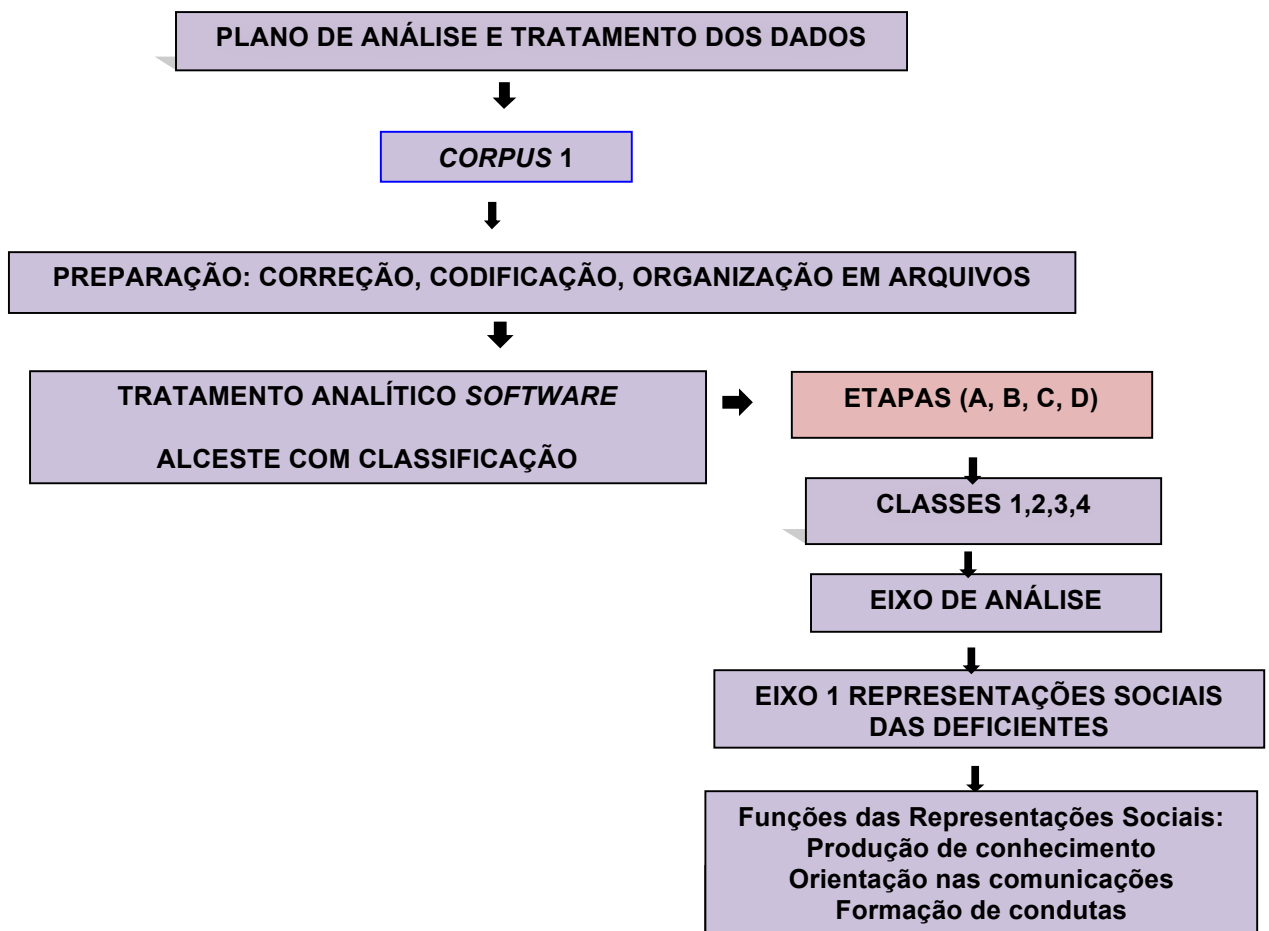
Figura 5: Etapas em que estão organizadas o *Corpus*

Segundo o mesmo autor, quando as respostas apresentarem média em torno de três ou quatro linhas, é necessário um número bem maior de respostas para a constituição de um *corpus* para análise. Para um funcionamento ótimo, o ALCESTE

deve analisar *corpus* com um tamanho em torno de 1000 linhas. Partindo desse princípio, no caso de entrevistas, em que há falas que produzem textos mais extensos, desde que o grupo seja homogêneo, é suficiente entre 20 a 30 UCI's.

Neste estudo, a análise dos discursos foi aplicada a um *corpus* constituído de 14 mulheres deficientes visuais que correspondeu às Unidades de Contextos Iniciais.

Na etapa seguinte, o *corpus* foi submetido ao tratamento analítico pelo *software*, de acordo com as quatro etapas (A, B, C, D). Após essas operações, surgem classes, referentes ao *Corpus 1*. Neste estudo, apareceram quatro classes, das quais originou o eixo de análise fatorial: Eixo que apresenta todas as classes emergidas do *Corpus 1*. Após isto se procedeu à análise das Representações Sociais das Mulheres Deficientes Visuais, conforme os objetivos e em relação às questões formuladas neste estudo, obedecendo ao Plano de Tratamento e Análise a seguir:



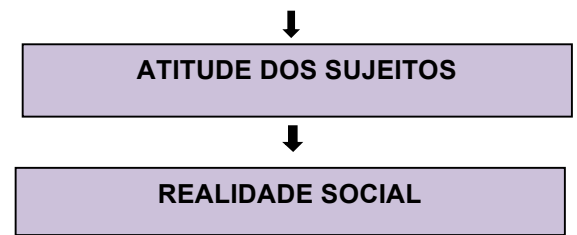


Figura 6: Plano de Análise e Tratamento dos Dados. Fonte: MOREIRA (1998).

Diante disso, a manifestação contextualizada das palavras que o *ALCESTE* fornece permite integrar a intencionalidade comunicativa dos indivíduos. Também se verifica a organização cultural das significações nos processos de análise sobre a linguagem e o pensamento do grupo estudado. Esse *software* apresenta um subsídio eficaz para a explicação dos fenômenos psicossociais e para integração dos níveis de complexidade que apoiam a dicotomia indivíduo- sociedade (SOARES, 2005).

Portanto, neste estudo, para a análise dos dados, utilizou-se a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) das unidades analisadas, que permitiram a apreensão sobre a organização do pensamento das mulheres deficientes visuais que produziram essas falas, na perspectiva das RS sobre a imagem corporal, sexualidade e reprodução.

6.0 RESULTADOS

Características sociodemográficas

As características sociodemográficas das participantes do estudo estão apresentadas na Tabela 1. A maioria das mulheres 50% possui a faixa etária entre 36 a 60 anos. Quanto à escolaridade, aproximadamente 43% cursou o Ensino Fundamental e 70% das mulheres são casadas ou vivem em união estável. O catolicismo predominou em 63,3% e o mesmo percentual por residir em casa própria.

Quanto à renda familiar 92,8% recebe até dois salários mínimos, entretanto, todas as mulheres contribuem com a renda familiar. Ao se referir aos filhos 50,0% relatam ter de um a dois filhos e a maioria 42,8% reside com filhos e esposo.

Referente ao tempo de associadas na instituição ARDV, 57,1% delas estão na instituição entre um e nove anos. Estes dados são apresentados na tabela abaixo:

Tabela 1: Distribuição das características sociodemográficas das mulheres deficientes visuais. Rondonópolis/MT- Brasil 2015.

VARIÁVEIS	N	%
FAIXA ETÁRIA		
18 – 24	02	14,3
25 – 35	03	21,4
36 – 60	07	50,0
60 e +	02	14,3
ESCOLARIDADE		
≤ Ensino Fundamental	06	42,9
≥ Ensino Médio	03	21,4
Ensino Superior Completo/Incompleto	05	35,7
ESTADO CIVIL		
Solteira/Separada	04	28,6
Casadas/União Estável	10	70,9
RELIGIÃO		
Católica	09	64,3
Evangélica	04	28,6
Sem Religião	01	7,1
RESIDÊNCIA		
Própria	09	64,3
Alugada	02	14,3
Salários Mínimos		
1 SM	05	35,7
2 SM	08	57,1
	01	7,1
CONTRIBUI COM RENDA FAMILIAR		
Sim	14	100,0
Não	00	0,0

Nº DE FILHOS		
Nenhum	05	35,7
1- 2	07	50,0
3 – 4 ou +	02	14,3
COM QUEM RESIDE		
Sozinha	02	14,2
Esposo	03	21,4
Filho(s)	01	7,1
Filho(s) e Esposo	06	42,8
ANOS DE ASSOCIADA		
< 1 ano	02	14,3
Entre 1 e 9 anos	08	57,1
Entre 10 e 19 anos	04	28,5

A seguir, individualmente, aparece a síntese da auto percepção da participante, e a percepção da pesquisadora acerca dessa condição.

PARTICIPANTE 1

Auto percepção

Tem 56 anos, concluiu o ensino fundamental, possui trabalho remunerado com a profissão de massagista e recebe benefício. Gosta da profissão. Sempre desejou ser mãe, tem um filho adotivo. Casada, vive com o marido, o qual trabalha em fazenda e só está em casa nos finais de semana. Relata não gostar de seus cabelos brancos e gosta do seu corpo. Gosta de andar bem arrumada, se arruma sozinha, gosta de vestir calça, vestidos e estar de bem com a vida. Construiu sua imagem corporal segundo ela conforme o mundo vai andando e as colegas vão falando. Relata o amar muito seu filho e nem lembra que ele é adotivo, isto não faz a menor diferença. Apesar disso refere ter problemas de relacionamento com ele. Faz parte da associação há 10 anos e lá apreendeu a massagem que hoje ajuda da sua renda mensal.

Deficiência Visual: Total
Causa: Descolamento de Retina e glaucoma
Tempo de perda da visão: 39 anos

Percepção da Pesquisadora

M1 é muito carismática e atenciosa. Magra, alta, cabelos tingidos na cor castanha, são longos e arrumados. Tem boa aparência, boa higienização, comunicativa e apresenta ter bom relacionamento com as pessoas. Tem muitas clientes para

massagem, a maioria mulheres, é vaidosa. Verificado que tem autonomia para se deslocar, anda pela cidade só.

PARTICIPANTE 2

Auto percepção

Com 49 anos, concluiu o ensino médio, possui trabalho remunerado com a profissão de massagista e recebe benefício. Evangélica. Tem dois filhos e relata que ser mãe é bom e que vive para seus filhos, hoje todos casados. Divorciada. Refere ser bonita, inteligente e glamorosa. Construí sua imagem corporal porque tem uma forma, um corpo bem modelado e corrige a postura. Gosta do seu corpo, da sua fisionomia e do seu jeito de ver. Refere ter relacionamentos duradouros e quando esta com alguém se doa. Considera os vizinhos mais que os parentes, pois são os primeiros a socorre-la. Sonha em ver seus filhos bem. Faz parte da associação há 9 anos e lá aprendeu a massagem que hoje ajuda na sua renda mensal e gosta do que faz. Sempre agradecendo a Deus pela oportunidade e atendendo os clientes com alegria.

Deficiência Visual: Total

Causa: Trauma

Tempo de perda da visão: 29 anos

Percepção da Pesquisadora

M2 é uma mulher que aparenta ser guerreira, bonita e vaidosa. Magra, estatura mediana, cabelos longos arrumados, boa aparência, boa higienização, comunicativa, esperançosa, justa, sonhadora. Tem bom relacionamento com todas as pessoas. Precisou se readequar a vida e vencer as limitações. Observado dificuldade em locomover –se na cidade sozinha, sempre que precisa ir em algum lugar sem ser a rotina precisa de um guia.

PARTICIPANTE 3

Auto percepção

Com idade de 24 anos, concluiu o ensino médio. Possui trabalho remunerado e recebe benefício previdenciário. Casada com um deficiente visual. Tem deficiência visual parcial, por baixa visão congênita. Construiu sua imagem corporal pelo o que as pessoas falam, pela TV e internet e refere se ser feia-bonita-gorda. Seu plano é cuidar dos filhos e oferecer uma boa educação. Faz parte da associação há 3 anos.

Deficiência Visual: Total
Causa: Baixa visão congênita
Tempo de perda da visão: 24 anos

Percepção da Pesquisadora

M3 mulher reservada, bonita, pouco vaidosa. Magra, alta, cabelos longos e desarrumados, higiene pessoal insatisfatória, pouco comunicativa, relata ter poucas amizades. Aparenta não ter muita perspectiva de vida, não mostra entusiasmo na sua rotina. Está gestante, mas pouco se refere no bebê. Não consegue definir a sua imagem.

PARTICIPANTE 4

Auto percepção

Tem 45 anos, concluiu o ensino fundamental. Evangélica. Tem 4 filhos. Casada, com deficiente visual. Joga xadrez. Recebe benefício previdenciário. Refere ter sido muito difícil a perda da visão, tendo que ter uma novos hábitos, nova vida. Refere conseguir construir sua imagem corporal realizando os trabalhos de casa, andando sozinha na rua, locomover e viajar. Relata ser satisfeita com a vida sexual e social. O plano de vida é seguir sua carreira de atleta. Faz parte da associação há mais ou menos 14 anos. Adora viajar e hoje encontra- se sempre em lua de mel. O xadrez ajudou ela a vencer as limitações da deficiência e lhe proporcionou estímulo e auto estima.

Deficiência Visual: Total
Causa: Glaucoma

Tempo de perda da visão: 18 anos

Percepção da Pesquisadora

M4 atleta, campeã brasileira de xadrez. Obesa, alta, cabelos longos pouco arrumados, pouca vaidade, comunicativa e apresenta ter bom relacionamento com todas as pessoas. Hoje casada com um deficiente visual com muito menos idade que ela. Conheceu seu esposo em um site de relacionamento pela internet. Foi até o Estado de São Paulo para o primeiro encontro, após trouxe ele para o MT.

PARTICIPANTE 5

Auto percepção

Tem 23 anos, acadêmica do curso de Psicologia. Sem religião. Casada. Marido, também é deficiente visual parcial. Recebe benefício previdenciário. Constrói sua imagem corporal no dia a dia, e refere que usar o tato e pedindo opinião para as pessoas próximas. Deseja ser mãe um dia, mas na hora certa. Sexo para ela é normal, bom e prazeroso, porém com a pessoa certa. Refere ser uma boa aluna, uma boa esposa e pretende ser uma boa mãe. Seu plano é passar em um concurso quando terminar a faculdade. Faz parte da associação há um ano e seis meses. Participa dos campeonatos de xadrez.

Deficiência Visual: Parcial

Causa: Glaucoma

Tempo de perda da visão: 19 anos.

Percepção da Pesquisadora

M5 é bonita, aparenta ser ajuizada, vaidosa, magra, altura mediana, cabelos claros longos e arrumados, boa aparência, boa higienização, comunicativa. Gosta de andar bem arrumada, sempre preocupada com sua aparência. Apresenta bom relacionamento com as pessoas. Joga xadrez. Expressa a vontade de ser mãe, porém é consciente de suas inseguranças e medos.

PARTICIPANTE 6**Auto percepção**

Tem 50 anos. Católica. Casada, vive com o marido, tem dois filhos e ambos casados e formandos. Refere querer ajudar mais na instituição que frequenta. Relata que a instituição fez toda a diferença na aceitação e superação da perda da visão. Constrói sua imagem corporal aprendendo mais a cada dia e aceitando as dificuldades. Ao se referir sobre o sexo se refere na importância da construção familiar. Sexo para ela é normal. Confessa estar disposta a participar da instituição como gestora. Revela que seus filhos não aceita que ela participe da instituição, como se ela não precisasse de frequentar a associação.

Deficiência Visual: Parcial
Causa: Toxoplasmose congênita
Tempo de perda da visão: 50 anos.

Percepção da Pesquisadora

M6 é uma senhora dedicada, massoterapeuta, vencedora de suas limitações. Apresenta altura mediana, um pouco acima do peso, cabelos pretos longos arrumados, boa aparência, boa higienização e comunicativa. Observado ter com bom relacionamento na instituição.

PARTICIPANTE 7**Auto percepção**

Tem 30 anos. Católica. Casada. Não tem filhos. É advogada. Refere construir sua imagem seguindo a mídia e refere gostar de vestir-se com calça e vestido, não gosta de saia. Adora os seus olhos, mas esteticamente eles não são mais bonitos, então prefere colocar óculos escuros. Gosta de maquiagem. Mora longe da sua família. Sexo é algo importante, porém relata estar sendo mal conduzido. Relata querer ser

mãe e ter bastante filhos, mas tem medos e receio quanto a este assunto. Informa ter que se adaptar às atividades diárias, pois estava bem dependente do esposo e que agora terá que se adaptar nas atividades e locomoção. Tem como plano passar em concurso público. Está passando por processo de divórcio. Confessa que seu casamento tenha acabado por dificuldades na relação sexual, uma vez que já sofreu abuso sexual em sua infância. Luta pelas coisas dos deficientes visuais. Participa da associação há 12 anos.

Deficiência Visual: Total
Causa: Descolamento de Retina
Tempo de perda da visão: 17 anos.

Percepção da Pesquisadora

M7 é jovem, alegre, dedicada, decidida, aparenta ser vaidosa e comunicativa. Tem uma estatura mediada, magra, cabelos pretos e longos, boa aparência, e muito educada. Observado que apresenta uma boa relação com as pessoas. Visualizado a sua frequência na sala de jogos de xadrez. Observado que participa das reuniões da diretoria da instituição. Encontra-se com aparência entristecida.

PARTICIPANTE 8

Auto percepção

Tem 37 anos. Evangélica. Solteira. Tem um filho. Estudou até o ensino médio. Massagista e faz atendimento nas empresas. Mora com o filho e sua mãe. Refere construir sua imagem corporal pelo o que as pessoas relatam. Acha que não é muito feia, mas relata ser descontente com algumas coisas no seu corpo. Gosta do cabelo, da pele e o restante do meu corpo está bom. Se acha amiga, verdadeira e leal, e exige respeito das pessoas. Refere que seu filho é um companheiro e o elogia, confia que a maternidade foi a melhor coisa que possa ter acontecido em sua vida. Relata desejar cursar faculdade de assistente social, mas deixa claro que não sabe se está disposta a ter que enfrentar tantas dificuldades. Participa da associação há 12 anos. Sofrida por um relacionamento anterior, que se percebe ainda não ter conseguido vencer o trauma. Deseja um relacionamento saudável, de

confiança e esperançosa para um casamento. Também relata não ter muita condições financeiras para investir nela e no seu filho. Valoriza muito a família.

Deficiência Visual: Total
Causa: Catarata congênita
Tempo de perda da visão: 37 anos.

Percepção da Pesquisadora

M8 é tem aparência jovem, agradável, educada, reservada, tímida e bonita. Tem estatura mediada, magra, cabelos castanhos e longos, vaidosa, boa aparência e educada. Parece ser guerreira.

PARTICIPANTE 9

Auto percepção

Com 37 anos. Católica. Divorciada. Não tem filho. Acadêmica do curso de psicologia. Se diz estudiosa e dedicada Deficiente visual parcial. Mora sozinha. Refere seios volumosos e que sua imagem corporal é parecida com seus familiares. Reconhece que sentiu a mudança do seu corpo na passagem da adolescência para a fase adulta. Refere ter uma rotina e também vários amigos. Gosta de sair, dançar e conhecer pessoas. Sexo para ela é importante, normal e fisiológico. Relata o desejo de trabalhar com a psicologia na área hospitalar. Diz que não quer ser mãe, como uma opção. Não faz planos para sua vida, vive o momento. Refere ter se divorciado a pouco tempo e ainda diz que a causa maior é porque não quer ser mãe, ficou sete anos casada. A negação de ser mãe é justamente pelas dificuldades que um deficiente visual tem para cuidar. Relata estar de luto para um próximo relacionamento. Participa da associação há 2 anos.

Deficiência Visual: Parcial
Causa: Baixa visão congênita
Tempo de perda da visão: 37 anos.

Percepção da Pesquisadora

M9 é jovem, magra, agradável, comunicativa, preconceituosa com sua estatura, que é baixa. Tem cabelos castanhos e longos, boa aparência, educada; é extremamente comunicativa e expressa a todo momento o que pensa. Aparenta ser focada no que faz para vencer seus limites.

PARTICIPANTE 10

Auto percepção

Com 32 anos. Evangélica. Casada. Não tem filho. Trancou o curso de direito. Sabe dos seus direitos de cidadã. Destaca seu descontentamento com o corpo, e refere construir sua imagem baseado na sociedade, mas o que importa é estar bem. Refere, ainda, que casamento é um compromisso, assim como a relação sexual também é da mulher para com o esposo, e que nem sempre se tem prazer. Com relação à reprodução, diz ser prematura esta ideia. O seu plano seria voltar a estudar direito. Diz amar a boneca barbie. Adora se vestir de rosa. Refere ter tudo da Barbie. Quer trabalhar na função de promotora. É bem determinada nas coisas que quer. Estudiosa e dedicada. Participa da associação há 10 meses.

Deficiência Visual: Total
Causa: Atrofia Bulbar
Tempo de perda da visão: 32 anos.

Percepção da Pesquisadora

M10 é jovem, agradável, comunicativa, vaidosa. Tem baixa estatura, é magra, morena, tem cabelos escuros de tamanho mediano. Aparentou ser crítica, objetiva, positiva, corajosa. No momento da entrevista estava vestida toda de rosa. Sempre está em companhia do esposo, pois ele é seu guia.

PARTICIPANTE 11

Auto percepção

Com 49 anos. Católica. Casada. Tem dois filhos. Relata ser gorda. A imagem corporal, segundo ela, sempre encontra um defeitinho. Expressa a necessidade de estar em boa forma física, até mesmo porque trabalha com a massagem, profissão que gosta muito; revela ter preferência pela técnica de massagem Click, que deve ser feita em cadeira apropriada. Relata que sexo é coisa normal para o ser humano. Constantemente se refere aos filhos e que gostaria de poder ajudá-los mais financeiramente. Gosta de fazer cursos, e sempre estar se aprimorando. Planos para a sua vida seria poder fazer cursos para entender melhor as coisas. Participa da associação há 6 anos.

Deficiência Visual: Parcial
Causa: Glaucoma congênito.
Tempo de perda da visão: 49 anos.

Percepção da Pesquisadora

M11 é uma mulher de meia idade, agradável, comunicativa, baixa estatura; cabelos medianos, pretos e ondulados, parece pouco vaidosa, está acima do peso, valoriza a família. Luta pela Associação. Ao falar sobre sexo transpareceu envergonhada.

PARTICIPANTE 12

Auto percepção

Com 79 anos. Católica. Hoje Divorciada. Mãe de sete filhos. Mora em companhia de uma filha solteira. Refere ter estudado muito pouco. Recebe benefício previdenciário. Relata fazer as coisas com amor. Seus planos são poder viajar, passear. Refere todo mundo gostar dela. Refere ter sofrido muito com o ex-esposo. Traz mágoas de quando se casou o esposo falou não gostar dela. Sofria violência doméstica. Boa mãe e agradecida pelos filhos que tem. Participa da associação há 1 anos.

Deficiência Visual: Parcial
Causa: Glaucoma congênito.
Tempo de perda da visão: 79 anos.

Percepção da Pesquisadora

M12 é idosa, semianalfabeta, dentro do peso, simpática, atenciosa, educada, parece pouco vaidosa, e lutar contra as limitações. É comunicativa, interativa, simples e agradável. Orgulhosa dos seus filhos.

PARTICIPANTE 13**Auto percepção**

Com 62 anos. Católica. Casada. Mãe de um filho. Mora em companhia da filha e do esposo. Refere ter estudado muito pouco e agora faz aula para aprender a ler e escrever. Recebe benefício previdenciário. Acha importante fazer atividade física e ter uma boa alimentação. Relaciona sua imagem corporal à uma vida saudável. Frequenta a igreja e faz trabalho social. Como plano de vida quer continuar vivendo bem com as outras pessoas. Na questão sexual relata não ter mais devido a enfermidade do esposo, porém se não fosse isso, gostaria da prática sexual. Refere ter só uma filha porque não pode ter mais filhos. É uma boa mãe e esposa. Faz amizade fácil. Refere ser preciso dar bons exemplos dentro e fora de casa para criar um filho. Participa da associação há 7 anos.

Deficiência Visual: Parcial
Causa: Degeneração Macular (miose).
Tempo de perda da visão: 62 anos.

Percepção da Pesquisadora

M13 é uma mulher idosa, semianalfabeta, simpática, atenciosa, educada e comunicativa. Tem boa auto estima. Participa do projeto de alfabetização da associação. Expressão de muita satisfação e felicidade por aprender a ler e escrever.

PARTICIPANTE 14**Auto percepção**

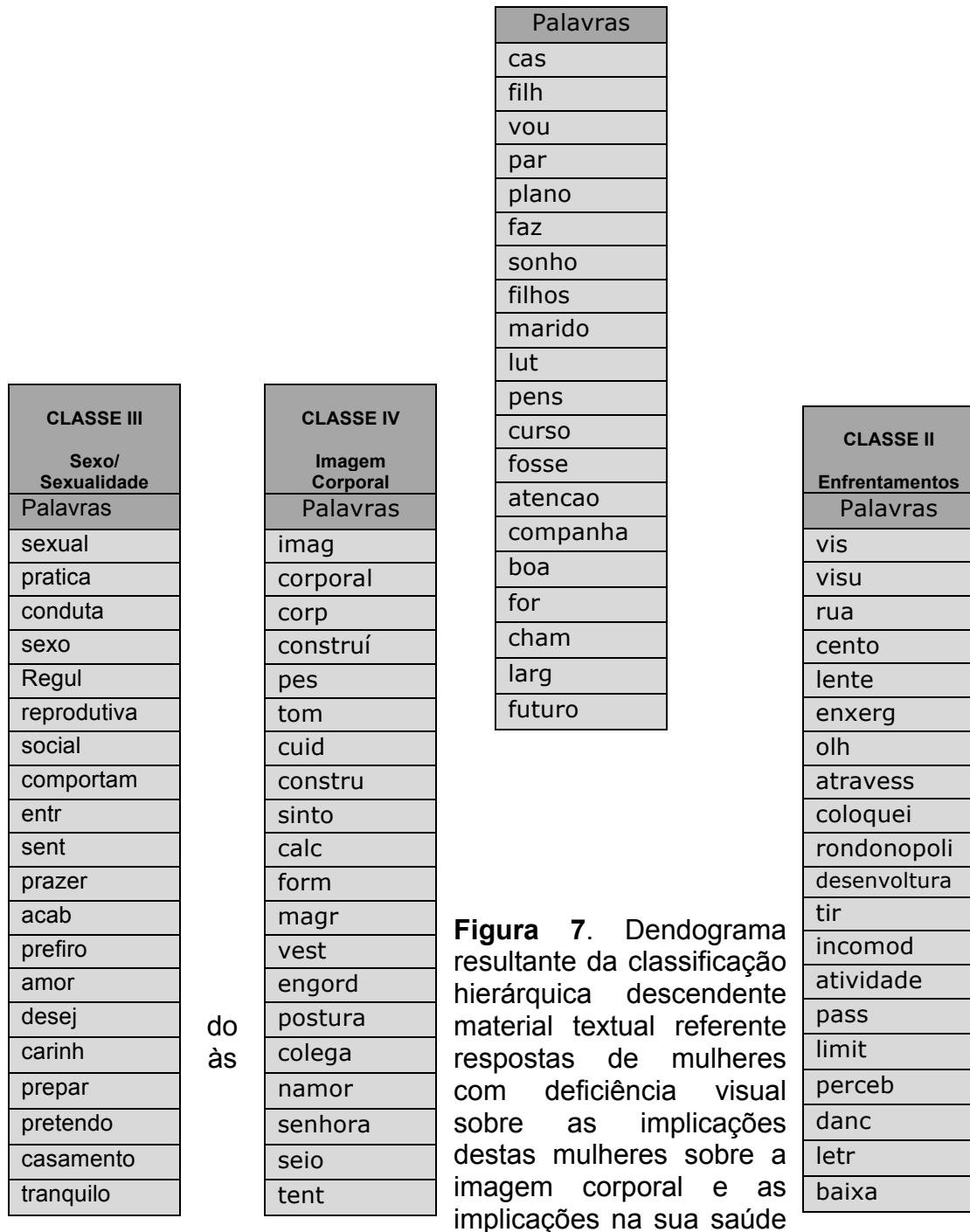


Figura 7. Dendrograma resultante da classificação hierárquica descendente material textual referente respostas de mulheres com deficiência visual sobre as implicações destas mulheres sobre a imagem corporal e as implicações na sua saúde

sexual e reprodutiva.

O eixo I, foi denominado na Percepção de Corpo, e o eixo II como Plano de Vida. Vocabulário léxico característico de cada classe possibilitou a identificação dos conteúdos tratados em cada uma delas.

De acordo com a Classificação Hierárquica Descendente, no dendrograma (Figura 7) aparecem as classes conforme o enfoque dado pelas participantes à cada conteúdo. O Eixo I é composto pelas classes III, IV, e no eixo II estão as classes I e II.

Os trechos das falas que foram extraídos, permitiram a localização dos discursos individuais. Em cada uma das quatro classes foram identificados conteúdos dominantes dos discursos, e com isso a identificação do contexto em que se inserem. A Classe I foi designada como Perspectivas; a Classe II, Enfrentamentos; a Classe III nomeada como Sexo/Sexualidade e a Classe IV identificada como Imagem Corporal.

O Eixo I, no qual estão agregadas as classes III e IV, no conjunto, enfoca a temática mais voltada às questões relacionadas ao componente subjetivo das mulheres. Evidencia a forte influência na convicção pessoal acerca da sexualidade e imagem corporal, bem como dúvidas, medos e angústias dessa construção. Assim, a Classe III está fortemente associada à Classe IV.

A Classe III, enfoca as questões relativas à sexualidade e reprodução, item mais referido pelas participantes 1, 2, 5 e 7. A reunião das palavras com o prefixo comum, aparece no Quadro 3.

Quadro 3: Palavras associadas significativamente à Classe III: Sexo/Sexualidade

PALAVRAS	FORMAS ASSOCIADAS
Sex+	Sexo, sexualidade
Prát+	Práticas, exercício
Casament+	Casamento, casar, casado
Reprot+	Reprodução, reproduzir, reprodutividade
Comport+	Comportar, comportamento
Amo+	Amor, amar, amo
Desej+	Desejo
Praz+	Prazer, prazeroso

Os termos destacados no dendograma complementados com o contexto em que tornam emitidos, permite traçar elementos da representatividade do grupo acerca da sexualidade e reprodução, na verdade de todo o conjunto de itens aí implicados. O sexo, o amor romântico, fiel e recíproco, assume papel importante para as mulheres, visto que o assunto é tratado para além da relação sexual somente por prazer físico. As UCE's que seguem são representativas dessa classe:

(...) A minha opinião é bem diferente das outras. Eu acho que o **sexo** tem que ter clima, tem de sentir aquele amor, tem que conhecer a pessoa. Isso é prazeroso se respeitar. Tudo certinho, vale a pena se não, não. Prefiro só! (Participante 01).

Vejo essa questão **sexual**, vejo o **sexo** como sentimento do que

como **sexo** em si. Não conseguiria me envolver agora com uma outra pessoa, não teria psicologicamente condições de me envolver sexualmente com outra pessoa (Participante 09).

Eu acho que o **sexo** ele é muito bom. É prazeroso também. Mais assim, tem que ter o momento certo. É legal assim quando você tem uma pessoa só (Participante 5).

Outro trecho da fala, destaca que o desejo sexual surge a partir de pequenos gestos. Os sentidos vão gradualmente sendo aguçados para que espontaneamente aconteça o desejo entre os indivíduos.

O relacionamento é isso, quando você, quando duas pessoas se gostam o sexo acontece espontaneamente. É em um toque de mão, um abraço, um simples carinho e pinta um **desejo** sexual (Participante 2).

Há referência de cumplicidade entre o casal:

Ele também é deficiente visual, mais a gente é marido, amigo, companheiro, é meu **amor** (Participante 4).

Ainda com relação ao sexo, é focado quanto processo natural para reprodução humana, conforme a seguir:

O **sexo** é muito mais que sexo. É algo que Deus deixou pra gente produzir, sentir prazer. A gente ter momentos de harmonias entre um homem e uma mulher. Por que não sentir? É bom. É legal! É gostoso também! (Participante 07).

A subalternidade da mulher é verificada, a partir do destaque feito ao aspecto sociocultural de seu papel tradicional:

Meu **comportamento** sexual isso é um compromisso, faz parte do **casamento**. Os **prazeres** é momento e às vezes nem sempre tem aquele momento. Em termos da minha vida sexual é mais de compromisso é de cumprir o casamento. Por que isso dentro do casamento tem que ser estável, enquanto os **prazeres** nem sempre

são iguais. É uma satisfação porque na medida que nós cumprimos um compromisso nos traz uma satisfação (Participante 10).

Durante a minha vida de solteira era comandada pelos pais e depois vem um marido doido desses. A gente fica abatida, vivia abatida com esse vida! Eu era daquele jeito que era para ser. Meu **casamento** era para ser uma coisa, se meu amor fosse igual ao dele tinha dado certo. Mas com pouco dia de casado falou para mim, que se **casou** para cumprir a palavra que deu para meu pai (Participante 12).

Na classe IV, tem destaque a representação sobre a imagem corporal com maior participação das entrevistadas 7, 8, 9, 10 e 14. A junção das palavras e/ou prefixos selecionados aparece no quadro a seguir (Quadro 4):

Quadro 4: Palavras associadas significativamente à classe quatro: Imagem Corporal

PALAVRAS	FORMAS ASSOCIADAS
Corp+	Corpo, corporal
Const+	Construir, construí, construção
Imag+	Imagem, autoimagem
Vest+	Vestir, vestir-se, vestido
Pes+	Pesar, peso
Cuid+	Cuidar, cuidado, cuidando
Magr+	Magra, emagrecer
Engor+	Engordar, gorda

Os vocábulos acima, somados aos demais desta classe, destacam a percepção da mulher frente à imagem corporal, esta construída a partir da sua vivência diária. Tem representatividade diversa e está associada à vivência pessoal, física e psicológica, conforme atesta os exemplos seguintes:

A **imagem corporal**, eu, depois que eu perdi minha visão, eu me senti muito mal, muito péssima! Devido ao prosseguimento da vida, eu comecei a tomar nova habitação, nova vida. É uma vida de recomeço e hoje, graças a Deus, sinto muito bem por estar realizando muitas coisas que nunca tinha pensamento de realizar. O processo de construção da **imagem** corporal, quando eu perdi a visão. não adiantava as pessoas chegar na gente e fazer a gente, caminhar. A gente tem que tomar a nossa iniciativa, pessoalmente, eu vou, eu quero e pronto. E foi isso que aconteceu. Tomei essa iniciativa, falei eu não sou única, eu vou tentar. Hoje, graças a Deus, eu consegui muitas coisas que eu não tinha pensamento de conseguir. A **imagem corporal** desenvolvo o seguinte, eu consigo fazer meus trabalhos de casa, eu consigo de fazer meus trabalhos, de resolver problemas de rua, do conta de andar sozinha, locomover, viajar (Participante 04).

Na perspectiva da semiótica visual, a imagem é considerada uma unidade de manifestação autossuficiente, geralmente, com mensagem constituída de signos que reproduzem fielmente alguma coisa. Especificamente para o segmento estudado, a imagem corporal é vista como o cuidar de si no cotidiano, seja para satisfação pessoal, seja para atender ao olhar da sociedade.

(...) Então quem se ama se **cuida**. Eu me amo. Eu faço o melhor por mim, até onde eu consigo e posso. Tento me cuidar o máximo da minha higiene bucal, a pele faço o que posso, cabelos, as unhas também. A gente tem muita dificuldade de se encontrar. A gente está sendo vista por milhares de pessoas que passam todo santo dia por nos. E as vezes a gente não se dá conta que a pessoa, está olhando você dos pés à cabeça. Você tem que entender que é você que não enxerga (Participante 07).

Sua **construção** também se dá por contribuição da sociedade quanto às características físicas da pessoa:

Na **construção** da imagem corporal eu acompanho o que as pessoas falam, que mostram na televisão (Participante 3).

Eu **construí** minha imagem morena, mediana, assim uma estatura média. Acho que não sou muito feia, não. Morena de boa aparência mais ou menos isso. O pessoal fala, as vezes comenta. A gente não tem uma imagem assim.... O pessoal comenta. Eu me acho assim, não fisicamente. Mas meu interior que eu **construí** assim, a imagem como pessoa me acho honesta, um pouco exigente, bastante. Me acho uma pessoa normal. Exigente na escolha de amigos, na escolha de relacionamento, assim namorado essas coisas Eu sou muito exigente. Eu construí ouvindo uma crítica aqui, uma crítica ali, a gente acaba criando essa imagem. Se vai ouvindo críticas, vai ouvindo elogios. Então vai **construindo** uma imagem encima daquilo que se vai ouvindo. Me acho uma pessoa bem leal, sou amiga de verdade, não gosto de decepcionar ninguém (Participante 8).

A aparência física é tratada e se manifesta como preocupação decorrente da exigência social. Está presente em todas as idades para a mulher, uma vez que, em geral, a sociedade exige para a mulher um corpo cheio de curvas, magro e com aspecto saudável; isto manifesta uma preocupação para as mulheres de como sua imagem está sendo apresentada à sociedade, como citado na fala abaixo.

Já desmanchou o corpinho. Quer dizer não me sinto esquisita. Não sobre isso não, procuro manter o ritmo mais **magra**. Já engordei mais. Agora diminui um pouco o **peso**. (...) A gente fica um pouco inseguro. Ajuda as outras pessoas que sente dor no corpo. Igual mesmo que acho que o corpo pelo peso que eu estou as dores em mim causa mais por causa do **peso** (Participante 11).

Há discernimento quanto ao processo de envelhecimento e as implicações que provocam na aparência da pessoa:

Os métodos todos que vai te mudando um pouco vai perdendo aquela coisa de criança de adolescência. Vai tomando **formas** de mulher como a gente fala. Essa forma de mulher seria o corpo que você ganha o seu visual. (...) O visual da pessoa até sua fase final que seria a morte, aquilo que você vai ser. O máximo que vai fazer chega uma época, vai **engordar** um pouco mais, emagrecer um pouco mais conforme é da pessoa (Participante 09).

Teve destaque aspectos relativos à vaidade, beleza e elegância:

Hoje gosto de **vestir** uma coisa, amanhã eu gosto já de outro jeito. Porque não gosto de rotina na minha vida, por exemplo: não sei me **vestir** igual, me torna rotina. Isso me cansa. Então gosto de me **vestir** de uma forma bem elegante, às vezes de acordo com momento e enquanto o tempo não me convém eu visto uma coisa mais simples (Participante 10).

No Eixo II, as classes I e II dão o contorno à mesma. Referente à Classe I, a mais enfocada pelo total de participantes; portanto, a mais contributiva na organização do dendograma e, obviamente, no aspecto representacional. Permite verificar as manifestações relativas à perspectiva de vida, fortemente mantidas em razão das lutas e sonhos dessas mulheres.

A reorganização dos termos que aparecem no dendograma, considerando-se as formas associadas, passa à ser conforme o quadro 6:

Quadro 5: Palavras associadas significativamente à Classe I: Perspectivas

PALAVRAS	FORMAS ASSOCIADAS
Plan+	Planos, ideais, concepções

Cas+	Casar, casamento, casado
Curs+	Curso, concurso
Filh+	Filho(s), filha(s)
Larg+	Largar, parar,
Sonh+	Sonho, sonhar
Lut+	Luta, lutar
Futur+	Futuro

A partir da análise do mundo lexical presente nessa classe, apreendem-se questões variadas, estas relativas à realidade concreta e expectativas para com a vida. A religiosidade está presente no planejamento para a vida pessoal e profissional:

Meus **planos** para minha vida assim. Primeiramente eu coloco Deus, porque é ele que sabe o **plano** dele ou se não é. Mais os meus **planos** que tenho é de poder seguir minha carreira, o meu futuro, seguir o meu sonho (Participante 04).

O ingresso no mercado de trabalho é considerado a partir das limitações, mas também das oportunidades e perspectivas:

A gente não tem essa facilidade igual um deficiente auditivo, um físico, eles conseguem se ingressar em uma empresa, igual uma pessoa quase que normal porque cego não. Infelizmente a gente só consegue trabalhar através-de **concurso**, porque já tem as cotas obrigatórias. A gente não tem essa facilidade igual um deficiente auditivo, um físico, eles conseguem se ingressar em uma empresa, igual uma pessoa quase que normal, porque cego não. Infelizmente a gente só consegue trabalhar através de concurso, porque já tem as cotas obrigatórias (Participante 07).

Estou fazendo **curso** agora de operador, e outros de inclusão que eu não sei se vai dar pra fazer. Ele abrange toda área social é um **curso** rápido. Os **cursos** que gosto foi de salgado, que eu gosto de mexer com cozinha (Participante 11).

A mulher deficiente visual também sonha em constituir uma família, se casar, ter filhos, ainda que com referência à necessidade de algum apoio:

Antes de casar pensava muito. Eu só vou ser feliz no dia que tiver uma pessoa, um companheiro. Tem que ter umas outras alternativas, por isso que falo não por puro preconceito, mas por conhecer as dificuldades. Não me relacionaria com uma outra pessoa que tenha a mesma deficiência que eu. Era **casada** e meu marido era aposentado. Ele É deficiente também. Aposentado por alienação

mental. Tem depressão, bipolaridade, quarenta e cinco anos de idade. Parece que é uma regra da sociedade (Participante 14).

O **sonho** que eu tenho de vê meus **filhos** bem. Para mim o que tenho hoje, o que Deus alcança hoje é o suficiente. Eu só quero manter o que Deus alcança para mim. Não **sonho** com dinheiro, não **sonho** com carro, não **sonho** com status. Eu procuro manter a vida do jeito que vivo, me alimento bem, moro bem (Participante 02).

O enfoque quanto ao exercício da maternidade aponta para medo e insegurança, o que não exclui a possibilidade dessa vivência:

A questão de **filhos** eu vejo assim é questão de insegurança. Eu acho um risco você não ter um companheiro. Talvez se você tiver uma estrutura financeira, não precisa de um companheiro. Mas se você não tiver nenhum dos dois é perigoso. Eu acho arriscado, não conseguiria segurança pra isso (Participante 14).

(...) A gente acha que para cuidar de uma criança necessariamente necessita de braços, ou precisa de olhos, cada um se vira da maneira que pode. E Deus também não vai me atribuir uma confiança se não sou capaz de cuidar. Prefiro acreditar e pensar assim. Eu penso em proliferar, mas igual falei não por agora, eu já tive vontade. Às vezes penso assim, como sou muito só penso de ter vários **filhos**, tipo uns seis (Participante 7).

Há referência quanto ao papel da associação que acolhe ao grupo:

Então acaba que no fim, a gente passa um pouco da experiência que a gente teve para eles. O meu plano de **futuro** é esse. Aqui na entidade (Participante 06).

(...) Mal assinava meu nome e mesmo assim eu errava. Hoje estou sentindo uma pessoa muito orgulhosa, do meu **futuro**, penso de melhorar. Mesmo assinando embolado não posso desistir de votar, tenho que ir à **luta**. O meu **futuro** daqui para frente vou procurar melhorar, me alimentar para eu ficar ativa. Hoje sou uma pessoa realizada, sinto assim um **futuro** brilhante (Participante 13).

A Classe II, mostrou mais enfoque no discurso das participantes 9,10 e 14. Há evidência da presença de elementos sociocognitivos e afetivos relacionados ao sentimento das mulheres frente à perda da visão. O processo de se reabilitar em uma nova condição de vida tem relevância:

A reunião dos elementos destacados no dendograma para a classe, está registrada no Quadro 7.

Quadro 6: Palavras associadas significativamente à classe II: Enfrentamentos

PALAVRAS	FORMAS ASSOCIADAS
Vis+	Visão, visual
Lent+	Lente, enxergar
Atividad+	Atividade, brincar, frequentar,
Desenvol+	Desenvoltura, habilidade, agilidade
Limit+	Limitação, ser limitado
Danc+	Dançar, danço, dancei
Percb+	Perceber, percebo, percebi
Coloq+	Coloquei, colocó

Associadas às suas formas completas, as palavras desta classe descrevem representações sociais, frente às experiências do cotidiano, as quais impõem superação das limitações de cada dia. Isso pode ser percebido nas falas destacadas:

Eu sei que está ali o alface, a verdura, só que uma travessa de lasanha eu vejo que é uma lasanha, só que uma travessa de lasanha, rondelle e uma farofa de uvas passas, fica difícil para distinguir o que é aquilo naquele momento. (...) não me relacionaria, e não casaria com quem que tenha a mesma **limitação** que eu, deficiência visual, porque nos limitaria muito. Acho que uma pessoa que tem uma **limitação** visual teria que buscar em outros relacionamentos, porque eu ainda enxergo cinco por cento. Se não enxergasse nada, talvez parece que fica aquela coisa, se você não enxerga você tem que casar com quem não enxerga (Participante 14).

O deficiente visual tem que se adaptar ou readequar à atividades que são naturais para as pessoas de visão normal:

Não **enxergo**, e na rua ando ainda só e tudo. Tem hora que vai pela sorte! (...) dentro de casa o que ponho no lugar todas as coisas eu reproduzo bem (Participante 11).

Apesar disso, outra citação mostra que a deficiente visual é solidária e atuante, e não se acomoda frente as suas dificuldades:

Não fico só aqui na associação Rondonopolitana de deficientes visuais. Vou para o lar cristão, vou fazer visita na fundação. Vou no

recanto dos idosos, faço visita sempre na igreja. Sou da renovação carismática são muitas atividade. Às vezes tem até coisas que deixo passar, porque não dou conta de fazer (Participante 13).

Ainda nesta classe, há referência de que o ser humano consegue distinguir a percepção das coisas de diversas formas e que estão influenciadas por questões socioculturais que rodeiam as deficientes visuais.

Porque eu enxergo as coisas de um jeito, talvez de um daquele jeito que eu estou **percebendo**. (.....) Hoje tenho trinta anos e **percebo** que sou mulher que ainda não superei. Ou se superei ainda tenho algo que esquenta a minha cabeça com essa questão (Participante 7).

Há preocupação de como o aspecto físico-visual apresentado repercute na sociedade:

No meu caso como eu só tenho um olho claro por falta de **visão**, **coloquei** uma **lente** pela estética. Justamente pela auto estima que **coloquei** uma **lente** no olho que tenho 5% de **visão**. Segundo uma amiga, esse negócio de **lente**, esse olho só incomodava você porque a gente nem liga. O incomodo mesmo que percebo maior era meu. Parecia que era um incomodo para as pessoas olharem pra mim por causa da claridade do olho essa parte que dá cor (Participante 14).

7.0 DISCUSSÃO

Em relação aos resultados encontrados, no que se refere a idade, as mulheres deficientes visuais que participaram nesta pesquisa encontram-se em um período de maturidade. Nessa fase da vida, a experiência leva à condições objetivas e subjetivas em modalidades que organizam os vínculos pessoais e afetivos a concretização de projetos (MACEDO, 2008). Possivelmente, em razão disso o enfoque quanto a oportunidades para realização, tanto pessoais quanto profissionais, existentes ou não, foram tratados com tranquilidade no grupo.

Quanto ao estado civil, a maioria vive em união estável e coabitação com o parceiro, o que retrata também a realidade nacional, conforme outros estudos (BARBOSA, 2001; VILLELA, 2002). Neste sentido, destaca-se que a maioria das participantes são casadas e isso pode ter reflexo direto da faixa etária.

A religiosidade, a fé em Deus e a submissão aos desígnios divinos, sejam como dádiva ou castigo, também explicam e permitem, com menos sofrimento, aceitar ou suportar os acontecimentos impostos à pessoa (FARIA; DAVID; ROCHA, 2011). As mulheres entrevistadas, em sua maioria, referem ter como religião católica ou evangélica, e reverenciam Deus em suas vidas. Assim, por sujeição a Sua subscrição, acabam por aceitar, sem lamentação ou revolta, o fato da deficiência visual.

No modelo patriarcal, a maternidade é esperada como uma consequência natural na vida das mulheres (BELO, 2014; MURARO, 2000; COSTA, 1996). Apesar das muitas mudanças relacionadas à percepção do papel social da mulher, ainda se verifica, no senso comum, a ideia de mulher mãe, ou seja, que todas devem ter a experiência da maternidade, condição que confere poder e superioridade às mesmas (VÁZQUEZ; MARTINS, 2015). No presente estudo, para a maioria das participantes, se verifica que essa representação é uma realidade, e talvez possa contribuir para se pensar em alguma tentativa de superação da deficiência visual pela via do status da maternidade, posto que ainda está muito presente. De modo contrário, aquelas que não tem filhos, expressam dificuldades e limitações para conseguir o desempenho de todas as atividades necessárias, e exigidas socialmente, no âmbito da maternidade, em virtude da deficiência visual. As narrativas que buscam tais explicações estão fortemente embasadas no mito da mãe perfeita (FORNA, 1999), aquela responsável pelo bem estar físico, psicológico e emocional do filho. Nos dois casos, pode-se dizer que mitos e representações culturalmente disseminadas e cultivadas sobre a maternidade ainda estão muito presentes entre as participantes.

Referente à escolaridade, todas são alfabetizadas, apesar da deficiência física. Entretanto, é possível apontar a existência de obstáculos, uma vez que prevalece o estudo em nível fundamental realizado em escolas públicas. Pode-se dizer que a preocupação do governo brasileiro com a escolarização das pessoas com deficiência é recente, a partir de 2008 (BRASIL, 2008; 2011). Desde então, é que se verificam ações pró ativas de inclusão desse segmento populacional no sistema educacional formal. Certamente, ainda são muitos os obstáculos para se oportunizar ao grupo participar efetivamente de escolas regulares. Estes vão de da falta de apoio pedagógico e material didático, da estrutura física da escola à professora dotada da capacidade para atendê-los na sua individualidade (XAVIER, 2012).

Especificamente, para portadores de deficiência visual, a baixa escolarização do seguimento contribui para a restrição dos meios de inclusão social. A inexistência de recursos didáticos, em especial a produção de materiais em braille e a falta de escolas na rede pública preparadas para atender o segmento são alguns exemplos das dificuldadesca serem vencidas. Caso estivessem disponíveis, proporcionariam maiores possibilidades de vida com melhor qualidade e oportunidades mais efetivas ao segmento (BRUMER; PAVEI; MOCELIN, 2004). Nesse particular, pode-se dizer que o resultado obtido na presente pesquisa, de algum modo, retrata a realidade nacional no que se refere à educação formal das pessoas deficientes visuais. Portanto, reafirma-se por um lado as grandes limitações do sistema educacional brasileiro e por outro, a necessidade de alocação de recursos para que se possa superar os obstáculos existentes.

É importante que seja implantada a educação inclusiva também no ensino superior. A formação do indivíduo para o exercício de uma profissão, possibilita ao mesmo sua inclusão na sociedade munido das ferramentas necessárias para uma participação em condições de igualdade (QUEIROZ; RICHTER, 2009). A instituição deve oferecer adequadamente apoio e material pedagógico, acessibilidade para além da arquitetura, bem como preparo dos professores que em geral sentem dificuldade para trabalhar com pessoas com deficiência visual.

Outro aspecto que aponta para problemas na inclusão social de pessoas com deficiência visual, trata-se da dificuldade dos mesmos em exercer uma atividade profissional remunerada. Tradicionalmente, foram negativos os significados sociais simbólicos acerca da cegueira e de certa forma, por extensão, à pessoa com

deficiência visual, a quem eram disponibilizadas instituições exclusivamente com acentuado caráter assistencialista, as quais não conseguiam atender ao público na sua totalidade (ANDRADE, 2009). Nessa perspectiva, o papel social dos portadores de deficiência visual, ao longo de décadas, esteve restrito a atividade de mendicância, quase como uma precariedade da dignidade humana (MARTINS, 2006). Neste estudo, observa-se que as mulheres portadores de deficiência visuais lutam diariamente contra esta precariedade, em participações de cursos e atividades integrativas para sua autonomia. Verifica-se esta realidade entre uma parcela de mulheres deficientes visuais participantes do estudo, as quais utilizam suas habilidades sensitivas para inserção no mercado de trabalho e assim atingir sua independência financeira. A prática profissional mais verificada entre o grupo é a que exige habilidade manual, no caso a massagem corporal. O deficiente visual experimenta a vida pelos sentidos, ou seja, as construções sensoriais dadas pelo cheiro, som, paladar e tato são utilizados para detectar informações do mundo que o cercam (PAULA *et al*, 2010; BRUNS, 2008).

Dantas (2013) destaca a luta de mulheres com deficiência visual para ocupar seu espaço no mundo do trabalho. Silva (2007) aponta que em anos mais recentes, ainda que por força de lei, tem se tentado mudar o cenário nacional. Apresenta como exemplo, o cumprimento da reserva legal de vagas, esta uma prática que em muitos casos tem sido adotada para atender ao preceito legal ou como estratégia de *marketing* para melhorar a imagem da empresa no meio social. A entrada no mercado de trabalho por essa possibilidade é conhecida e referida como expectativa por parte de algumas das mulheres estudadas.

No presente estudo, a totalidade do grupo contribui diretamente no orçamento mensal da família. Algumas delas, como já apontado, complementam a renda pelo exercício de atividade remunerada. Todas elas recebem, por direito legal, benefício da previdência social no valor de um salário mínimo mensal. Acerca desse benefício, Dantas (2013) constatou que mulheres com deficiência visual ficam acomodadas ao recurso financeiro por invalidez e isso faz com que elas não procurem melhorias de vida possibilitadas pelo ingresso no ensino superior. Andreggetti *et al* (2009) revela que no período de 1997 a 2009 a taxa de emprego caiu no e de aposentados aumentou (ANDREGHETTI *et al*, 2009).

Entre as participantes a quase totalidade reside com alguma companhia. A mobilização e o apoio familiar aparece como importante enfrentamento cotidiano na

deficiência visual, uma vez que contribui para proporcionar segurança na vivência diária (TSUNECHIRO; BONADIO, 1999). O acesso aos serviços de saúde, aos programas e aos recursos existentes continua difícil no sistema público. A representação dos profissionais de saúde acerca do fenômeno deficiência/reabilitação está vinculada ao paradigma que operam, em um modelo mais médico ou social. Neste caso, a condição de se ter uma deficiência é permeada por estigmas, conflitos e desigualdades. Assim, se destaca que não existem políticas ou ações mais amplas voltada para o apoio familiar a esta rede (OTHERO; DALMASO, 2009). Frente ao contexto geral, a família se torna uma pequena rede de apoio e fonte principal de cuidados ao integrante portador de deficiência visual.

O problema da cegueira evitável tem sido denunciado pela OMS há algumas décadas. Trata-se de sério problema de saúde pública, que tem reunido esforços e iniciativas no mundo todo para a seu combate (FELIPPE, 2006). Pesquisa com 149 deficientes visuais (63,75% portadores de baixa visão e 36,24% de cegueira), formado por 61,07% de homens e 38,9% de mulheres, apontou as principais doenças que levaram à deficiência visual. Em ordem decrescente aparecem, retinocoroidite por toxoplasmose (17,40%), atrofia óptica congênita (12,10%), alta hipermetropia (8,72%), retinose pigmentar e alta miopia (6,71% cada uma), glaucoma congênito e catarata congênita (6,04% cada uma), o que coloca em evidência as causas com possibilidade de prevenção (ANDREGHETTI et al, 2009). Todas as mulheres participantes revelaram ter conhecimento acerca da causa de sua deficiência visual, esta decorrente de doença adquirida ou por causa congênita evitável, o que coincide com o estudo de Bittencourt e Fonseca (2011).

É incontestável que a existência de instituições e associações é de extrema relevância para o desenvolvimento de estratégias que redundam na garantia de direitos e oportunidades aos associados. Assim, além do objetivo acolhedor, atuam de forma a transformar a instrumentalizar as pessoas para se tornarem ativas, críticas e independentes, com isso mais aceitas e com as mesmas oportunidades (Silva et al, 2010). Neste caso, as mulheres participam de instituição para pessoas com *deficiência visual, cuja referência positiva é unânime quanto aos benefícios recebidos, independente do tempo que frequentam.*

Sobre auto imagem, poucas foram aquelas que de fato apresentaram tal percepção. Na comparação da autopercepção das mulheres sobre sua auto

imagem, com os registros da pesquisadora sobre as características físicas da entrevistada, poucas foram as que coincidiram com a imagem corporal declarada pela mulher. Tal ocorrência pode ser compreendida a partir do entendimento de que a escuta pela mulher foi outra. Silveira (2008) revela a complexidade da dinâmica interna no processamento de estímulos e respostas, além do papel influenciador do meio externo, no caso o contexto presente, sobre o raciocínio humano. Assim, os resultados obtidos apontam para além de uma auto percepção da imagem corporal. Para o questionamento, foram obtidas falas que não fazem referência à imagem corporal no sentido real da palavra, mas sim relativas à outra abordagem, esta relativa a conteúdo abarcado no conceito de identidade.

Em linhas gerais, a análise do dendograma possibilita a constatação de que o grupo apresenta elementos de representação em torno do universo da cegueira. Os dois principais conteúdos abordados podem ser considerados como questões objetivas e subjetivas em relação ao discurso, respectivamente relativos à corporalidade e à condução da vida. O primeiro conjunto abordado, sobre sexo, sexualidade e imagem corporal, evidencia sua auto imagem e as práticas que regulam a conduta social, sexual e reprodutiva são resultantes da aprendizagem e da simbolização construídas ao longo do percurso de suas vidas, que conforme Batista (2005), entre cegos, ocorrem apenas de modo diferente se comparado às demais pessoas, ou seja, nem mais nem menos. Ormelezzi (2000), assim como Bruns (2008), constataram que deficientes visuais entram em contato com o mundo, ou seja, experimentam a vida pelos outros sentidos. Assim, para esse grupo, experiências de tipo tátil, auditiva e olfativa passam a ocupar lugar de destaque na formação de imagens e conceitos mentais.

O comportamento sexual das mulheres deficientes visuais se assemelham ao do restante das mulheres videntes. Mas ainda que esses aspectos sejam comuns, as cegas merecem abordagens próprias para pleno usufruto dos conteúdos para a promoção da saúde. Este tema, confirma a superficialidade e presença de tabus e mitos entre os mesmos (CEZARIO; MARIANO; PAGLIUCA, 2008).

Torna-se imprescindível que o conhecimento se faça de forma acessível para os deficientes visuais, aqui referido as mulheres portadores de deficiência, pois o silêncio sobre as questões sexuais ainda está predominante as orientações para o gênero feminino, uma vez que ainda falta diálogo entre os pares. As curiosidades e dúvidas acabam sendo esclarecidas por meio das pessoas mais próximas e também

pelos meios de comunicação. O deficiente visual precisa também ser preparado para a vida sexual, pois procura atuar de forma similar as pessoas videntes, mas a ausência da visão cria barreiras interferindo no seu senso de integridade física e em sua imagem corporal de pessoas aceitável e na escolha de parceiro. Vale lembrar que a vida sexual dos deficientes visuais tem as mesmas características de desenvolvimento da sexualidade das demais pessoas. A cegueira não diminui o interesse sexual, as pessoas cegas, da mesma forma que as demais, pretendem conhecer seus corpos, seu funcionamento e definir sua identidade, querem somente descobrir a própria sexualidade e expressar seus impulsos sexuais (BEZERRA; PAGLIUCA, 2010).

Isto quer dizer que os portadores de deficiência visual têm libido como qualquer outro ser humano. Este fato é reafirmado por Paula et al. (2010) quando falam que as pessoas cegas podem utilizar o tom de voz, o toque e o olfato, tanto para detectar e obter informações de um possível parceiro, quanto para sinalizar seu interesse. Ainda destacam que é importante para jovens e adultos com deficiências vivenciem a sexualidade como comportamento social e expressão da afetividade, de libido e prazer.

No geral, os adultos atingem o amadurecimento de sua sexualidade antes de atingir o amadurecimento emocional e/ou social, bem como a independência econômica. Neste caso, as mulheres decorrentes de múltiplos fatores, com destaque para as relações de gêneros desiguais, podem sofrer influência de modo adverso seu processo sociocultural.

O sexo faz parte da necessidade do ser humano, por questões hormonais, fisiológicas. Os deficientes visuais carecem de informações que envolvem a sexualidade, como conhecimentos morfofisiológicos, os psicoafetivos e os cuidados preventivos com a sua saúde sexual e reprodutiva. Um dos caminhos seria a educação em saúde com metodologias de educação em saúde adequada para suas necessidades e que resultem em ações no desenvolvimento de sua sexualidade. Também portadores de deficiências visuais, em especial as mulheres, para fins do presente estudo, devem ter conhecimentos sobre seu corpo, sua saúde e toda a gama de influências e implicações possíveis para que façam escolhas com autonomia e exerçam com plenitude seus direitos e deveres. Os profissionais da saúde também precisam de preparo para abordar essas questões e contribuir para o

desenvolvimento da sexualidade saudável dessas mulheres (MOURA; PEDRO, 2006).

A sexualidade para o deficiente visual deve ser abordada de maneira abrangente, respeitando os aspectos físicos e subjetivos como os valores, crenças e expectativas da sociedade. O exercício da sexualidade é um direito de todos e a carência de conhecimento sobre questões que envolvem a sexualidade apontam para uma perspectiva de fragilidade. As ações educativas garantem a possibilidade de discussões sobre a temática e e seus desdobramentos, que inclusive garantirá seus direitos sexuais e os reprodutivos também (SOARES, 2008).

A pesquisa aponta que quando as participantes abordavam a temática sexo, não apresentavam nenhuma preocupação quanto à adoção de práticas preventivas para se evitar Doenças Sexualmente Transmissíveis. Paula (2010) em pesquisa feita com o objetivo de identificar condições de vulnerabilidade ao HIV/AIDS entre pessoas com deficiência visual, auditiva e física, maiores de 18 anos e residentes no município de São Paulo, destacou que para os que perderam a visão (total ou parcialmente), os depoimentos mostraram a importância de desenvolver os outros sentidos para vivenciar a sexualidade plenamente.

O outro enfoque é relativo à auto imagem corporal, que é uma interação entre fatores, estes biológico, fisiológico, emocional e social (COSTA; VASCONCELOS, 2010). Nesta pesquisa as mulheres deficientes visuais destacaram que a auto imagem corporal é identificada por meio de diversas formas, com destaque para comentários feitos por pessoas do seu convívio. Há referência que o acompanhamento da mídia também auxilia nesse processo, o que mais uma vez pode-se ressaltar algum equívoco sobre essa compreensão.

Nesse sentido, a essência das falas é complexa e por vezes contraditória. Verifica-se a manifestação de estereótipos sociais ao longo das narrativas, possivelmente, decorrentes da representação do grupo alicerçada na visão tradicional de que a pessoa com deficiência visual é limitada e amparada na ideia de marginalização e exclusão social. Apesar disso, são percebidas falas sustentadas pela compreensão atual do contexto que envolve a pessoa com deficiência, subsidiada pela normativa de inclusão social e garantia de direitos em condição de igualdade entre os vários segmentos da população, razão pela qual representam o corpo feminino de modo estereotipado, a partir de conceitos que cultuam beleza e estética (CARVALHO, 2007).

A imagem corporal faz parte do resultado da vida social e está ligada intimamente à beleza em um processo de construção e de reconstrução. No entanto, o corpo e o mundo necessitam estar em sintonia para que haja um intercâmbio de relações a serem desenvolvidas. Neste sentido, a imagem corporal é apenas uma parte da vida, que quando unida com outros corpos e integrada às suas características e abstrações, buscam ser realmente corpos em ação contínua. Neste entendimento, o corpo, palco de imagens reais e porque não ideais, busca ao longo da vida ser uma representação concreta daquilo que julga ser coerente e palpável, sem contar que acaba sendo remodelado de acordo com as exigências impostas em cada época. A imagem acaba se entrelaçando às hipóteses que transmitem um conjunto de implicação do ideal a ser alcançado; este ideal seria se nos contentássemos em apenas ser, sem o desejo de ter corpos imaginários e ideais (BARROS; BANKOFF; SCHIMIDT, 2005). Assim, tanto as deficientes visuais como as videntes trazem um desconforto na conformidade referente à sua imagem corporal, ou seja, sempre se aponta um descontentamento em sua forma física.

Para Schilder (1994) qualquer objeto, dentre eles as roupas, ligadas ao corpo passa a se unificar a ele. Quando se escolhe uma determinada roupa, mesmo que inconsciente, também se escolhe um estilo. As roupas são capazes de modificar a imagem corporal, tornando os corpos que as vestem em bonitos ou feios, mais fortes ou frágeis, determinados ou perdedores, como a ilusão de um poder mágico. Então, uma roupa quando vestida também é parte da imagem corporal.

Ainda sobre temática que envolve o corpo para pessoas com deficiência visual, o autocuidado precisa ser focado. Estudo realizado por Souza et al (2012). Mostrou que deficientes visuais apresentam um grau considerável de limitação na capacidade de realização do autocuidado, haja visto que os mesmos apresentam *déficits* em diversas áreas, sendo a limitação visual a causa destes *déficits*. Também foi possível entender que a maioria dos problemas apresentados tem estreita relação com o componente psicológico, a exemplo da baixa autoestima e da interação social ainda prejudicada. Fica claro que, o autocuidado de pessoas com deficiência visual envolvem diversos aspectos, um deles preparar a sociedade para conviver harmonicamente com as pessoas, seja qual for a diferença entre uma e outra. É preciso também desenvolver iniciativas voltadas à promoção da saúde, e assim auxiliar no seu processo de emancipação. Ressalta-se que os deficientes visuais possuem potencial para desenvolver habilidades necessárias para execução

segura de suas atividades de vida diária, bem como no desenvolvimento de atitudes e práticas voltadas à saúde e bem-estar (SOUZA *et al et al*, 2012).

O segundo bloco focado trata de questões da vida, seja da vivida no presente ou naquela projetada para o futuro. Hardman; Drew (2011), referem que o deficiente visual tem capacidade de se adaptar ao ambiente social, mas dependente de vários fatores, tanto hereditário quanto experiencial. A ausência da visão altera a percepção que o indivíduo tem de si mesmo e ao seu redor, que pode ser desviada de maneira drástica. O deficiente visual tem menor expectativa de iniciar uma interação social e de se socializar-se, além disso tem dificuldade em imitar os maneirismos físicos dos outros, assim acaba não desenvolvendo a linguagem corporal. Neste caso, a delicadeza da comunicação não-verbal pode alterar o significado almejado das palavras e a incapacidade do deficiente visual aprender e usar vestígios visuais no caso de expressões faciais e gestos com as mãos, o que pode refletir em sua interação social. Costa e Prette (2012) também referem que o deficiente visual não consegue deter as mensagens recebidas de outras pessoas, e nem o sentido das mensagens transmitida de linguagem corporal.

A todo momento os videntes utilizam o sentido da visão para pautar a execução de ações, como tarefas motoras, interação com outras pessoas e objetos, e sem dúvida para o conhecimento do próprio corpo. Afirmam Alves; Almeida; Duarte (2007), que a ausência ou limitação da capacidade visual sugere uma privação sensorial para o indivíduo, já que são relativamente poucos os objetos que proporcionam estímulos sonoros e olfativos. Desta maneira, a mulher com deficiência visual enfrenta duplamente uma luta diária para ocupar seu espaço social, no estudo, no trabalho e na vida afetiva. É uma luta intensa para ser acolhida em suas especificidades, reconhecida como mulher e cidadã (DANTAS, 2013).

Corroborando para o resultado desta pesquisa os autores França e Pagliuca (2009), afirmam o portador de deficiência física consegue sua inserção no mercado de trabalho mais facilmente que portadores de deficiência visual. Sua inserção acarreta maior ônus para o empregador em virtude das adaptações necessárias, além de fatores como o preconceito e a desqualificação profissional. Assim, os deficientes visuais se percebem diferentes, pois são socializados por meio de um discurso cujo sentido envolve crenças e valores das pessoas que carregam consigo marcas de uma cultura cujo paradigma social inclui preconceito e exclusão para com as pessoas tidas como diferentes.

As estratégias de inclusão no trabalho adotadas no país para os portadores de deficiências, neste caso os visuais, ainda são insuficientes. O sistema de cotas é uma política que expõe todos os trabalhadores a uma grande vulnerabilidade e que traz discussão sobre as modificações no direito ao trabalho das pessoas com deficiências. Essas modificações são realizadas por ações coletivas e solidárias voltadas às mobilizações políticas e social e atuações do Estado. O desenvolvimento de uma política pública é também necessário para medidas que compreendam a inclusão social, a reabilitação portadores de deficiência. As políticas de emprego se concluem com parcerias a iniciativa privada que visam ampliar ações de responsabilidade social e cumprir as obrigações definidas na legislação, e assim habilitar pessoas com capacidades para realizar as atribuições. Por conta disso, a sociedade se encontra incapaz de lidar com as diferenças corporais, de habilidade e de classes (VASCONCELOS, 2010).

Vale lembrar que ao mesmo tempo, a lei é ampla e não existe cotas específicas para cada tipo de deficiência, e as empresas podem escolher entre os deficientes os que lhes são mais úteis. Geralmente, as vagas de trabalhos para deficientes visuais são em número reduzido e imitadas ao atendimento telefônico, vendedores em telemarketing e ascensoristas; quem tem formação superior nem sempre consegue garantir entrada no mercado de trabalho de acordo com sua qualificação (BRUMER; PAVEI; MOCELIN, 2004).

Evidencia-se, assim, a necessidade de alicerçar em um novo paradigma preparado vários níveis de discussões para uma nova prática que percebe a integralidade da atenção à saúde como eixo estruturante de mudanças a partir da formação das políticas públicas, dos serviços, suas práticas para os deficientes visuais, por fim, uma educação em saúde como processo político pedagógico que requer o desenvolvimento de pensar crítico, reflexivo, proporcionando a autonomia e emancipação dessas mulheres enquanto sujeito histórico capaz de propor e opinar determinações sobre sua identidade, imagem corporal e sexualidade (MACHADO, et al, 2008).

Apesar de todas as dificuldades apresentadas em suas narrativas, verifica-se que a maioria delas, tem postura positiva frente a vida. Apesar dos enfrentamentos diários, fazem referência às perspectivas para o futuro, e apresentam muitas expectativas. Indicam os sonhos que esperam concretizar, estas relativas à conquista pessoal ou familiar. De modo a contribuir para a resistência diária na

superação dos obstáculos que se erguem, a fé em Deus é referida como aliada no fortalecimento necessário, o que é aparece com alta frequência em estudos realizados junto a minorias (PEREIRA; RIBEIRO, 2014; FARIA; DAVID; ROCHA, 2011).

8.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a representação social acerca da conduta social, sexual e reprodutiva são iguais, portanto a imagem corporal se apresentou de forma distinta, uma vez que isto não era a principal relevância para o seguimento. Diante disso, nos deixa interpretar que as mulheres deficientes visuais têm uma percepção da imagem corporal induzida em relação a si mesma, pois a instância da percepção é diferente perante ao cotidiano de cada indivíduo.

A inserção no mercado de trabalho e espaço social ainda são dificuldades enfrentadas pelos portadores de deficiência visuais. Embora, existem muitos desafios no campo da educação, saúde e profissionalização, a falta ou a redução da visão não é o principal obstáculo para este seguimento.

Aos fatores facilitadores o convívio diário constrói a imagem corporal, uma vez que estas mulheres tiveram dificuldades em conceituar ou perceber a sua imagem corporal. Contudo, a vivência desse seguimento é semelhante nas normovisuais.

Quanto à limitação do estudo, ocorreu na dificuldade em conceituar a imagem corporal ou até mesmo descrever a construção da imagem corporal, uma vez que sai do Eu e passa para o outro.

Desta forma, sugere-se a realização de novas pesquisas que possam contribuir com a sociedade, aos profissionais de saúde e para uma melhor assistência oferecida a esta população estudada. Também leva-se como recomendação que a implantação nas ementas das disciplinas acadêmicas a introdução de uma aproximação com os seguimentos de deficiências.

É evidente que se deve estimular os portadores de deficiência visuais para estar integrados as entidades sociais para fortalecer e fazer valer os seus direitos respaldados pela legislação vigente.

É possível ainda compartilhar um resultado inesperado da pesquisa que foi a mudança de postura da pesquisadora, que se tornou mais afetuosa e solidária aos portadores de deficiência visual e neste caso, em especial as mulheres.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, R. C.; ALVES, J.G.B. Afecções oculares prevalentes em crianças de baixa renda atendidas em um serviço oftalmológico na cidade do Recife – PE, Brasil. **Revista Arq Brasileira Oftalmologia**, v. 66, n.6, p.831-834, 2003.
- ALMEIDA, A.; ANDRADE, D.S.V.; SANTOS, H.M.S. Gênero E Direitos Humanos: Por uma Psicologia para Todos e Todas. In: ANDRADE, D. S. V. (ORG) **Gênero na Psicologia: Articulações e Discussões**. Salvador: 3ª Região- BA, p.35-57, 2013.
- ALVES, M.L.T.; ALMEIDA, J.J.G.; DUARTE, E. **Imagem Corporal e Deficiência Visual**. In: TAVARES, M. C. G. C. (Org.). O Dinamismo da Imagem Corporal. São Paulo: Phorte, 2007. p. 129-1141.
- ALVES; M.R.; JÚNIOR, J.B.; POLATI, M. Astigmatismo. In: ALVES, M.R. (org). **Refratometria ocular e a arte da prescrição médica**. Rio de Janeiro: Editora Cultura Médica: Guanabara Koogan, 2010. Capítulo 4, p.79-96.
- ALVES; M.R.; POLATI, M.; DEBERT, I. Miopia. In: ALVES, M.R. (org). **Refratometria ocular e a arte da prescrição médica**. Rio de Janeiro: Editora Cultura Médica: Guanabara Koogan, 2010. Capítulo 3, p.79-77.
- ALVES; MR.; POLATI, M.; DEBERT, I. Hipermetropia. In: ALVES, M.R. (org). **Refratometria ocular e a arte da prescrição médica**. Rio de Janeiro: Editora Cultura Médica: Guanabara Koogan, 2010. Capítulo 2, p.41-57.
- AMIRALIAN, M. L.T.; PINTO, E. B.; GHIRARDI, M. I.G.; LICHTIG, I.; MASINI, E. F.S.; PASQUALIN, L. Conceituando deficiência. **Revista Saúde Pública**, n.34; v.1; p.97-103, 2000.
- ANDRADE, M.A.A. A Identidade como Representação e a Representação da Identidade. In: MOREIRA, A.S.P.; OLIVEIRA, D.C. (orgs). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: 2 Ed. AB, 2000, p. 328.
- ANDRADE, M.A.A. **A identidade como representação e a representação da identidade**. In: MOREIRA, A.S.P.; OLIVEIRA, D.C. (organizadoras). Estudos interdisciplinares da representação social. 2.ed. Goiânia: AB, 2000. p. 141-150.
- ANDRADE, L.D. **Concepções sobre Educação Inclusiva em uma escola regular da rede federal em Minas Gerais**. Trabalho de Conclusão do Curso (Especialização) - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso. Curso de Educação Profissional e Tecnológica Inclusiva. 114 p, 2009. Disponível em http://bento.ifrs.edu.br/site/midias/arquivos/20100611100471luciana_dantas_andrad e.pdf Acesso em 06/08/2015.
- ANDREGHETTI, E.; SILVA, M. R. B. M.; JOSÉ, N. K.; MAIA, M.; ANDREGHETTI M. R.; ANTUNES, V. C. Inclusão social do deficiente visual- experiência e resultados

de Assis. **Arq. Brasileiro Oftalmologia**, v.72, n.6, p.776-782, 2009.

AQUINO, E. M. L. Gender and health: profile and trend of the scientific production in Brazil. **Revista Saúde Pública**, v. 40, p.121-132, 2006.

ARAÚJO, M. F.; SCHRAIBER, L. B.; COHEN, D. D. Penetração da perspectiva de gênero e análise crítica do desenvolvimento do conceito na produção científica da Saúde Coletiva. **Interface- Comunicação, Saúde e Educação**, v.15, n.38, p.805-818, 2011.

BATISTA, C.G. Formação de conceitos em crianças cegas: questões teóricas e implicações educacionais. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 21, n. 1, 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v21n1/a03v21n1.pdf> Acesso em: 06 07 2015.

BARBOSA, R. H. S. **Mulheres, reprodução e aids**: as tramas da ideologia na assistência à saúde de gestantes HIV positivas. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001. 310 p.

BARROS, D. D.; BANKOFF, A. D. P.; SCHMIDT, A. Imagem corporal da mulher: a busca de um corpo ideal. **Revista Digital - Buenos Aires**, v.10, n.87, 2005.

BAUMAN, Z. **Identidade**. Tradução de Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2005.

BELO, L. C. O. **A maternidade da mulher com deficiência visual**. 18º Encontro Nacional da Rede Feminista Norte Nordeste de Estudos e Pesquisa sobre a Mulher e Relações de Gênero - Redor. Gênero e Deficiência: 2014. Disponível em <http://www.ufpb.br/evento/lti/ocs/index.php/18redor/18redor/paper/viewFile/2251/676>. Acesso em 06 ago. 2015.

BESERRA, E. P.; PINHEIRO, P.N.C.; BARROSO, M.G.T. Ação educativa do enfermeiro na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis: Uma investigação a partir das adolescentes. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 522-528.

BEZERRA, C. P.; PAGLIUCA, L.M.F. The experience of sexuality by visually impaired adolescents. **Revista Escolar Enfermagem USP**, v.44, n.3, p.577-582, 2010.

BITTENCOURT, Z. Z. L. C.; FONSECA, A. M. R. Percepções de pessoas com baixa visão sobre seu retorno ao mercado de trabalho. **Paidéia**, v. 21, n. 49, p.187-195, 2011.

BOURDIEU, P. Estrutura, *Habitus* e Prática. In: **A economia das trocas simbólicas**. Trad.Sérgio Miceli. 3.ed. São Paulo: Perspectiva, 1992, p. 337-361.

BRASIL, 2011. **Decreto nº 7.611 de 18 de novembro de 2011**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7611.htm#art11. Acesso em: 7 de agosto de 2015.

BRASIL. **A Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência Comentada**.

Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa com de ciência no Sistema Único de Saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.p.36.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência**. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 24 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. O Cenário Atual das Políticas com Foco nos Direitos Reprodutivos. In: PAULA, A. R.; REGEN, M. **I seminário nacional de saúde: direitos sexuais e reprodutivos e pessoas com deficiência**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. p.34.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Sexualidade da pessoa com deficiência pós ratificação da Convenção da ONU. In: DIGIROLAMO, F.P. **I seminário nacional de saúde: direitos sexuais e reprodutivos e pessoas com deficiência**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. p.40.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos na Agenda da Saúde das Pessoas com Deficiência. In: TELLES, J. L. **I seminário nacional de saúde: direitos sexuais e reprodutivos e pessoas com deficiência**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. p.17.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção à Saúde Ocular na Infância: detecção e intervenção precoce para prevenção de deficiências visuais**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. p.40.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **A pessoa com deficiência e o Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde**. 2.ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 16p.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. **Portal da Saúde**. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/component/search/?searchword=cer&searchphrase=all&Itemid=242>. Acesso em: 23 de fevereiro de 2015.

BRASIL. **Portaria nº 466/2012 de outubro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa com seres humanos. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde; 2012d. Publicada no Diário Oficial da União de 13 de junho de 2013, Seção 1, p.59.

_____. **Decreto no 3.298, de 20 de dezembro de 1999**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm. Acesso em: 25 de março de 2015.

_____. **Decreto nº 5296, 02 de Dezembro de 2004**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm. Acesso em: 29 de março de 2015.

_____. **Decreto nº 7984 de 8 de abril de 2013**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D7984.htm. Acesso em: 29 de março de 2015.

BRUMER, A.; PAVEI, K.; MOCELIN, D. G. Saindo da escuridão: perspectiva da inclusão social, econômica, cultural e política dos portadores de deficiência visual em Porto Alegre. **Sociologia**, n.6, n.11, p.300-327, 2004.

BRUNS, M. A. T. **Sexualidade de cegos**. Campinas, São Paulo: Ed. Átomo, 2008 (Coleção Sexualidade e vida). 91 p.

CAMARGO, B. V. ALCESTE: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: MOREIRA, A.S.P.; CAMARGO, B.V.; JESUINO, J.C.; NÓBREGA, S.M. **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: Universitária, 2005. p.511-539.

CAMPANA, A.N.N.B; TAVARES, M.C.G.C.F. **Avaliação da Imagem Corporal: instrumentos e diretrizes para pesquisa**. São Paulo: Phorte, 2009.

CAMPOS JÚNIOR, J.C. Atendimento oftalmológico dos recém-nascidos examinados nas maternidades públicas em Manaus. **Revista Brasileira de Oftalmologia**, n.69, v.4, p. 222- 225, 2010.

CARVALHO, S. M. C. R. de. **Representação social da pessoa com deficiência frente à exclusão/ inclusão**. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Educação do Centro de Educação da Universidade Federal da Paraíba. 2007. 128 p. Disponível em <http://tede.biblioteca.ufpb.br/bitstream/tede/4876/1/arquivototal.pdf> Acesso em 06 07 2015.

CASH, T.; PRUZINSKY, T. **Body Images: development, deviance and change**. New York: Guilford Press, 1990.

CEZARIO, K.G.; MARIANO, M.R.; PAGLIUCA, L.M.F. Comparando o comportamento sexual de cegos e cegas diante das DSTs. **Revista Eletrônica Enfermagem**, v.10, n.3, p.686-694, 2008.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 6.ed. São Paulo: Cortez, 2003.

CIAMPA, A. C. **Estória do Severino e a história da Severina**. São Paulo: Editora Brasiliense. 1993.

COSTA, C. S. L.; PRETTE, A. D. Estudo comparativo de observação de habilidades sociais de gêmeas com e sem deficiência visual. **Revista Educ. Espec.**, Santa Maria, v. 25, n. 42, p. 75-88, 2012.

COSTA, L.C.F.; VASCONCELOS, F.A.G. Influência de fatores socioeconômicos, comportamentais e nutricionais na insatisfação com a imagem corporal de universitárias em Florianópolis, SC. **Revista Brasileira Epidemiologia**, v.13, n.4, p.665-76, 2010.

COSTA, R. G. **Concepções sobre maternidade entre mulheres que buscam tratamento para esterilidade**. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas, 1996. 67 p.

CRESWELL, J.W. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativos, quantitativa e misto**. Tradução Magda Lopes. 3 ed. Artmed. Porto Alegre, 2010.

CRÓS, C. X.; MATARUNA, L.; OLIVEIRA FILHO, C. W.; ALMEIDA, J. J. G. Classificações da deficiência visual: compreendendo conceitos esportivos, educacionais, médicos e legais. **Revista Digital Buenos Aires**, v.10, n.93, 2006.

CUNHA, M. F. C. **A expressão corporal e o deficiente visual**. Disponível em: www.ibc.gov.br/.../nossos_meios_rbc_revago2004_artigo_2.rtf. Acesso em 26 de julho 2015.

DANTAS, V.M.C.S. **Narrativas de vida das mulheres com deficiência: lutas e conquistas no contexto social**. Seminário Internacional Fazendo Gênero 10 (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2013. p.1-10. ISSN 2179-510X.

DANTAS, B. S. A. Sexualidade, cristianismo e poder. **Estudos e Pesquisas em Psicologia/ UERJ**, v. 10, N.3, P. 700-728, 2010.

Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948. Disponível em: http://midia.pgr.mpf.gov.br/pfdc/hotsites/sistema_protecao_direitos_humanos/docs/sistema_nacoesunidas/convencao_inter_universal.pdf. Acesso em: 19 nov. de 2014.

DUBAR, C. **Trajetórias sociais e formas identitárias**: alguns esclarecimentos conceituais e metodológicos. Tradução Alain P. François. 1997. Disponível em http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/file/2010/veiculos_de_comunicacao/eds/vol19n62/eds_artigo19n62_1.pdf. Acesso em 06 de jun. 2015.

FAGUNDES, T.C.P.C. (Org.). **Ensaio sobre Educação, Sexualidade e Gênero**. Salvador: Helvécia. 2005. p. 9-20.

FARIA, E.; SOUZA, V. L. T. Sobre o conceito de identidade: apropriações em

estudos sobre formação de professores. **Psicol. Esc. Educ. (Impr.)**, v. 15, n. 1, p. 35-42, 2011.

FARIA, M. G. A.; DAVID, H. M. S. L.; ROCHA, P. R. Inserção e prática religiosa entre mulheres: Aspectos protetores ao uso de álcool e violência. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, v.7, n.1, p. 32-37, 2011.

FELIPPE, M. C. G. C. **Estudo da ocorrência das queixas de distúrbios do sono em crianças e adolescentes com deficiência visual: cegueira e baixa visão**. Dissertação (Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento) - Universidade Presbiteriana Mackenzie, 102p, 2006.

FERRONI; M.C.C.; GASPARETTO; M.E.R.F. Escolares com baixa visão: Percepção sobre as dificuldades visuais, opinião sobre as relações com Comunidade Escolar e o Uso de Tecnologias Assistiva nas atividades cotidianas. **Revista Brasileira**. Ed. Esp. Marília, v.18, n.2, p. 301- 318, 2012.

FLAMENT, C. **Aspects périphériques desreprésentations sociales**. In: Abric, JC. (Ed.) Structures et transformations desreprésentations sociales. Lausanne: Delachaux et Niestlé, 1994, p.85-118.

FLATH, E.; MOSCOVICI, S. Social Representation, In: Harré, R. e Lamb, R. (eds.). **The Dictionary of Personality and Social Psychology**. Londres: Basil Blackwell Publisher, 1983.

FORNA, A. **Mãe de todos os mitos**: como a sociedade modela e reprime as mães. Rio de Janeiro: Ediouro, 1999.

FORTUNATO, M.L.; NETO, M.M. Relações de gênero e representações sociais. In: COUTINHO, M.P.L. et al. **Representações Sociais: abordagem interdisciplinar**. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2003, p. 277- 292.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro, 2a edição: Edições Graal, 1979.

FRANÇA, I. S. X.; PAGLIUCA, L. M. F. Inclusão social da pessoa com deficiência: conquistas, desafios e implicações para a enfermagem. **Revista Escolar Enfermagem USP**, v.43, n. 1, p. 178-185, 2009.

FREITAS, L. C.; DEL PRETTE, Z. A. P. Categorias de Necessidades Educacionais Especiais Enquanto Predictoras de Déficits em Habilidades Sociais na Infância. **Psychology/Psicologia Reflexão e Crítica**, v.27, n.4, p.658-669, 2014.

GADELHA, M. J. N. ANDRADE; M.J.O.; FERREIRA; O. D. L.; FREIRE; R. C. L.; SANTOS; N.A. Sensibilidade ao contraste acromático para grades senoidais verticais em adolescentes e adultos. **Psicologia: teoria e prática**, v.12, n.1, p.59-70, 2010.

HARDMAN, M. L.; DREW, C. J.; EGAN, M. W. **Human exceptionality**: school, community, and Family. Tenth Edition. Belmont, CA: Wadsworth, 2011.

HOFFMANN, S. B.; CHAGAS, E. R. C. Corpo, Sexualidade e Deficiência. **Movimento**, v. 3, n. 5, p. 1992- 1996.

I.B.S.A. **International Blind Sports Federation**. Disponível em: <http://www.ibsasport.org/classification>. Acesso em: 29 de março de 2015.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=510760>. Acesso em: 04 maio. 2015.

IBGE. **Instituto de Geografia e Estatística**. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/noticiascenso?view=noticia&id=1&idnoticia=2170&t=censo-2010-numero-catolicos-cai-aumenta-evangelicos-espíritas-sem-religiao->. Acesso em: 16 de março de 2015.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, Denise (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro, Ed. UERJ, 2001, p.17-44.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET D. (Org.) **As representações sociais**. Tradução Lílian Ulup. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. 416 p.

JOVCHELOVITCH, S. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In: JOVCHELOVITCH, S.; GUARESCHI, P. (Orgs.). **Textos em representações sociais**. 8.ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2003.

KRONBERGER, N.; WAGNER, W. Palavras-chave em contexto: análise estatística de textos. In: M.W. Bauer; G. Gaskell (orgs.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2002.

MACEDO, M.S. Mulheres chefes de família e a perspectiva de gênero: trajetória de um tema e a crítica sobre a feminização da pobreza. **Cad. CRH**, v.21, n.53, p. 385-399, 2008.

MACHADO, M. F. A. S.; MONTEIRO, E. M. L. M. ; QUEIROZ, D. T. ; VIEIRA, N. F. C.; BARROSO, M. G. T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n.2, p. 335-342, 2007.

MARTINS, L. P. **Artigo 2 – Definições**. In: A Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência Comentada. RESENDE, A.P. C.; VITAL, F. M. P. (Org). Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2008. p. 28 – 30.

MARTINS, B. S. **E se eu fosse?** Narrativas silenciadas da deficiência. Porto: Rainho & Neves Ltda. 2006. Disponível em http://www.ces.uc.pt/myces/UserFiles/livros/1097_Livro_E_se_eu_fosse_cego.pdf Acesso em 06/08/2015.

MATÃO, M. E. L. **Representações sociais de mulheres jovens associadas ao sexo, risco e práticas preventivas**. Tese de Doutorado. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Goiânia, 2012.

MATÃO, M.E.L; MIRANDA, D. B.; CAMPO, P. H. F; BORGES, O. S., T; HYAGO, R. P. Intentos Suicidas: Representações Sociais dos Trabalhadores na Área de Saúde. **Revista de Enfermagem UFPE**, v.6, n.5, p. 1077-1085, 2012.

MENICUCCI, T. M. G. O. Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n.7, p.1620-1625, 2009.

MINAYO, M.C. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 2. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1993. 269 p.

MINAYO, M.C.S. O desafio da pesquisa social. IN: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S.F.R.G. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 2012.

MOREIRA, A.S.P.; CAMARGO, B.V.; JESUINO, J.C.; NÓBREGA, S.M. **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: Universitária, 2005. p.511-539.

MOSCOVICI, S. **A Representação Social da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 1978.

_____. **Introducción: El Campo de la Psicología Social**, In: **Psicología Social I**. Barcelona: Ediciones Paidós, 1984.

MOURA, G.R.; PEDRO, E.N.R. Adolescentes portadores de deficiência visual: percepções sobre sexualidade. **Revista Latino-am Enfermagem**, v.14, n.2, p. 220-226, 2006.

MUNSTER, M. A. V.; ALMEIDA, J. J. G. Atividade física e deficiência visual. In: GORGATTI, M. G., COSTA, R. F. (Orgs.). **Atividade física adaptada**. Barueri: Manole, 2005, p.28-76.

MURARO, R. M. **A mulher no terceiro milênio**: Uma história da mulher através dos tempos e suas perspectivas para o futuro. Rio de Janeiro. Record: Rosa dos ventos, 2000.10 ed.

NEGREIROS, T. C. G. M.; CARNEIRO, T. F. Masculino e feminino na família contemporânea. **Estudo Pesquisa Psicologia**, v.4, n.1, p.1-14, 2004.

NEVES, R.A.; CASANOVA, F. **Seus Olhos**: cuidados e informações básicas para sua saúde ocular. São Paulo: Editora CL-A Cultural, 2004.

NICOLAU, S. M.; SCHRAIBER, L. B. Mulheres com deficiência: reconhecer suas vulnerabilidades para promover atenção integral em saúde. **Anais do I Simpósio Internacional de Estudos sobre a Deficiência**. USP Legal. São Paulo, junho,2013.

NOGUEIRA, G. **Artigo 1 – Definições**. In: A Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência Comentada. RESENDE, A.P. C.; VITAL, F. M. P. (Org). Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos. 2008. p. 26 – 28.

OLIVEIRA, D. C.; GOMES, A. M. T.; MARQUES, S. C.; THIENGO, M. A. “Pegar”, “ficar” e “namorar”: representações sociais de relacionamento entre adolescentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 5, p. 497-502, 2007.

ONU. **O Progresso das Mulheres no Brasil 2003–2010**. In: BARSTED, L. L.; PITANGUY, J. (Org). Rio de Janeiro. Editora: CEPIA, 2011. p.436.
OSIS, M. J. M. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.14, Supl. 1, p.S25-32, 1998.

ORMELEZZI, E. M. **Os caminhos da aquisição do conhecimento e a cegueira: Do universo do corpo ao universo simbólico**. Dissertação (Mestrado em História e Filosofia da Educação) - Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000. <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/48/48131/tde-13072007-155541/pt-br.php> Acesso em 06 07 2015

OTHERO, M. B.; DALMASO, A.S.W. Pessoas com deficiência na atenção primária: discurso e prática de profissionais em um centro de saúde-escola. **Interface-comunicação, saúde, educação**, v.13, n.28, p.177-88, 2009.

PATRIOTA, L. M. Teoria das Representações Sociais: Contribuições para a apreensão da realidade. **Serviço Social em Revista**, v.10, n.1, 2007.

PAULA, A.R.; SODELLI, F.G.; FARIA, G.; GIL, M.; REGEN, M; MERESMAN, S. Pessoas com deficiência: Pesquisa sobre a sexualidade e vulnerabilidade. **Temas sobre Desenvolvimento**, v.17, n.98, p.51-65, 2010.

PAULA, A. R. **Artigo 3 – Princípios Gerais**. In: A Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência Comentada / Coordenação de Ana Paula Crosara Resende e Flavia Maria de Paiva Vital. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos. 2008. p. 31 – 33.

PEREIRA, E. A.; RIBEIRO, C. L. A inclusão da pessoa com deficiência na vida comunitária eclesial: contexto, perspectivas teológicas e horizontes de ação. **Caderno Teológico da PucPR**, Curitiba, v. 2, n. 1, p. 208-245, 2014.

PIERUCCI, A. F. **Ciladas das Diferenças**. São Paulo: USP Editora, 1999.

QUEIROZ, W. F. C.; RICHTER, D. **Ensino superior e jovens da periferia: contextos de uma realidade segregada**. 10 Encontro Nacional de Prática de ensino de geografia. 2009. Disponível em

<http://www.agb.org.br/XENPEG/artigos/GT/GT1/tc1%20%2823%29.pdf>. Acesso em 06 jul. 2015.

RBC. **Reabilitação Baseada na Comunidade**: Diretrizes RBC. Publicado pela Organização Mundial da Saúde sob o Título Community Based Rehabilitation: CBR Guidelines, 2010.

RESENDE, A. P. C.; VITAL, F. M. P. (organização). **A Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência Comentada**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos. 2008.

RHEIN, L. Avaliação Pré- Natal Anomalias Congênitas. **Pediatria e Visão**. São Paulo: Ed. Ótica Revista, 2006, p. 169-181.

RODRIGUES, D. R. S.R.; CONCEIÇÃO, M. I. G.; IUNES, A.L.S. Representações Sociais do Crack na Mídia. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.31, n. 1, p. 115-123, 2015.

ROUGHGARDEN, J. Tradução: Maria Edna Tenório Nunes. **Evolução do Gênero e da Sexualidade**. Editora: Planta. Londrina, 2005.

ROUQUETTE, M-L. Representações e práticas sociais: alguns elementos teóricos. In: OLIVEIRA, D.; MOREIRA, A. (Org.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2.ed. Goiânia: AB Editora, 2000. 307p.

SAMPAIO, M. W.; HADDAD, M.A.O. **Baixa visão: manual para o oftalmologista**. Cultura Médica: Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 2009.

SCHILDER, P. **A imagem do corpo**: as energias construtivas da psique. 3.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

SCOTT, J. **Gênero**: uma categoria útil para análise histórica. Traduzido por: Christine Rufino Dabat e Maria Betânia Ávila. 1989.p.1-35.

SECCHI, K.; CAMARGO, B. V.; BERTOLDO, R. B. Percepção da Imagem Corporal e Representações Sociais do Corpo. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 25, n. 2, p. 229-236, 2009.

SILVA, C. N. R.; FRENHAN, D. A. C.; SANTOS, E. M. A. S.; MARQUES, M. T.; AZEVEDO, P. C. O.; SOUZA, R. F. As mulheres no mercado de trabalho. **Iniciação Científica**, v.1, n.8, p.25-36, 2010.

SILVA, F.G. Subjetividade, individualidade, personalidade e identidade: concepções a partir da psicologia histórico-cultural. **Psic. da Ed.**, v.28, n.1, p. 169-195, 2009.

SILVA, G. P. **O significado do trabalho para o deficiente visual**. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. 107 p. 2007

SILVEIRA, L. C. L. **Os sentidos e a percepção**. In: LENT, Roberto. Neurociência da mente e do comportamento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. p.133 – 181.

SMITH, D. Baixa visão ou cegueira. In: **Introdução à educação especial**: ensinar

em tempos de inclusão. Artmed: São Paulo, 2008.

SOARES, A. H. R.; NUNES, M. C. M.; MONTEIRO, L. M. C. Jovens portadores de deficiência: sexualidade e stigma. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n.1, p.185-194, 2008.

SOARES, C. **Em torno do pensamento social e do conhecimento do senso comum. A aplicação da metodologia Alceste em contextos discursivos distintos.** In: MOREIRA, A. S. P. Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais. João Pessoa: UFPB/Editora universitária, 2005. p. 541-571.

SOBRINHO, M. D. Habitus e Representações Sociais: Questões para o Estudo de Identidade Coletivas. In: MOREIRA, A.S.P.; OLIVEIRA, D.C. (orgs). **Estudos interdisciplinares de representação social.** Goiânia: 2. Ed. AB, 2000, p. 328.

SOUZA, E.L.V.; MOURA, G.N.; NASCIMENTO, J.C.; LIMA, M.A.; PAGLIUCA, L.M.F.; CAETANO, J.A. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EMBASADOS NA TEORIA DO AUTOCUIDADO EM PESSOAS COM DEFICIÊNCIA VISUAL. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste- Rene**, v. 13, n. 3, p. 542-551, 2012.

SSCHEIDER, P. **A imagem do corpo: as energias construtivas da psique.** 2. Ed. São Paulo: Martins Fontes. 1994, p.316.

THOMPSON, J. K.; HEINBERG, L. J.; ALTABE, M.; TANLEFF, D., S. **Exacting Beauty: theory, assessment, and treatment of body image disturbance.** Washington, DC: American Psychological Association, 1999.

TSUNECHIRO, M.A.; BONADIO, I.C. A família na rede de apoio da gestante. **Família Saúde Desenvolvimento**, v.1, n.(1/2), p. 103-106, 1999.

UNESCO. Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura. **Abrindo novos caminhos para o empoderamento: TIC no acesso à informação e ao conhecimento para as pessoas com deficiência.** São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2014.

VASCONCELOS, F. D. O trabalhador com deficiência e as práticas de inclusão no mercado de trabalho de Salvador, Bahia. **Revista brasileira Saúde ocupacional**, v. 35, n. 121, p. 41-52, 2010.

VÁZQUEZ, G. G. H.; MARTINS, A. P. V. **Sobre o amor:** as mulheres, as memórias, a maternidade e a ausência de filhos. II Congresso Internacional de História. 2015. Disponível em http://www.cih2015.eventos.dype.com.br/resources/anais/4/1435695094_ARQUIVO_textocompletointernacionalPG.pdf Acesso em 06 07 2015

VENTURA, D. F. Visão de cores no primeiro ano de vida. **Psicologia USP**, v.18; n.2, p.83-97, 2007.

VERONESI, C.L.; MEDEIROS, R.M.K.; GIMENES, L.C.V. Educação em Saúde da Mulher: autonomia e integralidade do cuidado. In: MATTOS, M.(org.). **Enfermagem**

na Educação em Saúde. Curitiba: Ed. Prisma, 2013. Capítulo 5, p. 71-102.

VILLELA, W. **Sobre desejos, direitos e necessidade.** In: BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Cidadãs positHIVas. Brasília: Ministério da Saúde. 2002. p. 69-97.

WANDERLEY, L. D; BARBOSA, G. O. L.; REBOUÇAS, C. B. A. P.; OLIVEIRA, M. P.; PAGLIUCA, L. M. F. Sexualidade, DST e preservativo: comparativo de gênero entre deficientes visuais. **Revista Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro**, v. 20, n 4, p. 463-469, 2012.

WEEKS, J. O Corpo e a Sexualidade. In: LOURO, G. L. (org). **O Corpo Educado.** Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2000.

XAVIER, A. V. O. **A Inclusão da Pessoa com Deficiência na Escola Regular.** 2012. Disponível em: <http://www.arcos.org.br/artigos/a-inclusao-da-pessoa-com-deficiencia-na-escola-regular>. Acesso em: 7 de agosto de 2015.

APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidada para participar, como voluntária, da pesquisa **“Da Imagem Corporal as Implicações na Saúde Sexual e Reprodutivas de Mulher Deficiente Visuais.”**

Esta pesquisa tem como objetivo analisar a organização do sistema de representações sociais acerca da imagem corporal e das práticas que regulam a conduta social, sexual e reprodutiva de mulheres deficientes visuais.

Pesquisadora responsável: Liliam Carla Vieira Gimenes Silva, aluna do curso de de Mestrado em Atenção à Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás/GO. Contato (66) 34211269 (recado) / (62) 3946-1261 (institucional), (66) 9984-8602 (celular), e-mail, liliamcarla@hotmail.com

Pesquisadora orientadora: Profª Drª. Maria Eliane Liégio Matão Contato: 62 3946 1095.

Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC/GOIÁS: 62 3946 1512.

A pesquisa acontecerá em dois momentos: na primeiro será aplicado um questionário com questões de evocação e de múltipla escolha relativas a própria imagem corporal, ao comportamento social, práticas sexuais e reprodutivas. No segundo uma entrevista semi estrutura com perguntas relevantes ao assunto, e depois uma ficha com questões relacionadas aos aspectos socioculturais. Para registro das respostas será usado gravador portátil; caso não queira a gravação, será feita pela pesquisadora de forma manual em bloco de papel com caneta esferográfica. Após ser esclarecida sobre as informações acima, no caso de concordar com sua participação no estudo, deverá autorizar sua participação, que poderá ser pela assinatura ou apor o polegar direito ao final deste documento em duas vias, uma delas é sua e a outra é da pesquisadora. Para fins de registro, será oferecido condições de privacidade à participante.

Em caso de recusa ou desistência, o que poderá em qualquer fase do estudo, você não terá nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a entidade associada. No caso da participante ter algum gasto comprovado, será ressarcida pela pesquisadora e se sentir prejudicada em razão da pesquisa poderá ser indenizada conforme decisão judicial.

Em caso de dúvida você poderá entrar em contato (antes, durante ou após) com a pesquisadora, ou ligar no Comitê de Ética Em Pesquisa Pontifícia Universidade Católica de Goiás/GO, cujo contato encontra-se registrado no final do presente termo.

Os possíveis riscos que a pesquisa poderá trazer estão relacionados ao âmbito psicoemocional e nos casos mais severos, se contará com apoio do setor da clínica Escola da Universidade Federal de Mato Grosso, campus Rondonópolis.

Os benefícios são atribuídos ao trabalho de educação em saúde que se realizará ao término da etapa coleta de dados e de revelar aspectos importantes a serem considerados nos serviços e profissionais de saúde no atendimento de mulheres com deficiência visual. Os dados referentes à sua pessoa serão confidenciais e garantimos o sigilo da participação durante toda pesquisa, inclusive na divulgação da mesma. Este termo de consentimento ficará armazenado com a pesquisadora por cinco anos e destruído após.

Obrigada por sua tenção!

Liliam Carla Vieira Gimenes Silva
Pesquisadora Responsável

Maria Eliane Liégio Matão
Professora Orientadora

Considerando os dados acima, **CONFIRMO** que fui informada sobre a presente pesquisa. Assim:

Eu, _____, idade: _____, sexo: _____, Naturalidade: _____, portador (a) do documento RG Nº: _____, declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios desta pesquisa e concordo com minha participação.

Nome Completo: _____
Assinatura da participante: _____



Polegar Direito
Testemunhas:
Nome Completo: _____
RG: _____

Assinatura: _____

Nome Completo: _____
RG: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE B: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**FICHA SOCIOCULTURAL**

Idade: _____
Endereço: _____
Religião: _____
Número de filhos: _____
Escolaridade: _____
Você estudou em escola? Particular () Pública ()
Estado civil: _____
Residência própria? _____
Com quem mora? _____
Renda familiar? _____ Você contribui com a renda _____
Quanto tempo está associada a esta entidade? _____

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA

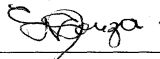
- 1 -Como construiu a sua imagem corporal?
- 2 – Quais práticas regulam a sua conduta social, sexual e reprodutiva?
- 3 – Quais os planos tem para a sua vida?

Observação: Término da elaboração será após concluída a aplicação do Questionário de Evocações.

ANEXO 1

**CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE PARA
REALIZAÇÃO DA PESQUISA**

A "Associação Rondonopolitana de Deficientes Visuais – ARDV declara, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Na condição de instituição co-participante do estudo proposto pelo projeto de pesquisa intitulado: " DA IMAGEM CORPORAL ÀS IMPLICAÇÕES NA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DE MULHER DEFICIENTE VISUAL de responsabilidade da pesquisadora " Liliam Carla Vieira Gimenes Silva " sob a orientação da Profª Drª Maria Eliane Liégio Matão, vinculado ao Mestrado em Atenção à Saúde (MAS) oferecido pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás, mediante a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, declara que está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do referido projeto de pesquisa para garantir o campo de pesquisa de seu compromisso quanto à autorização da coleta de dados, bem como no resguardo da segurança e bem-estar das participantes de pesquisa nela recrutado, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

DATA 23/04/14

Assinatura

ELCIO V. DE SOUZA
Presidente ARDV

ANEXO 2: APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS - PUC/GOIÁS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA Título da Pesquisa: DA IMAGEM CORPORAL ÀS IMPLICAÇÕES NA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

DE MULHER DEFICIENTE VISUAL Pesquisador: Liliam Carla Vieira Gimenes

Área Temática: Versão: CAAE: 32148114.9.0000.0037 Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/Goiás Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER Número do Parecer: 763.087

Data da Relatoria: 11/06/2014

Apresentação do Projeto:

Esta pesquisa tem como objetivo analisar a organização do sistema de representações sociais acerca da imagem corporal e das práticas que regulam a conduta social, sexual e reprodutiva de mulheres deficientes visuais.

A proposta se insere na perspectiva de estudo exploratório, do tipo descritivo com abordagem qualitativa embasada pelo referencial teórico das representações sociais, a ser realizada a partir de pesquisa de campo.

ASPECTOS METODOLÓGICOS .1 Tipo de estudo A proposta se insere na perspectiva de estudo exploratório, do tipo descritivo com abordagem qualitativa embasada pelo referencial teórico das representações sociais, a ser realizada a partir de pesquisa de campo.

.2 Participantes Participarão mulheres com deficiência visual, esta do tipo cegueira e/ou baixa visão. Potencialmente, espera-se que haja a participação de 42, sendo esta a totalidade das mulheres frequentadoras da ARDV, desde que apresentem o perfil a seguir delineado: Critérios de inclusão: - inscritas na Associação Rondonopolitana de Deficientes Visuais (ARDV) ; - idade acima de 18 anos, - capacidade de expressão verbal, - voluntariedade Critérios de exclusão - presença de qualquer outra deformidade que não a visual - idade inferior a 18 anos na data da coleta de dados; - manifestação do desejo por não participar da pesquisa Não integrante da ARDV

Pesquisadora responsável: Liliam Carla Vieira Gimenes Silva, aluna do curso de de Mestrado em Atenção à Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás/GO.

Objetivo da Pesquisa:

2. OBJETIVO 2.1 Geral Analisar a organização do sistema de representações sociais acerca da imagem corporal e das práticas que regulam a conduta social, sexual e reprodutiva de mulheres deficientes visuais. 2.2.2.2. Específicos - Traçar o perfil socio econômico cultural das participantes; - Conhecer como a mulher deficiente visual se percebe inserida nos vários espaços sociais Descrever os fatores facilitadores e dificultadores presentes no processo de construção da auto imagem corporal; - Apresentar a vivência de mulheres deficientes visuais acerca de questões relacionadas ao seu comportamento social, sexual e reprodutivo; – Descrever as representações sociais de

mulheres deficientes visuais acerca de sua imagem corporal, sexo e reprodução.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS: Os possíveis riscos que a pesquisa poderá trazer aos participantes estão relacionados ao âmbito psicoemocional, que poderá emergir a qualquer momento da pesquisa, mas substancialmente no decorrer da entrevista, isso ao relembrar e relatar situações de tristeza e/ou constrangimentos que possam ter ocorrido ao longo da vida em razão da deficiência visual. Para minimizar tais riscos será respeitado o limite de cada participante, para revelar os fatos que julgar pertinente acerca dessa vivência. Existe uma estratégia de apoio que consiste em: caso se perceba que haja alteração como mudança no semblante e choro, a entrevista será interrompida, e a pesquisadora dará apoio à participante. Nos casos mais severos, será atendida pela Clínica Escola da Universidade Federal de Mato Grosso, Campus Rondonópolis

BENEFÍCIOS: Quanto aos benefícios, acredita-se sejam diretos e indiretos. Os primeiros são atribuídos ao trabalho de educação em saúde que se realizará ao término da etapa coleta de dados. Os indiretos são relativos ao fato de revelar aspectos importantes a serem considerados nos serviços e profissionais de saúde no atendimento de mulheres com deficiência visual. Há que se considerar, ainda, que tal perspectiva produzida no âmbito acadêmico, sem dúvida, possibilitará discussão para além das questões teóricas a práticas idealizadas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O objeto da pesquisa é relevante e atual, estando devidamente justificado e fundamentado na introdução e na revisão da literatura constante do projeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Atende aos requisitos da pesquisa científica

Recomendações:

No que tange ao TCLE recomenda-se:

- 1- Que seja prevista a leitura do termo pelo pesquisador, com a presença de representante da Associação Rondonopolitana de deficientes visuais - ARDV, ou que se faça a ampliação do documento, ou ainda, como sugestão, que o documento seja confeccionado em braile, se possível.

Em todo caso, recomenda-se que a leitura seja assistida e documentada. 2- Determinar o local da realização das entrevistas. 3- Definição do tempo de duração das entrevistas

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto Aprovado com recomendações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A aprovação deste, conferida pelo CEP, não isenta o Pesquisador de prestar satisfação sobre sua Pesquisa em casos de alteração de amostra ou centros de coparticipação. É exigido a entrega do relatório final após conclusão da pesquisa.

GOIANIA, 25 de Agosto de 2014

Assinado por:

NELSON JORGE DA SILVA JR. (Coordenador)