

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

**SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA PARA
SURDOS: ANÁLISE DE UM MODELO
EDUCATIVO**

Rosiléa Alves de Sousa

Fortaleza

2002

Rosiléa Alves de Sousa

**SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA PARA
SURDOS: ANÁLISE DE UM MODELO
EDUCATIVO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), como parte dos requisitos necessários a obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Lorita Marlina Freitag Pagliuca

Linha de pesquisa: Tecnologia em Saúde e Educação em Enfermagem Clínico Cirúrgica

Fortaleza

2002

S698s Sousa, Rosiléa Alves de

Saúde sexual e reprodutiva para surdos: análise de um modelo educativo / Rosiléa Alves de Sousa. Fortaleza. 2002. 153f.:il.

Orientadora: Proa. Dra. Lorita Marlina Freitag Pagliuca

Tese (Doutorado). Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

1. Surdez. 2. Saúde da Família – comportamento Sexual. 3. Educação em saúde. I. Título

CDD 362.42

Aos meus pais, com quem desde cedo aprendi a caminhar pelas diversas veredas da vida e à Daniela, minha filha, a quem tenho procurado ensinar os mesmos caminhos.

AGRADECIMENTOS

À Deus, a força maior, que nos conduz em todos os momentos da vida.

À Prof. Dra. Lorita Marlena Freitag Pagliuca pela dedicação e incentivo no decorrer desta caminhada, pelos ensinamentos e, principalmente, pelo estímulo para a continuidade do exercício da ciência.

À minha filha, Daniela, por compreender minhas ausências durante este árduo caminhar e por ter sido sempre minha fonte de inspiração de crescimento pessoal e profissional.

Aos meus pais, cujo apoio incondicional, nos momentos difíceis, me deu forças para vencer mais esta etapa da minha vida.

Aos meu irmão Ronaldo, que me ensinou a beleza de vencer sua deficiência com dignidade e sabedoria.

Aos meus irmãos Ronildo e Romualdo e minha irmã Rosiane, pelo incentivo, pela amizade e pelo carinho nas diversas etapas deste processo.

A todos os que compõem a Associação de Surdos do Ceará e as Pastorais dos Surdos envolvidas neste estudo, pelos ensinamentos e por proporcionarem as condições necessárias para a realização desta pesquisa. Em especial:

- Aos surdos que aceitaram participar deste modelo educativo;
- Aos instrutores e intérpretes que colaboraram no sentido de aperfeiçoar o material didático produzido e avaliar o modelo educativo dirigido para surdos – o produto final desta etapa de trabalho.

Ao Programa de Pós-Graduação do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, que proporcionou nosso crescimento pessoal, profissional e científico, viabilizando momentos de reflexão crítica.

Ao Prof. Francisco Manuelito de Almeida, diretor da Maternidade Escola Assis Chateaubriand pelo apoio e compreensão pela nossa ausência no trabalho e pelo incentivo na trajetória profissional.

Às minhas colegas da Equipe de Enfermagem da Maternidade Escola Assis Chateaubriand pelo incentivo e pela compreensão durante esta jornada.

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

A todos que colaboraram, direta ou indiretamente, para a elaboração deste estudo.

DIFERENÇA/DEFICIÊNCIA

Buscamos entre semelhantes
Essa força para lutar
Contra preconceitos tolos
Que tendem a distanciar

A linguagem gestual
Nossa forma de falar
A expressão facial
Maneira de interpretar

Para pessoas desavisadas
Parecem silêncio e dispersão
Chamam-nos de mudos
Em nossa comunicação

Somos apenas surdos
Que nos torna diferentes
Pedimos a compreensão
De não sermos deficientes

Somos cidadãos atuantes
Temos família e profissão
E o que é mais importante
Temos grande coração

Apesar da diferença
Precisamos sempre dizer
O silêncio em nossa volta
Não nos impede de viver

Rosiléa

RESUMO

A saúde sexual e reprodutiva envolve um dos aspectos mais importantes da vida humana, pois as influências da sexualidade estão presentes de várias formas na vida de todos os seres humanos, incluindo os surdos. Considerando que os surdos necessitam aprofundar os seus conhecimentos, propomo-nos a avaliar a implementação de um modelo educativo, baseado na utilização de um manual, que intitulamos **Saúde sexual e reprodutiva: Falando para surdos**, dirigido para esta população. Na tentativa de explicar os fenômenos educativos presentes neste estudo, embasamo-nos na Teoria de Freire (1980, 1993, 1994, 1999), já que nossa proposta envolve a educação de adultos e nas idéias de Nietzsche (2000), por considerarmos a elaboração do referido manual e o modelo educativo como tecnologias emancipatórias. Esta pesquisa-ação foi desenvolvida através de oficinas com dois grupos de surdos: o primeiro formado por instrutores, que são os responsáveis pela criação e oficialização dos sinais, e o segundo composto pelos participantes de duas pastorais da Igreja Católica e da Associação de Surdos do Ceará em Fortaleza. Os resultados mostraram que a metodologia é viável, pois os exercícios participativos reduziram as dificuldades de comunicação e facilitaram a transmissão dos conteúdos e a avaliação da aprendizagem, enquanto que a investigação da opinião dos surdos revelou a aceitação do grupo no que se refere à metodologia e ao manual. Concluímos que as tecnologias propostas neste estudo representam um passo importante para uma assistência de qualidade no contexto da saúde sexual e reprodutiva para surdos.

RESUMEN

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA SORDOS: PROPUESTA DE METODOLOGÍA EDUCATIVA

La salud sexual y reproductiva tiene en cuenta uno de los aspectos más importantes de la vida humana, pues las influencias de la sexualidad están presentes de varias formas en la vida de todos los seres humanos, incluso de los sordos. Considerando que los sordos necesitan profundizar sus conocimientos sobre este tema, nos proponemos a investigar la viabilidad de un modelo educativo, basado en la utilización de una cartilla, que intitulamos Salud sexual e reproductiva: hablando para sordos, direccionada para esta población y en la implementación de ejercicios participativos. En el intento de explicar los fenómenos educativos presentes en este estudio, nos basamos en la Teoría de Paulo Freire (1980), ya que nuestra propuesta comprende la educación de adultos y en las ideas de Nietzsche (2000), pues consideramos la elaboración de la referida cartilla y la propia metodología, como tecnologías de emancipación. Esta investigación fue desarrollada a través de talleres con grupos de sordos: el primero formado por institutores, que son los responsables por la creación y oficialización de las señales, y el segundo compuesto de los participantes de los pastorales de la Iglesia Católica y de la Asociación de Sordos del Ceará en Fortaleza. Los resultados mostraron que la metodología es viable, pues los ejercicios participativos redujeron las dificultades de comunicación y facilitaron la transmisión de los contenidos y la evaluación del aprendizaje de los sordos, mientras que la investigación de la opinión de los sordos reveló la aceptación del grupo en lo que se refiere a la metodología y a la cartilla. Concluimos que las tecnologías propuestas en este estudio representan un paso importante para una asistencia de calidad en el contexto de la salud y reproductiva para sordos.

ABSTRACT

SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH FOR THE DEAF: PROPOSAL OF AN EDUCATIVE METHOD

Sexual and reproductive health involves one of the most important aspects of human life, for the influences of sexuality are present in many ways in the life of all human beings, including the deaf. Considering that the deaf need to improve their knowledge on this subject, we suggest to investigate the viability of an educative model, based on the usage of a guidebook named Sexual and Reproductive Health: Speaking to the Deaf, which aims at this public by implementing participative exercises. In order to explain the educative phenomena present in this study, we started from Paulo Freire's Theory (1980), since our proposal involves the education of adults, and from Nietzsche's ideas (2000), for considering the elaboration of the guidebook mentioned above and the method itself as being emancipation methods. This research-action was developed from workshops with two groups of deaf people: the first one was integrated by instructors, who are responsible for the creation and implementation of signals, and the second one was formed by members of two groups from the Catholic Church and from the Association of Deaf People of Ceara, in Fortaleza. The outputs showed that the method is viable, since participative exercises reduce communication difficulties and made the transmission of contents and the evaluation of the deaf's learning easier, whereas investigation on the deaf's opinion concerning the method and the guidebook showed acceptance in the group. We concluded that the technology proposed in this study represent an important step towards quality assistance in the context of sexual and reproductive health for the deaf.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	1
2	A CONSTRUÇÃO DE UM REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	14
2.1	A educação de adultos como prática libertadora	15
2.2	A educação libertadora de Paulo Freire	18
2.3	A tecnologia emancipatória de Nietzsche	23
3	O DESENHO METODOLÓGICO	29
3.1	Da pesquisa	30
3.2	Da elaboração do manual	32
3.3	Da análise do manual pelos intérpretes	34
3.4	Da análise do manual pelos instrutores	35
3.5	Da abordagem dos sujeitos do estudo	35
3.6	Do modelo educativo aplicado nas oficinas	37
3.7	Dos exercícios participativos	38
3.8	Da coleta de dados	41
3.9	Da análise dos dados	42
3.10	Dos aspectos éticos	43
4	O MANUAL: INSTRUMENTO DA EDUCAÇÃO COMO PRÁTICA LIBERTADORA	45
4.1	Prevenção do câncer ginecológico e diagnóstico precoce do câncer de mama	49
4.1.1	Prevenção do câncer ginecológico	49
4.1.2	Diagnóstico precoce do câncer de mama	50
4.2	Abordagem sindrômica para DST	51
4.3	Assistência pré-natal	52

4.4	Assistência ao planejamento familiar	53
4.4.1	Assistência em infertilidade conjugal	54
4.4.2	Assistência em contracepção	55
4.4.2.1	Os métodos contraceptivos	56
5	AS VIVÊNCIAS DURANTE AS OFICINAS	62
5.1	Oficina com os instrutores-surdos	64
5.2	Oficinas com os surdos das pastorais	69
5.3	Opinião dos surdos	76
6	PALAVRAS FINAIS	81
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	86
	ANEXOS	105

Legata (2001)

com os olhos.

o surdo ouve com os olhos e fala

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O exercício da Enfermagem na área da assistência em saúde sexual e reprodutiva tem nos possibilitado observar os obstáculos presentes no que concerne a educação em saúde da população que busca os diversos serviços que compõem esta prática.

No bojo da educação em saúde, percebemos a ocorrência de vivências centradas na figura do profissional de saúde, que detêm a autonomia do conhecimento, gerando estratégias repetitivas, baseadas em sessões educativas expositivas e no uso inadequado do material áudio visual que, ao invés de servir de apoio, torna-se o roteiro pré-estabelecido para o desenvolvimento deste processo. Esta realidade tem criado um fluxo unilateral de comunicação, dificultando o desenvolvimento do pensamento crítico por parte do educando, que, na maioria das vezes, assimila o que lhe foi imposto, sem qualquer questionamento ou associação com sua vida cotidiana.

Em nossa atividade profissional, este fato tem nos inquietado e temos buscado reverter este quadro, buscando oferecer atividades educativas que contemplem a horizontalidade das relações interpessoais e que permitam aos educadores o respeito à cultura dos educandos.

Concomitante ao desenvolvimento de nossa prática profissional dentro deste panorama delineou-se o interesse pela orientação de indivíduos com necessidades especiais. De maneira que, nos últimos cinco anos, temos desenvolvido a temática educação em saúde sexual e reprodutiva voltada para a população surda, tendo como base a nossa vivência com familiares surdos que demonstravam a necessidade de adquirir conhecimentos relativos a este assunto.

Ao longo dos anos, o contato diário com pessoas portadoras de deficiência auditiva sabedoras do nosso labor como enfermeira do Serviço de Planejamento Familiar da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, permitiu-nos conhecer suas necessidades de informação sobre este tema, visto que somos procuradas para esclarecimento de dúvidas, tanto pelos surdos, como pelos seus pais e amigos.

Este fato favoreceu-nos a percepção de que este grupo é, na sua grande maioria desinformado sobre sua sexualidade e enfrenta mitos e tabus que

*prof.ª [illegible]
[illegible]*

dificultam o conhecimento e a busca da assistência em saúde sexual e reprodutiva. O desconhecimento acerca da prática sexual e a falta de acesso às informações e aos serviços voltados para esta atenção, têm tido como conseqüências agravos para a saúde dos surdos, entre os quais, podemos citar a gravidez não planejada e o aparecimento das doenças sexualmente transmissíveis.

Reconhecemos que esta problemática está presente em outros seguimentos da comunidade, no entanto, as dificuldades de comunicação entre surdos e ouvintes – como são chamadas as pessoas consideradas com audição dentro dos limites normais – parece-nos agravar este quadro e desperta-nos o interesse para estudar este tema.

Ao visualizarmos os surdos como sujeitos do nosso estudo, torna-se evidente que estes estão inseridos no grupo dos indivíduos considerados sem adequada assistência em saúde sexual e reprodutiva, encontramos os surdos. Esta população, não só no Brasil, mas em todo o mundo, tem sua prática sexual dependente da perspectiva dos familiares e de outras pessoas que fazem parte do seu convívio social.

A deficiência auditiva – considerada uma deficiência receptiva dentro do quadro geral de deficiências (Fonseca, 1995) – consiste na diminuição da capacidade de percepção dos sons em níveis normalmente audíveis pelo ser humano (não há perda de decibéis).

A deficiência auditiva está apresentada em duas classificações: quanto ao local afetado e quanto à etiologia do problema. A classificação relativa ao local está assim distribuída:

1. **deficiência de transmissão**, quando afeta o ouvido externo e médio;
2. **deficiência mista**, quando afeta o ouvido médio e interno; e,
3. **deficiência sensorineural ou neurosensorial**, quando envolve o ouvido interno e o nervo auditivo.

Para entendermos essa classificação, relembremos a fisiologia da audição. Segundo Ferreira (1998), a audição é o sentido por meio do qual se percebem os sons. Podemos explicar seu mecanismo através dos princípios bio-físicos que se seguem.

O ouvido está dividido nas seguintes partes: o ouvido externo, que é formado pelo pavilhão auricular (concha externa que está diretamente ligada na orelha) e canal auditivo (canal que liga o pavilhão auricular ao tímpano e que está coberto de pêlos e cera); o ouvido médio, composto do tímpano (membrana circular e flexível que vibra e que faz vibrar os ossículos), e, três ossículos - martelo, bigorna e estribo (cujos nomes se derivam do fato de seus formatos lembrarem esses objetos); e, o ouvido interno, formado por diversos canaliculos (complexo sistema de canais semicirculares) que contém um líquido aquoso, os nervos (vestibular e coclear) e a cóclea.

Inicialmente, podemos afirmar que o ouvido capta vibrações do ar e as transforma em impulsos nervosos que o cérebro registra como som. Assim, a fisiologia auditiva pode ser explicada pelos seguintes passos: As vibrações do ar penetram no pavilhão auricular e segue pelo canal auditivo até o tímpano que ao vibrar faz vibrar os ossículos, que, por sua vez, ampliam e intensificam as vibrações, conduzindo-as ao ouvido interno; as vibrações do ar, provenientes do ouvido médio, fazem com que o líquido contido nos canaliculos se mova até as extremidades dos nervos sensitivos que a convertem, com esse movimento, em sinais elétricos que são enviados ao cérebro pelo nervo auditivo (Gueler, 1998).

Continuando com a classificação da surdez, descrevemos a sua distribuição quanto à etiologia: 1. **congénita**, quando as causas se relacionam com hereditariedade, viroses e doenças tóxicas da gestante; e, 2. **adquirida**, relativas a doenças infecto-contagiosas na criança, uso de remédios ototóxicos, drogas e alcoolismo materno e exposição contínua a ruídos e sons muito altos, entre outras (Ciccone, 1990).

Com efeito, considera-se surdo todo indivíduo que apresenta acuidade auditiva diminuída, independente do grau em que esta se processa (Lafon, 1989). Pode ser classificado como surdo total quando a sua audição não é funcional na vida comum e parcialmente surdo, quando a audição, ainda que deficiente, é funcional, com ou sem prótese auditiva (Ciccone, 1990).

Percebemos que as definições apresentadas são imprecisas e, provavelmente, a imprecisão se deve ao fato de que os distúrbios de uma

alteração auditiva variam segundo as pessoas e as circunstâncias (Pinheiro, 1994).

Apesar da dificuldade de definição, no Brasil, é significativo o percentual de deficientes auditivos. Segundo estimativa da Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 15% da nossa população, aproximadamente 2,2 milhões, são portadoras de deficiência auditiva nos seus vários níveis (Brasil, 1996b), enquanto que informações, disponíveis na *internet*, são mais contundentes ao afirmar que essa mesma Organização estima que a deficiência auditiva afeta 10% da população mundial e ainda que, no Brasil existam 15 milhões de pessoas com algum tipo de perda auditiva. Desses, 350 mil são totalmente surdos (Correio Brasiliense, 2000).

Na convivência com os surdos, em nosso cotidiano, freqüentemente descuidamos em perceber as dificuldades que enfrentam para utilizar os recursos disponíveis no nosso ambiente e quão dependentes se encontram do pouco que lhe ofertamos, seja no aspecto social, econômico ou de saúde. Provavelmente por este fato, Ahrebeck (1993) afirma que os surdos sentem necessidade de se agrupar como forma de proteção, por poderem, entre si, se comunicar sem dificuldade.

Portanto, basta estarmos sensíveis à condição dos surdos - alvo de preconceitos, considerados limitados, cujas ações são interpretadas como incapazes ou ineficazes (Sebastiany, 1998a) e, o que é mais grave, se encontram segregados ao seu mundo - para nos tornarmos conscientes da nossa responsabilidade de intervir para a mudança deste quadro.

A condição de surdez tem sido um obstáculo na comunicação deste grupo, pois o comprometimento na aquisição e desenvolvimento da linguagem representa, sem qualquer dúvida, um grande prejuízo, por dificultar o processo de abstração, análise e síntese do pensamento lógico (Pinheiro, 1994).

Como educadores em saúde, reconhecemos que a comunicação é um importante instrumento de intervenção nesta área (Aranha e Silva *et al.*, 2000) e que, durante o cuidar de enfermagem, esta se torna um processo básico e fundamental (Castro e Silva, 2001). De acordo com este ponto de vista, percebemos que existe um grande dano na aquisição dos conceitos de saúde

entre os surdos e sentimos a necessidade de oferecer uma assistência voltada para a orientação deste grupo.

Parece evidente que a carência de conhecimentos relativos à saúde está presente em todos os seguimentos da população brasileira, no entanto, percebe-se que, os surdos são mais prejudicados pela dificuldade de comunicação.

A educação representa um dos aspectos mais polêmicos do desenvolvimento social do ser humano, provavelmente pelo fato de, como relata Teixeira (1997), estar historicamente relacionada ao poder. Neste caso, a educação assume diversos significados de acordo com o contexto em que está inserida. Daí a necessidade de abordarmos a educação especial, contexto didático onde, em geral os surdos estão inseridos.

Segundo o Programa Nacional de Direitos Humanos elaborado pela Presidência da República Federativa do Brasil, é proposta do governo brasileiro formular um programa de educação dirigida para pessoas portadoras de deficiência, garantindo assim o exercício pleno de sua cidadania (Brasil, 1996c).

A educação das pessoas com necessidades especiais, pode se dar, segundo Mazotta (1997), de duas maneiras: uma, que é a via comum, utilizando recursos e serviços dirigidos a todos os educandos e a outra, chamada de especial, que é a utilização de recursos e serviços especiais que não estão disponíveis nas situações comuns de educação.

O uso da educação especial tem refletido em um maior aproveitamento do potencial das pessoas portadoras de deficiências. Para Freitas (1999), a educação especial tem diminuído a valoração do portador de deficiência como ente eminentemente patológico e o proposto é uma ação educacional que privilegie a eficiência e as potencialidades do aluno.

Diante da importância da educação especial, Vincent *et al.* (1994) ressalta o seu papel na estratégia para integrar o aluno com necessidades especiais ao seu ambiente social e, questiona a responsabilidade dos governos no sentido de aumentar a oferta desta atividade. Confirmando a necessidade de apoio logístico para o desenvolvimento das atividades de educação especial, Norwich *et al.* (1994) ressalta a dificuldade de prover insumos para esta área educativa.

Segundo Sebastiany (1998b), na educação especial, o educador deve estar ciente de que o desenvolvimento do aluno não depende somente de um aparato biológico pessoal e cultural, mas também das situações que lhe são propiciadas. Esse fato, apesar de presente na educação regular, é bem significativo no processo educativo do portador de necessidades especiais.

A este propósito, vale ressaltar que os surdos – os sujeitos de nosso estudo – vivem situações bem diferenciadas dos demais educandos, pois, como relata Perlin (1998), sua aprendizagem depende, quase na sua totalidade, de estímulos visuais.

Ao longo dos tempos, a educação dos surdos, tem sido motivo de polêmica, pois, conforme Thoma (1998), o fenômeno surdez tem sido, na grande maioria das vezes, associado à falta de concentração.

Ainda segundo Thoma (1998), a discussão de como deve se processar a comunicação com o surdo, durante o momento educativo, também tem sido acirrada e, mesmo nos dias atuais, ainda não se chegou a uma conciliação quanto ao melhor método a ser utilizado. No século XVI, já se falava da oralização como melhor método; no século XIX, utilizava-se os sinais após o fracasso das tentativas oralistas e, nos dias atuais, as opiniões estão divididas entre três métodos: oralismo, bilingüismo e comunicação total.

O oralismo consiste em uma tentativa de levar ao surdo uma prática de comunicação através do preparo para verbalizar as palavras e da apreensão de informações obtidas pela leitura labial. Enfatiza a linguagem oral como terapia. Ainda é usado na atualidade embora exista correntes antagônicas quanto ao seu uso. Assim, enquanto Smith (1989) defende o oralismo como forma de diminuir a limitação de comunicação entre surdos e ouvintes, Skliar (1998) considera que a falta de compreensão e de produção dos significados da língua oral são motivos do fracasso deste método.

O bilingüismo consiste em associar a língua de sinais à língua de ouvintes - no nosso caso, o português - tendo como primeira língua para os surdos a língua de sinais. Quadros (1998) considera que, esta modalidade de comunicação tem como pontos importantes: 1. reconhecer o surdo como cidadão integrante de uma cultura surda; 2. garantir um melhor desenvolvimento cognitivo do surdo em conhecimentos gerais; 3. oferecer

estratégias de ensino de uma segunda língua; e, 4. incluir pessoas surdas no quadro funcional das escolas.

Com referência à língua de sinais, vale ressaltar que já é reconhecida como língua oficial deste grupo, a medida em que encontramos na documentação do Ministério da Justiça resolução que considera a utilização da linguagem de sinais na educação de crianças surdas e refere a necessidade de interpretação desta linguagem para facilitar a comunicação entre surdos e ouvintes (Brasil, 1997).

A comunicação total é uma filosofia educacional defendida por Ciccone (1990) que implica em uma completa liberdade na prática de quaisquer estratégias, que permitam o resgate da comunicação, total ou parcialmente, bloqueada. Seja pela linguagem oral, língua de sinais, datilografia, pela expressão corporal e facial, ou ainda, pela combinação desses modos, o que importa é *aproximar* pessoas e permitir contatos.

Os adeptos desta estratégia têm como característica principal uma postura de abertura para contribuições do saber de qualquer ciência preocupada com o ser humano e suas relações sociais (Ciccone, 1990).

A comunicação total faz uso de todos os recursos e técnicas que permitem estabelecer um fluxo comunicativo, usando todas as formas de comunicação, e as críticas a esta proposta se baseiam no fato de alguns estudiosos afirmarem que a comunicação total reflete a educação voltada às habilidades e à cultura do professor ouvinte e não às da pessoa surda (Valentini, 1995). O desacordo com este método está embasado no fato de que, ao usar todos os recursos para que a comunicação se efetive, os seguidores desta linha de pensamento não consideram a língua de sinais como a língua natural do surdo. A comunicação total ainda não se desprende da visão do surdo como um deficiente ou incapacitado, que deve, através da educação, aproximar-se cada vez mais do modelo e da cultura ouvinte.

Este estudo tem como base o uso da comunicação total, pois acreditamos que as diversas modalidades de comunicação poderão diminuir as dificuldades enfrentadas no processo ensino-aprendizagem, principalmente na área de saúde, quando na grande maioria das vezes, aqueles que dominam a

comunicação com o surdo não dominam os conteúdos de saúde, e, vice-versa.

Retornando à análise das questões relativas à educação em saúde sexual e reprodutiva e, mais especificamente, à contracepção, visualiza-se, claramente, uma distância entre o conceito teórico desta prática e a realidade dos surdos, uma vez que não lhes é concedida a oportunidade de conhecer a propedêutica contraceptiva, antes de fazer uso de qualquer método. Na maioria das vezes, os familiares fazem opção pelo método mais conveniente à família, mesmo que isto represente uma inadequação ao estilo de vida do casal surdo.

É comum, encontrarmos familiares de surdas, na faixa etária abaixo de 25 anos, buscando, por exemplo, a laqueadura tubária como maneira de encerrar sua vida reprodutiva, sem, no entanto, informá-las dessa decisão ou da possibilidade do uso de outro método contraceptivo.

Em geral, conforme Nogueira & Varela (1998), as pessoas que cercam os deficientes contribuem para sua sobrevivência de forma caritativa. Este fato, no caso específico do planejamento familiar entre surdos, se traduz por um descaso pela opinião destes casais e pelo desinteresse na orientação deste grupo. Parece mais fácil decidir por eles e negar-lhes um direito adquirido ao longo dos anos.

Em recente pesquisa sobre metodologia educativa para casais surdos (Nogueira, 1998), observamos que os surdos são carentes das informações relativas aos métodos para evitar a gravidez e confirmamos também o seu interesse em conhecer a propedêutica contraceptiva, tanto para o seu uso, como para disseminar as informações aos demais surdos.

No entanto, apesar desse interesse, percebemos durante nossa atividade profissional, que os surdos continuam marginalizados no que concerne a esta temática e às demais informações sobre saúde sexual e reprodutiva. Acreditamos que esta realidade se deve à dificuldade de comunicação entre surdos e ouvintes.

Esse fato é relatado por Nogueira (1998), quando afirma que a eficácia do processo de educação em saúde está prejudicada porque depende do entendimento da mensagem transmitida.

Sabendo da importância da comunicação para a orientação a que se propõem os serviços que oferecem esta prática e refletindo sobre este tema, constatamos que a comunicação é um processo que exige a sintonização entre quem envia e quem recebe uma determinada mensagem através de um canal comum (Gomes, 1994).

Assim, o impedimento que o deficiente auditivo tem de captar bem o som, confere-lhe uma dificuldade de comunicação própria desta condição, porém vale ressaltar que nos demais aspectos de vida, incluindo suas necessidades, apresentam o mesmo potencial e carências como qualquer outro ser humano (Davis, 1979).

Nossa experiência profissional e a oportunidade que tivemos por ocasião da realização da nossa dissertação de Mestrado, nos mostraram que a metodologia educativa baseada no uso de exercícios participativos pode representar uma alternativa eficaz para a educação em saúde com surdos.

Utilizar um vasto material de informação, educação e comunicação (IEC), associado à escrita dos conceitos relativos a este tema pode funcionar como mediadores entre a linguagem de sinais e a oral, constituindo-se em uma comunicação total, tornando a fala, senão dispensável, pelo menos usada restritamente.

Os resultados da referida dissertação demonstraram que a comunicação visual, associada à não verbal e aos exercícios participativos, propiciaram aos surdos a oportunidade de conhecer o leque de opções contraceptivas e permitiram-lhes fazer uma escolha consciente e voluntária do método mais adequado à sua realidade.

Surgiu então a necessidade de ampliar esse modelo educativo tanto no que se refere ao tema, como no uso de materiais educativos mais específicos para esta população.

Quanto ao tema, a necessidade se justificava, pelo fato de que naquele momento, ao falarmos sobre contracepção, sempre éramos interpelados sobre os demais temas de saúde sexual e reprodutiva, de acordo com a área de interesse dos surdos ou suas experiências anteriores.

Quanto ao material educativo acreditamos que um manual dirigido para este grupo, não só facilitaria a sua aprendizagem, como permitiria a consulta

posterior, mesmo após o término das reuniões. Concordamos com Porras (1998), quando considera que um livro texto representa uma unidade rica de sentidos explícitos e implícitos, que determina uma coerência temática e a melhor maneira de trabalhar o tema abordado.

Observamos ainda como importante, o fato de que este material, se disponível nos diversos serviços de saúde reprodutiva, poderá facilitar sobremaneira a comunicação entre os profissionais de saúde e os deficientes auditivos, evitando o desgaste psicológico referido por Nogueira & Varela (1998).

Concordando com Melles & Zago (1999), que afirmam que a atividade educativa do enfermeiro tem se destacado, nos últimos dez anos, como fundamental para a promoção e manutenção da saúde, entendendo que os surdos podem e devem ser inseridos no contexto da educação em saúde, considerando que os surdos necessitam aprofundar os seus conhecimentos sobre o tema saúde sexual e reprodutiva e atendendo a uma solicitação deste grupo, propomo-nos a avaliar a implementação de um modelo educativo de saúde sexual e reprodutiva para surdos, baseado no uso de exercícios participativos adaptados para a população surda e a utilização do manual elaborado especialmente para o grupo.

Para alcançar este objetivo, percorremos as seguintes etapas:

- a. Implementação do modelo educativo junto aos surdos com o auxílio do manual sobre saúde sexual e reprodutiva elaborado previamente, com ênfase na comunicação total;
- b. Comparação do nível de aprendizagem de cada surdo após a aplicação do modelo educativo, usando a abordagem individual, durante os exercícios participativos;
- c. Análise do nível de conhecimento anterior e posterior à aplicação do modelo;
- d. Identificação da opinião dos surdos sobre o modelo educativo, através da observação do comportamento do grupo durante a sua implementação; e,
- e. Investigação da opinião dos surdos sobre o manual e sobre a viabilidade do seu uso para facilitar a comunicação entre surdos e

ouvintes, através de um formulário que avaliou quatro aspectos do modelo analisado: os conteúdos ministrados, o material didático produzido para esta atividade (manual), o tempo utilizado para o desenvolvimento da oficina e as dinâmicas realizadas.

Entendemos que, ao oferecermos a esta clientela a oportunidade de opinar sobre o material educativo produzido para atender às suas necessidades, encontramos eco nas palavras de Freire (1980, 1993, 1994, 1999), que valoriza a construção coletiva do conhecimento e reconhece a importância da horizontalidade da educação.

Refletindo, mais especificamente sobre a educação em saúde, reconhecemos o valor da comunicação que permeia todo esse processo e reportamo-nos às palavras de Silva (1996) que considera que a comunicação adequada em saúde é aquela que tenta diminuir conflitos e mal-entendidos entre profissionais e clientes e resgata o direito da clientela de buscar solução para os problemas detectados.

Silva & Stefanelli (1994) consideram a educação em saúde uma atribuição independente da enfermeira, onde ela pode intervir de forma competente e autônoma, conservando, no entanto, um entrosamento salutar entre os demais membros da equipe.

Acreditamos oportuna a nossa intervenção junto aos surdos, garantindo a esta clientela o direito ao exercício de sua sexualidade de forma consciente e livre de preconceitos. Partimos da premissa de que o modelo educativo analisado e o material didático produzido respeitam a cultura surda e poderá facilitar a oferta da educação em saúde sexual e reprodutiva dirigida a este grupo. Consideramos, ainda que esta prática fortalecerá a construção e o exercício da cidadania do surdo, uma vez que lhe oportuniza tomar decisões importantes na sua vida pessoal que, como consequência, repercutirá na sua vida social.

Nossa trajetória ao longo deste estudo nos leva a afirmar que o modelo educativo analisado poderá ser explorado pelos próprios surdos, tornando-os coadjuvantes no processo de disseminação das informações contidas nos diversos materiais que compõem os exercícios participativos. Ao mesmo tempo, consideramos que o manual produzido permitirá aos surdos o

conhecimento dos diversos temas da saúde sexual e reprodutiva através da leitura das legendas expostas na Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) e aos ouvintes tornarem-se conhecedores dos conteúdos apreendidos pelos surdos, visto que as informações também estão registradas na língua portuguesa.

A CONSTRUÇÃO DE UM REFERENCIAL TEÓRICO- METODOLÓGICO

*"... A leitura do mundo precede a
leitura da palavra..."*

Freire (1980)

2 A CONSTRUÇÃO DO REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Na tentativa de explicar os fenômenos educativos presentes neste estudo nos embasamos na Teoria de Freire (1980, 1993, 1994, 1999), visto que nossa proposta envolve a educação de adultos. Apoiamo-nos também, nas idéias de Nietzsche (2000), por considerarmos o modelo educativo e o manual que o tem apoiado como uma tecnologia emancipatória que poderá ser utilizada por profissionais de enfermagem ou de outras áreas, em situações em que a prática da educação em saúde seja limitada pelas dificuldades de comunicação entre surdos e ouvintes. Acreditamos que, mesmo nos momentos em que o modelo educativo não seja aplicado, o acesso ao manual facilitará a compreensão dos surdos quanto a esta temática e os tornará co-autores das decisões tomadas durante o cuidado prestado.

Antes de nos reportarmos às idéias Freire (1980, 1993, 1994, 1999) e Nietzsche (2000), caminhamos pelos princípios da educação de adultos, cujo paradigma fortaleceu a nossa vivência com os sujeitos da nossa pesquisa.

2.1 A educação de adultos como prática libertadora

O processo ensino-aprendizagem tem sido, ao longo dos anos, uma preocupação dos educadores de adultos. Diferente da experiência com o educando infantil, que está aberto a todos os conteúdos, a educação de adultos tem características específicas.

A educação de adultos depende da comunicação, havendo sempre algo a ser negociado, significado e ressignificado; a educação invade o espaço público, onde circulam não só a informação, mas as diferentes formas de saber social e expressões do mundo das emoções e da construção simbólica da vida social (Sousa, 1999).

Pensando em sociedade, lembramos as idéias de Freire (1980, 1993, 1994 e 1999), que valoriza a cultura como um ponto de apoio na opção do educando que decide, conscientemente, tomar para si o compromisso de mudar atitudes entendidas como inadequadas após apreensão dos conteúdos didáticos.

Segundo Jesus & Cunha (1998), o indivíduo, durante a interação com o outro, utiliza a comunicação como veículo para a troca de idéias e informações, evidenciando a importância do componente comunicativo no processo de educar.

Dessa forma, pode-se entender que o ser humano traz dentro de si uma bagagem de conhecimentos acumulados a partir de sua interação com outros semelhantes. Configura-se daí a importância da educação de adultos, que conforme Medeiros (1995), está ligada a uma concepção de mundo, de sociedade, de cultura e do próprio homem, sendo um instrumento importante no exercício da cidadania, devendo para tanto se basear na realidade de cada educando.

Ainda neste contexto, percebe-se a necessidade de uma maior preocupação com o educando adulto, visto que, corroborando com Medeiros (1995), ressaltamos que, quando educamos adultos, precisamos estar alertas para suas vivências, seus significados e nas suas expectativas de aprendizagem. Assim, ao buscar um momento de aprendizagem, cada educando, seja de forma consciente ou inconsciente, tem seus objetivos pessoais que influem nesse processo de troca de informações.

Nessa perspectiva, valorizamos a inter-relação do grupo, por acreditar, assim como Sánchez & Carrilho (1993), que a aprendizagem que acontece em cooperação é uma estratégia metodológica que estimula a motivação e facilita a inserção dos conteúdos no cotidiano do educando. Evidenciando também o componente emocional do educando, Straka *et al.* (1997) relatam que a motivação durante a aprendizagem, em qualquer cultura, se situa no sujeito que aprende e de Smith (1990), quando confirma a importância da motivação como fator de interação e de valorização dos aspectos afetivo-sociais.

Seguindo esta óptica, Norwich *et al.* (1995), refletem que as metas esperadas na educação de adultos variam de indivíduo para indivíduo, dependendo do seu estímulo, provavelmente, por entenderem, assim como Teixeira (1998) que reforça a importância da participação do emocional do aluno através de ações integradas que vão desde a ambientação até a metodologia didática utilizada. A partir dessa linha de pensamento, consideramos que é responsabilidade do educador garantir a motivação do aluno, promovendo a sua satisfação e o seu envolvimento nas atividades desenvolvidas, através de estratégias que aproximem sua realidade cotidiana e o momento da aprendizagem.

Fortificando essa concepção, Sordi (1999) dá ênfase, na educação de adultos, ao uso de técnicas que valorizem a análise do cotidiano, a autonomia do educando e as experiências de cada um deles, ressaltando que o indivíduo deve ser visto como gente e que seus valores, seus ritmos e sua voz devem ser respeitados no processo de aprendizagem.

Referindo-se à aprendizagem, Rigobello et al. (1998) entendem que esta caminha estreitamente ligada à comunicação, envolve processos criativos e a compreensão da realidade através da análise crítica dos fatos. Assim, a análise do cotidiano humano, desvela o educando como um homem socializado, um ser político, carente de uma consciência crítica que o ajude a se integrar no mundo, como sujeito dos fatos.

Ainda sobre este aspecto da aprendizagem, Castanho (1997) reforça a subjetividade do processo de ensinar e aprender, valorizando um saber pessoal que não é superior e nem inferior aos demais, mas um saber político criado para a construção democrática da pós-modernidade, quando entende-se que o saber como um todo, envolve a óptica de cada um dos envolvidos no processo de aprender.

Vemos então que o processo educativo do adulto estabelece uma intenção de trabalho que valoriza a parceria dos envolvidos no grupo (Borba & Bastos, 1998) e leva a um pensamento crítico, que segundo Lima & Cassiani (2000) envolvem a reflexão, a importância do contexto e a atitude de inquirido e converge para o conhecimento do que está à nossa volta. Assim, concebemos que o ato de refletir criticamente apoia a tomada consciente de decisões relevantes, baseadas no conhecimento das causas e das conseqüências de cada atitude do indivíduo.

A ação educativa está inserida em qualquer contexto da vida humana e, em saúde, é um processo dinâmico e contínuo, que objetiva capacitar indivíduos e/ou grupos para refletirem criticamente sobre as causas e problemas de saúde (Torres & Enders, 1999). Da qualidade da ação educativa depende a melhoria de vida dos indivíduos e, conseqüentemente, o quadro de saúde da população.

Voltando à questão da saúde sexual e reprodutiva, como foco da educação, percebemos que este aspecto da saúde do indivíduo está cercado de mitos e tabus. Cano, Ferriani & Gomes (2000) afirmam que os adultos que cercam os adolescentes têm dificuldade para abordar esta temática no cotidiano, dificultando o acesso deste grupo a uma fonte segura para esclarecer as suas dúvidas. Esta situação inclui pais e educadores, pois, em geral, também os professores da escola regular não se

sentem preparados para atuar nesta área. Este fato, verificado também nos estudos de Vieira (1998) e, provavelmente, responsável pela defasagem da educação nesta área, justifica a necessidade de promover a educação relativa a este tema na fase adulta.

Dentro deste contexto, Figueró (1998) afirma que nem todos os educadores se sentem aptos para o trabalho de educação sexual e Rocha (1988: 163) também relata que *a posição dos educadores é repressiva, neutral ou mesmo evasiva no que se refere à sexualidade, enquanto que deveria ser aberta, franca e adequada aos novos tempos.*

Sabendo da dificuldade de promover educação neste tema e reconhecendo as diversas nuances da educação de adultos, pretendemos facilitar a abordagem educativa utilizando técnicas que estimulem a discussão do assunto sem medos ou angústias, permitindo o despertar para a conscientização desta população quanto à importância da saúde reprodutiva e sexual em suas vidas.

Como adeptos do método Paulo Freire, acreditamos, assim como Haguette (1995), que a educação dos adultos, tanto em saúde sexual e reprodutiva como em qualquer outra área, é uma das instituições que poderão responder à necessidade de transformação social, dado seu papel de transmissora do conhecimento, formadora do pensar e responsável pela mudança de comportamentos.

Afinal, só mudamos um comportamento antigo, quando somos convencidos de que existe uma prática mais salutar e esse convencimento só se dá pela educação, aquela em que o ser humano é visto como um ser único, sujeito dos conhecimentos a partir do seu próprio conhecimento e de suas experiências; um ser inacabado, perseguindo a auto-realização (De Santi, 1999).

Concebemos, portanto, a educação, conforme as palavras de Geib e Saupe (2000), um processo de extrair de uma pessoa algo que já está presente nela e de Boff (1999) que acredita na relação sujeito-sujeito, em uma atitude de *com-vivência* e *inter-ação*.

2.2 A educação libertadora de Paulo Freire

Contextualizando as idéias de Freire (1980, 1993, 1994, 1999), ressaltamos que estas nasceram como resposta a uma pedagogia verticalizada, que considerava o homem como um objeto pronto para ser manuseado. Este tipo de educação

freqüentemente, impedia a criatividade e a auto-responsabilidade (Stacciarini & Esperidião, 1999) e deixava o educando a serviço de uma massificação voltada para os interesses de uma elite pequena na quantidade, porém grande no poder.

A proposta de uma educação popular como uma forma de mobilização das massas encontra ressonância nas idéias de Freire (1980, 1993, 1994, 1999) em que a educação está associada à conscientização do indivíduo, tornando-se uma proposta libertadora, visto que o analfabetismo representava uma das causas da opressão de adultos dentro de um sistema marcado pela desigualdade social.

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, 1993, 1994, 1999) 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. 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 à sua época. (Freire, 1994).

Brandão (1994), ao se referir ao método Paulo Freire, considera a conscientização como um processo de transformação do modo de pensar, resultado de um trabalho coletivo, cuja maior característica é a inconclusão. Portanto, a conscientização perpassa por um processo de reflexão-ação, onde cada indivíduo emerge de uma consciência ingênua, percorre uma consciência transitória e evolui até a consciência crítica, que evidencia novos horizontes de conhecimento, determinando a necessidade de se lançar em busca de outros aprendizados e oportunizando a tomada de decisão compatível com a opção adequada à sua vivência e ao seu compromisso com a realidade social.

As técnicas do método pedagógico de Freire (1980, 1993, 1994, 1999) prevêm o alto significado do cotidiano no universo do educando de forma que o conhecimento do conteúdo a ser estudado, transfigurado pela sua análise crítica, assume uma ação transformadora do mundo de cada aluno. Dessa forma, Freire

(1999) preconiza o respeito aos saberes do aluno, que ele considera socialmente construídos na prática comunitária.

Lovisoló (1988) analisando Freire, considera que a principal característica do seu modelo é o esforço para realizar uma educação que envolve as questões políticas no horizonte da autonomia, tratando de construir um fazer, um saber ou um pensar correlato e emancipador no cotidiano do educando.

Freire (1994) condena a idéia de educar sem respeitar o clima cultural do aluno, entendendo que é impossível desvincular o tema em questão da vivência de cada um dos integrantes da caminhada educativa. Assim, a educação de adultos deve se dar dentro de um clima de troca de experiências, principalmente valorizando, como sugere Friedenthal-Haase (1992), a interculturalidade e a multiculturalidade do educando, pois a grande dificuldade no processo educativo deste grupo é a condição em que o discente se coloca como ser acabado, enquanto que a criança e o jovem revelam-se abertos para novos conhecimentos.

Freire (1994) também prevê a pesquisa prévia do universo vocabular do aluno, de forma que a sua educação se processe, respeitando seu ambiente cultural e entendendo que é impossível desvinculá-lo das suas vivências anteriores. A partir desse referencial, pretendemos criar um ambiente educativo onde os surdos sejam os sujeitos da sua própria aprendizagem.

Vale ressaltar que, em nosso estudo, abordamos a metodologia de Freire (1980), que distribui sua proposta educativa em cinco fases:

1ª fase: A descoberta do universo vocabular do grupo a ser estudado.

Essa etapa já tem se delineado a partir de encontros informais e de oficinas de saúde sexual e reprodutiva realizados anteriormente com a população surda. Estes momentos têm nos permitido o conhecimento das palavras de maior conteúdo emocional.

Os encontros informais com os surdos aconteceram por ocasião das noites de lazer, quando interagiamos com o grupo, como maneira de investigar sobre dúvidas e necessidade de informações sobre saúde sexual e reprodutiva.

Corroboramos com Freire (1994), quando este afirma que a educação baseada em palavras já utilizadas no cotidiano dos educandos garante sua

consciência crítica, pois permite a ligação do assunto estudado com o seu papel no espaço social em que vive.

2ª fase: A seleção de palavras dentro do universo vocabular do educando.

O aprendizado baseado em um número restrito de palavras que já fazem parte do seu cotidiano garante ao educando, o conhecimento das palavras de maior significado dentro do seu universo cultural. A essas palavras Freire (1980) chamou de geradoras, pois, em geral, precedem uma ampliação ao assunto inicialmente restrito.

Vale ressaltar que desde o desenvolvimento da nossa dissertação de Mestrado, já havíamos selecionado as palavras geradoras, no entanto, percebemos que estas palavras se restringiam à temática relativa à contracepção e pela necessidade detectada entre os próprios surdos achamos oportuna a ampliação do número de palavras trabalhadas.

Esta ampliação ocorreu durante os grupos, quando trabalhamos com palavras e sinais relacionados à anatomia e fisiologia reprodutiva, bem como as temáticas específicas desta vertente da saúde.

3ª fase: A criação de situações existenciais típicas do grupo com o qual se trabalha.

Nesta fase, o educando tem oportunidade de estabelecer um elo concreto entre o aprendizado e a sua integração ao universo social, favorecendo o incremento da consciência crítica dentro de sua realidade.

Temos observado, ao longo do contato com os surdos, que a temática saúde sexual e reprodutiva está inserida no seu contexto social, de forma que é notória a curiosidade pelo tema, a necessidade de maior esclarecimento e, por que não dizer, de educação nessa vertente do comportamento humano. Parece evidente que a associação do tema com as vivências pessoais do grupo representou o primeiro estágio para a reflexão-ação, que permitirá ao grupo a adoção de comportamentos coerentes com o aprendizado.

Em nosso estudo, alcançamos esta etapa à medida que oportunizamos o depoimento dos nossos sujeitos sobre sua vida sexual e reprodutiva e favorecemos

a interlocução do grupo, colocando-nos como facilitadoras, interferindo apenas para esclarecimento de dúvidas ou corrigindo idéias equivocadas.

4ª fase: A elaboração de fichas indicadoras que ajudam aos coordenadores do debate em seu trabalho.

As fichas indicadoras evitam o distanciamento do assunto inicialmente programado e garantem o cumprimento do tempo e do tema proposto para o alcance dos objetivos. Podem estar relacionadas com gravuras, mensagens escritas ou qualquer outro material que se relacione com o tema em questão.

As fichas indicadoras foram substituídas por um manual elaborado com base nas informações obtidas nas oficinas já realizadas por ocasião da dissertação de Mestrado e em desenhos relacionados com esta temática.

Durante as discussões nas oficinas, o manual serviu de apoio para apreensão dos conteúdos. Aproveitamos estes momentos, para avaliar o entendimento das informações contidas neste material didático, além de solicitar sugestões para a melhoria deste instrumento.

5ª fase: Consiste na elaboração de fichas ou outros materiais que garantam ao educando o poder de discernimento sobre as palavras geradoras.

A palavra geradora é aquela que obedecendo a critérios elaborados anteriormente, tem maior poder de conscientização. Nessa etapa, analisamos o modelo educativo e o manual elaborado anteriormente como instrumento de aproximação entre surdos e ouvintes.

Esta etapa consolidou-se com a avaliação do manual pelos instrutores e, principalmente, pelo compromisso do grupo em participar do desenho de sinais mais atualizados.

Segundo Freire (1980), neste processo, o educador deve reconhecer os educandos como seres atuantes, com um potencial de experiências anteriores, de maneira a desafiá-los a alcançar a compreensão resultante de uma atitude crítica e, como consequência, libertar-se da alienação.

Segundo Lima (1990), Freire defende que o aprendizado é construído mediante relações de transformação entre o homem e o mundo, o que implica em um processo horizontal de ação e reação entre educando e educador.

Em relação ao papel do educador, Freire (1993) considera que sua tarefa exige criatividade e competência científica, pois reflete quebra de uma ideologia de poder que não permite a visão clara da realidade.

Encontramos nas idéias de Freire o apoio para nossa proposta educativa e configuramos nosso trabalho educativo baseado nas premissas de que o homem é o sujeito da sua educação e que o processo educativo é imprescindível para o exercício da sexualidade segura e consciente entre os indivíduos, que são responsáveis pela sua saúde sexual e reprodutiva.

2.3 A tecnologia emancipatória de Nietzsche

Ao longo do desenvolvimento deste estudo, temos tomado consciência de que o conceito da palavra tecnologia tem sido ampliado. Antes, conceituada como o produto final de atividades que facilitam o cotidiano das pessoas, a palavra tecnologia no entendimento atual, passa a ter uma conotação mais ampla, incluindo o uso inovador de artefatos, palpáveis ou impalpáveis, já utilizados com finalidades habituais, para atender a novas exigências sociais.

Dessa forma, a tecnologia emancipatória é concebida e entendida como a apreensão e a aplicação de um conjunto de conhecimentos e pressupostos que, ao serem articulados técnica e eticamente, possibilitam aos indivíduos pensar, refletir, agir, tomando-os sujeitos do seu processo existencial, numa perspectiva de exercício de consciência crítica e da cidadania, tendo como condição, a possibilidade de experimentar liberdade, autonomia, integralidade e estética, na tentativa de buscar qualidade de vida, de modo que os envolvidos possam buscar auto-realização (Nietzsche, 2000: 164).

Apoiando-se nesta premissa, consideramos assim como Nietzsche (2000) que a tecnologia emancipatória apresenta como características, o fato de ser:

- a) **Histórica**, por reproduzir em um processo dinâmico e contínuo, as contradições da sociedade;
- b) **Contestatória**, por permitir a conquista de espaço próprio de autodeterminação, em uma sociedade organizada, libertando o cidadão da pobreza política;
- c) **Ética**, por permitir a vivência de princípios morais, levando à conquista do direito de cada cidadão;

- d) **Política**, por libertar do estado de sujeição e permitir a criatividade e a ação;
- e) **Estética**, por buscar harmonia e assim, permitir a vivência de momentos de alegria, criatividade e prazer; e,
- f) **Competência**, por exigir capacidades para o desenvolvimento de novas possibilidades de tecnologia, dentro de um contexto sócio-político-econômico e cultural.

Neste contexto, inferimos que os exercícios participativos, adaptados para cultura surda durante a aplicação do modelo educativo proposto representam um tipo de tecnologia emancipatória, por entender que estas dinâmicas, ao serem adaptadas, permitem que os surdos as utilizem sem a necessidade da presença de intérpretes para explicar os conteúdos e por atender às características deste tipo de tecnologia. Sobre a associação desta estratégia de ensino ao conceito de tecnologia, Nogueira & Pagliuca (2000) observam que o conhecimento prévio das dificuldades de comunicação entre surdos e ouvintes facilita a adaptação destes exercícios, representando a busca de um ponto comum entre as duas culturas: o material visual.

Fazendo um recorte no modelo analisado, consideramos agora o principal artefato em que nos apoiamos para a discussão e a reflexão dos conteúdos propostos: o manual intitulado **Saúde sexual e reprodutiva: Falando para surdos**. Entendemos também que este material educativo constitui uma tecnologia emancipatória pela classificação de Nietzsche (2000), que sugere a possibilidade do seu uso na práxis da enfermagem, quando entendida como:

... um processo com o objetivo de emancipação dos sujeitos, também dentro de uma perspectiva processual e ética, buscando-se uma consciência crítica, procurando uma maior participação do cidadão na sua vida e nas decisões coletivas (Nietzsche, 2000:165).

Na concepção de Nietzsche (2000), esta pode ser instrumento de emancipação por permitir ao cliente intervir no processo saúde-doença, possibilitando o poder/domínio sobre a prática executada. Sugere uma classificação para as tecnologias específicas da enfermagem, assim distribuídas:¹

1. Tecnologias do cuidado;
2. Tecnologias de concepções;

3. Tecnologias interpretativas de situações de clientes;
4. Tecnologias de administração;
5. Tecnologias de educação no cuidado da saúde;
6. Tecnologias de processos de comunicação; e,
7. Tecnologias de modos de conduta.

Dentre estas, correlacionamos aquelas que consideramos presentes no processo criativo do material em questão e, por considerar importante para o nosso estudo, descrevemos a seguir:

1. **Tecnologias do cuidado** – aquelas que melhoram o padrão da assistência de enfermagem prestada ao cliente e reduz custos com tratamento. Consideramos que o material produzido facilitará a interação entre os profissionais de enfermagem e os surdos, quando a assistência prestada envolva a atenção em saúde sexual e reprodutiva.
2. **Tecnologias de concepções** – quando a assistência de enfermagem está proposta partindo da percepção e visão do mundo em uma determinada óptica. O instrumento didático proposto foi submetido à análise dos instrutores – surdos que validam os sinais utilizados pela população surda local.
3. **Tecnologias de educação no cuidado da saúde** – apontam meios para a formação de uma consciência para a vida saudável, através do conhecimento, discussão e troca de informações sobre a realidade de cada sujeito, que torna-se apto a decidir sobre o processo de saúde-doença. O manual proposto favorece ao conhecimento das diversas nuances que envolvem a saúde sexual e reprodutiva, de forma que o surdo poderá, a partir da sua leitura, verificar fatores de risco durante o exercício de sua sexualidade.
4. **Tecnologias de processos de comunicação** – relacionam meios utilizados para a prestação de informações de cunho terapêutico ou promocional da saúde. Tecer considerações acerca desta classificação quando nos referimos ao material elaborado, poderia se tornar redundante, a partir da premissa de que todo o material proposto baseia-se no favorecimento da interação e do melhor relacionamento entre esta clientela e os profissionais de saúde.

5. **Tecnologias de modos de conduta** – indicam comportamentos orientados para a criação de protocolos assistenciais e propiciam a postura de participação. Parece evidente que a inserção dos surdos na avaliação deste material educativo insere esta proposta na classificação relativa aos modos de conduta.

Nietsche (2000) evidencia que uma tecnologia pode ser considerada emancipatória quando, em seu bojo, contempla quatro componentes:

1. **O exercício da consciência crítica**, que sugere a avaliação da situação vivenciada através do processo reflexão-ação-reflexão e se baseia nos elementos: **a) integralidade** (evita a fragmentação dos sujeitos e combate a visão mecanicista do modelo biomédico); **b) intervenção transformadora** (visa a mudança da realidade); **c) responsabilidade** (reforça os padrões éticos do relacionamento entre profissionais e clientes, tornando-os sujeitos atuantes com parcelas diferenciadas de responsabilidade na situação terapêutica proposta); **d) consciência histórico-político-ecológica** (evidencia o compromisso de profissionais e clientes no que concerne a estas três questões); **e) instrumentalização para a ação** (facilita a aquisição de conhecimentos e reflete nas condições de melhoria do cuidado prestado); **f) desejo de transformação** (reconhece o potencial de sabedoria e a capacidade de aprendizagem de todo ser humano); e, **g) consciência profissional** (envolve o profissional no processo de transformação).
2. **A cidadania**, que compreende a diversidade de direitos de cada indivíduo no desempenho das mais diversas funções do tecido social. Envolve: **a) auto-realização** (promove a realização de profissionais e clientela); **b) segurança preservada** (elimina iatrogenia); **c) equanimidade** (promove o acesso igualitário das pessoas, de forma única, imparcial, autêntica); **d) bem comum** (promove o bem-estar de todos os envolvidos no processo); **e) participação** (valoriza a integração, o interesse e as relações de horizontalidade); **f) relações éticas** (favorece ao direito de orientação, educação e justiça nas relações dos sujeitos e suas escolhas, contribuindo para construção de

um mundo omnilateral); **g) solidariedade** (relação de ajuda, colaboração e confiança compartilhada); **h) exercício dos direitos** (inclui direitos civis, políticos e sociais, inclusive o direito à informação); **i) reciprocidade** (mutualidade empatia entre os sujeitos envolvidos); **j) luta coletiva** (construção, interação e busca de uma melhor condição de vida através da associação de grupos com objetivos comuns); **l) reabilitação para a vida social** (diferentes formas de ajuda que promovem a reintegração dos sujeitos na sociedade); e, **m) cuidado e conforto** (promove o bem estar da clientela).

3. **Liberdade**, que compreende a ação e decisão segundo a própria determinação dos sujeitos. Abrange: **a) escolha de alternativas** (contempla opção, aceitação e ação própria dos sujeitos a partir de critérios originários de sua própria experiência ou de conhecimentos a que tiveram acesso); **b) vivência cultural** (reflete o modo de viver dos sujeitos que designem sua história, suas relações e seus conhecimentos adquiridos); **c) vivência estética** (envolve sentimentos, arte e potencial criador dos sujeitos e influi na medida em que é importante para entendermos expressões subjetivas e objetivas); **d) ação contra-hegemônica** (evidencia todas as formas de ação e luta na transformação da realidade e na anulação de dominações ideológicas e garante os direitos universais e equânimes de saúde e cidadania em uma sociedade democrática); e, **e) limite e possibilidade** (reconhece que a liberdade de cada um está condicionada aos limites que respeitam a liberdade do outro).
4. **Autonomia relativa**, que considera a capacidade dos seres humanos auto-governarem-se, atuando de forma racional a partir de uma apreciação pessoal das futuras possibilidades em função de seus próprios valores. Envolve: **a) desenvolvimento de capacidades** (permite detectar e resolver situações problema através do domínio e auto-capacitação dos sujeitos envolvidos); **b) autoridade** (expressa forma de direito e poder para agir e influenciar em determinado assunto, tornando-se autores das suas próprias ações); **c) criatividade** (capacidade criadora, podendo envolver intuição, sensibilidade e estilo

próprio de cuidar); **d) auto-organização** (aborda as formas e recursos que, ao serem utilizados, podem melhorar as ações de interação); e, **e) auto-determinação** (conhecimento e meios utilizados pelos sujeitos para decidirem sobre suas ações).

Apoiamo-nos na tecnologia como resultado final deste estudo, caracterizando-o nas categorias sugeridas por Nietzsche, Dias & Leopardi (1999), quando visualizamos dois produtos: um relativo ao processo criativo que inclui técnicas, métodos e processos utilizados para se obter um determinado produto – o modelo educativo para surdos aplicado nas oficinas, e, outro, relacionado ao produto elaborado e analisado no decorrer desta pesquisa – o manual sobre saúde sexual e reprodutiva para surdos.

Acreditando, assim como Figueroa (2000), que, quando bem utilizadas pela enfermagem, as tecnologias podem se configurar como uma alternativa para o melhoramento do processo ensino-aprendizagem e, referindo-se ao componente emancipatório, vale ressaltar ainda, as palavras de Nietzsche & Leopardi (2000) quando afirmam que o processo de emancipação está relacionado com o viver cotidiano, sendo um processo contínuo e interior de cada indivíduo, que pode refletir na criação de um espaço de liberdade e autonomia para vivenciar sua cidadania e sua participação ativa e consciente na construção de uma sociedade mais justa e mais equânime.

O DESENHO METODOLÓGICO

“Como educadores de enfermagem temos a necessidade de construirmos ligações entre os mundos acadêmico e cotidiano através da troca de informações.”

(Pereira e Galperin, 1995)

3 O DESENHO METODOLÓGICO

Para relatar a trajetória deste estudo, objetivando a melhor compreensão daqueles que não vivenciaram este processo, achamos oportuno dividir o caminho metodológico nas etapas: pesquisa, elaboração do manual, análise da manual pelos intérpretes, análise da manual pelos instrutores-surdos, abordagem dos sujeitos do estudo, modelo educativo aplicado nas oficinas, exercícios participativos, coleta e análise dos dados e aspectos éticos, conforme descrevemos a seguir.

3.1 Da pesquisa

Este estudo teve suporte na pesquisa-ação, que segundo Thiollent (1998), tem estreita associação com a ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual pesquisadores e representantes da situação onde se insere o problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo.

Sua principal característica refere-se ao fato de transformar a realidade dos sujeitos do estudo, no que concerne à sua saúde sexual e reprodutiva, de maneira participativa, pois consideramos que o envolvimento das pessoas implicadas nos problemas investigados, qual seja a dificuldade de transmissão do conhecimento sobre esta temática, seria absolutamente necessária.

Pretendíamos, assim, evitar a queixa, relatada por Carraro (1997), na qual os sujeitos da pesquisa reclamavam sobre a falta de praticidade dos estudos científicos, onde o pesquisador colhe dados e não retorna com seus resultados para a comunidade.

Haguette (1995) considera que não existe distanciamento entre sujeito e objeto da pesquisa-ação e o seu princípio ético caracteriza-se por uma pesquisa socializada, não só em termos do seu processo de produção, como no seu uso, implicando na necessidade de pesquisador e pesquisado se unirem com o objetivo de minimizar as desigualdades sociais nos seus mais variados aspectos - de poder, de saber ou qualquer outro.

Nesta perspectiva, pretendemos neste estudo, investigar a possibilidade da participação efetiva dos surdos durante a aplicação do modelo educativo, não só

na testagem do material elaborado, como ainda na preparação do grupo para disseminar as informações relativas à saúde sexual e reprodutiva.

Na pesquisa-ação, valoriza-se a idéia de que a realidade não é fixa e que o observador desempenha um papel ativo na coleta, análise e interpretação dos dados (Gil, 1995). Este fato condiz com nossa abordagem, pois respeitamos os valores culturais dos surdos e reconhecemos a importância da participação deste grupo na aceitação da metodologia que pretendemos testar, bem como acreditamos que o conteúdo ofertado pode melhorar a qualidade de vida dos surdos, na medida em que oferece subsídios para desempenhar sua vida sexual de maneira responsável e consciente.

Grabuska & Bastos (1999) acrescentam que a pesquisa-ação é uma conduta em que não se investiga sobre os sujeitos, mas para eles, colaborativamente, envolvendo todos os participantes na busca de um plano de ação concebido coletivamente.

Freire (1994) afirma que toda pesquisa com ênfase na educação tem como ponto chave a investigação do pensar de uma população e quando se investiga uma população junto com ela, tanto mais se está promovendo educação e modificando sua cultura inicial.

Identificamo-nos também com a pesquisa convergente-assistencial, por considerarmos uma modalidade da pesquisa-ação aplicada na enfermagem. Trentini & Paim (1999) reforçam que no desenvolvimento deste tipo de pesquisa, existe uma estreita relação com a situação social, com a intencionalidade de encontrar soluções para problemas, gerando mudanças e introduzindo novidades que possam contribuir para melhoria direta do contexto social pesquisado. Relatam, ainda, que inclui uma variedade de métodos e técnicas pelo fato de que não pretende apenas obter informações, mas, também, envolver os pesquisados, ativamente, no processo.

É importante registrar que, no nosso estudo, assim como na modalidade convergente-assistencial, não nos propomos à generalização da atenção em saúde sexual e reprodutiva e sim, convergir para o aspecto educativo desta prática quando dirigida aos surdos. Pretendemos, assim, solucionar uma situação da prática, que seria a falta de acesso às informações sobre este tema, através

de ações (elaboração do manual e do modelo educativo) que envolvem pesquisadores e outros atores importantes no processo pesquisado.

Torna-se evidente que, assim como na pesquisa convergente-assistencial de Trentini & Paim (1999), o problema deste estudo emergiu da prática profissional cotidiana da pesquisadora, associada a uma vivência pessoal, que lhe trouxe conhecimentos pouco percebidos entre os demais profissionais, determinando, portanto, a importância da temática.

Ainda com referência às questões gerais desta pesquisa, gostaríamos de salientar uma observação quanto ao uso do termo saúde sexual e reprodutiva. Existem controvérsias quanto à sequência das palavras sexual e reprodutiva, porém quando utilizamos esta ordem nos apoiamos na IV Conferência Internacional sobre Desenvolvimento da População, realizada no Cairo (Correa, 1994), que define que todos os seres humanos são sexuados e nem todos seriam reprodutivos, tanto por influência das características pessoais como pela sua ocorrência nos diversos momentos de vida. Justifica-se, portanto, que a atenção à saúde sexual deve ser ofertada em primeiro lugar, por ser geral e, em seguida, oferece-se a assistência à saúde reprodutiva, que está inserida neste contexto.

3.2 Da elaboração do manual

Vale registrar que denominamos de manual, o material didático elaborado, por considerar, assim como Ferreira (1998, 1084), que este é *um pequeno livro com noções essenciais acerca de uma ciência ou técnica*.

Inicialmente, coletamos o maior número possível de materiais educativos disponíveis sobre esta temática nos serviços de saúde reprodutiva dirigidos para a população em geral. A diversidade dos materiais existentes nos levou a uma seleção daqueles que nos pareceram mais claros e compreensíveis para a população surda. Merece destaque que consideramos compreensíveis aqueles materiais que usavam um maior número de gravuras e poucas palavras escritas.

Em seguida, buscamos manuais e livros, nos quais encontramos os principais sinais utilizados na LIBRAS e, de posse desse material,¹ procuramos associar as informações escritas aos sinais correspondentes. Complementando as duas linguagens, o uso de gravuras relativas à anatomia e fisiologia

reprodutiva, feminina e masculina, gravidez e parto, pré-natal, métodos anticoncepcionais, prevenção do câncer ginecológico e detecção precoce do câncer de mama e prevenção das DST cobriria uma lacuna causada pela inexistência dos sinais relativos a esta temática e favoreceria à transmissão dos conteúdos propostos. Estes conteúdos foram escolhidos com base nas ações de saúde sexual e reprodutiva ofertadas nos serviços de saúde e nos questionamentos dos surdos por ocasião da dissertação de Mestrado.

Após a escolha do material a ser reproduzido, elaboramos o texto básico do manual, inicialmente em língua portuguesa. Em seguida, com a ajuda de um *scanner*, copiamos as gravuras relativas aos sinais e aos conteúdos de saúde que tinham sido previamente selecionados. Após esta etapa, foram associadas as duas linguagens, de maneira que a frase escrita era seguida da legenda na língua de sinais.

O manual, após a inserção dos conteúdos, totalizou 41 páginas, incluindo: uma capa; uma breve apresentação deste material; um índice sinalizado, ou seja, com os conteúdos nas duas linguagens; as páginas relativas à saúde sexual e reprodutiva, englobando: a) anatomia e fisiologia dos aparelhos reprodutores masculino e feminino; b) relação sexual e gravidez; c) gravidez; d) pré-natal e parto; e) prevenção do câncer ginecológico; f) abordagem sindrômica das DST; g) detecção precoce do câncer de mama; e, g) métodos anticoncepcionais; e, ainda, uma página de agradecimentos.

A página de agradecimentos visou a citação de forma compreensiva aos surdos daquelas entidades que nos cederam materiais e que, ao serem procuradas, nos informaram que as gravuras disponíveis nas suas publicações poderiam ser utilizadas, com a condição de que fossem relatadas suas origens.

A partir desta etapa, portanto, o manual, que intitulamos **SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA: Falando para surdos** (anexo A), estava pronto para ser apreciado pelos intérpretes, pessoas ouvintes que dominam a língua portuguesa e de sinais.

Consideramos que este material ajudará sobremaneira na aprendizagem dos conteúdos de saúde sexual e reprodutiva. Nesse sentido, corroboramos com Souza (1998), que afirma que a principal finalidade do material didático é dar

apoio aos dois atores deste processo – no nosso caso, educador (profissional de saúde) e educandos (surdos) – nas tarefas pedagógicas, motivando e reforçando o aprendizado.

3.3 Da análise do manual pelos intérpretes

Como primeira etapa externa deste trabalho, solicitamos a colaboração de treze intérpretes para a análise do conteúdo do manual. Os intérpretes são ouvintes que, após muito tempo de convívio com os surdos, dominam a LIBRAS. Eles também são treinados pelos instrutores–surdos, responsáveis pela criação e institucionalização dos sinais. A participação dos treze intérpretes aconteceu de forma voluntária, visto que, após a divulgação deste material, estes se apresentaram para a análise deste instrumento.

Considerando a restrição do tempo dos intérpretes, uma vez que, em geral, estes trabalham ou estudam, achamos oportuno que, para a análise do manual, este fosse dividido em três grupos de acordo com a coerência dos assuntos. Tivemos também o cuidado de distribuir o número de páginas de maneira igualitária, garantindo assim, que cada intérprete analisasse uma semelhante quantidade de páginas.

Objetivando o direcionamento da análise solicitada, foi entregue um questionário, composto por perguntas abertas, com o propósito de investigar a opinião dos intérpretes acerca do conteúdo do manual e das possíveis modificações que pudessem melhorar a compreensão das informações contidas neste material (anexo B).

As sugestões foram analisadas e, quando consideradas pertinentes, devidamente inseridas no texto. Porém, em alguns momentos, ao discordarmos das modificações sugeridas ou ainda, não entendermos o seu propósito, retornamos ao intérprete para o devido entendimento sobre as alterações.

Após esta etapa, teve início a análise do manual pelos instrutores-surdos. Vale salientar que existe um consenso entre os integrantes da comunidade surda, quanto a esta terminologia: instrutores-surdos são estudiosos e divulgadores da LIBRAS, que necessariamente são surdos e intérpretes são os ouvintes que atendem à característica de estudar e divulgar os sinais.

3.4 Da análise do manual pelos instrutores-surdos

A etapa seguinte deste trabalho consistiu na análise do manual pelos instrutores-surdos. No Ceará, existem sete surdos reconhecidos como instrutores pela comunidade surda não só do nosso estado, mas de todo o território nacional e de outros países, cujos surdos mantêm intercâmbio cultural. Os instrutores-surdos são os responsáveis pela criação e oficialização dos sinais, visto que somente são aceitos pela comunidade surda, caso obtenham a aprovação deste grupo. Daí representarem um ponto de apoio para a proposta metodológica em questão.

Para tanto, foi realizada uma oficina, sendo aplicado o modelo educativo, com os objetivos de investigar a opinião dos instrutores-surdos sobre o conteúdo do manual e analisar a necessidade de possíveis modificações ou a criação de novos sinais que pudessem melhorar a compreensão das informações contidas neste material, respeitando ao máximo a cultura surda.

Vale registrar que esta etapa assemelha-se a análise realizada pelos intérpretes, no entanto, optamos pela realização da oficina, por acreditar que esta estratégia facilitaria a nossa compreensão quanto às modificações propostas e oportunizaria a testagem do modelo educativo.

Após incorporarmos as alterações sugeridas, foi dado início à implementação do modelo educativo para os surdos das pastorais e da associação, utilizando o manual como material didático de apoio para as discussões durante as oficinas.

3.5 Da abordagem dos sujeitos do estudo

O universo do nosso estudo foi constituído por surdos inseridos na Associação de Surdos do Ceará (sete instrutores-surdos) e na Pastoral dos Surdos das paróquias de Santa Luzia e São Pio X (dezessete participantes). Esta escolha deveu-se ao nosso contacto com esta clientela e à solicitação do grupo, a partir do trabalho educativo realizado durante a pesquisa de campo implementada no curso de Mestrado. Esta escolha foi importante também pelo fato de que os surdos envolvidos nas pastorais são socializados e dominam as duas línguas: português e de sinais.

No aspecto da educação em saúde sexual e reprodutiva, o grupo de instrutores mostrou-se heterogêneo, visto que, encontramos entre seus integrantes, pessoas solteiras e casadas com filhos; com idade que variou de 21 a 35 anos; e, com nível de escolaridade que varia desde a conclusão do ensino fundamental até o curso universitário. Salientamos, no entanto, que a educação formal não apresenta vínculo com esta temática, uma vez que, conforme, percebemos, no decorrer de nossa prática profissional, que os professores da escola regular mostram-se pouco preparados para a abordagem deste assunto.

Entre os surdos das pastorais, o grupo formado teve características mais homogêneas, sendo seus componentes, em grande maioria, jovens com idades variando entre 16 e 25 anos; solteiros; e com escolaridade centrada no ensino fundamental.

Destaque-se que aplicamos o mesmo modelo educativo para instrutores-surdos e demais sujeitos do estudo. Registre-se, ainda, que os participantes das oficinas realizadas com os integrantes das pastorais foram selecionados pelas pessoas responsáveis, sem que tenhamos influenciado na escolha deste grupo.

Ressalte-se também que a inclusão dos surdos no modelo educativo representou uma continuidade de um trabalho iniciado anteriormente e confirmou o nosso compromisso com o grupo de acordo com o seu próprio interesse e com a estratégia de Freire (1994), que respeita a opinião do aluno quanto ao seu aprendizado. Descartou-se, assim, a possibilidade dos surdos através dessa metodologia, participarem da construção de um instrumento educativo que pode ser utilizado em atendimentos de saúde sexual e reprodutiva e em qualquer outra situação que envolva atividades educativas nesta área.

Apoiando esta perspectiva, Armstrong, Galloway & Tombinson (1993) valorizam o envolvimento do educando, mesmo aqueles com necessidades especiais, no processo de elaboração das atividades educativas.

A primeira abordagem dos surdos, no que se refere ao convite para participar das oficinas, se deu em reuniões da Associação e das Pastorais, onde foi relatada a nossa intenção de implementar o modelo educativo proposto.

Nesse momento, com a ajuda de um intérprete, prestamos esclarecimentos sobre a nossa proposta educativa e como os surdos poderiam se inserir nas

oficinas.

3.6 Do modelo educativo aplicado nas oficinas

As oficinas, intituladas *Oficinas de Educação em Saúde Sexual e Reprodutiva para Surdos*, com carga horária de oito horas-aulas, tiveram como objetivo capacitar os surdos para exercerem sua sexualidade e o seu direito reprodutivo de forma consciente e sem coação (anexos C e D).

A opção pelo uso de oficinas como modalidade educativa ocorreu devido a nossa identificação com os conceitos de Pey (1997), que afirma que esta metodologia favorece o diálogo e, mesmo apresentando objetivos iniciais, apóia a ampla exploração do conhecimento, estando aberta a novos acréscimos e desdobramentos, visto que cada novo grupo lhe acrescenta singularidades e facetas de compreensão e investigação.

Preve (1997), relatando sua experiência com oficinas de sexualidade, revela sua percepção de que as pessoas comunicam-se entre si sobre esta temática, independente de idade ou de entendimentos a respeito de sexo, corpo, cotidiano, preconceitos, enfim, sobre as verdades sexuais prontas, ou seja, os valores postos como normais. Diante dessa concepção, entendemos ser a técnica de abordagem que ofereceu mais subsídios para analisar a aceitação do modelo proposto.

O número de participantes foi limitado em dez surdos para cada oficina, por considerarmos que este total permitiria utilizar os exercícios participativos propostos, bem como facilitaria a exposição dos temas a serem discutidos durante as oficinas.

Os temas desenvolvidos nas oficinas ficaram assim distribuídos: o corpo do homem e da mulher; relação sexual e gravidez; pré-natal e parto; prevenção do câncer ginecológico e prevenção de DST e AIDS; descoberta precoce do câncer de mama e métodos anticoncepcionais.

Os recursos metodológicos das oficinas envolveram o estudo do manual intitulado **SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA: Falando para surdos**, o uso de exercícios participativos ou dinâmicas de grupo, e a demonstração dos procedimentos e do uso dos métodos anticonceptivos. Foram considerados exercícios participativos, as atividades que visam mudanças de comportamento a

partir do trabalho de grupo, no qual os participantes se sentem sensibilizados pelo processo de aquisição de novos conceitos (Souza & Militão, 1997).

O estudo do manual aconteceu de forma espontânea, quando, após a discussão dos conteúdos abordados durante as dinâmicas, procedíamos à consulta deste material e solicitávamos a explicação do grupo quanto às informações contidas no instrumento.

Como recursos materiais de apoio, para o desenvolvimento das oficinas, utilizou-se: manequins de papel, masculino e feminino, em tamanho considerado padrão para o homem e a mulher do nosso país, objetivando melhor visualização da anatomia e fisiologia reprodutiva; modelo pélvico masculino (para orientação do uso do condom) e feminino (para demonstração da inserção do DIU, da colocação do diafragma e da realização do exame ginecológico) e modelo mamário (para exibição do exame das mamas, oportunizando a palpação de nódulos); o kit de métodos anticoncepcionais e os materiais para a realização do exame ginecológico e do acompanhamento pré-natal.

A apresentação do manual ocorreu no primeiro momento da oficina, sendo-lhes colocada a idéia de que o material estava sendo testado e que o grupo teria livre acesso para opinar: possíveis mudanças para melhorar a compreensão de outros surdos.

A sistemática de avaliação do aprendizado durante as oficinas se baseou na observação do comportamento dos surdos durante as discussões e as demonstrações sobre os temas apresentados, bem como o uso da comunicação não verbal do grupo.

3.7 Dos exercícios participativos

Optamos pelo uso de exercícios participativos por considerar assim como Soares (1995), que o lúdico mobiliza sentimentos e emoções: espaço privilegiado de inter-relação humana por representar um sistema de intercâmbio cultural, que favorece a comunicação plena.

Ainda nessa linha de pensamento, Pires & Pires (1992) consideram que o exercício participativo tem sempre duas funções: a função lúdica (prazer de jogar) e a educativa (apreensão de novos conhecimentos).

Referindo-se às dinâmicas de grupo, Andreola (1999) considera que esta

técnica pode se constituir em um instrumento de conscientização e libertação, pois as pessoas, promovendo a síntese de grupo, podem descobrir suas próprias potencialidades.

Os exercícios participativos usados nas oficinas foram consultados em literatura desta natureza e adaptados à realidade dos surdos. Reforçamos que o uso da estratégia lúdica dentro da temática de saúde sexual e reprodutiva pode favorecer o que Yozo (1996) refere como objetivo dos jogos educativos, que seria associar o processo de aprendizagem à descoberta do próprio ser humano. Segundo este mesmo autor, a brincadeira inserida nestas técnicas representa a interrupção temporária da vida real para jogar, permitindo ao indivíduo libertar-se de suas próprias regras sociais e facilitando, assim, a discussão de assuntos, desprovidos de censuras e críticas.

Durante cada oficina utilizamos quatro exercícios participativos, conforme estão descritos a seguir:

1. Nome e sinal

OBJETIVOS:

- Identificar o nome e o sinal de cada surdo.
- Promover a interação do grupo

MATERIAL: Folhas de papel ofício em branco e pincéis

TEMPO: 20 minutos.

DESENVOLVIMENTO:

O animador distribui folhas de papel em branco e pincéis e solicita que cada surdo escreva o seu nome. Em seguida, convida a todos para ficarem de pé, com a folha na mão, um ao lado do outro, formando um círculo e orienta que, um de cada vez, deverá ir ao centro do círculo mostrar seu nome escrito na folha de papel e demonstrar seu sinal. Este sinal deve ser repetido por todos os componentes do grupo, até que todos tenham se apresentado.

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 mesmo 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 dos participantes o desenho feito pelo grupo. Ao animador caberá a solicitação de acompanhar as informações no manual de forma a proceder a correção ou complementação das informações manifestadas pelos participantes.

3. Painel de legendas dos métodos

OBJETIVO: Revisar as informações sobre os métodos contraceptivos

MATERIAL:

- Um painel com a dimensão de 1,5 m X 1,0 m. Neste painel será desenhado um quadro dividido em 11 colunas (uma sobre as características dos métodos e as demais com espaço em branco para colar as cartelas com as características dos métodos) e 03 linhas com as seguintes legendas: 1. Nome dos métodos; 2. Como usar o método; 3. O que é importante saber sobre o método.
- Cartelas com as características de cada método.

TEMPO: 30 minutos.

DESENVOLVIMENTO:

O animador fixa o painel em uma parede e sobre uma mesa coloca as cartelas com as características dos métodos, embaralhadas de forma aleatória. Explica aos surdos que todos devem levantar-se do local onde estão sentados e juntos montar o quadro com as informações corretas sobre cada método, em um tempo de 15 minutos. Informa também que existem assertivas repetidas, porque podem ser comuns a mais de um método. Após o tempo estabelecido, convida-se a todos para que voltem ao seus lugares e inicia a revisão de cada quadro. No caso de informações incorretas, solicitar ao grupo, que se um dos surdos souber a resposta correta, que se encaminhe até o quadro e faça a correção. Se não

houver manifestações de atendimento à solicitação, pedir ao grupo para abrir o manual e procurar as informações corretas. Discutir cada método, permitindo a interação do grupo.

3. Maçãs

OBJETIVO: Descrever as principais informações sobre saúde sexual e reprodutiva.

MATERIAL: Desenhos de maçãs, com as informações sobre saúde sexual e reprodutiva, partidas ao meio (a divisão das maçãs deve ser feita através de encaixes que facilitam a montagem das maçãs e a identificação das mensagens).

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 a montagem de todas as maçãs, cada parilha interpreta a mensagem nelas contidas. O exercício termina quando são explicadas todas as mensagens.

3.8 Da coleta de dados

A coleta de dados ocorreu durante as oficinas, através da observação da interação do grupo e na abordagem individual, por meio de um diário de campo, no qual foram anotadas informações relativas ao conhecimento dos conteúdos abordados, às expressões não verbais e ao interesse dos surdos sobre o tema desenvolvido. O número de oficinas não foi definido de antemão, visto que a delimitação da nossa amostra ficou na dependência da saturação das informações coletadas.

Os dados das oficinas, foram registrados através de filmagens realizadas, vale ressaltar, com a participação de surdos e de intérpretes. Esta estratégia nos permitiu vencer um obstáculo: inicialmente, pretendíamos utilizar duas câmaras de filmagem fixas em tripés, e colocadas nos dois lados da sala. Dessa maneira, seriam captadas as expressões de todos os surdos, visto que as cadeiras estavam dispostas em forma de U. No entanto, com o racionamento de energia imposto pelo governo, as câmaras foram operadas com baterias, inviabilizando o

uso de dois equipamentos, por ser necessário um número de baterias que não dispomos. Assim, tornou-se possível o uso de apenas uma câmara, não podendo ser fixa em tripé, visto que deveria ser manipulada para visualizar o surdo que se expressava em cada momento dos exercícios participativos.

A estratégia de solicitar a participação de surdos e intérpretes, favoreceu a uma maior liberdade durante o desenvolvimento dos momentos educativos e representou uma motivação complementar para o grupo. Esta técnica permitiu o registro das informações necessárias ao nosso estudo, garantindo maior fidedignidade dos dados e evitando a presença de pessoas estranhas ao processo, sem, no entanto, tolher a nossa liberdade de ação.

Ressalte-se, outrossim, que a filmagem constitui-se um excelente meio de registro da comunicação não verbal muito presente entre os surdos e sua eficácia já foi comprovada em pesquisas anteriores (Nogueira, 1998). O material registrado em filme nos permitiu analisar o comportamento dos surdos e avaliar o aprendizado do grupo quanto à temática proposta a partir da aplicação do manual associado aos exercícios participativos.

Utilizamos, ainda, um formulário de avaliação do modelo educativo (anexo E), respondido pelos surdos ao final de cada oficina, que compreendia um quadro com os quatro aspectos que consideramos relevantes no modelo educativo: o manual, os exercícios participativos, os assuntos abordados e o tempo de realização da oficina, seguidos de três conceitos, sugeridos por nós: bom, mais ou menos ou ruim, escolhidos por entendermos como mais fáceis de serem interpretados pelos surdos. Abaixo do quadro, acrescentamos algumas linhas em branco, objetivando um espaço para os surdos que conhecem a língua portuguesa, expressarem, livremente, suas opiniões.

3.9 Da análise dos dados

A análise dos dados consistiu em assistir às fitas inúmeras vezes, a fim de registrar as nossas impressões nos variados momentos vivenciados pelos grupos. Em seguida, comparamos os dados coletados na filmagem com as anotações do diário de campo, no qual estavam listados os pontos que chamaram nossa atenção durante todos os momentos de interação. Para investigar a opinião dos

surdos, analisamos os conceitos assinalados e as falas registradas nos formulários. Procedemos, então a análise deste material à luz das idéias de Freire (1980), quando distribuimos as diversas etapas do processo de criação e análise do modelo educativo dentre as quatro fases sugeridas no método deste educador, e Nietzsche (2000), quando buscamos avaliar este modelo dentro das características da tecnologia emancipatória.

3.10 Dos aspectos éticos

No que concerne aos aspectos éticos, o projeto deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará – COMEPE e registrado no protocolo nº 31/01 em 29 de março de 2001 (anexo F), de acordo com as normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde (Brasil, 1996d), que determina a eticidade em pesquisa envolvendo seres humanos. Este estudo atendeu aos quatro critérios desta resolução.

O consentimento livre e esclarecido foi respeitado, à medida que compartilhamos com os surdos a nossa proposta de estudo e que registramos por escrito a concordância dos representantes das instituições onde foram realizadas as atividades. A realização das oficinas fora do horário dos encontros habituais dos surdos também constituiu-se em um fator de liberdade de participação, uma vez que não houve interferência na rotina do grupo.

Quanto à proteção a grupos vulneráveis e aqueles legalmente incapazes, lembramos que os surdos são considerados cidadãos capazes, tendo inclusive direito ao voto, segundo a Constituição Brasileira. Apesar de não ser considerado um critério para a composição da nossa amostra, observamos que o interesse da participação nas oficinas, manifestado entre os surdos adultos, constituiu-se em um fator importante na formação dos grupos.

A garantia do anonimato dos sujeitos da pesquisa foi respeitada à medida em que utilizamos o nome de planetas para substituir o nome dos surdos cujas opiniões mereceram destaque. A opção pelo uso desta estratégia ocorreu como forma de preservar as identidades dos participantes e pela correlação simbólica da situação das pessoas com necessidades especiais e a distância existente

entre estes planetas e a Terra. Distância esta que somente torna-se insignificante para os observadores atentos e sensibilizados para esta realidade.

A preferência pela utilização do nome de planetas do sistema solar registra também uma homenagem ao pai da investigadora que, desde cedo, ensinou-lhe a visualizar a beleza do universo, bem como, valorizar pequenas jóias, despercebidas aos olhares menos atenciosos à singularidade do céu e à particularidade dos deficientes.

No que se refere à relação risco benefício, consideramos que o desconhecimento desse segmento da saúde dos surdos representa um grande risco no exercício da sexualidade e que a abordagem que realizamos teve como principal artefato metodológico um processo educativo baseado nas experiências do grupo, de forma que respeitamos sua cultura e respondemos às suas necessidades. Acreditamos, assim, que longe de ser um risco para esta população, o fato de receber informações corretas sobre um tema tão cheio de tabus e preconceitos, somente poderá trazer benefícios, dando oportunidade para o exercício livre e consciente da sua sexualidade.

Quanto a garantia que os danos previsíveis seriam evitados – não maleficência, entendemos que nossa proposta não trouxe prejuízo para os surdos. Consideramos, ainda, que o conhecimento adquirido durante as oficinas poderá contribuir para o bem estar daqueles que experenciam ou pretendem ter vida sexual ativa.

Com relação à justiça e equidade, ponderamos que o material elaborado a partir deste estudo, facilitará a atenção em saúde sexual e reprodutiva dirigida aos surdos, minimizando sua vulnerabilidade nos serviços já existentes. Além disso, somos sabedoras de casos em que pessoas pouco escrupulosas se valem do desconhecimento desta temática para a exploração sexual de alguns surdos. cremos mais uma vez, que este material poderá garantir um maior discernimento dos surdos quanto aos temas discutidos sem preconceitos em nossas oficinas.

O MANUAL: INSTRUMENTO DA EDUCAÇÃO COMO PRÁTICA LIBERTADORA

*"A proposição de tecnologias
emancipatórias inclui o exercício da
liberdade."*

Nietzsche (2000)

4 O MANUAL: INSTRUMENTO DA EDUCAÇÃO COMO PRÁTICA LIBERTADORA

Inicialmente, a elaboração do manual nos parecia utopia e, em vários momentos, pensamos em utilizar materiais já produzidos para o segmento ouvinte de nossa sociedade. Mas, à medida que realizávamos outros trabalhos com os surdos sentíamos a necessidade de utilizar um instrumento de apoio didático específico para esse segmento da nossa sociedade. Os primeiros passos foram incertos, mas, à medida que pesquisávamos os conteúdos e buscávamos os sinais correspondentes a estes, descobrimos um novo caminho para a aproximação entre surdos e ouvintes.

A experiência de elaboração deste material foi bastante rica de significados e favoreceu ainda mais o nosso entendimento sobre a cultura dos surdos, tendo em vista que teve embasamento na escassa literatura na qual encontramos registros da Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) e, à medida que não encontrávamos as gravuras dos sinais necessários para expor nosso conteúdo, buscávamos junto aos surdos, sinais alternativos ou alguns que ainda não tinham sido publicados e que poderiam ser desenhados.

É importante registrar que os surdos se sentiam prestigiados com a solicitação de colaborarem durante a fase de elaboração do manual e sempre que a eles nos dirigimos, as nossas dúvidas foram esclarecidas com uma atitude solidária. Em várias oportunidades, acrescentaram sugestões que, segundo eles, poderiam deixar o conteúdo mais compreensível aos surdos.

Antes de descrever o produto didático construído, gostaríamos de refletir sobre a oportunidade de estudar a Língua de Sinais (LIBRAS), visto que a comprovação de que a língua de sinais é uma língua natural e obedece a padrões, tal como as outras, tem permitido uma mudança na maneira dos ouvintes conceberem o surdo, vendo-o em um contexto social, cultural e lingüístico (Valentini, 1995).

Segundo Coutinho (1996), a LIBRAS é muito mais do que a reprodução de gestos espontâneos que os ouvintes produzem para auxiliar a si mesmos em seu processo de comunicação; é a expressão da cultura dos surdos e sua

estrutura tem uma classificação própria. No entanto, o insuficiente conhecimento dos ouvintes acerca desta língua, tem levado à interpretação de que os sinais se restringem às letras do alfabeto e que seria necessário sinalizar cada uma das letras para formar uma palavra. Acreditamos que a distribuição de cartelas contendo o alfabeto dos surdos mediante uma contribuição simbólica (fato que acontece corriqueiramente nos semáforos das grandes cidades), provavelmente, tenha sido responsável por esta impressão errônea, que tem acarretado o pouco interesse dos ouvintes por uma língua considerada de difícil assimilação.

Observamos também, que por ser uma língua de reconhecimento recente e pela grande variedade de sinais com significados semelhantes, os registros dos sinais através de gravuras são limitados e os sinais relativos a palavras subjetivas, em geral são difíceis de encontrar, mesmo na literatura específica. Essa dificuldade também é observada para os sinais referentes à sexualidade.

O estudo da Língua de Sinais evidencia propriedades únicas de um sistema de comunicação que faz uso de um canal gestual-visual. O uso de uma língua visual, assim como das outras línguas sinalizadas, envolve diferentes funções do cérebro para sua produção e percepção. No entanto, também apresenta semelhanças tais como o fato de que, assim como nas línguas orais, também não é universal, tendo a Língua de Sinais brasileira, americana, francesa, chinesa, dentre outras. Vale ressaltar que, embora cada país tenha sua língua de sinais, esta não tem nenhuma relação com a língua oral do país (Valentini, 1995).

A autora evidencia, ainda, que a Língua de Sinais, por fazer uso de um espaço multidimensional (simultaneamente constituindo sinais na formação de palavras e de orações) e do espaço temporal (linearidade temporal), diferencia-se da língua oral, por obedecer uma seqüência e uma linearidade durante a fala. Lembra também que, na Língua de Sinais, se faz necessário, por vezes, algum empréstimo da língua oral, daí a utilização do alfabeto manual – datilologia. Assim, cada configuração de mão representa uma letra do alfabeto que é expresso de forma linear e seguindo a estrutura oral-auditiva. Nesse

contexto, o sinal da sigla AIDS se constitui da configuração manual dessas quatro letras do alfabeto verbal. -

O manual, após a inserção dos conteúdos, totalizou 41 páginas, assim distribuídas:

1. Capa, constituída do título - **SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA: Falando para surdos** - e do nome da autora;
2. Uma breve apresentação do manual;
3. Índice sinalizado, em que os conteúdos estão escritos na língua portuguesa e LIBRAS;
4. Conteúdos de saúde sexual e reprodutiva: o corpo do homem e da mulher; relação sexual e gravidez; a gravidez; pré-natal; parto; prevenção do câncer ginecológico; abordagem sindrômica para DST e AIDS; descoberta precoce do câncer de mama; e. métodos anticoncepcionais – tabela, método do muco, método da temperatura, diafragma, condom/camisinha, espermicida, DIU, pílula, injeção, laqueadura tubária e vasectomia.
5. Agradecimentos – às instituições que, de forma direta ou indireta, permitiram o uso de gravuras que facilitaram a compreensão dos conteúdos. Consideramos indireta a autorização do Ministério da Saúde que permite o uso do seu material desde que se faça referência à fonte de pesquisa.

As ações de saúde sexual e reprodutiva descritas no manual são relevantes, não só para a saúde da mulher ou do casal, como também para a higidez social, já que homens e mulheres geram famílias que representam a célula *mater* da sociedade. Diante da valoração destas, registrar-se-á uma breve descrição acerca de suas peculiaridades.

4.1 Prevenção do câncer ginecológico e diagnóstico precoce do câncer de mama

Apesar dessas ações, em geral, estarem associadas em uma mesma consulta, faremos sua descrição de forma separada, por considerá-las caracteristicamente diferenciadas.

4.1.1 Prevenção do câncer ginecológico

O câncer cérvico-uterino é uma doença progressiva, iniciada com transformações intra-epiteliais que podem evoluir para um processo invasor, através de alterações celulares responsáveis por lesões cervicais pré-invasoras que evoluem. De acordo com sua gravidade, estão classificadas em neoplasias intra-epiteliais cervicais (NIC), variando em tipos I, II e III.

A prevenção do câncer ginecológico consiste na detecção, diagnóstico e tratamento dessas lesões cervicais pré-invasoras.

A epidemiologia dessa neoplasia está relacionada com a precocidade da atividade sexual, multiplicidade de parceiros sexuais, história de infecções do trato reprodutor (especialmente àquelas relacionadas ao Papilomavírus humano e Herpes vírus tipo 2), baixo nível sócio-econômico e as carências nutricionais com hipovitaminose. Segundo Zeferino & Galvão (1999), esta patologia ainda representa um grave problema de saúde pública e as ações preventivas para controlar a morbimortalidade causadas por este tipo de câncer ainda são insuficientes.

O exame ginecológico para prevenção do câncer cervical se compõe das seguintes etapas: 1. Coleta e fixação de esfregaço cérvico-vaginal, que consiste em fixar em uma lâmina o material colhido a partir do raspado de células do colo uterino, que deverá ser examinado posteriormente em microscópio; 2. Teste do ácido acético a 2%, que é a inspeção do colo uterino e paredes vaginais após a aplicação desta solução para identificar lesões decorrentes de infecções por Papilomavírus humano (HPV), microrganismo considerado importante para a etiologia do câncer cérvico-uterino; e, 3. Teste de Schiller, que consiste na avaliação do colo uterino após a aplicação da solução de lugol, cuja coloração por esta substância significa a presença de células normais (Brasil, 2000a).

Esses procedimentos são simples, de baixo custo e podem prevenir estas neoplasias, que, no Brasil, implicam em um grave problema de saúde pública, já que a desinformação e os fatores culturais presentes na nossa população, dificultam a compreensão das mulheres quanto a importância de sua realização.

Confirmando esta realidade, Lopes (1994) relata que na maioria das vezes, esse exame é acompanhado de vergonha e ansiedade, o que pode ocasionar a baixa adesão da população

A detecção de anormalidades durante este procedimento justifica a investigação através de outros exames, tais como: colposcopia, histopatologia, biópsia e curetagem.

4.1.2 Diagnóstico precoce do câncer de mama

O câncer de mama é a segunda causa de morte por câncer no Brasil e sua etiologia está relacionada com história familiar de câncer de mama, e ainda, idade avançada, situação sócio-econômica alta, gravidez tardia, obesidade, menarca precoce, menopausa tardia (Ceará, 1998).

O controle desta patologia envolve as seguintes ações: o auto exame mensal das mamas, que deverá ser realizado pela própria mulher sempre após o período menstrual; o exame clínico das mamas e áreas supraclaviculares e axilares e mamografia, como exame anual a partir dos quarenta anos (Brasil, 1999c). Brenelli & Kalaf (1999) acrescentam ainda a estas ações, a realização da ultrassonografia mamária como uma das propedêuticas para diagnóstico diferencial entre esta patologia e outras benignas.

Este exame está dividido em duas etapas simples, facilmente realizáveis, independente do nível cultural ou educacional da mulher.

A primeira etapa consiste na observação das mamas: inicialmente estática, quando a mulher coloca-se frente a um espelho e sem roupa, observa se existe a presença de alterações do tecido mamário, retração mamilar ou qualquer outra manifestação que leve à suspeita de câncer. Em seguida, a observação dinâmica é feita quando a mulher eleva lentamente os braços e volta à posição original, em busca de alguma alteração no contorno das mamas.

A segunda etapa consiste na palpação das mamas e dos tecidos adjacentes (regiões supraclaviculares e axilas) com a polpa dos dedos, com o objetivo de identificar nódulos (Brasil, 1999d).

A partir da identificação de qualquer dessas alterações, a mulher deverá procurar o serviço de saúde para esclarecimento do diagnóstico.

No serviço de saúde, o primeiro procedimento ao qual a mulher é submetida consiste no exame clínico. Nesta ocasião, o profissional de saúde realiza as mesmas etapas do auto exame das mamas, no entanto, a sua experiência, em geral, auxilia na confirmação ou abandono das suspeitas da mulher a partir do auto exame .

A mamografia consiste em um exame radiológico, utilizado para o diagnóstico complementar. Nesse exame, pode-se perceber alterações ainda iniciais que justifiquem uma propedêutica especializada.

4.2 Abordagem sindrômica para DST

As doenças sexualmente transmissíveis (DST), consideradas os agravos à saúde mais comuns em ginecologia, tem alta morbidade e podem resultar em infertilidade, doenças neonatais e infantis, gravidez ectópica, câncer anogenital e morte (Brasil, 1999b).

Philippi, Malavassi & Arone (1994) afirmam que mesmo com tantos progressos no diagnóstico e tratamento das DST, o aumento da sua incidência decorre principalmente da mudança de comportamento sexual, da ignorância e da indecisão dos indivíduos afetados quanto à necessidade de buscarem tratamento adequado e evitarem contaminar seus parceiros.

Como o próprio nome sugere seu principal meio de transmissão ocorre através da relação sexual, no entanto, ainda podendo acontecer devido à transfusão sanguínea e a transmissão vertical da gestante para o feto, como outros riscos significativos.

A magnitude deste problema está associada ao fato de que o aparecimento de uma DST pode influir no aparecimento de outras destas, incluindo aí a mais temida delas – a Síndrome da Deficiência Humana adquirida (SIDA), além das graves complicações decorrentes de DST não

tratadas: altos custos de assistência à saúde e as graves conseqüências sociais associadas.

O exame físico, a orientação no que diz respeito à prevenção destas patologias e o seu tratamento devem ocorrer durante a consulta de prevenção de câncer ginecológico ou de forma isolada, quando a clientela busca o serviço de saúde com queixas específicas.

A orientação para prevenção das DST tem recebido o nome específico de aconselhamento e apresenta peculiaridades próprias, visto que sua forma de transmissão envolve práticas muito íntimas, carregadas de simbolismos particulares, social e culturalmente determinados (Brasil, 1999a).

A abordagem atual sugere que o manejo das DST siga a investigação pelo método chamado de *abordagem sindrômica para DST*, que identifica as síndromes mais comuns através da anamnese e do exame físico, utilizando um conjunto de fluxogramas que levam ao tratamento dos agentes etiológicos mais freqüentes e uma cobertura de amplo espectro.

Dentre as síndromes mais comuns merecem destaque: *corrimento vaginal*, decorrente de vulvovaginites infecciosas (tricomoniase, vaginose bacteriana e candidíase) e cervicite (gonorréia e infecção por Clamídia) e *uretral*, ocasionado por gonorréia, infecção por Clamídia, tricomoniase, Micoplasma e ureaplasma; *úlceras genitais*, conseqüente de sífilis, cancro mole, Herpes genital e donovanose; e, por fim, *desconforto ou dor pélvica na mulher*, devido à gonorréia, infecção por Clamídia e infecção por germes anaeróbicos (Brasil, 1999b).

4.3 Assistência pré-natal

Esta atividade é específica para gestantes e consiste no seu acompanhamento durante a evolução da gravidez, visando prevenir complicações para mãe e filho.

Deve ocorrer um mínimo de seis consultas e tem atividades bem definidas, tais como: aferição de medida de fundo uterino, solicitação e análise de exames laboratoriais, imunização contra o tétano e verificação de pressão arterial.

A principal característica dessa assistência, idealizada pelo Ministério da Saúde, é a parceria proposta pelo governo entre a gestante, parceiro, família e profissionais de saúde para garantir uma gravidez com segurança (Brasil, 2000b).

4.4 Assistência ao planejamento familiar

Na retrospectiva histórica do planejamento familiar, constata-se seu reconhecimento como direito humano básico a partir da I Conferência Internacional sobre Direitos Humanos Básicos, realizada em 1974, em Teerã, confirmado na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, realizada em 1974, em Bucareste e caracterizado como uma ação de Saúde Pública na Declaração de Alma Ata em 1979 (Correa, 1994).

Percebe-se portanto, que o Planejamento Familiar, há muito, se constitui uma preocupação mundial, sendo, inclusive, uma das pautas da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, em 1994. O relatório final deste evento ressalta que o sucesso dos serviços de planejamento familiar depende da informação e o princípio da escolha livre e informada, de ter ou não ter filhos, é essencial para o sucesso a longo prazo dos programas de planejamento familiar (Correa, 1994).

Nesta perspectiva, o planejamento familiar se confirma como uma das mais importantes ações para a inversão dos indicadores de saúde, principalmente no que se refere à morbimortalidade materno-infantil (Barnett, 1994).

Nota-se, porém que, mormente todos os reconhecimentos da importância do Planejamento Familiar para a sociedade, ainda é negado a uma grande parcela da população, esse direito.

Tem sido negado não só o acesso aos métodos contraceptivos e aos tratamentos especializados para reverter a infertilidade, ocasionado pela carência destes serviços, como também a oportunidade de ter acesso ao aconselhamento em planejamento familiar, momento importante da ação educativa, onde o profissional orienta sobre as opções existentes para o casal realizar adequadamente o seu planejamento familiar.

Assim, a informação, a orientação e o respeito à dignidade do ser humano é um aspecto imprescindível para um bom planejamento familiar. Em relação especificamente à contracepção, Sabino Neto e Sales (1998) consideram como obrigação científica do profissional de saúde promover a adequação do método anticoncepcional à realidade de cada casal.

Quando analisado o conceito de planejamento familiar, evidencia-se:

o direito de cada pessoa à informação, à assistência especializada e ao acesso aos recursos que lhe permitam uma opção livre, consciente e responsável 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).

Percebemos, por conseguinte, que o conceito de planejamento familiar é bem mais abrangente do que a mera idéia de evitar filhos por envolver dois aspectos da vida reprodutiva: a contracepção – que trata do conhecimento e acesso aos métodos para evitar a gravidez - e o tratamento da infertilidade conjugal – atenção oferecida ao casal, com vida sexual ativa, que busca a gravidez.

4.4.1 Assistência em infertilidade conjugal

A infertilidade conjugal é a ausência de gravidez em um casal, com vida sexual ativa sem uso de medidas contraceptivas, no período de dois ou mais anos, cuja tentativa de gravidez não se concretizou (Brasil, 1996a). Subdivide-se em infertilidade primária, quando não ocorreu gestação prévia; infertilidade secundária, quando acontece após uma ou mais gestações; esterilidade, quando há incapacidade definitiva de gestar; e, abortamento habitual, quando ocorre de três ou mais interrupções alternadas ou consecutivas da gravidez até 20 semanas.

Para assistência em infertilidade conjugal é importante uma boa investigação do fatores de infertilidade do casal – anamnese rigorosa e exames laboratoriais para pesquisa destes, quer no homem, quer na mulher. No que diz respeito à atenção primária de saúde, esta propedêutica inclui algumas atividades específicas, dentre as quais destacamos:

- coleta de material para citologia vaginal e solicitação de exames laboratoriais padronizados pelo Ministério da Saúde;

- orientação do casal quanto à prática sexual para facilitar a gravidez: identificação do período fértil da mulher e concentração das relações sexuais neste período.

Caso estas práticas não surtam o efeito desejado, o profissional de saúde deve encaminhar o casal a outros níveis de atenção.

Esta ação não foi descrita no manual por entendermos que não ocorre oferta e demanda constante desta prática, porém foi discutida durante as oficinas.

4.4.2 Assistência em contracepção

Considera-se contracepção a liberdade de escolha dos métodos contraceptivos a partir da informação das características de cada método, permitindo que o casal faça a opção adequada à sua realidade. Atualmente, utiliza-se a palavra característica para descrever todas as nuances dos métodos, incluindo vantagens e desvantagens, visto que este aspecto está na dependência do estilo de vida de cada casal.

Observamos ao longo de nossa experiência profissional, que a assistência à pessoa que deseja a contracepção tem sido dificultada por muitos fatores, dentre eles, a política governamental que inviabiliza o acesso dos casais aos métodos contraceptivos e a deficiência dos serviços de saúde reprodutiva que, por não disporem de um amplo número de métodos contraceptivos, se sentem desobrigados a fornecer informações sobre todos os métodos, de maneira que se restringem aos disponíveis em suas farmácias. Hoga (1996) corrobora com esta idéia ao afirmar que em estudo realizado em determinada cultura, as práticas anticoncepcionais eram influenciadas pela dificuldade de acesso ao leque de métodos contraceptivos, sendo quase sempre restritas à pilula anticoncepcional.

Como agravante desta realidade, ainda podemos citar a influência da Igreja Católica, que restringe a sua aceitação da contracepção, ao uso dos métodos comportamentais e à amamentação. Para Ellis & Hartley (1998), essa defesa, veemente, do uso dos métodos considerados naturais pretende garantir a propagação da raça humana. Independente dos motivos dessa postura da Igreja, sabe-se que a sua influência em nossa sociedade é ainda

muito forte, de forma que este assunto pela sua natureza polêmica, passa a ser ignorado ou tratado com tabus, dificultando uma discussão aberta na sociedade.

Sobre este assunto, Figueró (1999) comenta que este fato ocorre devido ao desconforto entre a visão eclesial e a realidade cotidiana atual, decorrente da inflexibilidade e do atraso da Igreja Católica acerca desta temática.

Por outro lado, provavelmente pela indisponibilidade de métodos que possam prover a população de uma prática anticonceptiva adequada, o governo, que gasta milhões de dólares em propagandas político-partidárias, não utiliza os meios de comunicação de massa para esse fim, deixando a população desinformada e, conseqüentemente, desassistida no que se refere ao seu direito à anticoncepção.

4.4.2.1 Os métodos contraceptivos

Sabemos da inexistência de um método anticoncepcional ideal, pois ao longo dos séculos, muitas práticas têm sido utilizadas com o objetivo de evitar a gravidez até se chegar aos métodos contraceptivos usados 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);
- Dispositivo intra-uterino (DIU);
- Métodos cirúrgicos (laqueadura tubária e vasectomia).

A *lactação amenorréica* é o método anticoncepcional baseado na infertilidade temporária que ocorre durante a amamentação e na supressão da ovulação, devido à ação dos hormônios que alteram a função ovariana.

Está restrito ao período de seis meses após o parto, pois caracteriza-se pelo aleitamento materno 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). É considerado de

boa eficácia, com taxa de gravidez de 1 a 2% nos primeiros seis meses pós-parto (Brasil, 1996a).

Os *métodos comportamentais* são aqueles que o casal altera 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.

Apresenta altos índices de falha, portanto deve ser usado com cautela entre mulheres cuja gravidez poderia expor a qualquer tipo de risco reprodutivo (Hatcher *et al.* 1983, 1999).

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, Riseborough & Mcintoch, 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 varia de 2 a 3 dias, no máximo, e, a viabilidade do óvulo é de 24 horas (Hatcher *et al.* 1983, 1999).

O *método de Billings* ou *do muco cervical* consiste em identificar o período fértil através da observação do muco cervical durante o ciclo menstrual e evitar as relações sexuais durante esta fase. A taxa de falha deste método está em torno de 3 a 20% de gravidezes por mulheres/ano (Blumenthal, Riseborough & Mcintoch, 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 tranquilo) 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.

No método conhecido por *sinto-térmico*, onde se associa o uso da tabela e do método de Billings, o casal se abstêm das relações sexuais 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.

Como método anticoncepcional utiliza-se também o coito interrompido, que 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 a sua taxa de falha: 20 a 25 gravidezes por 100 mulheres/ano (Hatcher *et al.* 1983, 1999), por exigir maior controle do casal.

Os métodos de barreira impedem a ascensão dos espermatozóides até o trato genital superior (útero e trompas), 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. Considera-se alta a sua taxa de falha, de 10 – 30 gravidezes por 100 mulheres/ano, durante o primeiro ano de uso (Blumenthal, Riseborough & Mcintoch, 1995).

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 esperma alcance o trato genital superior. Também considerado de baixa eficácia, pois a sua taxa de gravidez é de 05 – 25 por 100 mulheres/ano, durante o primeiro ano de uso (Blumenthal, Riseborough & Mcintoch, 1995). Um dos obstáculos para o seu uso é o fato de necessitar de um profissional treinado para realizar a medição inicial do diafragma, além de estar associado com infecções do trato urinário.

Os *espermicidas* são produtos químicos que inativam e/ou matam os espermatozóides através da ruptura da membrana celular e da interferência na sua mobilidade e sua habilidade para fertilizar o óvulo. Este método se apresenta de várias formas: tabletes, supositórios, geléias, óvulos e espumas, sendo necessário o seu uso a cada relação sexual. A taxa de falha deste método é alta, sendo de 10 a 30 gravidezes por 100 mulheres/ano, no primeiro ano de uso (Blumenthal, Riseborough & Mcintoch, 1995).

Os *anticoncepcionais hormonais* podem ser encontrados em várias formas de apresentação: pilulas, injeções, implantes intradérmicos e dispositivos intra-uterinos,

Estes *anticoncepcionais* podem ser classificados em combinados, que contém os dois hormônios femininos (estrógeno e progesterona) e produzem a supressão da ovulação, o espessamento do muco cervical (evitando a penetração do espermatozóide), o adelgaçamento do endométrio (o endométrio torna-se fino e, em geral, insuficiente para a implantação do ovo, no caso de fecundação) e a redução do transporte do espermato até as trompas. 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, Riseborough & Mcintoch, 1995).

O dispositivo intra-uterino (DIU) é um pequeno aparelho de plástico flexível que deve ser inserido na cavidade uterina. Os tipos usados atualmente no Brasil possuem filamentos de cobre, uma vez que o governo brasileiro considera os demais como abortivos. Os modelos disponíveis atualmente oferecem proteção praticamente completa contra a gravidez por períodos mais longos do que qualquer outro método contraceptivo reversível (Population Reports, 1995a).

O DIU interfere na capacidade de passagem do espermato 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 espermatozoides até o trato genital superior; e, altera a camada endometrial, sendo de alta eficácia, com taxa de gravidez de 0,5 a 1,0 por 100 mulheres durante o primeiro ano (Blumenthal, Riseborough & Mcintoch, 1995).

Os métodos cirúrgicos são considerados métodos irreversíveis, apesar de haver alguma possibilidade de retorno à fecundação, de forma voluntária ou involuntária. Considerados de alta eficácia, têm como taxa de falhas: na laqueadura tubária, em torno de 0,2 a 0,4 e, na vasectomia, 0,1 a 0,15 por toda a vida reprodutiva, já que estes são métodos definitivos (Blumenthal, Riseborough & Mcintoch, 1995).

Alertamos para a inexistência de um método ideal, pois cada anticonceptivo tem suas características que se adaptam à realidade e à vida reprodutiva de cada casal. Assim, neste processo, a função do profissional de saúde é de orientar e educar quanto às características dos métodos contraceptivos, porém, a decisão do seu uso cabe a cada indivíduo e/ou casal.

A descrição de alguns dos conteúdos descritos no manual, tais como a anatomia e fisiologia reprodutiva e os procedimentos, somente tornou-se possível através do uso de ilustrações que retratavam os aparelhos reprodutores ou o próprio exame. Por isso, associamos as gravuras dos sinais com aquelas relativas a esta temática, de forma que fosse possível ao surdo compreender a mensagem veiculada. Não nos aprofundamos nos conteúdos, por entender que, uma maior quantidade de informações, poderia dificultar o aprendizado das idéias gerais, consideradas mais importantes.

Até o presente momento, o manual ainda se encontra em forma monocromática, na cor preta, por questão de economia (testagem do material). No entanto, pretendemos editá-la utilizando cores que a tornem mais atrativa.

O segundo momento da elaboração do manual constituiu-se em submeter o material à apreciação dos intérpretes. Lembramos que os intérpretes são ouvintes que dominam a língua de sinais. Essa oportunidade foi gratificante, tanto pela sua contribuição, no sentido de tecer observações que tornaram o conteúdo do manual mais compreensível aos surdos, como também pela admiração pelo trabalho e pelo apoio destas pessoas para a continuidade do estudo.

A aproximação com os intérpretes também favoreceu a credibilidade deste grupo no que concerne ao modelo utilizado. A partir dessa abordagem, os intérpretes passaram a colaborar no contato com os surdos, servindo de mediadores e auxiliando na formação dos grupos que comporiam as oficinas.

Vale ressaltar a pertinência das sugestões dos intérpretes que, por sinal, foram incorporadas ao material didático.

A partir dessa etapa nos sentimos aptos a aplicar a modelo educativo proposto, tendo como apoio o instrumento didático elaborado.

O primeiro grupo participante da investigação foi constituído por instrutores-surdos, por apresentar condições para analisar os sinais utilizados

no manual. Esta etapa garantiu a testagem do material produzido e do modelo educativo utilizado nesta pesquisa.

A desenvoltura dos surdos (tanto os instrutores como os integrantes das pastorais) durante a aplicação do material (manual) e do modelo educativo e a informalidade das discussões nos acenou para a sua competência em lidar com a tecnologia proposta neste estudo. As expressões faciais que denotavam entendimento e a interação do grupo, que discutia, entre si, os assuntos contidos no manual também nos levaram a inferir este material como um instrumento de educação libertadora, visto que nossa intervenção somente foi solicitada para temas mais complexos e não abordados no manual, tais como: gemelaridade, infertilidade e aborto.

Reportamo-nos à classificação de Nietzsche (2000) para analisá-la como:

- a) tecnologia do cuidado (melhora do padrão da assistência de enfermagem aos surdos);
- b) tecnologia de concepções (oferece uma visão da temática a partir da óptica dos surdos);
- c) tecnologia de educação no cuidado da saúde (aponta meios para formação de uma consciência crítica para a vida saudável);
- d) tecnologia de processos de comunicação (meios de comunicação com finalidade terapêutica); e,
- e) tecnologia de modos de conduta (propicia postura participativa e mudanças de comportamento).

AS VIVÊNCIAS DURANTE AS OFICINAS

"...A oficina é fruto do metabolismo de um grupo e favorece o estabelecimento de um diálogo uniforme..."

Pey (1997)

5 AS VIVÊNCIAS DURANTE AS OFICINAS

A partir dos dados obtidos por ocasião das oficinas e considerando a riqueza de informações e a heterogeneidade dos resultados, achamos oportuno dividir nossa análise em três etapas: a primeira no decorrer da oficina realizada com os instrutores-surdos, por entender que este grupo é considerado competente no que concerne à Língua Brasileira de Sinais e pode se constituir um apoio na avaliação do modelo educativo e do material produzido; a segunda etapa se refere às oficinas realizadas nas pastorais, que estão compostas de surdos dos mais variados níveis sócio-educacionais e a terceira relativa à opinião dos surdos quanto à nossa proposta.

Inferre-se que esta conduta pôde garantir uma avaliação mais fidedigna quanto à aceitação do método proposto e do manual utilizado, visto que foi compreendida uma amostra heterogênea perpassada por vários aspectos da cultura surda.

Ao nos referirmos às instalações físicas onde foram realizadas as oficinas, vale registrar uma dificuldade: o racionamento de energia, proposto pelo governo, fez-nos alterar o planejamento inicial na técnica de coleta de dados. Pretendíamos utilizar a filmagem com duas câmaras. No entanto, nos locais das oficinas, a energia elétrica estava desligada e tivemos que realizar a filmagem com a câmara operada com baterias. Essa intercorrência se constituiu em uma dificuldade, pois como a oficina tem duração prevista para oito horas, para acompanhar essa atividade com duas câmaras seriam necessárias oito baterias, como fonte de energia, para o funcionamento destes equipamentos.

Ao mesmo tempo, por não ser desejável a presença de pessoas estranhas ao grupo, durante as oficinas, contornamos esse obstáculo, preparando surdos e alguns ouvintes componentes das pastorais e da associação para nos auxiliar na filmagem. Dessa forma, nos momentos em que os surdos estavam desenvolvendo atividades entre si, tomamos para nós a responsabilidade de registrar as atividades e quando estávamos envolvidos nas técnicas, solicitávamos a ajuda do grupo de apoio que se mostrava disponível na ocasião.

Quanto à formação dos grupos, percebemos que o nível de organização da pastoral influenciou no número de surdos captados para as oficinas. Inicialmente pensávamos em realizar as oficinas em quatro paróquias de Fortaleza, onde existiam pastorais de surdos, no entanto, em duas das pastorais o número de surdos foi diminuindo a ponto de não conseguirmos formar um grupo significativo para as oficinas.

Vale ressaltar que, em geral, a coordenação das pastorais está sob a responsabilidade de pessoas leigas e, nas oficinas realizadas, o grupo que contou com o menor número de participantes foi aquele em que a pessoa responsável era um membro da igreja. Este fato chamou atenção à medida que questiona-se a existência de alguma relação desta intercorrência com a posição da igreja católica no que se refere à contracepção – um dos assuntos discutidos nas oficinas.

5.1 Oficina com os instrutores-surdos

A oficina teve início com um atraso de 10 minutos - 8 horas da manhã – e encerrou-se às 16 horas, totalizando oito horas de convivência, conforme o planejamento. Foi comprovado, portanto, que o tempo previsto para cada atividade foi suficiente e atendeu aos objetivos.

Essa oficina aconteceu na sede da Associação de Surdos do Ceará e, ao chegarmos no local, os sete instrutores- surdos já encontravam-se no local e se colocaram a nossa disposição para ajudar na preparação da sala, sendo percebidas, durante a preparação da sala, expressões de surpresa com a riqueza dos materiais disponíveis para a realização das atividades. Foi solicitada a permissão do grupo para filmar as atividades e, após o seu consentimento, preparado o material para este fim, teve início as apresentações.

Ao nos apresentarmos, fizemos questão de exibir os artigos sobre surdos publicados por nós em periódicos. Com esta atitude, pretendíamos demonstrar aos instrutores-surdos, o empenho em divulgar a cultura dos surdos e, por conseguinte, reforçar a cidadania desta população. A este respeito, lembra-nos as palavras de Kojima (2001b) que afirma que considerar o surdo como cidadão é, antes de tudo, permitir que constituam parte

integrante da nação, repensando os conceitos de sua educação e reconhecendo a necessidade de uma nova postura frente à surdez.

No segundo momento ocorreu a apresentação do grupo, ocasião em que foi realizada uma dinâmica em que cada participante, inclusive a investigadora, escreveu seu nome em uma folha de papel ofício e exibiu sua folha, seguindo-se da interpretação dos sinais equivalente a cada nome. Essa atividade foi encarada de maneira divertida e todos riam com os gestos de cada participante que se apresentava.

Em seguida, foram iniciadas as atividades didáticas: divisão do grupo em duas equipes e orientação para que desenhassem os órgãos do corpo humano (masculino e feminino), dando ênfase àqueles que constituem os aparelhos reprodutores. Nesta dinâmica, pôde-se observar que os surdos se detinham por mais tempo em desenhar os órgãos que compõem os demais aparelhos. Esse fato chamou atenção e inferiu-se que pode ter relação com os mitos e tabus que cercam o tema sexualidade.

Esta realidade merece destaque à medida que, em todos os povos e em todas as culturas, a sexualidade permeia as interações entre os seres humanos e a partir dos papéis sexuais se percebe uma complexa rede de influências na vida de cada pessoa.

Bom seria se a sexualidade humana fosse vivenciada como sugere Caridade (1999), uma relação de mão dupla, que envolve mais partilha do que o uso do outro, mais sentimento do que desempenho físico, que atende ao interesse dos atores envolvidos e que não violenta ninguém. No entanto, parece claro que os problemas decorrentes do exercício da sexualidade estão presentes na vida humana desde os mais remotos povos.

Até há algum tempo, o sexo era visto no contexto da concepção, no entanto, hoje, o prazer antes reprimido vem à tona e a sexualidade deixa de ser relegada, passando a ser concebida entre as necessidades humanas, sendo clara a sua influência no bem estar da pessoa (Gozzo *et al.*, 2000). Ainda sobre este prisma, considera-se que:

a discussão sobre saúde reprodutiva levou a considerá-la como um direito de homens e mulheres de desfrutarem de uma sexualidade prazerosa, livre de riscos de doenças provocadas pelo exercício da sexualidade e de terem filhos no número e no tempo desejado, ou simplesmente não tê-los (Galvão & Díaz, 1999: 16).

As influências da sexualidade humana estão presentes de várias formas: nas relações de poder entre homens e mulheres (gênero) referidas por Bandeira (1999) como tema complexo, envolvendo indicadores biológicos e histórico-culturais; no aumento da morbi-mortalidade das doenças transmitidas sexualmente e da incidência do câncer cérvico-uterino (cujas causas podem estar relacionadas à multiplicidade de parceiros); ao início precoce da vida sexual; ou, ainda, no aumento das taxas de gravidezes não programadas.

Se aprofundarmos as discussões quanto à influência da sexualidade, enveredaremos nas questões de gênero, que mostram claramente a diferença de oportunidade na educação formal para os jovens dos diferentes sexos. Percebe-se, por exemplo, que a gravidez não programada é a principal ameaça à continuidade da educação das meninas (Population Reports, 1994) ou, ainda, que a maioria dos serviços públicos não oferecem os métodos contraceptivos aos homens, que só têm acesso aos condons quando suas companheiras são cadastradas nestes serviços (Diaz & Diaz, 1999).

Durante esta atividade, percebemos que, inicialmente, alguns surdos se mostravam inibidos e se recusavam a participar da elaboração dos desenhos, justificando essa atitude com sinais que simbolizavam que este assunto era imoral e obsceno. Porém, no decorrer do processo, estes responderam ao convite dos demais surdos e se engajaram nas equipes, com expressões faciais que nos levaram a inferir que o momento de timidez fora superado.

Continuando com a dinâmica, após os desenhos concluídos, cada equipe elegeu um representante para apresentar o desenho e interpretar a fisiologia de cada órgão. Durante a apresentação, observamos que o funcionamento dos órgãos internos é pouco conhecido pelos surdos. Com efeito, este fato foi observado também por ocasião do desenvolvimento de nossa dissertação (Nogueira, 1998). Góes (1996) justifica essa dificuldade como decorrente da incompreensão dos conceitos abstratos resultantes de uma elaboração conceitual restrita por enlaces vivenciais e perceptuais imediatos.

A demonstração dos participantes, utilizando dois manequins de papel, respectivamente homem e mulher, foi acompanhada com a finalidade de corrigir e complementar as informações sobre a anatomia e a fisiologia

reprodutiva, bem como aquelas relativas à gravidez, pré-natal e parto. Esta estratégia contornou as dificuldades que Dornizat (2000) considera como limitações - orgânicas, de conhecimento ou de habilidade - na comunicação entre surdos e ouvintes, favorecendo a apropriação plena dos conteúdos.

Entende-se que esta dinâmica atendeu a primeira e segunda fase do método Freire (1980), visto que a expressão corporal dos surdos se configurou como uma alternativa de comunicação. Inferimos que correspondeu à identificação e seleção do universo vocabular sugerido nas idéias deste educador.

A etapa seguinte da oficina consistiu em buscar no manual as informações ora transmitidas. Essa tarefa objetivou avaliar a clareza das informações incluídas no manual, analisar os sinais ali contidos e evidenciar a necessidade de possíveis correções. Durante essa consulta, os surdos interagiram entre si, discutindo a adequação e a compreensão dos sinais. Foi observado que o grupo se mostrou satisfeito com as informações constantes nessa parte do manual e alguns componentes manifestaram que o assunto estava demonstrado de maneira compreensiva aos surdos.

Vale salientar que, ao serem exibidos no manual, os conteúdos relativos ao pré-natal, duas surdas integrantes do grupo relataram sua experiência no que diz respeito ao acompanhamento de suas gravidezes.

Os depoimentos e as trocas de informações sobre as vivências do cotidiano dos surdos constituiu-se na terceira etapa do método Freire (1980), na qual estimula-se a criação de situações existenciais do grupo com o qual se trabalha.

Passamos então a discorrer sobre a prevenção do câncer ginecológico e detecção precoce do câncer de mama, sendo utilizados, para esse fim, uma pelve feminina e as mamas de material sintético semelhante ao silicone, além do instrumental usado para a coleta ginecológica. Um fato que chamou atenção durante a orientação do auto-exame das mamas: os homens mostraram interesse em realizar o procedimento de palpação no manequim e o fizeram de forma séria e compenetrada.

Vale ressaltar que a gravura correspondente ao exame ginecológico não foi compreendida por alguns integrantes do grupo, sendo confundido com o trabalho de parto. Infere-se que tenha ocorrido este equívoco por serem estes

procedimentos realizados em mesas de exame semelhantes, além do desconhecimento da forma como se realiza o exame de prevenção de câncer, apesar desta patologia ser bastante conhecida e temida pelos surdos.

Ainda pela manhã, houve exposição sobre as doenças sexualmente transmissíveis, inclusive a AIDS, utilizando a abordagem sindrômica, sendo reforçada a idéia de que não é importante saber o nome das doenças, mas os seus sintomas. Para facilitar a compreensão do grupo, foram utilizadas fotografias mostrando os sintomas destas patologias, disponíveis na *internet*, mais precisamente no *site* do Ministério da Saúde. A amostra de fotografias foi seguida de expressões faciais que nos levaram a inferir sentimentos de nojo e preocupação dos surdos quanto à contaminação e às conseqüências destas doenças.

Após as atividades da manhã, foi servido o almoço, que representou um momento de interação e descontração: observamos que os assuntos debatidos pela manhã foram novamente discutidos e, mais uma vez, esclarecidas algumas dúvidas relacionadas à vivência do grupo.

À tarde, dando continuidade ao trabalho, foram apresentados os métodos anticoncepcionais. A teoria sobre o tema foi acompanhada no manual. Vale registrar que os instrutores-surdos aprovaram todo o material, não sugerindo, por conseguinte, alterações nas informações ali contidas.

Em seguida, utilizamos o *kit* de métodos anticoncepcionais para demonstração prática do seu uso, incluindo o DIU e o diafragma, servindo-se do modelo pélvico para ensinar como são inseridos os dois métodos. Ressalte-se que os surdos tiveram oportunidade tanto de conhecer os métodos, como também de obter informações mais detalhadas acerca da prescrição dos anticoncepcionais e da inserção dos artefatos (DIU e diafragma) e, mais uma vez, evidenciaram-se momentos de interação entre o grupo, com troca de informações e esclarecimentos.

Para avaliação da compreensão das informações sobre os métodos, foi explicado ao grupo que seria realizada uma dinâmica, onde o grupo identificaria, entre várias cartelas, as informações sobre cada método e nos surpreendeu o fato de que o grupo assumiu o comando da atividade, parecendo muito à vontade. Observamos que os erros cometidos por alguns surdos no decorrer da atividade, foram corrigidos pelos demais, havendo

necessidade da nossa interferência para realizar as correções. No entanto, percebemos a necessidade do grupo de receber nossa aprovação, pois sempre que surgiam dúvidas, eles nos encaravam, em busca de uma confirmação de que as informações estavam corretas.

Como última atividade da oficina, realizamos o exercício das maçãs, onde metades de desenhos de maçãs continham informações sobre todos os conteúdos discutidos ao longo do dia. As metades se encaixavam, de maneira a formar uma idéia sobre os vários assuntos relativos à saúde reprodutiva. A dinâmica foi desenvolvida sem qualquer dificuldade e, após montarem as duas metades das maçãs, as informações que estavam em língua portuguesa foram interpretadas pelos surdos, utilizando a LIBRAS para transmiti-las ao restante do grupo.

5.2 Oficinas com os surdos das pastorais

Essas oficinas se totalizaram em um número de duas: uma em cada pastoral. O espaço físico para a realização destas atividades foi cedido pela igreja, de maneira que estas ocorreram nas dependências das casas paroquiais que apoiam as ações sociais na comunidade. As oficinas tiveram início no horário previsto, com um atraso que variou entre dez e quinze minutos, intervalo que consideramos pouco significativo, quando comparamos com o tempo previsto para o desenvolvimento da oficina.

A primeira atividade realizada estava inserida no momento de apresentação, na qual utilizamos o exercício participativo que denominamos de NOME E SINAL. Ao refletirmos sobre esta dinâmica, consideramos que, no que se refere ao domínio da língua portuguesa, os surdos das pastorais estão em diferentes níveis de conhecimento. Observamos que, enquanto alguns mostravam segurança em escrever seu nome completo, outros necessitavam de ajuda dos demais componentes do grupo para anotar apenas o primeiro nome. Esse fato também ressaltou a interação dos componentes, que se ajudaram mutuamente durante todas as atividades.

Quanto ao sinal representativo do nome, percebemos que existe uma associação entre a característica mais marcante da pessoa e a letra principal do nome que consta no documento de identidade. Para exemplificar,

registramos que o sinal criado pelos surdos para a investigadora associa a dactilologia referente à letra R com a composição gestual referente à sua profissão. Explicando essa associação, Kojima (2001c) relata que na língua de sinais, a significação das palavras vai depender do contexto e acrescenta que estas, muitas vezes, não têm um sinal próprio, mas depende de uma analogia.

A segunda dinâmica consistiu na divisão do grupo em duas equipes para o desenho dos corpos do homem e da mulher, com a representação dos respectivos aparelhos reprodutores masculino e feminino. Esta atividade evidenciou os tabus e preconceitos presentes na educação dos surdos e já reconhecidos por nós em outros momentos (Nogueira e Pagliuca, 1999), provavelmente como resultado do fato de que a educação dos surdos está na responsabilidade da família e da escola que, em geral, enfrentam dificuldades para orientar quanto a este aspecto da vida.

Durante o desenvolvimento desta atividade, percebemos que, assim como entre os ouvintes, existem diferenças de aceitação desta temática. Alguns surdos ainda consideravam este tema como um assunto imoral e, por isso tentavam não se envolver na discussão para realizar os desenhos. No entanto, a dinâmica de grupo favoreceu a quebra desse preconceito e promoveu a oportunidade para enfrentar situações novas e incertas, vencendo as diferenças culturais e de idioma e as dificuldades de acesso a essas informações (Population Reports, 1996a).

Ficou evidente também, dentro do grupo, a dificuldade de desenhar os órgãos internos, provavelmente pelo fato de não serem visíveis. Quanto à necessidade de visibilidade para a compreensão natural de conceitos, Ramalho Segala (2001) justifica que, entre os surdos, os olhos assumem também o sentido da audição, portanto, como os olhos não vêem as estruturas internas do organismo humano, torna-se difícil para o surdo entender a anatomia e fisiologia interna.

Apesar dessa justificativa, um fato nos chamou atenção durante o desenvolvimento desta tarefa: muitas das estruturas internas do aparelho digestivo (alças intestinais), do aparelho circulatório (coração) e aparelho respiratório (pulmões) foram registradas nos desenhos. Esta constatação nos leva a inferir que a maior dificuldade para a apreensão de conhecimentos relativos à reprodução humana ocorre pela dificuldade de transmissão das

informações aos surdos, que, no cotidiano, convivem com familiares e professores pouco preparados para orientá-los quanto à sexualidade, dado que esta está vinculada ao exercício da sexualidade- tema imoral e proibido nos padrões sociais de muitas famílias.

Na etapa seguinte desta atividade, fixamos na parede os desenhos elaborados pelos surdos e ao lado de cada desenho fixamos o manequim correspondente a cada sexo. Cada grupo elegeu um relator, que ficou responsável pela apresentação do seu desenho. Neste momento, acompanhamos as explicações de cada surdo, corrigindo e complementando as informações. Era evidente o interesse dos surdos nas nossas explicações e, muitas vezes tivemos que interromper a nossa explanação, por alguns instantes, em respeito à interação do grupo que esclareciam dúvidas entre si.

Acredita-se que o cuidado de permitir a interação do grupo entre si atende ao que Castrò & Silva (2001) afirmam como um processo de comunicação eficaz, que deve representar um instrumento básico e fundamental para o enfermeiro oferecer uma assistência de enfermagem grupal de qualidade.

As informações sobre a fisiologia dos aparelhos reprodutores feminino e masculino foram acompanhadas no manual, incluindo a explanação sobre relação sexual, gravidez, pré-natal e parto. As dúvidas mais comuns neste momento consistiram: no motivo da ocorrência de gravidez gemelar; a importância dos cuidados pré-natais; incluindo as vacinas e o fato de não fazer uso de bebidas alcoólicas e cigarro, entre outras práticas prejudiciais; e, ainda, o acompanhamento do parto no hospital. Vale ressaltar que a explanação sobre os riscos de condutas prejudiciais na gravidez foram acompanhadas de expressões que nos levaram a inferir concordância e, algumas vezes, crítica, quando no grupo existia um componente fumante.

As críticas entre eles aconteceram em tom de brincadeira, acompanhadas de expressões caricaturadas, que denominamos de caretas. A enfermeira responsável pelo grupo permitiu essa interação por acreditar, assim como Silva *et al.* (2000), que a linguagem corporal e facial manifesta-se de forma natural e intuitiva e expressa sentimentos e reações importantes para o bom desenvolvimento do contexto educativo.

O conteúdo seguinte relacionava-se à prevenção do câncer ginecológico e as informações sobre este assunto foram transmitidas, utilizando o manual como material de apoio, demonstrando a prática do exame ginecológico em uma pelve feminina de material sintético, apresentando o material usado durante o exame e explicando a sua finalidade. Durante a atividade ficou evidente a curiosidade dos surdos, principalmente dos homens, que, muitas vezes, se levantavam dos seus lugares e aproximavam-se da mesa onde estava o material com um comportamento, que nos levou a inferir dúvida e interesse pelo assunto. O espécuro, instrumento utilizado para visualização do colo uterino, foi manipulado entre eles e, na interação dos surdos, percebia-se os questionamentos dos homens dirigidos às mulheres quanto à sensação de dor no momento do exame.

Pareceu-nos que as mulheres demonstravam satisfação pelo fato dos homens tomarem conhecimento de assuntos que, até então, eram conhecidos apenas por elas. Este comportamento, provavelmente, reflete a necessidade de compartilharem suas experiências com seus companheiros como maneira de serem melhor entendidas, já que, conforme relatam Silva *et al.* (1996), as mulheres recebem uma sobrecarga de cobrança em seu comportamento cultural, que alimenta a relação de dominação dos homens.

Na etapa seguinte, discutimos sobre as doenças sexualmente transmissíveis, utilizando a abordagem sindrômica preconizada pelo Ministério da Saúde (Brasil, 1999b). Para esta estratégia metodológica, dividimos as doenças de acordo com os sintomas: 1. corrimento vaginal ou uretral; 2. úlceras genitais (lesões e feridas); e, 3. desconforto ou dor pélvica na mulher.

Após solicitar aos surdos que interpretassem as informações contidas no manual, apresentamos as gravuras das DST para exemplificar os seus sintomas. Notamos, mais uma vez, as expressões de nojo e repulsa dos surdos ao serem visualizadas as gravuras.

No que se refere à detecção precoce do câncer de mama, iniciamos pela exploração do conteúdo do manual e demonstramos o autoexame por cima da blusa, ressaltando que este exame deveria ser feito quando a mulher estiver sem qualquer vestimenta na mama. Este fato evidenciou a descontração do grupo, quando alguns brincavam, referindo que nós deveríamos tirar a blusa para demonstrar melhor o procedimento.

Percebemos, também, o interesse dos surdos em realizar o exame das mamas no manequim mamário. Enquanto alguns componentes do grupo realizavam o toque nas mamas de silicone, observamos que algumas mulheres se tocavam e nos perguntavam se estavam realizando o auto-exame corretamente. A esta indagação, reforçávamos as orientações e lembrávamos que este procedimento devia ser realizado sem roupa, podendo ser na posição deitada ou durante o banho.

O estudo sobre os métodos contraceptivos foi acompanhado no manual, porém houve outras dúvidas que foram prontamente esclarecidas por nós. A medida que discutíamos sobre cada método, utilizávamos o *kit* dos métodos para demonstrar cada um deles e, dessa forma, tornar a explicação mais clara e real.

Seguindo o manual, o primeiro método a ser discutido foi referente à amamentação com amenorréia, nos quais são necessários três requisitos básicos: a mulher estar em aleitamento exclusivo, sem menstruação, até o sexto mês após o parto. Como esperávamos, este método foi aceito com restrições e, apesar da nossa ênfase quanto as baixas taxas de gravidez nas pesquisas realizadas sobre este método, as mulheres que já tinham tido filhos referiram que não confiavam na sua eficácia.

Quando descrevemos a tabela como método anticoncepcional e explicamos os cálculos para realizá-la, sentimos que, no que se refere a este método, os surdos têm a mesma dificuldade de compreensão percebida entre os ouvintes, no entanto, pareceu-nos que os conteúdos do manual favoreceram ao entendimento do grupo.

Durante a explanação sobre o método do muco, surpreendeu-nos o fato de algumas mulheres relatarem que já perceberam este sinal. Consideramos importante esta manifestação, tanto por evidenciar que estas procuram conhecer sua genitália, como pela liberdade de informar esta intimidade ao grupo. Inferimos mais uma vez, que com esta atitude, as mulheres nos sinalizaram para a espontaneidade promovida pela metodologia utilizada.

Pareceu-nos que o método da temperatura foi pouco aceito entre o grupo. Este fato não nos surpreendeu, pois esta reação acontece também entre os ouvintes, visto que este método exige a verificação da temperatura com exatidão e após o descanso de seis horas. Outra característica deste

método é o seu uso de maneira prospectiva, fazendo com que os casais tenham um longo e desconhecido período de abstinência e tornando desconfortável a espera para retornar à atividade sexual (Populations Reports, 1996b). Em geral, a aceitação deste método se relaciona com a conduta oposta à contracepção, quando muitos casais, motivados pelo desejo de terem filhos, utilizam este método como artifício para manter relações sexuais no período da ovulação e, assim, aumentar a probabilidade de uma gravidez.

Ao mostrarmos o diafragma vaginal, detectamos expressões faciais que nos levaram a inferir a surpresa do grupo quanto a alternativa de introduzir este artefato no canal vaginal. Este fato nos acenou para o pouco conhecimento deste método em nosso meio, realidade já comprovada por Araújo *et al.* (1993) em pesquisas com mulheres ouvintes, que sugeriram como fator para o desconhecimento deste método a pouca disponibilidade em farmácias e a baixa frequência de orientação do seu uso pelos profissionais que atendem a clientela que busca contracepção.

O comportamento dos surdos quanto a este método nos levou a acreditar que, mesmo diante da explanação de que o artefato não é sentido durante a relação sexual, o grupo não ficou convencido quanto a esta afirmação e confirmamos os resultados de pesquisa realizada anteriormente (Nogueira, 1998).

Em seguida, discutimos sobre o condom, que nos pareceu um método mais familiar ao grupo. Este fato provavelmente ocorre como consequência das informações veiculadas nos meios de comunicação, por ocasião das propagandas de prevenção da AIDS.

Os espermicidas foram bem aceitos entre as mulheres, pois associamos o seu uso aos tratamentos ginecológicos, os quais muitas mulheres surdas já foram submetidas. Ao darmos oportunidade de manuseio das diferentes formas espermicidas – geléias, *spray* e óvulos, um fato nos chamou atenção: o manuseio deste material por um tempo mais longo do que aquele gasto por ocasião dos grupos de ouvintes e a curiosidade de sentir o aroma destes produtos. Inferimos que esta atitude ocorre pela exacerbação dos demais órgãos dos sentidos como alternativa de substituir o sentido da audição e, sobre este pensamento Kojima (2001a) refere que os demais órgãos de sentido dos surdos são aguçados como uma compensação da natureza.

A apresentação do DIU foi recebida com surpresa pelos componentes de todos os grupos e foi unânime o desconhecimento deste método. Percebemos, mais uma vez, a filtragem das informações que são repassadas para os surdos, pois alguns destes ainda são estudantes do ensino formal e, mesmo na escola, não lhes foram dadas orientações sobre este método, confirmando os tabus já evidenciados por ocasião da dissertação (Nogueira, 1998).

Os métodos hormonais estão representados, no manual, pela pílula e pela injeção, por serem os únicos aceitos pelo Ministério da Saúde. Conforme esperávamos, entre os demais métodos anticoncepcionais, estes são os mais conhecidos e mais usados pelos surdos. Estes resultados confirmam dados internacionais, que estimam que, nos primeiros anos da década de noventa, 12 milhões de mulheres utilizaram o contraceptivo injetável de progesterona (Population Reports, 1995b) enquanto que, em 2000, 100 milhões utilizaram os anticoncepcionais orais – combinados ou de progestágeno (Population Reports, 2000).

Quanto aos métodos cirúrgicos, durante a discussão do grupo ficou evidente que, assim como entre os ouvintes, a laqueadura tubária tem maior aceitação do que a vasectomia. Acreditamos que estes resultados se devam mais uma vez ao fato dos surdos herdarem os mesmos costumes da sociedade em geral e vêm confirmar as palavras de Cordero (1999), que afirma que, pelas suas características anatomo-fisiológicas que a levam a enfrentar a gravidez, a mulher torna-se mais vulnerável às questões sexuais e às suas conseqüências, levando-a a se identificar mais estreitamente com as responsabilidades da reprodução.

Após o acompanhamento deste assunto no manual, iniciamos uma dinâmica que chamamos de *painel de legendas dos métodos*, tendo como objetivo sedimentar as informações discutidas. O exercício transcorreu sem qualquer intercorrência e, a participação do grupo, que aconteceu de maneira voluntária e natural, nos levou a inferir que esta atividade teve boa aceitação entre os surdos.

A dinâmica de encerramento envolveu todos os conteúdos ministrados ao longo da oficina e percebemos que o uso da dinâmica das maçãs foi apropriada ao momento. A cor das maçãs chamou atenção do grupo e alguns

componentes faziam gestos que simbolizavam a vontade de comer a maçã. Esses gestos eram acompanhados de brincadeiras e risos, demonstrando, mais uma vez, a descontração.

Ao final das oficinas, após oito horas de atividades, percebemos que o grupo mostrava-se disposto e a informação de que a oficina chegava ao final sempre foi recebida com expressões que registravam o desagrado por encerrar um momento de interação e troca de experiências.

Acreditamos oportuno salientar, como reforço deste modelo educativo como educação libertadora e tecnologia emancipatória, através do depoimento de uma mãe, que após sua filha ter participado de uma das oficinas como integrante de uma das pastorais, nos telefonou para agradecer a oportunidade deste momento, visto que, a surda antes tímida e reservada quanto ao tema, após a oficina, mostrou-se aberta ao diálogo sobre saúde sexual e reprodutiva e, a qualquer dúvida durante esta interação, buscava apoio no manual.

5.3 Opinião dos surdos

Ainda, como atividade das oficinas, solicitamos a avaliação dos participantes dos três grupos quanto aos quatro aspectos que consideramos mais importantes do modelo proposto: o manual, as dinâmicas, os assuntos abordados e o tempo de realização da oficina. A classificação sugerida envolveu três conceitos: bom, mais ou menos e ruim. Escolhemos estes conceitos pela facilidade de interpretação dos surdos.

Foi explicado aos grupos que não haveria a necessidade de identificação dos formulários, mas chamou-nos atenção o fato de que todos assinaram e, antes de entregarem, muitos fizeram questão de nos mostrar as respostas e os comentários.

Como esperávamos, os surdos das pastorais foram sucintos em suas respostas, apenas marcando o quadrado que correspondia à sua opinião quanto aos quatro aspectos analisados. Os resultados dos formulários foram gratificantes, pois, mesmo conscientes da importância de serem verdadeiros em suas colocações e da garantia do sigilo de suas respostas, estes surdos consideraram como bom todos os aspectos: a manual, as dinâmicas, o assunto e o tempo utilizado.

Quanto aos surdos instrutores, que nos parecem em um patamar mais crítico, tiveram opiniões positivas – conforme expressa o quadro I, e, apenas no aspecto relativo ao manual tivemos classificações que acenavam para a necessidade das modificações propostas neste material didático.

QUADRO I – OPINIÃO DOS SURDOS QUANTO AOS PRINCIPAIS ASPECTOS DO MODELO EDUCATIVO ANALISADO

	MANUAL			DINÂMICAS			ASSUNTO			TEMPO		
	B	+/-	R	B	+/-	R	B	+/-	R	B	+/-	R
Mercúrio		X		X			X			X		
Vênus		X		X			X			X		
Marte		X		X			X			X		
Júpiter	X			X			X			X		
Saturno	X			X			X			X		
Urano		X		X			X			X		
Netuno	X			X			X			X		
TOTAL	03	04	-	07	-	-	07	-	-	07	-	-

Seguindo os dados apresentados no quadro I, constata-se que os aspectos relativos ao modelo educativo foram classificados como bons por todos os surdos. Quanto à avaliação do manual, três instrutores-surdos conceituaram-no como bom e quatro opinaram para a necessidade de reajustes (conceito mais ou menos). Vale ressaltar que as mudanças sugeridas quanto aos sinais estão relacionadas à sua atualização, visto que o material impresso sobre LIBRAS é restrito e, muitas vezes, desatualizado.

As gravuras sobre saúde sexual e reprodutiva, utilizadas no manual, foram consideradas de fácil entendimento e mesmo a gravura relativa ao exame ginecológico, antes considerada pouco compreensível, quando vista dentro do contexto total do assunto, foi aceita sem restrições.

Ao final da oficina, o grupo se colocou à disposição para ajudar na correção dos sinais e, como um dos surdos é desenhista, se prontificou a fazer os ajustes no manual. Diante da sugestão de disseminação do manual e da solicitação de realização de oficinas para outros surdos, inferimos que a

avaliação do grupo quanto a este material foi favorável e que o modelo educativo foi aceito pelo grupo.

Analisando, sob a óptica de Freire (1980), a oportunidade de avaliação do método educativo e do material produzido, dada aos surdos, consideramos que atendemos à quarta etapa do seu método, por entender que o manual configurou-se como a ficha indicadora que apoiou os debates durante as oficinas, enquanto que a quinta fase correspondeu ao momento de criação coletiva, no qual os surdos ficaram responsáveis pelas alterações propostas no manual.

Para confirmar a posição dos surdos quanto ao nosso desempenho e, aproveitando que este grupo é oralizado e escreve em português, solicitamos que os participantes comentassem a vivência da oficina. Transcrevemos as observações escritas por eles ao final dos formulários:

"Minha opinião, Rosiléa é muito maravilhosa, atenciosa. Eu acho intérprete pouco LIBRAS, porque ela não é profunda. Estou paciência muito. Tudo bem!" (Mercúrio- Coordenador de LIBRAS no Ceará por ocasião da pesquisa)

A fala de Mercúrio, que assumia o cargo de Coordenador de LIBRAS no Ceará por ocasião da pesquisa, demonstra o reconhecimento do esforço da investigadora em compartilhar os conteúdos da oficina, no entanto, sabendo que este surdo tem domínio do português e reconhecendo a sua habilidade no uso da LIBRAS, infere-se, como em outras oportunidades, a cobrança por um melhor desempenho dos ouvintes na comunicação através da Língua de Sinais.

"Eu gostei explicar sexual. Porque primeiro vez eu veio aqui. Outra vez eu vou. Eu quero aprender mais, é importante. Eu gostei de você." (Vênus)

Vênus representa uma jovem, cujo comportamento durante a oficina revelava, claramente, a curiosidade pelo tema referente à prática sexual e suas conseqüências. Seu discurso evidencia as idéias de Sadik (1998), quando ressalta a necessidade de mais e melhor educação e informação sobre sexualidade, sobre os meios de evitar a gravidez e as DST e a importância de respeitar os direitos dos parceiros como forma de garantir decisões

responsáveis, inclusive a de optar por iniciar ou adiar o início da atividade sexual.

"Precisa intérprete profunda e mais claro e explica bem. Tempo está ótimo mas começou um pouco atrasada. Manual é maravilhosa, você organizou bem feito, mas desenho (LIBRAS) errou pouco. Você explicou maravilhosa, explicou bem e tudo. Amei muito. Apreendi muitas coisas. Parabéns, você está doutora de enfermagem. Agora você escolheu saúde de especial. Beijos." (Marte)

Parece evidente, nas palavras de Marte, a valorização do trabalho com pessoas com necessidades especiais como opção da investigadora. Merece registro que esta fala foi proferida por uma mulher, casada e mãe de dois filhos, que está cursando universidade. O pensamento expresso chama atenção à medida em que, mesmo tendo proficiência no português, esta surda valoriza a LIBRAS e reconhece o seu aprendizado durante a oficina.

"Gostei muito, foi bem elaborado tanto a manual e a dinâmicas, o conteúdo do assunto foi adequado. O tempo foi um pouco comprido, mas é preciso explicar bem para os surdos entender (você tem paciência). Olá, achei muito bem feito, porque você mostrar as figuras e o mini-computador. Parabéns! Seu trabalho merecer nota 10,0." (Júpiter)

A fala de Júpiter demonstra que o material produzido e o modelo educativo utilizado foi bem aceito. O uso do computador, conforme a sua idéia, foi uma atração à parte e, leva-nos a deduzir, que este recurso pode diminuir a monotonia e o cansaço de uma manhã de treinamento, quando exige-se total atenção do grupo para garantir maior aproveitamento no aprendizado.

"Ótimo, meu opinião, mas falta pouco intérprete, não problema. Você palestra é legal!!!" (Saturno)

Ao refletirmos sobre a fala de Saturno, inferimos dois pontos comuns com as demais: o primeiro que demonstra que todos ficaram satisfeitos com o nosso desempenho durante a oficina e, o segundo, é a ansiedade de que a LIBRAS seja conhecida por um número cada vez maior de ouvintes. Eles demonstraram essa ansiedade, registrando a queixa de que aqueles que prestam assistência ao grupo precisam se aperfeiçoar nesta linguagem.

Continuando nossa análise, ressaltamos também a alteração na sintaxe das falas, ou seja, verificamos que os surdos, mesmo aqueles que se comunicam através da língua portuguesa, modificam as relações que as

palavras estabelecem entre si, bem como as relações entre as orações nos períodos (Cipro Neto & Infante, 1998).

Outro aspecto importante do discurso dos surdos é o fato de suas informações serem diretas, breves e sucintas em excesso, muitas vezes comprometendo o entendimento daqueles que não estão inseridos no seu contexto. Botelho (1998), refletindo sobre essa dificuldade, considera como elemento explicativo para esta realidade a divergência entre os discursos oral e em língua de sinais e relata que os surdos ao serem interrogados sobre este aspecto afirmavam que os ouvintes *falavam comprido e sem parar, como papagaios*.

Analisando as diversas nuances do modelo apresentado, acreditamos que seguimos a proposta de Freire (1980, 1993, 1994, 1999): respeitamos a cultura surda e apoiamo-nos nas cinco fases do seu método educativo, de maneira que, aproveitando o universo vocabular deste grupo, selecionamos as palavras de grande significado para a temática que desenvolvemos e, através de situações vivenciais, elaboramos um material que garantiu ao educando, o conhecimento sobre o assunto discutido e, por conseguinte, o poder de discernimento para decidir sobre sua saúde sexual e reprodutiva. Dessa forma, infere-se que estimulamos a formação da consciência crítica para utilizar esses conhecimentos no seu cotidiano.

PALAVRAS FINAIS

"...está na hora de deixarmos o blá, blá, blá de lado e realmente exercitarmos o que aprendemos. Foram momentos de reciclagem... não se surpreenda se ficou um gostinho de quero mais..."

(Teixeira, 1998)

6 PALAVRAS FINAIS

Ao chegarmos ao final desta etapa de estudos, nossas reflexões se voltam para as palavras de Formiga Filho (1999), que afirma que a atenção integral e equânime tem valor inestimável na promoção da saúde reprodutiva. Partindo deste pressuposto, e reconhecendo que, neste aspecto, a educação em saúde é imprescindível para garantir uma assistência de qualidade, acreditamos que o modelo analisado, bem como o material produzido, representa um fator diferencial no atendimento aos surdos.

Entendemos que, a nossa caminhada na busca de um modelo educativo, que diminua as dificuldades de compreensão dos surdos quanto a esta temática, representou, seguramente, um grande passo para resgatar a este grupo o direito à atenção preconizada. Pretendemos, com essa iniciativa, atender aos preceitos de Méndez *et al.* (1999) que sugere aos serviços de saúde desenvolver atitudes que promovam a liberdade do indivíduo para pensar livremente e assumir idéias de acordo com sua própria convicção.

Consideramos que este trabalho foi árduo e compreendemos que nossa motivação nasceu de uma sensibilização pessoal, por ter convivido, em esfera particular, com a problemática da população surda. No entanto, acreditamos que a visibilidade das dificuldades enfrentadas por este grupo ficou clara neste estudo. Ficou evidente também que, como profissionais de saúde voltados para a promoção da saúde, não podemos nos furtar ao nosso dever de atender a esta população, tendo como princípio a igualdade de direitos de todos os cidadãos brasileiros.

Desvendar a importância de atender a grupos minoritários nos reporta a idéia de Lopes (1995), quando relata que a linguagem do cuidado nos mostra que os sujeitos do nosso cuidar não são passivos e, sendo hoje mais exigentes, tornam-se mais presentes durante nossa atuação, de forma que o aprendizado passa a ser mútuo e libertador. Acrescentamos a esta assertiva, a riqueza de conhecimentos adquiridos durante a nossa prática com estes grupos, pois em geral, os problemas enfrentados pelas minorias não são evidentes e se diluem ao longo de nossa prática profissional.

Neste prisma, registramos nossa vivência de um aprendizado de mão dupla, dado que, ao mesmo tempo, que oferecemos orientações sobre os conteúdos de saúde sexual e reprodutiva, recebemos lições de vida e de luta pela conquista de novos horizontes que nos fortaleceram, não só como profissionais, mas também como seres humanos. Além deste referencial, percebemos que valorizamos e divulgamos uma cultura pouco conhecida e apreendemos traços, ainda incipientes, de uma linguagem nova, onde a comunicação não verbal não deixa dúvidas quanto à espontaneidade das mensagens trocadas.

Desdobramo-nos para minimizar as barreiras de comunicação e os obstáculos transpostos durante os diversos momentos de interação com os surdos garantiu o alcance dos nossos objetivos. A transposição das dificuldades neste processo nos leva a concordar com Bittes Júnior, Matheus & Cassuli (1996) quando relatam que a comunicação é um poderoso instrumento que garante a eficácia do saber-fazer do enfermeiro, na sua ação cuidativa.

Parece-nos patente que nós, enfermeiras e enfermeiros, assumimos como nossa, a tarefa de educar em saúde e, assim como Naidoo & Wills (1998), atentamos para o nosso papel como provedores de saúde e educadores, tendo como princípio básico respeitar a cultura do educando e valorizar o fato de que a interação com o grupo ajudará na mudança de comportamentos, garantindo a utilização do seu melhor potencial.

Relembrando a nossa trajetória na construção de um instrumento de apoio didático, expressamos a nossa satisfação de criar o manual intitulado **SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA: Falando para surdos**. Ao nos apoiarmos nas idéias de Nietzsche (2000), consideramos este material como uma tecnologia emancipatória, pelo fato de trazer aos surdos a oportunidade de se libertarem de um estado de sujeição, no que concerne aos conhecimentos nesta área de saúde e cada página elaborada representou um tributo aos sujeitos do nosso estudo, reforçando nosso pensamento de caracterizarmos este produto como uma pesquisa-ação, na qual os frutos já ficariam na comunidade.

Quanto ao modelo educativo, caracterizou-se como outro tipo de tecnologia orientada para garantir a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem e o alcance dos objetivos propostos pela prática da educação em

saúde. Consideramos o modelo como tecnologia por entender que, apoiados nas dinâmicas, os próprios surdos poderão disseminar as informações ali contidas.

Assim, ao refletirmos acerca dos quatro componentes contemplados pela tecnologia emancipatória: o exercício da consciência crítica, a cidadania, a liberdade e a autonomia relativa, constata-se em cada um deles, características que justificam a afirmativa de que o modelo educativo proposto e o produto resultante dos muitos momentos de interação com os surdos - o manual, se configuram como tecnologias emancipatórias.

No desenvolvimento desta atividade, reconhecemos a promoção de condições em que, conforme sugere De Santi (1999), o ser humano passa a ser senhor de suas experiências e sujeito de conhecimentos que o leva a mudanças favoráveis à sua saúde.

Parece-nos claro que alcançamos uma igualdade entre educadora e educandos, sugerindo a integração das experiências passadas dos sujeitos deste aprendizado com as informações atualizadas que foram veiculadas neste processo educativo, representando o que Cobb (1999) relata como um terceiro cuidado da enfermagem transcultural.

O desenvolvimento do modelo analisado reforçou o valor dos exercícios participativos que nos permitiram ministrar conteúdos, utilizando o lúdico como estratégia para evitar a dispersão e o cansaço dos participantes e favorecendo a apreensão das informações e a expressão natural do grupo em assuntos que, em geral, são cheios de mitos e tabus. Este achado confirmou o pensamento de Demo (1997), que pondera que essas atividades podem ser muito eficazes, principalmente quando desenvolvidas em equipe.

Ressaltamos ainda que o uso de outros artefatos didáticos – manequins de papel, pelve de borracha, mamas de material sintético, *kit* de métodos anticoncepcionais e material de exame ginecológico foram fatores importantes para o bom aproveitamento dos surdos.

A descontração e o interesse do grupo, bem como as expressões, que classificamos, inicialmente, como curiosas para, em seguida se transformarem em gestos de entendimento quanto ao assunto discutido, nos levou a inferir que alcançamos a proposta de emancipação inserida na tecnologia proposta

por Nietzsche (2000). Consideramos também que as manifestações de compreensão do assunto em pauta nas oficinas e a discussão das experiências cotidianas dos surdos dentro desta temática em sua vida particular nos leva a entender que alcançamos a proposta de Freire (1980).

Enfim, concluímos que, diante do exposto, nosso objetivo - avaliar a implementação de um modelo educativo sobre saúde sexual e reprodutiva para surdos, baseado no uso de exercícios participativos adaptados para a população surda e a utilização do manual elaborado especialmente para o grupo - foi alcançado com êxito. Os resultados demonstraram que, esta estratégia metodológica tem plena aceitação dos surdos e que, o manual utilizado nas oficinas pode ser disseminado independente do uso da metodologia, representando um passo importante para uma assistência de qualidade no contexto da saúde sexual e reprodutiva para surdos.

Diante de um universo de diferenças culturais e de comunicação, queremos, ainda, expressar nossa alegria em compartilhar momentos preciosos de crescimento pessoal e profissional, de criatividade e, acima de tudo, de respeito pelos surdos, que, pela capacidade de superar suas deficiências, somente nos desvela um questionamento: quem são os surdos: aqueles que lutam para romper a segregação à qual foram relegados por nós, ouvintes, ou nós que não ouvimos os seus apelos?

Ao final deste estudo, consideramos a tese de que este modelo educativo é viável na educação sexual e reprodutiva de surdos, no entanto, reconhecemos que, longe de exaurir esse tema, o estudo ora apresentado pode subsidiar novas discussões, que possam refletir não só no aspecto técnico, mas também na eficiência de enfermeiras e enfermeiros, na busca de um cuidar mais humano, que minimize as iniquidades sociais. Saliente-se que se torna imperioso o desenvolvimento de tecnologias que possam romper as desigualdades em saúde, permitindo intervenções diferenciadas sobre grupos considerados minoritários, entre os quais os portadores de necessidades especiais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

"Se não tivéssemos voz nem língua, mas apesar disso desejássemos manifestar coisas uns para os outros, não divertiríamos, como as pessoas que hoje são mudas, nos empenhar em indicar o significado pelas mãos, cabeça e outras partes do corpo?"

Sócrates apud De Plato (2000)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AHREBECK, B. Problemas del fomento comunicativo de escolares sordos. **Educacion**. Alemania: Instituto de Colaboración Científica Tübingen. v. 48. 1993. p. 61-77.
2. ANDREOLA, B. A. **Dinâmica de grupo: jogo da vida e didática do futuro**. 17. ed. Rio de Janeiro: Vozes. 1999.
3. ARANHA E SILVA, A. L.; GUILHERME, M.; ROCHA, S. S. L.; SILVA, M. J. P. Comunicação e enfermagem em saúde mental – reflexões teóricas. **Rev. Latino-am enfermagem**. Ribeirão Preto. v. 8. n.5. out/2000. p. 65-70.
4. ARAÚJO, M. J.; FERREIRA, A. E.; REGINA, C.H.; DIAZ, M.; GRILO.; C.S. FAÚNDES, A. Avaliação clínica do diafragma vaginal em três contextos brasileiros. **Femina**. São Paulo. v. 21. n. 5, 1993. p. 463-472.
5. ARMSTRONG, D.; GALLOWAY, D.; TOMBINSON, S. Assessing Special educational needs: the child's contribution. **British Educational Research Journal**. London. v. 19. n. 2. 1993. p. 121-132.
6. BANDEIRA, L. Relações de gênero, corpo e sexualidade. In: GALVÃO, L.; DIAZ, J. **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios**. São Paulo: HUCITEC/ Population Council. 1999.
7. BARNETT, B. La planificación familiar reduce le mortalidad. **Network in Español**, New York. v. 9, n. 2. 1994. p. 4 –12.
8. BITTES JÚNIOR, A. M.; CASSULI, M. C. Comunicação. In: Cianciarullo, T. I. (org). **Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio a qualidade de assistência**. São Paulo: Atheneu. 1996. p. 61-74.

9. BLUMENTHAL, P.D.; RISEBOROUGH, P. A.; MCINTOCH, N. **Guia de bolso para serviços de planejamento familiar**. Baltimore: Johns Hopkins Program International Corporation, 1995.
10. BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes. 1999.
11. BORBA, O.; BASTOS, F. P. Investigação – ação, comunicação e educação dialógica, permeando a vivência da prática educativa. **Revista Educação – Universidade Federal de Santa Maria**. Santa Maria. v. 23, n. 1. 1998. p. 145-154.
12. BOTELHO, P. **Segredos e silêncios na educação dos surdos**. Belo Horizonte: Autêntica. 1998.
13. BRANDÃO, C.R. **O que é o método Paulo Freire**. São Paulo: Brasiliense, Coleção Primeiros Passos. 1994.
14. BRASIL, Ministério da Saúde, Coordenação de Saúde da Mulher, **Assistência ao planejamento familiar**, Brasília, 1996a.
15. _____, Ministério do Trabalho, Secretaria de Formação Profissional, **Termos de referência dos programas de educação profissional: nacionais, estaduais, emergenciais**, Brasília, 1996b.
16. _____, Ministério da Justiça, Presidência da República, **Programa nacional de direitos humanos**, Brasília, 1996c.
17. _____, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. **Resolução nº 196/96**: sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996d.

- 18._____, Ministério da Justiça, Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa portadora de Deficiência, **Normas e recomendações internacionais sobre deficiências**. Tradução Edilson Alkmin da Cunha Brasília. 1997.
- 19._____, Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de DST/AIDS, **Aconselhamento em DST, HIV e AIDS: diretrizes e procedimentos básicos**, Brasília, 1999a.
- 20._____, Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de DST/AIDS, **Treinamento para o manejo de casos de doenças sexualmente transmissíveis**, Brasília, 1999b.
- 21._____, Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer, **Programa nacional de controle do câncer de mama e colo do útero**, Brasília, 1999c.
- 22._____, Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer, **Falando sobre câncer de mama**, Brasília, 1999d.
- 23._____, Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer, **Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama e Colo do Útero: Treinamento gerencial para coordenador microrregional e municipal**. Fortaleza: MS/INCA/SESA, 2000a.
- 24._____, Ministério da Saúde, Coordenação de Saúde da Mulher, **Assistência pré-natal: manual prático**. Brasília, 2000b.
- 25.BRENELLI, H. B.; KALAF, J.M. Rastreamento mamográfico de câncer de mama. In: BARROS, A. C., SILVA, H.M.S., DIAS, E.N., NAZARIO, A.C.P., FIGUEIRA FILHO, A. S. S. **Mastologia: condutas**, Rio de Janeiro: Reviver. 1999. p. 1-6.

26. CANO, M. A. T.; FERRIANI, M. G. C.; GOMES, A. Sexualidade na adolescência: um estudo bibliográfico. **Rev. Latino-am enfermagem**. Ribeirão Preto. v. 8. n.2. abr/2000. p.18-24.
27. CARIDADE, A. O adolescente e a sexualidade. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde. v 1. 1999. p. 206-212.
28. CARRARO, T. E. **Enfermagem e assistência**: resgatando Florence Nightingale. Goiânia: AB editora. 1997.
29. CASTANHO, M. E. L. M. O processo de ensino e aprendizagem. **Revista de Educação**. Campinas: Faculdade de Educação. v. 1.n. 2. Fev. 1997. p. 37-46.
30. CASTRO, R. C. B. R.; SILVA, M. J. P. A comunicação não verbal nas interações enfermeiro-usuário em atendimentos de saúde mental. **Rev. Latino-am enfermagem**. Ribeirão Preto. V. 9. n.1. jan 2001. p. 80-87.
31. 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.
32. CICCONE, M. Comunicação total: uma filosofia educacional. In: **Comunicação total**, Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1990.
33. CIPRO NETO, P.; INFANTE, U. **Gramática da língua portuguesa**. São Paulo: Scipione. 1998.

34. COOB, 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.
35. CORDERO, G. A. Derechos de la mujer. Salud sexual y reproductiva. **Rev. Enfermería del Instituto Mexicano del seguro social México**. v. 7. n. 3. setiembre – diciembre 1999. p. 181 - 185.
36. CORREA, S. Planejamento familiar. In: Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, 1994. **Relatório**. Cairo: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento, 1994. P. 43-46.
37. CORREIO BRASILIENSE DE 21/09/1997, Disponível online na URL: <http://www.maturidade.com.br/saude/antigos/surdez.htm> e capturado em 19 de março de 2000.
38. COUTINHO, D. **Língua brasileira de sinais e língua portuguesa: semelhanças e diferenças**. João Pessoa: Idéia. 1996.
39. DAVIS, F. A. **A comunicação não verbal**, São Paulo: Summus, 1979.
40. DEMO, P. **Educar pela pesquisa**. 2. ed. São Paulo: Autores Associados. 1997.
41. DE PLATO, C. **Curso de LIBRAS para ouvintes**. Rio de Janeiro: FENEIS. Disponível na internet via URL: <http://www.hotlink.com.br/users/bsfarias/retrospectiva.htm> e capturado em 07 de novembro de 2000.

42. DE SANTI, M. C. O repensar dos conteúdos escolares: Os processos de transmissão, aquisição e construção dos conhecimentos. **Rev. Latino-am enfermagem**. Ribeirão Preto. v. 7. n. 4. out 1999. p. 113-114.
43. 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. 1991. p. 930.
44. DIAZ, M.; DIAZ, J. Qualidade de atenção em saúde sexual e reprodutiva: estratégias para mudanças. In: GALVÃO, L.; DIAZ, J. **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: Dilemas e desafios**. São Paulo: HUCITEC/ Population Council, 1999.
45. DORNIZAT, A. Metodologias específicas ao ensino de surdos: análise crítica. In: RINALDI *et al.* **Educação especial: Deficiência auditiva**. SEESP, 1997, MEC/UNESCO. online. Disponível na internet via URL: http://www.ines.org.br/ines_livros/livro.html arquivo capturado em 24 de fevereiro de 2000.
46. ELLIS, J. R.; HARTLEY, C.L. **Enfermagem contemporânea: desafios, questões e tendências**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed. 1998.
47. FERREIRA A. B. H. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**, Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1998.
48. FIGUEROA, A. Tecnologia y bioética em enfermería: um desafio permanente. **Texto e Contexto Enferm**. Florianópolis: UFSC. v. 9. n. 1. jan/abr 2000. p. 9-24.
49. FIGUERO, M.N.D. O preparo de educadores sexuais. **Perspectiva**. Florianópolis: Ed. da UFSC. Ano 16. n.30. jul/dez 1998 p. 89-114.

50. FIGUERÓ, M.N.D., A produção teórica no Brasil sobre educação sexual. **Cadernos de Comunicação**. São Paulo: Cortez. n. 98. Mar 1999 p. 50 – 53.
51. FONSECA, V. **Educação especial: Programa de estimulação precoce - uma introdução às idéias de Feuerstein**. 2. Ed. Porto Alegre: Artes Médicas. 1995.
52. FORMIGA FILHO, J. F. N. Políticas de saúde reprodutiva no Brasil: uma análise do PAISM. In: GALVÃO, L.; DIAZ, J. **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios**. São Paulo: HUCITEC/ Population Council. 1999.
53. FREIRE, P. **Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. 3. Ed. São Paulo: Moraes, 1980.
54. _____. **Professora sim, tia não**. São Paulo: Olho d'Água. 1993.
55. _____. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1994.
56. _____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. Rio de Janeiro: Paz e Terra. Coleção Leitura. 1999.
57. FREITAS, S.N., A formação do professor de educação especial na Universidade Federal de Santa Maria. **Revista de Educação**. Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria. v. 24, n.1, 1999. p. 107-116.

58. FRIENDENTHAL-HAASE, M. Educação de adultos e crises no pensamento de Martin Buber. **Educacion**. Alemanha: Instituto de Colaboración Científica Tübingen. v. 45. 1992. p. 21-38.
59. GALVÃO, L.; DIAZ, J. **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios**. São Paulo: HUCITEC/ Population Council. 1999.
60. GEIB, L. T. C.; SAUPE, R. Educare: ensaiando a pedagogia do cuidado. **Texto e Contexto Enferm**. Florianópolis: UFSC. v. 9. n. 2. pt. 2. maio/ago 2000. p. 497-508.
61. GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**, 4. Ed., São Paulo: Atlas. 1995.
62. GÓES, M.C.R. **Linguagem, surdez e educação**. São Paulo: Autores Associados. 1996.
63. GOMES, P. G. (Org.) **A comunicação em debate**, São Paulo: Paulinas. 1994.
64. GOZZO, T. O.; FUSTINONI, S.M.; BARBIERI, M.; ROHER, W.M.; FREITAS, I. A. Sexualidade feminina: compreendendo seu significado. **Rev. Latino-am enfermagem**. Ribeirão Preto. v. 8. n. 3. jul 2000. p. 84-90.
65. GRABUSKA, C. J.; BASTOS, F. P. Investigação-ação na formação dos profissionais da educação: redimensionando as atividades curriculares de ciências naturais no curso de Pedagogia. **Revista Educação**. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria. v. 22. n. 2. 1999. p. 145-149.
66. GUELER, R. F. **Grande tratado de enfermagem**, 5.ª Ed. São Paulo: Brasileira, 1998. p. 219-228.

67. HAGUETTE, T.M.F. **Metodologias qualitativas na sociologia**, 4. Ed. Petrópolis: Vozes. 1995.
68. 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 .
69. HATCHER, R. A.; RINEHART, W.; BLACKBURN, R.; GELLER, J.S.; SHELTON, J.D. **Lo esencial de la tecnologia anticonceptiva**, Baltimore: Programa de Información en Población de Johns Hopkins. Julio 1999.
70. HOGA, L. A. K. **A mercê do cotidiano da anticoncepção: a mulher seguindo o seu caminho**. Mogi das Cruzes: MURS. 1996.
71. JESUS, M. C.P.; CUNHA, M. H. F. Utilização dos conhecimentos sobre comunicação por alunos de graduação de enfermagem. **Rev. Latino-am enfermagem**. Ribeirão Preto. V. 6. n.1. jan 1998. p.15-25.
72. KOJIMA, C. **Língua de sinais: a imagem do pensamento**. São Paulo: Escala. v. 1. n.3. 2001a.
73. _____. **Língua de sinais: a imagem do pensamento**. São Paulo: Escala. v. 1. n. 5. 2001b.
74. _____. **Língua de sinais: a imagem do pensamento**. São Paulo: Escala. v. 1. n. 6. 2001c.
75. LAFON, J. A. **A deficiência auditiva na criança**. São Paulo: Manole, 1989.
76. LIMA, Z. . **Comunicação e cultura**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1990.

77. LIMA, M. A. C.; CASSIANI, S. H. B. Pensamento crítico: um enfoque na educação de enfermagem. **Rev. Latino-am enfermagem**. Ribeirão Preto. V. 8. n.1 jan 2000. p. 23-30.
78. LOPES, M. J. M. Quando a voz e a palavra são atos terapêuticos: a integração individual e coletiva nas palavras cotidianas do trabalho de enfermagem. In: WALDOW, V.R, LOPES, M.J.M. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto alegre: Artes Médicas. 1995. p. 153-188.
79. LOPES R. L.M. A mulher vivenciando o exame ginecológico na prevenção do câncer uterino. **Rev. Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, n. 2. 1994. p. 166-170.
80. LOVISOLO, H. A educação de adultos entre dois modelos. **Cadernos de Pesquisa**. São Paulo: Cortez. n. 67. nov. 88. p. 23 – 40.
81. MAZOTTA, M. J.S. **Fundamentos da educação especial**, São Paulo: Pioneira, 1997.
82. MEDEIROS, M.S.A., Educação e libertação. **Cadernos de educação**. Ano 2, n. 2. Belo Horizonte: PUC- Minas Gerais. maio 1995. p. 24-25.
83. MELLES, A. M.; ZAGO, M. M. F. Análise da educação de clientes de clientes/pacientes na literatura brasileira de enfermagem. **Rev. Latino-am enfermagem**. Ribeirão Preto. v. 7. n.5. dez 1999. p. 85-94.
84. MENDEZ, I. D.; SANTAMARÍA, R. O.; VELASQUÉZ, L. V.; ALÁRCÓN, P. E. Dos estratégias educativas en el manejo de pacientes con dialysis peritoneal intermitente. **Rev. Enfermería del Instituto Mexicano del seguro social** . México. V. 7 n.1. Enero – abril 1999. p. 7 –14.

85. NAIDOO, J.; WILLS, J. **Health promotion: foundations for practice**. London: Baillière Tindall. 1998.
86. NIETSCHKE, E. A. **Tecnologia emancipatória: possibilidade ou impossibilidade para a práxis de enfermagem**. Ijuí: Editora UNIJUÍ. 2000.
87. NIETSCHKE, E. A.; DIAS, L. P. M.; LEOPARDI, M. T. Tecnologias em Enfermagem: um saber em compromisso com a prática? In: Seminário de Pesquisa em Enfermagem. Gramado. 25 de maio de 1999. **Anais**. Gramado. 1999.
88. NIETSCHKE, E. A.; LEOPARDI, M. T. Tecnologia emancipatória: uma perspectiva de transformação da práxis de enfermagem. **Texto e Contexto Enferm**. Florianópolis: UFSC. v. 9. n. 1. jan/abr 2000. p. 25-41.
89. NOGUEIRA, R. A. **Planejamento familiar entre casais surdos: relato de uma metodologia educativa**, Dissertação de Mestrado, Fortaleza: UFC/DENF. 1998.
90. NOGUEIRA, R. A.; VARELA Z.M.V. O Cotidiano 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.
91. NOGUEIRA, R. A.; PAGLIUCA, L. M. O conhecimento sobre os aparelhos reprodutores através de exercícios participativos entre os surdos: relato de uma experiência. **Nursing**. São Paulo: Ferreira e Bento. v. 11. n. 2. abr 1999. p. 15-20.
92. NOGUEIRA, R. A.; PAGLIUCA, L. M. Tecnologias utilizadas na aproximação entre surdos e ouvintes. **Texto e Contexto Enferm**. Florianópolis: UFSC. v. 9. n. 1. jan/abr 2000. p. 259-269.

93. NORWICH, B.; EVANS, J.; LUNT, I.; STEEDMAN, J.; WEDELL, K. Clusters: inter-school collaboration in meeting special educational needs in ordinary schools. **British Educational Research Journal**. V. 20. n. 3. 1994. p. 279-292.
94. _____. A new conceptualisation of adult participation in education. **British Educational Research Journal**. V. 21. n. 5. 1995.
95. PEREIRA, R.C.J.; GALPERIM, M.R.O. Cuidando, ensinando, pesquisando. In: WALDOW, V.R.; LOPES, M.J.M. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto alegre: Artes Médicas. 1995.
96. PERLIN, G. , Educação do surdo. **Reflexão e Ação**. Santa Cruz de Caxias do Sul: UNISC, v. 6, n. 2, jul/dez 1998. p. 33-40.
97. PEY, M.O. Oficina como modalidade educativa. **Perspectiva: uma revista do Centro de Ciências da Educação**. Florianópolis: Ed. Da UFSC. Jan/jun 1997. p. 35-63.
98. PINHEIRO. P. A. **Análise de um programa de ensino para a alfabetização de deficiente auditivo adulto**. Bauru: Universidade Sagrado Coração, 1994.
99. PIRES, G.N.L.; PIRES, G. Atividade lúdica e aprendizagem. **Revista Portuguesa de Pedagogia**. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Ano XXVI, n. 3. p. 379-391.
100. PHILIPPI, M. L. S.; MALAVASSI, M.E.; ARONE, E.M. **Enfermagem em doenças transmissíveis**. São Paulo: Editora SENAC São Paulo. 1994.

101. POPULATION REPORTS. **Oportunidades para a mulher através da livre escolha reprodutiva**. Baltimore: Population Information Program, Center for Communication Programs, the Johns Hopkins School of Public Health. Série M-12. XXII (1). Julho 1994.
102. POPULATION REPORTS. **Em dia com o DIU**. Baltimore: Population Information Program, Center for Communication Programs, the Johns Hopkins School of Public Health. Série B-6. XIII (5). 1995a.
103. POPULATION REPORTS. **New era for injectables**. Baltimore: Population Information Program, Center for Communication Programs, the Johns Hopkins School of Public Health. Série K-5. XIII (1). 1995b.
104. POPULATION REPORTS. **Métodos de planificación familiar: nueva orientación**. Baltimore: Population Information Program, Center for Communication Programs, the Johns Hopkins School of Public Health. Série J-44. XXIV (3). 1996a.
105. POPULATION REPORTS. **Gente en movimiento: nuevo foco de interés de la salud reproductiva**. Baltimore: Population Information Program, Center for Communication Programs, the Johns Hopkins School of Public Health. Série J-45. XXIV (3). 1996b.
106. POPULATION REPORTS. **Oral contraceptives – un update**. Baltimore: Population Information Program, Center for Communication Programs, the Johns Hopkins School of Public Health. Série A-9. (1). 2000.
107. PORRAS, M. R. El libro de texto: instrumento para la innovación educativa. **Revista Educación de la Universidad de Costa Rica**. V. 22, n.1 1998. p.119-129.

108. PREVE, A. M. H. A. Oficina de sexualidade como busca para uma prática convencional. **Perspectiva: uma revista do Centro de Ciências da Educação**. Florianópolis: Ed. da UFSC. Jan/jun 1997. p. 103-108.
109. QUADROS, R. M. **Educação de surdos: aquisição da linguagem**. Porto Alegre: Artes médicas, 1998.
110. RAMALHO SEGALA, R. Relato de um surdo. **Língua de sinais: a imagem do pensamento**. São Paulo: Escala. v. 1(1). 2001.
111. RIGOBELLO, L.M.M.; FORTUNA, C.M.; RIGOBELLO L. X.; PEREIRA, M.J.B.; DINIZ, S.A. Processo de comunicação em grupos de aprendizagem: uma experiência multiprofissional. **Rev. Latino-am enfermagem**. Ribeirão Preto. v. 6. n. 4. out 1998. p. 95-102.
112. ROCHA, F. A educação da sexualidade no contexto humanizante. **Rev. Portuguesa de Pedagogia**. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Ano XXII, n. 1. 1988. p. 163 –168.
113. SABINO NETO, J.; SALES, F.S.P. Escolha adequada do anticoncepcional oral. **Femina**. São Paulo. v. 26, n. 2 . 1998. p. 78-87.
114. SADIK, N. Derechos humanos: las mujeres tienen necesidades especiales. **Populi**, v. 25, n. 1, marzo/april 1998. p.16-17.
115. SÁNCHEZ, O. C.; CARRILLO, M. A. J. Aprendizaje cooperativo. **Revista de educación de Costa Rica**. Costa Rica. v.17, n.1, 1993. p. 39-45.
116. SEBASTIANY, G.D. A diferença/deficiência no contexto sócio-educacional. **Reflexão e Ação**. Santa Cruz de Caxias do Sul: UNISC, v. 6, n. 1, jan/jun 1998a. p. 41-48.

117. SEBASTIANY, G. D. Avaliação em educação especial: uma perspectiva contextualizada. **Reflexão e Ação**. Santa Cruz de Caxias do Sul: UNISC, v. 6, n. 2, jul/dez 1998b. p. 33-40.
118. SEGALA, S.R, Carta ao leitor. **Língua de sinais: a imagem do pensamento**. São Paulo: Escala. v. 1. n. 3. 2001.
119. SILVA, M.J.P. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde**, São Paulo: Gente, 1996.
120. 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. 1994. p. 32-38
121. SILVA, L.M. da.; BRASIL, V.V.; GUIMARÃES, H.C.Q.C.P.; SAVONITTI, B.H.R. A.; SILVA, M.J.P da. Comunicação não-verbal: reflexões acerca da linguagem corporal. **Rev. Latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto. 8(4). agosto 2000. p. 52-58.
122. SILVA, R. M.; QUEIROZ, T. A.; SANTOS, Z. M. S. A. Corpo, Saúde e sexualidade. In: SILVA, Y. F, FRANÇA, M. C. (org). **Saúde e doença: uma abordagem cultural da Enfermagem**. Florianópolis: Papa-livro. 1996.
123. SKLIAR, C. Os estudos surdos em educação: problematizando a normalidade. In: SKILAIR, C. (Org.) **A surdez: um olhar sobre as diferenças**. Porto Alegre: Mediação. 1998. p. 7-32.
124. SMITH, J. Métodos orais de reabilitação auditiva. **Rev. Portuguesa de Pedagogia**. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Ano XXVI, n. 3. 1989. p. 379 – 391.

125. SMITH, J. Estilos de aprendizagem na educação de adultos. **Rev. Portuguesa de Pedagogia**. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Ano XXIV. 1990. p. 474 – 478.
126. SOARES, I. O. A comunicação no espaço educativo: possibilidades e limites de um novo campo profissional. **Perspectiva: uma revista do Centro de Ciências da Educação**. Florianópolis: UFSC. v. 13. n. 24. jul/dez 1995. p.11-22.
127. SORDI, M. R. L. Ensaando um novo olhar avaliativo na educação de adultos, **Revista de Educação**. v. 3, n. 6. junho 1999. p. 7-12.
128. SOUSA, M. M. Comunicação e educação: entre meios e mediações. **Cadernos de Pesquisa**. São Paulo: Autores Associados. N. 106. 1999. p. 9-26.
129. SOUZA M, MILITÃO RT. **S.O.S. Dinâmica de grupo**, Fortaleza: Imagem Dominio. 1997.
130. SOUZA, O. S. H. A valorização dos recursos didáticos na construção do conhecimento das pessoas com necessidades especiais. **Reflexão e ação**. Universidade de Santa Cruz do Sul, v. 6, n. 2, jul/dez 1998. p. 23-32.
131. STACCIARINI, J. M.; ESPERIDIÃO, E. Repensando estratégias de ensino no processo de aprendizagem. 1999). **Rev. Latino-am enfermagem**. Ribeirão Preto. V. 7. n.5. dez 1999. p. 59-66.
132. STRAKA, G.A.; NENNIGER, P.; SPEVACEK, G.; WOSNITZA, M. Um modelo de aprendizaje motivado y autodirigido. **Educacion**. Alemania: Instituto de Colaboración Científica Tübingen. V. 55. 1997. p. 43-54.

133. TEIXEIRA, B. B., Educação: valor e necessidade. **Cadernos de Filosofia e Ciências Humanas**, Ano 5, n. 9, outubro 1997. p. 82-93.
134. TEIXEIRA, E. A. **Aprendizagem e criatividade emocional**. São Paulo: Makron Books. 1998.
135. THIOLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 8 Ed. São Paulo: Cortez. 1998.
136. THOMA, A. S. Os surdos na escola regular: inclusão ou exclusão. **Reflexão e ação**. Universidade de Santa Cruz do Sul, v. 6, n. 2, jul/dez 1998. p. 41-54.
137. TORRES, G.V, ENDERS, B. C. Atividades educativas na prevenção da AIDS em uma rede básica municipal de saúde: participação do enfermeiro. **Rev. Latino-am enfermagem**. Ribeirão Preto. V. 7. n.2 abril 1999. p. 71-77.
138. TRENTINI, M, PAIM, L. **Pesquisa em Enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial**. Florianópolis: Editora da UFSC. Série Enfermagem. 1999.
139. VALENTINI, C. B. **A apropriação da língua escrita e os mecanismos cognitivos de sujeitos surdos na interação em Rede Telemática** – Dissertação de Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento. UFRGS. Disponível na internet via URL: <http://www.ucs.tche.br/carla/Libras/homepage/leituras>. Capturado em 05 de novembro de 2000.
140. VIEIRA, N. F. C. **Issue in the implementation of a school- based HIV/AIDS education projection**. Thesis (PhD)- University of Bristol. London. 1998.

141. VINCENT, C.; JENNIFER, E.; LUNT, I.; YOUNG, P. The market forces? The effect of local management of schools or special educational needs provision. **British Educational Research Journal**. V. 20. n. 3. 1994. p. 261-278.
142. YOZO, R. Y. K. **100 jogos para grupos: Uma abordagem psicodramática para empresas, escolas e clínicas**. São Paulo: Ágora. 1996.
143. ZEFERINO, L.; GALVÃO, L. Prevenção e controle do câncer de colo uterino: por que não acontece no Brasil? In: GALVÃO, L.; DIAZ, J. **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: Dilemas e desafios**. São Paulo: HUCITEC/ Population Council. 1999.

ANEXOS

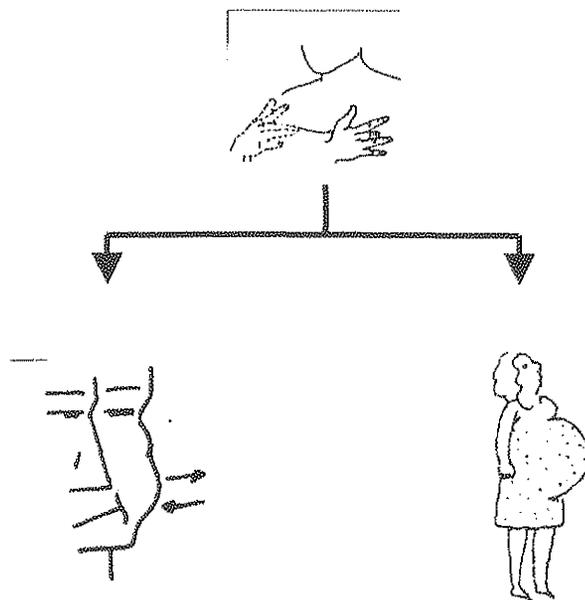
"Quanto mais me capacito como profissional, quanto mais sistematizo minhas experiências, quanto mais me utilizo do patrimônio cultural, que é patrimônio de todos e ao qual todos devem servir, mais aumenta minha responsabilidade com os homens."

Freire (1994),

O MANUAL

SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA:
Falando para surdos

SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

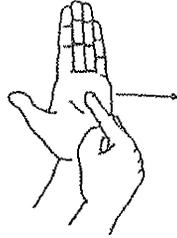


Falando para surdos

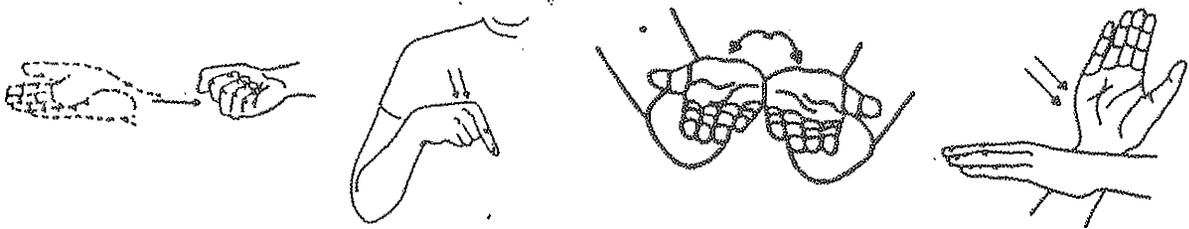


Rosiléa Alves de Sousa

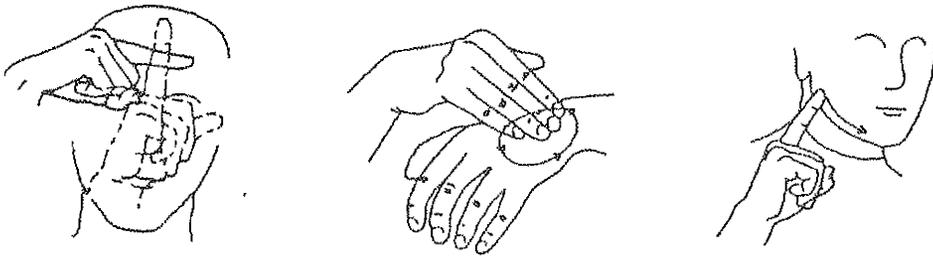
APRESENTAÇÃO



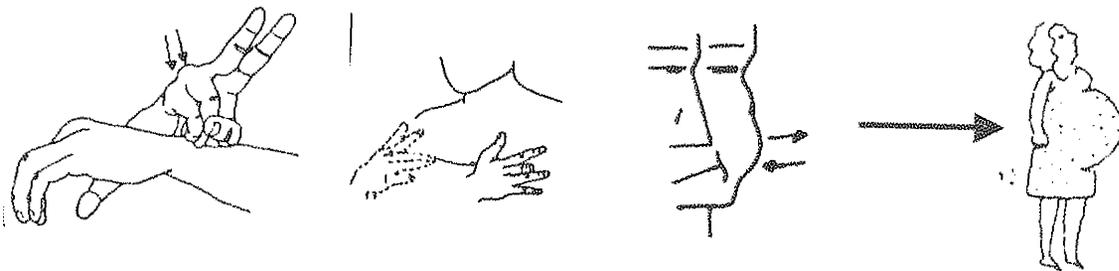
Desejamos que este manual ajude



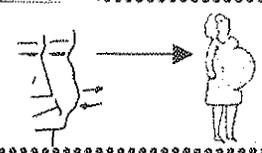
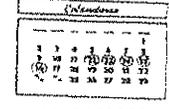
aos profissionais de saúde na comunicação com os surdos

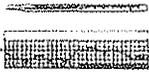
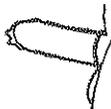
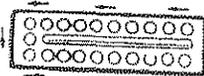


quanto aos cuidados da sua saúde sexual e reprodutiva

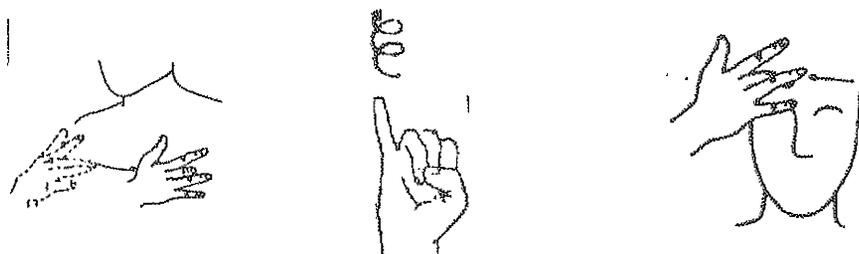


ÍNDICE SINALIZADO

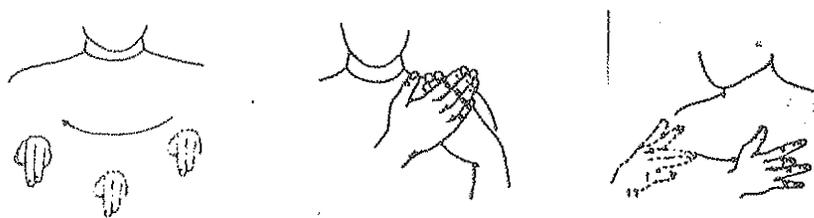
A saúde é importante		01
O corpo do homem		04
O corpo da mulher		05
Relação sexual e gravidez		06
Gravidez		07
Pré-Natal		08
Parto		10
Prevenção do câncer ginecológico		11
DST e AIDS		13
Descoberta precoce do câncer de mama		16
Métodos anticoncepcionais		17
Tabela		18'

Método do muco		20
Método da temperatura		21
Diafragma		23
Condom / camisinha		24
Espermicida		25
DIU		26
Pílula		27
Injeção		29
Laqueadura tubária		31
Vasectomia		32
Nesta cartilha		33
Agradecimentos		35

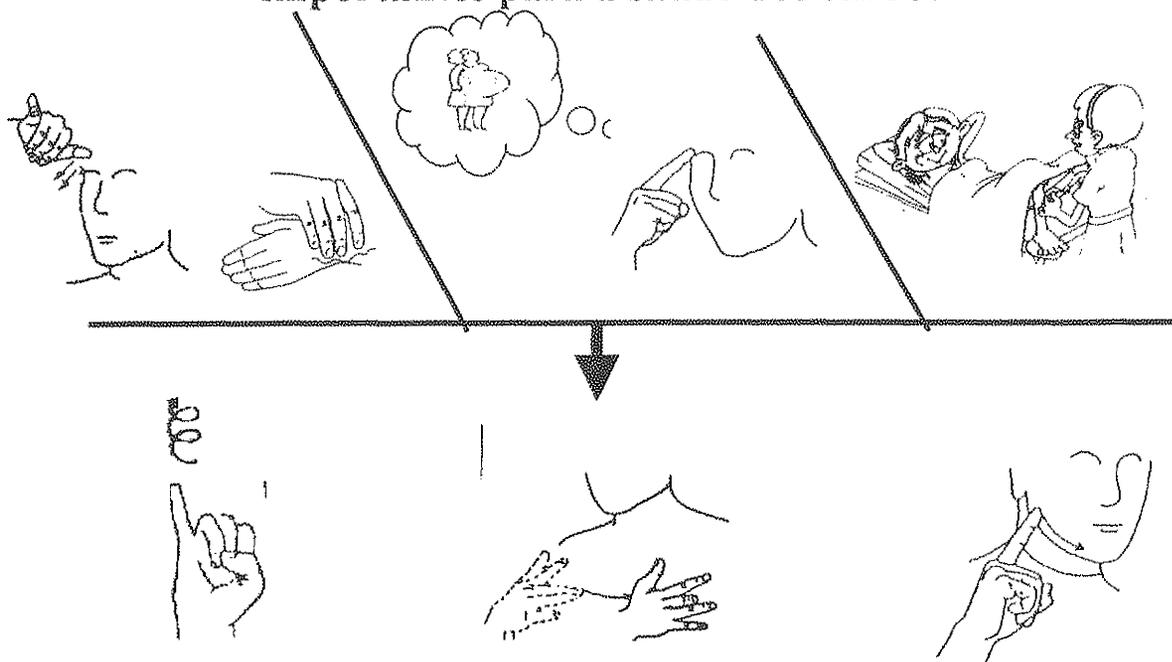
A saúde é importante para as pessoas



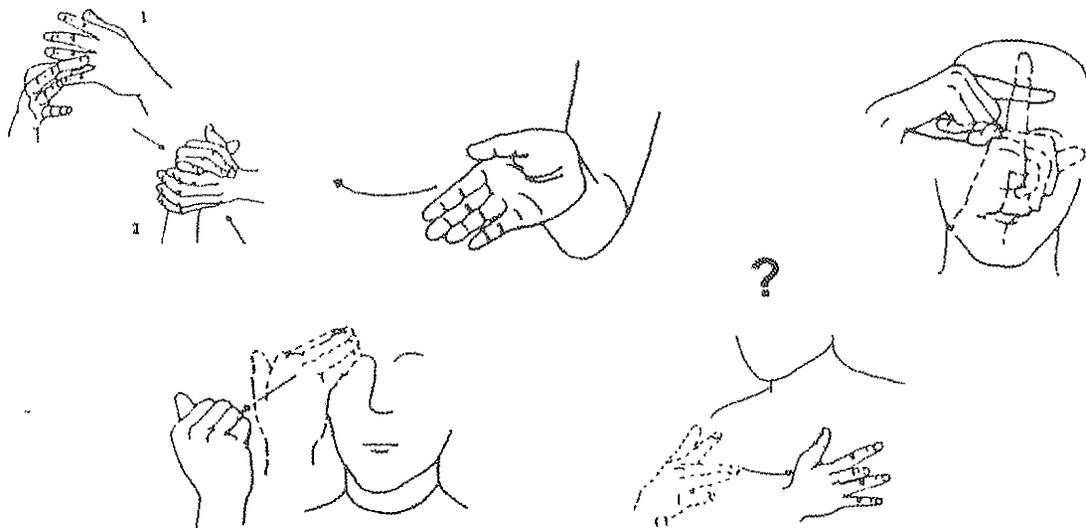
Nós somos responsáveis pela nossa saúde



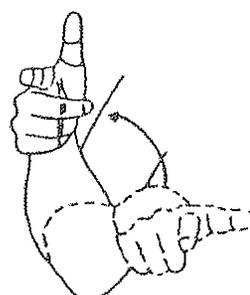
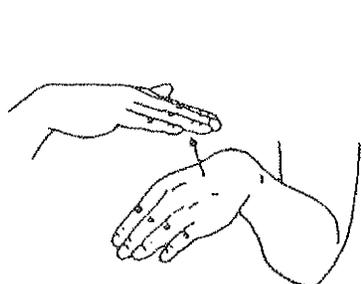
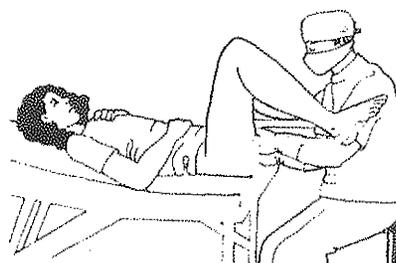
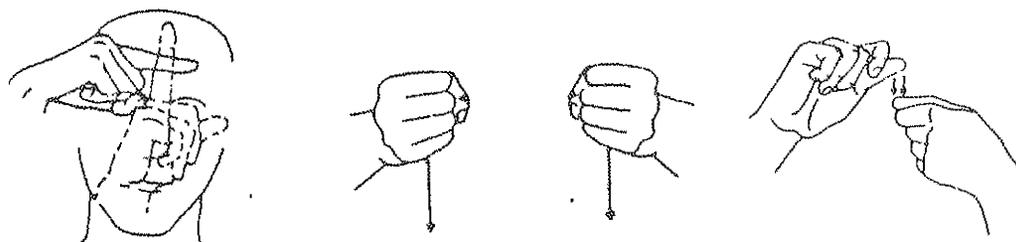
Evitar doenças, planejar a gravidez e fazer exames são importantes para a saúde dos surdos



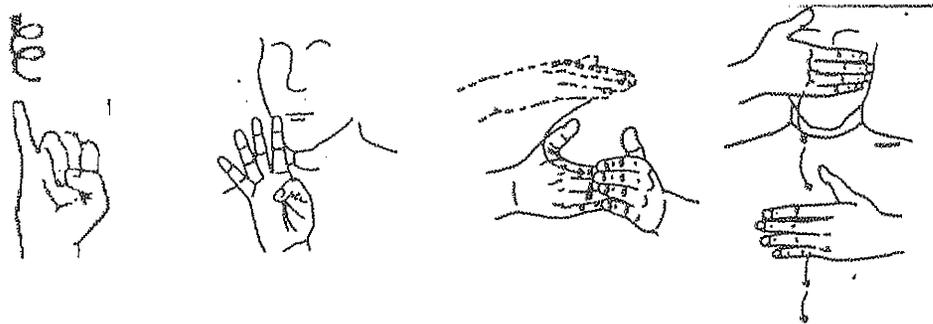
Os casais devem ir ao serviço de saúde para saber como está sua saúde



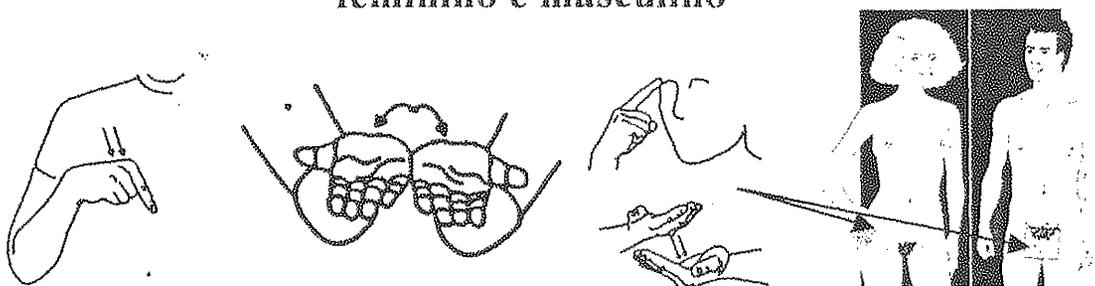
Os serviços de saúde podem realizar controle de PA, prevenção de câncer e mais outros exames



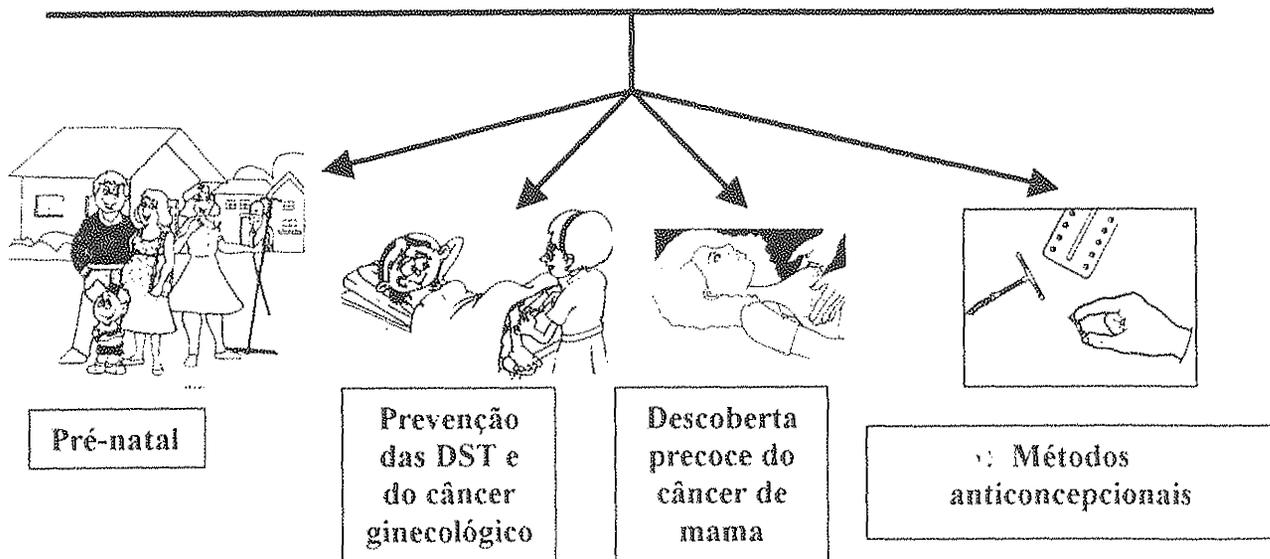
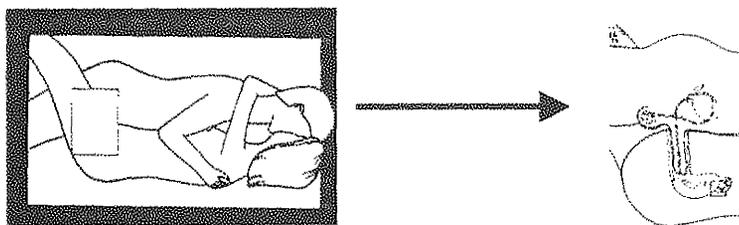
É importante conhecermos todo o nosso corpo



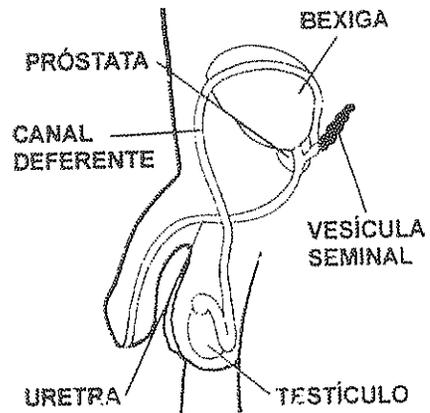
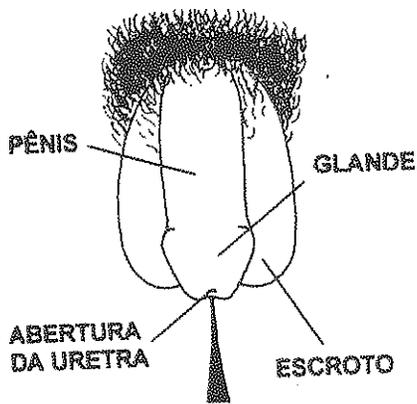
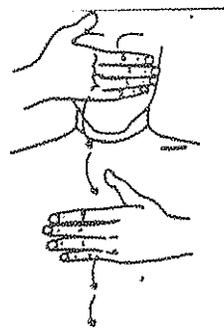
Mas neste manual estudaremos o sistema reprodutor feminino e masculino



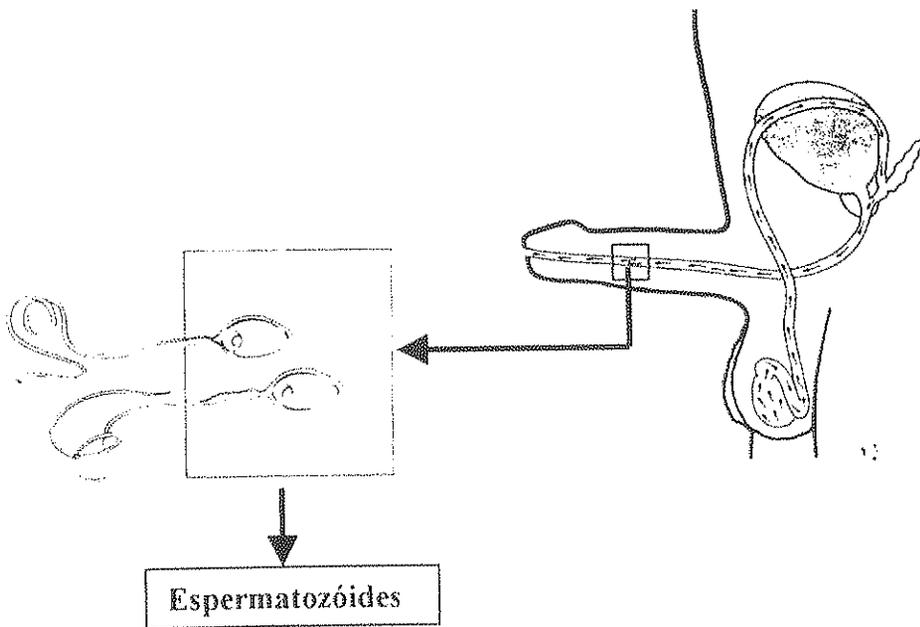
e a Saúde Reprodutiva e Sexual



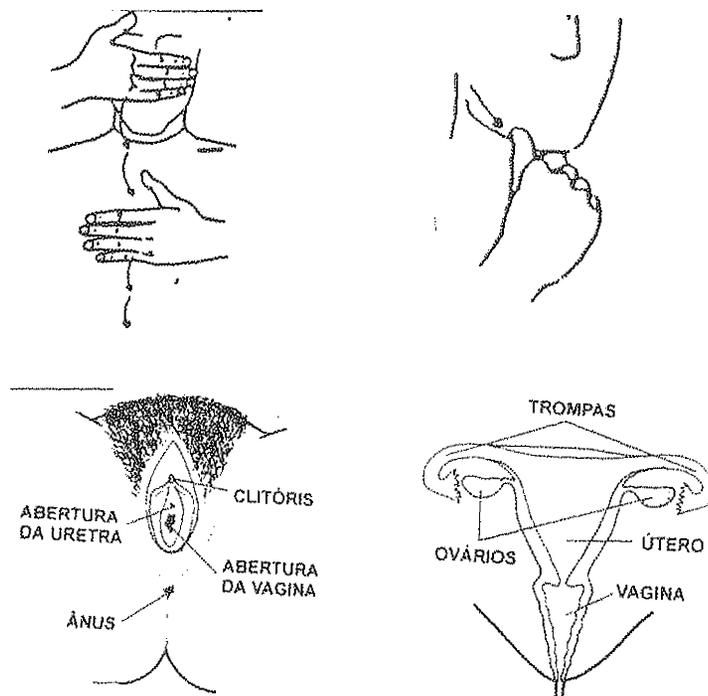
O CORPO DO HOMEM



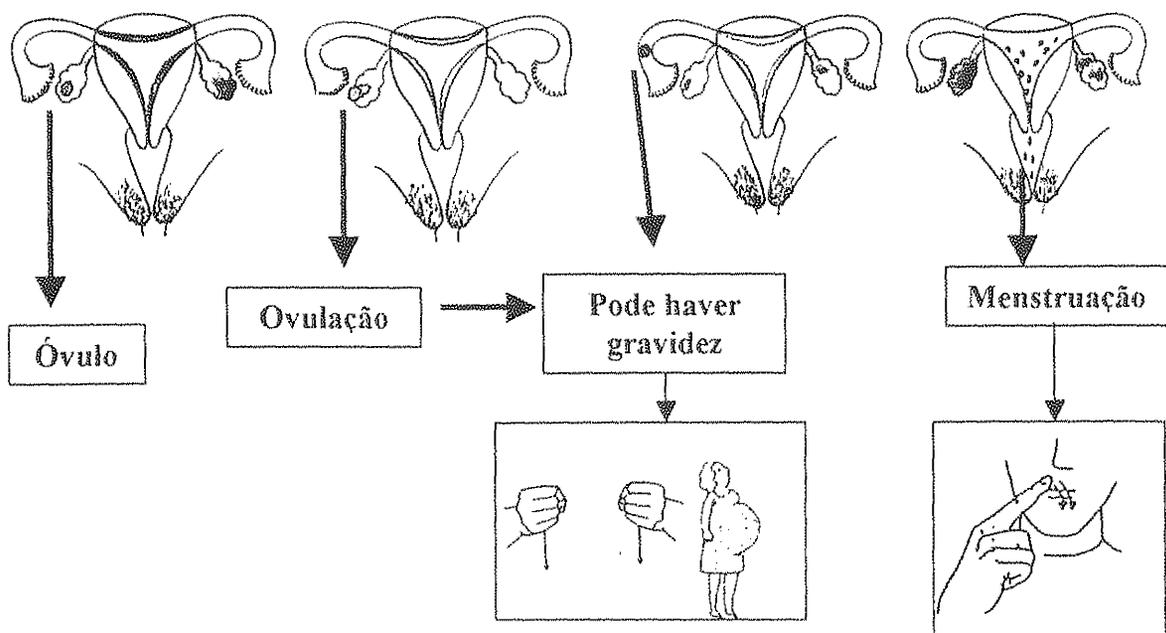
ESPERMATOZÓIDES



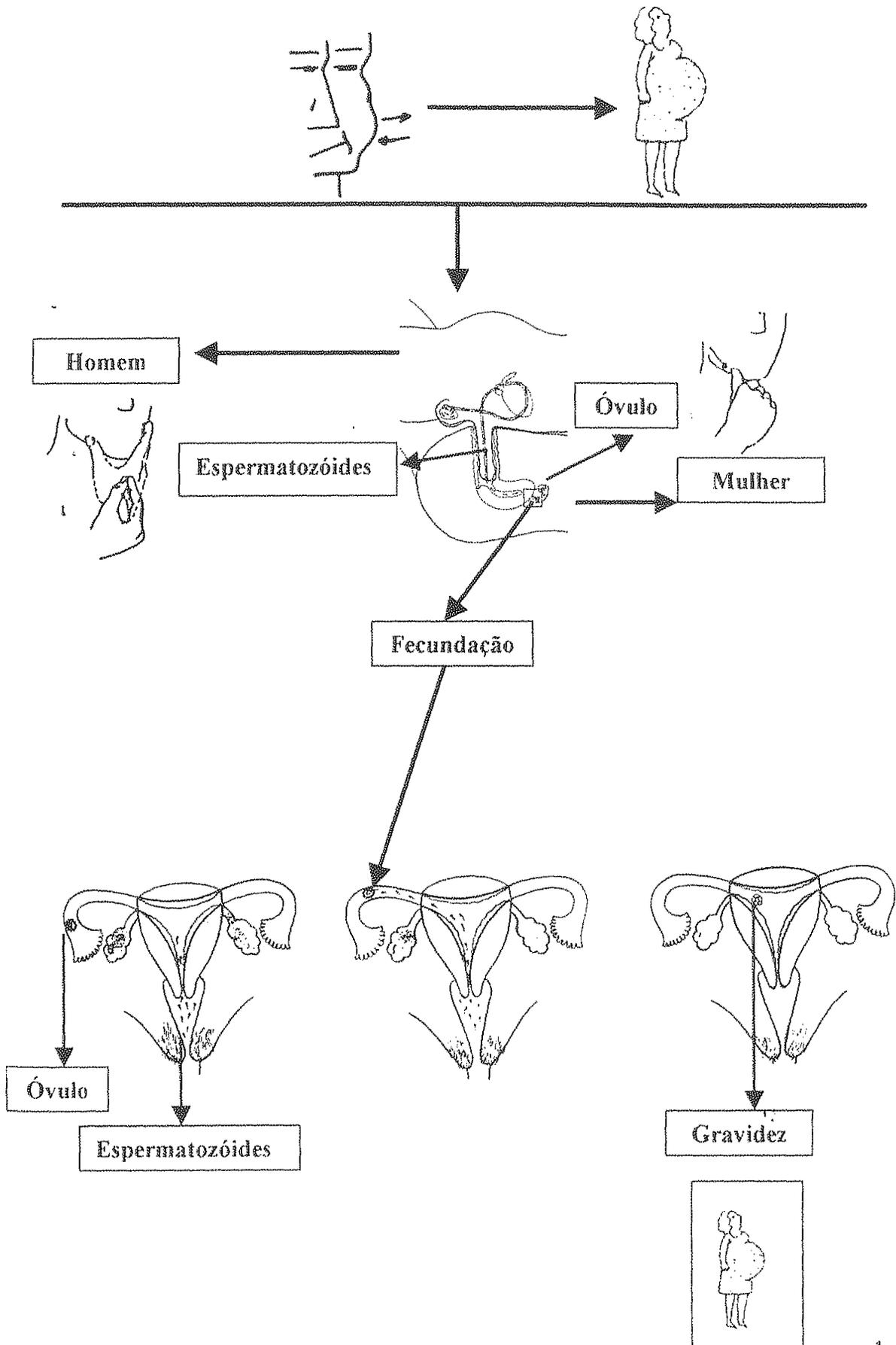
O CORPO DA MULHER



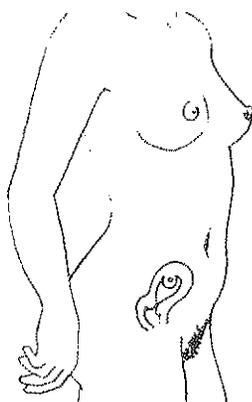
O CICLO MENSTRUAL



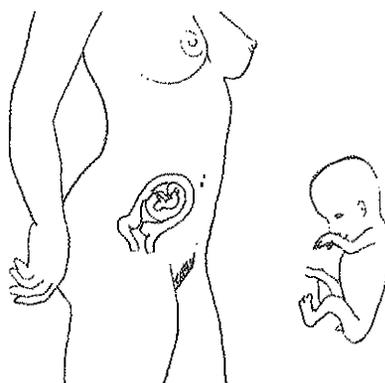
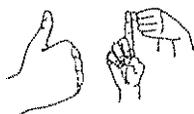
RELAÇÃO SEXUAL E GRAVIDEZ



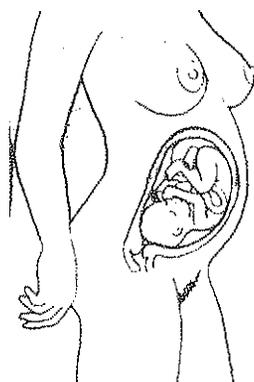
GRAVIDEZ



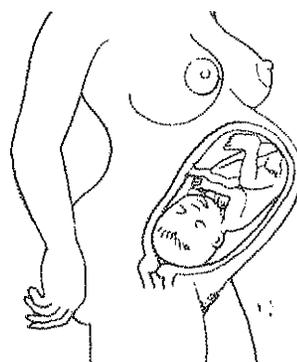
1^o mês



3^o mês



6^o mês



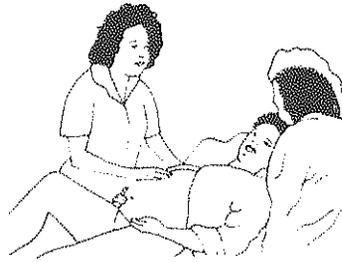
9^o mês



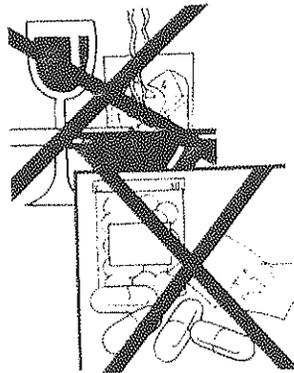
Verificar o peso



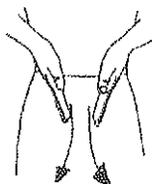
Acompanhar o crescimento da barriga



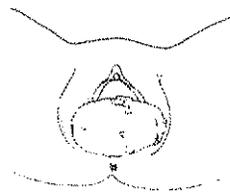
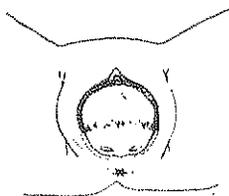
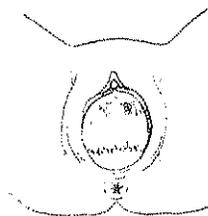
Evitar bebidas alcoólicas, remédios e outras drogas



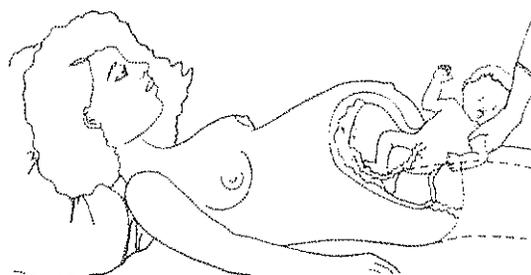
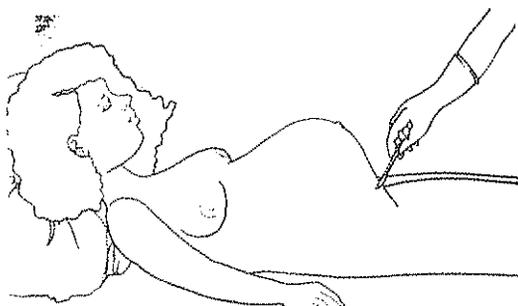
PARTO



NORMAL

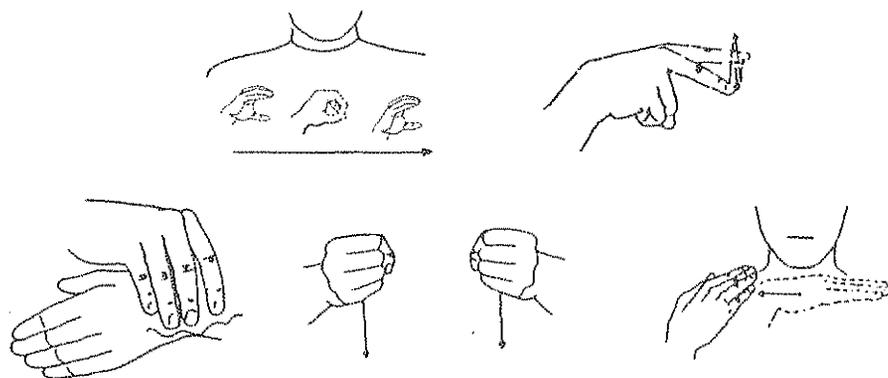


CESÁREO

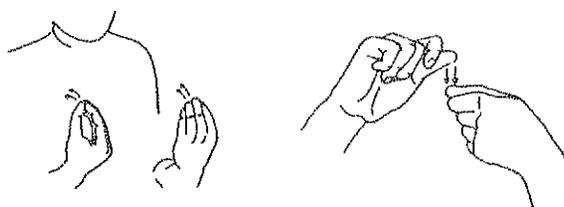


PREVENÇÃO DO CÂNCER GINECOLÓGICO

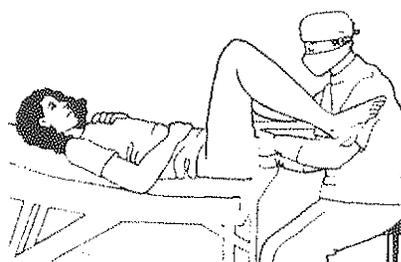
CÂNCER = doença que pode matar



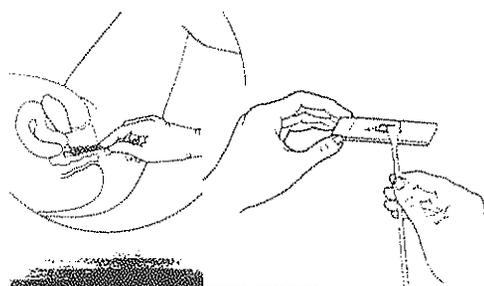
Como realizar?



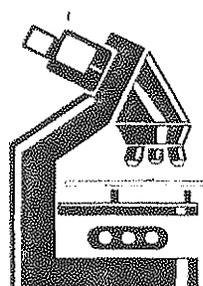
Exame ginecológico



Citologia



Exame da lâmina



Toque vaginal



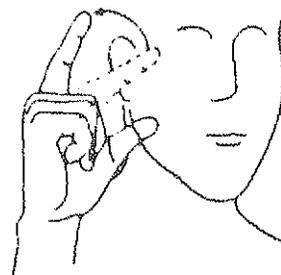
IMPORTANTE



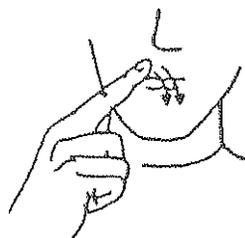
✓ Não dói



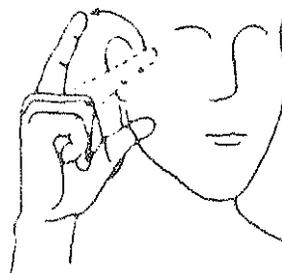
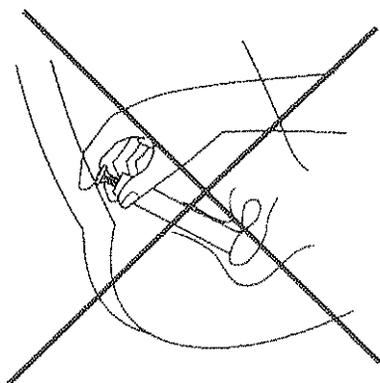
✓ A mulher não pode ter tido relação sexual no dia anterior



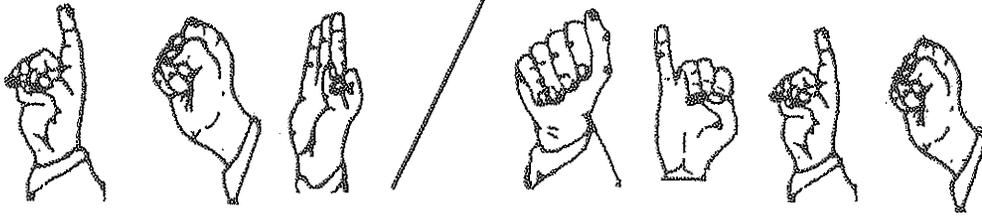
✓ Não pode estar menstruada



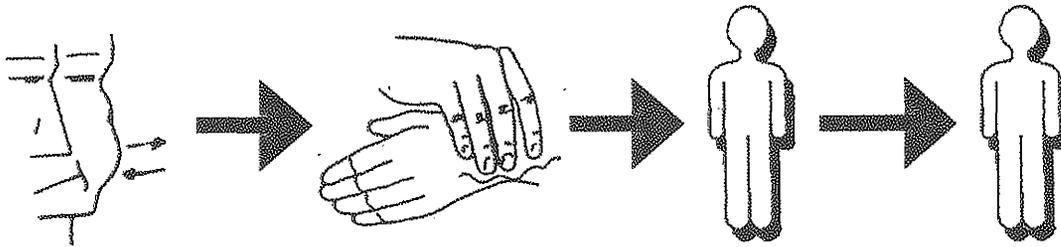
✓ Não pode ter usado pomada ginecológica no dia anterior



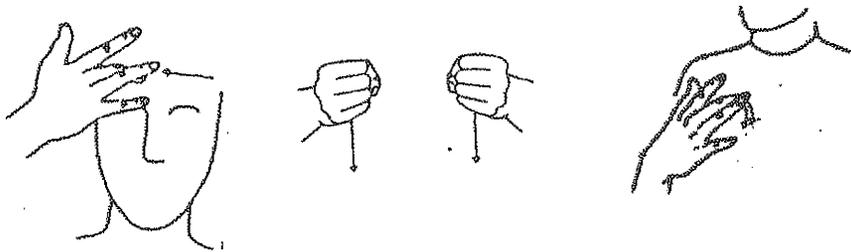
DST E AIDS



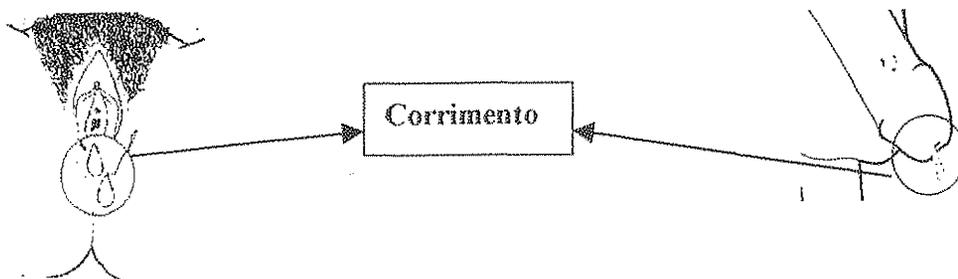
As DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis) são doenças que passam de pessoa para pessoa através da relação sexual.



As pessoas podem ter vários sintomas:



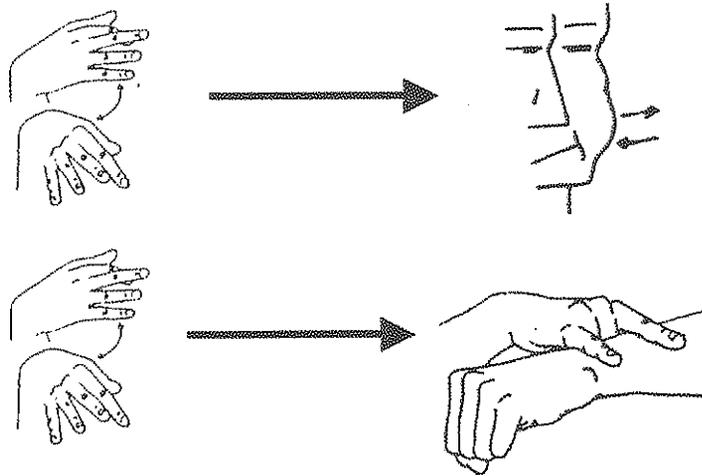
✓ Corrimento pela vagina ou pelo pênis



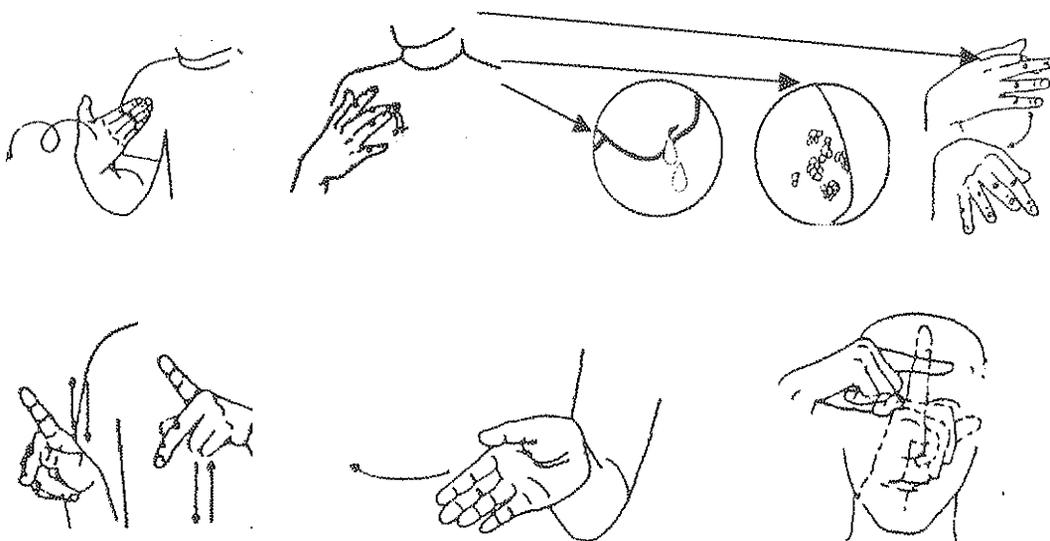
✓ Bolhas, verrugas e feridas



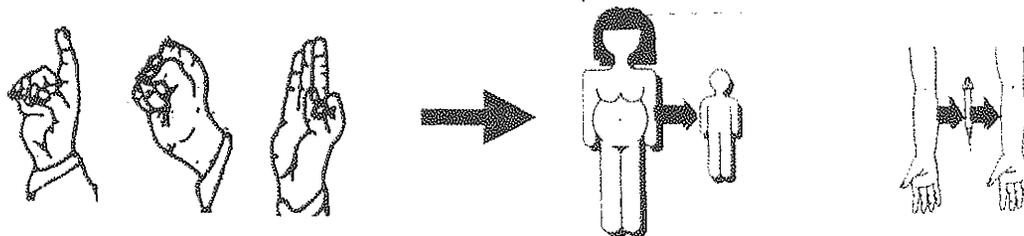
✓ Dor durante a relação sexual ou quando urina



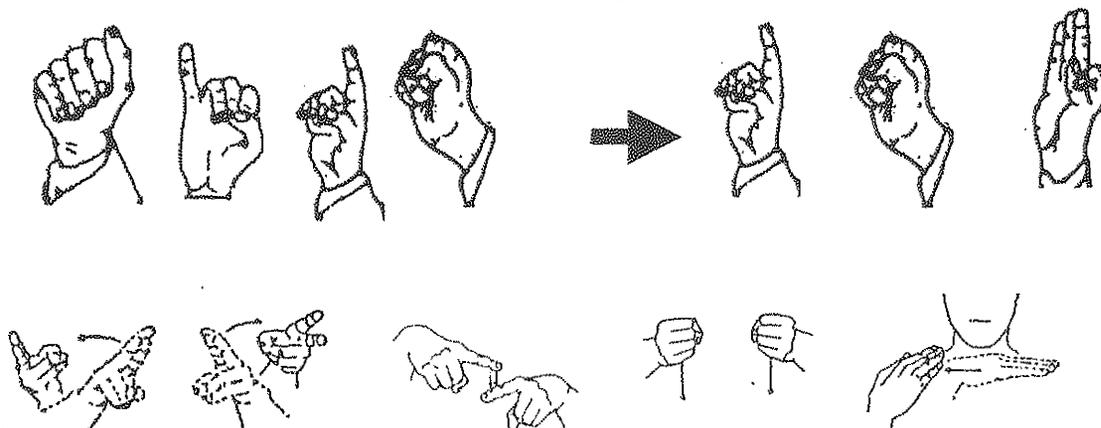
Quando apresentar esses sintomas a pessoa deve ir ao serviço de saúde



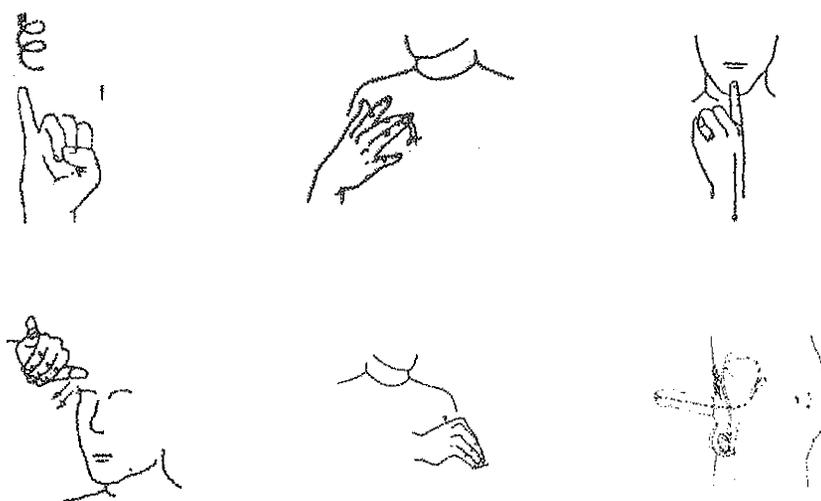
Algumas DST podem se transmitir da mulher grávida para o filho e através de seringas ou outros objetos contaminados.



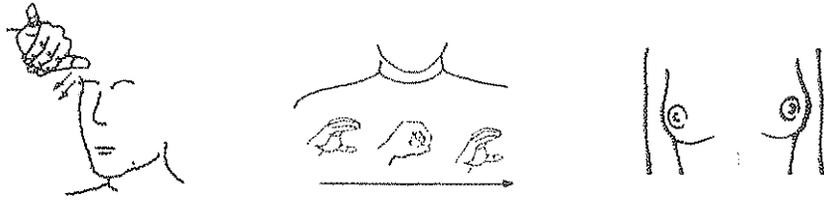
AIDS é uma DST diferente porque pode matar



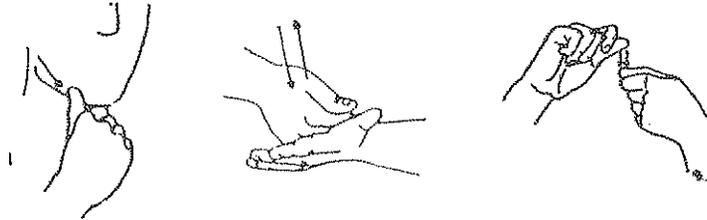
O principal sintoma da AIDS é a perda de peso e para prevenir todos devem usar camisinha



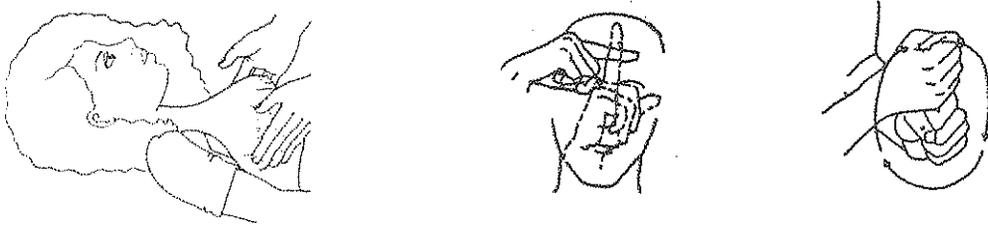
DESCOBERTA PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA



As mulheres precisam fazer:



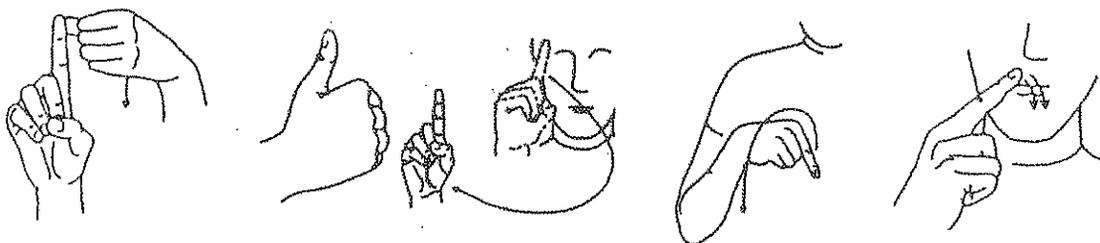
✓ Exame das mamas no serviço de saúde uma vez ao ano



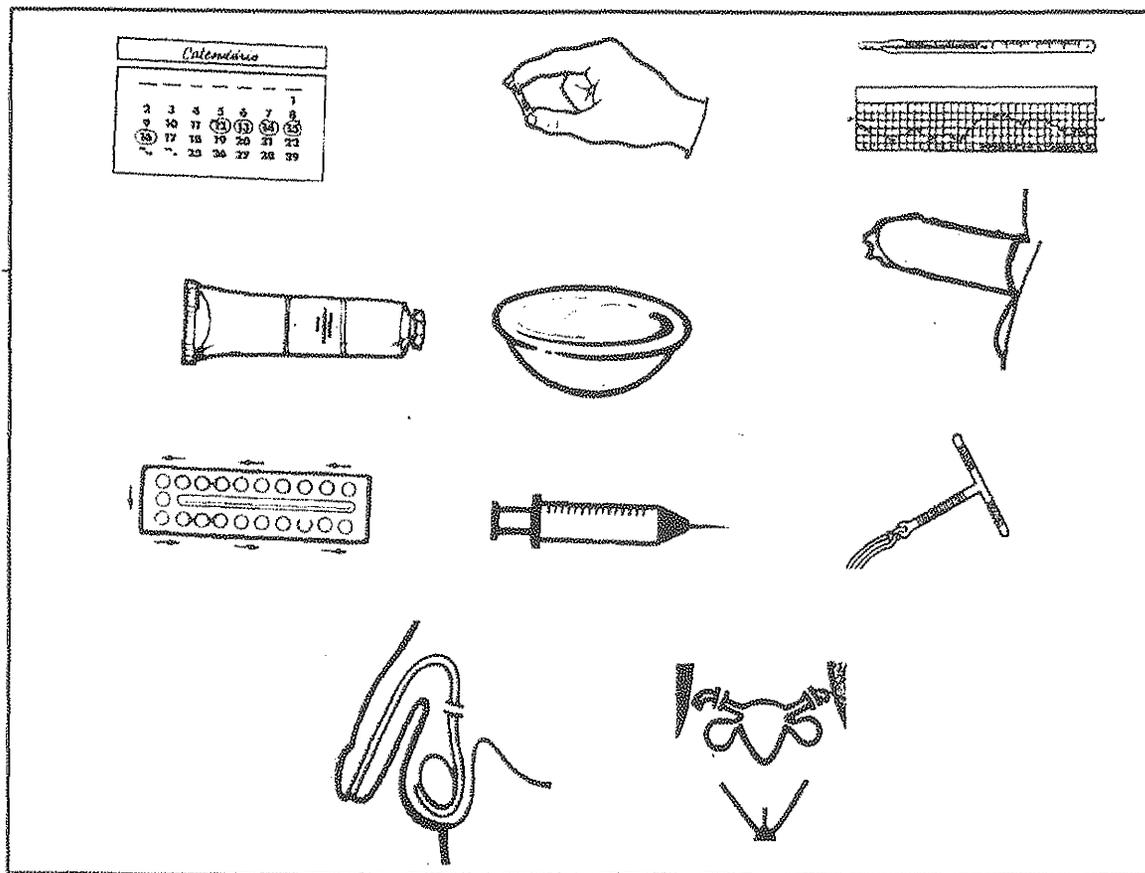
✓ Fazer o auto exame das mamas



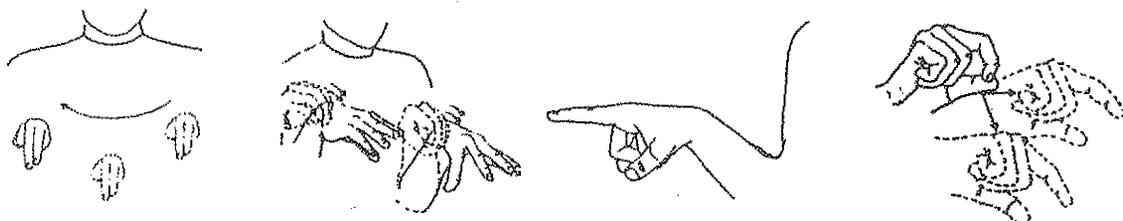
todo mês, uma semana depois da menstruação



MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS



Nós informamos e você decide



TABELA



Como fazer?



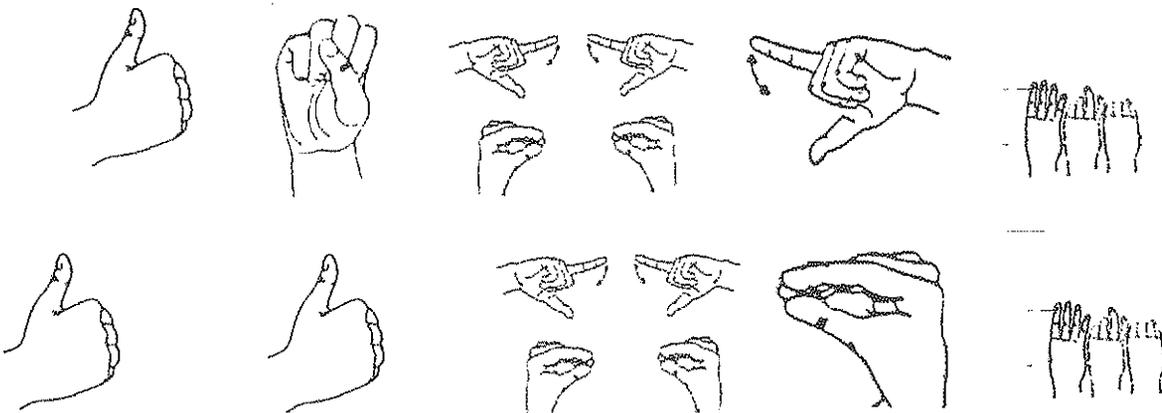
1. Anotar no calendário o primeiro dia da menstruação durante 6 meses



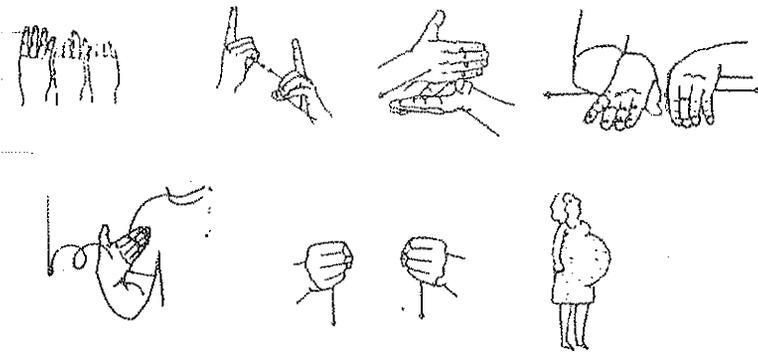
2. Contar o número de dias entre as menstruações



3. Subtrair 18 do menor número e 11 do maior número



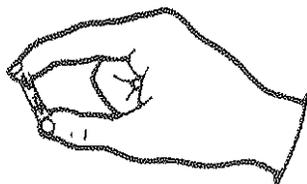
4. Os números encontrados são o começo e o fim do período de dias em que a mulher pode ficar grávida



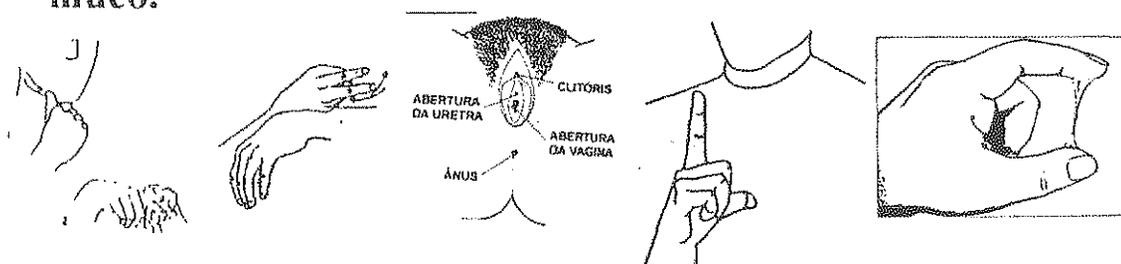
5. O casal não pode ter relações sexuais nesses dias porque a mulher pode ficar grávida



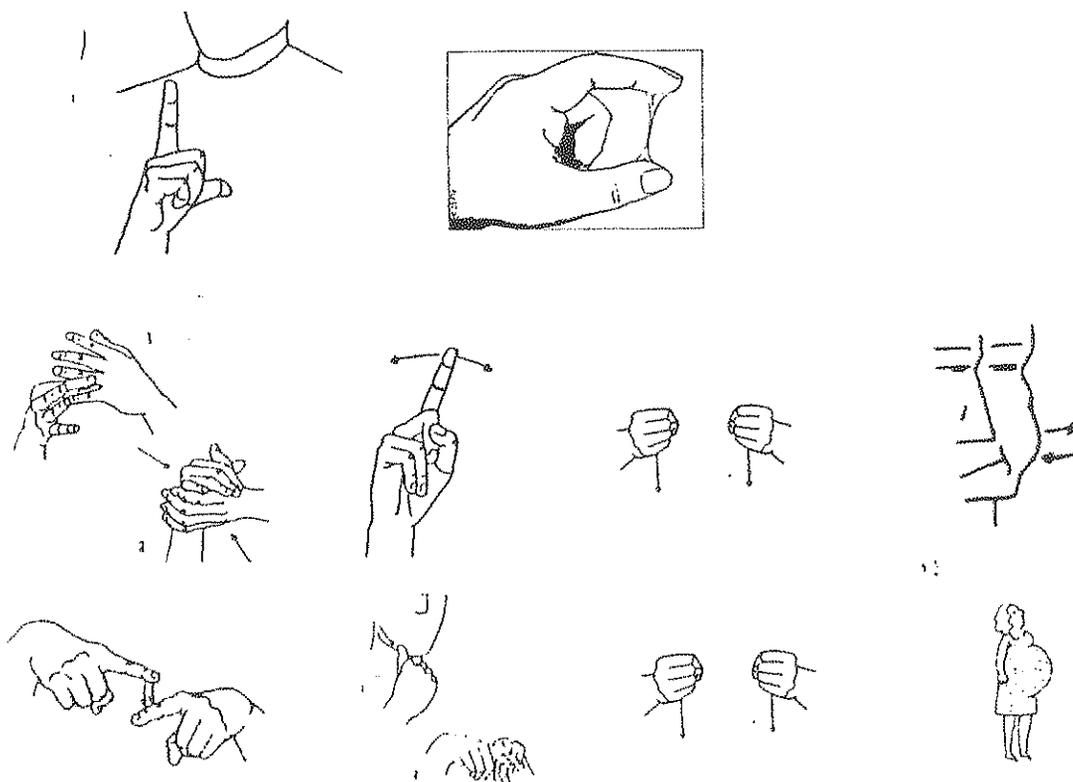
MÉTODO DO MUCO



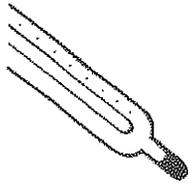
1. A mulher deve procurar na sua vagina a presença do muco.



2. Se tiver o muco o casal não pode ter relações sexuais porque a mulher pode ficar grávida.



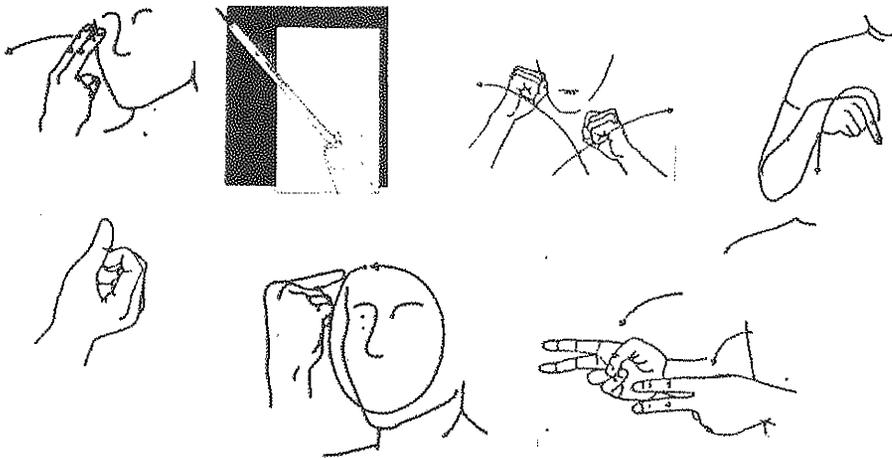
MÉTODOS DA TEMPERATURA



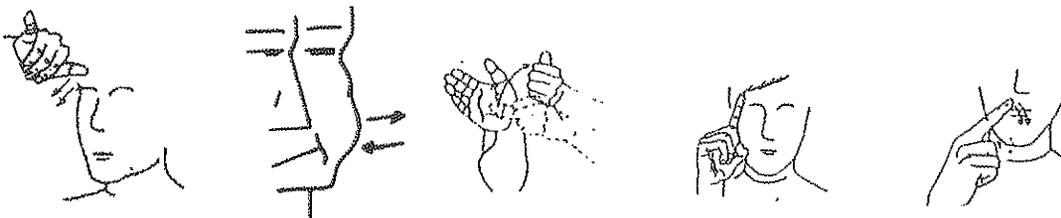
Como usar?



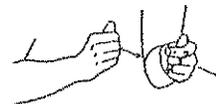
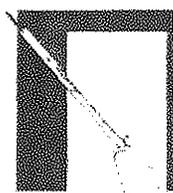
1. Verificar a temperatura ao acordar depois de ter dormido pelo menos 6 horas



2. Evitar relações sexuais desde o primeiro dia da menstruação



até quando a temperatura aumentar por três dias seguidos,
sem que a mulher esteja doente



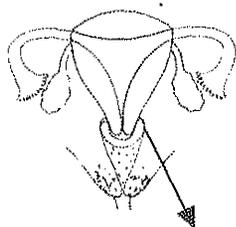
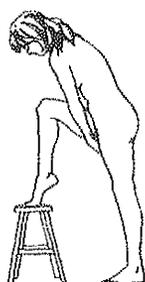
DIAFRAGMA



Como usar?

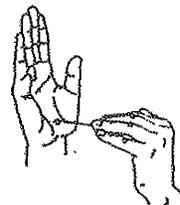
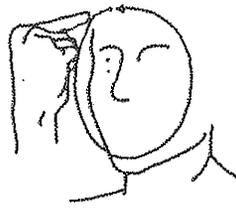


1. Colocar na vagina antes da relação sexual

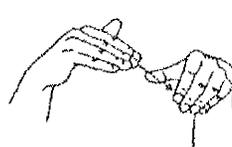


DIAFRAGMA

2. Retirar depois de 8 horas da última relação sexual



3. Lavar com água e sabão e guardar para a próxima relação sexual



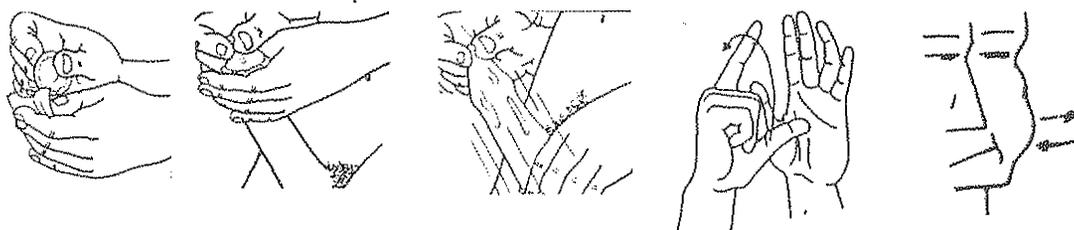
CONDOM / CAMISINHA



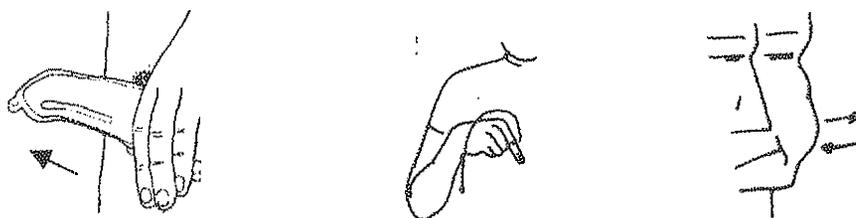
Como usar?



1. Colocar no pênis antes da relação sexual



2. Retirar depois da relação sexual



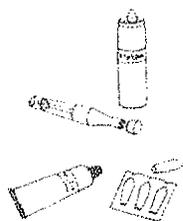
3. Jogar no lixo



4. Não usar óleo, manteiga, vaselina ou creme



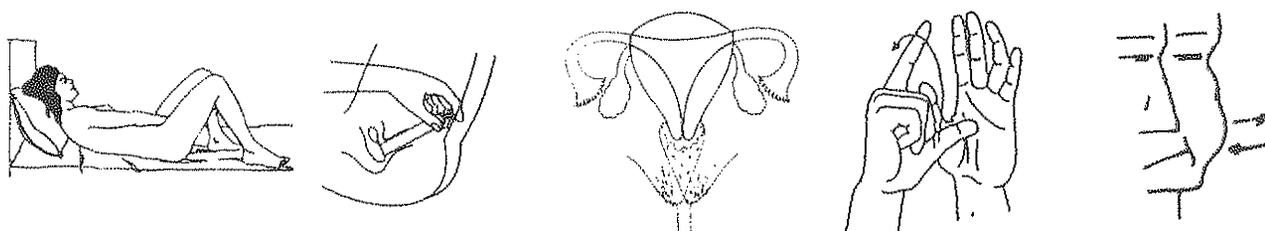
ESPERMICIDA



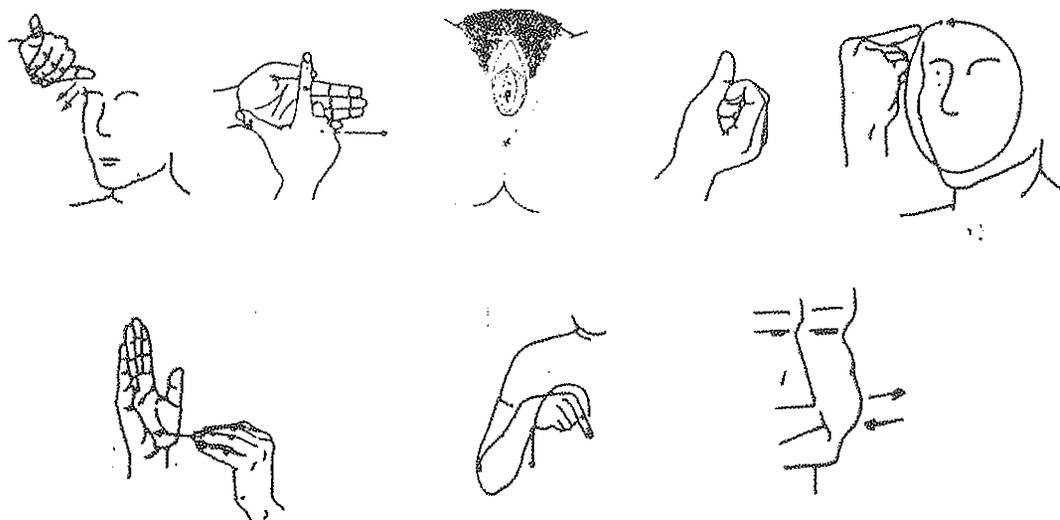
Como usar?



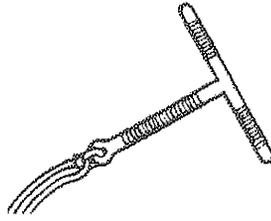
1. Colocar na vagina antes da relação sexual



2. Evitar higiene íntima até 6 horas depois da última relação sexual



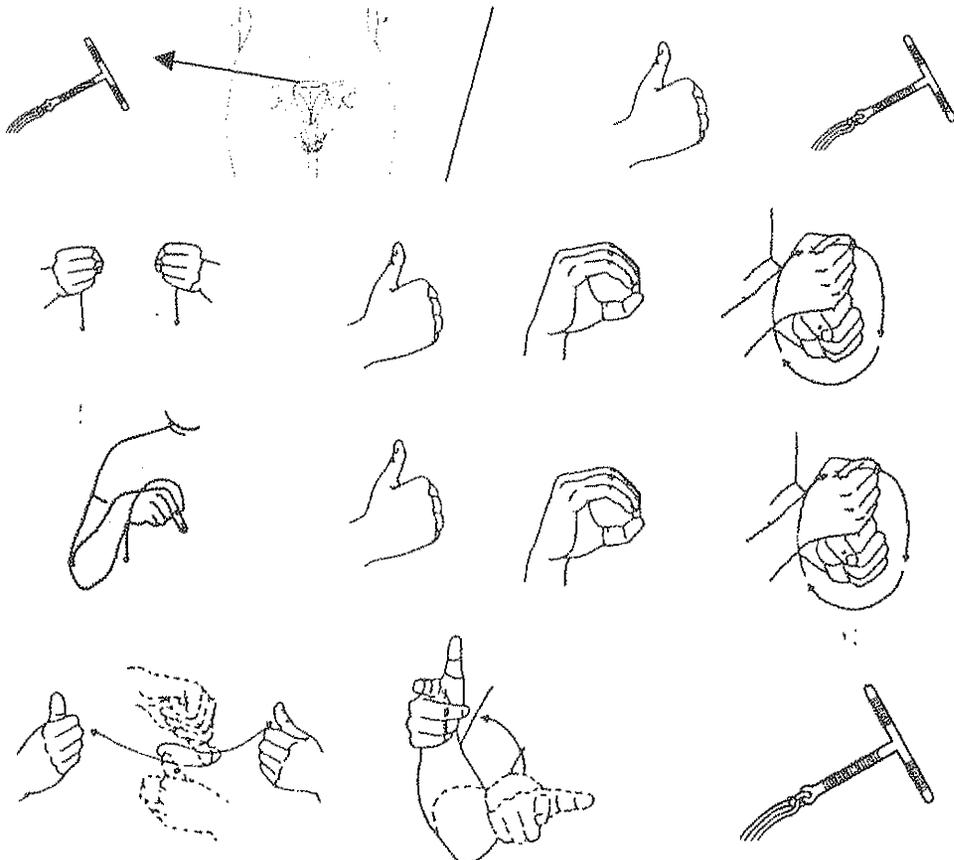
DIU



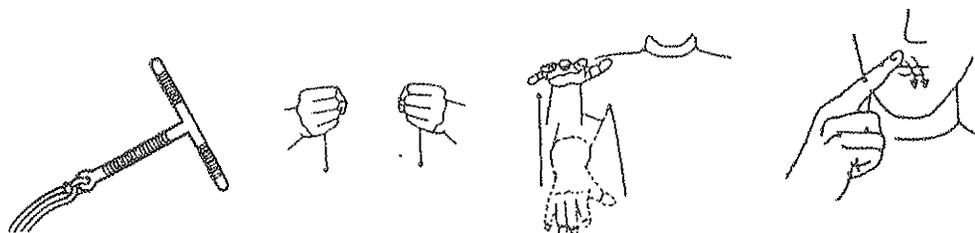
Como usar?



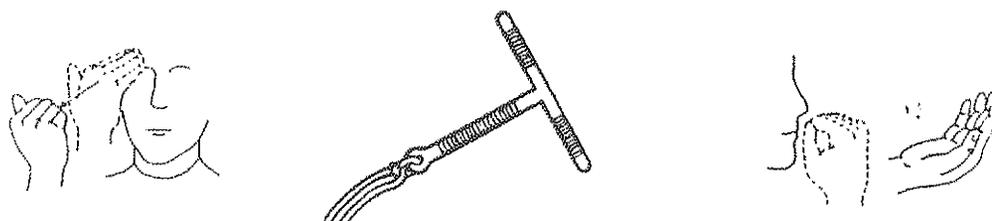
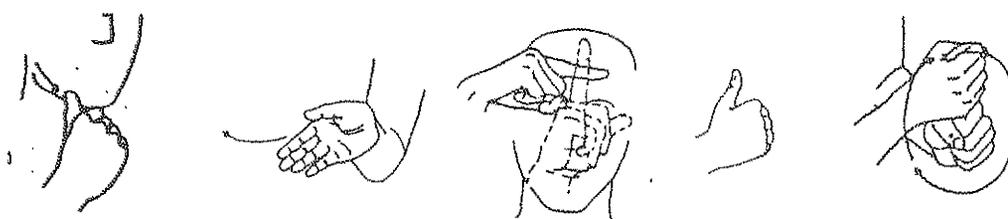
É colocado dentro do útero e o mesmo DIU pode ser usado por 10 anos. Depois desse tempo troca-se o DIU usado por outro DIU novo.



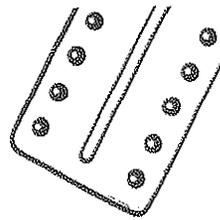
✓ O DIU pode aumentar a menstruação



✓ A mulher deve ir para as consultas uma vez por ano para o médico examinar o DIU e saber se está tudo bem



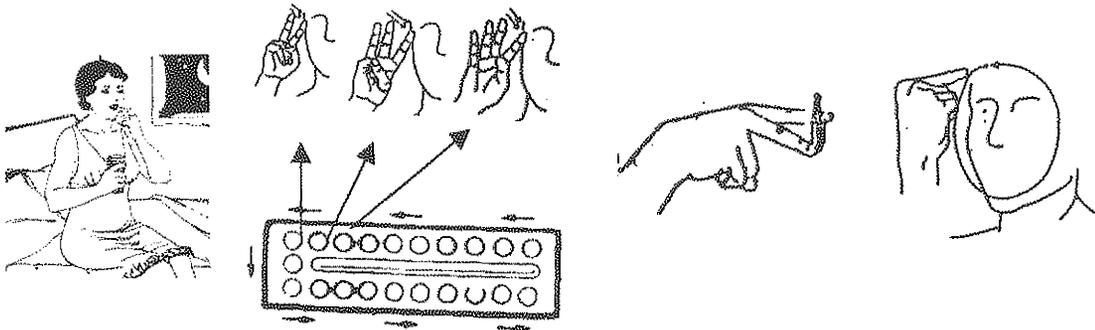
PÍLULA



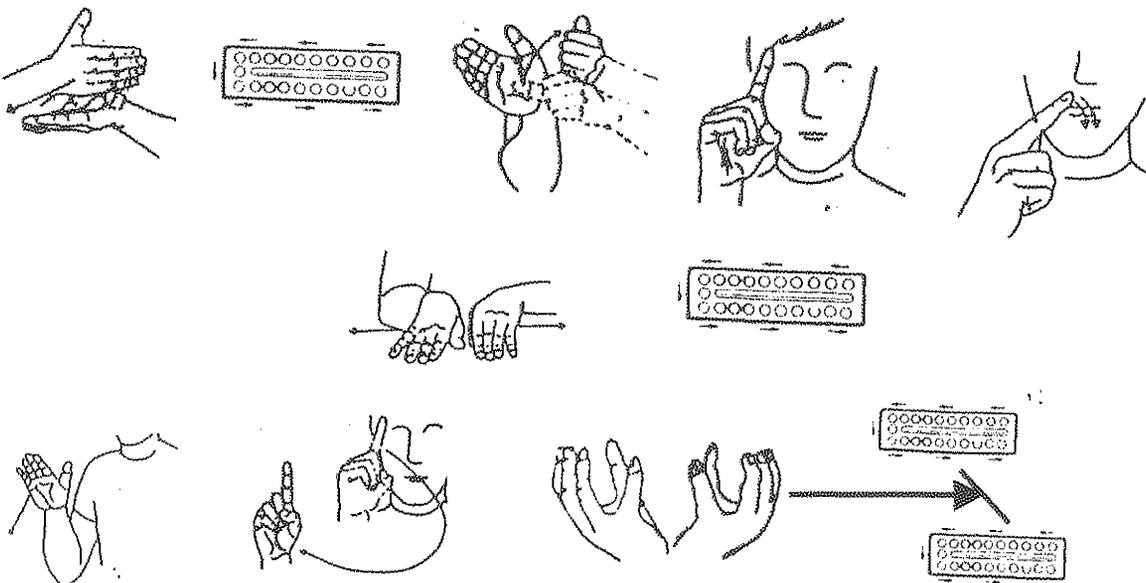
Como usar?



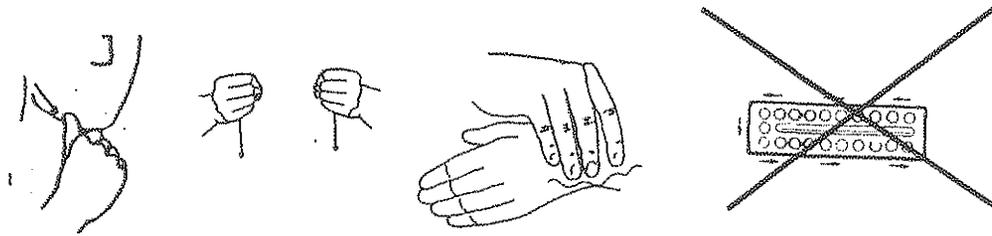
1. Tomar um comprimido ao dia sempre na mesma hora



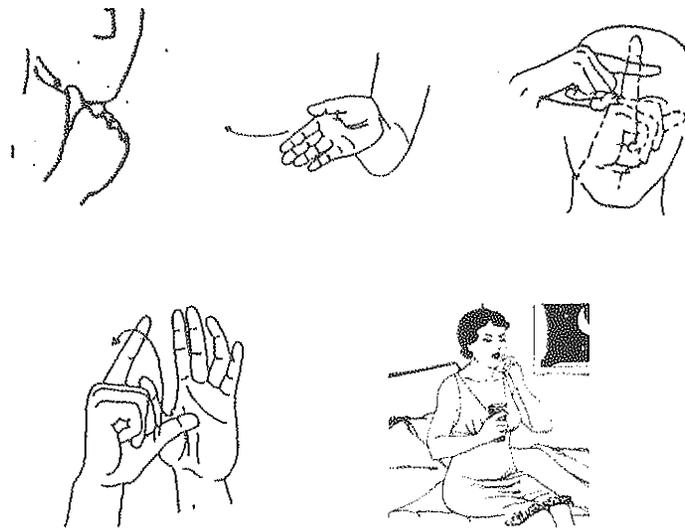
2. Iniciar no primeiro dia da menstruação e quando terminar a cartela dar um intervalo de uma semana.



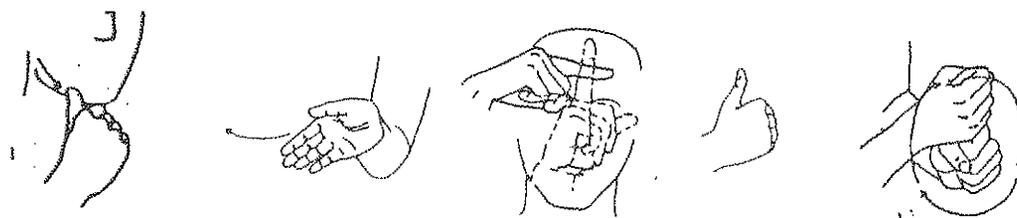
3. A mulher pode ter doenças que a impedem de tomar a pílula



- por isso deve ir ao serviço de saúde antes de iniciar este método



e ir para as consultas uma vez por ano



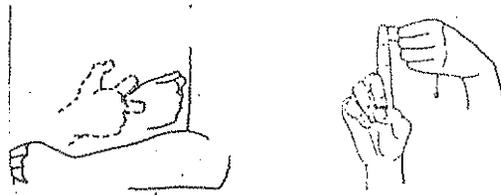
INJEÇÃO



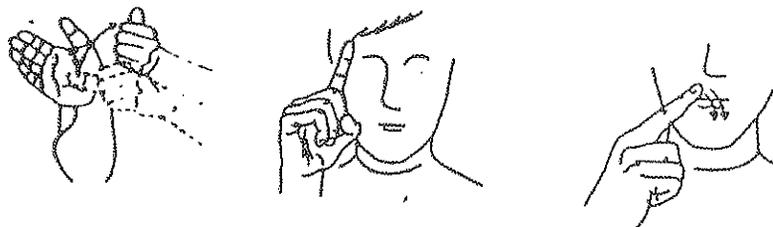
Como usar?



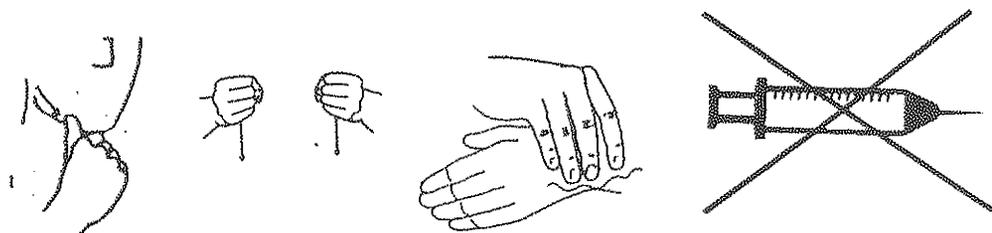
1. Tomar uma injeção ao mês sempre no mesmo dia



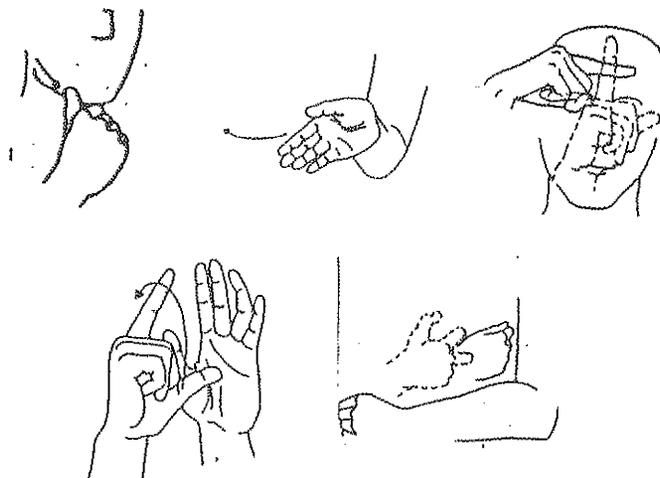
2. Iniciar no primeiro dia da menstruação, marcar a dia do mês no calendário e tomar a injeção sempre nesse dia.



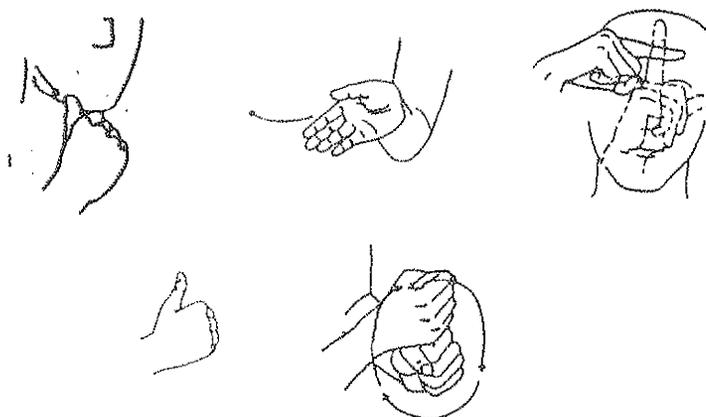
3. A mulher pode ter doenças que a impedem de tomar a injeção



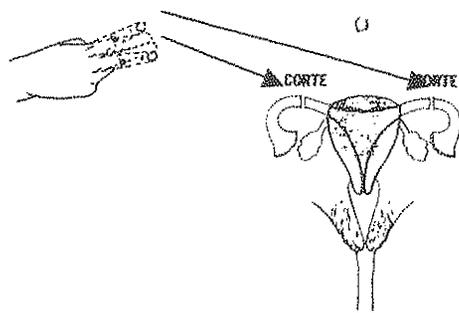
por isso deve ir ao serviço de saúde antes de iniciar este método



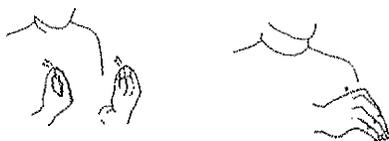
e ir para as consultas uma vez por ano



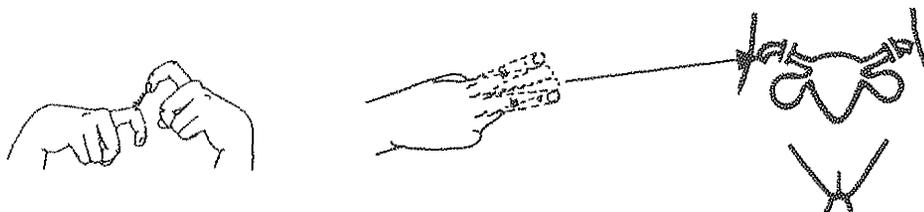
LAQUEADURA TUBÁRIA



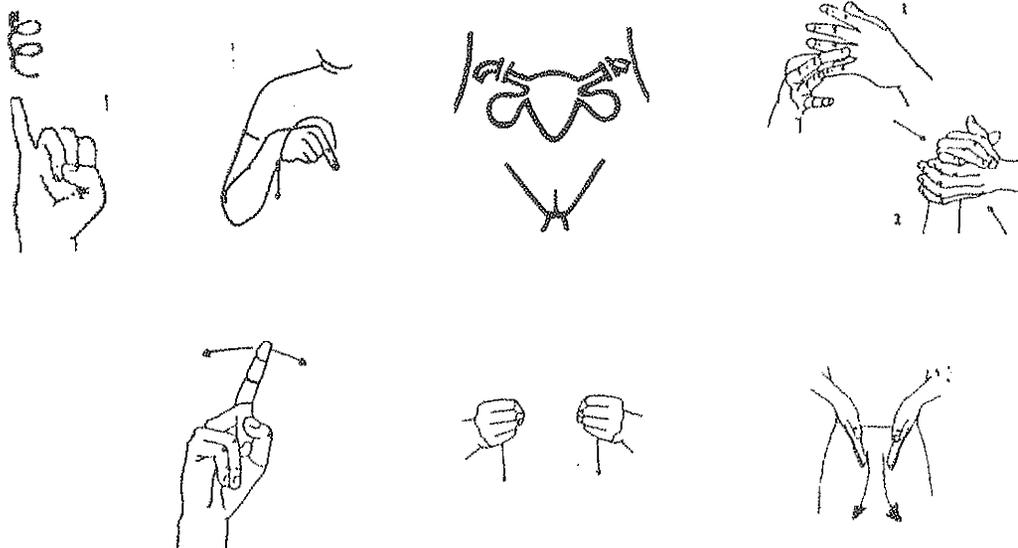
Como é feita?



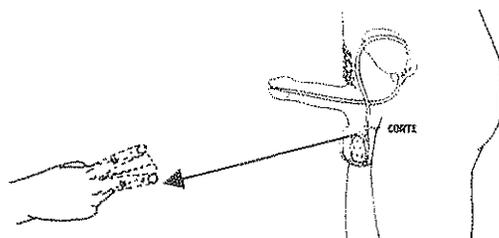
1. O médico corta e separa as trompas da mulher



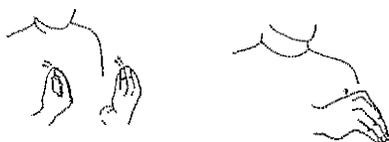
Importante: depois da laqueadura tubária o casal não poderá mais ter filhos



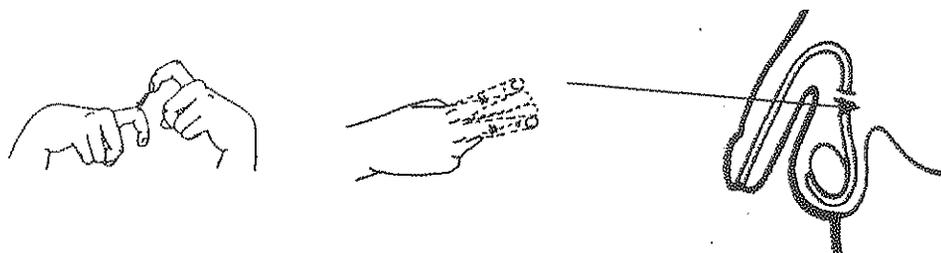
VASECTOMIA



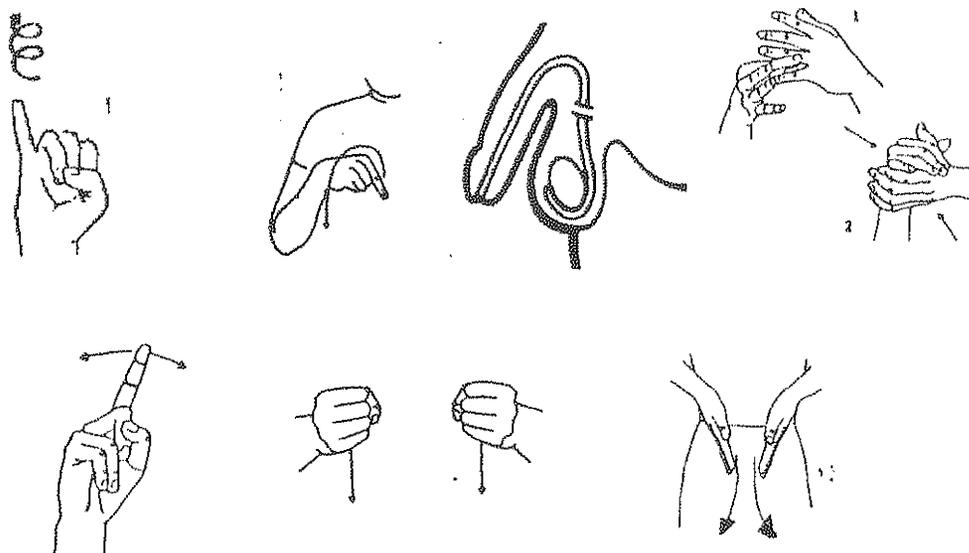
Como é feita?



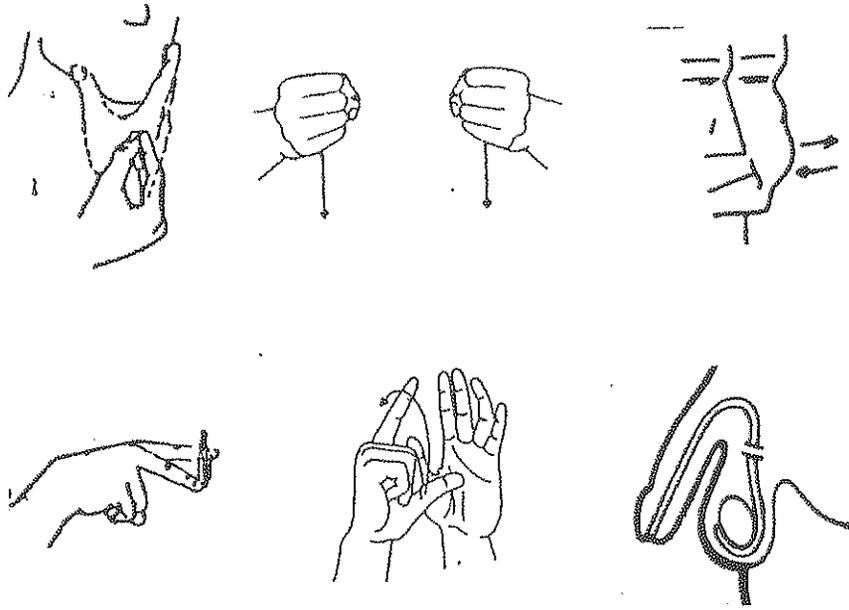
1. O médico corta e separa os canais do homem



Importante: depois da vasectomia o casal não poderá mais ter filhos



E o homem pode ter relações sexuais como antes da vasectomia



AMAMENTAÇÃO



Como usar?



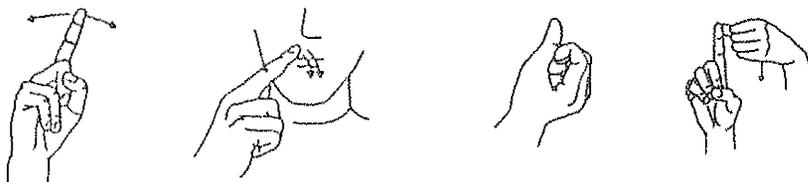
1. Oferecer somente mama ao bebê (10 vezes ao dia)



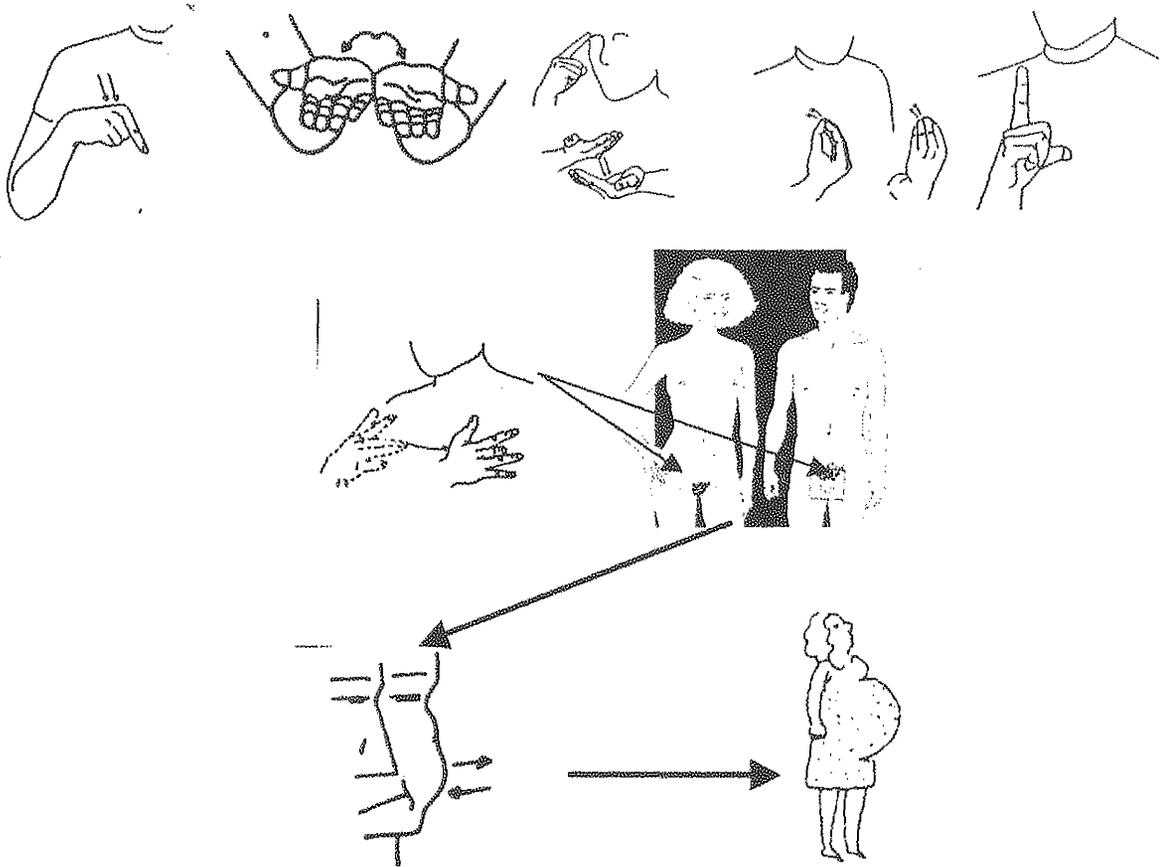
2. Durante os 6 primeiros meses de vida



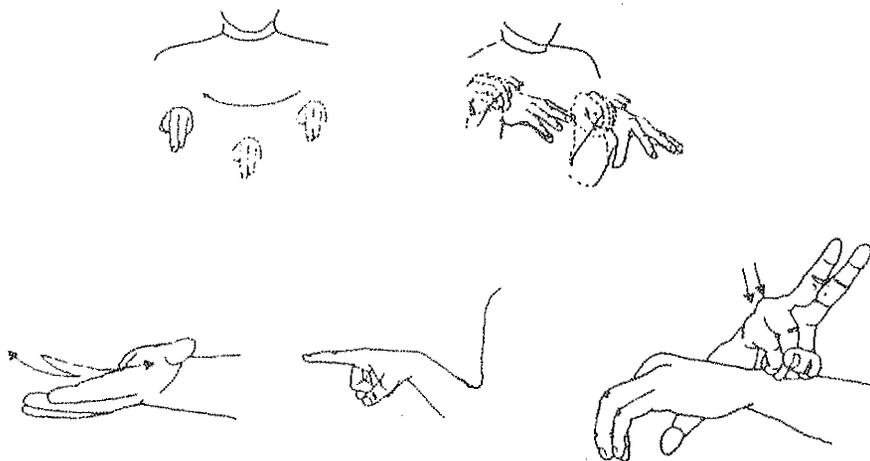
3. Se a mulher não está menstruando nesse período



Neste manual estudamos como manter a saúde do sistema reprodutor dos casais durante sua vida sexual e reprodutiva



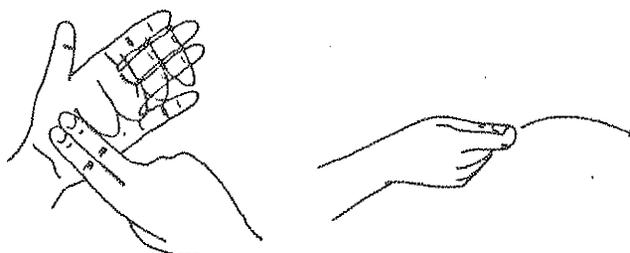
Nós informamos e agora você se cuida



AGRADECIMENTOS



Pelas figuras cedidas



Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar

ABEPF

Instituto de Prevenção do Câncer do Ceará

IPCC

Ministério da Saúde

 **MINISTÉRIO
DA SAÚDE**  **GOVERNO
FEDERAL** 

QUESTIONÁRIO PARA OS INTÉRPRETES

Prezado colega,

Estamos lhe apresentando um material educativo que elaboramos com o objetivo de oferecer informações sobre saúde sexual e reprodutiva dirigidas aos surdos. O processo de confecção deste material foi árduo, pois, como é do seu conhecimento, o registro dos sinais ainda é muito limitado, principalmente se estão relacionados a esta temática. No entanto, tentamos, com o pouco que dispomos, elaborar um material que fosse compreensível para este grupo. Estamos agora na fase de testagem deste material e, antes de levar aos surdos, gostaríamos de sua colaboração no sentido de fazer uma avaliação do conteúdo e dos sinais contidos nesta, pois reconhecemos sua competência e dedicação ao trabalho com os surdos.

Solicitamos para isso, que você nos ajude, respondendo este questionário.

Antecipadamente agradecemos sua colaboração.

Enfermeira Rosiléa Alves de Sousa

1. Você acha que este material está compreensível para os surdos? Se não, por que?

2. Quais as modificações que você faria no manual em relação ao conteúdo?

4. Os sinais utilizados estão corretos? Se não, qual o sinal que está errado?

6. Outros comentários:

PROGRAMA DA OFICINA

IDENTIFICAÇÃO: Oficina de Educação em Saúde Sexual e Reprodutiva para Surdos

CARGA HORÁRIA: 8 horas

PÚBLICO ALVO: Surdos da Associação de Surdos do Ceará e das Pastorais dos Surdos das Paróquias de Santa Luzia e São Pio X.

NÚMERO DE PARTICIPANTES DE CADA OFICINA: 10

OBJETIVO GERAL: Capacitar os surdos para exercer sua sexualidade e o seu direito reprodutivo de forma consciente e sem coação.

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

1. O corpo do homem
2. O corpo da mulher
3. Relação sexual e gravidez
4. Gravidez, pré-natal e parto
5. Prevenção do câncer ginecológico
6. DST e AIDS
7. Descoberta precoce do câncer de mama
8. Métodos anticoncepcionais
 - Tabela
 - Método do muco

- Método da temperatura
- Diafragma
- Condom / camisinha
- Espermicida
- DIU
- Pílula
- Injeção
- Laqueadura tubária
- Vasectomia

METODOLOGIA

- Exercícios participativos / dinâmicas de grupo
- Estudo do manual: **SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA : Falando para surdos**
- Demonstração dos procedimentos e do uso dos métodos anticonceptivos

SISTEMÁTICA DE AVALIAÇÃO

No decorrer do curso, será observado o comportamento do grupo de surdos, as discussões e demonstrações sobre os temas apresentados, por meio do uso dos sinais, das expressões corporal e facial, através de filmagem.

PLANO DA OFICINA

TEMPO	CONTEUDO PROGRAMÁTICO	METODOLOGIA	RECURSOS MATERIAIS
20 minutos	Apresentação	Exercício participativo: Nome e sinal	Papel ofício e pincéis Cartolinas e pincéis
30 minutos	O corpo do homem e da mulher	Exercício participativo: Desenho do corpo e suas partes comparando com os órgãos dos manequins	Folhas de papel madeira Manequins de papel – masculino e feminino
30 minutos	Relação sexual e gravidez	Estudo do manual*	Cópias do manual
50 minutos	Gravidez, pré-natal e parto	Estudo do manual *	
20 minutos	INTERVALO	Estudo do manual *	
50 minutos	Prevenção do câncer ginecológico	Estudo do manual * Demonstração do uso do Kit de material para exame ginecológico no modelo uterino	Kit de exame ginecológico Modelo uterino

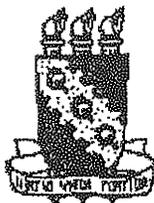
- Cada surdo receberá um exemplar do manual

TEMPO	CONTEÚDO PROGRAMÁTICO	METODOLOGIA	RECURSOS MATERIAIS
50 minutos	DST e AIDS	Estudo do manual *	Figuras das principais doenças
50 minutos	Descoberta precoce do câncer de mama	Demonstração das doenças de acordo com os sintomas	
20 minutos	INTERVALO	Estudo do manual * Demonstração do auto exame utilizando modelo mamário	Modelo mamário
50 minutos	Métodos anticoncepcionais – teoria	Estudo do manual *	
50 minutos	Métodos anticoncepcionais – manuseio dos métodos	Exercício participativo: Painel de legendas dos métodos Manuseio do kit de métodos	Painel com legendas Kit de métodos anticoncepcionais
30 minutos	Encerramento – tira dúvidas	Exercício participativo: Maças	Figuras de maçãs cortadas onde estão informações sobre saúde sexual e reprodutiva

- Cada surdo receberá um exemplar do manual

AVALIAÇÃO DO MODELO EDUCATIVO

	BOM 	+ -	RUIM 
DINÂMICAS 			
CARTILHA 			
CONTEÚDO 			
TEMPO 			



Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. N° 47/01

Fortaleza, 30 de março de 2001

Protocolo n° 31/01

Pesquisadora responsável: Rosiléa Alves Nogueira

Dept°./Serviço: Departamento de Enfermagem/ UFC

Título do Projeto: "Saúde sexual e reprodutiva para surdos: proposta de metodologia educativa"

Levamos ao conhecimento de V.S^a. que o Comitê de Ética em Pesquisa e do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução n°196 de 10 de outubro de 1996 e Resolução n° 251 de 07 de agosto de 1997, publicadas no Diário Oficial, em 16 de outubro de 1996 e 23 de setembro de 1997, respectivamente, aprovou o projeto supracitado na reunião do dia 29 de março de 2001.

Atenciosamente,

Dra. Mirian Parente Monteiro
Coordenadora Adjunta do Comitê
de Ética em Pesquisa
COMEPE/HUWC/UFC