

C/167472
10 897906
02/10/98

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

**PLANEJAMENTO FAMILIAR ENTRE
CASAIS SURDOS: RELATO DE UMA
METODOLOGIA EDUCATIVA**

ROSILÉA ALVES NOGUEIRA

Handwritten signature

FC-00006139-0

Fortaleza

1998

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Rosiléa Alves Nogueira

**PLANEJAMENTO FAMILIAR ENTRE CASAIS
SURDOS: RELATO DE UMA METODOLOGIA
EDUCATIVA**

ROSILÉA ALVES NOGUEIRA

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), como parte dos requisitos necessários a obtenção do título de Mestre em Enfermagem

Orientadora

Profa. Dra. Lorita Marlena Freitag Pagliuca

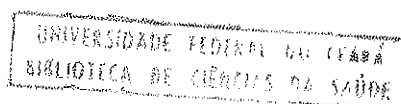
Área de Concentração

Enfermagem em Saúde Comunitária

Linha de Pesquisa

Assistência participativa de Enfermagem em situação saúde - doença

Fortaleza
1998



N 715

Nogueira, Rosiléa Alves

Planejamento Familiar entre casais surdos:
relato de uma metodologia educativa/ Rosiléa
Alves Nogueira – Fortaleza, 1998.
81 f.

Orientadora: Profa. Dra. Lorita Marlina
Freitag Pagliuca

Dissertação (Mestrado) – Universidade
Federal do Ceará. Curso de Mestrado em
Enfermagem.

1. Surdez. 2. Planejamento familiar. 3. Saúde
social

CDD 362.42

PLANEJAMENTO FAMILIAR ENTRE CASAIS SURDOS: RELATO DE UMA METODOLOGIA EDUCATIVA

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), como parte dos requisitos necessários a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

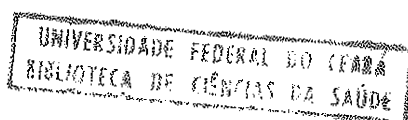
Data da aprovação: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Lorita Marlina Freitag Pagliuca
Orientadora

Prof^a Dr^a Maria Júlia Paes da Silva

Prof^a Dr^a Raimunda Magalhães da Silva



À Deus, nosso Pastor, que nos conduz pelos caminhos do bem, à minha família e, em especial, ao meu marido e à minha filha Daniela, que me ajudaram, com paciência, carinho e compreensão, tornando esta etapa mais amena.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Lorita Marlena Freitag Pagliuca, que, como mestra e amiga, me guiou pelas veredas da ciência.

A todos os que compõem a Associação de Surdos do Ceará, e em especial, aos casais que partilharam da nossa experiência, sem os quais não seria possível este estudo.

A todos que compõem a Associação de Pais e Amigos dos Deficientes Auditivos (APADA), pelos ensinamentos e por me proporcionarem as condições necessárias para a realização deste trabalho junto aos surdos.

Ao Programa de Pós-Graduação do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, que viabilizou momentos de crescimento pessoal, profissional e científico.

Ao Prof. Francisco das Chagas Oliveira, diretor da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, e à Profa. Sílvia Bomfim Hyppolito, chefe do Serviço de Planejamento Familiar desta instituição, pelo incentivo na minha trajetória profissional.

Às minhas colegas da equipe de enfermagem da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, pelo estímulo e compreensão durante esta caminhada.

À Fundação Cearense de Amparo à Pesquisa, pelo apoio financeiro na elaboração desta pesquisa.

"Quanto mais me capacito como profissional, quanto mais sistematizo minhas experiências, quanto mais me utilizo do patrimônio cultural, que é patrimônio de todos e ao qual todos devem servir, mais aumenta a minha responsabilidade com os homens."

Paulo Freire

SUMÁRIO

RESUMO

1 INTRODUÇÃO.....	1
1.1 O planejamento familiar e o seu papel social	1
1.2 Os métodos anticoncepcionais.....	4
1.3 As deficiências da comunicação e suas repercussões na assistência em planejamento familiar.....	13
1.4 A surdez e as suas conseqüências na comunicação.....	17
2 A TEORIA DE PAULO FREIRE.....	21
2.1 A educação libertadora de Paulo Freire.....	21
3 OBJETIVOS PROPOSTOS.....	25
3.1 Objetivo geral.....	25
3.2 Objetivos específicos.....	25
4 CAMINHO METODOLÓGICO.....	26
4.1 A descrição do estudo.....	26
4.2 O planejamento familiar entre surdos a proposta de Paulo Freire.....	27
4.3 A vivência da construção coletiva do conhecimento em planejamento familiar entre os surdos.....	31
4.1 O modelo educativo e participativo de assistência de enfermagem.....	34
4.1.1 Chuva de idéias sobre gravuras dos órgãos genitais.....	36
4.1.2 Desenho dos aparelhos genitais.....	36
4.1.3 Bingo dos órgãos genitais.....	37
4.1.5 Balões de perguntas.....	38

4.1.6 Margaridas.....	40
4.1.7 Chuva de idéias sobre o kit de métodos anticoncepcionais	40
4.1.8 Como me chamo.....	41
4.1.9 O universo dos métodos hormonais.....	42
4.1.10 Maçãs.....	43
4.1.11 Perguntas indiretas.....	43
4.1.12 Formando equipes.....	44
4.1.13 Dramatização.....	44
4.2 A proposta da análise dos dados.....	45
5 A ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	47
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64
7 ANEXO.....	66
ABSTRACT	
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	72

RESUMO

A assistência em planejamento familiar é uma atividade antes de tudo educativa. As dificuldades da educação nesta área tendem a se agravar quando a questão envolve as pessoas surdas. Acreditamos que o uso do método educativo proposto neste estudo permite a este grupo não só conhecer o leque de métodos anticoncepcionais, como também esclarecer mitos e tabus relacionados a esta prática. Este foi um estudo exploratório, descritivo, que seguiu a proposta de uma pesquisa ação de abordagem qualitativa, de acordo com a teoria da educação de adultos de Paulo Freire. Foi desenvolvido na Associação de Surdos do Estado do Ceará, com quatro casais portadores de deficiência auditiva. O comportamento dos surdos durante as reuniões nos fez inferir que estes se sentiam à vontade e a discussão em torno dos métodos contraceptivos nos levou a deduzir que as informações transmitidas pelos familiares aos surdos são acompanhadas dos tabus existentes na família e da troca de experiências entre os surdos, favorecendo à formação de mitos característicos da própria limitação deste grupo. Percebemos que as informações fornecidas eram sempre repetidas entre eles, talvez pela necessidade de confirmar entre eles, através da LIBRAS (língua brasileira de sinais), que todos tinham tido a mesma percepção. Observamos ainda que muitos sinais são universais e outros trazem semelhanças com a aparência do objeto da comunicação, de forma que, se houver interesse, é possível a comunicação entre surdos e ouvintes. Consideramos que atingimos um nível de troca onde as diferenças na linguagem pouco representaram no resultado final e que o uso de exercícios participativos confirmou o sucesso das atividades lúdicas na apreensão dos conteúdos. Nesta realidade, vislumbramos o espaço da enfermeira como profissional cuja formação permite oferecer uma assistência efetiva aos surdos, garantindo um atendimento diferenciado e representando um elo entre este grupo e a sociedade considerada normal.

1 INTRODUÇÃO

1.1 O planejamento familiar e o seu papel social

O Planejamento Familiar é uma prática cuja origem se encontra em épocas muito remotas. Nos registros históricos da reprodução humana, constatamos, desde a antigüidade, uma preocupação pelo controle da natalidade. Nos primórdios das civilizações, apesar das guerras e das doenças de origens desconhecidas que dizimavam as populações, o instinto de sobrevivência prevaleceu, trazendo atitudes conscientes de preservação da espécie. Em decorrência, o crescimento populacional atingiu um alto percentual de sobrevida. Esse fato motivou o surgimento de práticas anticoncepcionais, conforme registro nos papiros egípcios que datam de 1550 antes de Cristo (Tenório, 1990).

Muitos séculos se passaram, mas a idéia de planejar a família de acordo com os desejos e as condições de cada casal, continua sendo uma necessidade real.

Atualmente, entendemos que Planejamento Familiar, é o direito de cada pessoa à informação, à assistência especializada e ao acesso aos recursos que lhe permitam optar livre, consciente e responsavelmente por ter ou não ter filhos, o número e o espaçamento entre eles e a escolha do método anticoncepcional mais adequado, sem coação por quem quer que seja (Dias & Rogensky, 1991, 225-226).

Planejamento familiar é antes de tudo informação, orientação e respeito à dignidade do ser humano. Sabino Neto & Sales (1998) consideram como obrigação científica do profissional de saúde promover a adequação do método anticoncepcional à realidade de cada mulher.

Envolve um processo, muitas vezes, longo e lento, com mudanças de conceitos, atitudes e valores, permitindo o exercício pleno da sexualidade de cada indivíduo.

Para Alves (1986), o processo de conscientização em planejamento familiar não só envolve os valores culturais de cada indivíduo, como também leva a uma mudança lenta e gradual no comportamento, ideais e atitudes.

O grande percentual da população percebe que os filhos não devem e não podem nascer ao acaso (Centro para a Saúde da População e Família, 1980), no entanto, em sua grande maioria, não sabe como proceder para planejar sua família.

Torna-se mais evidente a importância do planejamento familiar a cada dia (Almeida, 1988) e a medida que se agravam as condições sócio-econômicas da população, o custo de uma gravidez para famílias que já tem uma prole definida é uma preocupação social, pois compromete o orçamento doméstico e, como conseqüência, favorece o aumento das taxas de mortalidade materna e da violência.

O planejamento familiar pode ser o primeiro passo eficaz para reduzir as taxas de mortalidade materna nas nações em desenvolvimento, pois diminui o número de gravidezes indesejadas, abortos ou gravidezes de alto risco (Barnett, 1994).

Apesar do Brasil ser um dos chamados países em desenvolvimento, que apresenta maior prevalência de uso de métodos anticoncepcionais (Arruda et al, 1982 e Berquó, 1988), a escassez de trabalhos educativos nesta área tem favorecido a restrição desta escolha entre as mulheres, cujas opções anticoncepcionais, freqüentemente, giram em torno da pílula, laqueadura tubária e condom. Em nossa realidade, verificamos que existe uma grande preocupação quanto à busca de um maior espaçamento gestacional e é comum o uso de práticas

anticoncepcionais, ainda que inadequadas. Segundo Lopes (1994), isso se deve não só a preocupação da sociedade moderna em planejar a família, como também, à mudança de comportamento sexual, verificadas nas últimas décadas, quando as mulheres passaram a assumir a atividade sexual como parte de seu cotidiano e independente do seu estado civil.

Como vemos, a família planejada é aspiração de muitos, porém os meios para esta prática ainda são pouco conhecidos e, conseqüentemente, pouco utilizados em nossa comunidade. No Brasil, os Serviços de Planejamento Familiar ainda se preocupam mais com a quantidade de atendimentos, do que com a qualidade e, dessa maneira, as mulheres são inadequadamente submetidas à escolha do método, que apresentam porcentagem de falhas mais elevadas do que as taxas esperadas (Araújo et al., 1991) ou, fato ainda mais grave, não têm oportunidade sequer de fazer qualquer escolha, aceitando uma das poucas ofertas dos métodos anticoncepcionais disponíveis nos serviços.

Falando-se em Planejamento Familiar, vale lembrar o aspecto legal desta temática. Na Constituição da República Federativa do Brasil encontramos as considerações que devem nortear a atuação dos profissionais de saúde nesta área: o Artigo 226, Parágrafo 87, deste documento contempla o planejamento familiar como uma prática pautada nos princípios da dignidade humana, paternidade responsável e livre decisão dos indivíduos e/ou casais (Oliveira, 1994).

O Ministério da Saúde adverte que os profissionais de saúde que atuam nesta área devem empenhar-se em bem informar aos usuários, para que conheçam todas as alternativas de contracepção e participem ativamente da escolha do método, favorecendo sua maior adequação ao estilo de vida do casal (Brasil, 1992).

Dentre as diretrizes gerais propostas pelo Brasil, o Ministério da Saúde também preconiza que a integridade da assistência pressupõe uma prática educativa, cujas ações asseguram à clientela a apropriação dos conhecimentos necessários a um maior controle sobre a sua saúde. Este conceito encontra ressonância no fato de que a escolha consciente do número de filhos promove melhores condições de saúde da família. (Brasil, 1996a).

Vale lembrar que a educação da clientela também depende do conhecimento do profissional quanto ao leque de opções anticoncepcionais disponíveis nos serviços de saúde. Faz-se necessário, portanto, a atualização daqueles que prestam assistência em planejamento familiar como maneira de diferenciar entre as características de cada método e os mitos e tabus relacionados a este tema.

1.2 Os métodos anticoncepcionais

Desde a antiguidade, o homem tenta descobrir o método anticoncepcional ideal. Assim, muitos métodos foram experimentados: alguns muito absurdos, outros mais adequados aos casais e por esse motivo ainda usados nos dias de hoje. A seguir, discorreremos sobre os métodos encontrados atualmente. Segundo Hatcher et al (1983), os métodos anticoncepcionais estão assim classificados:

- Método natural ou LAM (lactação amenorréica);
- Métodos comportamentais (tabela ou calendário, método de Billings ou muco cervical, temperatura e método sinto-térmico);
- Métodos de barreira (condom, diafragma e espermicidas);
- Métodos hormonais (orais e injetáveis);
- DIU (dispositivo intra-uterino)
- Métodos cirúrgicos (laqueadura tubária e vasectomia).

A *lactação amenorréica* é o método anticoncepcional que se baseia na infertilidade temporária que ocorre durante a amamentação. O mecanismo de ação deste método consiste na supressão da ovulação, devido à ação dos hormônios que alteram a função ovariana.

A indicação do aleitamento materno como método contraceptivo se restringe ao período de seis meses após o parto, pois caracteriza-se pelo aleitamento exclusivo e à demanda do lactente indicada para este período, ou seja, quando a mulher alimenta seu filho somente com o leite materno, e, em geral, não voltou a menstruar (Ceará, 1998).

Considerado de boa eficácia, com taxa de gravidez 1 -2% nos primeiros 6 meses pós-parto (Brasil, 1996a), tem como principais benefícios: facilidade de uso, eficácia imediata, nenhum custo, não interferir na sexualidade do casal, não ter efeitos físicos colaterais, não necessitar de acompanhamento médico e não depender de abastecimento.

Entre suas limitações encontramos que depende da usuária seguir as instruções corretas para amamentação exclusiva, o que pode ser difícil pelas circunstâncias sociais, e não oferece proteção contra as doenças sexualmente transmissíveis e outras infecções genitais.

Os *métodos comportamentais* são aqueles que o casal muda seu comportamento sexual durante o período fértil da mulher, ou seja, evita as relações sexuais ou interrompe a penetração do pênis na vagina, no momento da ejaculação, nos dias quando a mulher pode engravidar.

Em geral é utilizado por casais que apresentam problemas de saúde que impossibilitam o uso de outros métodos, por questões religiosas, por não disporem

de outros métodos anticoncepcionais. Tem como principais benefícios: não apresentar efeitos colaterais físicos, nenhum custo, retorno imediato da fertilidade. No entanto, apresenta altos índices de falha, portanto deve ser usado com cautela entre mulheres cuja gravidez poderia expor a qualquer tipo de risco reprodutivo, depende muito do interesse e disposição do casal para seguir as instruções, requer registro diário, também não protege contra as doenças sexualmente transmissíveis e outras infecções genitais e interfere na sexualidade, o que pode causar algum problema de relacionamento entre o casal.

A tabela ou método do calendário, parece-nos o método comportamental de maior divulgação no nosso meio. Consiste na identificação do período fértil através de cálculos baseados nos ciclos menstruais anteriores e seu índice de falha é de 9 a 20% de gravidezes por mulheres/ano (Blumenthal et al., 1995). Este cálculo baseia-se em três hipóteses: a ovulação ocorre em média no 14º dia antes do início da menstruação seguinte; a viabilidade (poder de fecundação) do espermatozóide, ou seja o período em que este é fértil é de 2-3 dias, no máximo e a viabilidade do óvulo é de 24 horas (Hatcher et al., 1983).

O método de Billings ou do muco cervical consiste na observação das diferentes fases do muco cervical durante o ciclo menstrual, pois no período fértil o muco apresenta características peculiares desta fase, o que permite a mulher identificá-la e assim evitar as relações sexuais. Entre os métodos comportamentais, parece-nos que este exige maior motivação do casal, pois, em geral, a mulher brasileira não conhece a fisiologia do aparelho genital. A taxa de falha deste método está em torno de 3 a 20% de gravidezes por mulheres/ano (Blumenthal et al., 1995).

O método da temperatura basal consiste em monitorar este sinal vital após um período de repouso físico (considerado, em geral, como 6 horas seguidas de

sono tranqüilo) e evitar a relação sexual no período que vai desde o início do ciclo menstrual até o momento em que aconteça um aumento na temperatura por três dias consecutivos, sem que haja qualquer condição física que justifique este aumento. Na prática, este método é pouco usado, pela exigência de maior tempo de abstinência e pela freqüente interferência de outros fatores na aferição da temperatura.

O método conhecido por sinto-térmico consiste no uso associado da tabela e do método de Billings. Se caracteriza pela abstinência sexual logo que se apresente o primeiro fator que determina o período fértil, seja o muco ou a aproximação dos dias férteis descobertos a partir do cálculo realizado previamente até o desaparecimento do último fator que determina o período fértil.

O coito interrompido consiste na retirada do pênis do interior da vagina antes da ejaculação. É o método anticoncepcional considerado mais antigo em toda a humanidade e, mesmo na antigüidade, já se teve notícias do seu uso. É considerada alta sua taxa de falha: 20- 25 gravidezes por 100 mulheres/ano (Hatcher et al., 1983), pois exige maior controle do casal. No entanto, apesar desse fato, seu uso é difundido em todo o mundo e, em geral, a opção por este método passa de geração a geração, dependendo do interesse exclusivo do próprio casal, sem que haja orientação dos profissionais de saúde.

Os métodos de barreira tem como mecanismo de ação o impedimento da ascensão dos espermatozóides até o trato genital superior, ou seja, constitui-se em uma barreira vaginal.

A camisinha ou condom é um revestimento fino, em geral, de látex, muitas vezes associado a um produto espermicida, que deve ser colocado no pênis ereto antes de qualquer contato com a vagina. Tem como principais benefícios: sua

eficácia imediata, fácil aquisição (em geral, está disponível nos serviços de saúde ou pode ser comprada em farmácias ou supermercados) e a grande vantagem de evitar as doenças sexualmente transmissíveis e outras infecções genitais.

Considera-se alta sua taxa de falha, de 10-30 gravidezes por 100 mulheres/ano durante o primeiro ano de uso (Blumenthal et al., 1995), por isso não é recomendada para usuárias com alto risco de gravidez e, entre suas limitações encontramos: em primeiro lugar, os mitos e tabus relacionados ao seu uso: entre eles, o preconceito masculino e a idéia de relações ilícitas; o fato da população em geral não saber colocá-lo corretamente, o uso a cada ato sexual e, principalmente, a necessidade de armazenamento e transporte adequado deste método.

O diafragma vaginal é um pessário de látex, de forma côncava, com bordas flexíveis, que deve ser colocado no canal vaginal antes da relação sexual, evitando que o espermatozoide alcance o trato genital superior (útero e trompas). Tem eficácia imediata e oferece alguma proteção contra as doenças sexualmente transmissíveis, no entanto, é considerada alta a sua taxa de falha (taxa de gravidez 5-25 por 100 mulheres durante o primeiro ano de uso) (Blumenthal et al., 1995) e tem como limitação a necessidade de um profissional de saúde treinado para realizar exame pélvico para medição inicial do diafragma, além de estar associado com infecções do trato urinário.

O diafragma vaginal tem sido um método pouco usado em nosso meio. Apesar da inferência dos profissionais de saúde de que nossa clientela teria dificuldade em aceitá-lo, na nossa prática profissional, percebemos que os provedores de serviços de saúde têm resistência em oferecê-lo. Dessa maneira, comungamos com o estudo de Kalckmann et al. (1997), cujos resultados mostram

que grande parte das mulheres entrou em contato com este método pela primeira vez durante o processo de escolha deste método.

Os espermicidas são produtos químicos que inativam e/ou matam os espermatozoides, pois são responsáveis pela ruptura da membrana celular do espermatozoide, afetam sua mobilidade e sua habilidade para fertilizar o óvulo. Este método se apresenta em várias formas: tabletes, supositórios, geléias, óvulos e espumas. No uso dos tabletes ou supositórios é necessário esperar por 7 ou 10 minutos após a aplicação antes do ato sexual. A taxa de falha deste método é alta, sendo de 10 a 30 gravidezes por 100 mulheres, no primeiro ano de uso, (Blumenthal et al., 1995), além de ser necessário o seu uso a cada relação sexual.

Segundo o Fundo de População das Nações Unidas (1997), um estudo de dois anos realizado com prostitutas de Camerún revelou que, ao contrário, do que se afirmava, os espermicidas não conferem proteção contra as doenças sexualmente transmissíveis.

Os *anticoncepcionais hormonais* podem ser encontrados em várias formas: pílulas, injeções, implantes intradérmicos e dispositivos intra-uterinos. O uso dos métodos hormonais foi considerado o maior avanço científico na história da anticoncepção moderna (Costa-Paiva et al., 1994), porém, no Brasil, existe restrição a algumas de suas formas: são aceitos os anticoncepcionais orais e, mais recentemente, os injetáveis e proibidos os implantes intradérmicos e os dispositivos intra-uterinos que contêm hormônios.

Os *anticoncepcionais hormonais* podem ser classificados em combinados, que contêm os dois hormônios femininos (estrógeno e progesterona). Tem como mecanismo de ação: a supressão da ovulação, o espessamento do muco cervical (evitando a penetração do espermatozoide), o adelgaçamento do endométrio

(tornando a implantação do ovo menos provável, no caso de fecundação) e a redução do transporte do espermatozoide até as trompas (Blumenthal et al., 1995).

É considerado altamente eficaz (taxa de gravidez 1-8 por 100 mulheres durante o primeiro ano de uso) se iniciado até o sétimo dia do ciclo menstrual (Blumenthal et al., 1995) e não interfere com o relacionamento sexual, e provavelmente, por isso, é muito difundido entre os casais. Entre suas limitações, porém, observamos a interação medicamentosa com outras drogas, a demora para retornar a fertilidade, os possíveis efeitos colaterais e o fato de não conferir nenhuma proteção contra as doenças sexualmente transmissíveis ou outras infecções genitais (Kaufman & Rondinelli, 1989).

A opção por métodos de progestágeno ou combinados inicialmente esteve relacionada com o aleitamento materno, pois se dá preferência aos primeiros para as mulheres em aleitamento, que não preenchem os critérios desta prática como método contraceptivo. No entanto, atualmente, utilizam-se também os progestágenos em mulheres com possíveis reações adversas aos anticoncepcionais combinados.

O *dispositivo intra-uterino (DIU)* é um pequeno aparelho de plástico flexível que deve ser inserido na cavidade uterina. Os tipos atuais possuem, além do plástico, outros componentes que lhes conferem maior eficácia: pequenas quantidades de cobre ou de progestágeno. O governo brasileiro permite o uso do DIU com cobre, pois considera que os demais têm um caráter abortivo.

Este método tem quatro mecanismos de ação: interfere com a capacidade de passagem do espermatozoide pela cavidade uterina; influi no peristaltismo tubário e assim, interfere no processo reprodutivo antes da implantação do ovo (fecundado) na cavidade uterina; promove o espessamento do muco cervical, de maneira a

dificultar a ascensão dos espermatozóides até o trato genital superior; e altera a camada endometrial.

De alta eficácia, com taxa de gravidez 0,5 -1,0 por 100 mulheres durante o primeiro ano (Blumenthal et al.,1995) e com resultados imediatos, tem como benefícios não interferir nas relações sexuais, não afetar a amamentação (podendo ser usado logo após o parto) (Grupo de Trabalho para Normas Técnicas, 1994) e conferir proteção a longo prazo.

Podem, no entanto, aumentar o risco para contrair as doenças sexualmente transmissíveis e outras infecções do trato genital, além de exigir profissionais treinados para a sua inserção, deixando a usuária na dependência dos serviços de saúde.

Os *métodos cirúrgicos* são considerados métodos irreversíveis, apesar de haver alguma possibilidade de retorno à fecundação, de forma voluntária ou involuntária. Até o ano passado, estes métodos não eram considerados contraceptivos e pela Constituição Brasileira eram ilegais, pois tinham um cunho mutilador já que anulavam a função reprodutiva de um dos parceiros. No entanto, com a legislação atual (Brasil, 1996b), os dois procedimentos cirúrgicos passam não só a serem aceitos como métodos contraceptivos, como tem sido incentivada a sua realização, já que, o sistema de saúde vigente remunera estes procedimentos obedecendo uma tabela, onde estes têm valores semelhantes àqueles das cirurgias de maior porte. Sendo cirurgias de porte simples e de pouco custo hospitalar, tanto a laqueadura tubária quanto a vasectomia têm um alto retorno financeiro para os hospitais que se propõem à sua prática. Na nossa opinião este fato merece cautela e os casais que buscam estes métodos devem ser submetidos a uma investigação minuciosa quanto às suas metas reprodutivas e, simultaneamente, preparados para

o uso de métodos definitivos, a fim de evitar arrependimentos tardios e a busca da reversibilidade destes.

Quanto à taxa de falhas destes métodos podemos dizer que é insignificante: na laqueadura tubária está em torno de 0,2 a 0,4% e na vasectomia, 0,1 a 0,15% (Blumenthal et al., 1995) e, apesar dos mitos existentes em relação a estes métodos, praticamente podemos dizer que não deixam qualquer seqüela e o seu usuário ou usuária pode levar vida normal, tendo como única limitação o fato de não gerar outros filhos.

A percepção de que a laqueadura tubária é um método muito procurado pelas mulheres é confirmada na literatura, que registra mais de 150 milhões de mulheres esterilizadas no mundo. (Family Health International, 1997).

Em nosso país onde, tanto a criação dos filhos, quanto os cuidados com a contracepção são considerados responsabilidades da mulher (Minella, 1998), a laqueadura tubária tem um papel importante no planejamento familiar dos casais, pois a sua escolha representa o uso de um método muito seguro e ao mesmo tempo independente da cooperação masculina.

Esta perspectiva de pensamento também foi confirmada nos estudos de Duarte (1998), que lembra que a gravidez traz para mulher conseqüências e riscos próprios desta condição.

Pela própria transitividade humana, faz-se necessário lembrar que não existe um método ideal, pois cada método tem suas características que se adaptam à realidade, e, porque não dizer, a cada momento da vida reprodutiva de cada casal. Por isso achamos oportuno lembrar que a decisão de uso deve ser de cada indivíduo e/ou casal e, neste processo, o profissional de saúde tem como função

apenas orientar e educar, garantindo uma escolha informada e consciente por parte do usuário ou usuária.

1.3 As deficiências da comunicação e suas repercussões na assistência em planejamento familiar

O aconselhamento em Planejamento Familiar tem sido usado para incrementar o atendimento da clientela destes serviços e assegurar uma escolha voluntária e informada (Verme et al., 1993). Este momento descreve uma etapa do processo educativo em que o orientador auxilia o orientando com referência à opção do método contraceptivo mais adequado ao casal.

Segundo Silva & Stefanelli (1994), a enfermeira tem competência e autonomia para desenvolver o aconselhamento em planejamento familiar e considera esta atividade como uma das suas atribuições independentes.

A relação entre o profissional de saúde e a clientela dentro do contexto da contracepção encerra o exercício complexo da comunicação.

Bordenave (1989) reconhece o poder da comunicação e acredita que esta pode contribuir para a modificação de significados que as pessoas atribuem às coisas e para a transformação das crenças, dos valores e dos comportamentos.

A comunicação humana acontece em muitos níveis, por muitas razões, com muitas pessoas, de muitas formas (Berlo, 1991), no entanto, está comprovado que o principal instrumento de comunicação e integração do homem é a fala (Rabelo, 1992). Dessa maneira, as dificuldades na educação para o Planejamento Familiar tendem a se agravar quando a questão envolve indivíduos portadores de deficiências que dificultam a linguagem oral.

Em uma análise mais detalhada do grupo de pessoas consideradas deficientes em nossa sociedade, encontramos os surdos e as pessoas de audição difícil. Segundo Telford & Sawrey (1988), pela baixa visibilidade dos defeitos auditivos e pelo fato das pessoas com limitação da audição serem freqüentemente suspeitas de falta de motivação, desatenção ou retardamento mental, o público em geral não tem mostrado interesse ou simpatia pelos deficientes auditivos.

Sabemos que o homem não nasce sabendo falar. Sua primeira experiência e seus primeiros contatos com o mundo são estritamente não verbais (Davis, 1979). Durante os primeiros anos de sua vida, o ser humano utiliza as expressões faciais e corporais como meio de comunicação e, mais ainda, de sobrevivência, pois, sem o uso das palavras, a criança consegue se comunicar quando suas necessidades básicas de nutrição, higiene e sono, entre outras, são afetadas.

No entanto, o impedimento que o deficiente auditivo tem de captar bem o som, confere-lhe dificuldade de comunicação própria desta condição, e apesar deste aspecto que o diferencia das pessoas que têm capacidade auditiva normal, nos demais aspectos, como inteligência e necessidades, tem o mesmo potencial e carências como de qualquer outro ser humano (Davis, 1979).

De muitas maneiras, os surdos são uma minoria mal compreendida e desfavorecida. Noronha & Rodrigues (1974) considera que muitos surdos são negativistas e rebeldes, até mesmo agressivos. No entanto, a agressividade ocorre geralmente pelo fato de, desde criança, o surdo se expressar e, muitas vezes, não ser compreendido, ou, ao contrário, não compreender o que os outros lhe dizem. Encontramos ainda deficientes da audição inseguros, introvertidos, dependentes ou apresentando sentimentos de inferioridade.

O contato diário com pessoas portadoras de deficiência auditiva favoreceu a nossa aproximação da Associação de Surdos do Ceará, que nos possibilitou conhecer a realidade de um grupo de surdos, cujas dificuldades de se inserir no contexto social das pessoas com capacidade auditiva normal, são contornadas por um bom nível de coesão entre seus integrantes. Incomoda-nos o fato de vê-los condenados a um isolamento indesejado e concordamos com as idéias de Ciccone (1990), que afirma que o surdo é mais do que simplesmente um sujeito que não pode ouvir. Ele pode organizar seu mundo, a partir da integridade dos seus sentidos restantes e isto quer dizer que ele tem uma diferença, mais do que uma "deficiência".

Apesar de não percebermos, no espaço em que vivemos e desenvolvemos nossas atividades profissionais, encontramos um significativo percentual de deficientes auditivos, nos mais variados níveis. Segundo estimativa da Organização Mundial de Saúde, cerca de 15% da população brasileira, aproximadamente 2,2 milhões, são pessoas portadoras de deficiência auditiva nos seus vários níveis (Brasil, 1996c).

Em 1984, de acordo com Vilar & Lima (1984), com relação à acuidade auditiva, de 5.809 alunos de 1º grau da rede pública de ensino do Estado do Ceará, 3,07% deles apresentaram deficiência. Soma-se a este número, os surdos que freqüentavam o Instituto de Educação de Surdos e o Instituto Filipe Maldoni e outros não identificados. Lembramos que estas crianças, atualmente, fazem parte da população adulta de nossa cidade e exercem sua sexualidade, muitas vezes, sem a orientação adequada. Este fato pode ter sérias conseqüências, entre as quais, o aumento do número de gravidezes indesejadas e suas seqüelas.

Claro está que, como profissionais de saúde, temos em nossas mãos a responsabilidade de intervir junto à clientela portadora de deficiência auditiva, facilitando-lhe a interação com o meio exterior e, por conseguinte, promovendo a satisfação de suas necessidades.

Constitui-se um compromisso facilitar o acesso desta clientela aos Serviços de Planejamento Familiar, garantindo-lhe um atendimento adequado, sem no entanto, exigir grandes mudanças na estrutura das nossas instituições, já que acreditamos que a assistência de qualidade para os surdos depende muito mais da disponibilidade de tempo e da sensibilidade do profissional do que das salas especiais que o serviço possa proporcionar. Em experiências anteriores, tivemos a oportunidade de vivenciar situações envolvendo o surdo e os diversos profissionais da equipe de saúde, que comprovaram a importância desta sensibilização (Nogueira & Pagliuca, 1998).

Como enfermeira do Serviço de Planejamento Familiar da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, freqüentemente, sou procurada por pessoas portadoras de deficiência auditiva, para esclarecimentos de dúvidas sobre o tema Planejamento Familiar.

Tem-se observado, ao longo dos anos, que este grupo é, na sua grande maioria, desinformado, gerando mitos e tabus que dificultam a relação entre o conhecimento e uso de qualquer método anticoncepcional.

Acredita-se que a gravidez indesejada é mais um agravo no universo da população portadora de deficiência auditiva e que a causa maior deste fato é o desconhecimento acerca da prática sexual e a falta de acesso às informações e aos métodos contraceptivos.

Na nossa busca por referências bibliográficas não encontramos estudos relativos a prática do planejamento familiar entre surdos, confirmando o pouco interesse por esse tema e por sua complexidade,

Diante dessa realidade, torna-se oportuno avaliar as expectativas de um grupo de casais com deficiência auditiva, antes e após o desenvolvimento de ações educativas nesta área.

Pretende-se, também, verificar se a assistência participativa do profissional de saúde e, em especial da enfermeira, no Planejamento Familiar, pode favorecer o conhecimento e o uso dos métodos contraceptivos entre os deficientes auditivos e, portanto, ser um fator determinante na mudança de atitudes desta clientela frente a necessidade de planejar sua prole.

Sabendo da dificuldade dos surdos para identificar essa necessidade, acredita-se que o uso do método educativo proposto neste estudo permite a este grupo não só conhecer o leque de métodos anticoncepcionais, como também esclarecer mitos e tabus relacionados a esta prática, buscando uma assistência eficaz, condizente com sua realidade.

1.4 A surdez e suas conseqüências na comunicação

Quando encontramos um surdo, em geral, não refletimos sobre os efeitos devastadores que esta deficiência pode ocasionar na vida de um ser humano. Quase sempre, a dificuldade de interação oriunda da condição de surdez resulta na segregação forçada do seu portador em uma cultura própria daqueles que compartilham do mesmo obstáculo na comunicação (Nogueira & Varela, 1998).

O comprometimento na aquisição e desenvolvimento da linguagem representa, sem qualquer dúvida, um grande prejuízo, já que esta favorece o processo de comunicação do pensamento e é o mais eficiente meio de expressão da inteligência (Pinheiro, 1994).

Até o fim do século XV, não havia escolas especializadas para surdos porque, naquela época, estes eram considerados incapazes de serem ensinados e, em alguns lugares da Europa, existiam leis que os proibiam de possuir ou herdar propriedades, casarem-se, e enfim, exercerem sua cidadania.

A oralização é considerada a principal forma de comunicação do homem e, uma vez que os elementos que constituem a fala estão alterados, em geral, a capacidade individual do surdo de se inserir no cotidiano das pessoas com capacidade auditiva normal, também está alterada.

Ao longo dos anos, o deficiente auditivo tem criado a linguagem de sinais como forma alternativa de comunicação. No entanto, esta não é ainda bastante conhecida, pois a necessidade de seu uso varia de acordo com o nível de surdez e observa-se também, uma tendência ao uso da comunicação oral como forma de neutralizar a deficiência auditiva.

Na tentativa de dominar a comunicação oral, o surdo tem desenvolvido um processo artificial de fala, onde se misturam palavras, símbolos e sinais. Ao acompanharmos a oralização do deficiente auditivo, percebemos que a sua linguagem é mínima e espontânea, às vezes bastante sugestiva (Pinheiro, 1994), muito semelhante à linguagem telegráfica.

Na sua grande maioria, o surdo utiliza poucas classes gramaticais e, através de substantivos, adjetivos, advérbios e, poucos tempos verbais, eles tentam expressar seus pensamentos e interagir com as outras pessoas. Lafon (1989) e

Quadros (1997) compartilham da idéia de que, mesmo sendo bem treinado, o surdo jamais terá uma fala completamente normal, pois a privação da audição promove modificações não só na estrutura da língua, como também no tom de voz e na pronúncia de determinadas palavras, que lembram a um ouvinte desavisado um traço dialetal.

Pela nossa limitação como pessoas com capacidade auditiva normal ou ouvintes, como somos chamados entre os surdos, em geral, só consideramos a comunicação eficaz quando são utilizados todos os elementos da estrutura da língua portuguesa, daí a nossa grande dificuldade de entender o surdo e a nossa facilidade de segregá-lo a uma vida mutista.

É muito comum, encontrarmos situações em que um ouvinte, após uma dose salutar de boa vontade, confessa não ter sido tão difícil estabelecer um contato efetivo com os surdos. No entanto, sabemos que existe uma grande distância entre uma situação cotidiana, em que mesmo havendo perdas na mensagem, não há maiores prejuízos na comunicação e um momento de educação em saúde, onde a sua eficácia depende do entendimento de toda a mensagem transmitida.

Ao longo da nossa trajetória, compreendemos que a grande dificuldade dos ouvintes despreparados estava na confusão que se faz, muitas vezes, nas formas de comunicação. Nesta perspectiva, achamos oportuno pontuar os dois tipos de comunicação a que se reporta o nosso estudo.

De acordo com Silva (1996), a comunicação verbal se refere às palavras expressas por meio da fala ou da escrita e a comunicação não verbal, não estando associada às palavras, engloba gestos, silêncio, expressões faciais, postura corporal, inclusive, objetos e adornos utilizados.

Sabendo que a comunicação depende de uma linguagem comum que permite a compreensão da mensagem pelo receptor (Ferreyra, 1998), propomos como alternativa de comunicação o uso de exercícios que utilizem a linguagem escrita como estratégia para a transmissão das mensagens relevantes na educação em planejamento familiar.

2 A TEORIA DE PAULO FREIRE

Quando pensamos na educação em planejamento familiar dirigida aos surdos buscamos ressonância nas palavras de Paulo Freire, pois pretendíamos alçar vôo em uma temática que envolvia a educação de adultos voltada para um tema de seu interesse.

Com esta visão, percebemos que precisávamos criar um ambiente educativo onde os surdos fossem os sujeitos da própria aprendizagem.

Neste capítulo descrevemos as principais linhas do pensamento de Paulo Freire e fases do seu processo de educar.

2.1 A educação libertadora de Paulo Freire

As idéias de Paulo Freire nasceram em um momento de grande efervescência política, como resposta a uma pedagogia que considerava o homem um objeto pronto para ser manuseado e, muito mais grave, um objeto a serviço de uma massificação que servia aos interesses de uma elite pequena na quantidade, porém grande no poder.

Neste cenário, surge o movimento de educação popular como uma forma de mobilização das massas. As relações entre este movimento de ascensão popular e o trabalho de Paulo Freire são bem evidentes. A idéia da alfabetização associada à conscientização do indivíduo, era no mínimo uma proposta libertadora, já que os analfabetos representavam a metade da população e a sua maioria era formada de oprimidos por um sistema marcado pela desigualdade social.

Inicialmente, esta proposta foi mal interpretada pelos políticos da época, que consideravam o marco de 300 trabalhadores alfabetizados em 45 dias uma

excelente propaganda política, que garantiria o domínio eleitoral daqueles que apoiassem essa proposta. A idéia de alfabetizar 2 milhões de pessoas em dois anos, tornou-se uma febre nacional; formavam-se multiplicadores com grande rapidez, a fim de alcançar as metas propostas. No entanto, o crescimento das lideranças populares começava a mostrar os riscos da nova situação que se apresentava e o movimento, antes tão apoiado pelas classes dominantes, começou a se apresentar como uma ameaça real ao sustento da situação política da época.

Assim, a proposta libertadora de Paulo Freire afasta-o do cenário brasileiro e leva-o ao exílio no Chile, onde divulgou o seu método e garantiu a sua adoção em todo o território daquele país, durante o governo vigente naquele momento (Freire, 1994a).

Afinal, qual a diferença desta proposta para as demais utilizadas até então? Por que traria tanta mudança essa nova idéia de educação?

A preocupação básica de Freire (1980), é configurar a educação como instrumento de conscientização e tem como conseqüência a promoção de uma mudança entre os indivíduos, que passariam de um estágio de alienação para uma atitude de reflexão e ação e sua pedagogia estabelece uma relação de igualdade e criticidade, onde educando e educador são herdeiros de experiências adquiridas, criando e recriando, integrando-se à sua realidade, enfrentando desafios e apreendendo temas e tarefas relativos a sua época (Freire, 1994b).

As técnicas do método pedagógico da alfabetização de Paulo Freire prevê um mínimo de palavras de rico conteúdo fonêmico e alto significado no cotidiano do alfabetizando que, transfiguradas pela sua crítica, assume uma proposta transformadora do mundo de cada aluno.

Freire (1994c) condena a idéia de alfabetizar com palavras importadas e de pouco significado para o educando, por isso, o seu método tinha como principal suporte a pesquisa prévia do universo vocabular do aluno, de forma que a sua alfabetização se processe dentro de um clima cultural, entendendo que é impossível desvinculá-lo da vivência de cada um dos integrantes desta caminhada.

Freire (1980) sugere como recurso metodológico cinco etapas de elaboração do método educativo, que estão assim distribuídas:

1ª fase: A descoberta do universo vocabular do grupo a ser estudado, onde encontros informais permitem ao educador uma aproximação das palavras de maior conteúdo emocional.

A idéia de alfabetizar garantindo uma consciência crítica do aluno permeia o pensamento de que as palavras já utilizadas no cotidiano de cada indivíduo servirão não só para o conhecimento da estrutura da língua portuguesa, como também permitirá sua ligação com o papel do homem no espaço social em que vive.

2ª fase: A seleção de palavras dentro do universo vocabular dos educandos. O uso de um número restrito de palavras garante um aprendizado mais racional e, apenas quando o aluno exercita e domina todo o conteúdo das palavras geradoras (aquelas de maior significado) o universo de palavras pode ser ampliado.

3ª fase: A criação de situações existenciais típicas do grupo com o qual se trabalha. Esta fase estabelece um elo concreto entre o aprendizado e sua integração ao universo social do educando, favorecendo o incremento da consciência crítica dentro de sua realidade.

4ª fase: A elaboração de fichas indicadoras que ajudam aos coordenadores do debate em seu trabalho. Nesta fase, tem-se garantido o tempo proposto para

alcance dos objetivos, já que as fichas indicadoras evitam o afastamento inicialmente programado.

5ª fase: Consiste na elaboração de fichas nas quais aparecem famílias fonéticas correspondentes às palavras geradoras. A palavra geradora é aquela que, obedecendo critérios elaborados anteriormente, tem maior poder de conscientização.

Segundo Freire (1980), neste processo, a participação do educador tem como principal função reconhecer os educandos como seres no mundo e com o mundo, de maneira a desafiá-los a alcançar a compreensão resultante de uma atitude crítica e, como consequência, libertar-se da alienação.

Considerando o homem como sujeito da sua educação, sabendo da importância do processo educativo para o exercício de um planejamento familiar consciente entre os casais e entendendo que os surdos podem e devem ser inseridos neste contexto da saúde reprodutiva, apoiamos nossa proposta educativa nos pilares da teoria de Paulo Freire .

3 OBJETIVOS PROPOSTOS

3.1 Objetivo geral

- Desenvolver um modelo educativo e participativo que permita à enfermeira prestar assistência eficaz em planejamento familiar aos casais surdos;

3.2 Objetivos específicos

- Elaborar um modelo educativo e participativo de assistência de enfermagem em planejamento familiar para casais com deficiência auditiva;
- Implementar o modelo educativo e participativo em planejamento familiar junto aos casais surdos.
- Verificar como os surdos transpõem para o seu cotidiano os conhecimentos adquiridos em planejamento familiar.

4 O CAMINHO METODOLÓGICO

Este foi um estudo exploratório, descritivo, que seguiu a proposta de uma pesquisa ação de abordagem qualitativa, pois procurou analisar a compreensão do conteúdo de planejamento familiar entre casais surdos a partir do uso de um método participativo de educação neste tema.

4.1 A descrição do estudo

O estudo foi desenvolvido na Associação de Surdos do Estado do Ceará, sediada na Avenida Bezerra de Menezes, 549, no bairro São Gerardo, onde aconteceu a seleção da nossa amostra e se desenvolveu o processo educativo.

Tivemos também o apoio da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, instituição integrante do complexo hospitalar da Universidade Federal do Ceará, para a referência dos casais que optassem por métodos que necessitassem de intervenção clínica.

Entendemos que a prática do planejamento familiar deve ser dirigida ao casal, por isso definimos nossa amostra entre os casais surdos inscritos na referida associação, cujas companheiras estavam na faixa etária entre 18 e 50 anos.

A amostra se constituiu de quatro casais portadores de deficiência auditiva, inscritos na referida associação, obedecendo os seguintes critérios:

1. Estar na faixa etária entre 18 e 50 anos: O limite mínimo para as mulheres integrantes da nossa amostra se deveu ao fato de que, em nossa instituição, a clientela com idade inferior a 18 anos é considerada adolescente e tem atendimento com equipe especializada, enquanto que o limite máximo baseia-se na idéia de que as mulheres com idade superior a 50 anos tem necessidade de contracepção especial e recebem atendimento no serviço de climatério.

2. Saber ler: Quanto à escolaridade, foi determinado que os integrantes desta amostra soubessem ler, para facilitar o processo educativo, de maneira que, quando a comunicação oral se mostrasse inviável, o uso da linguagem escrita nos daria suporte na comunicação com os surdos.

4.2 O planejamento familiar entre surdos e a proposta de Paulo Freire

Na tentativa de seguir Paulo Freire, procuramos conhecer o nosso universo de estudo, visando a promoção de um processo educativo mais próximo da realidade dos surdos. Acreditávamos que a aproximação lenta e gradual garantiria não só o conhecimento desta clientela, como também evitaria choques culturais e favoreceria a credibilidade do trabalho educativo a que nos propusemos. Vale ressaltar que não pretendíamos apenas transmitir as informações relativas ao tema em estudo, mas também garantir ao surdo a consciência crítica que lhe permitisse analisar racionalmente a importância do planejamento familiar dentro do seu cotidiano. Tínhamos consciência de que nossa proposta educativa estava dirigida a adultos, pessoas atuantes na sociedade (Pinto, 1997), cuja realidade social seria muito importante na escolha do método educativo.

Sabíamos que esta clientela teria dificuldades de aceitar a inserção de pessoas consideradas estranhas ao seu mundo, por isso iniciamos, desde novembro de 1996, a nossa participação junto a este grupo, esclarecendo o nosso interesse de nos inserirmos neste universo. As dificuldades iniciais nos levaram a perceber que naquele contexto parecia que a deficiência não estava no surdo, e sim, na nossa incapacidade de comunicação.

Estabeleceu-se a partir dos primeiros contatos, uma relação de troca de experiências, onde as necessidades de esclarecimentos sobre os temas relativos à saúde eram satisfeitas, a medida que eram solicitadas.

A carência de conhecimentos dos surdos sobre os temas de saúde ou de como buscar soluções para suas dificuldades de se inserir no sistema de saúde vigente, tem facilitado a nossa aproximação. Assumimos o nosso papel de enfermeira e proporcionamos uma relação de confiança, que permitiu penetrar no universo fechado deste grupo, sem alterar seus hábitos ou sermos considerados invasoras de seu mundo

Após um ano de um relacionamento constante, onde desenvolvemos campanhas de vacinas, sessões de vídeos sobre a prevenção das DST e AIDS e facilitamos o acesso aos serviços de saúde, acreditamos ter chegado o momento de realizarmos um diagnóstico prévio da nossa clientela sobre o tema planejamento familiar.

O diagnóstico foi feito através de um instrumento que permitia aos surdos correlacionarem os métodos anticoncepcionais com os seus respectivos nomes e características.

A partir deste diagnóstico inferimos que os surdos têm um conhecimento limitado dos métodos anticoncepcionais, cheio de mitos e tabus, de forma que a prática do planejamento familiar tem sido considerada uma atitude prejudicial à saúde.

Pareceu-nos clara a necessidade de desenvolver um trabalho educativo que alcançasse a realidade dos surdos e permitisse a este grupo o acesso a um planejamento familiar informado, consciente e portanto, voluntário. Acreditávamos que a aplicação de um modelo educativo baseado nas experiências dos próprios

surdos sobre este tema e no manuseio dos métodos contraceptivos possibilitaria uma atitude crítica em relação a cada um destes e permitiria uma opção adequada à sua realidade.

Consideramos também viável aplicar as etapas de educação para adultos sugeridas por Paulo Freire (1980). E, assim sendo, o processo educativo que nos propomos ficaria assim distribuído:

1ª fase: A descoberta do universo vocabular do grupo a ser estudado. No processo educativo a que nos propomos, esta etapa aconteceu durante as conversas informais quando acompanhávamos as reuniões semanais deste grupo.

Durante estes momentos, compreendemos que além do universo vocabular, teríamos que utilizar também a expressão corporal como mais uma alternativa de comunicação com os surdos. A compreensão da importância da comunicação gestual foi favorecida pela interpretação detalhada da comunicação não verbal dos surdos, de acordo com a temática comum encontrada nos signos e comportamentos utilizados por eles, durante um encontro informal na Associação (Nogueira et al., 1997).

2ª fase: A seleção de palavras dentro do universo vocabular dos surdos. Utilizamos as palavras que representavam os nomes dos métodos e as palavras cujos significados tinham conteúdo prático entre os surdos: gravidez, família, pai, mãe, filho, camisinha, pílula, injeção, tabela, entre outras.

Pretendíamos neste processo educativo utilizar o universo vocabular do próprio surdo. Quando necessária, a inserção de novos vocábulos relativos ao tema proposto estaria ligada a uma metodologia onde o manuseio de gravuras e do kit (conjunto) dos métodos contraceptivos permitiria ao surdo a identificação deste tema dentro do seu mundo.

3ª fase: A criação de situações existenciais típicas do grupo com o qual se trabalha. Pretendíamos utilizar dramatização de situações que envolvessem os temas relativos à saúde reprodutiva, a fim de gerar oportunidade para debate e, conseqüentemente, à conscientização da importância desta temática no cotidiano dos casais.

4ª fase: A elaboração de fichas indicadoras que ajudam aos coordenadores do debate em seu trabalho. Neste processo, esta etapa consistiu na preparação de material visual com os aparelhos reprodutores feminino e masculino, a gravura de um casal com muitos filhos e os métodos contraceptivos. Este material introduziu os temas de cada reunião, gerando a participação espontânea do grupo e a necessidade de esclarecimentos sobre o assunto em questão.

5ª fase: Consistiu na elaboração de fichas nas quais aparecem os nomes dos métodos que consideramos como as palavras mais importantes, correspondentes àquelas que Paulo Freire (1980) chamou de geradoras. Em nossa proposta, acreditamos que, pelo fato dos participantes já saberem ler e este tema ter um grande significado social entre eles, podemos almejar que este momento seja de criação coletiva do grupo, no sentido de que a correlação entre os métodos anticoncepcionais e seus respectivos nomes e características sejam trabalhadas pelo grupo e apenas facilitada pelo educador.

Para esta proposta pedagógica encontramos ressonância nas palavras de Freire (1994b), quando considera que no processo educativo, a participação do educador tem como principal função valorizar os educandos, considerando-os como seres no mundo e com o mundo, de maneira a desafiar-los a alcançar a compreensão resultante de uma atitude crítica e, como conseqüência, libertar-se da alienação.

4.3 A vivência da construção coletiva do conhecimento em planejamento familiar entre os surdos

A avaliação do conhecimento e do uso do método contraceptivo se fez em momentos distintos. Inicialmente, realizamos uma avaliação diagnóstica através de um questionário composto de um mostruário com os desenhos dos métodos contraceptivos com um número para cada método e seguido de duas questões: a primeira contendo os nomes dos métodos e a segunda, contendo informações sobre cada um destes; os itens de cada questão encontravam-se embaralhados, de maneira que cada surdo deveria numerá-los de acordo com a numeração do mostruário.

Após esse primeiro contato com os métodos contraceptivos, iniciamos a divulgação do curso de Planejamento Familiar para Surdos que, segundo nosso planejamento inicial, seria desenvolvido em uma semana, no horário noturno.

Reportamo-nos ao período antes das reuniões, quando durante duas noites de sábado, na Associação de Surdos do Ceará, tentamos formar o grupo de surdos para o nosso estudo. Naquele momento, percebemos que a nossa idéia de que esta nova proposta seria bem aceita e que as vagas das reuniões seriam disputadas entre eles estava longe da realidade. Sentimos então uma certa dificuldade, pois eles desejavam àquela experiência, no entanto, suas expectativas eram que as reuniões acontecessem aos sábados à noite, conforme outras experiências de aprendizagem já realizadas ao longo do nosso trabalho neste local (Pagliuca & Nogueira, 1998).

A medida que divulgávamos o curso e consultávamos os surdos quanto à disponibilidade deste horário, percebemos que entre os casais que preenchi

critérios exigidos e mostraram interesse neste aprendizado, alguns trabalhavam durante o dia e estudavam à noite, outros moravam longe da Associação e se tornaria dispendioso o deslocamento do casal, ou seja, de duas pessoas de uma mesma família, por cinco dias em uma única semana.

Explicamos a necessidade de formarmos um grupo fixo para este estudo e a importância de realizarmos este experimento em um local livre de interferências.

Após o entendimento deste critério, veio uma outra dificuldade: como tornar compatível o horário das reuniões para todos os participantes? Acreditávamos que o horário noturno seria ideal para todos: nos enganamos. O grupo mostrou resistência a este horário e sugeriu que realizássemos nosso estudo no sábado e domingo subsequente durante o dia todo. Acatamos a sugestão pois, assim como Freire & Shor (1996), acreditamos que a motivação é mais forte quando o educando cria as suas próprias condições de aprendizagem.

Por solicitação dos surdos, aprazamos o curso para um final de semana, mais precisamente, nos dias 23 e 24 de maio de 1998, e, com todos os exercícios preparados, aguardamos com ansiedade este momento.

Desde o nosso primeiro contato com os surdos, nos propomos a estudar e utilizar a LIBRAS (Língua Brasileira de Sinais) como uma forma de diminuirmos as falhas de comunicação, mas, durante o curso, utilizamos exercícios participativos que envolviam a identificação do conteúdo através de uma vasta quantidade de material de IEC (informação, educação e comunicação) associada à escrita dos conceitos relativos ao tema em estudo, de maneira que a fala fosse dispensável.

Apesar dessa proposta, solicitamos a permanência de um intérprete bilingüe, ou seja, alguém que conhecesse ao mesmo tempo, a LIBRAS e a língua

portuguesa. Esse procedimento visou superar possíveis dificuldades de comunicação entre a pesquisadora e esta clientela.

A abordagem dos temas referentes ao Planejamento Familiar baseou-se no processo de educação para adultos, proposto por Paulo Freire, como forma de facilitar o repasse deste tema mesmo por profissionais que não dominem a LIBRAS. O processo educativo sobre métodos contraceptivos dirigido aos surdos foi construído a partir das vivências da pesquisadora, já iniciadas desde novembro de 1996, quando passou a freqüentar a Associação, com o objetivo de facilitar a interação com os surdos e tornar familiar o seu objeto de estudo.

Ao domínio da prática educativa em Planejamento Familiar que tínhamos junto à clientela com audição normal, procuramos conhecer e explorar métodos que respondessem às necessidades especiais das pessoas portadoras de surdez.

A sala onde aconteceram as reuniões foi preparada com material de informação, educação e comunicação (IEC): cartazes sobre anatomia e fisiologia masculina e feminina e desenvolvimento da gravidez, manequins (de papel) feminino e masculino com os órgãos reprodutores móveis, álbum seriado de planejamento familiar e o kit de métodos anticoncepcionais foram colocados em local de fácil acesso para os surdos.

No sábado marcado, chegamos muito cedo na Associação, a fim de prepararmos a sala com todo material visual antes da chegada dos surdos: desejávamos causar um impacto e, despertar o interesse sobre o assunto proposto. Conseguimos nosso intento: cada casal que chegava, antes de sentar, ia até o local onde o material estava exposto, examinava e nos perguntava o seu significado.

Calmamente, pedíamos que aguardassem os demais, pois só com a chegada de todos os participantes começaríamos a exposição de cada peça daquele material que, para eles parecia um quebra-cabeça de informações.

O trabalho educativo seguiu os roteiros de reunião previamente elaborados (Anexo I) e tinha como ponto central o uso de dinâmicas participativas que facilitassem a compreensão dos surdos e, mais especificamente, estimulassem a sua participação, através do uso de atividades lúdicas, porém com grande conteúdo educativo.

4.4 O modelo educativo e participativo de assistência de enfermagem

Torna-se cada vez mais freqüente o uso de atividades lúdicas para alcançar objetivos educacionais. Mesmo entre adultos, a idéia de aprender brincando é sempre mais agradável do que as aulas tradicionais em que o professor controla os educandos, promovendo um ensino verticalizado onde o educador se considera o detentor de todo o saber.

No entanto, ao contrário do que muitas vezes se pensa, não é fácil ministrar conteúdos utilizando exercícios participativos. Envolver todo o grupo para a aprendizagem através de dinâmicas, exige do educador um grande domínio do assunto proposto, como também o conhecimento da dinâmica ideal para alcançar os objetivos a que se propõe.

O conhecimento da temática planejamento familiar já estava bem sedimentado em nossa atividade profissional e o uso de dinâmicas participativas também fazia parte da nossa bagagem. Faltava-nos a adaptação destes dois conteúdos para um novo universo em nossa experiência: a transmissão deste tema

aos surdos, de uma maneira agradável, que tornasse esta tarefa facilmente assimilável para um grupo com necessidades especiais de aprendizagem.

Os surdos fazem parte de um grupo com características próprias, inerentes à sua dificuldade de comunicação. Percebe-se que, em geral, eles são muito dispersos e faz-se necessária uma metodologia que traga em seu bojo além da novidade do assunto, a curiosidade do que está ainda para ser apresentado.

Assim, as dinâmicas utilizadas foram escolhidas tendo sempre a visão de que lidávamos com adultos com experiências individuais e portadores de limitações dentro do processo de comunicação. A metodologia utilizada teria que garantir não só a apreensão dos conteúdos, como também facilitar a seu uso por qualquer profissional, mesmo aqueles que não dominassem a linguagem de sinais.

Consideramos dinâmicas de grupo (ou simplesmente dinâmicas) ou ainda, exercícios participativos, como as atividades que visam a mudança de comportamentos individuais a partir do trabalho de grupo onde os participantes se sentirão sensibilizados pelo processo de aquisição de novos conceitos (Souza & Militão, 1997).

É importante que o educador que desenvolve o trabalho se coloque como facilitador, cuja função é explicar as dinâmicas, controlar o tempo, evitar a dispersão do grupo, manter um bom nível de interação entre os participantes e, principalmente, corrigir as informações inadequadas ou erradas. A este personagem chamamos: animador.

As dinâmicas utilizadas em nossas reuniões já existiam no cotidiano ou foram descritas em literatura específica (Souza & Militão, 1997; Yozo, 1996; Kaufman & Rondinelli, 1989). No entanto, a meta de facilitar a emissão dos conteúdos de planejamento familiar norteou a escolha destas, nas quais, visando um maior

alcance dos objetivos, promovemos adaptações que, acreditamos, favoreceu a comunicação com os surdos.

Descrevemos a seguir detalhadamente, as dinâmicas usadas:

4.1.1 Chuva de idéias sobre gravuras dos órgãos genitais

OBJETIVOS:

- Promover a aproximação dos participantes.
- Avaliar o nível de conhecimento dos participantes quanto aos órgãos genitais masculino e feminino.

TEMPO: 15 minutos

MATERIAL: Manequins de papel, cartolinas e pincéis atômicos para escrever o nome dos órgãos.

DESENVOLVIMENTO:

O animador utiliza dois manequins de papel: um do corpo masculino e outro feminino, com cada órgão do aparelho genital separado, exposto em cima de uma mesa. Cada participante, vai até a mesa, escolhe um órgão, explica o seu significado e o coloca no seu lugar no corpo humano. Em seguida escreve o nome deste órgão na cartolina, para que todos leiam. Continua assim, até que se complete os dois aparelhos genitais.

Todos participam, explanando sobre o órgão escolhido e concordando ou complementando as informações.

4.1.2 Desenho dos aparelhos genitais

OBJETIVO: Identificar o nome e a localização dos órgãos genitais masculino e feminino.

MATERIAL: Folhas de papel coladas de forma que tenham o tamanho do corpo humano e pincéis.

TEMPO: 30 minutos.

DESENVOLVIMENTO:

O animador divide o grupo em duas equipes, onde cada uma é responsável pelo desenho do corpo humano masculino e feminino. Orienta que cada equipe coloque do lado das estruturas desenhadas o nome correspondente. Em seguida, a equipe escolhe o relator para apresentar o desenho e explicar para o restante do grupo o desenho feito pelo grupo. Ao animador caberá a correção ou complementação das informações após as colocações dos participantes.

4.1.3. Bingo dos órgãos genitais

OBJETIVO: Correlacionar a função e o funcionamento dos órgãos da genitália masculina e feminina.

MATERIAL: Cartelas com nome e descrição dos órgãos separados e outras cartelas com o nome de 9 órgãos em forma de cartelas de bingo, bombons e chocolates, marcadores das cartelas (feijões), caixa para colocar as cartelas com o nome dos métodos e fita adesiva

TEMPO: 30 minutos

DESENVOLVIMENTO:

O animador prende as cartelas com o nome dos órgãos na parede ou em um quadro. Após guardar dentro da caixa, as cartelas com a definição dos órgãos, distribui entre os participantes, as cartelas de bingo e os feijões. Em seguida, tira da caixa, aleatoriamente, a definição de um órgão e mostra aos participantes que procuram na sua cartela o nome do órgão e marca com um feijão. O primeiro

participante que encontrar o respectivo nome, levanta-se, pega a cartela, vai até a parede e cola a descrição do órgão próxima ao nome correspondente: se sua resposta estiver correta, recebe um bombom como prêmio. Os demais marcam em suas cartelas o nome correspondente. Cada seqüência de três órgãos na horizontal ou vertical é premiada com um bombom e, ao completar toda a cartela, cada participante recebe um chocolate.

4.1.4 Chuva de idéias sobre a gravura de um casal com muitos filhos

OBJETIVOS:

- Promover a discussão das questões relativas às situações dos casais com muitos filhos.
- Identificar a importância do planejamento familiar entre os casais.

TEMPO: 30 minutos

MATERIAL: Gravura do casal com muitos filhos com a seguinte frase: *O que você pensa desta figura?*, folhas de papel ofício, canetas, cartolinas e pincéis.

DESENVOLVIMENTO:

O animador utiliza uma gravura de um casal com muitos filhos. Os participantes escrevem na folha de papel, qual a sua impressão sobre essa gravura. Em seguida, o animador recolhe as folhas e transcreve as informações para a cartolina, enquanto todos participam, explanando, concordando ou complementando as informações. O papel do animador é corrigir ou complementar as assertivas.

4.1.5 Balões de perguntas

OBJETIVO: Descrever as características da amamentação exclusiva como método contraceptivo.

TEMPO: 30 minutos.

MATERIAL: Balões com perguntas, cartelas com as respostas, fita adesiva e bombons.

DESENVOLVIMENTO:

O animador pede ao grupo que permaneça sentado em círculo e, após colocar perguntas dentro dos balões e fixar as respostas na parede, entrega o primeiro balão a um dos participantes e orienta que cada participante entregue o balão ao seu vizinho da esquerda, de forma que este circule entre os participantes, obedecendo o sentido horário.

O animador se posiciona de costas para o grupo, enquanto o balão passa entre os componentes do grupo. Após alguns segundos, este se volta para o grupo e pede ao participante que está segurando o balão que, após rompê-lo, interprete a pergunta na linguagem de sinais e identifique a respectiva resposta fixa na parede. Após correlacionar as perguntas e respostas, o animador solicita que um dos surdos interprete estas informações, mais uma vez, na linguagem de sinais. A repetição visa favorecer aos surdos a oportunidade de compartilharem entre si, a mensagens relativas às características do método estudado, facilitando-lhes a assimilação do conteúdo.

Nesta dinâmica, utiliza-se as seguintes perguntas:

- Você sabe que a amamentação pode ser um meio de evitar filhos? Sim. De cada 100 mulheres que amamentam de acordo com a orientação do profissional de saúde, apenas uma ou duas ficam grávidas.
- Quais as vantagens da amamentação como meio de evitar filhos?

- Ser fácil de usar, ter segurança imediata, não custar nada, o casal pode ter relações quando quiser, não fazer mal, não necessitar de acompanhamento médico e ser bom para o bebê.
- Quando a mulher pode usar a amamentação como meio para evitar filhos?
Até 6 meses depois do parto, quando a mulher está dando só mama para o bebê e não está menstruando.

4.1.6 Margaridas

OBJETIVO: Descrever as características dos métodos contraceptivos comportamentais.

MATERIAL: margaridas onde nos centros das flores estão escritos os nomes dos métodos contraceptivos e nas pétalas as suas características.

TEMPO: 20 minutos

DESENVOLVIMENTO:

Os centros das flores devem estar fixos na parede e as pétalas misturadas sobre uma mesa. O animador solicita que o grupo apanhe as pétalas da mesa e procure colocá-las nos centros correspondentes aos métodos que tenham àquelas características.

Solicita então, que um surdo interprete as informações das margaridas para o restante do grupo, utilizando a linguagem de sinais.

4.1.7 Chuva de idéias sobre o kit de métodos contraceptivos

OBJETIVOS:

- Promover um primeiro contato dos surdos com os métodos contraceptivos artificiais.

- Conhecer as expectativas dos casais surdos quanto aos vários métodos contraceptivos artificiais.

MATERIAL: Kit de métodos contraceptivos, cartelas com os nomes dos métodos, cartolinas e pincéis.

TEMPO: 30 minutos.

DESENVOLVIMENTO:

O animador coloca todos os métodos contraceptivos expostos em cima de uma mesa e fixa as cartelas na parede. Cada participante vai até a mesa, escolhe um método, explica o que sabe sobre ele. Em seguida, escolhe a cartela com o nome do método correspondente, interpreta para o restante do grupo, coloca o método e a cartela em outra mesa e volta ao seu lugar. Esta mesa serve de mostuário e deve permanecer exposta até o final das reuniões.

Todos participam, explanando sobre o método escolhido e concordando ou complementando as informações, até que todos os métodos tenham sido discutidos.

4.1.8 Como me chamo

OBJETIVO: Descrever as características e formas de uso dos métodos de barreira.

MATERIAL: Cartelas com os nomes dos métodos de barreira, cartelas com as características dos métodos e bombons.

TEMPO: 30 minutos.

DESENVOLVIMENTO:

O animador distribui as cartelas com as características dos métodos de barreira para todos participantes e convida-se um deles para descobrir qual o método que tem determinadas características e formas de uso. Em seguida, prende

a cartela com o nome de um método de barreira nas costas deste participante e pede que ele caminhe pela sala para que os demais vejam o nome.

Os participantes escolhem entre as suas cartelas, àquelas cujas características e formas de uso correspondam ao método em questão. Após serem identificadas todas as cartelas, estas são colocadas na parede junto com a cartela do nome do método.

Ao acertar o nome do método, o participante vai até uma mesa onde estão os métodos de barreira e escolhe àquele correspondente à cartela. Em seguida, recebe um bombom e volta ao seu lugar.

Ao final é importante que um dos surdos interprete o nome, as características e as formas de uso de cada método de barreira para os demais participantes.

4.1.9 O universo dos métodos hormonais

OBJETIVO: Descrever as características e formas de uso dos métodos hormonais.

MATERIAL: Estrelas com numeração no verso e cartelas também numeradas contendo informações referentes aos métodos hormonais e bombons.

TEMPO: 30 minutos

DESENVOLVIMENTO:

O animador prende as estrelas de um lado e as cartelas do outro lado da parede e pede aos participantes que peguem uma ou mais estrelas. Em seguida, cada surdo vai até as cartelas localiza o número correspondente à sua estrela e interpreta a mensagem da cartela através da linguagem de sinais. O exercício continua até que todas as mensagens tenham sido interpretadas. É importante que o grupo se sinta motivado para participar da dinâmica, por isso a cada interpretação correta, o surdo merece receber um prêmio, que pode ser um bombom.

4.1.10 Maças

OBJETIVO: Descrever as características e forma de uso do DIU.

MATERIAL: Desenhos de maçãs coloridas partidas ao meio. A divisão das maçãs deve ser feita através de cortes que facilitem a sua montagem; nas metades correspondentes encontramos informações completas sobre as características do DIU, de forma que a junção das duas metades de cada maçã permita a identificação das mensagens correspondentes.

TEMPO: 30 minutos.

DESENVOLVIMENTO:

O animador distribui aleatoriamente as metades das maçãs entre os participantes. Em seguida, pede a todos que procurem a outra metade da sua maçã. Após se montar todas as maçãs, cada par que completou uma maçã interpreta a mensagem que se encontra nesta. O exercício só termina quando todos explicaram sua mensagem.

4.1.11 Perguntas indiretas

OBJETIVO: Descrever as características dos métodos cirúrgicos masculino e feminino.

MATERIAL: Cartelas com perguntas e respostas sobre os métodos cirúrgicos masculino (vasectomia) e feminino (laqueadura tubária), fita adesiva.

TEMPO: 20 minutos.

DESENVOLVIMENTO:

O animador distribui aleatoriamente as cartelas de perguntas e respostas entre os participantes. Em seguida, pede que todos fiquem de pé e procurem descobrir entre si as parcas de perguntas e respostas. Após emparelhar todas as

cartelas, o grupo volta a se sentar e cada participante mostra as cartelas emparelhadas e interpreta para o grupo a pergunta e resposta correspondente. O grupo concorda ou discorda e escolhe qual seria resposta correta. O exercício continua até que todas as perguntas tenham suas respostas corretas.

4.1.12 Formando equipes

OBJETIVO: Dividir o grupo em equipes.

MATERIAL: Cartelas com números 1 e 2.

TEMPO: 10 minutos.

DESENVOLVIMENTO:

O animador distribui aleatoriamente as cartelas entre os participantes. Cada participante identifica o seu número e procura os demais que possuem o mesmo número, de maneira a formar a equipe.

4.1.13 Dramatização

OBJETIVO: Identificar os conteúdos apreendidos durante as reuniões, correlacionando-os com o cotidiano dos surdos.

MATERIAL: Cartaz com mensagem informando a importância da dramatização para identificar a percepção do grupo quanto as informações discutidas nas reuniões e demais materiais solicitados pelo grupo para montar a dramatização.

TEMPO: 60 minutos.

DESENVOLVIMENTO:

O animador solicita a um dos surdos que interprete para o grupo a mensagem sobre a importância da retroalimentação e da dramatização. Em seguida, o grupo

tem 30 minutos para criar a dramatização. O restante do tempo é usado para a dramatização e comentários sobre as reuniões e seus conteúdos.

Vale ressaltar que nós utilizamos um maior número de dinâmicas sobre anatomia e fisiologia dos aparelhos genitais feminino e masculino e, conseqüentemente, usamos um tempo mais longo neste primeiro momento. Este fato foi intencional por entendermos que este, provavelmente, seria o assunto mais desconhecido entre os casais, além de ser a base para os assuntos a serem discutidos posteriormente.

Ao idealizarmos as reuniões, sabíamos quão difícil seria apreender todas as informações necessárias à análise dos dados relativos ao modelo proposto. Assim, com a permissão do grupo, utilizamos como recurso a filmagem da vivência dos surdos durante as reuniões. Colocamos duas câmeras em locais estratégicos da sala, de forma que a participação dos surdos fosse registrada com todos os detalhes.

4.2 A proposta de análise dos dados

O primeiro passo para a análise do material coletado foi assistir o filme, inúmeras vezes, a fim de analisar o comportamento dos surdos e avaliar o aprendizado do grupo quanto ao planejamento familiar a partir da aplicação dos exercícios participativos.

Em seguida, listamos os pontos que chamaram atenção durante todos os momentos de interação e procedemos a sua análise à luz das idéias de Paulo Freire, já descritas anteriormente.

Foram analisados aspectos relativos ao comportamento do grupo entre si, interesse e participação nos exercícios e ainda as mensagens expressas por meio

da comunicação não verbal como resposta ao conteúdo exposto. Achamos oportuno lembrar que os sinais corporais tem grande significado na interação entre as pessoas, pois conforme Silva (1996), estes são responsáveis por 55% da expressão do pensamento entre ouvintes; inferimos que entre os surdos este percentual tende a ser mais alto, pelo uso deficiente da fala.

5 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os casais selecionados para o estudo eram casados e as mulheres estavam na faixa etária entre 26 e 45 anos enquanto os homens tinham idade entre 23 e 47 anos. Dois destes casais não tinham filhos: um destes, usava como método a pílula anticoncepcional e o outro, estava em tratamento para infertilidade. Os demais casais tinham dois filhos cada, sendo todos ouvintes. Quanto aos métodos contraceptivos, um das mulheres referiu usar também anticoncepcional oral e a outra afirmou já ter se submetido à laqueadura tubária. O fato de duas mulheres não necessitarem de contracepção só nos foi revelado ao longo das reuniões e nos surpreendeu pelo interesse dos casais em participarem das reuniões.

A análise dos questionários aplicados antes das reuniões nos mostrou que o grupo já tinha um conhecimento prévio sobre a metodologia contraceptiva. No entanto, percebemos limitações quanto às informações recebidas anteriormente, de maneira que os métodos mais conhecidos foram os que estão mais facilmente acessíveis para venda ou que dependem da informação dos ouvintes.

Assim, os métodos identificados foram a camisinha, a tabela, a pílula e a ligação tubária, enquanto que o DIU e demais métodos pareciam pouco conhecidos. Durante o preenchimento dos questionários, identificamos também muitos tabus em relação ao uso destes métodos.

Os resultados encontrados neste diagnóstico prévio, bem como a nossa percepção após o convívio com os surdos, nos levou a inferir que o desconhecimento quanto à prática contraceptiva associado a outros aspectos de saúde têm levado este grupo a uma consciência ingênua, até mesmo mágica, que justifica gravidezes indesejadas como episódios alheios à sua vontade e leva ao mito de que o uso dos métodos contraceptivos seria prejudicial à saúde.

De posse destes dados, consideramos oportuna a realização das reuniões educativas com ênfase na participação dos surdos a que nos propomos.

O primeiro momento de interação do grupo nos mostrou que, por fazerem parte da mesma associação, os surdos já eram conhecidos entre si e mostravam um bom nível de relacionamento. Esta percepção foi reforçada pelos cumprimentos efusivos ao se encontrarem no primeiro dia e pelas brincadeiras que permeavam todas as atividades.

O comportamento dos surdos nos fez inferir que estes se sentiam muito à vontade. Nós associamos este comportamento ao fato de estarmos no seu ambiente e ao elo de confiança que se formou entre nós ao longo deste tempo de convívio e encontramos a justificativa deste pensamento nas palavras de Freire & Shor (1996), quando este refere que a motivação está nas relações sociais em classe e na vivência da realidade do próprio educando.

Explicamos ao grupo o motivo porque evitaríamos o uso da LIBRAS e todos se mostraram curiosos pela proposta: a comunicação onde o material visual e os exercícios participativos com ênfase na escrita teriam forças próprias para integrar as línguas portuguesa e de sinais.

Dessa maneira, tentaríamos nos fazer entender através de um ponto comum baseado na leitura das informações e no desenvolvimento das dinâmicas pelos surdos. Consideramos este momento como a primeira intervenção da enfermagem transcultural, citada por Cobb (1998), onde enfermeira e cliente negociam uma intervenção assistencial que supere os pontos de desacordo, de maneira que a atuação da enfermeira beneficie a saúde do cliente e diminua os riscos de dano.

A chuva de idéias sobre os órgãos genitais nos trouxe a descoberta de que os tabus estão presentes também entre os surdos. Entre estes encontramos as idéias

de que a relação sexual sem prazer não oferece risco de gravidez e que a mulher não deve ter relações sexuais durante a gravidez. Deduzimos que as informações transmitidas pelos familiares são acompanhadas de todos os tabus existentes na família e, soma-se a este fato, a troca de experiências entre os surdos, favorecendo à formação de mitos característicos da própria limitação dos surdos.

Chamou-nos atenção o fato de que o conhecimento dos surdos se limitava aos órgãos externos, como se eles nunca tivessem refletido sobre o que existe dentro de cada um de nós. Góes (1996) denomina esta dificuldade do surdo como uma elaboração conceitual restrita, marcada por enlaces vivenciais e perceptuais imediatos, que se revela pela tendência do surdo de desconhecer conceitos que são abstratos para ele.

Como consequência, a apresentação dos desenhos acerca das genitálias masculina e feminina e a fecundação foi recebida com muita curiosidade e a associação do significado das gravuras com os sinais correspondentes na LIBRAS.

À medida que mostrávamos as gravuras dos órgãos genitais, os surdos se encarregavam de explicar o assunto uns aos outros através da LIBRAS. No decorrer dos exercícios, o comportamento do grupo nos levou a inferir que este fato se repetia pela necessidade de confirmar entre eles mesmos, através da LIBRAS, que todos tinham tido a mesma percepção. Acreditamos que este fato se deve, como relata Góes (1996), à necessidade de preservar sua identidade cultural e favorecer o acesso aos novos conhecimentos.

Observamos que muitos dos sinais que eles praticavam podiam ser entendidos por nós, já que tinham grande semelhança com os gestos que utilizamos para complementar a comunicação verbal. Questionamo-nos se a idéia do ouvinte não entender a linguagem não verbal dos surdos está relacionada com a

disseminação do seu alfabeto, já que podemos observar que muitos sinais são universais (Nogueira et al., 1997) e os demais trazem semelhanças com a aparência do objeto da comunicação.

O alfabeto de sinais se compõe de vinte e três sinais que, ao serem visualizados por pessoas ouvintes parecem muito difíceis de serem memorizados. No entanto, a estrutura frasal do surdo não está diretamente representada pela soma dos sinais das letras, pois as palavras, em geral, são representadas por sinais próprios, que independem do alfabeto de sinais.

Percebemos sempre o vínculo dos assuntos às dúvidas existentes no cotidiano dos casais, como por exemplo, da descrição da fecundação, nasceu o questionamento sobre a origem da dispareunia feminina (dor durante o ato sexual). Esta situação pode ser analisada como a extensão do pensamento crítico do aluno, que a partir de uma realidade conhecida – a fecundação, busca respostas para outro fenômeno – a dispareunia (Freire & Shor, 1996).

O exercício onde as duas equipes desenharam o corpo humano com os aparelhos genitais masculino e feminino foi aceito como uma competição entre homens e mulheres e cada grupo procurava fazer um desenho mais semelhante ao original e, como nem todos os nomes dos órgãos tinham sido ainda memorizados, em alguns momentos percebemos que um ou outro membro do grupo se levantava e discretamente tentava se aproximar das gravuras dos órgãos genitais e respectivos nomes expostas na parede. Apesar de percebermos este comportamento, fingíamos não notar, pois acreditamos que este comportamento facilitava o aprendizado: era o sabor do proibido motivando a fixação do assunto.

A construção coletiva dos aparelhos genitais masculino e feminino facilitou sobremaneira a associação entre anatomia e fisiologia de cada órgão e a

participação espontânea do grupo na preparação deste material representou uma das etapas da proposta de Freire (1980).

A análise desta dinâmica reflete a importância da integração social das pessoas surdas relatada por Góes (1996) e a utilização de um método ativo de educação onde os surdos são sujeitos do seu aprendizado (Freire, 1980).

A eleição dos relatores para expor os desenhos se configurou como o primeiro momento de uma seleção natural da liderança que esteve presente em todas as discussões e a apresentação desta dinâmica marcou a primeira explanação dos próprios surdos sobre o assunto. Durante a exposição dos desenhos dos órgãos genitais, o grupo se mostrou à vontade, não demonstrando vergonha ou manifestando qualquer outro comportamento que prejudicasse a interação dos surdos.

Era visível a preocupação dos participantes de se ajudarem mutuamente. Apesar de cada equipe ter escolhido um relator, por muitas vezes, os demais participantes levantavam e caminhavam até a parede onde estavam os desenhos para complementar, corrigir as informações ou somente dar sua opinião sobre este tema.

Durante esta atividade, os surdos relacionavam esta temática com as suas vivências particulares e indagavam sobre outros aspectos da saúde reprodutiva, tais como: as causas anatômicas ou fisiológicas da infertilidade, o exame de prevenção do câncer ginecológico e a causa do nascimento de filhos gêmeos. Identificamos assim, a carência de informações sobre saúde reprodutiva e o interesse dos casais de conhecer as outras faces deste tema.

O *bingo dos órgãos genitais* se apresentou como uma nova oportunidade de fixar a anatomia e a fisiologia dos aparelhos genitais e, pareceu-nos que os surdos

consideraram muito fácil a identificação destes conteúdos. Consideramos que o fato de usarmos bombons como prêmio motivou a concorrência salutar entre cada participante, favoreceu a busca da resposta correta e, como consequência, um aprendizado sem traumas.

Observamos que o aspecto lúdico favoreceu a apreensão dos conteúdos e a participação natural do grupo, de maneira que, ao invés de solicitarmos a participação das pessoas, os próprios surdos se organizavam e informavam quem seria o próximo participante.

Após esta dinâmica, anunciamos o intervalo de quinze minutos, com o objetivo de oferecer um lanche ao grupo e favorecer um tempo para discussões informais sobre o assunto entre os surdos. Apesar deste momento ter sido destinado também ao descanso do grupo, observamos que o motivo das "conversas" estava relacionado à anatomia e fisiologia do corpo humano e observamos a existência de sinais correspondentes aos órgãos genitais externos.

Acreditamos que este instante representou o fim da etapa do conhecimento do próprio corpo e, ao mesmo tempo, expressou o interesse dos surdos quanto a esta temática.

Iniciamos a etapa seguinte com uma chuva de idéias utilizando como ponto para discussão uma gravura de um casal com muitos filhos. O grupo, muito participativo, colocou este fato como uma dificuldade para a vivência do casal e relacionou as consequências de um número grande de filhos: problemas de alimentação, educação e moradia.

Surpreendeu-nos a iniciativa do grupo de improvisar uma dramatização relacionada a este tema: após conversarem entre si, um casal ficou de pé, enquanto os demais se ajoelhavam. Aqueles que estavam ajoelhados se comportavam como

se fossem os filhos e choravam, friccionando os dedos com se estivessem pedindo dinheiro, enquanto os que estavam de pé, supostamente os pais, levavam as mãos à cabeça, em sinal de desespero.

Esta dramatização nos levou a inferir que o grupo identificou a importância do planejamento familiar na vida dos casais. Os resultados alcançados confirmaram a teoria de Gotti (1992) que afirma que a dramatização é um recurso eficiente para o surdo desenvolver seu pensamento.

Consideramos também a eficácia da dramatização na interação do grupo e na assimilação dos papéis dos personagens interpretados pelos surdos pois, conforme Moreno (1993), a espontaneidade criadora de cada membro demonstra a apreensão do conteúdo estudado e, a participação desinibida de todos os integrantes na produção dramática revela a segurança que emana do próprio grupo, além da incorporação dos conceitos no cotidiano dos surdos, já que a sua interpretação está intimamente ligada à afinidade com a temática estudada.

Yozo (1996) confirma a importância da espontaneidade e criatividade do indivíduo e acrescenta que o resgate da ordem lúdica predispõe para que os participantes, de forma voluntária e relaxada, respondam aos conflitos e às criações do seu mundo interno a partir de um tema.

Após a dramatização relacionamos na cartolina as situações identificadas no exercício, sempre em concordância com o grupo. Percebemos que as experiências anteriores dos casais na sua vida familiar representaram um importante papel na identificação das necessidades dos casais com muitos filhos.

Cada membro relatava conhecer alguém que tinha muitos filhos e o fato de ter uma prole numerosa foi sempre associado a situações causadas por dificuldades financeiras.

O exercício seguinte, adaptado de uma brincadeira conhecida como batata quente, foi recebido com muito entusiasmo e a circulação do balão entre os participantes foi sempre acompanhada de gritos e sons ininteligíveis aos nossos ouvidos, mas que nos levou a deduzir que o grupo estava se divertindo.

Sempre que nos voltávamos para o grupo e pedíamos ao participante que estava segurando o balão para rompê-lo, interpretar a pergunta na linguagem de sinais e identificar a respectiva resposta fixa na parede, todos riam e estimulavam a participação daquele surdo.

As respostas às perguntas necessitaram da nossa intervenção no sentido de complementar as informações, no entanto, o seu conteúdo nos mostrou que os surdos tinham conhecimento sobre a amamentação como método contraceptivo, porém não relacionavam este método com a presença da amenorréia freqüente neste período.

Este fato nos leva ao encontro das palavras de Chinn (1998), quando esta considera o cuidado de enfermagem como um elemento que favorece a integração de vivências passadas no contexto presente como meio de alcançar os objetivos almejados.

Após correlacionarmos perguntas e respostas, solicitamos que um dos surdos interpretasse as perguntas e as respectivas respostas na linguagem de sinais. Mais uma vez percebemos a liderança daquele escolhido pelo grupo para fazer a interpretação.

Pareceu-nos neste momento que, apesar do conhecimento dos casais quanto a amamentação como método contraceptivo, mais uma vez estavam presentes os tabus encontrados entre ouvintes. A expressão facial dos surdos nos levou a deduzir uma baixa confiabilidade do grupo em relação a este método e o

pouco interesse de usá-lo, mesmo não questionando a idéia de que este seria um método inócuo e seguro para evitar a gravidez nos seis primeiros meses pós-parto.

O uso dos centros e das pétalas de margaridas para identificar as características dos métodos comportamentais proporcionou um momento de interação entre os participantes, além da ajuda mútua para correlacionar as informações, confirmando a concepção de Freire & Shor (1996) que concebe a produção do conhecimento como um processo interativo dinâmico dentro do espaço de aprendizagem.

Nesta dinâmica, percebemos que o grupo compreendeu a diferença entre os métodos comportamentais e confirmamos entre os surdos a dificuldade para entender a tabela. Esta dificuldade também faz parte do universo dos ouvintes, pois envolve o conhecimento prévio da fisiologia menstrual e a realização de cálculos para registrar o período fértil de cada mulher, sendo portanto um método muito individualizado.

As dificuldades de compreensão da tabela nos levou a um debate mais prolongado sobre este tema. No entanto, apesar de termos simulado a elaboração de uma tabela em uma situação fictícia, o grupo, mesmo demonstrando curiosidade não mostrou interesse pelo uso deste método, colocando como principal desvantagem a interferência na freqüência das relações sexuais.

A dinâmica utilizada representou um norteammento para alcançarmos o objetivo proposto. Conforme Freire & Shor (1996), é importante que o educador assuma a responsabilidade de dirigir o estudo, permitindo, porém, o livre exercício da aprendizagem pelos educandos.

Tornou-se evidente para nós o fato do grupo ter assimilado em momentos anteriores, as mesmas dificuldades e tabus identificados entre os ouvintes. Este fato

reforça nossa responsabilidade com os surdos, pois somos um referencial para este grupo.

Após este momento, encerramos as atividades da manhã e anunciamos um intervalo de uma hora para o almoço servido no próprio local. Durante a refeição, o grupo conversou informalmente sobre os métodos já vistos naquela manhã e, mais uma vez verificamos a associação dos conteúdos ao cotidiano dos casais, já que percebemos a curiosidade de conhecer o método utilizado entre estes casais e a referência do uso dos métodos contraceptivos entre casais ausentes às nossas reuniões.

Na dinâmica "Como me chamo", quando discutimos as características dos métodos de barreira, quatro participantes se sucederam na tentativa de decifrar o método cujo nome se encontrava em suas costas. O grupo se comportava de maneira descontraída e identificou todos os métodos de barreira utilizados no Brasil.

Este exercício participativo confirmou o maior conhecimento do condom em relação aos demais métodos de barreira, além de associá-lo à prevenção das doenças sexualmente transmissíveis. Associamos este fato ao trabalho educativo que realizamos sobre este tema (Pagliuca & Nogueira, 1998).

Durante a discussão sobre o condom, um dos surdos disse já ter usado este método, por isso, solicitamos a sua contribuição no sentido de demonstrar seu uso correto. Por sugestão do grupo, ele demonstrou a técnica utilizando uma garrafa de cerveja vazia para seguir todos os passos da colocação do condom.

O diafragma foi motivo de muita curiosidade, principalmente quando mostramos os diversos tamanhos e as posições para colocá-lo. Foi confundido com o absorvente interno e aproveitamos esta associação de idéias para representar o local onde o diafragma é inserido.

A curiosidade quanto ao diafragma vai ao encontro das pesquisas de Araújo et al. (1993) com mulheres ouvintes, sugerindo que este método é pouco conhecido, pela sua pouca disponibilidade em farmácias e a baixa frequência da orientação do seu uso pelos profissionais em geral.

A nítida expressão de surpresa no rosto dos participantes nos levou a uma exposição mais detalhada sobre o diafragma, porém apesar desse cuidado, os homens se mostraram duvidosos quanto à veracidade da informação de que o diafragma não seria percebido durante a relação sexual e as mulheres se mostraram descrentes da idéia de que a usuária não sente este método no período em que permanece com ele inserido na vagina.

O intervalo de quinze minutos veio logo em seguida e neste período observamos que dois surdos aproveitaram o tempo para olhar demoradamente as gravuras sobre os métodos e conversaram sobre este assunto entre si. Este episódio reforçou a importância do momento em que o casal decide sobre o método com base nas informações fornecidas pelos profissionais de saúde.

Consideramos, portanto que, mesmo entre casais surdos, o papel de educador em planejamento familiar nos leva a informar sobre este tema, porém não nos dá o direito de escolher pelos casais qual seria o método ideal dentro da sua realidade cotidiana.

Ao retornarmos às atividades, promovemos uma chuva de idéias sobre o kit de métodos artificiais expostos sobre uma mesa e o grupo se mostrou muito curioso quanto ao material, cujos esclarecimentos viriam a seguir.

Na reflexão de Souza & Militão (1997), o nível de interesse é fator determinante para a aprendizagem, consideramos portanto o comportamento do grupo como fator favorável para o aprendizado proposto.

O exercício "O universo dos métodos hormonais" foi recebido com muita curiosidade, tanto pelas estrelas coloridas, quanto pelas mensagens que deveriam ser interpretadas. Nesta dinâmica ficou bem evidente a popularidade do contraceptivo oral, tornando-o um dos fenômenos médico-sociais da segunda metade do século (Silva, 1994).

Em seguida, detectamos o interesse de conhecer o mecanismo de ação dos métodos hormonais e, para explicá-lo, voltamos ao aparelho reprodutor feminino e associamos o efeito deste método a um remédio que provoca o adormecimento do ovário. Por solicitação do grupo, esclarecemos a diferença entre as pílulas de progestágeno e combinadas.

Durante a dinâmica, percebemos que os surdos já haviam recebido uma grande quantidade de informações, porém estas, na maioria das vezes, eram incompletas. Sentimos no grupo a necessidade de esclarecimentos quanto às características dos hormonais, pois a oferta é muito grande destes métodos nas farmácias, no entanto, quase sempre os funcionários responsáveis pela sua venda não estão preparados para prestar os devidos esclarecimentos às usuárias.

Neste momento, utilizamos um cartaz sobre os métodos contraceptivos elaborado pela Secretaria de Saúde do Estado com o título "As dez maneiras de não engravidar" e solicitamos que os surdos explicassem de forma reduzida o que entenderam sobre cada método visto naquele dia.

Os participantes, naturalmente, atenderam a este apelo e após esta dinâmica, encerramos as atividades, considerando que atingimos os objetivos propostos para o primeiro dia de reuniões.

Ao final deste dia de atividades nos reportamos às palavras de Araújo et al. (1991), quando reflete sobre a orientação em planejamento familiar como a

oportunidade de oferecer uma visão ampla da realidade dos casais, proporcionando informações corretas e desfazendo conceitos equivocados, promovendo uma maior valorização dos casais para si mesmos, dos seus próprios corpos, de sua sexualidade, de sua auto-imagem, bem como dos seus parceiros.

No início do segundo dia, embaralhamos as cartelas sobre os órgãos genitais em uma mesa, para que os surdos associassem cada nome às suas características e, rapidamente, revisamos o assunto. Percebemos que os participantes quando se aproximavam das cartelas associavam primeiramente, os órgãos externos, que eles identificavam com mais facilidade e a medida que preenchiam os espaços, notávamos que aumentava o grau de dificuldade, pois demoravam para correlacionar as cartelas.

Vale lembrar que os órgãos internos não eram conhecidos pelos surdos, justificando a demora na sua assimilação, porém, registramos também o interesse de identificar todos os órgãos como forma de mostrar este conhecimento aos demais, pois quando um dos surdos não conseguia, logo outro se aproximava da cartela correta e demonstrava o seu conhecimento de forma ostensiva, fazendo um sinal com a mão ao lado da cabeça que nos permitia inferir a associação da pessoa a um burro, animal que identificamos como pouco inteligente.

Ao final, conferimos as respostas no álbum seriado e confirmamos para o grupo que todos tinham reconhecido os órgãos. Eles se mostraram muito efusivos e se congratularam entre si.

Valorizamos este comportamento a propósito do que relata Silva (1998), considerando os sentimentos muito importantes por influírem nas ações e reações dos seres humanos.

Continuando o folheio do álbum recapitulamos os métodos vistos no dia anterior, pois achamos oportuno revisar os temas já abordados, tanto pelo aspecto da aprendizagem, como pela facilidade de introdução do tema daquele dia.

Durante esta atividade constatamos que o grupo se mostrava muito tranquilo e, apesar de estarmos realizando uma avaliação formativa, percebemos que o comportamento dos participantes não demonstrava qualquer ansiedade, provavelmente a atitude da animadora não lhes parecia avaliativa.

O exercício sobre o DIU foi muito participativo. Os surdos revelavam muito interesse em conhecer como era feita a inserção do DIU e detectamos os mesmos tabus sobre este método encontrados entre os ouvintes.

Este fato não nos surpreendeu, pois sabemos que os surdos trazem um somatório de experiências vivenciadas no núcleo familiar ou transmitidas pelas informações dos demais familiares, sejam estes portadores ou não da deficiência auditiva.

Esta atividade preencheu toda a manhã e não tivemos intervalo, pois o lanche foi colocado em uma mesa próxima e o grupo tinha liberdade de se servir a qualquer momento. Chamou-nos atenção o fato dos participantes que levantavam para se servir sentarem-se rapidamente, como se não quisessem perder as informações; além disso, observamos que sempre trocavam de lugar ao retornarem aos assentos.

Iniciamos os trabalhos da tarde, discutindo sobre os métodos cirúrgicos. O debate e as expressões faciais dos surdos nos revelavam claramente a pouca aceitação da vasectomia e evidenciava a disseminação da laqueadura tubária entre os participantes, apesar da presença de casais sem filhos. Confirmando os dados da

literatura, que revelam uma alta incidência da laqueadura (Novaes et al., 1994) e evidenciam a pouca aceitação da vasectomia no Brasil (Nogueira et al. 1996).

Ao considerarem a laqueadura tubária o melhor método contraceptivo, os surdos justificaram que a mulher fica livre da gravidez para o resto de sua vida. Identificamos assim entre estes o mesmo comportamento detectado entre ouvintes onde os métodos contraceptivos dirigidos à mulher tem maior aceitação.

Após revisarmos todos os métodos através do cartaz sobre as dez maneiras de não engravidar, sugerimos ao grupo que elaborasse uma situação que representasse a aplicação dos conteúdos no cotidiano dos casais.

O grupo se mostrou muito interessado e, apesar do clima de brincadeira, a dramatização revelou que a mensagem enviada foi bem entendida. Consideramos que os surdos conseguiram transpor para a vida real os conhecimentos adquiridos durante as reuniões.

O grupo simulou o atendimento de dois casais em um serviço de saúde reprodutiva e algumas colocações nos chamaram atenção.

Mesmo não identificando a categoria do profissional que lhes atendeu, os surdos representaram o profissional de saúde como alguém, do sexo masculino, que carrega uma maleta e esta postura nos levou a inferir que representava o médico.

Apesar da orientação em planejamento familiar ser uma atribuição da enfermeira na grande maioria dos serviços de saúde, não nos surpreendeu a atitude dos surdos de associarem o atendimento do casal ao profissional médico. Atribuimos este fato à limitação da enfermeira na prescrição de medicamentos e mais especificamente, dos métodos contraceptivos.

Observamos que durante a dramatização os surdos que representavam os casais estavam trocados. Provavelmente, esta foi a maneira que o grupo encontrou para demonstrar que era ficção.

O grupo se comportou naturalmente durante a dramatização e, entre risos, percebemos a seriedade da mensagem: o uso dos métodos contraceptivos deve ser precedido da informação correta, fornecida por um profissional de saúde. Esta premissa ficou evidente na dramatização, quando dois casais buscavam a orientação para escolher o método adequado para eles.

A dramatização nos pareceu a estratégia ideal para verificar a transposição destes conteúdos para a realidade dos surdos, já que como afirma Gotti (1992) a dramatização é uma boa técnica para a educação deste grupo, pois além do seu aspecto lúdico, favorece um clima de cooperação e uma aprendizagem associada ao cotidiano das pessoas.

No final da reunião o grupo mostrava um comportamento muito cordial que revelava a interação promovida ao longo dos dois dias de convivência. O fato do recolhimento do material ter sido providenciado por todos os presentes também nos pareceu muito curioso, já que, o esperado seria que esta atividade fosse de responsabilidade da autora. A análise deste comportamento nos leva a crer, mais uma vez, que o bom nível de relacionamento desenvolvido durante as reuniões levou o grupo a assumir um papel de co-responsável por todos os aspectos destas.

Vale ressaltar o pedido de que as reuniões fossem extensivas aos demais membros da Associação; inferimos que o motivo desta solicitação foi a opinião favorável dos surdos quanto ao método empregado.

Ao término das reuniões, percebemos também que o intérprete previamente solicitado, apesar de ter sido importante pela segurança que nos proporcionou, não

poderia ser considerado indispensável no desenvolvimento das atividades programadas. Esta dedução valoriza o processo educativo utilizado, pois demonstrou que encontramos um ponto comum na comunicação entre surdos e ouvintes, que favorece o desenvolvimento de uma educação especial não só do tema planejamento familiar, mas qualquer assunto que seja de interesse do grupo.

A propósito deste desfecho, concordamos com Mazzota (1997) que considera a educação especial como o emprego de recursos especiais que auxiliam a transmissão dos conhecimentos e que normalmente não seriam condições indispensáveis nas situações comuns de educação.

Acreditamos que a forma de comunicação visual, associada ao uso da comunicação não verbal e dos exercícios lúdicos, tenha sido o principal fator para nós, educandos e educadora, terminarmos as atividades, trazendo nos corpos cansados, espíritos leves, cheios de novas informações e, principalmente, da certeza de que, como afirma Silva (1996) a comunicação adequada em saúde é aquela que busca a solução dos problemas detectados, tentando diminuir conflitos e mal-entendidos entre profissionais e clientes.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Traçamos os momentos finais do nosso estudo e são muitas as nossas reflexões.

Decorridos dois anos de intensa dedicação, percebemos quão válido foi o nosso esforço e ao retrocedermos pelos vários momentos de nossa caminhada, encontramos a gratificação de termos visto os surdos com um novo olhar. O olhar de um ser humano que encontra no outro o devido valor antes não percebido.

Na nossa trajetória de educação dos surdos em planejamento familiar, vale ressaltar alguns pontos importantes. Inicialmente, faz-se necessário lembrar de Freire (1980) nosso mentor maior que nos guiou no sentido de encontrar em nossos educandos os sujeitos da nossa atividade educativa. Foi engrandecedor educarmos os surdos como pessoas atuantes, com um potencial de experiências anteriores. Podemos considerar que atingimos um nível de troca onde as diferenças na linguagem pouco representaram no resultado final.

O comportamento dos surdos no decorrer dos exercícios participativos nos fez inferir que estes se sentiam muito à vontade e que o elo de confiança que se formou entre nós ao longo deste tempo de convívio facilitou esta vivência.

Evitar o uso da LIBRAS foi uma estratégia muito válida, que acreditamos garantiu uma igualdade entre educadora e educandos, ao mesmo tempo que permitiu utilizar princípios importantes da enfermagem transcultural (Cobb, 1998).

Não nos causou surpresa percebermos que os surdos trazem em sua bagagem cultural os mesmos mitos e tabus das pessoas ouvintes, pois estes convivem com familiares com audição normal que lhes transmitem estes conceitos.

A constatação de que muitos dos sinais que eles praticavam podiam ser entendidos por nós apenas reforçou a idéia de que precisamos nos aproximar deste

grupo e nos dispormos a entender sua comunicação. Muito provavelmente, com determinação conseguiremos entendê-los e nos fazermos entender.

Pensando na necessidade de estabelecermos uma comunicação efetiva com os surdos, propomos aos ouvintes que partilham do mesmo desejo, esquecerem o alfabeto de sinais, pois o ritual de muitos sinais ilógicos para nós, muitas vezes, pode funcionar como um elemento que dificulta a interação entre surdos e ouvintes.

O uso de exercícios participativos confirmou o sucesso das atividades lúdicas na apreensão dos conteúdos, confirmando o pensamento de Demo (1997) que considera que estas atividades podem ser muito eficazes, principalmente se envolver o trabalho em equipe.

Observamos ainda que o uso da dramatização entre os surdos permitiu demonstrar na ficção suas representações reais. Com o exercício da dramatização consideramos alcançado o nosso principal objetivo: a transposição dos conhecimentos adquiridos em planejamento familiar para o cotidiano dos surdos.

Ressaltamos a valorização deste trabalho por parte dos surdos, cujo comportamento cordial e o pedido de que as reuniões fossem extensivas aos demais membros da Associação nos revelou que o trabalho teve boa aceitação entre o grupo.

Ao final deste estudo, neste universo de diferenças culturais e de comunicação, vislumbramos o espaço da enfermeira como profissional cuja formação permite oferecer uma assistência efetiva aos surdos, garantindo não só um atendimento diferenciado, porém despojado da segregação que, até hoje esteve presente na vida destas pessoas, como também representando um elo entre este grupo e a sociedade considerada normal.

7 ANEXO

ROTEIROS DE DISCUSSÃO

Anatomia e fisiologia dos sistemas reprodutores feminino e masculino

Objetivo geral: Correlacionar a anatomia e fisiologia dos sistemas reprodutores masculino e feminino com a prática do planejamento familiar

Objetivo específico	Conteúdo programático	Metodologia	Recursos didáticos
Identificar o nome e a localização dos órgãos genitais masculino e feminino	<ul style="list-style-type: none"> • Introdução • Anatomia Localização e estrutura dos genitais	Chuva de idéias sobre as gravuras dos órgãos genitais Exercício participativo: desenho dos sistemas reprodutores no papel em tamanho natural	Gravuras dos órgãos genitais em forma de quebra cabeça Folhas de papel madeira Pincéis
Correlacionar a função e o funcionamento dos órgãos da genitália masculina e feminina	Intervalo <ul style="list-style-type: none"> • Fisiologia Função e funcionamento dos órgãos	Exercício participativo: Bingo	Cartelas com nome e descrição dos órgãos Bombons Manequim de papel

Anticoncepção natural e comportamental

Objetivo geral: Conhecer forma de uso e características dos métodos contraceptivos			
Objetivo específico	Conteúdo programático	Metodologia	Recursos didáticos
Identificar a importância do planejamento familiar entre os casais	• Introdução	Chuva de idéias sobre a gravura do casal com muitos filhos	Gravura do casal com muitos filhos Cartolinas e pincéis
Descrever as características da amamentação exclusiva como método contraceptivo	• Lactação amenorréica	Exercício participativo: Balões de perguntas	Balões
Descrever as características dos métodos comportamentais	Intervalo Métodos comportamentais	Exercício participativo: Margaridas	Margaridas com o nome e a descrição de cada método comportamental

Anticoncepção de barreira e hormonal

Objetivo geral: Conhecer as características e formas de uso de todos os métodos contraceptivos			
Objetivo específico	Conteúdo programático	Metodologia	Recursos didáticos
Descrever as características e as formas de uso dos métodos de barreira	<ul style="list-style-type: none"> • Introdução • Métodos de barreira 	Chuva de idéias sobre o kit de métodos	Kit de métodos
	Intervalo	Exercício participativo: Como me chamo	Cartelas com o nome dos métodos de barreira Bombons
Descrever as características e as formas de uso dos métodos hormonais	Métodos hormonais	Exercício participativo: O universo dos métodos hormonais	Estrelas Cartelas com características dos métodos hormonais

DIU e Anticoncepção cirúrgica

Objetivo geral: Conhecer forma de uso e características dos métodos contraceptivos

Objetivo específico	Conteúdo programático	Metodologia	Recursos didáticos
Descrever as características e a forma de uso do DIU	<ul style="list-style-type: none"> • Introdução • DIU <p>Intervalo</p>	Exercício participativo: Maças	Maças com características do DIU
Descrever as características dos métodos cirúrgicos	<ul style="list-style-type: none"> • Métodos cirúrgicos 	Exercício participativo: Perguntas indiretas	Cartelas com perguntas sobre os métodos cirúrgicos. Bombons

Transposição coletiva dos conhecimentos sobre planejamento familiar

Objetivo geral: Correlacionar os conhecimentos adquiridos em planejamento familiar com a realidade dos surdos.			
Objetivo específico	Conteúdo programático	Metodologia	Recursos didáticos
- Verificar como os surdos transpõem para o seu cotidiano os conhecimentos adquiridos em planejamento familiar.	<ul style="list-style-type: none"> • Introdução • Discussão em 2 equipes Intervalo • Dramatização 	<p>Exercício participativo: Formando equipes</p> <p>Trabalho de grupo</p> <p>Reunião do grupo completo</p>	<p>Cartolinas e pincéis</p> <p>De acordo com a necessidade do grupo para a dramatização</p>

ABSTRACT

The attendance in family planning is an activity before everything educational. The difficulties of the education in this area tend becoming worse when the subject involves the deaf people. We believed that the use of the educational method proposed in this study allows to this group not only to know the fan of birth-control methods, as well as to illuminate myths and taboos related to this practice. This was an exploratory, descriptive study, that it followed the proposal of a research action of qualitative method, in agreement with the theory of the adults' of Paulo Freire education. It was developed in the Association of Deaf of the State of Ceará, with four couples carriers of auditory deficiency. The behavior of the deaf ones during the meetings made us to infer that these they felt comfortable and the discussion around the contraceptive methods took us to deduce that the information transmitted by the relatives to the deaf ones are accompanied of the existent taboos in the family and of the change of experiences among the deaf ones, favoring to the formation of characteristic myths of the own limitation of this group. We noticed that the supplied information were always repeated among them, perhaps for the need to confirm among them, through to LIBRAS (Brazilian signs language), that everybody had had the same perception. We observed although many signs are universal and others bring likeness with the appearance of the object of the communication, so that, if there is interest, it is possible the communication among deaf and listeners. We considered that reached a change level where the differences in the language a little represented in the final result and that the use of educational games confirmed the success of the amusing activities in the apprehension of the contents. In this reality, we shimmered the nurse's space as professional whose formation allows to offer an effective attendance to the deaf ones, guaranteeing a differentiated attendance and representing a link between this group and the considered society as normal.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, M.M.G. Status social e métodos anticoncepcionais. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v.4, n.2, p. 9-183, 1988.
- ALVES, E.D. Atuação do enfermeiro na orientação do planejamento familiar junto à comunidade. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 38, 1986, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Enfermagem, 1986.
- ARAÚJO, M. M. V., DIAMANTINO, E. M. V., BRUNO, R. V., MONGENOT, M. B., COUTO, M. C., SILVA, A. R., Anticoncepção injetável e por via oral. **Femina**, v. 19, n. 10, p. 968-976, 1991.
- ARAÚJO, M. J., FERREIRA, A. E., REGINA, C. H., DIAZ, M. GRILLO, C.S. FAÚNDES, A., Avaliação clínica do diafragma vaginal em três contextos brasileiros. **Femina**, v. 21, n. 5, p. 463-472, 1993.
- ARRUDA, J.M., HOMÉ, A.M., MORRIS, L. **Pesquisas sobre saúde materno-infantil e planejamento familiar: Amazonas e Piauí**. Rio de Janeiro: BENFAM, 1982.
- BARNETT, B. La Planificación familiar reduce la mortalidad. **Network en Español**, v. 9, n. 2, p. 4-12, 1994.

BERLO, D.K. **O Processo da comunicação: introdução à teoria e à prática**. 7. ed.

São Paulo: Martins Fontes, 1991.

BERQUÓ, E. Contraception in Brazil today. In: WORLD CONGRESS OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS, 12, 1988, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetria, 1988.

BLUMENTHAL, P.D., RISEBOROUGH, P. A., McINTOSH, N. **Guia de bolso para serviços de planejamento familiar**. Baltimore: Johns Hopkins Program International Education of Gynecology and Obstetrics Corporation, 1995. 291 p.

BORDENAVE, J.E.D. **O que é comunicação**. 13. ed. São Paulo: Brasiliense, 1989.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática**, Brasília: Centro de Documentação, 1992.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Assistência ao planejamento familiar**, Brasília, 1996a.

BRASIL, Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. **Diário Oficial da [da República Federativa do Brasil]**. Brasília, 1996b.

BRASIL, Ministério do Trabalho. Secretaria de Formação Profissional. **Termos de referência dos programas de educação profissional: nacionais, estaduais, emergenciais.** Brasília: 1996c.

CEARÁ, Secretaria de Saúde. **Guia para prestação de serviços em saúde reprodutiva,** Fortaleza: Johns Hopkins Program International Education of Gynecology and Obstetrics Corporation / Fundo de População das Nações Unidas, 1998. 432 p.

CENTRO PARA A SAÚDE DA POPULAÇÃO E FAMÍLIA. **Planejamento familiar: seu impacto sobre a saúde materno infantil,** Columbia: Universidade de Columbia, 1980. p.5-8.

CICCONE, M. **Comunicação total,** Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1990. 180 p.

CHINN, P. L. Caring: theory & practice. In: GARCIA, T.R. PAGLIUCA, L.M.F. (Org.) **A construção do conhecimento em enfermagem: coletânea de trabalhos,** Fortaleza: RENE, 1998. p. 15-30.

COBB, A . K. Aspectos transculturais na construção do conhecimento em enfermagem. In: GARCIA, T.R. PAGLIUCA, L.M.F. (Org.) **A construção do conhecimento em enfermagem: coletânea de trabalhos.** Fortaleza: RENE, 1998. p. 31-50.

COSTA-PAIVA, L.H.S. et al. Injetável trimestral de ação prolongada: depoprovera como anticoncepcional. **Revista de Atualização em Ginecologia e Obstetrícia**, v.5, n. 5, p. 424-430, 1994.

DAVIS, F. **A comunicação não verbal**, São Paulo: Summus, 1979. 202 p.

DEMO, P. **Educar pela pesquisa**. 2. ed. São Paulo: Autores Associados, 1997. 129 p.

DIAS, R., ROGENSKY, O. M. Planejamento familiar e contracepção: a escolha do método contraceptivo ideal e a atuação do profissional de saúde. **Reprodução**, v. 6, n. 5/6, p. 930, 1991.

DUARTE, G. A. . Perspectiva masculina quanto a métodos contraceptivos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 125 – 130, 1998.

FAMILY HEALTH INTERNATIONAL. Esterilización femenina: segura y muy eficaz. **Network en Español**, v. 18, n. 1, 1997.

FERREYRA, N. E. **A linguagem oral na educação de adultos**. Porto Alegre: Artmed, 1998, 356 p.

FREIRE, P. **Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. 3. ed. São Paulo: Moraes, 1980. 102 p.

_____. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994a, 158 p.

_____. **Educação e mudança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994b. 79 p.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 9. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994c. 218 p.

FREIRE, P., SHOR, I. **Medo e ousadia: o cotidiano do professor**. 6. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996. 232 p.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS: Notícias breves. **Populi**. v. 24, n. 2, p. 4-7. 1997.

GÓES, M. C. R. **Linguagem, surdez e educação**. São Paulo: Autores Associados, 1996. 97p.

GOTTI, M.O. **Português para deficiente auditivo**. Brasília: Universidade de Brasília, 1992. 85 p.

GRUPO DE TRABALHO PARA NORMAS TÉCNICAS. **Recomendações para a atualização de práticas selecionadas na utilização de anticoncepcionais: Resultados de uma reunião técnica**. Carolina do Norte: Universidade da Carolina do Norte, 1994, 176 p.

- HATCHER, R. A. , STEWART, G. K., STEWART, F., SCHWARTZ, D. W., JONES, S. A., GUEST, F. **Planejamento familiar**. Rio de Janeiro: Ao Livro Técnico, 1983. 214 p.
- KALCKMANN, S., LAGO, T. G., BARBOSA, R. M., VILLELA, W., GOIHMAN, S. O diafragma como método contraceptivo: a experiência de usuárias de serviços públicos de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13. supl. 4, p. 647 – 657, 1997.
- KAUFMAN, M. A. D., RONDINELLI, I.M. R. **Manual de treinamento em planejamento familiar para enfermeiros**. Rio de Janeiro: ABEPF, 1989. 102 p.
- LAFON, J. **A deficiência auditiva na criança**. São Paulo: Manole, 1989, 165 p.
- LOPES, J. R. C. Anticoncepção e doenças sexualmente transmissíveis. **Femina**, v. 22, n. 12, p. 583-591, 1994.
- MAZOTTA, M. J. S. **Fundamentos de educação especial**, São Paulo: Pioneira, 1997, 137p (Série cadernos de educação).
- MINELLA, L. M. Aspectos positivos e negativos da esterilização tubária do ponto de vista de mulheres esterilizadas, **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, Supl. 1, p. 69 – 79, 1998.

MORENO J. L. **Psicoterapia de grupo e psicodrama: introdução à teoria e à prática.** São Paulo: Psy, 1993, 377 p.

NOGUEIRA, R. A., CAETANO, J. A., PAGLIUCA, L. M. F. Interpretação da comunicação não verbal de um grupo de surdos. In: Seminário de Pesquisa da RENE,2. João Pessoa, 1997. **Anais...** João Pessoa: RENE, 1997. p. 14.

NOGUEIRA, R. A.; HIPOLITO, S. B.; SOBRINHO, I. S.; MESQUITA, F.J., SOUSA, R A. A escolha informada de um método contraceptivo definitivo: vasectomia. In: Jornada Norte e Nordeste de Reprodução Humana, 1, 1996. **Programa Científico...**, Fortaleza: Sociedade Norte Nordeste de Reprodução Humana, 1996, p. 18.

NOGUEIRA, R. A ., PAGLIUCA, L. M. L. F. A surdez como obstáculo na comunicação de um paciente hospitalizado: relato de um caso. In: CARVALHO, M. E. (Org.). **Comunicação em enfermagem: relatos de pesquisa do 6º Simpósio Brasileiro em Enfermagem.** São Paulo: FIERP, 1998, p. 30 - 33.

NOGUEIRA, R. A ., VARELA, Z. M. V. O cotidiano de saúde - doença e os conceitos normal – deficiente. In: FORTE, B.P., FRAGA, M. N. O ., GUEDES, M. V. C. **Cultura e poder nas políticas de saúde: prática clínica e social aplicada.** Fortaleza: Pós-graduação/DENF, 1998. p. 53-60.

NORONHA, M.H; RODRIGUES, M. H. **O deficiente auditivo e a educação especial.** Rio de Janeiro: J. Olympio, 1974.

- NOVAES, L.C.G., CHACEL, P.P.M., SALINAS, L.F.G. Esterilização: propostas para normatizar indicações. *Ginecologia e Obstetrícia*, n. 3, 1994.
- OLIVEIRA, J. (org.), **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 05 de outubro de 1988. 10.ed. São Paulo: Saraiva, 1994.
- PAGLIUCA, L.M.F., NOGUEIRA, R. A. Educación especial para personas sordas: una experiencia en la orientación sobre EST/SIDA. In: ENCUENTRO MUNDIAL DE EDUCACIÓN ESPECIAL, 2, 1998, Habana. **Resumos...** Habana. 1998, p. 13.
- PINHEIRO, P. A. F. **Análise de um programa de ensino para a alfabetização de deficiente auditivo adulto**. Bauru: Universidade Sagrado Coração, 1994, 132 p.
- PINTO, A. V. **7 lições sobre educação de adultos**, 10 ed. São Paulo: Cortez, 1997. 138 p.
- QUADROS, R.M. **Educação de surdos: a aquisição da linguagem**. São Paulo: Artes Médicas, 1997. 123 p.
- RABELO, A. S. **Português sinalizado: comunicação total**. Goiânia: UCG, 1992. 235 p.
- SABINO NETO, J.; SALES, F.S.P. Escolha adequada da anticoncepção oral. **Femina**, v. 26, n. 2, p. 79-87, 1998.

SILVA, J.G.C. Comparação dos resultados do uso de contracepção hormonal combinada por via oral e por anéis vaginais. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 16, n. 6, p. 230 -233, 1994 .

SILVA, I.A., STEFANELLI, M.C. Estimulando a reflexão sobre planejamento familiar: um método de educação para a saúde. **Revista Paulista de Enfermagem**, v.13, n. 1/3 , p. 32 - 38, 1994.

SILVA, M. J. P. A Importância da comunicação nos processos de qualidade. **Nursing**, Ed. Brasileira, v. 1, n. 1, p. 20 - 26, 1998.

SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio**: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Gente, 1996. 133 p.

SOUZA, A . M, MILITÃO, R.T. **S.O.S. Dinâmica de grupo**, Fortaleza: Imagem Domínio, 1997. 159 p.

TELFORD, C.W., SAWREY, J.M. **O indivíduo excepcional**, 5. ed., Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1988. 524 p.

TENÓRIO, T. O Planejamento familiar e as DST. **Femina**, v. 18, n. 12, p.974-975, 1990.

VERME, C.S. et al. Family planning counseling: an involving process. **International family planning perspectives**. v. 19, n. 2, p. 67 - 71, 1993.

VILAR, Célia P., LIMA, M. **Comunicação em saúde**: uma experiência escolar comunitária. Fortaleza: Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, 1984, 103 p.

YOZO, R. Y. K. **100 jogos para grupo**: uma abordagem psicodramática para empresas, escolas e clínicas. 5. ed. Rio de Janeiro: Ágora, 1996. 258 p.