



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

**CAMILLA PONTES BEZERRA**

**A VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE POR ADOLESCENTES  
PORTADORAS DE DEFICIÊNCIA VISUAL**

**FORTALEZA**

**2007**

**CAMILLA PONTES BEZERRA**

**A VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE POR ADOLESCENTES  
PORTADORAS DE DEFICIÊNCIA VISUAL**

**Dissertação submetida à Coordenação do  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem  
da Universidade Federal do Ceará (UFC),  
como requisito parcial para obtenção do grau  
de Mestre em Enfermagem.**

**Área de Concentração: Enfermagem Clínico-Cirúrgica**

**Linha de Pesquisa: Assistência Participativa em  
Situação de Saúde-Doença**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Lorita Marlina Freitag Pagliuca**

**FORTALEZA**

**2007**

**CAMILLA PONTES BEZERRA**

**A VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE POR ADOLESCENTES PORTADORAS DE  
DEFICIÊNCIA VISUAL**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.**

**Aprovada em: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_**

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Lorita Marlena Freitag Pagliuca (Orientadora)**  
**Universidade Federal do Ceará - UFC**

---

**Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Namie Okino Sawada**  
**Universidade de São Paulo - USP**

---

**Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Karina Morais de Lira**  
**Universidade Federal do Ceará - UFC**

---

**Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Patrícia Neyva da Costa Pinheiro**  
**Universidade Federal do Ceará - UFC**

## AGRADECIMENTOS

Viver o processo da construção desse trabalho desencadeou em mim muitas emoções e sentimentos que variavam no tempo e nos espaços. Alegrias, medos, desafios, inseguranças, satisfações, frustrações, tristezas, culpas, vitórias, prazeres, angústias, alívios, sucessos, muita felicidade, ...tudo isso propiciado por situações em que pessoas ora estavam, ora não estavam ao meu lado.

Por tudo isso quero manifestar a minha gratidão:

A Deus, a força maior, que nos conduz em todos os momentos da vida, que me proporcionou meios de ingressar e realizar o Mestrado em uma instituição tão digna e respeitável como a UFC. “Meus amados, sede firmes e constantes, sempre abundantes na obra do Senhor, sabendo que o vosso trabalho não é em vão no Senhor” (I Coríntios 15:58). Obrigada Senhor por ter me dado força e por tudo que tens sido em minha vida.

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Lorita Marlena Freitag Pagliuca, minha orientadora, mais que uma profissional brilhante e reconhecida no meio acadêmico de Enfermagem, é um ser humano de uma sensibilidade e solidariedade inestimáveis. Sem o seu apoio nos vários momentos difíceis que atravessei durante esta caminhada não teria sido possível a realização deste sonho. A ela que faz jus ao título de ORIENTADORA e DOUTORA, dedico um profundo carinho e admiração.

Ao meu inesquecível pai, cujo apoio incondicional me deu forças para vencer mais esta etapa de minha vida. Senti seu apoio durante todos esses dias, mesmo após sua partida física. Estarás pra sempre em meu coração.

À minha amada mãe, estimuladora maior desse meu estudo, me fez despertar o interesse e o amor pelo trabalho com os deficientes visuais. Você me ensinou as coisas mais lindas da vida e as mais belas de serem vividas. Sempre foi e será para

mim, exemplo de humildade, luta, dignidade, amor e sabedoria. Sempre se empenhou em me mostrar o melhor caminho a seguir; mãe, obrigada por todo apoio, esperança, fé, refúgio, carinho, cumplicidade e honestidade. Você é maravilhosa. A você o meu agradecimento, reconhecimento, gratidão e todo meu amor.

Às minhas queridas irmãs, Georgia e Glícia pelo incentivo, apoio, amizade e carinho nas diversas etapas desse processo. É tão fácil amá-las. Obrigada por fazerem parte da minha vida. Tenho muito orgulho de vocês, por serem amigas, admiráveis, valorosas e lindas.

Ao meu amor, Léo, por compreender meus momentos tensos durante estes dias, pela paz que seu amor me traz, pelo carinho do seu abraço, pela presença constante e por ser minha fonte de amor.

Aos familiares e amigos que perto ou distante se alegraram com a realização desse estudo.

A todos os que compõem o Centro de Apoio Pedagógico ao Deficiente Visual (CAP) e a escola anexa (Instituto de Cegos do Ceará), pelos ensinamentos e por proporcionarem as condições necessárias para a realização dessa pesquisa. Em especial:

Às adolescentes deficientes visuais que aceitaram ser entrevistadas, pela confiança em mim;

À Niladir, diretora da instituição, pelo apoio e acolhimento imediato;

À Isabele Sales, psicomotricista, pela disponibilidade de me receber no grupo que ela coordena (COM TATO), porta de entrada para o meu relacionamento com as deficientes visuais participantes do estudo.

À Selma, secretária, que me atendeu durante todos esses dias pacientemente e pela atenção dispensada.

Aos colegas da turma de mestrado, pelas reflexões, críticas e sugestões recebidas.

Às examinadoras das bancas de qualificação e defesa, por se disporem a contribuir com seu conhecimento para o enriquecimento desse trabalho.

À revisora Maria do Céu Vieira, pelo cuidado e dedicação disponibilizados a esse estudo.

À bibliotecária Norma de Carvalho Linhares, da Biblioteca de Ciências da Saúde da UFC, pela correção das referências bibliográficas.

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

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo apoio financeiro na elaboração desta pesquisa.

Enfim, a todos que colaboraram, direta ou indiretamente, para a concretização desse estudo.

*“... conheço pessoas que recusam a cegueira e se transformam em pessoas amargas. Outras, mesmo com seus olhos em perfeito funcionamento, não conseguem perceber, sequer, o outro ao seu lado”.*

Orquídea

## RESUMO

### **A VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE POR ADOLESCENTES PORTADORAS DE DEFICIÊNCIA VISUAL**

A adolescência é uma fase da vida em que se dá a maturação sexual e é acompanhada por transformações psicológicas e sociais. As pessoas portadoras de deficiência visual estão sujeitas ao mesmo processo, mas este é um tema escassamente tratado pela literatura. Devido às transformações nesta fase da vida, as indefinições que as acompanham, somada à deficiência visual, justifica-se um estudo sobre a vivência da sexualidade das adolescentes portadoras de deficiência visual inseridas na sociedade e na comunidade escolar. Foram entrevistadas cinco adolescentes deficientes visuais em um Centro de Apoio Pedagógico (CAP) para cegos e ou deficientes visuais com questões que buscaram o conhecimento e a compreensão por parte das adolescentes sobre as causas da sua deficiência visual, seu grau de escolaridade, composição e orientações familiares, experiência afetivo-sexual, nível de conhecimento acerca de assuntos relacionados à sexualidade dentre eles métodos contraceptivos e doenças sexualmente transmissíveis. Os resultados permitiram perceber que as adolescentes deficientes visuais apresentam as mesmas características de desenvolvimento da sexualidade das demais pessoas, embora possuam características próprias. A falta da visão não diminui o interesse sexual, apenas faz com que a curiosidade sobre esse assunto torne-se diferenciada: elas querem conhecer seus corpos e seu funcionamento. Como todas as adolescentes, as jovens que não vêm também buscam definir sua identidade e seu lugar na sociedade. Além disso, querem descobrir sua própria sexualidade e encontrar meios adequados para expressar seus impulsos sexuais e vivenciar relacionamentos afetivos. Está presente o desconhecimento sobre métodos contraceptivos e DSTs, sendo as informações superficiais. Reflete-se que para gerar uma cultura de promoção da saúde é imprescindível que o conhecimento se faça de forma acessível para esta população. Acreditamos que as adolescentes deficientes visuais devem tomar suas próprias decisões exercendo assim seus direitos e deveres para o pleno exercício de sua cidadania.

Palavras-chave: Sexualidade. Adolescência. Deficientes visuais. Enfermagem.



## ABSTRACT

### THE EXPERIENCE OF SEXUALITY BY VISUALLY IMPAIRED ADOLESCENTS

Adolescence is a phase of life marked by sexual maturation and accompanied by psychological and social transformations. Although visually impaired persons are subject to the same process, literature has dedicated little attention to this theme. The combination between transformations in this phase of life, the indefiniteness they are accompanied by and the visual impairment justify a study about the sexual experience of female, visually impaired adolescents inserted in society and in the school community. We interviewed five visually impaired adolescents at a Pedagogical Support Center (PSC) for blind and/or visually impaired people. Questions attempted to find out how these adolescents perceived the cause of their visual impairment, their education level, family composition and orientations, affective-sexual experience, level of knowledge about sexuality-related issues, including contraception and sexually transmitted diseases. Results revealed that visually impaired adolescents display the same sexual development characteristics as other people, although with their own properties. The lack of vision does not decrease sexual interest, but only differentiates their curiosity about this subject: they want to get to know their body and its functioning. Like all adolescents, young people who cannot see also attempt to define their identity and place in society. Moreover, they want to discover their own sexuality, find adequate means to express their sexual impulses and experience affective relationships. We found lack of knowledge about contraceptive methods and STDs, with superficial information. In order to create a health promotion culture, knowledge accessible to this population is essential. We believe that visually impaired adolescents should take their own decisions, thus practicing their rights and obligations with a view to the full exercise of citizenship.

Key words: Sexuality. Adolescence. Visually impaired. Nursing.

## SUMÁRIO

### 1 INTRODUÇÃO

1.1 Vivência da pesquisadora com a temática.....	11
1.1.1 Sexualidade e deficiência visual.....	13
1.1.2 Projeto Saúde Ocular e educação sexual para deficientes visuais.....	19
1.2 OBJETIVO.....	21

### 2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A adolescência.....	22
2.2 Gravidez na adolescência.....	25
2.3 A adolescência em tempos de DSTs/Aids.....	33
2.4 Sobre a dupla proteção.....	39
2.5 Adolescentes portadores de deficiência.....	45

### 3 METODOLOGIA

3.1 Tipo e natureza do estudo.....	48
3.2 Caracterização do campo de estudo.....	49
3.3 População e grupo participante.....	49
3.4 Técnica e instrumento para coleta de dados.....	50
3.5 Organização e análise dos dados.....	51
3.6 Aspectos éticos da pesquisa.....	52

### 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 As participantes do estudo.....	53
4.1.1 A vida escolar.....	59
4.1.2 A vida familiar.....	65
4.1.3 A vida afetivo-sexual.....	70
4.2 A ADOLESCÊNCIA E A SEXUALIDADE	
4.2.1 Conversando sobre as transformações do corpo.....	73
4.2.2 Conversando sobre contracepção e DSTs.....	77

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	86
-----------------------------	----

6 REFERÊNCIAS.....	91
--------------------	----

APÊNDICES.....	102
----------------	-----

## **1 INTRODUÇÃO**

### **1.1 Vivência da pesquisadora com a temática**

Desde criança tenho contato com pessoas portadoras de deficiência visual, pois minha mãe trabalha como professora itinerante, dando suporte a alunos com necessidades especiais em salas de aula, há mais de vinte anos. Dessa forma, sempre tive interesse de saber como esses deficientes se relacionavam com as pessoas videntes, como eles estudavam, se locomoviam, praticavam esportes, enfim como eles desempenhavam suas atividades de vida diária e se eram capacitados para isso. Muitos desses questionamentos foram respondidos pela minha mãe e outros foram esclarecidos com os próprios deficientes, em momentos de lazer proporcionados pelas escolas onde estudavam e pela vivência nessas escolas, quando algumas vezes, as visitava.

Meu interesse era tanto que ainda durante o ensino fundamental fui buscar conhecimentos mais aprofundados na área de deficiência. Para isso apresentei trabalho com essa temática nas chamadas “feiras de ciências” promovidas pelo colégio onde estudava.

Ao ingressar no Ensino Superior, mais precisamente no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, percebi que a Enfermagem era muito mais que cuidado direto ao paciente e que os alunos eram estimulados a realizar pesquisas científicas. Conheci, então, os vários projetos de pesquisa oferecidos pelo Departamento de Enfermagem nas mais diversas áreas de atuação do enfermeiro. Entre eles, optei imediatamente pelo Projeto Integrado Saúde Ocular.

O Projeto Integrado Saúde Ocular vem contribuindo para a melhoria das condições de vida de grupos específicos de pessoas portadoras de deficiência visual, mediante educação em saúde, ao investigar as relações sociais, o perfil dos serviços que atendem essa clientela e as ações ali desenvolvidas. Participo desse grupo de pesquisa como bolsista desde março de 2003 e já desenvolvi alguns

trabalhos nessa temática. Entre eles menciono os seguintes: O adolescente deficiente visual na escola; A comunicação entre profissionais de saúde e portadores de deficiência no ambiente hospitalar: a perspectiva do profissional de saúde; Estudo sobre as causas de cegueira/deficiência visual em uma dada população. Além desses, produzi trabalhos na temática de acessibilidade dos portadores de deficiência aos serviços básicos de saúde.

Esses trabalhos foram realizados em diferentes locais: escolas de ensino fundamental e médio que recebem pessoas portadoras de deficiência visual; hospitais não especializados da cidade de Fortaleza; Associação de Cegos do Ceará (ACEC) e em unidades básicas de saúde da família das cidades de Fortaleza e Sobral.

No primeiro estudo, referente ao adolescente deficiente visual na escola, tivemos os objetivos de compreender como se processavam as relações interpessoais dos adolescentes deficientes visuais no ambiente da escola e de descrever esse ambiente escolar. Conforme concluímos são numerosos e desafiadores os obstáculos que dificultam ou impedem a locomoção, a livre circulação, a comunicação, a interação física e social dos deficientes visuais em suas atividades diárias.

Não raro, essas pessoas convivem com atitudes, atos discriminatórios e estruturas excludentes que convertem o cotidiano em campo de batalha e tornam a condição de cidadania mera abstração ou um ideal inatingível. A inserção de um deficiente visual na vida escolar, mesmo com toda a acessibilidade disponível, pode se tornar difícil em decorrência do preconceito e da falta de informação dos educadores e dos próprios colegas. Para muitos deficientes visuais a adaptação em escolas regulares é dificultada porque há poucos professores treinados para lidar com quem tem cegueira, além de faltar material didático apropriado (BEZERRA; PAGLIUCA, 2006).

No segundo estudo, sobre a comunicação entre profissionais de saúde e deficientes visuais, concluímos que o despreparo dos profissionais para atender essa clientela foi evidenciado pela dificuldade de comunicação e presença de preconceito em relação a essas pessoas, pois nem na formação acadêmica estes profissionais são capacitados para suprir as necessidades dos deficientes visuais (PAGLIUCA; MACEDO, 2004).

Já no terceiro estudo, referente às causas de cegueira/deficiência visual, pudemos constatar que o glaucoma, a catarata, a retinopatia da prematuridade e os traumas oculares foram as principais causas de cegueira identificadas em uma população inserida numa associação de cegos. Verificamos também a escassa literatura sobre estudos que relatassem causas de cegueira.

Além dessas lacunas, outra igualmente importante revelou-se, qual seja: mesmo com os avanços do movimento pela sociedade inclusiva, ainda há um aspecto pouco discutido em relação à adolescência de pessoas com deficiência, a sexualidade.

### **1.1.1 Sexualidade e deficiência visual**

O adolescer das pessoas com deficiência é um tema escassamente tratado pela literatura. Entretanto, a grande maioria dos indivíduos com deficiência chega à puberdade, com a conseqüente maturação sexual, como os demais adolescentes sem deficiência. Contudo, de acordo com o senso comum as pessoas com deficiência aparentemente não vivem esta etapa do seu desenvolvimento, pois as mudanças físicas não corresponderiam às psicossociais.

Entre todas as modificações apresentadas nesta etapa da vida de qualquer pessoa, destacam-se aquelas relacionadas à sexualidade. Até então auto-erótica, a sexualidade sofre transformações do ponto de vista qualitativo, e os adolescentes

com deficiência, conforme o nível de comprometimento, assim como os que não têm deficiência, sentem-se estimulados a buscar satisfações amorosas e genitais.

Como referimos ao propor trabalhar sobre a temática da sexualidade de deficientes visuais, defrontamo-nos com a escassez de literatura, com preconceitos e estigmas. Estes, quando vivenciados por deficientes, em especial o visual, adquirem proporções incalculáveis, sobretudo pela ênfase tribuída por nossa cultura aos padrões estabelecidos para o feio e o belo, o normal e o anormal, o velho e o jovem. A ausência de estudos que revertam às origens desses tabus, e que lancem questionamentos na busca de revisar novas práticas morais e sociais, para serem legadas a novas gerações, instiga-nos o interesse de prosseguir nessa caminhada.

Com essa finalidade, procedemos a uma revisão das publicações na área de saúde sobre sexualidade e deficiência através da Biblioteca Virtual Bireme. Consultamos, então as bases de dados Medline, Adolec e Scielo. Selecionamos apenas os artigos, em face da sua maior circulação no meio acadêmico e profissional. Assim, as dissertações e teses não compuseram o acervo. Quanto ao período da pesquisa, foi de 1990 a 2003. Este recorte temporal foi operado devido ao fato de, na década de 1990, ter se iniciado a atenção sistematizada à saúde dos adolescentes na América Latina e também por ter sido esta uma época na qual as investigações sobre as práticas e representações sobre sexualidade sofreram forte impulso decorrente, entre outros fatores, da epidemia da Aids.

Um dos primeiros artigos localizados sobre a temática tinha como objetivo compreender como é estar na adolescência para portadores de deficiência visual (BRUNS; SALZEDAS, 1999). De acordo com o artigo constatou-se uma vivência permeada por preconceitos e tabus, na qual o diálogo entre pais e filhos, em especial sobre a sexualidade, é escasso, sobretudo porque os pais não reconhecem a sexualidade dos filhos deficientes. Nesse contexto, a escola se faz presente e desempenha um papel fundamental na integração social destes jovens particularmente como mediadora das relações entre o portador de deficiência e sua família. Concluiu-se que a escola poderia, portanto, possibilitar a conquista de um

lugar produtivo para estes jovens na sociedade, e promover a mobilização das pessoas para ver o portador de deficiência visual sem reduzi-lo à cegueira.

Outro estudo também localizado objetivou conhecer e compreender a orientação sexual propiciada por mães dotadas de visão a filhos(as) cegos(as), por intermédio da entrevista compreensiva com 20 mães cujos filhos são portadores de deficiência visual (BRUNS, 2000). Como mostrado, não existe diálogo acerca da sexualidade com os filhos deficientes, especialmente em razão da dificuldade de abordar o tema e também pela idéia bastante comum que o deficiente visual seja assexuado. Diante do evidenciado, urge conscientizar os familiares de maneira a despi-los dos preconceitos em relação à sexualidade dos portadores de necessidades especiais.

Segundo Bernardi (1985), a família tende a imprimir na personalidade dos subordinados determinada estrutura psíquica, aprovada pela sociedade e, para isto, vale-se de meios sugeridos pela própria sociedade. Assim, a dificuldade e/ou facilidade em lidar com a própria sexualidade é estabelecida pela própria história de cada sociedade que cria e recria normas de repressão e estatutos para controlar o exercício saudável da sexualidade.

No estudo sobre a relação afetivo-sexual de pessoas dotadas de visão com pessoas cegas (BRUNS, 2001), foi possível apreender vários aspectos significativos expressos pelas pessoas dotadas de visão. Estes aspectos tinham como finalidade ocultar facetas de suas experiências sexuais e a superficialidade daqueles que expuseram suas vivências sexuais com pessoas cegas.

As convergências entre os depoimentos apontaram para a construção e a manutenção de preconceitos e estigmas, bem como da repressão sexual que contribui para manter o distanciamento entre dotados de visão e pessoas cegas. A integração do deficiente visual caminha em passos lentos. Desse modo, a dificuldade de expor publicamente o relacionamento amoroso está ancorada na ausência efetiva de uma política de integração do deficiente. Política essa que

deveria possibilitar reflexões críticas em relação aos conceitos de normalidade e idealidade.

No referente às relações amorosas, estas acabam tornando-se, muitas vezes, superficiais em razão dos preconceitos dominante nos dotados de visão, provenientes dos seus familiares e do meio social. Consoante os depoimentos revelaram a influência dos familiares se faz presente, seja na aceitação ou na não aceitação do relacionamento dos filhos dotados de visão com um(a) cego(a) (BRUNS, 2001).

Por esse prisma, segundo constatamos, de modo geral, a sexualidade de videntes ou não-videntes permanece ocultada, embora estejam ocorrendo muitas modificações nestas últimas décadas. Entre essas, mencionamos a busca de inclusão do cego no convívio social em escolas e outras instituições e as adaptações arquitetônicas em prédios públicos e privados, bem como em ruas, para a passagem segura daqueles que necessitam de cuidados especiais. Mesmo com estas mudanças, que, sem dúvida contribuem para ampliar o mundo de experiências do deficiente visual, mudanças outras são ainda necessárias, tanto no universo familiar, quanto no universo escolar, especialmente com relação à orientação sexual.

Conforme percebemos, no contexto da adolescência, as mudanças fisiológicas, a sexualidade, a família, a sociedade e a deficiência visual são fatores constitutivos do processo de crescimento pessoal e profissional na busca da identidade, da autonomia e da independência. Se já é complexo o processo de desenvolvimento que a criança, dentro dos padrões de normalidade experiencia para atingir a maturidade, como se dará a vivência do adolescente deficiente visual?

De acordo com um estudo de levantamento de informações e opiniões sobre sexualidade de adolescentes cegos congênitos, mais do que as limitações impostas pela cegueira, as concepções sociais advindas dela (segregação, rejeição ou superproteção por parte da sociedade como um todo) influenciam a atitude do deficiente visual diante da sua sexualidade, provocando um atraso no



desenvolvimento da própria identidade e da identidade social, quando comparados com os jovens de sua idade (FOREMAN, 1989).

Em decorrência das transformações orgânicas ocorridas no período da adolescência, bem como das indefinições socioculturais que afetam as pessoas nesta faixa etária, não obstante a deficiência visual, que sofrem fatores externos, como aceitação pela sociedade, comunidade escolar e ambientes onde estão inseridos, torna-se necessário um estudo sobre a vivência da sexualidade desses jovens.

No nosso estudo, optamos por trabalhar somente com adolescentes deficientes visuais do sexo feminino. Essa opção decorreu de alguns motivos, como: a superproteção recebida pelas meninas é maior que a recebida pelos meninos por causa da educação reprimida; a mulher, quando criança, é estimulada a ter bons modos e controle sobre suas vontades; a mulher sente mais dificuldade em abordar assuntos relacionados à sexualidade.

Pudemos confirmar essas hipóteses em alguns trabalhos. Segundo Góis (1991, p.119) "somos educadas por mulheres, numa sociedade onde a virilidade e o prestígio do macho estão longe de serem apagados". Ainda conforme a mesma autora as mulheres são educadas para agirem como filhas e mães sem passar pelo estágio de mulher.

Ao se referir à sexualidade feminina, Diamantino et al. (1993), assim se pronunciam: a mulher brasileira desde que nasce é educada "para dentro". É criada para servir, para ser obediente, casar, respeitar seu marido, ter filhos, ser dona de casa, sujeitar-se a um trabalho exaustivo, sem folgas ou reconhecimento. Segundo os autores, a mulher, na adolescência, não é preparada para a vida, mas sim para negar o prazer, cheio de culpa, censura e medo. Nesta fase, as questões sobre sexo geram constrangimentos e são respondidas de maneira incompleta, quando não são ignoradas. Se ela deseja algo mais, lhe vem inconsciente ou consciente a idéia de que não é certo.

Neste contexto cultural, pode-se comprovar que quando algum problema relacionado à sexualidade aflige as mulheres, elas não têm a quem recorrer. Quando a queixa é feita aos profissionais da área de saúde, estes mostram falta de interesse, como se a sexualidade não fizesse parte da sua saúde (GOZZO et al., 2000).

Com base nas considerações feitas anteriormente, cabe aqui levantar algumas questões fundamentais aos propósitos deste estudo: Qual o significado, para as adolescentes deficientes visuais, das vivências afetivas e sexuais com as quais começam a lidar? Como são as formas de relação entre as adolescentes deficientes visuais e de que modo se articulam os sentimentos e a sexualidade nestas relações? Que tipo de informação essas jovens possuem e têm acesso?

O desenvolvimento da sexualidade é uma etapa fundamental na vida do ser humano. A nosso ver, a disseminação da informação sobre o assunto é um dos elementos contribuintes para que alguns tabus sejam revistos, e conseqüentemente seu exercício seja possível, saudável e seguro. Para isto, este debate precisa ser implementado mais amplamente na sociedade, em especial nas famílias, que encontram dificuldades para a discussão do tema com seus filhos adolescentes, sobretudo quando eles têm algum tipo de deficiência. Um dos entraves para a discussão da sexualidade das pessoas com deficiência se deve à quase inexistência de relatos de experiência sobre o assunto. Esta ausência talvez se relacione aos preconceitos e à discriminação ainda presentes. Tais preconceitos muitas vezes sustentam a idéia de que eles não têm o direito de exercer a sexualidade.

Conhecer o estado da arte da reflexão sobre a sexualidade do adolescente com deficiência visual pode contribuir para o entendimento destas questões. Ao mesmo tempo, o maior conhecimento da temática pelos profissionais da saúde pode se refletir em melhor abordagem, tanto com os familiares quanto com os adolescentes, favorecendo o cumprimento dos seus direitos, incluídos os sexuais.

Fornecer conhecimentos sobre o corpo, a sexualidade, comportamento sexual e saúde sexual são também cuidados de enfermagem. Portanto, a pesquisa ora desenvolvida pode ser de significativa validade. Ademais, os raros achados de bibliografia e estudos sobre a sexualidade de pessoas portadoras de deficiência visual também justificam nosso interesse pelo assunto e a relevância do estudo. Isso propicia maior reflexão sobre o tema e pode nos fornecer novas pistas sobre a educação sexual de deficientes visuais. Melhorar o entendimento do assunto é a contribuição pretendida por nosso estudo.

### **1.1.2 Projeto Saúde Ocular e educação sexual para deficientes visuais**

O Projeto Saúde Ocular surgiu em 1993 na Universidade Federal do Ceará e desde então desenvolve pesquisas com deficientes visuais em todas as faixas etárias. Em relação às pesquisas e materiais sobre sexualidade produzidos pelo Projeto podemos citar, inicialmente, o artigo intitulado Métodos contraceptivos comportamentais: tecnologia educativa para deficientes visuais (PAGLIUCA; RODRIGUES, 1998). O referido estudo deu oportunidade ao deficiente visual de tatear uma hemipelve feminina em tamanho natural, à medida que a explanação da anatomia e fisiologia dos órgãos externos era feita.

Nele também foram utilizados desenhos em alto relevo, feitos em papel especial para dar uma idéia da localização desses órgãos que demonstravam o canal vaginal, o útero, as trompas de Falópio e os ovários. O desenho permitia ao deficiente visual identificar o percurso feito pelo óvulo até chegar ao útero. Para facilitar a compreensão dos interessados, o aparelho reprodutor masculino foi abordado verbalmente e explorado mediante tateamento de um protótipo peniano em tamanho natural. Neste puderam ser identificados o orifício uretral, a glândula, o saco escrotal e o pênis. As estruturas internas também foram desenhadas em alto relevo. Por meio do tato, identificaram testículos, epidídimo, canal deferente, vesícula seminal, próstata, bexiga e uretra (PAGLIUCA; RODRIGUES, 1998).

Neste mesmo estudo também foram abordados os métodos comportamentais da tabelinha, da temperatura basal corporal e da ovulação ou Billings. O método da tabelinha foi mediante exploração tátil de um calendário criado para facilitar o cálculo do período fértil. Para isto, usou-se um calendário com os 30 dias do mês, com leitura digital na qual empregaram pequenos quadrados de velcro para cada dia. Este calendário era composto de uma parte fixa, feita com a parte mais áspera do velcro, e outra parte móvel, utilizada para identificar o dia em que houve a menstruação e o dia em que provavelmente a pessoa irá ovular. Desse modo, pode-se identificar o período fértil. Para o método da temperatura basal, exige-se um termômetro em que se possa fazer leitura digital ou que informe a temperatura com viva-voz. Nesse caso, coloca a mulher deficiente visual em desvantagem, por depender de um vidente para fazer a leitura do termômetro. Diante das dificuldades expostas em relação ao uso deste método, não houve demonstração de interesse pelos deficientes visuais. Quanto ao método da ovulação, foi exposto por meio da exploração tátil de clara de ovo para simular o muco cervical (PAGLIUCA; RODRIGUES, 1998).

Podemos citar ainda o artigo intitulado Métodos contraceptivos de barreira e DIU: Tecnologia educativa para deficientes visuais. Este estudo ofereceu aos cegos um material educativo composto de um manual de instruções, uma fita K7 e materiais para serem explorados pelo tato. Conforme esclarecia o manual de instruções em braille, o material seria de uso individual, auto-instrucional e poderia ser ouvido tantas vezes quantas fosse preciso, com as interrupções necessárias. Entre os materiais explorados pelo tato estavam as estruturas anatômicas do sistema reprodutor masculino e feminino, como no trabalho anteriormente citado, além de espermicida vaginal com aplicador, diafragma, camisinha masculina e uma prótese com a forma de pênis, camisinha feminina e DIU. O texto da gravação orientava a exploração tátil do material ao mesmo tempo em que instruía sobre seu uso (PAGLIUCA; RODRIGUES, 1999).

Mencionamos, também, a criação de um jogo educativo acerca das contra-indicações e dos efeitos colaterais dos anticoncepcionais orais. Este material consiste em um jogo composto por duas peças geométricas onde os círculos

representam as contra-indicações e os triângulos os efeitos colaterais. O intuito desse jogo é induzir os cegos a agrupar as peças de acordo com a sua forma e, em seguida, fazerem a leitura das peças e, ao mesmo tempo, a relação círculo (contra-indicação) e triângulo (efeito colateral). Na identificação do material usou-se tinta e braille, para possibilitar a leitura pelo vidente e pelo cego.

Também com a finalidade de orientação, elaborou-se um manual sobre prevenção de câncer de mama para cegos. Este manual explicava aos deficientes visuais a anatomia da mama, a constituição do tecido mamário, o auto-exame das mamas e os padrões de normalidade e anormalidade que poderiam ser encontrados nesse auto-exame.

Apesar de estarmos desenvolvendo pesquisas e materiais na área de saúde sexual para deficientes visuais, o material disponível para orientação e educação em saúde nas escolas é apresentado, predominantemente, na forma impressa em tinta. Dessa forma, o acesso para portadores de deficiência visual é quase inviável. Daí a importância da relação paciente *versus* profissionais de saúde e professores mediante canais de comunicação adequados.

## 1.2 Objetivo

- ✓ Identificar as percepções das adolescentes deficientes visuais acerca de sua sexualidade.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 A adolescência

Nos últimos tempos, a adolescência tem despertado crescente interesse por parte das políticas públicas e da mídia e tem sido objeto de estudo de disciplinas das mais diversas áreas do conhecimento. Desta forma, de acordo com a literatura, há uma diversidade de conceitos para caracterizar este período da vida. Contudo, diante da complexidade do tema, não há uma definição clara, objetiva e única.

Cada conceito traz particularidades e diversidades de expressão de uma fase da vida conforme as diversas culturas e sociedades. O ponto de partida, entretanto, é abordar esta fase específica do desenvolvimento humano, caracterizada por mudanças fundamentais para que o indivíduo possa atingir a maturidade e se inserir na sociedade no papel de adulto (UNICEF, 2002).

A Organização Mundial da Saúde – OMS (World Health Organization - WHO, 1998-2003), por sua vez, introduz um conceito de adolescência, amplamente aceito na área da saúde, e reconhece como adolescência o período da vida situado entre 10 e 19 anos, caracterizado pelo amadurecimento físico, psicológico e social, transição da infância para a idade adulta. Esta é subdividida em dois períodos: 10 a 14 anos, fase em que há o aparecimento de caracteres sexuais secundários, e 15 a 19 anos, finalização do crescimento e desenvolvimento morfológicos.

Essa definição é importante porque concentra a atenção em dois extremos, os quais mostram as necessidades tanto daqueles que estão saindo da infância como dos que estão entrando na vida adulta (UNICEF, 1997). No entanto, a demarcação de limites etários para caracterizar a adolescência sofre variações pois, no referente aos aspectos biopsicossociais, não é possível dizer que o período se inicia aos 10 anos de idade e termina aos 19 para todas as pessoas. Para

caracterizar quer seu início quer seu término as definições não se aplicam universalmente. Elas variam entre países, num mesmo país e entre culturas diferentes.

No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) define como criança o indivíduo com até 12 anos de idade incompletos e como adolescente, dos 12 aos 18 anos. Assim, enquanto em termos legais o indivíduo já é considerado adulto, para a OMS, ele se insere ainda no período compreendido pela adolescência (CURY, 2000).

Embora haja diversidade de conceitos e marcos etários, consensualmente sabe-se que o período é um dos mais importantes da vida do indivíduo, pois nele sucedem-se eventos sociais, econômicos, biológicos e demográficos que constroem as bases para a vida adulta (CORRÊA, 2004).

Em termos biológicos, a adolescência é um período de mudanças iniciado aos 10 ou 11 anos de idade em média, a denominada puberdade. O termo originou-se do latim, *pubertas* – idade fértil, e se caracteriza pelo amadurecimento dos caracteres sexuais secundários, marcando o início da capacidade reprodutiva. É na adolescência, portanto, que o indivíduo torna-se pronto para a reprodução e a sexualidade passa a ter posição de destaque na vida do homem e da mulher (PIROTTA, 2002).

Paralelas às mudanças físicas e biológicas, significativas transformações também ocorrem no âmbito psicológico, como a busca da identidade, o desenvolvimento do pensamento abstrato e a estruturação da identidade sexual, sendo esta considerada parte essencial desse processo (ABERASTURY; KNOBELL, 1986). O então mundo infantil, vivenciado no conhecido e seguro mundo familiar, cede lugar ao desconhecido e incerto mundo da sociedade adulta e o adolescente começa a buscar e conquistar espaço dentro de si mesmo e da sociedade (CAVALCANTI, 1988).

Mais que uma etapa cronologicamente definida, a adolescência é um fenômeno histórico e social muito variável. Segundo referem Heilborn et al. (2000) o contexto social onde se encontra inserido o adolescente define o universo de possibilidades e de significações, mas é diferente para jovens oriundos de classes sociais distintas.

Conforme se observa no país, o fenômeno da adolescência prolongada é comum nos níveis socioeconômicos mais altos, nos quais, a condição de ser adolescente tende a se prolongar, adiando a inserção no mercado de trabalho, formação acadêmica e vínculo matrimonial (UNICEF 1997; MEDINA, 1999). Por sua vez, de modo geral, os adolescentes de menor renda são inseridos precocemente no mercado de trabalho e muitas vezes vivenciam a maternidade nesta fase da vida. Jovens que possuem condição socioeconômica desfavorável apresentam um amadurecimento psicossocial diferenciado quando comparados àqueles com melhores recursos.

Dessa forma, a idade ou grau de amadurecimento biológico, psicológico e social não acontece de maneira sincronizada. Diante das diferenças, como afirma Corrêa (2004), é preciso compreender as influências externas no desenvolvimento psicossocial do indivíduo, com vistas a facilitar o reconhecimento da necessidade de um período de transição da infância para a idade adulta, bem como os eventos que se associam a esse período da vida.

Como consta em Unicef (2002), um ponto importante a ser considerado é a percepção da adolescência como uma realidade que não pode ser abordada de forma homogênea em todas as regiões e camadas sociais. Assim, deve-se levar em conta o universo de diversidades e desigualdades do País, em seus aspectos sociais, culturais e naturais.

Consoante exposto, a transição para a idade adulta é influenciada pelo contexto onde o indivíduo se inscreve. Portanto, os esforços em estabelecer limites



etários não devem perder de vista as especificidades desses contextos nos quais a adolescência e a juventude são experimentadas (PIROTTA, 2002).

Dessa forma, ser adolescente ou ser jovem é mais do que uma delimitação etária. A OMS, assim como estabeleceu marcos etários que delimitam a adolescência, definiu também a categoria jovem, que compreende o período da vida entre os 15 e 24 anos de idade. Corrêa (2004) refere a fragmentação de algo contínuo, que é o desenvolvimento humano, quando se tenta esclarecer termos como pré-adolescência, adolescência e juventude. Contudo, as diversas conceituações existentes para designar a adolescência resultam apenas da necessidade das várias disciplinas de representar melhor seu universo de estudo. Assim, julga pertinente considerar a existência não de uma adolescência, mas de “adolescências”.

Diante do exposto, é importante não restringir esta complexa fase da vida à um limite etário. No entendimento da adolescência é, pois, fundamental considerar os outros aspectos deste processo.

## **2.2 Gravidez na adolescência**

A gravidez na adolescência ganhou destaque no cenário brasileiro em virtude da transição demográfica ocorrida ao longo da segunda metade do século XX, caracterizada principalmente pela queda nas taxas de fecundidade total e declínio da mortalidade. Este processo, diretamente relacionado ao desenvolvimento da sociedade industrial e urbana, trouxe muitas mudanças na estrutura etária da população, com implicações na organização social, cultural e econômica, gerando novas demandas sociais (PIROTTA, 2002).

Contrariamente ao declínio da fecundidade total observado a partir da década de 1960, a taxa específica de fecundidade das adolescentes aumentou para as mulheres de 15 a 19 anos de idade, sobretudo nas áreas urbanas e estados mais carentes. De acordo com o perfil etário da fecundidade, o grupo de 20 a 24 anos concentra 30% do total da fecundidade na área urbana, enquanto na área rural este percentual é de 27%. Além disso, a fecundidade tem registrado queda mais acentuada nas faixas etárias centrais, com aumento na participação do grupo etário de 15 a 19 anos na fecundidade total (BEMFAM, 1997).

A fecundidade na adolescência tornou-se mais evidente, pois o crescimento demográfico, resultante da queda nas taxas de fecundidade e mortalidade, favoreceu a formação do contingente populacional jovem (CORRÊA, 2004).

Segundo Souza (1998, p.74), dois conceitos têm sido utilizados para se referir a fatos relacionados ao aumento da fecundidade: maternidade precoce e gravidez na adolescência. Por maternidade precoce, entende-se:

Maternidade abaixo dos 20 anos (quase sempre se tratando das idades entre 15 e 19 anos) assumindo que a maternidade nessa idade antecipa a maturidade biológica ou os momentos socialmente institucionalizados para a reprodução e suas implicações em termos de constituir família.

Já o termo gravidez na adolescência, segundo o autor, é mais amplo que maternidade precoce e envolve outras questões, inclusive os processos de interrupção da gravidez, principalmente os casos de aborto provocado entre jovens.

Tanto a “maternidade precoce” quanto a “gravidez na adolescência” emergem como um problema ao interferir no curso de vida considerado “normal”, pois a sociedade atual padronizou condutas e comportamentos reprodutivos e transformou a fecundidade na adolescência em um problema (VIEIRA, 2003). Atualmente, o percurso considerado como natural para um jovem, numa seqüência linear, é a

obtenção da educação formal, inserção no mercado de trabalho com conseqüente autonomia financeira, estabelecimento de um núcleo familiar e, por fim, a reprodução (STERN; MEDINA, 1999).

Para Heilborn (1998), deve-se considerar que as “expectativas sociais” diante da idade se alteram no decorrer do tempo. O que num dado período histórico é tido como normal em outro pode não ser tão aceitável assim, ou seja, o que se denomina hoje de gravidez na adolescência (10 aos 19 anos) durante muito tempo foi considerado a época ideal para a mulher ter filhos. Ainda durante o século XIX, por exemplo, a média de idade para o casamento era de 12 a 16 anos, época em que as meninas já haviam terminado os estudos e estavam aptas para iniciar uniões e ter filhos.

Diferentemente da época atual, nas décadas passadas vigoravam outros padrões familiares e as meninas engravidavam com o respaldo de uma situação mais protetora do que hoje. A maioria engravidava dentro de um casamento, que, embora precoce, respondia às expectativas da época (REIS, 2002).

De acordo com Vieira (1998), os adolescentes estão iniciando cada vez mais cedo sua vida sexual e a porcentagem de adolescentes grávidas está aumentando. De acordo com dados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde de 1996 (PNDS-1996) no Brasil, a mediana da idade das mulheres na primeira relação foi de 19,5 anos, com diferenças entre as regiões. As mulheres nordestinas foram as que iniciaram mais cedo sua vida sexual (18,6 anos) e as do centro-oeste as que começaram mais tarde (20,3 anos). Ao se comparar com indivíduos do sexo masculino, a mediana da idade na primeira relação foi de 16,7 anos. Isso demonstra que os homens iniciam aproximadamente 2,8 anos mais cedo que as mulheres, em contraposição ao que acontece com o casamento, quando o homem se casaria três anos mais tarde.

Também conforme dados da PNDS-1996 no Brasil, 18% das adolescentes de 15 a 19 anos de idade já tinham tido pelo menos um filho ou estavam grávidas.

Considerando o número de crianças nascidas vivas e excluindo as mulheres grávidas, aproximadamente 11% das mulheres já tinham pelo menos um filho e 3% delas tinham dois. Esta proporção aumenta com a idade, bem como o número médio de filhos nascidos vivos (BEMFAM, 1997).

Entretanto, tem-se verificado uma diminuição na idade das mulheres no momento do nascimento do primeiro filho (HEILBORN, 1998). Dados apresentados pela BEMFAM (1997), de acordo com resultados da PNDS-1996, confirmam essa diminuição da mediana de idade ao nascimento do primeiro filho. Este resultado é relacionado ao fato de que as mulheres estão tendo filhos antes dos 17 anos (16% das mulheres de 20 a 24 anos) enquanto pouco mais que 10% das mulheres com idade entre 40 e 44 anos tiveram o primeiro filho antes dos 17 anos de idade. Os diferenciais quanto à idade no nascimento do primeiro filho são bastante evidentes entre as regiões: comparando o Sudeste, especificamente o Rio de Janeiro, local onde as mulheres têm filhos mais tarde, com a região Norte, onde iniciam mais cedo, o diferencial foi de 3,4 anos. Diferenças significativas também são verificadas em relação à escolarização: comparando mulheres sem nenhuma escolaridade com aquelas que possuem de nove a onze anos de estudo, a diferença de idade no nascimento do primeiro filho é de 4,9 anos, ou seja, as mulheres com mais escolaridade têm o primeiro filho quase cinco anos mais tarde do que aquelas sem nenhuma escolaridade.

Entre adolescentes o aumento da fecundidade tem sido relacionado ao aumento da atividade sexual, como consequência da difusão de valores culturais e sociais (MELO, 1993). Esta tendência pode estar relacionada ao próprio desejo das mulheres de iniciar mais cedo sua vida sexual. Todavia, apenas a análise de situações específicas permitirá definir a gravidez nessa fase como vantagem ou desvantagem em determinados aspectos (SOUZA, 1998).

Inegavelmente a gravidez na adolescência desencadeia fatores que representam comprometimentos de diferentes ordens. As repercussões médicas mais citadas na literatura são a elevada incidência de mortalidade materna e infantil. Como referem Silva e Chinaglia (2000), embora seja possível reduzir as taxas de

mortalidade resultantes de complicações obstétricas, controlando-se fatores socioeconômicos, nutrição e cuidados pré-natais, o fator idade continua influenciando sobre o risco de forma isolada e independente. A literatura aponta outras conseqüências médicas referentes à morbidade, como doença hipertensiva específica da gravidez, infecções urinárias, anemia e outras, especialmente nas faixas etárias mais jovens.

Entre outros aspectos, o risco para o aborto também pode ser considerado como uma possibilidade diante de uma gravidez indesejada. Segundo Pirotta (2002), muitas gestações não desejadas são interrompidas mediante aborto clandestino. Por ser um procedimento desprovido de respaldo legal, muitas mulheres o realizam em condições precárias, acarretando conseqüências diversas para sua vida. Entre elas, enfoque para os riscos biológicos e psicológicos do procedimento, sobretudo, quando realizado em condições inadequadas.

De acordo com dados do Ministério da Saúde foram registrados 181 óbitos por aborto entre mulheres de 10 a 20 anos no período de 1998 a 2003 (BRASIL, 2005). Mas a condição de clandestinidade em que muitas vezes é realizado o aborto dificulta o reconhecimento preciso de quem são essas mulheres que praticam o procedimento, quais as conseqüências para suas vidas e o número exato de abortos no País.

Villela e Doreto (2005) ressaltam também a relação direta entre gravidez na adolescência, abuso e trabalho sexual de menores como fatores passíveis de levar à realização do aborto, mesmo que estes problemas não tenham adquirido ainda a devida visibilidade.

Em relação às conseqüências não médicas da gravidez, estas têm se igualado, em proporção, aos riscos médicos, e a gravidez já vem sendo considerada por muitos como um problema de ordem social. Diversos estudos abordam o tema enfocando como um dos principais aspectos negativos a interrupção do processo de escolaridade. Souza (1998) afirma a relação direta entre educação e maternidade

citando resultados da PNDS-1996. Conforme tais resultados, 51% das mulheres de 15 a 19 anos sem escolarização já eram mães e 4% estavam grávidas do primeiro filho. Estas proporções correspondiam a 4% e 2% respectivamente para mulheres com 9 e 11 anos de estudo. Silva e Chinaglia (2000) apontam, no entanto, que a maioria das adolescentes pobres abandona o sistema formal de ensino antes mesmo de a gravidez acontecer.

A maternidade dos 15 aos 19 anos constitui desvantagem social em muitos aspectos, sobretudo em virtude de ser a fecundidade fortemente diferenciada por renda, o que vai trazer um impacto ainda maior para as mulheres pobres. Em termos de idade, também como apontam os autores, as mulheres mais jovens são as mais afetadas no referente à sua participação no mercado de trabalho e nupcialidade. Já em relação à educação e constituição da família, a desvantagem é semelhante para todas as idades da faixa etária.

Na opinião de Corrêa (2004), o contexto que envolve a adolescente grávida pode trazer repercussões mais importantes que a própria idade materna. Assim, a gravidez na adolescência pode ter repercussões e significados diversos, variáveis conforme a inserção econômica, social e cultural da adolescente. A realidade vivenciada por uma adolescente de melhor condição socioeconômica difere daquela de menor renda e cultura, inclusive concernente ao acesso à saúde e a uma gravidez devidamente assistida, o que a tornará mais ou menos suscetível a problemas relacionados a esse evento.

Vitiello (1988) concorda com essa idéia e, segundo menciona, nas classes menos favorecidas, o “amadurecimento psicossocial” acaba acontecendo num ritmo mais acelerado e a sexualidade, gravidez e maternidade serão reflexos do contexto no qual se desenvolvem.

Neste sentido, nem sempre a gravidez na adolescência tem conotação negativa ou indesejada para a adolescente. Muitas vezes, a gravidez está coerente com um planejamento que inclui o abandono da vida escolar e outros possíveis

projetos (CAVASIN; ARRUDA, 1998). Conforme estes autores concluem, muitas adolescentes engravidam, porque isto está coerente com seu projeto de vida, pois ainda faz parte da socialização de algumas meninas a idéia de que seu valor está associado à maternidade.

Dados da PNDS – 1996 comprovam que nem sempre a gravidez na adolescência é não planejada ou indesejada. Como a pesquisa mostrou, entre mulheres de 15 a 19 anos de idade a proporção de nascimentos planejados foi de 50% (BEMFAM, 1997).

Quanto ao planejamento da gravidez, em termos quantitativos, não há razão aparente para considerar as adolescentes na faixa etária dos 15 aos 19 anos como um grupo que não planejava ter filhos, pois o índice de gravidez não planejada/desejada é elevado para as mulheres em todas as faixas etárias. À medida que aumenta a idade da mãe e o número de filhos existentes, aumenta também o percentual de filhos não desejados (SOUZA, 1998). Para as mulheres acima de 35 anos ou com uma ordem de quatro ou mais nascimentos, mais da metade dos nascimentos não foram desejados (BEMFAM, 1997).

Todavia, para adolescentes carentes, convivendo com diversos tipos de necessidades de consumo e afastadas de todos eles, a gravidez talvez não se apresente obrigatoriamente como um problema, mas como uma possibilidade de adquirir uma identidade e uma função social. O problema começa quando não existem ações concretas que interrompam o círculo entre a pobreza e exclusão para estas adolescentes e seus filhos (VILLELA; DORETO, 2005).

Como afirma Heilborn (1998), a maternidade pode significar a transição para outro *status* (conjugal, maioria social), o que contempla a idéia de uma possível aquisição de autonomia pessoal no domicílio de origem ou formação de novos arranjos residenciais.

Para as mulheres de 15 a 19 anos, a gravidez não é apenas resultante da ingenuidade biológica ou da dificuldade no acesso a contraceptivos. A idéia de que a gravidez é resultante da falta de informação sobre os métodos contraceptivos é ainda bastante corrente (CABRAL, 2003). Em estudo realizado com puérperas adolescentes em Ribeirão Preto no ano de 2003, constatou-se que as adolescentes possuem um bom nível de conhecimento sobre os métodos contraceptivos e que o não-uso não se relaciona apenas com a desinformação, mas com outras questões, inclusive com o desejo de engravidar (GERA, 2004).

É referido também que quanto menor a idade do adolescente ao iniciar a vida sexual, menor a chance de usar contraceptivo e, conseqüentemente, maior a probabilidade da ocorrência de uma gravidez nas primeiras relações (CABRAL, 2003). Isto pode ser observado mediante análise dos resultados da PNDS-1996. Segundo tais resultados, 53,6% das adolescentes com até 19 anos de idade não usaram nenhum método anticoncepcional na primeira relação (BEMFAM, 1997).

As dificuldades que marcam a esfera da fecundidade e contracepção são bastante evidentes entre adolescentes. Gera (2004) cita alguns fatores que impedem a realização de uma contracepção adequada na adolescência: desinformação sobre os métodos disponíveis, dificuldade de acesso ao planejamento familiar, custo dos métodos e não cooperação do parceiro. O “pensamento mágico” de que a gravidez não pudesse ocorrer, o aprendizado inadequado sobre o uso dos métodos também são importantes no rol das dificuldades mencionadas.

Embora as dificuldades para o uso de algum método existam na população em geral, são maiores e de difícil superação para as adolescentes. A própria condição social que cerca a vida sexual do adolescente favorece a ocorrência de uma gravidez não planejada e os expõe aos riscos de contrair doenças transmitidas sexualmente diante da inexistência de práticas preventivas.



### 2.3 A adolescência em tempos de DSTs/Aids

As mudanças ocorridas nas últimas décadas têm alterado o perfil das doenças sexualmente transmissíveis – DSTs, transformando seu controle em um problema de saúde pública, pela sua alta incidência e prevalência e pelas complicações psicossociais e econômicas (FERNANDES et al., 2000).

Atualmente as DSTs estão entre as cinco principais causas da demanda por serviços de saúde e podem provocar, em curto prazo, dor e sofrimento, além de conseqüências secundárias severas que prejudicam a saúde reprodutiva e o bem-estar da mulher (LOWNDES, 1999).

Caso não sejam adequadamente tratadas, tais complicações podem acarretar disfunção sexual, infertilidade, abortamento espontâneo, malformação congênita, nascimento de bebês prematuros e a morte. São doenças de difícil detecção, principalmente entre as mulheres, pois algumas apresentam poucos sintomas e, muitas vezes, são assintomáticas (CARRET et al., 2004). Também são consideradas doenças de alta transcendência, ou seja, têm alta morbimortalidade, impacto psicológico e trazem perdas do ponto de vista econômico. Entretanto, são doenças passíveis de ter na atenção primária sua prevenção, tratamento e controle, armas poderosas na luta contra a epidemia (SAITO, 2001).

No Brasil, ocorrem aproximadamente 12 milhões de casos de DSTs ao ano e como a notificação dos casos não é compulsória (exceto para a AIDS e a sífilis), o número de notificações (cerca de 200.000 casos/ano) fica abaixo da estimativa da OMS (BRASIL, 2005). Em relação à sífilis, foram notificados no período de 1998 a 2004, 24.448 casos, com média de 1,2 caso por 1.000 nascidos vivos por ano.

De acordo com dados do Boletim Epidemiológico de 2004, neste mesmo ano foram notificados 884 casos de DST entre adolescentes de 13 a 18 anos de idade. Destes, 544 eram do sexo feminino e 63,4% tinham estudado até a 4ª série.

O grande número de casos de DST pode ser justificado pela mudança no comportamento sexual, com maior liberdade conquistada pelas mulheres e a eficácia dos métodos anticoncepcionais (CANELLA, 1988). No entanto, outros fatores influenciam, como: ausência de educação em saúde, tabus sociais e o não reconhecimento de que a maioria dessas doenças são tratáveis (LOWNDES, 1999).

Conforme sabemos, os casos de DST/Aids ainda são subnotificados, pois dependem da procura do usuário pelo serviço de saúde e fatores como a elevada incidência de DSTs assintomáticas na mulher, a prática da automedicação e o próprio sistema de notificação contribuem para a baixa notificação dos casos (GIR, 1997). Além disso, as DSTs são associadas à promiscuidade sexual e, desse modo, provocam estigma social e moral para aquelas que a contraem, levando à desvalorização social e deterioração de seus relacionamentos. Diante disso, muitas mulheres deixam de procurar o serviço de saúde (JIMENÉZ et al., 2001).

O problema se agrava em decorrência do elevado número de indivíduos que buscam alternativas nas quais não se exponham tanto, encontrando a solução em balcões de farmácia, onde, muitas vezes, os medicamentos são vendidos de forma inadequada e sem a abordagem necessária para o tratamento dessas doenças (SAITO, 2001). De acordo com dados do Ministério da Saúde, em certas regiões do País, aproximadamente 70% dos casos de DSTs, sobretudo no sexo masculino, são atendidos por balconistas de farmácias. Outro aspecto importante é que freqüentemente as orientações dadas aos pacientes não atingem os parceiros nem contemplam atitudes capazes de prevenir a reincidência da doença (FERNANDES et al., 2000).

Ante o advento da Aids, o controle das DSTs tornou-se prioritário, pois a presença dessas doenças favorece o risco de transmissão e infecção pelo HIV, e atua como fator de risco, aumentando a capacidade do portador do HIV infectar outros indivíduos.

Nos últimos anos têm se observado mudanças no padrão da epidemia da Aids no País. Inicialmente, a maioria dos casos notificados tinha nas relações homossexuais a principal categoria de exposição, seguida das transfusões de sangue e hemoderivados. No final dos anos 1980, foram aumentando os casos provenientes do uso de drogas injetáveis e, nos últimos anos, sobressai a transmissão heterossexual, com o crescimento dos casos entre mulheres (GIFFIN; LOWNDES, 1999; BRASIL, 2005).

Em estudo desenvolvido com mulheres HIV positivas atendidas em um serviço de saúde da cidade de São Paulo constatou-se que a maior parte das mulheres pesquisadas (68%) adquiriu a infecção do próprio parceiro fixo, destacando a relação com parceiros usuários de drogas injetáveis como principal categoria de exposição dessas mulheres (SANTOS et al., 2002).

Aproximadamente um terço dos adultos jovens adquiriram a Aids ainda na adolescência, embora o número de indivíduos que a manifestam nessa faixa etária seja menor se comparado à idade adulta ou infância (PIROTTA, 2002). Como o portador do HIV pode viver em média dez anos sem apresentar sintomas da doença, acredita-se que o número de indivíduos infectados ainda na adolescência pode ser elevado (JIMENÉZ et al., 2001).

Segundo se estima, a cada ano 4 milhões de jovens tornam-se sexualmente ativos no Brasil. O início precoce da vida sexual pode ser um agravante do comportamento de risco para as DSTs/Aids (BRASIL, 1999). Este início coloca os adolescentes em contato com uma nova dimensão de sua vida, que traz desafios e situações novas diante do próprio corpo, ao parceiro, grupo familiar e social (PIROTTA, 2002). Ao mesmo tempo, o pensamento abstrato, característico dessa fase, faz com que se sintam invulneráveis, e eles acabam se expondo aos riscos sem pensar ou prever suas conseqüências (ABERASTURY & KNOBEL, 1988).

A adolescência é um período de definições e descobertas, inclusive da identidade sexual. Inclui desde a experimentação até a variabilidade de parceiros.

Entre os principais agravos possíveis de comprometer a saúde dos adolescentes, as DSTs estão entre as mais importantes. Por conseguinte, a incidência desse tipo de doença é preocupante, pois a atividade sexual dos adolescentes é mais intensa e freqüente e nem sempre vem acompanhada de práticas preventivas (CANELLA, 1988).

Que os adolescentes encontram-se expostos aos riscos de contrair uma DST/Aids, os números já provaram sem deixar qualquer dúvida (AYRES; CALAZANS; FRANÇA JR., 1998). De acordo com pesquisa realizada na região oeste da cidade de São Paulo, três aspectos favorecem esta situação: o primeiro é que há informação, mas pouca comunicação sobre o assunto, ou seja, o que os jovens sabem sobre a Aids, por exemplo, pouco tem relação com o que sentem ou vivem no seu cotidiano. Outra questão significativa são as barreiras que limitam o acesso dos jovens aos meios de proteção e quanto mais pobres e mais jovens, menos condições para comprar o preservativo e maior dificuldade no acesso à distribuição do método pela rede pública de saúde.

O terceiro aspecto levantado na pesquisa é uma conseqüência dos dois aspectos anteriores e refere-se ao estreitamento da margem que separa a felicidade (satisfação das necessidades) e o risco. Como mencionado, a carência de suporte de toda ordem (social, financeiro e psicológico) acaba dificultando o encontro de melhores alternativas e correr o risco muitas vezes se torna a única possibilidade que resta (AYRES; CALAZANS; FRANÇA JR., 1998).

Entre os problemas que impedem o adolescente de realizar práticas efetivas de proteção estão o ponto de vista do adolescente, a dificuldade de acesso ao serviço de saúde, o custo dos métodos, o desconhecimento do uso pelos pais, o preconceito e a desinformação (VITIELLO, 1988).

Saito (2001) também aponta o mito da indestrutibilidade, comportamento sexual exploratório, desejo de experimentar o novo, violência e uso de drogas como

fatores diretamente vinculados ao risco aumentado de adquirir uma DST na adolescência.

Ademais, o novo tipo de relacionamento instituído, o “ficar” tem introduzido também novas formas de contato específico como etapa de interação afetiva e sexual entre jovens (HEILBORN, 1998). Este tipo de relacionamento é orientado pelo não compromisso, pela eventualidade e atração física, onde a autonomia individual se sobrepõe ao pacto de compromisso entre o casal. Isso permite, na prática, a diversificação de parcerias casuais e maior frequência de relações sexuais, aumentando a possibilidade de relações desprotegidas (LIMA et al., 2004).

Todas essas características que representam o “ser jovem” nos tempos atuais, onde o risco é valorizado, mesmo de forma ambivalente (esportes radicais, velocidade, paixão e a forma de viver o presente) trazem conseqüências para a percepção do risco das DSTs/Aids entre os jovens. Para indivíduos de menor renda e escolaridade, expostos à falta de perspectivas de um mundo melhor, o risco da Aids vai ser avaliado de forma comparativa aos outros riscos a que está exposto em sua vida (JELOÁS, 1999).

Outro aspecto a ser considerado na transmissão do HIV/Aids entre os jovens é a exposição às drogas. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) os usuários de drogas injetáveis representam 41,7% dos casos de Aids em indivíduos do sexo masculino, na faixa etária dos 13 aos 19 anos. Para as mulheres, na mesma faixa etária e segundo a mesma categoria de exposição, o número de casos representa 27% e parte delas pode ter sido infectada em relações sexuais desprotegidas, com parceiros usuários de drogas. De forma geral, o uso de drogas lícitas ou ilícitas aumenta o risco do indivíduo, tanto pelo compartilhamento de seringas ou agulhas quanto pelo uso abusivo de álcool ou outras drogas que facilitam a adoção de práticas sexuais desprotegidas e com vários parceiros.

Outros fatores como o abuso, a violência e a exploração comercial sexual praticados contra os adolescentes caracterizam-se também como fatores que predisõem os jovens aos riscos de uma DST/Aids (VILLELA; DORETO, 2005).

De acordo com o exposto pela PNDS – 1996, o conhecimento dos adolescentes sobre a Aids no País é de 99%, enquanto 26% de homens e mulheres na mesma faixa etária já tinham ouvido falar sobre a sífilis. Em relação à forma de proteção, os adolescentes identificam o uso do preservativo como a mais importante via de prevenção. Entretanto, apenas 3,6% das mulheres e 22,2% dos homens entre 15 e 19 anos utilizavam o preservativo com a finalidade de evitar uma DST/Aids (BEMFAM, 1997; FERNANDES, 1998).

Diversas pesquisas nacionais mostram que apesar da informação ainda persistem algumas falsas crenças e dúvidas quanto às formas de transmissão mais freqüentes e apenas um reduzido número de jovens apresentam mudanças em seu comportamento. Com vistas à prevenção da Aids, sobretudo no referente ao uso do preservativo (JELOÁS, 1999).

Para a prevenção do HIV algumas estratégias são adotadas. Entre elas, destaca-se a importância da testagem, procedimento antecedido por uma atividade de aconselhamento, na qual é possível abordar dúvidas e dificuldades em relação ao sexo seguro. Aqueles que se descobrem portadores têm a chance de tomar os cuidados necessários para preservar a sua saúde e não disseminar o vírus, enquanto os não portadores são estimulados a manter práticas seguras e continuar soronegativos (VILLELA; DORETO, 2005).

Dados da Política Nacional de DST/Aids (PN DST/Aids) mostraram que houve uma queda na porcentagem da população jovem que já fez o teste para o HIV. Entre os indivíduos do sexo masculino 16,9% realizaram a testagem em 1998 enquanto em 2005 14,5% dos jovens submeteram-se a este procedimento. Isto poderia ser explicado pelo fato dos homens jovens estarem se prevenindo mais e se considerarem menos expostos aos riscos de infecção pelo HIV. Para as mulheres,

cresceu o número daquelas que já fizeram a testagem (17,1% para 33,2%), resultado parcialmente explicado pelo aumento na realização de testes durante o pré-natal (BRASIL, 2005).

Conforme referem Villela e Doreto (2005), existe a preocupação de que as ações para prevenção do HIV/Aids atingissem a população adolescente, como aconteceu por meio de atividades educativas nas escolas. No entanto, acrescentam o "esgotamento" dessas ações, pois outros temas foram aos poucos sendo incorporados na agenda escolar (drogas, violência em geral e suas expressões). Atualmente quase 70% das escolas do País desenvolvem algum tipo de trabalho de prevenção do HIV, mas ainda há necessidade de mais escolas incorporarem este tipo de atividade e que programas voltados para jovens fora do sistema de ensino sejam aprimorados. Segundo as autoras concluem, embora essas ações venham obtendo êxito no decorrer do tempo, não se traduzem num controle completo da epidemia.

Conforme evidenciado, os adolescentes constituem um contingente populacional prioritário para as ações de prevenção das DSTs/Aids. Ante a precariedade como é vivenciada a anticoncepção, a contaminação por essas doenças é preocupante, já que estes e outros agravos são preveníveis e demandam políticas públicas específicas para as necessidades desse grupo. Portanto, urge mobilizar essas políticas para suprir referidas necessidades.

## **2.4 Sobre a dupla proteção**

Como visto anteriormente, a gravidez e as DSTs apresentam-se como realidades possíveis diante da ausência de práticas preventivas.

De acordo com Vieira (2003), a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada na cidade do Cairo, em 1994, recomendou que os

serviços de planejamento familiar fossem expandidos e abordassem questões relativas à prevenção e tratamento de DSTs, incluindo o HIV, já que a maioria dos métodos particularmente efetivos para a prevenção da gravidez proporciona pouca ou nenhuma proteção contra as DSTs.

Em meio a uma realidade global de elevados índices de gravidez e DST, a opção mais adequada é a que proporciona a proteção de ambas (CATES JR.; STEINER, 2001).

A prevenção simultânea da gravidez e DST foi definida pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2001) como dupla proteção, que pode ser obtida usando-se apenas o preservativo ou combinando seu uso com outro método. Métodos que oferecem proteção contra gravidez (anticoncepcionais orais, esterilização, implantes, injetáveis ou dispositivos intra-uterinos) podem ser adotados em conjunto com o preservativo para proporcionar um efeito adicional de proteção. Embora usar simultaneamente os dois métodos possa aumentar o grau de proteção contra gravidez e DSTs, este comportamento requer uma motivação individual maior.

Todavia, proporcionar a dupla proteção mediante o uso de dois métodos simultaneamente encontra barreiras como o fato de que muitas pessoas não utilizam método anticoncepcional freqüentemente e o uso de um segundo método pode prejudicar o uso do primeiro (WHO, 2001).

Um único método pode ter efeito protetor contra as DSTs e a prevenção de gravidez. O preservativo masculino, além do efeito contraceptivo, é o método que comprovadamente oferece maior índice de proteção contra as DSTs. Segundo Gir (1997), o uso do preservativo como método preventivo contra DSTs está se elevando, pois é indicado em qualquer prática sexual e sua eficácia enquanto método de barreira é verificada mediante uso correto e sistemático e desde que seja de qualidade comprovada. No entanto, esbarra na questão de gênero, pois depende da aceitabilidade masculina para a sua prática. Alguns aspectos influenciam negativamente seu uso sistemático. Entre outros, sobressaem a crença na redução



da sensibilidade; a recusa do uso pelo parceiro; indisponibilidade do método no momento da relação e a percepção inequívoca sobre o risco de contrair infecções ou doenças sexualmente transmissíveis.

De acordo com dados do Ministério da Saúde, na faixa etária dos 16 aos 19 anos, 51% dos homens e 33% das mulheres referem o uso do preservativo em todas as relações sexuais (BRASIL, 2005). Como este resultado indica, por ser o preservativo um método masculino e ante uma possível dificuldade das meninas em negociar seu uso, é mais fácil para o menino usá-lo se assim o desejar (VILLELA; DORETO, 2005). Ainda conforme apontam, muitas vezes, os meninos não usam o preservativo porque não gostam, não possuem habilidade para manipulá-lo ou pela própria dificuldade em falar sobre o assunto com a parceira. É importante ressaltar também que o uso do método está vinculado, ainda, ao tipo de parceira e ao contexto da relação (CABRAL, 2003). Dados da PN DST/Aids mostram que o uso do preservativo é mais freqüente nas relações eventuais que nas estáveis. Segundo registrado, aproximadamente 87% dos homens de 16 a 19 anos utilizam preservativo nas relações casuais (BRASIL, 2005).

Entre adolescentes, porém, o uso de preservativos não é tão simples, já que embora as relações ocorram num contexto de erotismo, também são influenciadas pela questão do poder (gênero, classe social e diferenças na idade) e quem detém o poder terá mais possibilidade de garantir o uso ou não do método. O preservativo representa o posto da espontaneidade normalmente atribuída ao sexo e à juventude e, neste sentido, deve-se estimular seu uso com base não apenas no medo de uma gravidez ou DST, mas no erotismo e na praticidade (VILLELA; DORETO, 2005).

Conforme observado, as dificuldades que marcam a esfera da fecundidade e contracepção são bastante evidentes entre adolescentes. O uso de métodos relaciona-se a estas questões e influencia diretamente na escolha do método a ser utilizado. Em qualquer relacionamento, a prevenção da gravidez é função tradicionalmente feminina, enquanto a prevenção das DSTs se constitui em um papel a ser desempenhado pelo homem.

Para Pirotta (2002), a participação masculina na vida reprodutiva é vivenciada mediante apoio do parceiro no processo de regulação da fecundidade. Não se traduz, no entanto, em práticas efetivas de contracepção ou prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Sobre o assunto, Reis (2002) refere a dificuldade das mulheres em manter relações sexuais protegidas, mesmo quando têm ciência do risco.

Outras considerações sobre o assunto são feitas por Figueredo e Peña (2000). As autoras mencionam maior preocupação das mulheres com a gravidez e demonstram a necessidade da associação direta entre gravidez e DST, pois entre os motivos para o não uso do preservativo está a falta de confiança contraceptiva. Como suporte deste método, em caso de falha, a contracepção de emergência é uma opção que, segundo pesquisa realizada pelas autoras, tem tido boa adesão pela maioria das entrevistadas.

Como sabemos, os anticoncepcionais orais, outros anticoncepcionais hormonais e os dispositivos intra-uterinos (DIU) não conferem proteção alguma contra o HIV ou outras DSTs. Portanto, as mulheres devem ser estimuladas a usar o preservativo junto com esses métodos para proporcionar a proteção contra as DSTs/Aids.

A associação do preservativo com a pílula (anticoncepcional oral) também é uma opção que viabiliza a dupla proteção. No entanto, seu uso conjunto é registrado até abandonar o uso do preservativo e este processo é tido como “natural” pelos usuários (PIROTTA, 2002). Segundo a PNDS – 1996 (BEMFAM, 1997), o principal motivo referido pelos entrevistados para a descontinuidade no uso do preservativo é o desejo de um método mais seguro, como mencionado por 21,7% dos entrevistados, seguido de “sexo pouco freqüente” (13,6%) e “falha do método” (11,7%).

Pirotta (2002), em pesquisa realizada com jovens universitários da Universidade de São Paulo, USP, constatou que 80% dos homens e mulheres

afirmaram usar o preservativo na primeira relação sexual, porém, conforme o relacionamento vai se tornando estável, esta opção passa a ser negligenciada, seja por descuido, esquecimento ou substituição do preservativo pela pílula. A responsabilidade pela contracepção passa, então, a ser da mulher em detrimento da participação masculina, mesmo nos indivíduos com maior grau de instrução.

Ante a dificuldade de muitas mulheres em negociar o uso do preservativo masculino, surgiu a necessidade do desenvolvimento de um método que lhes oferecesse mais autonomia. A idéia do preservativo feminino encontrou respaldo na situação vivenciada pela mulher, tanto em lugares onde ela tem mais poder e liberdade, quanto naqueles onde ela ainda encontra resistência em relação aos homens. A negociação com o parceiro no caso deste método seria mais fácil, pois ela é quem o usaria (BUCHALLA et al., 1998).

Embora o preservativo feminino seja uma opção controlada pela mulher, ela ainda precisa do consentimento ou concordância do parceiro para adotá-lo. As opiniões sobre o método ainda são bastante diversificadas, mas, de forma geral, há boas taxas de aceitabilidade, pois cada vez mais as mulheres estão buscando novas formas de prevenção e cuidado em saúde, sobretudo métodos que lhes proporcionem mais autonomia (BRASIL, 2003).

Os preservativos masculino e feminino são os métodos que oferecem proteção mais eficaz tanto contra a gravidez quanto contra as DSTs/Aids. Lowndes (1999) refere a necessidade do desenvolvimento de métodos passíveis de ser utilizados pela mulher sem colaboração nem conhecimento do parceiro para a prevenção da gravidez e DST. Apesar de indicados, outros métodos como o diafragma e o capuz cervical oferecem pouca proteção contra infecções, como a gonorréia e clamídia. Além disso, sua eficácia contra HIV ainda é incerta (HATCHER et al., 2001).

Atualmente, embora estudos demonstrem que os espermicidas oferecem proteção contra algumas DSTs também não é evidente sua proteção contra o HIV.

De modo geral, produtos desenvolvidos à base de nonoxinol-9 (N-9) são amplamente utilizados no Brasil e no mundo. No entanto, conforme diversos estudos já mostraram, o uso de alguns métodos contendo o N-9 pode favorecer o risco de transmissão sexual do HIV e outras DSTs. Este risco pode ser explicado pelo fato de provocar lesões na mucosa vaginal e retal, dependendo da frequência do uso e do volume aplicado (BRASIL, 2002).

Enquanto avança a epidemia da Aids em todo o mundo, os pesquisadores estão trabalhando no desenvolvimento de medidas mais efetivas de proteção. Além da mudança de comportamento, as medidas adicionais de prevenção estudadas incluem as vacinas contra o HIV e os microbicidas (PROGRAMA..., 2001).

As vacinas representam um avanço significativo nos esforços de prevenção, mas enfrentam uma dificuldade, principalmente em virtude tanto da existência de numerosos subtipos de HIV, bem como da sua larga distribuição geográfica. Várias organizações estão trabalhando e tentando superar os desafios técnicos para o desenvolvimento dessas vacinas e para incentivar a participação industrial no seu desenvolvimento (PROGRAMA..., 2001).

Atualmente as pesquisas mais promissoras vêm sendo realizadas e baseadas principalmente no desenvolvimento de produtos que inibem a entrada do vírus no epitélio (VIEIRA, 2003), a exemplo dos microbicidas. Estes são produtos de aplicação intravaginal e podem destruir o HIV e outros microorganismos responsáveis por causar as DSTs. Eles representam uma possibilidade das mulheres se protegerem e protegerem seus parceiros, pois exigem pouco ou nenhum envolvimento ou negociação com um parceiro (PROGRAMA..., 2001). Se usado em conjunto com o preservativo, este método pode aumentar ainda mais a proteção. O uso por via retal poderá eventualmente reduzir o risco de transmissão das DSTs/Aids nas práticas sexuais com penetração anal.

Sobre o desenvolvimento dos microbicidas, observa-se consenso com progressos significativos na área. Existe um número elevado de novos produtos em

fase relativamente avançada de investigação. As pesquisas também são necessárias em relação à segurança e eficácia, utilização em longo prazo e efeitos na utilização dos preservativos (PROGRAMA..., 2001).

Ainda de acordo com a mesma fonte, os adolescentes freqüentemente carecem de informações confiáveis sobre questões básicas de saúde reprodutiva, de habilidade de negociar relacionamentos sexuais seguros e saudáveis, e de acesso a serviços de saúde reprodutiva, confidenciais e disponíveis.

A saúde e os direitos reprodutivos dos jovens também receberam destaque na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento em 1994, em especial, na abordagem de temas como gravidez indesejada, DSTs/AIDS e aborto. De forma geral, conforme recomendou-se, as necessidades dos jovens devem ser pesquisadas para o melhor desenvolvimento de programas direcionados a um comportamento reprodutivo e sexual responsável e saudável. Propôs-se também que os governos não limitassem o acesso dos adolescentes aos serviços e informações que necessárias, respeitando seu direito à privacidade e confidencialidade, bem como direitos, deveres e responsabilidades dos pais (PIROTTA, 2002).

## **2.5 Adolescentes portadores de deficiência**

Como mencionamos, constatamos a falta de estudos e pesquisas realizados junto às pessoas com deficiência, assim como de ações de prevenção e informações sobre sexualidade, não apenas no Brasil, mas também em outros países. Mas, conforme sabemos adolescentes e adultos com algum tipo de deficiência fazem parte de uma população altamente vulnerável a situações de abuso e violência sexual, gravidez precoce, infecções por HIV/Aids e outras DSTs.

Em decorrência da falta de orientação adequada sobre o processo da sexualidade, a maioria dos jovens com deficiência são mais vulneráveis a riscos e a desenvolverem comportamentos desviantes. Além disso, experimentam não apenas a desinformação, mas o estigma de serem jovens portadores de deficiência e, por isso, diferentes dos jovens ditos “normais”. São, portanto, mais suscetíveis a problemas emocionais. Esse potencial de vulnerabilidade amplia-se devido à carência afetiva e experiência social precária (GLAT, 2004).

A consequência natural desta falta de informações, combinada à vulnerabilidade e risco de uma população, é o aumento do número de casos de DST e de HIV/Aids, como pode ser constatado em diversos países, apesar dos escassos estudos existentes.

Nas palavras de Groce (2004, p.3):

Muito pouco é conhecido sobre a incidência de HIV/AIDS nas populações de pessoas com deficiência. Há apenas alguns estudos que foram publicados – muitos oriundos da América do Norte. Por exemplo, um levantamento feito nos Estados Unidos relatou que o índice de contaminação pelo HIV dentre os surdos representa o dobro do índice para pessoas da população com audição normal, na mesma área. Há alguns poucos estudos comparativos sobre os índices de incidência do HIV nas populações com deficiências no mundo em desenvolvimento. Utilizando DSTs como um indicador para possível exposição ao HIV, Mulindwa fez estudos sobre Uganda e constatou que 38% das mulheres e 35% dos homens com deficiência relataram que tiveram uma DST em algum momento de suas vidas.

Apesar dessa realidade, são raros os programas de educação sexual destinados às pessoas com deficiência, e quase não há campanhas sobre o HIV/Aids generalizadas que sejam direcionadas (ou que incluam) as populações com deficiência. Com efeito, nos locais onde as campanhas de HIV/Aids são realizadas através do rádio ou da televisão, os grupos de pessoas com deficiência visual ficam em extrema desvantagem.

As pessoas com deficiências não têm nenhuma necessidade especial em relação a sexo que os demais também não apresentem. Seu grande problema na esfera da sexualidade é a falta de orientação, pois, de modo geral, suas famílias, escolas, ou instituições, por diversas razões, não assumem essa responsabilidade. Por sua vez, esta lacuna gera um problema de saúde, tanto mental quanto física, pois o desenvolvimento sadio da sexualidade contribui decisivamente para o bem-estar orgânico e psicológico de qualquer indivíduo.

Como todas as pessoas, as portadoras de deficiência necessitarão de orientação e informação sobre a sua sexualidade; porém, ao contrário das ditas "normais", terão mais dificuldade em encontrar essas informações com seus colegas, ou absorvê-las pela mídia. Logo, maior é a importância dessa temática nos programas preventivos a elas destinados.

Para portadores de deficiência visual é fundamental o acesso à informação no sistema braille e materiais gravados ou digitalizados. Os programas não devem ser apenas informativos, mas abrir um espaço de reflexão sobre a sexualidade como comportamento social e expressão da afetividade. Serviços de orientação e apoio psicológico são essenciais para que esses jovens possam exercer seu direito ao prazer, inclusive com parceiros, na medida de suas possibilidades. Isto tornará sua vida mais rica em relacionamentos e experiências, e, mas ao mesmo tempo, eles aprenderão a se proteger das situações de risco.

A nosso ver, mais importante que "pacotes" de programas de orientação sexual é a formação de recursos humanos, a capacitação em serviço de profissionais no âmbito das escolas e instituições, para que estes possam criar e implementar projetos específicos, a partir da realidade da escola ou instituição.

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 Tipo e natureza do estudo**

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório. Este tipo de estudo é adequado à investigação descritiva à medida que se observa, descreve e classifica. Tal como a pesquisa descritiva, a pesquisa investigatória inicia-se por algum fenômeno de interesse; mas ao invés de, simplesmente, observar e registrar a incidência do fenômeno, a pesquisa exploratória busca explorar as dimensões desse fenômeno, a maneira pela qual ele se manifesta e outros fatores com os quais ele se relaciona (POLIT; HUNGLER, 1995).

O caráter exploratório advém da dificuldade de pesquisas qualitativas referentes ao tema proposto neste estudo, e o descritivo do interesse em descobrir e observar fenômenos, descrevê-los, classificá-los e interpretá-los.

Quanto à abordagem, é qualitativa. A pesquisa qualitativa não procura enumerar e/ou medir os eventos estudados, nem emprega instrumental estatístico na análise dos dados. Surge de questões ou focos de interesses amplos que vão se definindo à medida que o estudo se desenvolve. Envolve a obtenção de dados descritivos sobre pessoas, lugares e processos pelo contato direto do pesquisador com a situação estudada (GODOY, 1995).



### **3.2 Caracterização do campo de estudo**

A pesquisa foi realizada em um Centro de Apoio Pedagógico (CAP) para cegos/ deficientes visuais. O CAP tem como finalidade oferecer recursos apropriados aos alunos deficientes visuais matriculados na rede estadual de ensino para o desenvolvimento de atividades relativas à leitura, à pesquisa e ao aprofundamento curricular. Anexa a esse Centro existe uma escola que recebe pessoas com necessidades especiais, entre estas, deficientes visuais, mentais e auditivos. Esses deficientes visuais são alfabetizados em braille e estão inseridos nas salas de aula ditas comuns, portanto, convivem com professores e colegas videntes. A escola dá a oportunidade de convivência entre os ditos “normais” e as pessoas portadoras de deficiência, favorecendo o processo de inclusão.

Em virtude de já termos realizado outra pesquisa na linha de cuidado e educação em saúde nesse espaço, o acesso à escola foi facilitado. Portanto, já havíamos mantido contatos com a diretoria e professores itinerantes.

### **3.3 População e grupo participante**

A população deste estudo foi constituída por adolescentes do sexo feminino, portadoras de deficiência visual, inseridas na faixa etária de 10 a 20 anos de idade. Para a definição do número de participantes adotamos a saturação dos dados, que estará na dependência da compreensão do fenômeno estudado, independentemente da quantidade de entrevistadas. Conforme Polit e Hungler (1995), a saturação dos dados ocorre quando as informações que estão sendo analisadas se tornam repetitivas, ou seja, não aparecem novas idéias ou conceitos.

Como participantes, selecionamos apenas aquelas que preencheram os seguintes critérios de inclusão: ser portadora de deficiência visual; estar na faixa

etária de 10 a 20 anos de idade; ser do sexo feminino; estar regularmente matriculada e freqüentando as aulas no CAP; ter disponibilidade para participar da pesquisa; concordar em participar do estudo e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### **3.4 Técnica e instrumento para coleta de dados**

Como técnica de coleta de dados utilizamos a entrevista semi-estruturada. Ésta é uma entrevista estruturada a partir de uma ordem preestabelecida pelo entrevistador e além de conter questões fechadas e diretas inclui algumas perguntas abertas, nas quais o entrevistador se utiliza de certa liberdade (GAUTHIER, 1998).

As adolescentes foram convidadas a participar do estudo mediante abordagem direta com autorização prévia dos responsáveis legais, no caso dos menores de idade.

Compuseram o roteiro básico de entrevista questões que buscaram o conhecimento e a compreensão dos seguintes aspectos: causa da deficiência visual, grau de escolaridade, composição e orientações familiares, experiência afetivo-sexual, nível de conhecimento acerca de assuntos relacionados à sexualidade (métodos contraceptivos, doenças sexualmente transmissíveis).

As entrevistas foram realizadas individualmente em salas de apoio ou de recursos pedagógicos existentes nessas escolas. Como já havíamos desenvolvido atividades ali, conhecíamos as salas. Nesses locais pudemos trabalhar com liberdade e tempo suficiente com as adolescentes. Além disso, as principais finalidades desses locais de trabalho foram garantir a privacidade da entrevistada, facilitando a abordagem dessa temática. Após esclarecimento e concordância dos participantes da pesquisa, as entrevistas foram gravadas e filmadas.

Concluídas as entrevistas, procedemos ao esclarecimento das dúvidas apresentadas pelas adolescentes. Prestamos, também, informações adicionais que complementaram as respostas emitidas pelas adolescentes, demonstrando o papel educativo do estudo.

### **3.5 Organização e análise dos dados**

As informações obtidas por meio das entrevistas foram submetidas à técnica de análise de conteúdo, que segundo Bardin (1979, p. 19) é:

um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicadores quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) das mensagens.

Uma das características que define a análise de conteúdo é a busca do entendimento da comunicação entre as pessoas, apoiando-se no (re)conhecimento do conteúdo das mensagens. Esta análise não quer saber apenas “o que se diz”, mas “o que se quis dizer” com tal manifestação. Outro elemento que define a análise de conteúdo é que se trata de “um conjunto de técnicas” para captar a mensagem transmitida.

De modo geral, a sistematização dos dados proposta por Bardin segue três etapas: pré-análise; descrição analítica e interpretação referencial: 1. Pré-análise: organização do material (seleção dos documentos); 2. Descrição analítica: os documentos são analisados profundamente, tomando como base suas hipóteses e referenciais teóricos. Neste momento se criam os temas de estudo e se pode fazer sua codificação, classificação e/ou categorização; 3. Interpretação referencial: neste momento, a partir dos dados empíricos e informações coletadas, se estabelecem

relações entre o objeto de análise e seu contexto mais amplo, chegando, até mesmo, a reflexões que estabeleçam novos paradigmas nas estruturas e relações estudadas (BARDIN, 1979).

### **3.6 Aspectos éticos da pesquisa**

Inicialmente a diretora da instituição foi informada sobre a pesquisa e o consentimento se deu por meio de uma carta de apresentação da pesquisa, anexada ao seu anteprojeto.

Como exigido, o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (COMPEPE-UFC) para atender aos preceitos ético-legais (autonomia, não maleficência, beneficência e justiça) recomendados na resolução nº 196/96 sobre pesquisas envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde-Ministério da Saúde (BRASIL, 2002).

Foram elaborados dois Termos de Consentimentos Livres e Esclarecidos; um entregue à adolescente e, outro, aos pais e/ou responsáveis pelas adolescentes. Além da autorização dos pais/responsáveis, lemos o termo de consentimento, em voz alta, na presença das entrevistadas para que elas concordassem e o assinassem. Para a manutenção do anonimato das participantes do estudo atribuímos-lhes nomes de flores.

Também lhes asseguramos a privacidade e a proteção da imagem e identidade dos entrevistados, a liberdade de se recusar a participar ou retirar o seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma.

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos dados obtidos por ocasião das entrevistas e considerando a riqueza de informações, achamos oportuno dividir nossa análise em duas etapas: a primeira teve a finalidade de conhecer as adolescentes deficientes visuais mediante suas histórias acerca da **causa da deficiência visual**, de suas **vivências nos ambientes escolar e familiar**, além de investigar como a temática da sexualidade está presente nesses ambientes, conhecer a opinião das adolescentes sobre assuntos relacionados à sua **vida afetiva** e a forma como lidam com estes sentimentos.

Dessa modo, a nosso ver, criaríamos um vínculo de confiança entre nós e as adolescentes deficientes visuais. Com base nesse vínculo, a segunda etapa da entrevista se desenvolveria de maneira mais segura e fidedigna, já que esta tratou de questões relacionadas às **transformações do corpo** durante a fase da adolescência, de seus **conhecimentos sobre os métodos contraceptivos e doenças sexualmente transmissíveis**. Estas são questões ainda abordadas com muitos “tabus” e, por este motivo, era necessário que nesta etapa já houvesse um vínculo de confiança entre nós e a adolescente. A entrevista e a apresentação dos dados ocorreram, portanto, na ordem supramencionada.

### 4.1 As participantes do estudo

Entrevistamos cinco adolesecntes na faixa etária entre 12 e 17 anos. Destas, apenas uma tinha baixa visão, enquanto as outras eram totalmente cegas. Todas estavam em atraso escolar, levando em consideração suas idades. Tal atraso variou entre um e três anos. Na nossa pesquisa consideramos a idade de 8 anos para o início do 1º grau (1ª a 8ª séries) e a idade de 16 anos para o início do 2º grau (1º ao 3º ano). Nenhuma das adolescentes entrevistadas relatou ter experiência sexual,

porém todas manifestaram o desejo e o interesse em falar sobre sexualidade, suas dúvidas, medos e anseios.

A fim de não identificar as participantes do estudo, como já mencionamos, decidimos substituir seus nomes por tipos de flores, pois as flores, além de sua graciosidade, deixam perfume nas mãos de quem as colhem e assim foi a experiência de poder conviver com essas adolescentes deficientes visuais. Ademais, a beleza, a pureza e a fragilidade típica das flores foram características também observadas nas jovens entrevistadas.

A seguir, no Quadro 1, apresentamos, sinteticamente, algumas características das adolescentes participantes da pesquisa.

Quadro 1 – Características gerais das adolescentes entrevistadas

<b>Nomes</b>	<b>Idade</b>	<b>Causa da DV</b>	<b>Religião</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Experiência sexual?</b>
Tulipa	14	Retinopatia da prematuridade	Católica	4ª série do 1º grau	Não
Orquídea	12	Retinopatia da prematuridade	Católica	2ª série do 1º grau	Não
Violeta	13	Retinopatia da prematuridade	Católica	4ª série do 1º grau	Não
Rosa	17	Retinoblastoma bilatera	Católica	1ª ano do 2º grau	Não
Margarida	15	Catarata	Católica	7ª série do 1º grau	Não

Toda flor tem um significado, uma mensagem sutil, uma linguagem especial para manifestar e transmitir emoções. Dessa forma, cada “flor” relatou a causa da sua deficiência visual.

Iniciaremos contando a história da Tulipa. A tulipa representa a inocência da criança. É delicada, sensível e amorosa. Uma pessoa bela em todos os sentidos. Espécie exótica e cheia de variedades, tem a vida regada por seus sentimentos. Umas são quietas e conquistam seu espaço com apenas um olhar e um sorriso, enquanto outras são mais extravagantes e comunicativas. Em comum, elas têm a

sensibilidade. Sua semente foi plantada aqui na Terra para trazer alegria e divertimento, como mostra a fala a seguir.

... Foi porque eu nasci de 6 meses, aí eu...(silêncio)... eu ia ser um aborto, porque a minha mãe se preocupou muito com meu pai, que ele tocava, sabe? Aí quando faltavam duas semanas para fazer 7 meses minha mãe se preocupou muito porque ele passou três dias sem vir em casa. Nesse dia ele ia tocar e voltar no mesmo dia, mas estava chovendo e minha mãe cada vez mais preocupada. Então ela foi me ter e eu quase morro, fui direto para a incubadora. Quando minha mãe foi me ver, ela disse que eu não tinha unha, eu não tinha sobrancelha, eu não estava bem formada. Então eles não colocaram aquele protetorzinho direito, eu tive que tomar banho de oxigênio, passei dois meses na incubadora e depois eu fui crescendo, crescendo... Aí uma pessoa notou que eu era diferente, que eu não olhava para as pessoas direito. Minha mãe me levou num médico e a doutora disse que aos poucos eu iria perder a visão... Com 3 anos de idade eu perdi totalmente a visão. Minha mãe acha que a luz da incubadora queimou a retina dos meus olhos. Minha mãe não comia, não fazia nada, ela conversou com a psicóloga, mas, sei lá, eu não fico triste por ser assim não, pelo menos eu estou viva, imagine se eu não tivesse conseguido sobreviver (Tulipa).

A orquídea é associada às festas da primavera. Ela irradia alegria e felicidade e possui uma pureza espiritual, que transmite paz e harmonia, a exemplo dessa fala.

A minha experiência com a cegueira não é traumática e nem dramática. Nasci prematura e na incubadora minha retina foi queimada. A princípio, quando me descobri cega, é claro que foi difícil, não conseguia entender a minha condição. Por que eu? Mas a partir do momento em que comecei a fazer minha reabilitação as coisas foram clareando e aos poucos fui notando que as emoções, sentimentos, vibrações e percepções estavam se aguçando de tal forma que não ver não era mais um problema. Foi quando redescobri a arte em minha vida. Então, logo tudo se transformou e hoje posso dizer que sou realizada e cheia de projetos. Sei que isso não acontece com todos. Conheço pessoas que recusam a cegueira e se

transformam em pessoas amargas. Outras, mesmo com seus olhos em perfeito funcionamento, não conseguem perceber, sequer, o outro ao seu lado (Orquídea).

A violeta, por sua beleza pura e sublime perfume, é usada com frequência para designar as virtudes: a dignidade real; a beleza da sabedoria e a união. É símbolo da pureza e da beleza perfeita, em toda a natureza e, também, inocência e virgindade, como podemos perceber nesta fala.

Nasci de 6 meses e meio, fiquei 1 mês na incubadora, onde tive parotidite. O oxigênio queimou meu cristalino. Daí em diante, fiquei com problemas nas duas vistas e comecei a ser operada com 11 meses de idade. Fiz várias cirurgias. Tive descolamento de retina na vista direita. Operei. Dois meses após a cirurgia, descolou novamente e tive que operar de novo. Nessa cirurgia foi colocado óleo de silicone para segurar a retina. Esse óleo me tirou os 10% de visão do olho esquerdo e por isso tenho pressão alta e problemas na córnea. Controlo isso com dois colírios três vezes ao dia. Devido ao óleo, com o tempo, foi me lesando o nervo óptico e perdi totalmente a visão da vista esquerda. Atualmente possuo muito pouca visão na vista direita e nenhuma na esquerda (Violeta).

A rosa é a rainha das flores e evoca o espírito de liderança e organização. Ela usa os espinhos como escudo para enfrentar as batalhas da vida. Uma das virtudes é não mostrar suas fraquezas. Mas a origem da rosa remonta ao mito de Adônis. Do sangue do amado de Afrodite (Vênus) teriam brotado as primeiras rosas vermelhas. Assim, quem é Rosa, também é apaixonado pela vida. Não desiste nunca, mesmo nos momentos mais difíceis. Acredita que sempre é possível plantar uma nova semente e renascer, como mostra a fala da Rosa.

Fiquei cega com poucos meses de vida e apesar de passar por várias cirurgias não foi possível salvar minha visão. Mas a vida é isso aí, às vezes tira de nós toda a alegria de viver, mas nos dá motivos para continuar vivendo... (Rosa).



A Margarida representa inocência, pureza, lealdade, simplicidade, confiança, virgindade. Em inglês, as flores margaridas são conhecidas como daisy, de day's eye, que significa olho do dia, uma alusão ao movimento que elas fazem ao se abrirem e fecharem com o sol. A fala de Margarida mostra essa simplicidade.

... Tive catarata congênita porque minha mãe teve rubéola quando estava grávida. Enxerguei até os 10 anos quando fiz uma cirurgia para tirar a catarata e tive um descolamento de retina. Não tive problemas emocionais quando fiquei cega, porque sempre convivi com pessoas cegas e em função disso não foi uma coisa tão difícil (Margarida).

Conforme se admite, cerca de 20% das crianças em idade escolar apresentam algum transtorno da visão e em torno de 500.000 ficam cegas anualmente, no mundo. Em virtude do rápido crescimento e desenvolvimento do aparelho ocular, a criança possui maior vulnerabilidade aos distúrbios visuais. O comprometimento da saúde ocular representa um importante inibidor do desenvolvimento da criança, com potencial para desenvolver seqüelas na vida adulta. Quanto mais tardia a detecção dos distúrbios visuais na infância, mais graves as seqüelas. Dessa forma, ações preventivas ou de diagnóstico e recuperação precoces das afecções visuais na infância constituem grande impacto na área da saúde coletiva (ALBUQUERQUE; ALVES, 2003).

Hoje, mais da metade dos agravos à saúde ocular, com o conhecimento e a tecnologia existentes nessa área, poderiam ser prevenidos ou adequadamente tratados. Por essa razão é indispensável a implantação de programas de promoção e prevenção da saúde ocular, sobretudo, nos países pobres. Consoante enfatizado por Albuquerque e Alves (2003), desde a década de 1970 a Organização Mundial da Saúde (OMS) indica ações promocionais e preventivas em saúde ocular no intuito de reduzir o índice mundial de "cegueira evitável" e baixa visão. Como requisito para o desenvolvimento de programas em saúde pública destinados à prevenção da cegueira e da incapacidade visual, à promoção da saúde ocular, à organização da assistência oftalmológica e à reabilitação de deficientes visuais, deve-se conhecer a distribuição geográfica das afecções oculares mais comuns na infância. No Brasil,

em especial na região Nordeste, são escassos os dados referentes às causas mais comuns de deficiências visuais na infância.

Uma dessas causas é a retinopatia da prematuridade, uma doença vasoproliferativa da retina, de etiologia multifatorial, que ocorre em recém-nascidos pré-termo (RNPT). Embora prevenível, ela apresenta uma fase aguda, na qual a vasculogênese normal é interrompida e a retina imatura sofre transformação e proliferação celular. Na maior parte das crianças, a retinopatia evolui espontaneamente, mas não deixa lesões e, sim, alterações cicatriciais leves. Contudo, a retinopatia proliferativa pode evoluir com processo fibrótico cicatricial e descolamento de retina (GRAZIANO; LEONE, 2005).

Calcula-se que, a cada ano, sobrevivam em torno de 15.000 prematuros com risco de desenvolver retinopatia da prematuridade, os quais necessitam de exame de triagem para este diagnóstico. Ao considerarmos que 7,5% destas crianças evoluem para doença limiar e, destas, 50% ficarão cegas se não tratadas, teremos em média 562 crianças cegas/ano, com um custo socioeconômico alto, principalmente por se tratar de uma doença passível de tratamento (GRAZIANO; LEONE, 2005).

Outra causa de deficiência visual na infância é o retinoblastoma, um tumor ocular raro, com pico de incidência no primeiro ano de vida. Nos países desenvolvidos representa 2% a 4% das neoplasias pediátricas e nos países em desenvolvimento pode chegar a 10% até 15% dos tumores pediátricos. O sucesso do tratamento do retinoblastoma depende da habilidade do profissional de saúde em detectar a doença ainda em seu estágio intra-ocular. É imprescindível que o pediatra saiba reconhecer sinais como leucocoria (mancha branca no olho) e estrabismo (RODRIGUES; CAMARGO, 2003). Geralmente o diagnóstico é feito antes dos 3 anos de idade. Quanto aos comprometimentos bilaterais, são diagnosticados nos dois primeiros anos de vida e ocorrem em 20 a 35% dos casos. O quadro clínico depende do estágio da doença, tamanho e localização do tumor (SOUZA et al., 2005).

Ainda como causa da referida deficiência, como citado por Nerula e Fernandes (2005), inclui-se a catarata infantil, ou seja, a opacificação do cristalino que reduz a visão em indivíduos de 0 a 15 anos. Apresenta incidência de 1/2.000 nascidos vivos e 10 novos casos/milhão população/ano. Segundo se estima, ela é responsável por 10-38,8% de toda a cegueira prevenível e tratável na infância em crianças de todo o mundo. A prevalência em crianças é de 1 a 4/10.000 nos países em desenvolvimento e aproximadamente 0,1 a 0,4/10.000 nos países desenvolvidos. Considera-se que 40 a 50% dos portadores de catarata infantil apresentam baixa visão (MERULA; FERNANDES, 2005).

A catarata infantil pode ocorrer como alteração isolada ou como parte de um quadro ocular e/ou sistêmico. Pode ser idiopática (cerca de metade das cataratas infantis são idiopáticas) ou estar relacionada a diversos fatores como: doenças sistêmicas de origem genética (trisomia 21, síndrome de Bardet-Biedl), metabólica (galactosemia, hipoglicemia, hipocalcemia), infecções intra-uterinas (rubéola, toxoplasmose), induzida por drogas (corticosteróides, clorpromazina), traumatismo, prematuridade, outras doenças oculares (MURTA, 1998).

De acordo com a mesma fonte, o sucesso visual na catarata infantil relaciona-se com a precocidade do diagnóstico e do correto tratamento instituído. Os avanços nas técnicas cirúrgicas têm reduzido os índices de complicações. Contudo, ações mais efetivas devem ser instituídas com vistas à prevenção, diagnóstico e tratamento mais precoces, adequada correção óptica, tratamento da ambliopia associados à intervenção precoce, para uma melhor qualidade de vida das crianças.

#### **4.1.1 A vida escolar**

Nesta seção iniciaremos a discussão sobre sexualidade no ambiente escolar, pois foi na escola onde tivemos todos os contatos com as adolescentes deficientes visuais. O primeiro encontro se deu através do “GRUPO COM TATO”, que recebe

este nome pela importância do sentido do tato e do toque para esses deficientes. Tivemos a oportunidade de participar das reuniões do grupo e apresentar o estudo para cerca de 20 crianças e adolescentes integrantes desse grupo. Nesse momento já convidamos aquelas que estavam dentro da faixa etária de 10 a 20 anos para fazer parte de nossa pesquisa e elas prontamente se dispuseram a colaborar. A partir daí mantemos contato individual com cada uma delas, conforme seus horários e disponibilidades.

A vida escolar, portanto, teria de ser o primeiro aspecto a ser abordado, pois foi naquele ambiente que nossas interações ocorreram. Nas questões abordadas nesta parte da entrevista, buscamos conhecer tanto a situação do adolescente em termos educacionais, ou seja, suas pretensões em relação à extensão da escolaridade e finalidades a alcançar com os estudos, quanto suas expectativas profissionais. Abordamos também de que forma a temática da sexualidade está presente no ambiente escolar dessas adolescentes.

Nos seus relatos pudemos perceber mudanças nas pretensões quanto à extensão dos estudos. Segundo algumas apontaram, pretendiam, a princípio, concluir o ensino fundamental ou, no máximo, o ensino médio. Todavia, em face da percepção da crise de empregos e associação desta ao nível de escolaridade e capacitação do deficiente, mudaram seus planos. Consoante afirmaram, querem estudar até o término do ensino médio ou do ensino superior.

Eu pensava em estudar só até o 3º ano... Porque a gente fazendo faculdade a gente pode ter uma profissão melhor (Rosa).

Sei lá, até o 1º, 2º, até o 3º pra mim tá melhor. Hoje em dia tem que ser até o 3º, pelo menos (Orquídea).

Eu sou assim..., eu não gosto muito de estudar, mas tem que estudar porque hoje em dia está brabo (Violeta).

A educação é um direito constitucionalmente garantido a todo brasileiro e estrangeiro residente no País, independentemente da raça, sexo, idade, condição física e/ou mental, sendo proibida toda e qualquer espécie de discriminação e exclusão institucional-educacional.

Pelo princípio da igualdade, direito fundamental disposto no artigo 5º da Constituição Federal, garante-se aos portadores de necessidades especiais o acesso à educação, nas instituições públicas e privadas, da pré-escola à universidade. Para isto, os portadores de deficiência devem ser educados mediante um atendimento especial adequado às suas necessidades pessoais, consagrando-se a igualdade que significa tratar desigualmente os desiguais na medida de suas desigualdades (ANGHER, 2005).

Assim, os sistemas de ensino devem assegurar aos educandos com necessidades especiais: currículos, métodos, técnicas, recursos educativos e organização específicos para atender às suas necessidades; terminalidade específica para aqueles que não puderem atingir o nível exigido para a conclusão do ensino fundamental, em virtude de suas deficiências; professores com especialização adequada em nível médio ou superior, para atendimento especializado, bem como professores de ensino regular capacitados para a integração desses educandos nas classes comuns; educação especial para o trabalho, visando à sua efetiva integração na vida em sociedade, inclusive condições adequadas para os que não revelarem capacidade de inserção no trabalho competitivo, mediante articulação com os órgãos oficiais afins; acesso igualitário aos benefícios dos programas sociais suplementares disponíveis para o respectivo nível do ensino regular (BOLONHINI JUNIOR, 2004).

Para o deficiente, o aprendizado escolar é a “chave que abre a porta” à verdadeira integração social. Daí a necessidade da eliminação de barreiras arquitetônicas, da boa orientação didático-pedagógica e da política escolar de inclusão. Sabemos, porém, que a política escolar de inclusão, definida pela lei e fruto de incomensuráveis debates, inclusive internacionais, ainda não foi definitivamente implantada no Brasil.

Mesmo com essa dificuldade, a partir da década de 1990 a necessidade de inclusão escolar dos portadores de deficiência passou a ser uma realidade. Ao mesmo tempo, o avanço tecnológico, principalmente da informática, permitiu que as potencialidades individuais de cada deficiente pudessem ser desenvolvidas, criando uma consciência nacional no meio escolar de que essas pessoas não são cidadãos dependentes de benevolência, de favor para o seu aprendizado, mas, ao contrário, são indivíduos com uma intelectualidade a despertar, dependendo apenas de uma adaptação físico-pedagógica, um dever normativo que possibilite a inclusão.

Na fala de todas as entrevistadas, podemos perceber a incorporação do discurso que enfatiza a importância da escolaridade e da qualificação profissional para garantir a empregabilidade e a percepção das dificuldades peculiares ao mundo do trabalho atual.

A situação de desemprego hoje real para um grande número de brasileiros sem dúvida se estende também para as pessoas com deficiência visual. E, no caso delas, torna-se particularmente importante o investimento na capacitação educacional e profissional, pois, desse modo, poderão dominar novas tecnologias, e ampliar seu acesso ao mercado de trabalho.

Contudo, a escolha de um trabalho depende do conhecimento das opções disponíveis no mercado, e depende, também, de saber quais delas podem ser exercidas pelo portador de deficiência visual, quais cursos e treinamentos existem para capacitação e como procurá-los.

Até recentemente, o portador de deficiência contava com bem poucas opções de trabalho. Todavia, o crescente desenvolvimento tecnológico, sobretudo, nas áreas de microeletrônica e informática, cria continuamente ampla variedade de profissões e empregos, inexistentes até há pouco tempo, muitos deles compatíveis com a situação do deficiente visual.

Existem computadores utilizados igualmente por deficientes visuais e por pessoas que enxergam: para os primeiros, se instala um *software* especial, um sintetizador de voz, que “fala” o que está na tela. A este equipamento pode ser acoplada uma impressora braile ou uma impressora comum.

Embora ainda haja obstáculos a vencer, atualmente muitos deficientes visuais ocupam cargos em indústrias, escolas, clínicas, empresas e hospitais.

Em relação à temática da sexualidade na escola, constatamos uma total inexistência de debates, diálogos, esclarecimentos e material didático acessível. Como o governo não dispõe de materiais educativos para esse fim, essa população de deficientes visuais fica desinformada e, conseqüentemente, desassistida no referente ao seu direito à informação sobre sexualidade. Além dessas jovens não terem acesso pelos meios de comunicação em massa, também não obtêm informações mediante livros ou revistas, já que não há materiais em braile nessa temática em suas escolas. Podemos constatar esse fato nas seguintes falas:

Eu nunca tive a oportunidade de ler um livro ou revista sobre a pílula que evita a gravidez e sobre a camisinha porque não tem nada desse assunto passado pro braile (Violeta).

Eu até tenho interesse, sabe, mas nunca me falaram nada aqui na escola sobre isso. Eu nunca tive um livro ou uma apostila que falasse desses métodos, o que eu sei é através das minhas amigas. Gostaria muito de ter um livro falando nisso (Rosa).

Conforme prevêm as normas e recomendações internacionais sobre deficiências, o Estado deve proporcionar o acesso de pessoas com deficiência visual à informação e à documentação escrita. Para isto, devem ser utilizados o sistema braile, gravações em fita, letras de fôrma grandes e outras tecnologias apropriadas, com a finalidade de promover a comunicação eficiente, garantindo a igualdade de participação no acesso à informação e à comunicação (BRASIL, 1997).

Apesar dessas normas o que encontramos no dia-a-dia é diferente. Geralmente o material em braile disponível para os deficientes visuais destina-se à educação pedagógica, e é escasso e insuficiente para atender aos anseios de todos. No caso de material para a educação em saúde, particularmente em planejamento familiar, a situação torna-se ainda mais delicada, pois não existe literatura em braile e a orientação é repassada para o aluno através de professor, que, algumas vezes, não aborda os temas de maneira eficaz.

Em uma definição abrangente, ensinar é descrito como atividade pela qual o professor ajuda o aluno a aprender, e tem uma influência interpessoal, aliada à maneira como outras pessoas poderão comportar-se (HOGAN, 1985).

Como mencionamos, o Projeto Saúde Ocular produziu material de educação em saúde sexual para deficientes visuais. Esse material poderia e deveria estar sendo utilizado em escolas que atendessem pessoas portadoras de deficiência visual, pois já foi testado e feitas divulgação e publicação sobre sua elaboração e utilização.

A exemplo de outras profissões, a enfermagem deve atender às necessidades de educação para a população, mas enfrenta dificuldades para superar esse desafio. Segundo ressaltado por Smeltzer e Bare (1994), o papel do enfermeiro educador é de suma importância na restauração e promoção à saúde, incluindo atividades de ensino, promoção e manifestação da saúde.

Nesse contexto, muitas vezes, para a enfermagem, a sexualidade tem sido apenas uma questão reprodutiva. Como instituição social, a enfermagem é uma das profissões que têm permissão social para tocar o corpo do outro – qualquer parte do corpo do outro. Essa autorização social para manipular o corpo do outro assegura ao coletivo da enfermagem um poder incontestável, embora ainda não completamente percebido, entendido e utilizado como instrumento terapêutico (KRIZNOFSKI, 2003).



Em virtude da tradicional formação acadêmica, para a enfermagem, de modo geral, os órgãos sexuais estão ligados, habilmente, à limpeza e higienização. Conseqüentemente, há dificuldades para interagir terapêuticamente com a sexualidade do outro e com a sua própria.

No seu dia-a-dia o enfermeiro deve considerar todas as oportunidades de ensino, quer o indivíduo esteja doente ou não. Qualquer que seja o local, deve ser considerado como espaço para ensino e educação para a saúde (SMELTZER; BARE, 1994).

#### **4.1.2 A vida familiar**

Nas questões abordadas nesta parte da entrevista, pretendemos conhecer as orientações parentais em termos de sexualidade e outros aspectos relevantes da vida familiar das adolescentes, entre estes: critérios para saber quem a adolescente considera ser a pessoa de liderança da família, com quem elas conversam sobre assuntos relacionados à sexualidade e quais os conteúdos e formas de orientações sexuais recebidas, que serão analisados a seguir.

O papel de liderança na família segue critérios de cosangüinidade: o pai, quando vive uma relação de casamento real com a mãe; a mãe, quando os pais são separados de fato ou convivem sob o mesmo teto, embora separados, ou quando o pai é falecido. Nesse caso, o padrasto, mesmo que seja uma pessoa com quem as adolescentes têm um bom relacionamento ou seja o provedor material da família, não é considerado por nenhuma delas como pessoas de liderança na família. Neste grupo, apenas duas das adolescentes vivem com pais casados, como mostra o Quadro 2.

Quadro 2 – Relações familiares

<b>Nome</b>	<b>Situação do casal parental</b>	<b>Tem padrasto?</b>	<b>Líder da família</b>
Tulipa	separados	sim	mãe
Orquídea	casados	não	pai
Violeta	casados	não	pai
Rosa	separados, mas vivem na mesma casa	sim	mãe
Margarida	pai falecido	sim, mas não mora com a mãe	mãe

Para assumir a liderança da família, os principais critérios são: ser o provedor financeiro das necessidades do grupo, ser quem manda e determina tarefas para os demais membros da família ou ser a pessoa que proporciona orientação e apoio emocional aos demais componentes do grupo familiar.

... Considero o meu pai porque o que ele fala é aquilo mesmo. Não tenta mudar não, que é aquilo (Violeta).

... É a minha mãe. Ela é muito apegada a mim e eu sou muito apegada a ela, tudo que acontece ela me conta, tudo que acontece comigo eu conto a ela, não tem nada de ficar escondendo, porque eu sou mais a minha mãe. Acho que ela tem muita compreensão comigo, sabe conversar direito, sem brigar, acho que é isso (Rosa).

Entretanto, nem sempre a adolescente busca orientações para a sua vida sexual com a pessoa de liderança da família. As meninas que conversam sobre o tema com alguém da família o fazem com irmãs casadas. Apenas uma delas relatou conversar abertamente sobre sexualidade com sua mãe. As outras adolescentes relataram que conversam sobre essa temática com amigas da rua e do colégio.

Converso sobre essas coisas com a minha mãe. Assim, já perguntei quando é que eu podia ter o meu primeiro namorado. Ela disse que não tem nada contra não, mas, como toda mãe fala, tem que ter muito cuidado pra essas coisas. Assim, tipo, quando eles chamam pra ter relação, essas coisas, não tão cedo, mas depois, com um tempo, quando tiver

conhecendo melhor a pessoa. Então é isso que ela pede pra mim ter cuidado (Orquídea).

Um aspecto muito importante da adolescência se refere à educação sexual dada pela família. Essa educação não tem possibilitado às adolescentes – inclusive àquelas que enxergam – assumir com responsabilidade suas relações afetivo-sexuais. Em geral as informações se restringem à sexualidade ligada à genitália, pois ainda hoje os pais têm dificuldade de dialogar sobre esse tema.

Os pais sentem profundas dificuldades ante a sexualidade das filhas adolescentes. Diante disso, acabam por transferir o papel educativo a terceiros, reproduzindo formas disciplinares de controle e perpetuando um ciclo por muitas gerações. Contudo, muitas vezes as dificuldades dos pais em abordar questões de sexualidade com suas filhas decorre da forma como eles próprios viveram tal situação. Neste contexto a maioria dos pais atribui a tarefa da orientação sexual de seus filhos à escola e esta, por sua vez, nem sempre está preparada para cumprir tal tarefa (BRÊTAS; SILVA, 2002).

Apesar da inexistência ou limitação de informações sobre o assunto, as adolescentes não deixam de se iniciar na prática sexual, mesmo sem entender muito bem o que está acontecendo com elas. Conseqüentemente, muitas vezes, ocorrem resultados inesperados, como uma gravidez não planejada.

Como sabemos, a educação sexual dos adolescentes videntes é reconhecidamente inadequada. Mais inadequada, ainda, é a das adolescentes portadoras de deficiência visual, vítimas de superproteção por um lado e, por outro, de preconceitos e mitos – que projetam sua imagem como assexuados, incapazes, dependentes e eternas crianças. Com frequência, o portador de deficiência é visto como pessoa ingênua e incapaz.

Mas o portador de deficiência visual é um ser humano igual aos demais, com impulsos sexuais e potencial para viver sua sexualidade. Assim, se é complicado

para os jovens sem deficiência viver sua sexualidade, para os adolescentes com deficiência visual, a descoberta da sexualidade é muito mais difícil. É preciso, pois, propiciar-lhes a oportunidade de expor abertamente suas dúvidas e receber em resposta informações claras e verdadeiras, para poderem vivenciar sua sexualidade de forma tranquila e responsável.

Trindade e Bruns (1995), em estudo sobre adolescentes grávidas, apontam para a desinformação e a falta de diálogo entre pais e filhos sobre sexualidade. Segundo afirmam, isto mantém o jovem na ignorância quanto a decidir por si mesmo sobre como agir na sua vida sexual, além de ser uma forma de negar e não reconhecer a sexualidade (crescimento) do próprio filho. Constata-se, então, a ausência de diálogo entre pais e filhos no qual falem sobre prazer e não só sobre casamento e reprodução. É preciso também falar de preservativo, ao invés de se limitar a um discurso repressivo. Tal abordagem talvez seja fundamental para que o jovem adquira confiança e segurança em relação às próprias escolhas sexuais.

Conforme mostram as falas das adolescentes, a maioria delas não percebe claramente a orientação sexual transmitida por seus pais. Segundo notamos ao longo das entrevistas, isto ocorre porque a orientação se dá de forma indireta. Desse modo, na compreensão das adolescentes, os pais não abordam esses assuntos em suas casas.

Mesmo quando existe orientação, em alguns casos, é feita como alerta às meninas contra a gravidez. Portanto, as orientações parentais não são dirigidas diretamente às questões específicas daquela adolescente. São orientações gerais, impessoais, difusas e muitas vezes decorrentes do desconhecimento dos pais em relação aos assuntos, ou do constrangimento em abordar estes temas com suas filhas.

Quando eu assisto televisão, aí ela fala: Se a cabeça não pensa, quem paga é a barriga, né? E eu falo: É mãe, é sim. Ela joga algumas indiretas para mim, mas tocar mesmo no assunto, ela não toca não (Margarida).

...Ela falava pra mim que eu era muito nova pra transar. Que se eu fosse..., mesmo eu sendo nova, se eu quisesse transar era bom usar camisinha sempre pra não arrumar filho e não estragar minha vida. Ia falando. Me dava um monte de conselho (Rosa).

Nas orientações dos pais às meninas, o estudo é colocado como prioridade em relação ao namoro e os dois campos da vida são apontados até como coisas inconciliáveis. De acordo com todas as orientações parentais, primeiro elas devem estudar para depois namorarem.

*...Ela acha que é melhor os estudos, porque depois a gente se arrepende. Depois que pára. Ela diz que se arrependeu de ter parado. Aí ela me apóia para eu continuar (Tulipa).*

*... Era melhor estudar bastante para depois que a gente crescer e pensar em namorar depois que tivesse um serviço. Ele não quer que a gente namore cedo, não (Orquídea).*

Ao nascer, o deficiente visual se encontra inserido num sistema de relações e de significações sociais o qual será o alicerce, o lugar onde organizará e se estruturará sua própria identidade. Nessa perspectiva histórico-cultural, a família tende a imprimir, geralmente, aos portadores de deficiência visual a idéia de que são incapazes, inábeis, inseguros e assim vão sendo “educados” para serem indefesos, dependentes e até considerados por alguns como assexuados e desinteressantes (BRUNS, 2000).

Essas contingências, em geral, impedem o deficiente de se desenvolver e de vir a estabelecer consigo próprio e com o outro uma relação que lhe possibilite expressar-se como um ser sexuado. Conseqüentemente, há até um ocultamento do desejo e o prazer e o erótico ficam como vivências a serem experienciadas somente pelos ditos “normais”. Poderemos constatar isso nas falas da categoria exibida a seguir.

### 4.1.3 A vida afetivo-sexual

Esta parte da entrevista teve como objetivo conhecer a opinião das adolescentes sobre diversos assuntos relacionados à sua vida afetiva e à forma como lidam com estes sentimentos. Portanto, suas opiniões e experiências quanto ao “ficar”, ao namoro, ao sexo e ao amor são descritos e analisados a seguir.

Nenhuma das adolescentes entrevistadas vivenciou a prática de “ficar”, porém todas definiram essa prática e a diferenciaram do namoro. O tempo de duração do relacionamento, o “gostar”, o nível de compromisso e seriedade, assim como a confiança e a sinceridade, definem o limite entre o ficar e o namorar.

...Ficar é só ... você fica um dia e não conhece a pessoa, não tem compromisso de nada, você pode ficar só por umas horas ou pode só dar beijo e tchau, agora eu não penso em fazer isso, só quando terminar meus estudos (Tulipa).

Namorar é quando é uma coisa séria, com compromisso, que tem intimidade [...] namorado sério assim mesmo, de levar em casa, de conhecer os pais, mas eu não sei se um dia eu vou namorar com alguém [...] (Rosa).

Namorar é quando gosta do menino, ficar é por um dia, mas eu tenho que amadurecer mais essa idéia em mim, ainda sou muito nova pra fazer essas coisas (Orquídea).

Na passagem da infância para a idade adulta um dos aspectos peculiares é a maturação fisiológica, a aquisição da capacidade de procriar, ou gerar filhos, que meninos e meninas adquirem com a primeira ejaculação e a menarca, respectivamente. Com isso, o enamorar-se é, em geral, uma decorrência freqüente. Quando se trata da adolescente com deficiência visual, no entanto, como se pode

verificar pelas unidades de significado, apreendidas em suas falas, o namoro não está ocorrendo de fato.

De acordo com Foreman (1989), o jovem deficiente visual adquire mais tardiamente a identidade social, em razão da superproteção e/ou rejeição por parte da família e da sociedade. Embora na vivência concreta destas jovens não ocorram namoros, porque se sentem imaturas ou inexperientes, as adolescentes demonstram o desejo (mesmo de forma idealizada) de que estas vivências se realizem de fato.

Como mostram as falas, as adolescentes fazem clara distinção entre ficar e namorar. Ficar está associado a um momento apenas, sem compromisso ou criação de vínculo. Já namorar reflete um envolvimento maior, um compromisso, torna-se algo mais *sério*, associado à fidelidade e intimidade.

Uma das entrevistadas demonstrou tendência à negação quando abordamos o tema namoro/ficar, como exposto na sua fala.

Namorado, nunca! Nem quero ter, nem nunca fiquei, nem vou ficar com ninguém [...] (Violeta).

Essa posição pode justificar-se pelo fato de que o adolescente portador de deficiência visual, impossibilitado de se engajar nos padrões estéticos preconizados pela sociedade, passa a agir como o estereótipo que carrega, ou seja, como um ser assexuado e sem desejo, respaldando com isso as expectativas dos demais a seu respeito (BRUNS, 1999).

Conforme algumas jovens relataram, preferem ficar a namorar, pois esta prática permite maior liberdade.

...Porque é menos sério que namorar. Namorar, sei lá. Ficar, tu pode, se não estiver gostando do garoto, aí se estiver gostando pode começar a

namorar com ele. Mas se não estiver gostando pode terminar, entendeu. Aí quando eu começar a me relacionar eu vou achar melhor ficar por causa disso. Porque não prende muito (Tulipa).

Para as meninas, no entanto, a prática do ficar pode envolver certo risco moral: o risco de ficar falada. Este comportamento quando perdura ou é frequente, é reprovável, segundo a visão de seus pais:

Acha ridículo esse negócio de ficar, às vezes ela até brigava com esse negócio de ficar, esses jovens só estão ficando (Violeta).

O amor é um sentimento valorizado por todos os adolescentes entrevistados e considerado fundamental para unir um casal. Para a maioria das meninas o amor é um sentimento ambivalente, tem um lado bom e outro ruim.

Não penso muito sobre amor, não. Acho uma ilusão. Já amei um rapaz e por isso mesmo penso assim... Eu gostava muito dele, mas ele não correspondia. Não quero nunca mais amar ninguém... (Rosa).

...Amor pra mim, é... tudo de bom, tem seu lado ruim também (Margarida).

Na relação entre amor e sexo, algumas adolescentes entrevistadas percebem que o amor pode existir sem sexo e que o sexo pode existir sem amor. No entanto, não é esta sua preferência:

Aí eu não sei dizer. Sinceramente... Acho se gosta da pessoa, mas não faz sexo, tem a hora que você vai fazer sexo com essa pessoa. Você namorou o menino mais de um ano e já tem que fazer sexo, eu não acho que seja assim. Na hora que os dois estiverem prontos, aí vai acontecer. E não com pressa demais (Orquídea).



Na opinião de todas elas, este sentimento deve estar associado ao sexo ou torna o sexo melhor, embora nenhuma das entrevistadas tenha ainda vida sexual.

Acho que para fazer o sexo uma pessoa tem que gostar da outra. Acho que é só isso só. Senão não fica a mesma coisa. Eu ouço falar por aí que fazendo sexo com uma pessoa que você não gosta é diferente de fazer com uma pessoa que você gosta. Eu acho isso também (Tulipa).

## **4.2 A adolescência e a sexualidade**

Após as entrevistas relatadas anteriormente, a segunda parte do estudo constou de encontros nos quais conversamos sobre as modificações que ocorreram e estão ocorrendo no corpo das adolescentes e sobre os seus conhecimentos acerca da contracepção e das doenças sexualmente transmissíveis. Esses momentos foram de bastante riqueza e cumplicidade, pois nossa intimidade e proximidade com cada uma delas, nos permitiram chegar a esse ponto do estudo com liberdade e confiança por parte das adolescentes em relação a nós.

### **4.2.1 Conversando sobre as transformações do corpo**

Em relação às alterações morfofisiológicas decorrentes da adolescência, as jovens deficientes visuais apontaram diversas modificações em processamento nos seus corpos, segundo demonstram os seguintes depoimentos.

Eu comecei a criar seio, porque eu não tinha, comecei a ficar menstruada (Orquídea).

Eu estou começando a criar espinhas, percebo pêlos em alguns cantos que antes não tinha, meus seios aumentaram (Margarida).

Na passagem da infância para a idade adulta, um dos aspectos peculiares é a maturação fisiológica. Nesse momento do ciclo vital, o hipotálamo passa a estimular a hipófise para a produção de hormônios do crescimento e amadurecimento, fazendo com que ocorra o desenvolvimento das características sexuais secundárias (FERRIANI, 2001).

Apesar de não poderem enxergar as mudanças em seus corpos, as adolescentes com deficiência visual percebem que estão crescendo e que seu corpo se modifica. Notam estruturas antes inexistentes, como os seios e os pêlos. Esse fato é compreensível, pois as modificações biológicas características desse processo propiciam a experiência de uma série de eventos psicológicos que culminam na denominada aquisição de identidade sexual (BRÊTAS; SILVA, 2002). Além disso, ouvem comentários de outras pessoas e se dão conta de mudanças no comportamento dos outros em relação a eles, como mostra a seguinte fala.

...Eu percebi que o meu corpo começou a desenvolver mais, quando vi que os meninos se importavam mais com isso, com bunda, peito, coxa... Assim... (Rosa).

As percepções das adolescentes sobre o corpo eram, na maioria, de tabu e de repulsão. Até suas próprias secreções eram consideradas como algo sujo. Em relação à menstruação as adolescentes relataram:

... A menstruação é um sangue sujo porque limpa por dentro (Tulipa).

...Não sei, quando menstruei pela primeira vez senti nojo, agora estou acostumada (Orquídea).

...A menstruação é o sangue que sai, é... Você sabe... Sai daquele local e isso acontece porque não tem um bebê lá (Violeta).

Como evidenciam as falas, as adolescentes demonstraram pouco conhecimento acerca da fisiologia da menstruação e seu papel no ciclo reprodutivo. Sabem que é algo que faz parte do desenvolvimento feminino e, portanto, só acontece com as mulheres. Uma das entrevistadas associa com sangue/sangramento e refere ser algo *nojento*, sugerindo desagrado quando menciona esse sangramento. Elas têm vaga idéia sobre a finalidade da menstruação.

Apesar das adolescentes participantes do estudo já terem menstruado, algumas revelaram que não souberam como proceder da primeira vez que isso lhes aconteceu.

...Eu só falei, assim – Fiquei menstruada –, apesar de eu pensar: ai, meu Deus, e agora? (Tulipa).

Esse depoimento ressalta a falta de informações das jovens e o despreparo para lidarem com situações típicas dessa fase, como a menstruação.

Ao discutirmos o assunto e mencionarmos o termo espermatozóide e seu significado, as adolescentes apresentaram as seguintes opiniões.

...Eu penso que espermatozóide é uma espécie de hormônio, eu acho que o homem produz, a função seria pra relação dos dois, se junta no útero, que é o hormônio da mulher, e assim cria a célula que dá a vida (Rosa).

Ah, eu não sei muito bem, é do homem... Serve pra fecundação, uma coisa assim (Margarida).

A maioria das adolescentes demonstrou saber que os espermatozoides estão associados ao sexo masculino, porém houve muita confusão em responder o que são (células, hormônios) e qual a sua função. Isso evidencia seu pouco

conhecimento no referente à fisiologia da reprodução, principalmente tratando-se do corpo do outro.

O corpo do outro, para o portador de deficiência visual, é um mistério muitas vezes só desvendado com a experiência sexual, principalmente para os que não têm irmãos do sexo oposto, pois, até tocar em alguém do outro sexo, o deficiente visual não tem a real idéia de como ele se configura (LEBEDEFF, 1994).

Na adolescência, o corpo sofre profundas e rápidas transformações. A partir desse fato biológico, as modificações escapam ao controle do adolescente, e não só exigem a reconstrução da sua auto-imagem, como também influenciam, sobremaneira, na construção de sua identidade, ou seja, o conhecimento de si mesmo e o conhecimento do corpo do outro (MANDU; CORRÊA, 2000). Do ponto de vista de adolescente portador de deficiência visual, acredita-se que a nova forma de se perceber sofre influência externa. Conforme podemos perceber, existe muita desinformação das adolescentes desse estudo sobre a função do seu corpo e do corpo do outro, como pode ser visualizado no depoimento de uma delas.

Espermatozóide é aquele que se encontra no óvulo [...] parece que serve para impedir a gravidez (Orquídea).

Portanto, a adolescente possui uma idéia totalmente errada sobre o que seja espermatozóide e tenta reunir as informações a fim de formar sua opinião sobre o tema.

#### 4.2.2 Conversando sobre contracepção e doenças sexualmente transmissíveis (DSTs)

Nessa temática, em relação aos métodos anticoncepcionais, buscamos identificar se as adolescentes sabiam conceituar tais métodos, dizer os tipos existentes e investigamos em relação ao manuseio dos métodos. Quanto às doenças sexualmente transmissíveis tentamos identificar, também, se elas sabiam conceituar tais doenças, dizer os tipos existentes e as formas de contágio.

As adolescentes entrevistadas manifestaram-se como apresentado a seguir.

Os anticoncepcionais são medicamentos para prevenir a gravidez, pra ter menos chance de engravidar (Tulipa).

São pílulas para evitar que a mulher engravide (Violeta).

São uns comprimidos pequenos que servem para evitar que a mulher fique grávida e tem outro tipo que as mulheres tomam para não menstruar mais (Margarida).

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 com uma ação de Saúde Pública na Declaração de Alma Ata em 1979 (CORREA, 1994).

De acordo com a mesma fonte, 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. Segundo ressalta o relatório final deste evento, o sucesso dos serviços de

planejamento familiar depende da informação e o princípio da livre escolha e informada, de ter ou não ter filhos, é essencial para o sucesso a longo prazo dos programas de planejamento familiar.

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

Contudo, mormente todos os reconhecimentos da importância do planejamento familiar para a sociedade, esse direito ainda é negado a uma grande parcela da população. Tem sido negado o acesso não apenas aos métodos contraceptivos, ocasionado pela carência destes serviços, como também ao aconselhamento em planejamento familiar. Este momento é decisivo para a ação educativa, quando o profissional de saúde orienta sobre as opções existentes para a adolescente 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.

Por contracepção entende-se a liberdade de escolha dos métodos contraceptivos a partir da informação das características de cada método, permitindo que a pessoa 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 pessoa (SOUSA, 2002).

Consoante mostra o dia-a-dia, a assistência à pessoa que deseja a contracepção tem sido dificultada. Essa dificuldade advém de muitos fatores, entre eles, a política governamental, que inviabiliza o acesso das pessoas aos métodos contraceptivos, e a deficiência dos serviços de saúde reprodutiva. Estes serviços,

por não disporem de um amplo número de métodos contraceptivos, sentem-se desobrigados de fornecer informações sobre todos os métodos, e assim se restringem aos disponíveis em suas farmácias.

Como agravante desta realidade, ainda podemos citar a influência da Igreja Católica, que restringe sua aceitação da contracepção ao uso dos métodos comportamentais e à amamentação. Para Ellis e 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. Desse modo, este assunto, pela sua natureza polêmica, passa a ser ignorado ou tratado com tabus, dificultando uma discussão aberta na sociedade.

Sobre este assunto, na opinião de Figueró (1999) 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.

Embora saibam que os métodos anticoncepcionais existem e até citem nomes, as entrevistas revelaram que as adolescentes nunca haviam manuseado esses métodos e desconhecem a maneira adequada de usá-los, conforme demonstram suas falas.

...Camisinha eu já peguei uma, uma vez, mas fechada, não sei bem como é (Orquídea).

...Eu assisti uma vez uma palestra, alguém lá na frente mostrou, no meu caso, não adiantou muito (Tulipa).

A camisinha, camisa-de-vênus ou condom é um preservativo, de látex, derivado da seiva da seringueira concentrada e estabilizada, podendo vir ou não com lubrificante. Quando a camisinha é usada de forma correta, ultrapassa os 85% de eficácia. Existe no Brasil a camisinha importada, feita de tripa de carneiro. São

mais raras, mas permitem maior sensibilidade porque a pele é melhor condutora de calor do que o látex (TAYLOR, 1997).

Conforme mostra a história do preservativo masculino, na tentativa de evitar uma gravidez indesejada ou doenças sexualmente transmissíveis, a humanidade inventou fórmulas tão estranhas quanto gengibre e suco do fumo ou excrementos de crocodilo, que possuem pH alcalino, assim como os espermicidas modernos (TERRA, 2003).

Na Ásia, por exemplo, usava-se um envoltório de papel de seda untado com óleo. No antigo Egito já usavam ancestrais de camisinhas, não como contraceptivos, mas como proteção contra picadas de insetos (durante as caçadas). Elas eram feitas de tecido ou outros materiais porosos, pouco eficazes como métodos contraceptivos (GORDON, 2002).

De acordo com a mesma fonte, durante a Idade Média, com a disseminação de doenças venéreas na Europa, fazia-se necessária a invenção de um método mais eficaz. Em 1564, o anatomista e cirurgião Gabrielle Fallopio confeccionou um forro de linho do tamanho do pênis e embebido em ervas. Mais adiante, estes preservativos passaram a ser embebidos em soluções químicas (pretensamente espermicidas) e depois secados.

No século XVII a camisinha ganhou um “toque de classe”. O Dr. Quondam, alarmado com o número de filhos ilegítimos do rei Carlos II da Inglaterra (1630-1685), criou um protetor feito com tripa de animais. O ajuste da extremidade aberta era feito com um laço, o que, obviamente, não era cômodo, mas o dispositivo fez tanto sucesso que há quem diga que o nome em inglês (condom) seria uma homenagem ao médico. Outros registros indicam que o nome parece vir mesmo do latim *condus* (receptáculo). A camisinha feita de tripa foi usada até 1839, quando Charles Goodyear descobriu o processo de vulcanização da borracha, fazendo-a flexível à temperatura ambiente. Nesta época, os preservativos de borracha eram grossos e caros e, por isso, lavados e reutilizados diversas vezes. As camisinhas de



látex só surgiram em 1880 e evoluíram à medida que novos materiais foram desenvolvidos, adicionando novas formas, melhorando a confiabilidade e durabilidade (GORDON, 2002).

Consoante sabemos, a camisinha masculina apresenta inúmeras vantagens como, por exemplo, previne contra as doenças sexualmente transmissíveis e AIDS; não interfere no ciclo menstrual; permite ao homem dividir com a mulher a responsabilidade da contracepção; é distribuída gratuitamente em unidades básicas de saúde e por algumas ONGS e, geralmente, não provoca efeitos colaterais na mulher e no homem. O único efeito colateral desse método seria alergia ou irritação, mas pode ser reduzida trocando-se a marca e tipo, e com uso de lubrificante à base de água.

Somando-se, pois, todas as vantagens e tendo alguns cuidados, como observar a data de fabricação, se a embalagem não foi danificada, não abrir o preservativo de forma a danificá-lo (com os dentes, tesouras), tem-se, comprovadamente, o único método mecânico que previne, não somente as doenças sexualmente transmissíveis como a AIDS, como a gravidez indesejada e não planejada.

Segundo Persona, Shimo e Tarallo (2004), uma gravidez indesejada pode ser o resultado de desconhecimento ou uso inadequado dos métodos contraceptivos, utilização de métodos de baixa eficiência, ignorância da fisiologia da reprodução e das conseqüências das relações sexuais, entre outros fatores.

De modo geral, a cultura sexual de massa é quase restrita a estímulos visuais. Em muitos países e, principalmente no Brasil, faltam programas de educação sexual adaptados ao deficiente visual. Como esses indivíduos não podem aprender por imitação visual, o ideal seria que todos os movimentos lhes fossem demonstrados e com eles juntamente realizados. Dessa forma, seria possível explorar os sentidos remanescentes do deficiente visual, tato e audição, com vistas a contribuir para o melhor entendimento das informações (LEBEDEFF, 1994).

Diante das necessidades especiais dos deficientes visuais e da importância da educação em saúde para um planejamento familiar consciente entre casais, como mencionamos, o Projeto Saúde Ocular criou materiais educativos auto-instrucionais sobre métodos de planejamento familiar de barreira e DIU para deficientes visuais, assim como material tátil com desenhos em altorelevo da hemipelve feminina na tentativa de demonstrar com maior clareza cada órgão interno feminino. Os deficientes tiveram também a oportunidade de conhecer o aparelho reprodutor masculino através do tateamento de um protótipo peniano no qual puderam ser identificados o orifício uretral, a glândula, o saco escrotal e o pênis. Tal material, porém, não está disponível nas escolas que recebem alunos deficientes visuais, como destacamos em falas anteriores das adolescentes.

Em relação às **doenças sexualmente transmissíveis**, as participantes se manifestaram com os depoimentos seguintes:

São doenças que passam através do sexo, sexo sem camisinha (Rosa).

É o vírus da AIDS, né, é o HIV [...] (Margarida).

As doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), consideradas os agravos à saúde mais comuns em ginecologia, têm alta morbidade e podem resultar em infertilidade, doenças neonatais e infantis, gravidez ectópica, câncer ano-genital e morte (BRASIL, 1999b).

Atualmente, observam-se significativos avanços no diagnóstico e tratamento das DSTs. Contudo, o aumento da sua incidência é uma realidade e 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 (PHILIPPI; MALAVASSI; ARONE, 1994).

Nas palavras de Sousa (2002), a magnitude deste problema está associada ao fato de que o aparecimento de uma DST pode influir no aparecimento de outras doenças, incluindo aí a mais temida delas – a AIDS – , além das graves complicações decorrentes de DSTs não tratadas: altos custos de assistência à saúde e as graves conseqüências sociais associadas.

Como o próprio nome sugere, seu principal meio de transmissão é a relação sexual. Há, porém, outros meios, como transfusão sanguínea, uso de material injetável contaminado e transmissão vertical da gestante para o feto.

Apesar de demonstrarem certo conhecimento acerca das DSTs, algumas adolescentes ainda fazem confusão quanto às formas de contágio, como mostram as falas.

...Não pode beber no mesmo copo que a outra pessoa bebeu, não pode usar a mesma seringa da outra pessoa, aí pega doença (Margarida).

...Essas doenças, nós pegamos quando a pessoa usa o mesmo tipo de escova de dente, usa os mesmos objetos, daí é assim que acontece (Violeta).

Consoante percebemos, as adolescentes deficientes visuais demonstram desconhecimento e informações errôneas em relação às formas de contágio das doenças sexualmente transmissíveis. Segundo elas, a única fonte de informação que possuem a esse respeito são as amigas da escola ou que moram próximas à sua residência. Todavia, pelas falas das entrevistadas, nem sempre essas informações são corretas. Isso se agrava ainda mais devido à carência de materiais informativos relacionados a essa área, adaptados aos deficientes visuais. Tais carências dificultam-lhes o acesso a informações precisas e os deixam à margem quanto a orientações sobre as DSTs.

A orientação para prevenção das DSTs tem recebido o nome específico de aconselhamento e apresenta peculiaridades próprias, pois sua forma de transmissão envolve práticas muito íntimas, carregadas de simbolismos particulares, social e culturalmente determinados (BRASIL, 1999c).

Como sugerido pela abordagem atual, o manejo das DSTs deve seguir a investigação pelo método chamado de *abordagem sindrômica* para DST. Este método identifica as síndromes mais comuns por meio 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.

Entre as síndromes mais comuns sobressaem: *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).

No caso da educação em saúde, principalmente sexualidade, a literatura em braile é escassa. De modo geral, os recursos disponíveis destinam-se a pessoas videntes e as informações são transmitidas de forma bastante superficial. Portanto, não atendem adequadamente às necessidades de um deficiente visual (PAGLIUCA; RODRIGUES, 1998).

Ao discutir educação para a saúde, Costa e Lopez (1996), a definem como um processo planejado e sistemático de comunicação e de ensino-aprendizagem orientado a facilitar a aquisição, escolha e manutenção das práticas saudáveis e dificultar as práticas de risco.

Apesar das limitações, os problemas que atingem os adolescentes, como gestação indesejada, aborto, doenças sexualmente transmissíveis, HIV/AIDS, são

alvo de preocupação entre formuladores de políticas, pais e educadores de modo geral. Mas o preparo dos jovens para o exercício saudável da sexualidade requer intervenção planejada por parte dos profissionais da saúde e da educação, fundamentadas em uma concepção de adolescência, sexualidade, educação sexual de modo a atender à integralidade humana. Nesta, a sexualidade deve ser compreendida como uma das expressões que envolvem afetos, sentidos, desejos, comunicação e criação.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na nossa opinião, as entrevistas permitiram examinar diferentes aspectos da vida das jovens deficientes visuais entrevistadas, não somente aqueles ligados à sexualidade e às relações afetivo-sexuais. Entre estes aspectos estão os planos para a escolaridade e futuro profissional e as orientações de seus pais em relação a algumas áreas de suas vidas.

No referenet à vida escolar, algumas apontaram que pretendiam, a princípio, concluir o ensino fundamental ou, no máximo, o ensino médio mas, devido à percepção da crise de empregos e associação desta ao nível de escolaridade e capacitação do deficiente, mudaram seus planos e passaram a desejar estudar até o término do ensino médio ou do ensino superior. Ao abordarmos a temática da sexualidade na escola, constatamos total inexistência de debates, diálogos, esclarecimentos e material didático acessível.

Em relação à vida familiar, como pudemos observar, contrariando o critério tradicional que definia o líder da família, como o ser provedor material, foi possível perceber que este não é o único fator para estas jovens. Conforme mostraram as falas, os líderes das suas famílias podem ser também aquelas pessoas com quem elas têm laços de cosangüinidade, que mandam ou determinam tarefas ou que proporcionam orientação e apoio aos demais.

Quanto às orientações parentais para a vida afetivo-sexual destas adolescentes, apenas uma delas as mencionou. Tais orientações, porém, consistiram em advertências difusas sobre os riscos que a vida sexual pode trazer. Conforme mostram as falas, o silêncio sobre as questões sexuais ainda dá a tônica das orientações às meninas. No contexto da família ficou evidente a falta de diálogo entre as entrevistadas e os seus pais, principalmente, sendo as curiosidades e dúvidas supridas, muitas vezes, com amigas. Entre os familiares, a conversa limita-

se às irmãs. Tal falha na comunicação contribui para que as adolescentes procurem informações em outros meios.

Apesar da limitação sensorial do deficiente visual, a televisão foi citada em uma das falas selecionadas como meio de aprendizado e, diante dessa atitude, constatamos a capacidade de adaptação do deficiente visual: mesmo impossibilitado de ver imagens sobre a temática, é capaz de absorver e apreender os conteúdos das mensagens. Isto confirma que o processo de comunicação envolve uma percepção seletiva de interpretação de conteúdo. As pessoas percebem, absorvem e lembram o conteúdo de diversas maneiras.

Quando os pais são superprotetores, a transição da infância para a adolescência torna-se mais difícil, ou mais lenta. Preocupados com a possibilidade de gravidez, com doenças sexualmente transmissíveis, e receosos de que sua filha seja rejeitada e explorada, os pais com frequência acabam por reprimi-las. Além disso, bloqueados por seus temores, deixam os diálogos e os esclarecimentos apenas para a escola e os meios de comunicação. Assim, omitem-se desse processo.

A nosso ver, as instituições, tais como a família e a escola, precisam participar mais ativamente da vida da adolescente deficiente visual com vistas a instrumentalizá-la para a vida sexual. A adolescente com deficiência visual procura atuar de forma similar à sua amiga que vê: quer descobrir o mundo, conhecer pessoas, namorar. Mas a ausência da visão cria barreiras, pois interfere em seu senso de integridade física e em sua imagem corporal de pessoa sexualmente aceitável, bem como em sua capacidade de escolha do parceiro. Dessa forma, é necessário que a família e a escola estejam cientes das dificuldades vivenciadas pela adolescente deficiente visual e criem estratégias para ajudá-la de maneira eficaz.

Em relação à vida afetivo-sexual, as adolescentes deficientes visuais apresentam as mesmas características de desenvolvimento da sexualidade das

demais pessoas, embora possuam características próprias, pois aproximadamente 80% das informações perceptivas ocorrem pela visão. Entretanto, a falta da visão não diminui o interesse sexual, apenas faz com que a curiosidade das deficientes visuais sobre esse assunto torne-se diferenciada: elas querem conhecer seus corpos e seu funcionamento.

Como todos as adolescentes, as jovens que não vêem também buscam definir sua identidade e seu lugar na sociedade. Além disso, querem descobrir sua própria sexualidade e encontrar meios adequados para expressar seus impulsos sexuais e vivenciar relacionamentos afetivos.

Ao abordarmos métodos contraceptivos e DSTs, constatamos o desconhecimento das adolescentes sobre as temáticas. Elas possuem apenas informações superficiais. Entretanto, para se gerar uma cultura de prevenção e combate às DSTs/AIDS é relevante se divulgar conhecimento acerca desta realidade: tipos, fatores de risco, sinais e sintomas, maneiras de prevenção. Consoante enfatizamos, entre a população menos favorecida de educação e informações há maior vulnerabilidade para acometimentos na saúde em geral, inclusive a sexual, e o deficiente visual poderia se enquadrar nessa população, pois está de certo modo em desvantagem em relação aos meios de comunicação e materiais educativos para DSTs/AIDS. Enfrenta, também, fatores como preconceitos e estigma. Deste modo, deve demandar mais cuidado no referente à saúde sexual por parte dos serviços de saúde para que a difusão de conhecimento chegue a todos.

Na nossa opinião, a adolescência, uma fase plena de descobertas e transformações, pode ser vivida com intensidade pelo portador de deficiência visual, do ponto de vista afetivo e sexual. E a sexualidade, como parte da natureza humana, contribui para inseri-lo no mundo.

Pudemos concluir também que os profissionais de saúde, principalmente enfermeiros, estão despreparados para tratar as questões de saúde junto ao



portador de deficiência. Talvez por isso seja tão difícil a abordagem de questões como a sexualidade do deficiente visual. Isto explica, de certa forma, o fato de se pesquisar e escrever pouco sobre o assunto.

Identificar as percepções das adolescentes com deficiência visual acerca de sua sexualidade foi gratificante e ensejou verificar que carecem de informações e conhecimentos em relação a diversas questões que envolvem a sexualidade.

Ademais, a experiência junto às adolescentes permitiu um convívio rico em trocas e momentos de prazer, em conhecimentos raramente propiciados pela academia e também estimulou mais a assunção do papel como provedor de saúde e educador.

Conforme acreditamos, o objetivo foi alcançado com êxito, pois embora a maioria das entrevistadas tenha alguma informação sobre as questões abordadas, tais como menstruação, doenças sexualmente transmissíveis e anticoncepção, nem sempre essas informações estão corretas, muitas vezes elas se resumem a idéias vagas, confusas. Podemos associar esse fato a falhas nos meios de divulgação das informações.

Consoante comentamos, as informações divulgadas pelos meios de comunicação como televisão, jornais, revistas, cartazes e *folders*, distribuídos em diversos locais, não atingem de maneira eficaz o portador de deficiência visual. Faltam em nosso meio programas de educação sexual adaptados ao deficiente visual, com informações escritas em braile e que privilegiem os demais sentidos. Devemos advertir: a visão não é o único meio para divulgar e apreender informações.

Ao longo das entrevistas, as adolescentes revelaram suas dúvidas. Tentamos esclarecê-las e, ao mesmo tempo, lhes fornecemos informações adicionais sobre os diversos assuntos abordados. Esse momento constituiu-se, na nossa percepção, como uma das ações educativas pertinentes ao profissional enfermeiro. Nesse caso,

recorremos à orientação individual verbal, mas poderiam ter sido usadas várias outras ações, como oficinas, jogos, dinâmicas.

Ao refletirmos sobre nossa pesquisa, podemos afirmar que ela não encerra a percepção acerca da sexualidade do deficiente visual, mas aponta para a necessidade de futuras pesquisas sobre o assunto. Um estudo de caráter longitudinal, acompanhando adolescentes deficientes visuais que tenham sido orientados/educados por meio de uma metodologia de educação em saúde, adequada às suas necessidades, seria um dos caminhos de se verificar a eficácia das ações educativas no desenvolvimento de sua sexualidade. Por exemplo, ao término de um período, poder-se-ia observar e mensurar quantos contraíram alguma DST, quantos fizeram uso de contracepção ou tiveram filhos, entre outras situações.

A educação para a saúde não é uma hipótese abstrata. É uma realidade que responde às necessidades de saúde e à possibilidade objetiva de adquirir comportamentos positivos. Conforme acreditamos, todas as pessoas, independente de serem portadoras de necessidades especiais e, nesse caso, os deficientes visuais, devem poder ter suas próprias decisões e conhecimentos sobre sua saúde. Devem, também, ter o direito à vivência sexual, baseada na informação e na responsabilidade. Desse modo, poderão exercer seus direitos e deveres para o pleno exercício de sua cidadania.

## 6 REFERÊNCIAS

ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência normal**. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

ALBUQUERQUE, Raquel Costa; ALVES, João Guilherme Bezerra. Afecções oculares prevalentes em crianças de baixa renda atendidas em um serviço oftalmológico na cidade do Recife - PE, Brasil. **Arq. Bras. Oftalmol.**, São Paulo, v. 66, n. 6, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S000427492003000700017&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000427492003000700017&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 06 Fev 2007.

ANGHER, J. A (Org.). **Mini Vade Mecum de Direito**. São Paulo: Rideel, 2005.

AYRES, J. R. C. M.; CALAZANS, G. J.; FRANÇA JR. I. Vulnerabilidade do adolescente ao HIV/Aids. In: VIEIRA, E. M.; FERNANDES, M. E. L.; BAILEY, P.; MCKAY, A. (Orgs.). **Seminário gravidez na adolescência**. São Paulo: Associação Saúde da Família/Family Health International, 1998. p 97 – 109.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BARNETT, B. La planificación familiar reduce le mortalidad. **Network in Español**, New York, v.9, n.2, p. 4-12, 1994.

BEZERRA, C. P.; PAGLIUCA, L. M. F. O adolescente deficiente visual na escola. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v.30, n. 4, dez. 2006.

BEMFAM. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil. **Brasil**: pesquisa nacional sobre demografia e saúde. Rio de Janeiro, 1997.

BERNARDI, M. **A Deseducação sexual**. São Paulo: Summus, 1985.

BOLONHINI JUNIOR, R. **Portadores de necessidades especiais** – as principais prerrogativas dos portadores de necessidades especiais e a legislação brasileira. São Paulo: Arx, 2004.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria dos Direitos da Cidadania. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. **Normas e recomendações internacionais sobre a deficiência**. Brasília: CORDE, 1997.

BRASIL. Ministério da saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **Sexualidade, DST, Aids e uso indevido de drogas: diretrizes para o trabalho com crianças e adolescentes**. Brasília, 1999a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS, **Treinamento para o manejo de casos de doenças sexualmente transmissíveis**, Brasília, 1999b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS, **Aconselhamento em DST, HIV e AIDS: diretrizes e procedimentos básicos**, Brasília, 1999c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisas em DST/Aids**. 2002. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>. Acesso em: 10 mar. 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa**. Brasília: Ministério da Saúde. 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **Políticas e diretrizes para prevenção de DST/Aids entre mulheres**. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Informações em saúde**. 2005. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br> Acesso em: 08 ago 2006.

BRÊTAS, J.R.S.; SILVA, C.V. Interesse de escolares e adolescentes sobre corpo e sexualidade. **Rev Bras Enfermagem**, v.55, n. 55, p. 528-34, set.out. 2002.

BRUNS, M. A. T. ; SALZEDAS, P. L. . Adolescer: A vivência de portadores de deficiência visual. **Revista Benjamin Constant**, v.5, n. 12, p. 6-16, 1999.

BRUNS, M.A.T. Deficiência visual e educação sexual: a trajetória dos preconceitos - ontem e hoje. **Revista Benjamin Constant**, v.6, n. 17, p. 24-30, 2000.

BRUNS, M. A. T. Relação afetivo-sexual de pessoas videntes com pessoas portadoras de deficiência visual. **Revista Benjamin Constant**, Rio de Janeiro, v. 17, p. 10-20, 2001.

BUCHALLA, C. M.; CARVALHO, M. H. M.; FERNANDES, M. E. L.; VIEIRA, E. M.; ÂNGELO, A. V. D.; PINOTTI, J. A. Aceitabilidade do preservativo feminino entre mulheres atendidas no Centro de Referência da Saúde da mulher e de nutrição, alimentação e desenvolvimento infantil, São Paulo, 1996. **Revista de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v.9, n.1, p. 12-18, 1998.

CABRAL, C. S. Contracepção e gravidez na adolescência na perspectiva de jovens pais de uma comunidade favelada do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, p. 283-92, 2003. Suplemento 2.

CANELLA, P. R. B. Adolescência e doenças sexualmente transmissíveis. In: VITIELLO, N.; CONCEIÇÃO, I. S. C.; CANELLA, P. R. B.; CAVALCANTI, R. C. (Org.). **Adolescência hoje**. São Paulo: Roca, 1988. p 123-134.

CARRET, M. L. V.; FASSA, A. G.; SILVEIRA, D.S.; BERTOLDI, A. D.; HALLAL, P. C. Sintomas de doenças sexualmente transmissíveis em adultos: prevalência e fatores de risco. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n.1, p 76-84, 2004.

CATES JR., W.; STEINER, M. J. **Dual protection against unintended pregnancy and sexually transmitted infections**. Research Triangle Park: Family Health International, 2001.

CAVALCANTI, R. C. Adolescência. In: VITIELLO, N.; CONCEIÇÃO, I. S. C.; CANELLA, P. R. B.; CAVALCANTI, R. C. (org). **Adolescência hoje**. São Paulo, Roca, 1988. p. 5-27.

CAVASIN, S.; ARRUDA, S. Educação sexual e comunicação para adolescentes. In: VIEIRA, E. M.; FERNANDES, M. E. L.; BAILEY, P.; MCKAY, A. (Orgs.). **Seminário gravidez na adolescência**. São Paulo: Associação Saúde da Família/ Family Health International, 1998. p. 110-118.

CORREA, S. Planejamento familiar. In: Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, 1994. **Relatório**. Cairo: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento, 1994. p. 43-46.

CORRÊA, H. **A fecundidade na adolescência**: a interpretação de um problema ou um problema de interpretação? 2004. 146f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Ciências Estatísticas, Rio de Janeiro, 2004.

COSTA, M.; LÓPEZ, E. **Educación para la salud**: uma estratégia para cambiar los estilos de vida. Madrid: Ediciones Pirâmide, 1996.

CURY, Munir. Estatuto da Criança e do Adolescente. 2. ed. São Paulo : **Revista dos Tribunais**, 2000. 552p. ISBN 85-203-1812-6.

DIAMANTINO, E.M.V. et al. Aspectos básicos da sexualidade humana na parte clínica. Parte I. **Femina**, v. 21, n. 10, p. 1016-29, 1993.

ELLIS, J. R.; HARTLEY, C. L. **Enfermagem contemporânea**: desafios, questões e tendências. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 1998.

FERRIANI, M.G.C.; SANTOS, G.V.B. Adolescência, puberdade e nutrição. In: Associação Brasileira de Enfermagem. **Adolescer**: compreender, atuar, acolher. Brasília (DF): ABEn, 2001. p. 77-92.

FERNANDES, A. M.S.; ANTONIO, D. G.; BAHAMONDES, L.G.; CUPERTINO, C. V. Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres brasileiras atendidas pela rede básica de saúde em relação às doenças de transmissão sexual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, p.103-112, 2000. Suplemento 1.

FERNANDES, M. E. L. Comentários sobre o painel III: vulnerabilidade, momentos e vias de prevenção. In: VIEIRA, E. M; FERNANDES, M. E.L.; BAILEY, P.; MCKAY, A. (Orgs.). **Seminário gravidez na adolescência**. São Paulo: Associação Saúde da Família/ Family Health International, 1998. p. 127-130.

FIGUEREDO, R.; PEÑA, M. **Contracepção de emergência**: opção contraceptiva em tempos de DST/Aids. NEPAIDS, São Paulo: 2000. 46p.

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.

FOREMAN, V. L. **Importância da educação sexual no desenvolvimento de adolescentes cegos**. 1989. Dissertação (Mestrado) – PUC, São Paulo, 1989.

GAUTHIER, J.H.M.; CABRAL, I.E.; SANTOS, I. **Pesquisa em Enfermagem – Novas metodologias aplicadas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

GERA, N. F. **Gravidez na adolescência**: conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais entre adolescentes de baixa renda. 2004. 154f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

GIFFIN, K.; LOWNDES, C. M. Gender, sexuality and the prevention of sexually transmissible diseases: a Brazilian study of clinical practice. **Social Science & Medicine**. New York, v. 48, p. 283-292, 1999.

GIR, E. **A sexualidade e a mulher portadora do vírus da imunodeficiência humana tipo I**. 1997. Tese (Livre-Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

GLAT, Rosana. **Saúde sexual, deficiência & juventude em risco**. Rio de Janeiro: Faculdade de Educação da Universidade Estadual do Rio de Janeiro- UERJ, 2004.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v.35, n.2, p. 57-63, mar. Abr. 1995.

GÓIS, M.M.S. Aspectos históricos e sociais da anticoncepção. **Reproduo**, v. 6, n. 3, p. 119-24, 1991.

GORDON, R. **A assustadora história do sexo**. São Paulo: Ediouro, 2002.

GOZZO, Thaís de Oliveira et al. Female sexuality: understanding its meaning. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, 2000.

GRAZIANO, Rosa Maria; LEONE, Cléa Rodrigues. Problemas oftalmológicos mais frequentes e desenvolvimento visual do pré-termo extremo. **J. Pediatr. (Rio de J.)**. Porto Alegre, v. 81, n. 1, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S002175572005000200012&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S002175572005000200012&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 07 Fev 2007.

GROCE, Nora. **Levantamento mundial sobre HIV/Aids e deficiências**. Yale School of Public Health, Global Health Division, abr 2004. Disponível em: <<http://cira.med.yale.edu/globalsurvey>>. Acesso em: 20 set. 2006.

HEILBORN, M. L. Palestra inaugural – gravidez na adolescência: considerações preliminares sobre as dimensões culturais de um problema social. In: VIEIRA, E. M.; FERNANDES, M. E. L.; BAILEY, P.; MCKAY, A. (Orgs.). **Seminário gravidez na adolescência**. São Paulo: Associação Saúde da Família/Family Health International, 1998. p. 23-31.

HEILBORN, M. L.; BOZON, M.; AQUINO, E.; KNAUTH, D. **Por uma abordagem sócio antropológica dos comportamentos sexuais e reprodutivo da juventude na Brasil**: a construção da pesquisa. Rio de Janeiro, 2000.

HOGAN, R. **Human sexuality**: a nursing perspective. 2. ed. Connecticut: Appleton-Century-Crofts, 1985.

JELOÁS, L. S. Os jovens e o imaginário da Aids: entre o risco e a prevenção. **Serviço social em revista**. Londrina, v.2, n.1, p. 54-62, jul. dez. 1999.

JIMENÉZ, A. L.; GOTLIEB, S. L. D.; HARDY, E.; ZANEVELD, L. J. D. Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis em mulheres: associação com variáveis sócio-econômicas e demográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, p. 55-62, 2001.

KRIZINOFSKI, M. T. Human sexuality and nursing practice. **Nursing Clinics North America**, v. 8, n. 4, p. 673-687, dec. 2003.

LEBEDEFF, T.B. Aprendendo com o toque: reflexões e sugestões para uma educação sexual adaptada ao portador de deficiência visual. **Rev Bras Educação Especial**, v. 1, n. 2, p. 31-37, 1994.

LIMA, C. T. B.; FELICIANO, F. V. O.; CARVALHO, M. F. S.; SOUZA, A. P. P.; MENABÓ, J. B. C.; RAMOS, L. S.; CASSUNDÉ, L. F.; KOVACS, M. H. Percepções e práticas de adolescentes grávidas e de familiares em relação à gestação. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.4, n.1, p. 71-83, jan. mar. 2004.

LOWNDES, C. M. Doenças sexualmente transmissíveis na mulher. In: GIFFIN, K.; COSTA, S. H. (Orgs.). **Questões de saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p 253-279.

MANDU, E.N.T.; CORRÊA, A.C.P. Educação sexual formal na adolescência: contribuições à construção de projetos educativos. **Acta Paul Enfermagem**, v.13, n. 1, p. 27-37, 2000.



MEDINA, G. Adolescência y salud en México 1985-1997: un estado del arte. In: DOCUMENTOS, investigaciones y ensayos: desarrollo humano adolescente. 1999. Disponível em: [http://www.sexulidadjoven.cl/estudios/est\\_Medinaadolescenciaysaludenmexico.htm](http://www.sexulidadjoven.cl/estudios/est_Medinaadolescenciaysaludenmexico.htm). Acesso em: 25 set . 2006

MELO, A. V. **A gravidez na adolescência: uma abordagem multidisciplinar.** 1993. 142 f. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 1993.

MERULA, Rafael Vidal; FERNANDES, Luciene Chaves. Infantile cataract: the importance of early treatment and diagnosis. **Arq. Bras. Oftalmol.**, São Paulo, v. 68, n. 3, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-27492005000300005&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27492005000300005&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em: 07 Feb 2007.

MURTA, J. **Catarata pediátrica.** Coimbra: Ediliber, 1998.

PAGLIUCA, L. M. F.; RODRIGUES, M. L. Métodos contraceptivos comportamentais: tecnologia educativa para deficientes visuais. **Revista Gaúcha de Enfermagem.** Porto Alegre, v.19, n.2, p. 147-153, jul. 1998.

PAGLIUCA, L. M. F. Métodos contraceptivos de barreira e DIU: tecnologia educativa para deficientes visuais. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Brasília, v. 52, n. 3, p. 413-422, jul. set. 1999.

PAGLIUCA, L. M. F.; MACÊDO, K. N. F. Características da comunicação interpessoal entre profissionais de saúde e deficientes visuais. **Revista Paulista de Enfermagem,** São Paulo, v. 23, n. 3, 2004.

PERSONA, L.; SHIMO, A.K.K.; TARALLO, M.C. Perfil de adolescentes com repetição de gravidez atendidas num ambulatório de pré-natal. **Rev Latino-am Enfermagem,** v. 12, n.5, p. 745-50, set. out. 2004.

PHILIPPI, M. L. S.; MALAVASSI, M. E.; ARONE, E. M. **Enfermagem em doenças transmissíveis.** São Paulo: Editora SENAC São Paulo, 1994.

PIROTTA, K. C. M. **Não há guarda-chuva contra o amor – estudo do comportamento reprodutivo e de seu universo simbólico entre jovens universitários da USP.** 2002. 294f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.

PROGRAMA PARA TECNOLOGIA APROPRIADA EM SAÚDE (PATH). **Prevenção do HIV/Aids em locais com poucos recursos**. Tradução Olga Costa Lopes. São Paulo. V. 19, n.1, maio 2001. Disponível em: <http://www.path.org/resources/puboutlook>. Acesso em: 14 mar. 2006.

REIS, L. F. **Mulher**: produto com data de validade. São Paulo: O Nome da Rosa, 2002.

RODRIGUES, Karla Emilia; CAMARGO, Beatriz de. Diagnóstico precoce do câncer infantil: responsabilidade de todos. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 49, n. 1, 2003. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302003000100030&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302003000100030&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 07 Fev 2007.

SABINO NETO, J.; SALES, F. S. P. Escolha adequada do anticoncepcional oral. **Femina**. São Paulo, v.16, n.2, p. 78-87, 1998.

SAITO, F. J. A. DST, saúde reprodutiva e adolescência. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v. 37, maio 2001. Edição especial.

SILVA, J. L. P.; CHINAGLIA, M. L. M. Aspectos médicos sociais da gravidez na adolescência. In: NEME, B. **Obstetrícia básica**. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 2000. p. 1196-1201.

SANTOS, N. J. S.; BUCHALLA, C. M.; FILLIPE, E. V.; BUGAMELLI, L.; GARCIA, S.; PAIVA, V. Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.36, n.4, p. 12-23, ago 2002.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Brunner & Suddarth**: Tratado de enfermagem médico- cirúrgica. 7.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994. cap.17, p.245-53: Sexualidade humana.

SOUSA, R. A. S. **Saúde sexual e reprodutiva para surdos**: análise de um modelo educativo. 2002. 104f. Tese (Doutorado) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2002.

SOUZA, João Pessoa de et al . Achados histopatológicos em retinoblastoma. **Arq. Bras. Oftalmol.**, São Paulo, v. 68, n. 3, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S000427492005000300010&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000427492005000300010&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 07 Fev 2007.

SOUZA, M. M. C. A maternidade nas mulheres de 15 a 19 anos como desvantagem social. In: VIEIRA, E. M.; FERNANDES, M. E. L.; BAILEY, P.; MCKAY, A. (Orgs.). **Seminário gravidez na adolescência**. São Paulo: Associação Saúde da Família/Family Health International, p. 74-91, 1998.

STERN, C.; MEDINA, G. Adolescência y salud em México. In: OLIVEIRA, M. C. (Org.). **Cultura, adolescência e saúde: Argentina, Brasil e México**. Campinas: CEDES/COLMEX/NEPO-UNICAMP, 1999.

TAYLOR, T. **A pré-história do sexo: quatro milhões de anos de cultura sexual**. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

TERRA. **Quando e como surgiu a camisinha?** Terra Dúvidas. Disponível em: <http://www.noticias.terra.com.br>. Acesso em: 14 dez. 2006.

TRINDADE, E. & BRUNS, M. A. T. **Era isso o que eu queria ? Um estudo da maternidade e da paternidade na adolescência**. Monografia (Bacharelado em Psicologia). 65 f. Ribeirão Preto: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo (USP), 1995.

UNICEF. **Relatório da situação da adolescência brasileira**. Brasília, 2002. Disponível em: <http://www.unicef.org.br> Acesso em: 03 mar 2006

UNICEF. **Um marco conceitual para a saúde e desenvolvimento dos jovens**. Tradução Rita Brosar. New York, 1997.

VIEIRA, E. M.; FERNANDES, M. E. L.; KALCKMANN, S.; PLUCIENNICK, A. M. A. Anticoncepção em tempos de Aids. In: GALVÃO, L.; DIAZ, J. (Org.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec/Population Council, 1998. p. 324-343.

VIEIRA, E. M. Políticas públicas e contracepção no Brasil. In: BERQUÓ, E. (Org.). **Sexo e vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. Campinas: Editora da Unicamp, 2003. p. 151 – 196.

VILLELA, W. V.; DORETO, D. T. **Conversando sobre a experiência sexual dos jovens**. Brasília: CNPD/IPEA/Ministério Planejamento e Ação Social, 2005.

VITIELLO, N. Caracterização biológica da adolescência. In: VITIELLO, N.; CONCEIÇÃO, I. S. C.; CANELLA, P. R. B.; CAVALCANTI, R. C. (Orgs.). **Adolescência hoje**. São Paulo: Roca, 1988. p. 1-4.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Exploring common ground**. Geneva: Department of Reproductive Health and Research/Family and Community Health, 2001.

---

# APÊNDICES

---

**APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados**

Universidade Federal do Ceará  
Pesquisadoras responsáveis: Camilla Pontes Bezerra e Lorita M. F. Pagliuca

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**Informações sócio-demográficas**

1. Idade: \_\_\_\_\_ anos.
2. Sexo 1 feminino 2 masculino
3. Tipo de deficiência visual:  
01 Cegueira  
02 Baixa visão
4. Causa da deficiência visual:  
01 Não sabe  
02 Glaucoma  
03 Catarata congênita  
04 Retinose pigmentar  
05 Descolamento de retina  
06 Retinoblastoma  
07 Retinopatia da prematuridade  
08 Diabetes  
09 Sarampo  
10 Miopia  
11 Astigmatismo  
12 Hipermetropia  
13 Estrabismo  
14 Rubéola materna  
15 Sífilis  
16 Toxoplasmose  
17 Traumatismos diversos  
18 Outra \_\_\_\_\_
5. Você estuda atualmente?  
0 Não 1 Sim
6. Série que está cursando: \_\_\_\_\_
7. Com quem você mora?
8. Caso não more com algum de seus pais, explique o motivo:  
1 Falecimento  
2 Adoção  
3 Separação dos pais  
4 Você se casou/uniu  
5 Imigração  
6 Outro \_\_\_\_\_



### Comportamento reprodutivo - sem início da vida sexual

22. Por que não teve relações sexuais?
- |                                       |                          |
|---------------------------------------|--------------------------|
| 01 quer se casar virgem               | 06 ainda é muito nova(o) |
| 02 ainda não encontrou a pessoa certa | 07 outro _____           |
| 03 não teve oportunidade              | 77 recusa                |
| 04 tem medo de engravidar             | 88 não sabe              |
| 05 tem medo de DSTs/AIDS              |                          |
23. Quando você acha que vai iniciar sua vida sexual?
- |                              |                               |
|------------------------------|-------------------------------|
| 01 quando se casar           | 07 quando gostar de alguém    |
| 02 quando for noiva(o)       | 08 quando terminar os estudos |
| 03 quando tiver namorado (a) | 77 recusa                     |
| 04 assim que possível        | 88 não sabe                   |
| 05 quando for mais madura(o) |                               |
| 06 quando tiver ____ anos    |                               |
24. A maioria dos seus amigos é virgem?
- 0 Não
  - 1 Sim
  - 7 Recusa
  - 8 Não sabe/não lembra

### Conhecimentos sobre métodos anticoncepcionais e DSTs

25. O que são métodos anticoncepcionais?
26. Quais métodos anticoncepcionais você conhece ou já ouviu falar?
27. Você já manuseou algum desses métodos?
28. Onde ouviu falar dos métodos?
29. Você já ouviu falar de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs)?
30. O que são DSTs?
31. Como é possível evitar essas doenças?
32. Como você acha que pode “pegar” essas doenças?



- Você gostaria de falar mais alguma coisa?

---

---

- Observações do entrevistador:

---

---

---

## **APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido à adolescente**

Sou enfermeira e estou realizando um estudo sobre sexualidade com adolescentes deficientes visuais, sob a orientação da Professora Dra. Lorita Marlina Freitag Pagliuca. Esse estudo tem como objetivo compreender como você vivencia a sua sexualidade. Para tanto, agendarei encontros com você no Centro de Apoio Pedagógico ao Deficiente Visual (CAP).

Agendaremos encontros para conversar sobre temáticas relacionadas a sexualidade que você tenha interesse e/ou dúvidas. Após debatidas as temáticas teremos outro encontro e nesse momento eu lerei para você o conceito de sexualidade adotado pela Organização Mundial de Saúde. Após essa leitura eu lhe perguntarei como a sexualidade está presente em sua vida. As conversas e entrevistas serão realizadas individualmente, ou seja, somente na minha presença. Esses momentos serão gravados e filmados para posteriormente serem analisados por mim.

Acredito que esse estudo não trará prejuízos para seus participantes e o benefício esperado é a aquisição de novos conhecimentos sobre assuntos relacionados a sexualidade. Para sua segurança informamos que não divulgaremos seu nome e informações que possam identificá-la; caso aceite participar, as informações fornecidas serão utilizadas apenas para esse estudo. Durante o andamento da pesquisa, se por qualquer motivo resolver desistir, terá total liberdade para retirar o seu consentimento sem nenhum prejuízo.

Assim, comprometo-me a desenvolver a pesquisa citada acima conforme as diretrizes e normas regulamentadas pela pesquisa envolvendo seres humanos da Resolução nº 196 de Outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde.

Esperamos contar com sua colaboração e desde já nossos agradecimentos.

**Camilla Pontes Bezerra**

---

Rua Carlos Vasconcelos, 287, apt 1202, Meireles. Fortaleza – CE.CEP:60115-170 Tels:  
(85)3248.2431 / 8877.9775

Em caso de dúvidas e demais esclarecimentos:

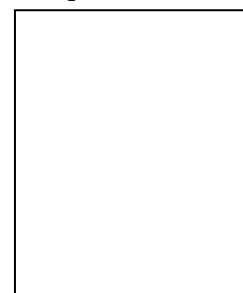
O Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Ceará encontra-se disponível para esclarecer dúvidas e/ou reclamações em relação a sua participação no referido estudo.

COMEPE (85) 3366.8338

Eu, \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_ declaro que após estar devidamente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente protocolo de Pesquisa.

**Ass. do Participante da Pesquisa:**

---



## **APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido aos responsáveis legais**

Sou enfermeira e estou realizando um estudo sobre sexualidade com adolescentes deficientes visuais, sob a orientação da Professora Dra. Lorita Marlena Freitag Pagliuca. Esse estudo tem como objetivo compreender como sua filha vivencia a sua sexualidade. Para tanto, agendarei encontros com ela no Centro de Apoio Pedagógico ao Deficiente Visual (CAP).

Agendaremos encontros para conversar sobre temáticas relacionadas a sexualidade que ela tenha interesse e/ou dúvidas. Após debatidas as temáticas teremos outro encontro e nesse momento eu lerei para ela o conceito de sexualidade adotado pela Organização Mundial de Saúde. Após essa leitura eu lhe perguntarei como a sexualidade está presente em sua vida. As conversas e entrevistas serão realizadas individualmente, ou seja, somente na minha presença. Esses momentos serão gravados e filmados para posteriormente serem analisados por mim.

Acredito que esse estudo não trará prejuízos para seus participantes e o benefício esperado é a aquisição de novos conhecimentos sobre assuntos relacionados a sexualidade. Para a segurança da entrevistada informamos que não divulgaremos nome e informações que possam identificá-la; caso ela aceite participar, as informações fornecidas serão utilizadas apenas para esse estudo. Durante o andamento da pesquisa, se por qualquer motivo ela resolver desistir, terá total liberdade para retirar o seu consentimento sem nenhum prejuízo.

Assim, comprometo-me a desenvolver a pesquisa citada acima conforme as diretrizes e normas regulamentadas pela pesquisa envolvendo seres humanos da Resolução nº 196 de Outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde.

Esperamos contar com sua colaboração e desde já nossos agradecimentos.

**Camilla Pontes Bezerra**

---

Rua Carlos Vasconcelos, 287, apt 1202, Meireles. Fortaleza – CE. Cep:60115-170  
Tels: (85)3248.2431 / 8877.9775

Em caso de dúvidas e demais esclarecimentos:

O Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Ceará encontra-se disponível para esclarecer dúvidas e/ou reclamações em relação a sua participação no referido estudo. COMEPE (85) 3366.8338

Eu, \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_ declaro que após estar devidamente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto que \_\_\_\_\_ participe do presente protocolo de Pesquisa.

**Ass. do Responsável Legal:**

---