

## REPRESENTAÇÃO SOCIAL: DEFICIÊNCIA VISUAL, SAÚDE-DOENÇA E LAZER

Sandra Regina Rosa Farias<sup>1</sup>

**RESUMO:** *O presente estudo tem como objetivo compreender as representações sociais das mulheres portadoras de cegueira congênita sobre saúde-doença e as interferências no lazer. Essas representações assinalam um pensar e sentir apoiados por uma visão paternalista, assistencialista e segregadora, fundamentada no que as mulheres cegas denominam de doença social, ou seja, a falta de informação, buscando apresentar um discurso de identidade que gostariam de ser reconhecidas, de pessoas normais, pensantes e afetivas. Assim, essas mulheres arcam o ônus da doença social, entretanto, em suas representações, apontam subsídios para a busca da superação desta construção histórica arraigada nas representações dos grupos sociais.*

**Palavras-chave:** Deficientes Visuais; Representações Sociais; Saúde; Doença; Lazer

### INTRODUÇÃO

A visão é um sentido de grande importância, pois, além da captação de informações, perpassa os diferentes tipos de relações que são estabelecidas através dela com a sociedade.

A maior quantidade de informações chega ao ser humano pelo sentido da visão, o sistema visual que se inicia no globo ocular continua pelas vias ópticas até chegar ao cérebro e se transformar em informação/imagem (MARTÍN; BUENO, 2003).

Entretanto, se o sentido da visão apresenta ou sofre alterações, estas podem acontecer por diferentes razões, podendo ser congênita (da vida intra-uterina até cinco anos) ou adquirida (lesões ou patologias ao longo da vida) e ser parcial ou total (LEMOS, 1981).

Em função dessas alterações, quando um indivíduo nasce sem enxergar, não pode ter acesso à estimulação luminosa, tampouco à proporcionada pelo conhecimento do espaço imediato (percepção de distâncias, de formas e tamanhos, etc) (MARTÍN; BUENO, 2003).

Assim, o indivíduo cego, se não estimulado, receberá menos informações que o vidente, apresentando muitas defasagens que são independentes à deficiência visual e que também comprometem as relações pessoais, pois as pessoas portadoras de deficiência visual fogem ao padrão de normalidade estabelecido pela sociedade, que normalmente julga estas pessoas como doentes (SANTOS, 2004).

No desenvolvimento das atividades, pode observar que as alunas em sua maioria consideravam-se doentes, pois as mesmas, por vezes, recusavam-se em participar das atividades propostas, tais como jogos, brincadeiras, exercícios físicos, sessão de vídeo, saídas a campo (museu, parque, centro histórico, shopping, etc) que constituem ações educativas direcionadas para e pelo lazer, justificando que sua “doença” (a deficiência) não lhes permitia executar este ou aquele movimento, atividade ou evento.

Por serem propostas possíveis de serem realizadas, iniciava-se naquele momento inquietação a respeito desses posicionamentos, muitas vezes repetitivos e que me fez refletir sobre a realidade multifacetada que ora apresento.

Se, no início do século XX, a mulher deveria seguir os princípios da delicadeza, da fragilidade e da submissão ao marido e suas obrigações relacionadas ao lar, hoje, pode-se vislumbrar um novo perfil destinado à mulher. Nesse, orientações sobre a força, objetividade e

---

<sup>1</sup> Mestra em Saúde Coletiva, Professora da Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS / FSBA [ad-sandra@uol.com.br](mailto:ad-sandra@uol.com.br). Orientador: Admilson Santos, Doutor em Educação, Professor da UFBA / UEFS / FSBA.

obstinação são imprescindíveis para enfrentar um mercado de trabalho que, mesmo desleal, em função das distinções sexuais, conta com a mão-de-obra feminina por demandar um custo menor que a masculina (MORAES, 1996).

Além da luta pela sobrevivência, alia-se a esse processo conflituoso a divisão de classe social e a difícil jornada de trabalho à qual a mulher tem que se submeter (trabalho, casa, filhos, etc).

Para conquistar espaços e direitos, a mulher precisou (e ainda precisa) ultrapassar as muitas barreiras que lhe foram impostas e, como resultante, vem obtendo destaque em vários segmentos de nossa sociedade. O importante é perceber que a mulher se tornou, histórica e socialmente, alvo de determinações e imposições, às quais foi obrigada a se moldar em busca de uma aceitação ou “normalidade”.

Por outro lado, indo na contra-mão desta “normalidade”, como discutir sobre o corpo da mulher com necessidades especiais ou deficientes, numa sociedade considerada de eficientes? Discutir eficiência torna-se uma tarefa difícil, principalmente porque, numa sociedade que tem como base o capital, as atenções principais têm que se centrar naqueles capazes de gerá-lo.

Considerados por um grande segmento de nossa sociedade como improdutivos, os deficientes são isolados e deixados à margem de um processo de construção histórica. Como então participar de atividades de lazer um sujeito teoricamente improdutivo? Como perceber e retirar da marginalidade um sujeito doente, incapaz e assexuado: a mulher deficiente?

Para Bourdieu (1990), elas poderiam estar ocupando o espaço social, que funciona como um espaço de estilos de vida, onde deve ser valorizada cada ação individual.

Esta valorização social poderia contribuir na eliminação de estigmas relacionados à cegueira que levam determinadas pessoas a pensar, por exemplo, que os cegos vivem na eterna escuridão, são doentes, incapazes e, por apresentarem desvantagem, não podem fazer ou construir nada. Como então não sentir-se doente se a sociedade assim o considera e o faz acreditar nisso?

Talvez, em função desses sentimentos/termos/estigmas, elas acabem por “assumir” esta identidade doentia, muitas vezes não se envolvendo e participando na sociedade. Assim, ao se discutir essa questão faz-se necessário adentrar na discussão do processo saúde-doença, pois há uma relação estabelecida entre ambas.

Segundo Breilh; Granda (1989, p.74),

do ponto de vista da epidemiologia, o processo saúde-doença é a síntese do conjunto de determinações que operam numa sociedade concreta, produzindo nos diferentes grupos sociais o aparecimento de riscos ou potencialidades características, por sua vez manifestos na forma de perfis ou padrões de doença ou saúde. Certamente a qualidade de vida a que cada grupo sócio-econômico está exposto é diferente e portanto é igualmente diferente a sua exposição a processos de risco que produzem o aparecimento de doenças e formas de morte específicas, assim como seu acesso a processos benéficos ou potencializadores da saúde e da vida,

nesse sentido, saúde-doença “deve ser” analisado sob o prisma do processo histórico e social.

A dicotomia do processo saúde-doença ao longo do tempo sofreu grandes alterações com relação à idéia tradicional de que basta não estar doente para ter saúde.

A Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde realizada em Alma-Ata, na antiga União Soviética (1978, p.12), assinala que:

A Saúde, que consiste num estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas na ausência de doença ou enfermidade, é direito

fundamental dos seres humanos; o acesso ao nível de saúde mais elevado possível é um objetivo social extremamente importante, que interessa ao mundo inteiro e supõe a participação de numerosos setores socioeconômicos, e não exclusivamente daqueles ligados à saúde.

Na Constituição Brasileira de 1988, encontra-se a seguinte concepção:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos, e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Sobre saúde-doença, Canguilhem (1995) diz que a doença é ainda uma norma de vida, porém é uma norma inferior, no sentido de que não tolera nenhum desvio das condições em que é válida, por ser incapaz de se transformar em outra norma.

Já o que caracteriza a saúde é a possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas (CANGUILHEM, 1995).

Para Jaspers apud Canguilhem, 1995

Mais do que a opinião dos médicos é a apreciação dos pacientes e das idéias dominantes do meio social que determina o que se chama 'doença'. Estar doente significa ser nocivo, ou indesejável, ou socialmente desvalorizado, etc... Inversamente, o que é desejado na saúde é evidente do ponto de vista fisiológico, e se dá ao conceito de doença física um sentido relativamente estável. Os valores desejados são: "a vida, uma vida longa, a capacidade de reprodução, a capacidade de trabalho físico, a força, a resistência à fadiga, a ausência de dor, um estado no qual sente-se o corpo menos possível, além da agradável sensação de existir.

Essas afirmações sobre o sentido de saúde-doença do ponto de vista fisiológico apresentam um processo de continuidade entre o organismo internamente e a sua interação físico e social. Para Ferreira (1994), a noção de saúde e doença é também uma construção social, pois o indivíduo é doente segundo uma classificação de uma sociedade.

Para entender por que as mulheres cegas sentem-se doentes, é interessante observar sua história. Nesse caso, a construção social que lhe foi imposta até então, mostra que os deficientes inicialmente eram mortos (situação que acontece ainda hoje em muitas tribos indígenas); depois passaram a ser abandonados; já não muito distante e ainda hoje, vivem confinados em espaços "especiais". Atualmente, fala-se com mais frequência dos portadores de deficiência e seus direitos sociais.

Ao fazer uma reflexão sobre estes processos, não é difícil entender por que os deficientes são tachados, estigmatizados e estereotipados como doente, a sociedade, por pouco conhecer, compreender e aceitar o diferente, aponta atributos, denominações negativas, como determinar que são doentes, ou seja, têm algo ruim, transmissível e com isso os excluem de participar da sociedade; assim, até os mesmos passam a absorver, interiorizar e passar a imagem de que são doentes.

Assim, viver numa sociedade que tem preconceito com negros, índios, idosos, mulheres, entre outros, trata o deficiente como doente, não permite que esteja inserido na escola, no trabalho, nos espaços de produção, como então a mulher deficiente pode participar dos espaços

de lazer e entender que essa atividade pode ser um componente que contribui para sua saúde, para sua qualidade de vida?

A Carta Internacional de Educação para o Lazer (1995) referenda a importância do lazer para a saúde através de vários itens, entre eles: área específica da experiência humana com seus próprios benefícios (incluindo liberdade de escolha, criatividade, satisfação, diversão e aumento de prazer e felicidade); aspecto importante da qualidade de vida; promoção da saúde e o bem-estar geral, oferecendo uma variedade de oportunidades que possibilitam aos indivíduos escolherem atividades e experiências que se adequem às suas próprias necessidades e interesses; direito humano básico, como educação, trabalho e saúde.

O lazer apontado pela Carta Internacional deixa claro os possíveis benefícios para a saúde e em consequência para a qualidade de vida que pode ser alcançada pelos sujeitos.

Segundo Sant'Anna (2002), a partir da década de 60 (século XX), há uma transformação da utilização do tempo livre/lazer em momentos favoráveis à intensificação das preocupações com a saúde e com o bem-estar pessoal.

Essa transformação é advinda do processo de industrialização o qual vem acometendo não somente o Brasil, mas o mundo e que vem incentivar práticas que continuem normatizando os corpos dos sujeitos para atender um novo padrão e demanda.

Segundo dados do Censo 2000, divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 14,5% da população brasileira é portadora de, pelo menos, uma das deficiências investigadas pela pesquisa. Em relação às pessoas cegas, em 2000, existiam 148 mil pessoas cegas e 2,4 milhões com grande dificuldade de enxergar. Do total de cegos, 77.900 eram mulheres e 70.100, homens. São Paulo é o Estado com maior número de cegos 23.900, seguido da Bahia com 15.400 (IBGE, 2003).

O interesse pelo estudo dessa temática surge a partir da minha experiência profissional como professora de Educação Física que atua na área de lazer e de programas e estudos direcionados aos portadores de necessidades especiais.

O lazer é colocado como um elemento constituinte da vida dos sujeitos, tão importante quanto qualquer outro direito básico e que deve ser oferecido nas suas mais diversas possibilidades para que **todos** tenham opção de escolha e possam saber como utilizá-lo, seja para recrear, descansar, desenvolver-se ou cuidar da saúde .

Ao participar das atividades de lazer, os sujeitos se relacionam afetiva e diferentemente com o mundo, podendo o mesmo representar um dos componentes que contribuem para a melhoria da qualidade de vida, esta entendida como um termo amplo, complexo e que contempla as múltiplas dimensões da vida humana (SILVA, 1992).

Portanto, parece-me fundamental propiciar às mulheres portadoras de cegueira congênita, através das práticas educativas, o acesso, a reflexão e o envolvimento com as diversas formas de lazer, no intuito de que essas possam refletir e escolher em função de seus propósitos, e assim direcionar para sua melhor qualidade de vida, a qual se espera com saúde.

Desse modo, questiona-se:

Quais as representações sociais de mulheres portadoras de cegueira congênita sobre sua deficiência e sua interferência na participação no lazer desenvolvido nas práticas pedagógicas do CAP em Salvador – Bahia?

Assim, o objetivo estabelecido para este estudo é: compreender as representações sociais de mulheres portadoras de cegueira congênita sobre sua deficiência e a interferência na participação no lazer desenvolvido nas práticas pedagógicas do CAP.

É neste cenário de inquietações que o objeto desse estudo se situa, entre o entendimento da deficiência e a interferência no desenvolvimento do lazer das mulheres portadoras de cegueira congênita.

## MOVIMENTO METODOLÓGICO

Neste estudo, adotei a abordagem qualitativa. Para Minayo (1994), esta abordagem possibilita-me compreender a realidade que está em constante processo de mudança e permite incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo estas tomadas como construções humanas significativas, tanto na sua instituição como em sua transformação.

Na tentativa de compreender a representação social de mulheres portadoras de cegueira congênita sobre sua deficiência e a interferência no lazer, trabalhei na perspectiva da Teoria das Representações Sociais.

O estudo da Representação Social, discutido por diversos autores e com várias abordagens metodológicas, possui grande expressão nas investigações qualitativas.

Nesse sentido, ao conceito de Representação Social é atribuída uma diversidade de sentidos e significados. Autores como Moscovici (1978), Jovchelovitch e Guarechi (1994) colocam a Representação social como uma teoria de envolvimento interdisciplinar que abrange várias áreas do saber, como a educação, a arte, a antropologia, a psicologia, a sociologia, entre outras.

A Teoria das Representações Sociais tem uma abertura que permite ser empregada e misturada a outras abordagens, entretanto Moscovici (1978), devido à complexidade do tema, tenta se aproximar de um conceito, colocando que a teoria:

... visa estudar os grupos da sociedade em relação à situação posta, a partir da captação de elementos extraídos da opinião, da atitude e do estereótipo de indivíduos que tem inscrição social em um ou mais grupos sociais”, e ainda entendendo-a como “um conjunto de conceitos, proposições e explicações originado na vida cotidiana no curso de comunicações interpessoais. Elas são o equivalente, em nossa sociedade, dos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais; podem também ser vistas como a versão contemporânea do senso comum.

Logo, no estudo das representações sociais, procuro apreender a subjetividade que acompanha as falas das mulheres portadoras de cegueira congênita. Segundo Lane (2002, p.17),

a subjetividade é construída na relação dialética entre indivíduo e a sociedade e suas instituições, ambas utilizam as mediações das emoções, da linguagem, dos grupos a fim de apresentar uma objetividade questionável, responsável por uma subjetividade na qual estes códigos substituem a realidade.

Assim, ao lidar com a Teoria da Representação Social, não pretendo que as elaborações trazidas pelas mulheres portadoras de cegueira congênita sobre sua deficiência e a interferência no seu lazer sejam apresentadas e apreendidas como fatos ou aspectos reais, mas como a reconstrução e interpretação que estes sujeitos têm em relação ao tema no seu mundo, na sua vida cotidiana, através das atitudes, sentimentos e impressões expressas em suas falas.

Neste sentido, a informação, o campo da representação e a atitude são as três dimensões do universo das opiniões que, segundo Moscovici (1978), definem a representação social a qual busco apreender e expressar neste estudo.

Portanto, estas dimensões relacionadas ao fenômeno são variáveis de um sujeito/grupo a outro, em função das experiências vividas com relação ao objeto de investigação. Entendo que as mulheres portadoras de cegueira congênita trazem consigo representações que podem propiciar a

compreensão de um processo histórico desse grupo em relação ao seu entendimento sobre sua deficiência e a interferência na sua participação no lazer.

A seleção dos sujeitos da pesquisa foi baseada em Richardson (1989), que considera necessária a presença do sujeito-tipo e em Minayo (1994), que assinala não ser necessário na pesquisa qualitativa uma representatividade numérica como critério prévio para seleção.

Dentro destes critérios, entrevistei 17 (dezesete) mulheres portadoras de cegueira congênita, na faixa etária de 22 a 49 anos, sendo todas alunas regulares do CAP.

Buscando respeitar os aspectos éticos da pesquisa, este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa / CEP - UEFS, o qual foi aprovado e está registrado sob o protocolo nº 042/2003.

A entrevista semi-estruturada foi o procedimento empregado para coleta de dados. Utilizei como questões norteadoras para a entrevista: fale um pouco de você (história de vida); o que você compreende da sua deficiência?; o que você compreende sobre lazer?; a deficiência interfere no seu lazer?

No decorrer das transcrições, fui atribuindo pseudônimos com nomes de flores para cada entrevistada de modo a garantir e preservar suas identidades.

Na interpretação dos dados, utilizei a análise de conteúdo de Bardin (1977). Inicialmente fiz uma leitura flutuante das entrevistas, depois procedi às leituras vertical e horizontal. A seguir, iniciei a descrição analítica, e fui começando a organizar os temas que apontavam para um mesmo sentido, surgindo assim as primeiras classificações.

Por último, passei à fase da interpretação inferencial, na qual procurei estabelecer os núcleos e sentidos atribuídos às representações sociais de mulheres portadoras de cegueira congênita sobre a deficiência e a interferência no lazer. Ao final os temas que, a princípio, demonstravam-se incomuns, não foram descartados, mas incorporados como complemento ao movimento das representações sociais.

Este estudo é parte de minha dissertação de mestrado, intitulada “Representações Sociais de Mulheres Portadoras de Cegueira Congênita sobre sua Deficiência: interferências no lazer” (FARIAS, 2004). Neste estudo apresento, apenas, o núcleo de significação que destaca a compreensão e os sentimentos da mulher portadora de cegueira congênita sobre a deficiência e a interferência no desenvolvimento do lazer.

Este núcleo de significação “compreensão e sentimentos sobre a deficiência e a interferência no desenvolvimento do lazer” mostrou-se a partir de valores e subjetividades, sendo apreendido quando, na relação entre deficiência e lazer, as entrevistadas muito fortemente em suas falas explicitaram expressões como: “normal”; “não ter doença”; “não é não ter saúde”; “falta de informação”; “doença social”; “estar bem consigo”; “gosto de passear com minhas colegas”; “percebi não ser uma barreira tão grande”; “coisas difíceis de conviver”; entre outras.

## **APRESENTANDO, ANALISANDO E COMPREENDENDO AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO ESTUDO**

### **Compreensão e Sentimentos sobre a Deficiência e a Interferência no Lazer: Múltiplos Olhares na Representação da Mulher Portadora de Cegueira Congênita - O Imaginar e o Sentir**

No decorrer das análises das representações sociais das mulheres portadoras de cegueira congênita sobre sua deficiência e sua interferência no lazer, algumas concepções foram apreendidas, as quais busco desvelar e compreender seus significados e então direcionar um novo olhar para ressignificá-las.

A imagem que cada indivíduo constrói, mais que referência visual, é a representação ativa do seu comportamento, formado pelo conjunto de pequenos mitos, ritos, tabus e complexos positivos e/ou negativos, as experiências, as situações de contato e o processo de humanização, além das particularidades dos grupos e da construção histórica e cultural do seu imaginário que movem ações, interesses e expectativas.

Dentro destas expectativas, a característica não esperada se torna um estigma, pois constitui uma discrepância entre o esperado (identidade social virtual) e o real (identidade social real), fazendo com que os sujeitos acometidos de uma deficiência procurem disfarçar por meio de discursos, atitudes e ações sua diferença e com isso tentem adotar uma identidade que atenda e seja aceita pelo grupo dominante, que deixa de “considerá-lo criatura comum e total, reduzindo-o a uma pessoa estragada e diminuída” (GOFFMAN, 1988 p.12). Como pode ser notado nas falas a seguir:

“eu não tenho um problema em relação... a minha falta de visão não, hoje não(ênfase na pronuncia), hoje não, mas as pessoas têm, pensam que temos que ficar em casa, que não temos que ter lazer, se não pode trabalhar, também não pode ter lazer, isso não pode (ênfase)” (Angélica)

“acha que só porque a gente é deficiente, que a gente não enxerga, no meu caso, que eu não enxergo e que eu não faço mais nada da vida (alterou a voz), coitadinha” (Dália)

Por conseguinte, estes fatos e caracterizações constituem a discrepância entre a identidade social virtual e a identidade social real que marca peculiarmente, causando um efeito de descrédito no sujeito que os possui e são identificados por eles, expondo, portanto, estes sujeitos ao processo da alteridade.

A alteridade é entendida por Jodelet (1998) como produto de um duplo processo de construção e de exclusão social, que se mantém unidos por meio dum sistema de representações.

Refletir sobre alteridade precede e permite toda definição identitária, pois esta vai interferir e contribuir para a construção da própria identidade, já que, antes de ser discutida como a luta pela individualidade, a identidade é primeiro um lugar social, ou seja, o espaço que se torna disponível dentro das estruturas representacionais do mundo social (SERVO, 2001).

Neste mundo social, as pessoas estão impregnadas de preconceitos e, quando se deparam com o deficiente, apresentam atitudes no intuito de não ferir os sentimentos, não reafirmar a deficiência, policiando-se para não expressar gestos, atos ou falas que no seu entendimento possam estigmatizar, discriminar, entre outros, e transcendem o bom senso do tratamento natural, como fazem com os demais membros da sociedade, esperando assim que os deficientes não notem ou não percebam tal atitude.

As atitudes de discriminação de grande visibilidade são percebidas pelas mulheres portadoras de cegueira congênita. Nas representações sociais, a atitude, segundo Herzlich apud Servo (2001, p. 107), é

um sistema duradouro de avaliação e orientação geral positiva ou negativa, permeada por sentimentos e emoções, implicando pois uma tendência, predisposição psíquica para a ação favorável ou contrária a um objeto social que é o objeto de representação.

Portanto, as atitudes compreendem aspectos emocionais relacionados à história pessoal e social do indivíduo e interfere tanto em quem a expressa quanto no indivíduo que a percebe. As falas aqui apresentadas retratam estes aspectos:

“pessoas as vezes tem preconceito, fica com... sem jeito... com preconceito mesmo e ai é ruim, a gente acaba não querendo ir pra onde tem essas pessoas” (Violeta)

“quando ele chega num lugar que ele se sente discriminado, é a minha opinião, ele se afasta, ele sai e vai procurar outro lugar pra curtir seu lazer, um outro meio onde tem pessoas que possa valorizar ele como ser humano” (Petúnia)

Diante desse preconceito, os sujeitos acabam por não sentirem-se pertencentes ao grupo dos ditos normais, entretanto, para o indivíduo que nasceu com determinadas características, será que ele não é normal, se ele sempre foi assim? Por outro lado, por que nós nos vemos como normais?, não será a condição na qual nascemos e somos lapidados socialmente?, o olhar de quem não tem uma limitação aparente é de que quem tem a limitação é o diferente. Entretanto, o que é ser uma pessoa normal?, será que ser normal não é ser diferente?.

Responder a questão do que é ser normal é algo bastante complexo, inerente à própria questão, pois, se nos sistemas físicos, concretos isto é muito difícil, o que dizer nos sistemas biológicos e mais ainda nos sistemas sociológicos, onde a subjetividade permeia os possíveis processos? Pensando, ainda, que os estudos dos seres vivos estão voltados para a questão da preservação da individualidade, o que seria normal, torna-se um conceito mutante, flexível e polêmico.

Canguilhem (1995, p.113) escreveu o Normal e o Patológico e aprofunda a relação entre patologia, (a)normalidade e diversidade, colocando que o anormal não é patológico e a diversidade não é doença, aponta que:

Um ser vivo é normal num determinado meio na medida em que ele é a solução morfológica e funcional encontrada pela vida para responder a todas as exigências do meio

Ou seja, pensando biologicamente, para este autor, não é tanto a forma antiga, mas a forma nova que aponta o que é normal, se esta encontrar condições de existência nas quais parecerá normativa, isto é, conseguir superar todas as formas passadas.

Já o homem, segundo Canguilhem (1995), só se sente normal quando se sente mais do que normal, isto é, não apenas adaptado ao meio e às suas exigências, mas também normativo, capaz de seguir novas normas de vida. O normal é aquela pessoa que pode viver, a rigor, com algumas mais formações ou afecções, podendo fazer de sua vida uma adaptação do organismo às circunstâncias impostas e, se for compatível com a vida tornar-se-á normal.

Os indivíduos os quais, por algum motivo (deficiência, cor, opção sexual, idade, entre outros), fogem ao que foi colocado como norma, como no caso das mulheres portadoras de cegueira congênita em seu lazer, tentam, através de suas ações e discursos, enquadrar-se, emoldurar-se ao que é considerado normal, para serem aceitas pelos que impuseram a norma. É possível notar isto nestas falas:

“hoje estudo, faço cursos, passeio bastante, me sinto uma pessoa realizada, me sinto uma pessoa normal, em... pelo menos tudo que eu quis e quero sempre eu consigo” (Hortência)

“Estudo, me divirto, tento levar uma vida dentro dos padrões normais ou ditos normais” (Primavera)

Através destes discursos, elas expõem as muitas movimentações que fazem no seu cotidiano nas suas atividades de lazer, elas afirmam e reafirmam a questão da normalidade e da competência para estarem envolvidas nas mais diversas possibilidades de lazer e da vida como um todo, indiferentemente de suas limitações.

É possível apreender a necessidade de sentir-se igual, já que, na sociedade em que vivemos, tem-se o discurso da diferença e a imposição da igualdade, o que, para as representações sociais das mulheres cegas congênicas relacionadas ao lazer, também é sentido e exposto.

As representações sociais relacionadas à interferência da deficiência no lazer, as mulheres portadoras de cegueira congênita negam a sua condição, ao tempo em que fazem o discurso para serem aceitas. Para isso, elas buscam apresentar um discurso de identidade com as quais elas gostariam de ser reconhecidas, conforme se apresenta nas falas a seguir:

“todos lugares que eu chego, todo mundo fala que eu sou feliz, que eu sei andar sos, eu sei fazer as coisas mesmo, sou alegre, que vivo nas praias, no parque e não ando pelos cantos triste” (Orquídea)

“você tem que aproveitar aquilo que você tem né, eu não tenho a visão (diminui o tom de voz), mas tenho a minha vida, a minha felicidade, minhas conquistas, minhas perdas, tenho o que eu sou, como todo mundo” (Hortência)

Entendo aqui que elas manifestam a vontade de tornarem-se visíveis, tanto para os outros como para si mesmas, anunciando sua existência como sujeitos conhecidos e reconhecidos, que atuam, que são capazes, tanto assim que trabalham, estudam e se envolvem com atividades de lazer.

Nesse sentido, Bourdieu (1989, pg. 112) assinala que “o mundo social é também representação e vontade; existir socialmente é também ser percebido, aliás, percebido como distinto”, o que acontece é que as mulheres cegas congênicas querem ser percebidas como iguais e não como deficientes, anormais, diferentes e na maioria das vezes doentes. Assim, buscando mostrar outra visão, surgem falas fortes, repetitivas de algumas entrevistadas nos dizendo:

“Não significa pelo fato de não enxergar que sou doente, não, isso não tem nada a ver” (Camélia)

“Eu não sou uma pessoa doente, sou saudável até demais” (Hortência)

Nestes discursos, as mulheres portadoras de cegueira congênica enfatizam que não são doentes, pelo contrário, dentro de seus conhecimentos sobre doença, elas são saudáveis até demais.

Percebo nestas falas uma espécie de protesto, que expressa a necessidade de mostrar que não são pessoas de ficarem isoladas, deitadas ou doentes. Ao contrário, são mulheres capazes,

vigorosas, que querem ser vistas e tratadas do mesmo modo que as outras pessoas, com respeito e não com a conotação de incapazes, sinônimo imediato de doença.

Na cultura ocidental, a norma não é sermos sujeitos doentes, mas sim sujeitos saudáveis, no entanto as crenças sobre saúde-doença coexistem, uma está sempre relacionando-se com a outra.

Ao se falar de doença e saúde, Oliveira (1991) refere que, na perspectiva do povo Bantu, estas não são vistas como realidades conflitantes e antagônicas, mas numa relação de bipolaridade e de correspondência em que ambas constituem partes integrantes da natureza cósmica e são frutos da harmonia entre vivos e seus antepassados. A doença e a saúde são uma consequência lógica da participação vital.

É possível observar que a determinação do processo saúde-doença é uma construção social, do grupo ao qual pertence os indivíduos onde se manifestam a saúde e a doença, ou seja, não são processos individuais.

As representações sociais relacionadas ao lazer das mulheres portadoras de cegueira congênita reafirmam isto, conforme os discursos a seguir:

“percebo que atrapalha é... aquele lado que as pessoas acham que os deficientes são doentes e coitadinhos” (Azaléia)

“as pessoas atribuem a cegueira a doença, acha que a pessoa é coitadinha, que é doente” (Dália)

Tais afirmações leva-me a perceber que as mulheres cegas congênicas têm compreensão da sua condição. O que ocorre é que a sociedade instituiu ao longo do tempo a visão de que deficiência e doença são sinônimos e lazer não são para indivíduos acometidos de uma deficiência aparente.

Neste sentido, Moscovici (1978) discorre que as representações sociais se constituem pelo produto e pelo processo; o primeiro representa o pensamento constituído e permite a compreensão do mundo social, o segundo representa o pensamento constituinte e permite as interpretações que orientam a ação.

A representação social que as mulheres portadoras de cegueira congênica têm sobre sua deficiência e a interferência dessa no lazer são fruto do produto e do processo de uma construção mental que é elaborada a partir de interações na vida cotidiana e que através destas elaborações institui que o lazer não é para mulheres portadoras de cegueira congênica, conforme é possível perceber nos fragmentos dos discursos a seguir:

“eu me entendo, eu sei quais são as minhas limitações e tudo, mas as vezes eu bato de frente em relação as pessoas, a falta de informação das pessoas, a maneira das pessoas as vezes lidar com a gente, de não querer que a gente se divirta, só porque é cega” (Dália)

“a maneira que as pessoas dirigem a gente... e... doenças tem varias né, cada... nem sei especificar, tem muitas... isso que eu quis colocar, é a doença social, que é a... a falta de informação, a falta de vontade de procurar saber, de querer saber, não é?” (Gardênia)

As entrevistadas colocam que a falta de informação das pessoas com relação aos deficientes visuais é provavelmente o grande problema das relações delas com o mundo, pois, quando as pessoas não sabem nada (ou quase nada) sobre os cegos, acabam por não saber tratá-

los e assim tornam difíceis suas relações com as possibilidades de interação, que implicam as relações que estas podem estabelecer com o lazer.

Esta falta de informação é capaz de gerar nestes sujeitos uma predisposição para condutas que podem representar fatores impeditivos de novas vivências no âmbito do lazer e conseqüentemente de novas aprendizagens.

A informação faz parte do universo de opiniões da representação social colocado por Moscovici (1978); é apontada por ele e por Herlich (1985) apud Servo (2001, p.107) como sendo, “a quantidade e qualidade dos conhecimentos que um sujeito ou grupo possui a respeito de um objeto e que pode ser mais ou menos estereotipada, banal ou original”.

Neste sentido, quando as mulheres portadoras de cegueira congênita apontam a falta de informação da sociedade, talvez não seja bem isto que esteja acontecendo e sim que as pessoas possuem informações equivocadas, estereotipadas a respeito dos deficientes, a ponto de as entrevistadas entenderem isto como uma doença social, pois está impregnada em praticamente toda a sociedade.

Na língua francesa, Laplantine (1991, p.15) diz que a doença só dispõe de um vocábulo denominado *maladie*, já na língua inglesa, este mesmo autor coloca que há três expressões, sendo elas: *disease*, *illness* e *sickness*, entre as quais apresentam distinções entre a manifestação biológica da doença, a percepção individual ou subjetiva da doença e a ordem cultural.

Compreendo a doença, no sentido das expressões *illness/sickness*, ou seja, como reflexo da combinação de aspectos da experiência dos indivíduos e das situações sócio-culturais; onde a doença apresenta-se, então, como permissiva à mediação possível entre os sujeitos envolvidos, admitindo condutas e práticas expressas em seus saberes. Saberes estes sustentados em seu cotidiano, por suas conversas/textos.

Para Gadamer (1997), o estado de doença chama nossa atenção pela sua presença, o que produz um sentimento de perigo e estimula uma resposta negativa. Para Boorse (1975), a doença tem efeitos incapacitantes que a fazem indesejável.

Segundo esses autores, a doença implica julgamento valorativo na medida em que se caracterizaria como incapacitante, objeto de tratamento especial e justificativa para comportamentos em geral socialmente reprováveis. Nesta forma de ver a doença, são refletidos os estereótipos presentes em toda a sociedade e veiculados no meio social, tornando-se algo a ser rejeitado e instituído e/ou instituinte de padrões excludentes.

Assim, a doença à qual as mulheres portadoras de cegueira congênita se referem, diz respeito a esta concepção que a sociedade expressa em função do que é construído socialmente em relação aos sujeitos deficientes, ou seja, devido a estes terem sido privado da participação em comunidade durante séculos, estes ainda hoje são vistos como doentes, limitados e incapazes, pois seus envolvimento sociais ainda são restritos.

Neste sentido, Iturra (1999) coloca que:

Eis uma primeira doença, a doença do símbolo, do que representa para nós uma entidade humana. Sempre hierarquizada. Distinta entre pobres e ricos, entre os que mandam e os que devem calar e obedecer. Doença simbólica da falta de debate. Uma segunda doença. Essa da falta de cruzar palavras que nos dêem a entender que, no mundo, somos todos iguais, mas nem sempre equivalentes. Não porque tu saibas mais e outro menos, mas porque tu tens poder e o outro não consegue ter. Doença de mando, eu diria. Doença social que apaga o corpo. Doença social que tira das palavras a sua forma de espada de combate. Para lutar com idéias. Para esgrimir conceitos. Para se ajudar com palavras.

Iturra (1999) traz em suas palavras justamente o que as entrevistadas expressam de forma bem clara e contundente, ou seja, devido à falta de informação, à falta de debate da sociedade do

que seja ser cego/deficiente, leva a uma simbologia de que eles são doentes, e que esta doença é associada diretamente à incapacidade, impotência, infortúnio, dependência, transtorno, lamentação, frustração, constrangimento, etc.

Por conseguinte, esta visão limita as possibilidades de vivência mais ampla no lazer para estes sujeitos, tanto assim que as mulheres portadoras de cegueira congênita, quando falam sobre as representações de sua deficiência e a relação desta com o lazer, elas apontam como a sociedade as trata ou destrata, como é possível perceber nos seguintes discursos:

“a população em si as vezes não esta preparada pra aceitar a gente, pra aceitar a gente no lazer, só que a gente não deve se abater a esse tipo de preconceito, a esse tipo de falta de conhecimento” (Hortência)

“a falta de informação das pessoas é muito ruim também porque as vezes são coisas simples, é... um passeio, é um jogo e eles complicam por não saber se situar com o deficiente visual” (Marianinha)

A sociedade não percebe, mas justamente esta falta de informação também as torna doentes, pois as torna indivíduos incapacitados de compreensão para determinados assuntos, situações, pessoas, portando-os da ignorância como arma que fere e não permite a interlocução; trava lutas suprimindo/excluindo determinados sujeitos, os que, na sua falta de conhecimento, são julgados e condenados.

Neste sentido, esta nos leva à reflexão:

“uma certa vez uma pessoa disse pra mim se ela, uma moça, se ela não tivesse visão, que ela se matava, se jogava do viaduto embaixo, aí eu disse pra ela: oh minha amiga, a senhora já cometeu um pecado, só abri a boca e dizo isso, uma brásfemia contra Deus, porque, eu digo: eu comecei exprica a ela, que a senhora não tem visão, ah não tem não, que nada minha filha, tu ta por fora, eu digo: tem sim, a pessoa memo que não tem memória, eu... eu to aqui, a senhora me entrevistano, se não tivesse memória a senh... podia ta aqui me entrevistando? não, pois é eu expriquei pra ela que o deficiente visual pode fazer tudo, pode estuda, viaja, que passeia e que também... que fica doente, mas mesmo assim ela não se convenceu, ahahah (risadas), a pior doença é a dela que não entende” (Perpétua)

## **EM BUSCA DE CAMINHOS PARA A SUPERAÇÃO: VER - IMAGINAR, SENTIR E VIVENCIAR**

Os dados empíricos desta investigação me possibilitaram compreender as representações sociais das mulheres portadoras de cegueira congênita sobre sua deficiência e a interferência desta no desenvolvimento do lazer.

Neste sentido, o núcleo de significação, compreensão e sentimentos sobre a deficiência e a interferência no desenvolvimento do lazer, permitiu-me apreender os olhares estabelecidos pela sociedade (família, professores, profissionais, amigos, entre outros), permeado por uma visão paternalista, assistencialista e segregadora, fundamentada no que as mulheres cegas denominam de doença social, ou seja, a falta de informação. Este universo sempre foi influenciado pelo legado histórico, político, econômico e social que está ligado a uma rede de significações próprias de cada sociedade.

Por outro lado, nestas representações sociais do que elas imaginam e sentem sobre a deficiência e as interferências no lazer, estas mulheres apresentam um discurso de identidade com a qual elas gostariam de ser reconhecidas, qual seja, de pessoas pensantes, afetivas, que se respeitam e respeitam os outros, se emocionam, têm momentos tristes, choram, mas também têm suas alegrias, suas felicidades, enfim, reconhecidas como os outros, normais e não como doentes, incapazes.

Os resultados apresentados neste estudo permitem afirmar que é possível a construção de uma outra realidade no que diz respeito ao lazer das mulheres portadoras de cegueira congênita e das pessoas com deficiência de uma maneira geral, já que estas se mostram nada doentes e sim bem capazes ao envolvimento nas atividades de lazer e a vida.

Entretanto, estas possibilidades, apontadas como processo de transformação das representações sociais das mulheres portadoras de cegueira congênita sobre sua deficiência e a interferência no lazer, acontecerão a partir do momento em que pensarmos sobre o que Santos (1996) aponta como reflexão,

Além de ver eu preciso enxergar, mas para enxergar eu preciso do olhar dos meus olhos?

E chego a conclusão de que enxergar é muito mais que meus olhos, meu ver, meu olhar; é, na realidade, a superação de minhas deficiências de elaboração.

Se elaboro bem as minhas sensações e emoções corporais, não preciso só dos meus olhos, mas do meu corpo, para olhar, ver e enxergar.

## REFERÊNCIAS

BARDIN, L 1977. Análise de conteúdo. Ed. Edições 70, Lisboa.

BOOSE, C 1975. On the distinction between disease and illness. *Philosophy and Public Affairs* 5: 49-68.

BOURDIEU, P 1989. O poder simbólico. Ed. Difel, Lisboa.

BOURDIEU, P 1990. Coisas ditas. Ed. Brasiliense: São Paulo.

BREILH, J. & GRANDA, E. 1989. Investigação de Saúde na Sociedade: Guia Pedagógico sobre um Novo Enfoque do Método Epidemiológico. São Paulo, Cortez, Instituto de Saúde/Abrasco.

BRASIL 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília - DF Senado.

CARTA Internacional de Educação para o lazer 1995. (elaborada pela) Associação Mundial de Recreação e Lazer. – Brasília: Sesi - DN.

CANGUILHEM, G 1995. O normal e o patológico. Ed. Forence Universitária: Rio de Janeiro.

FERREIRA, J 1994. *O Corpo Sígnico*. Dissertação de mestrado. PPGAS-UFRGS, Porto Alegre.

GADAMER, H-G 1997. Verdade e método. Ed. Vozes: Petrópolis, RJ.

GOFFMAN, E 1988. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Ed. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo 2000. Disponível em:<<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 27 de outubro 2003.

ITURRA, Raúl 1999. E a Doença, Filho?, in A Página da Educação, Ano 8, N 85: Porto, pág. 26.

JOVCHELOVITCH, S & GUARESCHI, P (Org.) 1994. Textos em representações sociais. Ed. Vozes: Petrópolis-RJ.

JODELET, D 1998. A alteridade como produto e processo psicossocial. In: Arruda Â (Org.). Representando a alteridade. Ed. Vozes Petrópolis, RJ.

LANE, STM 2002. A dialética da subjetividade versus objetividade. In: Furtado O, Rey FLG (Org.). Por uma epistemologia da subjetividade: um debate entre a teoria sócio histórica e a teoria das representações sociais. Ed. Casa do Psicólogo: São Paulo.

LAPLANTINE, F 1991. Antropologia da doença. Ed. Martins Fontes: São Paulo.

LEMONS, ER 1981. Educação de Excepcionais: evolução histórica e desenvolvimento no Brasil. Tese (Livre Docência) - Universidade Federal Fluminense, Niterói.

MARTÍN, MB & Bueno ST 2003. Deficiência visual: aspectos psicoevolutivos e educativos. Ed. Santos: São Paulo.

MINAYO, MCS & Alves PC 1994. Saúde e doença: um olhar antropológico. Ed. Fiocruz: Rio de Janeiro.

MORAES, E 1996. A presença do ideário higienista nos cursos de formação em Educação Física: uma análise no curso de Educação Física da Universidade Federal de Alagoas. Dissertação de mestrado. Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro.

MOSCOVICI, S 1978. A representação social da psicanálise. Zahar: Rio de Janeiro.

OLIVEIRA, ID 1991. Saúde e doença na cosmovisão Bantu. *Fragmentos de Cultura*, 1(1): 155 – 60.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Cuidados primários de saúde. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Alma-Ata, URSS, 1978.

RICHARDSON, RJ 1989. Pesquisa social: métodos e técnicas. 2. ed. Atlas: São Paulo.

SANT'ANNA, DB 2002. Entre a serpente e a toupeira: transitando pelas idéias de Foucault e Deleuze. In: Bruhns HT (Org.). Lazer ciências sociais: diálogos pertinentes. Chronos: São Paulo.

SANTOS, A 1996. Representações de pessoas cegas sobre a organização espaço-temporal tomando como referência seu próprio corpo. Dissertação de mestrado. Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro.

SANTOS, A 2004. Representação social de esporte sob a ótica de grupos de pessoas cegas. Tese de Doutorado. Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

SERVO, MLS 2001. Supervisão em enfermagem: o (re)velado de uma práxis. Universidade Estadual de Feira de Santana: Feira de Santana.