



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Carla Oliveira Shubert

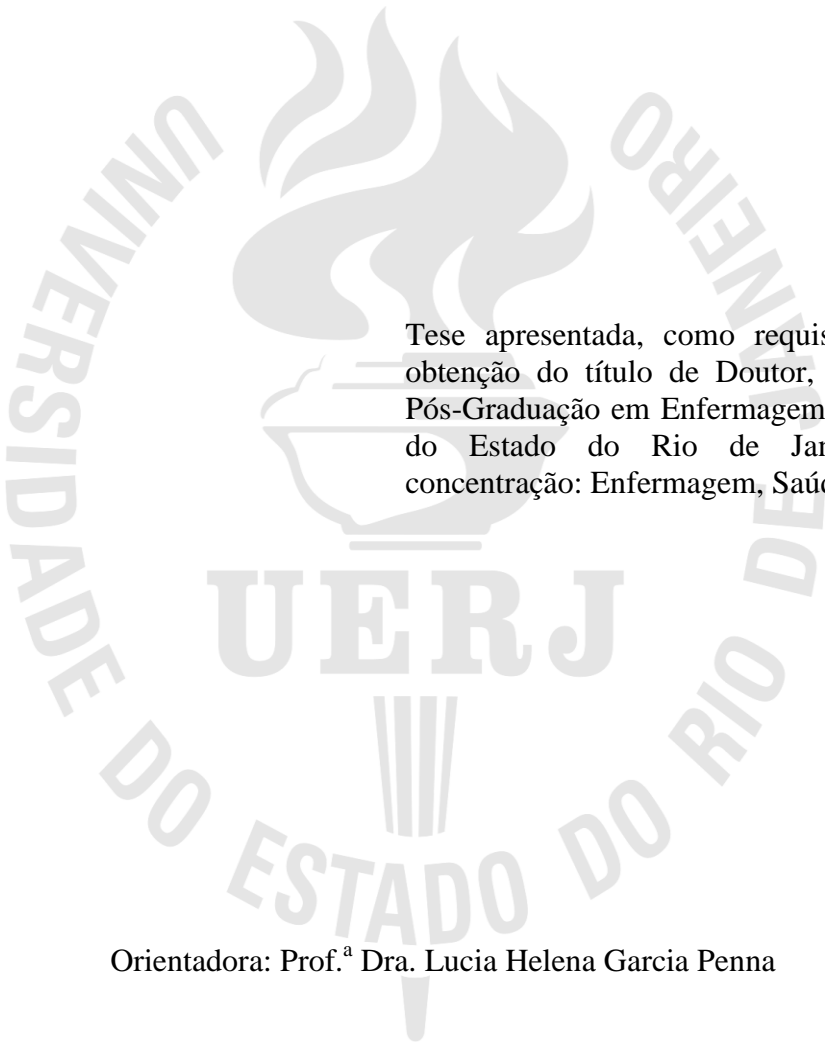
**Vulnerabilidades de mulheres surdas no âmbito de sua saúde sexual e
reprodutiva**

Rio de Janeiro

2022

Carla Oliveira Shubert

Vulnerabilidades de mulheres surdas no âmbito de sua saúde sexual e reprodutiva



Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof.^a Dra. Lucia Helena Garcia Penna

Rio de Janeiro

2022

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CB/B

S562

Shubert, Carla Oliveira.

Vulnerabilidade de mulheres surdas no âmbito de sua saúde sexual e reprodutiva / Carla Oliveira Shubert. – 2022.
134 f.

Orientadora: Lucia Helena Garcia Penna

Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Enfermagem.

1. Surdez. 2. Saúde sexual. 3. Saúde reprodutiva. 4. Saúde da mulher. I. Penna, Lucia Helena Garcia. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

Bibliotecária: Adriana Caamaño CRB7/5235

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Carla Oliveira Shubert

Vulnerabilidades de mulheres surdas no âmbito de sua saúde sexual e reprodutiva

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 15 de dezembro de 2022.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Lucia Helena Garcia Penna (Orientadora)
Faculdade de Enfermagem - UERJ

Prof. Dr. Wiliam César Alves Machado
Faculdade de Enfermagem - UERJ

Prof.^a Dra. Edicléa Mascarenhas Fernandes
Faculdade de Enfermagem - UERJ

Prof.^a Dra. Adriana Lemos Pereira
Universidade Federal do Estado Rio de Janeiro

Prof.^a Dra. Adriana Lenho de Figueiredo Pereira
Faculdade de Enfermagem - UERJ

Rio de Janeiro

2022

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha filha, Maria Clara Shubert Pinheiro, e aos meus pais, Maria do Carmo Oliveira Shubert e José Luiz Shubert, seres ímpares para a minha permanência sobre a Terra. Sem vocês o mundo não tem sentido e sem sentido não se vive.

Dedico também às mulheres que deram voz a este estudo e contribuíram com a pesquisadora na árdua tarefa de repensar a saúde sexual e reprodutiva de mulheres com deficiência, em especial as surdas.

AGRADECIMENTOS

A Deus, verbo soberano, início, meio e fim, porta-voz do infinito. Obrigada, Senhor, por sempre me mostrar a luz no fim do túnel e jamais me abandonar diante dos caminhos tortuosos vividos.

Aos meus pais, por serem fonte de inspiração para a construção da minha carreira profissional e pessoal. Sem estudos, mostraram-me que é somente através dele que alcançamos nossas conquistas. Mãe e pai: eu consegui!

À minha filha, razão da minha vida, que não me deixa desistir e fortalece-me a persistir. É por você, sempre será.

Ao meu marido, Paulo Cesar Ladeira Pinheiro, pelo auxílio prestado e amor dedicado durante todos estes anos.

À Prof.^a Dra. Lucia Helena Garcia Penna, minha orientadora, fonte de sabedoria, humildade, paciência, carinho e competência, que possibilitou um repensar em pesquisa, estando sempre presente em todos os momentos que precisei durante a realização das atividades do doutorado. Deu-me mão e conduziu-me nos momentos de dificuldade e quando eu quase sucumbi, deu-me afago e abraço para chegar até aqui.

Ao meu amigo, Prof. Dr. Antonio da Silva Ribeiro, pelo incentivo e apoio desde a etapa de seleção do doutorado até o momento de conclusão desta tese. Foi minhas mãos e minhas pernas quando impossível parecia ser.

À minha família, Cláudia, Jonathan, Ricardo, Letícia, que sempre torceram para a conclusão desta etapa.

Ao Prof. Dr. Paulo Alexandre de Souza São Bento pela amizade, pelo apoio e incentivo para o alcance deste título. Sem você esse sonho estaria distante de ser realizado.

Aos amigos que estiveram junto, de alguma forma, colaborando e incentivando-me a resistir e persistir.

A minha terapeuta, Dra. Tânia Kuperman Sztajnberg, pelo auxílio profissional que ressignifica a minha existência mas também pela sororidade durante todo o processo.

À toda a equipe de funcionários e usuários do Instituto Nacional de Educação de Surdos, em especial às mulheres surdas que participaram desta pesquisa.

Ao Prof. Dr. Wiliam Cesar Alves Machado, por todas as contribuições e oportunidades de aprimoramento e conhecimento desde o mestrado até aqui. És espelho e inspiração.

À banca, Prof. Dr. Wiliam César Alves Machado, Prof.^a Dra. Edicléa Mascarenhas, Prof.^a Dra. Adriana Lemos e Prof.^a Dra. Adriana Lenho pelas contribuições e por aceitarem participar da banca de defesa, momento sublime deste trabalho.

Aos docentes e discentes do Programa de Doutorado e Mestrado em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), assim como aos participantes do grupo de pesquisa da UERJ, Gênero, Violência e Práticas em Saúde e Enfermagem pelo compartilhamento de conhecimento.

A todos que, direta ou indiretamente, auxiliaram-me na construção deste estudo, assim como àqueles que me deram força para continuar sendo a pessoa que sou, e pelas diversas discussões travadas sobre a concretização deste estudo.

Meu coração não é surdo a nada neste duplo mundo...

Emmanuelle Laborrit

RESUMO

SHUBERT, C.O. *Vulnerabilidades de mulheres surdas no âmbito de sua saúde sexual e reprodutiva*. 2022, 134 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

Trata-se de um estudo que tem como objeto as perspectivas de mulheres surdas acerca de sua saúde sexual e reprodutiva. A saúde sexual e reprodutiva é um direito de todo cidadão, ou seja, ter uma vida sexual prazerosa e segura. Nesse sentido, deve ter acesso às informações e aos cuidados. As pessoas com deficiência, em particular as mulheres surdas, têm no acesso à informação e ao cuidado o principal determinante para vulnerabilidades em sua saúde. Mulheres surdas, em sua maioria, possuem limitação do acesso às informações, em especial sobre sua saúde sexual; são dependentes, monitoradas por outras pessoas (familiares, pessoas surdas e até mesmo a igreja). Objetivos: descrever as situações vivenciadas por mulheres surdas no âmbito de sua saúde sexual e reprodutiva; discutir como a surdez influencia a saúde sexual/reprodutiva de mulheres surdas a partir de sua própria perspectiva; analisar as vulnerabilidades de mulheres surdas considerando suas vivências no contexto de sua saúde sexual e reprodutiva. Metodologia: Pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, tendo como participantes 23 mulheres surdas com mais de 18 anos, que se comunicam por Língua Brasileira de Sinais (Libras), moradoras do município do Rio de Janeiro. A pesquisa utilizou a técnica da Bola de Neve para coleta de seus dados, tendo como cenário inicial, participantes do Instituto Nacional de Educação de Surdos do Rio de Janeiro. Os dados foram coletados por meio da entrevista aberta, individual e gravada e a análise dos dados foi fundamentada nas dimensões da vulnerabilidade de Ayres, utilizando a técnica de Bardin. O estudo foi aprovado no comitê de ética sob CAAE 64271316.2.0000.0055. Após a análise foi possível identificar duas categorias temáticas: “Discriminação Social pela surdez: invisibilidade da condição de mulher” e “Influências da surdez na saúde sexual e reprodutiva”. Resultados: foi possível identificar que o acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva é dificultado pelo desconhecimento da Libras pelos profissionais de saúde, bem como pelos estereótipos e estigmas que possuem. Notou-se que a ausência de informações acessíveis em Libras impediu as mulheres surdas de obterem informações sobre o exercício de sua sexualidade e estes fatores as impediram de promover a sua saúde sexual e reprodutiva. Um outro ponto observado é que aquelas que puderam adquirir tais informações, obtiveram por pessoas ligadas a família ou a religião, denotando como as mulheres surdas percebem e exercem a sua sexualidade. Consideração final: conclui-se que a surdez influencia a sexualidade de mulheres com a concepção de estigmas sobre a mesma. Para que tais condições sejam aprimoradas, sugerem-se novos estudos, bem como a abordagem da temática em cursos de formação profissional.

Palavras-chave: Surdez. Saúde sexual. Saúde reprodutiva. Saúde da mulher. Gênero.

ABSTRACT

SHUBERT, C.O. *Vulnerabilities of deaf women in terms of their sexual and reproductive health*. 2022, 134 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

This study has as its object the perspectives of deaf women on their sexual and reproductive health. Objectives: to describe the situations experienced by deaf women in terms of their sexual and reproductive health; discuss how deafness influences the sexual/reproductive health of deaf women from their own perspective; to analyze the vulnerabilities of deaf women considering their experiences in the context of their sexual and reproductive health. Methodology: Qualitative, descriptive and exploratory research, with the participation of 23 deaf women over 18 years old, who communicate through Brazilian Sign Language (Libras) living in the city of Rio de Janeiro. The study scenario was the National Institute of Education for the Deaf through the Snowball technique. Data were collected through open, individual and recorded interviews and data analysis was based on the dimensions of Ayres' vulnerability using Bardin's technique. The ethics committee under CAAE 64271316.2.0000.0055 approved the study. After the analysis, it was possible to identify two thematic categories: "Social Discrimination due to deafness: invisibility of the condition of woman" and "Influences of deafness on sexual and reproductive health". Results: deaf women are discriminated against and, depending on the condition of deafness, they become invisible when it comes to gender issues. The lack of knowledge of these women about their sexuality and about their sexual and reproductive health is notorious. The non-recognition of the exercise of their sexuality, as well as the communication difficulties with society, prevented the acquisition of information and the access to health services, especially those of sexual and reproductive health. Deaf women live in a situation of social exclusion and, therefore, the acquisition of information on these topics was conditioned to other people, such as family members, other deaf people and even the church.

Keywords: Deafness. Sexual health. Reproductive health. Women's health. Gender.

RESUMEN

SHUBERT, C. O. *Vulnerabilidades de las mujeres sordas en cuanto a su salud sexual y reproductiva*. 2022, 134 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

Este es un estudio que tiene como objeto las perspectivas de las mujeres sordas sobre su salud sexual y reproductiva. Objetivos: describir las situaciones vividas por mujeres sordas en cuanto a su salud sexual y reproductiva; discutir cómo la sordera influye en la salud sexual/reproductiva de las mujeres sordas desde su propia perspectiva; analizar las vulnerabilidades de las mujeres sordas considerando sus vivencias en el contexto de su salud sexual y reproductiva. Metodología: Investigación cualitativa, descriptiva y exploratoria, con la participación de 23 mujeres sordas mayores de 18 años, que se comunican a través de Libras residentes en la ciudad de Río de Janeiro. El escenario de estudio fue el Instituto Nacional de Educación para Sordos a través de la técnica Bola de Nieve. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas abiertas, individuales y grabadas y el análisis de datos se basó en las dimensiones de la vulnerabilidad de Ayres utilizando la técnica de Bardin. El estudio fue aprobado por el comité de ética bajo CAAE 64271316.2.0000.0055. Después del análisis, fue posible identificar dos categorías temáticas: “Discriminación social por sordera: invisibilidad de la condición de mujer” e “Influencias de la sordera en la salud sexual y reproductiva”. Resultados: las mujeres sordas son discriminadas y, dependiendo de la condición de sordera, se invisibilizan en temas de género. Es notorio el desconocimiento de estas mujeres sobre su sexualidad y sobre su salud sexual y reproductiva. El no reconocimiento del ejercicio de su sexualidad, así como las dificultades de comunicación con la sociedad, impedían la adquisición de información y también el acceso a los servicios de salud, especialmente a los de salud sexual y reproductiva. Las mujeres sordas viven en una situación de exclusión social y, por tanto, la adquisición de información sobre estos temas estaba condicionada a otras personas, como familiares, otras personas sordas e incluso la iglesia.

Palabras clave: Sordera. Salud sexual. Salud reproductiva. La salud de la mujer. Género.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Fluxograma de seleção dos estudos	25
Quadro 1 – Produção científica acerca da saúde sexual e reprodutiva de mulheres surdas entre 2011 e 2020	25
Quadro 2 – Características sociodemográficas das participantes	65
Figura 2 – Fluxograma de identificação das categorias	71
Quadro 3 – Caracterização das mulheres surdas participantes da pesquisa	73
Quadro 4 – Categoria 1 : Discriminação social pela surdez: invisibilidade da condição de mulher.....	77
Quadro 5 – Categoria 2: Influências da surdez na saúde sexual e reprodutiva	88
Quadro 6 - Categorias temáticas	134

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CIPD	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
CNS	Conselho Nacional de Saúde
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
Libras	Língua de Sinais Brasileira
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PcD	Pessoa com Deficiência
SUS	Sistema Único de Saúde
TIC	Tecnologia da Informação e Comunicação
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	14
1	REFERENCIAL TEMÁTICO	30
1.1	Contextos políticos e os paradigmas sobre a Deficiência	30
1.2	Contextualizando a identidade e cultura surda	37
1.3	Saúde sexual e reprodutiva na perspectiva de gênero	42
1.4	Vulnerabilidades da mulher surda no âmbito da saúde sexual e reprodutiva	46
2	REFERENCIAL TEÓRICO CONCEITUAL	50
2.1	Vulnerabilidades em saúde	50
2.1.1	<u>A dimensão individual da vulnerabilidade</u>	55
2.1.2	<u>A dimensão social da vulnerabilidade</u>	57
2.1.3	<u>A dimensão programática da vulnerabilidade</u>	59
3	CAMINHO METODOLÓGICO	61
3.1	O cenário da pesquisa	62
3.2	Participantes	64
3.3	Aspecto éticos e legais da pesquisa	66
3.4	Trajetória da coleta de dados	66
3.5	Análise dos dados	69
4	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	73
4.1	Categoria 1 - Discriminação social pela surdez: invisibilidade da condição de mulher	77
4.1.1	<u>Discriminação social pela surdez</u>	77
4.1.2	<u>Invisibilidade como mulher pela surdez</u>	84
4.2	Categoria 2 - Influências da surdez na saúde sexual e reprodutiva	88
4.2.1	<u>[Des]conhecimento e vivências relacionadas à saúde sexual/reprodutiva e sexualidade</u>	89
4.2.1.1	Desconhecimento de sua saúde sexual, saúde reprodutiva e sexualidade.....	89
4.2.1.2	Vivência de relações afetivas íntimas e a surdez	94
4.2.1.3	Proteção e controle familiar de sua sexualidade	96
4.2.1.4	Dificuldade de acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva.....	99
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
	REFERÊNCIAS	108

APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	119
APÊNDICE B - Termo de autorização de uso de imagem e depoimentos	128
APÊNDICE C - Roteiro para coleta de dados.....	130
APÊNDICE D – Categorias temáticas.....	131
ANEXO A - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa.....	132
ANEXO B - Termo de autorização para a pesquisa de campo.....	134

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Esta pesquisa tem por objeto de interesse estudar as perspectivas de mulheres surdas sobre sua saúde sexual e reprodutiva.

Na condição de profissional de saúde, enfermeira obstétrica, houve a aproximação com as Pessoas com Deficiência (PcD) quando, inserida no programa de saúde da mulher em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), evidenciou-se o quanto era dificultoso o atendimento em saúde a esse grupo populacional, mais especificamente com as mulheres surdas. As dificuldades e a diferente forma de comunicação, impossibilitaram muitas vezes o atendimento em saúde que atendesse adequadamente às necessidades apresentadas por estas mulheres.

De modo geral, nos serviços de saúde, são notórias a falta de informações e a dificuldade de comunicação em Língua Brasileira de Sinais (Libras) entre profissionais e clientela de pessoas surdas (OLIVEIRA et al, 2015). Como enfermeira na UBS, em particular no âmbito da atenção à saúde sexual e reprodutiva, verificava-se a incompreensão das necessidades da mulher surda por parte dos profissionais e o não fornecimento de informações que pudessem fazer com que a assistida contribuísse positivamente para sua própria promoção de saúde. Muitas mulheres surdas desconheciam informações sobre contraceptivos, Infecções Sexualmente Transmissíveis ou sobre o próprio corpo e suas emoções nas relações íntimas. As que possuíam alguma informação, eram, segundo elas, obtidas com outras pessoas surdas, familiares ou através da utilização de redes sociais e Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), tais como o *Facebook*.

Além da dificuldade de comunicação em Libras, percebe-se que estereótipos construídos pelos profissionais constituíam uma barreira no atendimento às mulheres surdas, sobretudo nas questões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva. É frequente observar que, por possuírem uma deficiência sensorial, os profissionais de saúde acreditavam que as mulheres surdas não possuíam necessidades no âmbito da saúde sexual ou reprodutiva e, por isso, eram, por muitas vezes, infantilizadas ou assexuadas.

Diante da motivação de pensar um cuidado integral da mulher quando esta não pode ser “ouvida” e “entendida”, realizou-se um estudo diagnóstico sobre o ensino da Língua Brasileira de Sinais (Libras) nos Cursos de Graduação em Enfermagem do Estado do Rio Janeiro (SHUBERT, 2014). Constatou-se que há um hiato entre as necessidades

comunicacionais da população surda e as habilidades e competências adquiridas por enfermeiros no âmbito de sua formação.

Esta constatação impulsionou para dar continuidade à busca em entender como contribuir com essa população. Compreendeu-se que para tanto era necessário também conhecer a realidade, as vivências das mulheres surdas no âmbito de sua saúde sexual e reprodutiva e conhecer um pouco mais sobre suas perspectivas acerca da atenção à própria saúde.

Estima-se que mais de um bilhão de pessoas viva com alguma forma de deficiência, correspondendo, aproximadamente, a 15% da população mundial (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011). No Brasil, o último Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), realizado em 2010, aponta que 45,6 milhões de pessoas ou 23,9% da população apresentam algum tipo de incapacidade ou deficiência. São pessoas com pelo menos alguma dificuldade em enxergar, ouvir ou com alguma outra deficiência física ou intelectual (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

A questão que importa para pensar a deficiência, diz respeito à forma como estes sujeitos são percebidos e avaliados pela sociedade e, conseqüentemente, são conceituados. A partir das classificações e estudos da Organização Mundial de Saúde - OMS (2001, 2003a, 2003b), percebe-se dois modelos conceituais sobre deficiência, o modelo biomédico e social.

O modelo biomédico considera a deficiência como um problema etiológico da pessoa, ocasionado por uma doença, um trauma ou por condições de saúde que requerem cuidados médicos prestados em forma de tratamento individual, sendo este direcionado para a obtenção da cura ou, em não a atingido, de uma melhor adaptação da pessoa e de uma mudança em sua conduta. Dessa maneira, o indivíduo portaria uma patologia que poderia ser de ordem física, intelectual ou sensorial (OMS, 2001).

Ainda sobre esse modelo, a questão da deficiência reside em um problema centrado no indivíduo que possui a deficiência e não considera as barreiras sociais, atitudinais e ambientais que envolvam a condição de deficiência (BONFIM, 2009).

Na década de 70, surgiu no Reino Unido um movimento de pessoas com deficiência que, por entender que o modelo biomédico não respondia a todas as questões que emergem desta população, criou uma nova concepção: o modelo social da deficiência, no qual a deficiência sai da exclusividade do discurso biomédico e entra para o campo das Ciências Humanas e Sociais.

O modelo social de deficiência faz uma crítica ao modo como a sociedade organiza-se quando desconsidera a diversidade das pessoas e exclui pessoas com deficiência de meios

sociais e políticos (OMS, 2001). Por sua vez, considera a questão principalmente como um problema criado pela sociedade e, basicamente, como uma questão de integração plena do indivíduo na sociedade. A deficiência não é um atributo de um indivíduo, mas sim um conjunto complexo de condições, muitas das quais criadas pelo ambiente social. Dessa maneira, a solução do problema requer uma ação social e é responsabilidade coletiva da sociedade fazer as modificações ambientais necessárias para a participação plena das pessoas com incapacidades em todas as áreas da vida social. Portanto, é uma questão atitudinal ou ideológica que requer mudanças sociais que, a nível político, transformam-se numa questão de direitos humanos.

Para esse modelo,

A definição de pessoa portadora de deficiência não é a falta de um membro nem a visão ou audição reduzidas. O que caracteriza a pessoa portadora de deficiência é a dificuldade de se relacionar, de se integrar na sociedade. O grau de dificuldade para a integração social é que definirá quem é ou não portador de deficiência (ROSTELATO, 2009, p 07).

O modelo social identifica três barreiras principais que a pessoa com deficiência enfrenta: de acessibilidade, institucionais e atitudinais, propondo a superação de cada uma delas e trazendo benefícios a toda a sociedade. Esse modelo argumenta, do ponto de vista sociopolítico, que a deficiência resulta da falha da sociedade e busca a articulação entre os fatores sociais, biológicos e psicológicos, reconhecendo a complexidade da deficiência e permitindo que seja percebida como o resultado da interação de mecanismos interpessoais e ambientais. É um modelo que vem sendo incorporado atualmente nas políticas públicas.

Ser uma pessoa com deficiência no cenário social brasileiro vai muito além da definição de deficiência como qualquer agravamento que comprometa a funcionalidade física ou sensorial do indivíduo. A condição de "diferente" ultrapassa os padrões biomédicos que reduzem as pessoas com deficiência àquelas "fora dos padrões normais de funcionalidade" e abrange toda a problemática socioemocional que circunda este grupo (MAIA, 2006).

A partir dos números evidenciados pelo Censo Demográfico sobre as pessoas com deficiência (IBGE, 2010), emergem reflexões e questionamentos sobre o cotidiano destes indivíduos. Inseridos em uma sociedade que valoriza os padrões de "normalidade", sejam físicos, sensoriais, intelectuais e psicossociais, estes possuem dificuldades em serem acolhidos. Uma sociedade que dificilmente aceita a diversidade e, assim, acaba por segregar o "diferente".

Os teóricos do modelo social da deficiência destacam esta como uma forma de opressão social e não como uma tragédia pessoal (BOTELHO, 2014). O modelo social da deficiência a compreende, partindo do conceito de estigma proposto por Goffman (1988), no qual o estigma é uma marca social que certos indivíduos carregam por possuírem características diversas daquelas padronizadas por uma sociedade. Uma pessoa segregada socialmente por sua condição corporal experimenta não só a deficiência como a estigmatização.

Goffman (1998), diferencia três tipos de estigma: as abominações do corpo; as culpas de caráter individual; e os estigmas de raça, nação e religião. Entendemos que o conceito de deficiência proposto pelo modelo social corresponderia ao primeiro tipo de estigma indicado por Goffman. O corpo deficiente está à margem do padrão corporal estabelecido e, por não se adequar às normas sociais, é estigmatizado.

O referido autor utiliza o termo estigma para especificar a diferença, defeito ou desvio atribuído à identidade pessoal de um indivíduo que, quando percebido, traduz-se em descrédito, inferiorização e desqualificação da sua identidade social.

Nesse sentido, a pessoa com deficiência foi e é vista na sociedade como uma pessoa diferente e, em geral, é a ideia de falta que predomina: falta de membro, de inteligência ou algum sentido (MAIA, 2006). E, por essa imagem construída, está fora das normas ou padrões da sociedade.

Considerando o modelo social e ratificando a posição de que a surdez é mais que uma perda sensorial, é possível entender que as pessoas surdas, a partir de suas particularidades e distinções, estabelecem uma organização social, cultural e linguística distinta – cultura surda, o que proporciona condições para constituição da subjetividade e identidade desse grupo – pessoa surda (CROMACK, 2004).

Nesse sentido, utilizaremos neste estudo a denominação pessoas surdas e não deficientes auditivos, os quais num modelo biomédico seriam identificados como aqueles que possui a perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz (BRASIL, 2004a).

No mundo, existem, aproximadamente, 9 milhões de pessoas surdas (IBGE, 2010). A pessoa surda, historicamente, ao possuir uma distinção cultural em relação às pessoas ouvintes, também vivenciam a condição de estigma em nossa sociedade. Tal condição geralmente é fundamentada pela diferenciação em estabelecer comunicação. A não escuta e a comunicação por outra língua que não a oral, numa sociedade de padrões estéticos

estabelecidos e rigorosos quanto à normalidade e à patologização, acaba por rotulá-los como “humanamente inferiores”, por serem destituídos de “virtudes” linguísticas (MAIA,2006).

Os surdos lutam hoje pelo reconhecimento da surdez como uma, entre outras tantas, formas de estar no mundo, incluindo a luta pelo reconhecimento da surdez como diferença. Nesse contexto, a surdez ultrapassa o campo discursivo das deficiências, da patologia e dos vários enunciados biomédicos para ocupar um lugar privilegiado no campo dos estudos da cultura, das ciências sociais, da linguística e da educação, adentrando questões de identidade, expressões culturais, diferenças, lutas por conquistas e efetivações de direitos.

Segundo dados do IBGE (2010), sabe-se que aproximadamente metade dos surdos é do sexo feminino. E, nesse sentido, constata-se que embora as mulheres surdas possuam identidade, língua e cultura própria, ainda existem dificuldades em ter garantido o acesso e atendimento adequado em saúde. Ademais, considerando as identidades de pessoas surdas, suas distintas realidades e, conseqüentemente, maior ou menor estigma social, e o quantitativo de mulheres surdas no Brasil, desperta às particularidades desse grupo, especialmente em relação à sua saúde sexual e reprodutiva.

No âmbito da atenção à saúde da mulher, constatam-se dificuldades em atender mulheres surdas que comparecem às consultas de pré-natal ou de ginecologia. Estas, ao procurarem a unidade de saúde e ao tentarem comunicar-se através da Libras com os profissionais de saúde, raramente conseguem ser compreendidas.

O fornecimento de informações sobre saúde sexual e reprodutiva, tais como prevenção ou tratamento das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), das demandas relativas à gravidez e sobre sua própria sexualidade, tornava-se um problema, tendo em vista a falta de domínio da língua pelos indivíduos inseridos no contexto do cuidar.

Nesses casos, o profissional que possui domínio relativo de Libras e uma escuta sensível para esse grupo populacional, é solicitado para realizar ou acompanhar o atendimento às mulheres surdas. No contato com essas mulheres, é possível constatar alguns relatos em que as assistidas desconhecem seu corpo, descrevem vivenciar relações abusivas com ouvintes (familiares ou não) e que têm dificuldades em se comunicar com a sociedade e de denunciar tais situações. Além disso, a falta de informação a respeito do cuidar de seu corpo e de sua saúde sexual provocou várias gestações indesejadas.

A Lei 10.436/2002 assegura o atendimento adequado aos surdos em instituições de saúde, garantindo a comunicação adequada através de Libras, que pode ser realizada através da presença de um intérprete em hospitais e postos de saúde para intermediar a comunicação em consultas e procedimentos com pessoas surdas (BRASIL, 2002). No entanto, a falta de

profissionais qualificados associado ao custo para manter um profissional para atender um público considerado minoria, faz com que seja algo raro a presença de um intérprete em hospitais e postos de saúde. Como consequência, muitos surdos optam por procurar o sistema de saúde somente quando necessário e não como prevenção, conforme as orientações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002). Entretanto, o direito à saúde e o atendimento às necessidades deve ser garantido a todas as pessoas, observando-se a equidade e considerando suas diversidades (classe, etnia, gênero e outras).

O termo vulnerabilidades é comumente empregado para designar suscetibilidades das pessoas a problemas e danos de saúde (BERTOLOZZI, *et al.*, 2009). À medida que se considera que a chance de exposição das pessoas ao adoecimento é resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos e que envolve o contexto, pode se perceber que há vulnerabilidades nas mulheres surdas.

Segundo Ayres (1999), as vulnerabilidades podem estar relacionadas à interação de três dimensões: individual, programática e social. A vulnerabilidade individual depende de componentes na esfera cognitiva do indivíduo, tais como o grau de conhecimento acerca dos danos inerentes aos agravos, o grau e a qualidade da informação obtida e veiculada, a capacidade de elaboração e execução dessas informações e as possibilidades de mudança nas suas práticas diárias.

Para as mulheres surdas inseridas no mundo ouvinte, a comunicação e as informações ficam prejudicadas pela ausência da Libras. Nesse sentido, é possível afirmar que esta considera o conhecimento e os comportamentos que oportunizam a promoção de sua saúde sexual. Os comportamentos não são determinados apenas pela ação voluntária das pessoas, mas, especialmente, por sua capacidade de incorporar o conhecimento e transformar os comportamentos que as tornam capazes de promover sua saúde sexual. Nesse campo, as vulnerabilidades são determinadas por condições cognitivas (acesso à informação, reconhecimento da suscetibilidade e da eficácia das formas de prevenção e promoção da saúde), comportamentais (desejo e capacidade de modificar comportamentos) e sociais (acesso a recursos e capacidade de promoção da saúde) (BERTOLOZZI *et al.*, 2009).

A dimensão social refere-se ao contexto em que o indivíduo está inserido e avalia o quanto as diretrizes governamentais favorecem o respeito aos direitos humanos e contribuem para o acesso aos serviços e bens, o respeito às questões culturais e ao exercício da cidadania (CARMO; GUIZARDI, 2018). Esta dimensão inclui o ciclo de vida, mobilidade social e a identidade social. Integra, ainda, as características do espaço social, as normas sociais

vigentes, as normas institucionais, as relações de gênero, as iniquidades, entre outros aspectos (AYRES, 1997).

O acesso à comunicação é identificado por esse segmento como uma questão de vulnerabilidade no âmbito da saúde coletiva, principalmente, no que tange ao entendimento dos agentes envolvidos com a saúde sexual e reprodutiva. Isso decorre da impossibilidade de diálogo entre profissionais da saúde e mulheres sinalizantes (que dominam e são usuárias da língua de sinais), quando a forma de interação é constituída através do uso de duas línguas diferentes.

A dimensão programática contempla o acesso aos serviços de saúde, a forma de organização desses serviços, o vínculo que os usuários dos serviços possuem com os profissionais de saúde, as ações preconizadas para a promoção da saúde e os recursos sociais existentes na área de abrangência do serviço de saúde.

Compreender o contexto de vulnerabilidade em que o indivíduo está exposto é aprofundar em suas raízes sociais; é potencializar a mobilização do indivíduo, grupo ou população; e é favorecer a transdisciplinaridade e a intersetorialidade na prevenção e promoção à saúde (AYRES, 1999). Esta perspectiva parece favorecer o aprofundamento dos aspectos referentes às vulnerabilidades das mulheres surdas no que tange à questão da promoção de sua saúde sexual.

Nesse contexto, é de extrema relevância observar as diversas questões pertinentes à mulher surda pois, além da deficiência que gera dificuldades de acesso aos serviços, existem, concomitantemente, as questões referentes ao gênero e às desigualdades sociais. As mulheres com deficiência vivenciam duplamente desvantagens e vulnerabilidades sociais, em razão da associação da deficiência com as questões de gênero. Tais circunstâncias sociais geram preconceitos, discriminações e vulnerabilidades nas mais diversas áreas de suas vidas, em particular no âmbito da saúde (GESSER et al, 2020).

Miranda et al (2020) afirmam que os profissionais de saúde encontram muitas barreiras no atendimento ao paciente surdo, destacando-se as dificuldades linguísticas. Por outro lado, as pessoas surdas têm também pouco conhecimento da assistência em saúde, incluindo menor compreensão dos programas preventivos e visitam com menor frequência os serviços de saúde disponíveis, em comparação com as pessoas que ouvem.

O que predomina nos discursos cotidianos dos profissionais a respeito da saúde sexual e da sexualidade de pessoas com deficiência é que ela se manifesta de forma atípica, infeliz (quase patológica), sem expectativa de união afetivo-sexual, sendo narrada de forma trágica e platônica que tende a se realizar de forma desajustada (MAIA, 2012).

Nesse sentido, há uma imposição social sobre o que devem saber e o que devem fazer. Tais imposições, estigmatizadas socialmente podem influenciar as práticas profissionais na área da saúde. Comumente, os profissionais da saúde focam sua prática sobre a especialidade na qual estão inseridos, agindo de maneira universal, sem individualizar os atendimentos. No atendimento de mulheres surdas no Programa de Saúde da Mulher, é possível perceber o não reconhecimento da importância de orientação quanto às demandas relativas à saúde sexual e reprodutiva das mulheres surdas, pois acredita-se que a vida sexual dessas pessoas é inexistente.

A saúde sexual é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS):

[...] Um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social em relação à sexualidade; não é meramente ausência de doença, disfunção ou debilidade. A saúde sexual requer uma abordagem positiva e respeitosa da sexualidade e dos relacionamentos sexuais, bem como da possibilidade de vivenciar experiências sexuais seguras e prazerosas, isentas de coerção, discriminação e violência” (OMS, 2017).

Destaca-se o quanto é importante que mulheres tenham o direito receber informações amplas e sem preconceitos sobre as possíveis práticas sexuais, com vistas a possibilitar uma vivência prazerosa da sexualidade, livre de riscos de contaminação de doenças, bem como de gestações indesejáveis (OMS, 2017; STARRS et al, 2018). Entretanto, no caso de mulheres surdas, é possível constatar o enfrentamento de diversas barreiras em função das questões de gênero e da própria deficiência. É comum identificarmos barreiras atitudinais, com ideias de que não podem trabalhar, cuidar da casa, ter um relacionamento amoroso e sexual, ser mães, estudar, entre outros, tendo essas atividades negadas e sendo cotidianamente desencorajadas a realiza-las (HANNA; ROGOVSKY, 2006).

Já a saúde reprodutiva foi definida como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade, em todos os assuntos relacionados ao sistema reprodutivo e suas funções e processos” (OMS, 2017).

Entretanto, alguns grupos populacionais têm necessidades distintas ou têm maiores obstáculos para obter cuidados de saúde sexual e reprodutiva do que outros. No caso das mulheres surdas, a exclusão social dessa população causa obstáculos no acesso a cuidados de saúde sexual e reprodutiva, devido a pouca oferta de serviços qualificados, bem como medo de tratamento discriminatório (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

As pessoas que vivem com deficiência são população carente, sujeita a estereótipos e mitos prejudiciais. Elas têm necessidades de saúde sexual e reprodutiva semelhantes às das

peessoas que não possuem deficiência. Contudo, segundo a World Health Organization (2011), as necessidades das pessoas com deficiência são muitas vezes esquecidas, negligenciadas e marginalizadas. Dentre essas omissões, tem-se, historicamente, a negação às PcD informações sobre saúde sexual e reprodutiva. Com isso, elas são muito mais propensas a serem vítimas de abuso físico, sexual e estupro, em algumas situações, por seus próprios cuidadores, a serem submetidos a procedimentos forçados ou coagidos, como esterilização, aborto e contracepção, e a serem infectados pelo HIV e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis. Além disso, as informações inadequadas e escassez de recursos direcionados contribuem para a vulnerabilidade desse grupo; essas desvantagens começam cedo na vida e continuam na idade adulta.

Assim, considerando o panorama da saúde sexual de mulheres, sobretudo de mulheres com deficiência, destacam-se problemas como as ISTs/AIDS (Infecção Sexualmente Transmissível/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), gravidez não desejada, aborto, infertilidade, violência de gênero e a emergência dos problemas de disfunções sexuais (WHO, 2011). Envolvem comportamentos individuais, relações, proteção da saúde física e mental e uma perspectiva de direitos individuais e sociais.

As políticas públicas referentes à saúde sexual da população centram-se nas práticas, serviços e sistemas de saúde, mas tentam transcender para incluir questões como o direito à informação e à educação sexual e a garantia nas leis e nas políticas de um conjunto de direitos ligados à fecundidade e a vida e relacionamentos sexuais. Partem de lógicas e fenômenos individuais, de campos da chamada vida íntima, tais como a fecundidade ou a sexualidade, mas adquirem imediatamente uma dimensão social e política, considerando contextos e objetos fundamentais das construções morais de todas as culturas, todas as sociedades e de todas as épocas (GIDDENS, 1997).

É importante dizer que a surdez não impede o funcionamento do aparelho sexual e reprodutivo. A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (BRASIL, 2009a) aponta ser necessário garantir através dos programas de saúde pública, a assistência na área de saúde sexual e reprodutiva às pessoas com deficiência. Os programas indicam a promoção da saúde sexual e do comportamento sexualmente responsável, orientando a atenção à saúde livres de estigmas ou julgamentos, acessíveis, possíveis e considerando as necessidades de cada indivíduo.

No entanto, no campo da saúde sexual e reprodutiva é necessário compreender a complexidade do atendimento em saúde dessas mulheres surdas. Além do preconceito para com sua saúde sexual e reprodutiva, encontra-se a falha comunicativa nas interações durante

os atendimentos. Geralmente, decorrentes do uso de duas línguas diferentes como meio de comunicação, há a necessidade de um tradutor para a Língua Portuguesa/Libras, o que pode restringir na abordagem sobre a temática da saúde sexual e reprodutiva. Outro fato que dificulta o atendimento é a presença de familiares ou intérpretes durante as consultas. Nesse sentido, é possível pensar que as mulheres surdas acabam sendo silenciadas, controladas e persuadidas tanto pela estrutura dos serviços (profissionais não capacitados e recursos sociais) como por familiares e cônjuges.

A Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher, instituída em 2004, propõe atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais (mulheres negras, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais, residentes em locais de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, de orientação homossexual, com deficiência, dentre outras) (BRASIL, 2004b). Apesar disso, em função desse cenário, no caso das mulheres surdas, é possível perceber a baixa utilização das unidades de saúde para questões relativas à sexualidade e reprodução (PIRES; ALMEIDA, 2016).

Na Política Nacional supracitada, percebe-se que a questão da deficiência não é discutida, pois o termo mulher deficiente aparece apenas nas diretrizes e entre parênteses, como exemplo de grupos populacionais que a política pretende resguardar. Depreende-se então que muito embora a proposta ministerial seja um passo a mais na perspectiva da integralidade, um dos desafios é retirar a mulher deficiente da situação de invisibilidade, existente também na própria Política.

É válido ressaltar que ficou definido na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência das Nações Unidas que o termo correto é Pessoa com Deficiência (PcD). A decisão teve como objetivo afastar termos pejorativos que possam ser utilizados para inferiorizar a pessoa com deficiência.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência evidencia um problema que tem um impacto muito importante na elaboração das políticas de saúde: a inexistência quase total de dados e informações de abrangência nacional que retratem, de forma atualizada, a realidade das mulheres surdas e sua saúde sexual (BRASIL, 2010).

Para além destas questões, o estudo de Brandão e Cabral (2017) destaca o panorama e os retrocessos ocorridos no campo da saúde sexual e reprodutiva no Brasil de modo geral. As autoras apontam que questões relacionadas ao direito ao aborto, a atenção à saúde em casos de violência sexual, a prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis e a cidadania

homossexual estão sendo suprimidas, comprometendo a defesa e o avanço dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e da população LGBTIQ+.

Justificativa

Este estudo fortalece a prática de cuidado da Enfermagem junto às pessoas com deficiência e, em especial, às mulheres surdas. A contribuição se dá na medida em que, ao analisar as condições de saúde sexual de mulheres surdas, suas vivências e seus comportamentos relacionados à saúde, delineando os fatores influenciadores, as condições de vulnerabilidades, suas repercussões na vida das mulheres propõem, a partir desses subsídios, a construção de propostas mais efetivas e direcionadas a esse grupo populacional.

Mulheres com deficiência, em particular as surdas, como já anteriormente mencionado, possuem fragilidade quanto às referências afetivas e educativas sobre a promoção da saúde sexual e reprodutiva (ÁFIO, 2019).

Uma vez que se possa identificar a condição de saúde sexual/reprodutiva e os fatores que influenciam a sua promoção, estaremos contribuindo na atenção primária e na prevenção de situações de risco quanto à saúde sexual das surdas.

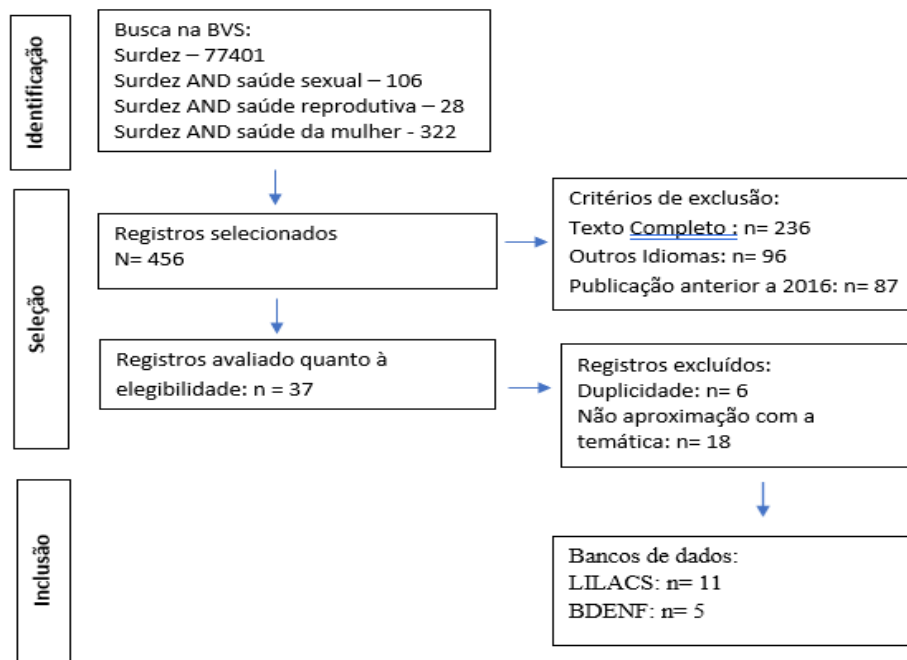
A pesquisa científica atua como um artifício fundamental no mapeamento das políticas públicas que circundam as temáticas de saúde prioritárias no país. É necessário refletir que a carência de produções no nível de pós-graduação acerca da promoção da saúde sexual de mulheres surdas dificulta a apresentação de dados palpáveis sobre o desdobramento dos serviços de saúde na vida desse grupo populacional.

A importância de discutir determinantes e as condições de saúde sexual e reprodutiva de mulheres surdas, e ainda compreender suas dinâmicas acerca da sua promoção da saúde colaboram com dados substanciais para propostas de saúde aliadas a ações governamentais mais específicas e efetivas para este grupo em questão. No tocante às novas propostas assistenciais, entende-se que medidas atualizadas minimizarão os riscos sexuais das surdas, bem como preveni-las e empoderá-las sobre o autocuidado e quanto à sua saúde sexual e reprodutiva.

Ainda buscando justificar o estudo, buscou-se conhecer o panorama acerca do que já foi produzido sobre a atenção à saúde sexual e reprodutiva de mulheres surdas. Nesse sentido, foi realizado uma pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram escolhidos os seguintes descritores: surdez; saúde sexual; saúde reprodutiva e saúde da mulher. Utilizou-se o operador booleano AND, resultando as seguintes combinações:

"surdez" AND "saúde sexual", seguido de busca “surdez” AND “saúde reprodutiva” e “surdez” AND “saúde da mulher”. Incluíram-se produções em português e inglês, publicados nos últimos dez anos (2009 a 2020). Excluíram-se textos indisponíveis na íntegra, os que não estivessem relacionados com a saúde sexual e reprodutiva de mulheres surdas e os repetidos foram considerados em apenas uma base.

Figura 01 - Fluxograma de seleção dos estudos



Fonte: A autora, 2022.

Conforme a figura anterior, após os processos de refinamento, foram encontradas 13 produções pertinentes ao objeto de estudo, descritas abaixo (Quadro 1).

Quadro 1 – Produção científica acerca da saúde sexual e reprodutiva de mulheres surdas entre 2011 e 2020 (continua)

	Ano	Título/ Autores	Local de origem	Área de conhecimento	Método	Base de dados
1	2011	Quality of life for individuals with hearing impairment who have not consulted for services and their significant others: same- and different-sex couples. Kelly, R.J; Atcherson, S.R.	Nova Zelândia	Medicina	Qualitativo	MEDLINE

Quadro 1 – Produção científica acerca da saúde sexual e reprodutiva de mulheres surdas entre 2011 e 2020 (conclusão)

2	2013	Attitudes toward condom education amongst educators for Deaf and hard-of-hearing adolescents in South Africa. Mall, S.; Swartz, L.	África do Sul	Psicologia	Qualitativo	MEDLINE
3	2015	Sexual health behaviors of users of the Deaf American Sign Language (ASL). MD, E.H.; Haynes, S.; McKee, MD.	EUA	Medicina	Quantitativo	MEDLINE
4	2016	Moving forward with dignity: Exploring health awareness in an isolated Deaf community of Australia. Terry, D.R.; Ouyng, L.; Hoang, B.	Austrália	Enfermagem	Qualitativo	MEDLINE
5	2017	Exploring misinformation of family planning practices and methods among deaf people in Ghana. Mprah, W.K.; Anafi, P.; Yeaboah, P.	África	Educação	Qualitativa	MEDLINE
6	2017	Construção do roteiro do vídeo educativo para pessoas surdas sobre o uso do coito interrompido / Leite, S.S.; Pagliuca, L. M. F.	Brasil	Enfermagem	Metodológico	LILACS BDENF
7	2019	Surdez e sexualidade: Uma análise a partir das representações sociais de universitários surdos / Guimarães, V. M. A.; Santos, F.; Santos, B. F.S.; Silva, J.P. da.	Brasil	Psicologia	Qualitativa	LILACS
8	2019	A Bespoke Social Network for Deaf Women in Ecuador to Access Information on Sexual and Reproductive Health. Robles-Bykbaev, Y. et al.	Equador	Educação	Qualitativa	MEDLINE
9	2019	Modern contraceptive methods knowledge and practice among blind and deaf women in Ethiopia. A cross-sectional survey.	Etiópia	Medicina	Qualitativa	MEDLINE
10	2020	Surdez e sexualidade: as representações sociais dos discentes surdos. Guimarães, V. M. A.; Silva, J.P. da.	Brasil	Psicologia	Qualitativa	LILACS
11	2020	Sexualidade e Surdez: uma Revisão Sistemática. Guimarães, V. M. A.; Silva, J.P. da.	Brasil	Psicologia	Qualitativo	LILACS
12	2020	The Evidence-Based Sexual Abuse Prevention Program Urbann, K.; Bienstein, P.; Kaul, T.	Alemanha	Educação	Observacional	MEDLINE
13	2020	Reproductive Health Services for Adolescents with Hearing Impairment in Indonesia: Expectations and Reality. Suariyani, N. L. P.; et al.	Indonésia	Medicina	Qualitativo	MEDLINE

Fonte: A autora, 2022.

Constatou-se que a maior parte dos materiais encontrados foram publicados na América (6), na África (3) e, em menor número, na Austrália (2), na Europa (1) e na Ásia (1). As áreas de conhecimento que predominaram na produção de pesquisas acerca desta temática foram a Medicina e a Psicologia, emergindo apenas 2 estudos na área da Enfermagem. A maioria dos estudos (n=12) utilizou a metodologia qualitativa, sendo a maioria dos estudos

produzidos nos continentes africano, europeu, asiático e americano. Particularmente, na América, o Brasil apresentou o maior número de produção.

Dos artigos selecionados, houve predominância (n=8) daqueles cuja abordagem estava ligada à saúde sexual das pessoas surdas. Nestes, os assuntos abordados estavam relacionados a prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis, em especial ao HIV/AIDS, através da abordagem de tecnologias assistivas que garantam a acessibilidade às informações sobre o uso de preservativos masculinos nas relações sexuais. Em menor número (n= 5), identificaram-se artigos relacionados à saúde reprodutiva, que abordaram questões relacionadas ao planejamento reprodutivo, com enfoque na utilização de métodos contraceptivos acessíveis à população surda.

Não foram encontradas produções sobre a promoção da saúde sexual sob a perspectiva de gênero, constatando o déficit de achados de pesquisas que procurem lançar luz para os comprometimentos da saúde da mulher com deficiência, sobretudo às mulheres surdas e sua saúde sexual e reprodutiva.

Além disso, percebe-se a escassez de estudos que considerem todo o ciclo de vida e as ações de prevenção e promoção da saúde sexual e reprodutiva voltadas para esse grupo específico, sob a perspectiva de gênero. A assistência prestada às mulheres pode ser prejudicada pelos poucos achados, mas também serve de base empírica para a produção do conhecimento que permitirá devolver à assistência eixos para sua melhor sistematização, qualificando-a.

Tendo em vista o panorama exposto, no qual se observa a escassez de informação sobre a saúde sexual/reprodutiva das mulheres surdas, e ainda no intuito de subsidiar o conhecimento sobre como se apresenta a atenção à saúde das mulheres surdas e, conseqüentemente, pensar em ações de promoção de sua saúde sexual, debruçou-se em alguns questionamentos, os quais motivaram o aprofundamento desta situação problema:

- a) Quais as vivências (estilos de vida, atitudes, comportamentos e experiências) de mulheres surdas, considerando o contexto de sua saúde sexual e reprodutiva (sexualidade)?
- b) Como as mulheres surdas percebem sua saúde sexual e reprodutiva?
- c) De que maneira a surdez influencia na saúde sexual e reprodutiva de mulheres com essa deficiência?
- d) Quais as vulnerabilidades vivenciadas pelas mulheres surdas no âmbito de sua saúde sexual?

Como já mencionado, entende-se que as mulheres surdas vivenciam a condição de ser diferente, dentro de uma sociedade estigmatizante e experimentam, cotidianamente, situações permeadas por dificuldades em estabelecer comunicação.

No que tange à questão sexual e reprodutiva, a condição de surdez pode ser observada como um obstáculo na aquisição de informações sobre a sexualidade, gravidez, Infecções Sexualmente Transmissíveis, direitos garantidos por lei, dentre outros. Os temas relacionados à saúde sexual, reprodutiva e, sobretudo, sobre a sexualidade são temas permeados por valores, princípios, padrões sociais e discriminações. Na condição de deficiência e, especialmente, na condição de mulher surda, geralmente, a sua sexualidade é dependente e monitorada na perspectiva de familiares e de outras pessoas que fazem parte do convívio social (SOUSA; PAGLIUCA, 2001; CONSTANTINO, C.; LUIZ, K. G, 2020).

Objetivos

Dentro do panorama apresentado e na busca da compreensão do objeto de estudo, perspectivas de mulheres surdas sobre sua saúde sexual e reprodutiva, e ainda considerando a relevância da problemática que o envolve e com o intuito de elucidar os questionamentos que envolvem a situação problema, apresentam-se como objetivos:

- a) Descrever as situações vivenciadas por mulheres surdas no âmbito de sua saúde sexual e reprodutiva;
- b) Discutir como a surdez influencia a saúde sexual/reprodutiva de mulheres surdas a partir de sua própria perspectiva;
- c) Analisar as vulnerabilidades de mulheres surdas considerando suas vivências no contexto de sua saúde sexual e reprodutiva.

Pressupõe-se, diante das questões de gênero e da deficiência, que a condição da surdez tem influência direta sobre as vulnerabilidades das mulheres surdas no âmbito de sua saúde sexual e reprodutiva. As mulheres surdas, em sua grande maioria, têm o acesso negado às informações acerca desses temas. São, geralmente, invisíveis diante das barreiras de acessibilidade, apresentam dificuldade no acesso aos serviços de saúde e, conseqüentemente, são excluídas e discriminadas.

De antemão, percebe-se que a deficiência, a surdez, emprega na mulher, que já vivencia a desigualdade de gênero habitualmente vivida por outras mulheres, mais uma discriminação social. A intersecção de gênero e deficiência interfere diretamente na vida das

mulheres surdas, pois nega e negligencia a sua dimensão humana. As consequências impactam em muitos aspectos como, por exemplo, na compreensão de si, do próprio corpo e, até mesmo, em questões relacionadas ao acesso à saúde. É importante frisar que a Lei Brasileira de Inclusão, em seu capítulo sobre Direito à Saúde, traz que o “respeito à especificidade, à identidade de gênero e à orientação sexual da pessoa com deficiência” precisa ser assegurado pelos serviços de saúde destinados à essa população (BRASIL, 2015).

1. REFERENCIAL TEMÁTICO

1.1 Contextos políticos e os paradigmas sobre a Deficiência

Nas considerações iniciais, apresentou-se o conceito de deficiência. Entende-se que pontos distintos devem ser considerados quando se trata desta conceituação, o que pode conferir a este conceito diversos aspectos, dependendo da área de estudo. Soma-se a isto que a deficiência por si só é algo que tende a ser complexo, dinâmico e multidimensional. Ela impacta indivíduos e sociedades principalmente quando a doença-deficiência é interpretada como materialização de um castigo, visão antiga, mas ainda presente e com significado punitivo, em algumas culturas (GARCIA, 2008).

É salutar compreender a deficiência como parte da condição humana. Em algum momento de suas vidas, quase todas as pessoas terão uma deficiência temporária ou permanente. A atual tendência de sobrevivência ao envelhecimento, faz com que se enfrente dificuldades cada vez maiores com a funcionalidade de nossos corpos (WHO, 2011).

Nesse sentido, é importante entender a deficiência como um fenômeno global, frequentemente associado à pobreza, com impactos políticos, econômicos, culturais e sociais, e implicações para a sociedade como um todo (WHO, 2011).

Segundo dados da Organização das Nações Unidas (ONU, 2008) estima-se que 15,3% da população mundial (cerca de 978 milhões de pessoas dos estimados 6,4 bilhões de habitantes em 2004) possuíam “deficiências graves ou moderadas”, enquanto 2,9% ou cerca de 185 milhões enfrentavam “deficiências graves”. O Censo do Instituto Brasileiro de Geografia apontou que havia no Brasil, naquele ano, cerca de 45,6 milhões de pessoas com deficiência, o que corresponde a 23,92% da população brasileira (IBGE, 2010).

Diante dos significativos números que envolvem as pessoas com deficiência (PcD), emergem reflexões e questionamentos sobre o cotidiano destas pessoas, inseridas em uma sociedade que valoriza o esteticamente perfeito, tem dificuldade em acolher a diversidade e, assim acaba por segregar o diferente. Ser uma "Pessoa com Deficiência" no cenário social brasileiro vai muito além da definição de deficiência como qualquer agravo que comprometa a funcionalidade física ou sensorial do indivíduo. A condição de "diferente" ultrapassa os padrões biomédicos que reduzem as PcD àquelas “fora dos padrões normais de

funcionalidade”, e abrange toda a problemática socioemocional que circunda este grupo (MAIA, 2006).

A condição de Pessoa com Deficiência, em nossa sociedade, traz consigo sequelas/marcas físicas, emocionais e sociais que contribuem significativamente para que se tornem pessoas socialmente vulneráveis por definição, pois no contexto social brasileiro, durante décadas, a PcD esteve na invisibilidade. Apesar das significativas conquistas, ainda podemos dizer que este estado se mantém.

A deficiência foi, por um longo período, um campo de estudos exclusivamente biomédico, no qual a medicalização do corpo era uma forma de inclusão da pessoa com deficiência na sociedade. Entretanto, a concepção evoluiu e pode-se perceber que a deficiência, além do indivíduo, está também ligada às relações existentes na sociedade.

Para o modelo médico, a deficiência é frequentemente um problema do indivíduo, entendido como um fenômeno do corpo, no qual a ausência ou limitações funcionais são os elementos definidores (FRANÇA, 2013). Pelo modelo médico, cabe à pessoa a tarefa de tornar-se apta a participar da sociedade. Já para o modelo social da deficiência, o “defeito” numa estrutura do corpo é uma característica como sexo ou a cor da pele. A deficiência é considerada uma característica de exclusão como qualquer outra, tal como gênero, classe ou etnia, e a desvantagem vivida pelo indivíduo depende muito mais das condições do ambiente social do que dos “defeitos” que o corpo da pessoa possa apresentar (MELLO, 2016).

O modelo médico ou biomédico da deficiência a compreende somente como um fenômeno biológico da doença. A deficiência seria em si a incapacidade e tal condição levaria os indivíduos a uma série de desvantagens. Uma vez identificada como orgânica, para se sanar a deficiência dever-se-ia fazer intervenções sobre o corpo para promover o seu melhor funcionamento e assim, reduzir, quando possível, as desvantagens sociais vividas (FRANÇA, 2013).

O principal documento que determina a conceituação do modelo médico da deficiência é o intitulado Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens. Este, elaborado em 1976, em complementação à Classificação Internacional de Doenças pela OMS, teve como objetivo classificar as condições crônicas de saúde em decorrência de doenças. Hoje, o documento já não é mais utilizado. Algumas críticas estruturais, como situar as deficiências necessariamente como decorrência de uma doença e atribuir à incapacidade e à deficiência a existência de desvantagens sociais, levaram ao seu abandono como referência para a classificação médica (DINIZ, 2007; OMS, 2003a; 2003b).

A oposição crítica à essa concepção fortaleceu-se, por entender que as questões relacionadas à deficiência não se limitam à ordem biológica e individual das pessoas, emerge o modelo social da deficiência. Este fez críticas à abordagem individualista, restrita ao corpo e que preconiza ações normalizadoras e que rotula os indivíduos como inaptos e ignora as estruturas sociais que impedem a participação social da pessoa com deficiência (FRANÇA, 2013).

Advindo do movimento social das pessoas com deficiência ocorrido na Inglaterra, na década de 70, essa concepção de deficiência tem por objetivo fomentar a emancipação das pessoas com deficiência para que percebam criticamente, qual o lugar que ocupam na sociedade. Concebe a deficiência como uma interação entre os fatores pessoais, ambientais e sociais. Para este modelo, a deficiência é uma questão sociopolítica, um problema criado pela sociedade e que requer a modificação da sociedade em seu entorno para resolução (MELLO, 2006)

Considerando o objeto desta pesquisa, adota-se o modelo social pois, propôs-se que a surdez não pode ser entendida como deficiência, mas como diferença. Esta constitui uma variação do ser humano e que, para Skliar (1998) constitui uma diferença a ser reconhecida politicamente; a surdez é uma experiência visual, constitui uma identidade múltipla ou multifacetada.

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência estabeleceu, em 2008, que a deficiência é um conceito em evolução (BRASIL, 2009a). Deve ser entendido como resultado da interação entre sujeitos que possuem algum tipo de lesão no corpo e as barreiras sociais que impedem sua plena e efetiva participação na sociedade em igualdade de oportunidade com as demais pessoas. Diante do paradigma da inclusão, um dos principais desafios sociais é a constituição de novas formas de produzir sentidos para os diferentes sujeitos. Essas formas devem ser fundamentadas na vontade de ruptura com os diferentes tipos de opressão e, acrescente-se, de discriminação e segregação. Ressalta-se que essa Convenção é a primeira a iniciar a importante mudança de paradigma nas atitudes e abordagens com relação às pessoas com deficiência. Anteriormente, vistas como incapazes, objetos de caridade, tratamento médico e proteção social, elas passaram a ser reconhecidas como sujeitos de direitos, capazes de tomar decisões sobre suas próprias vidas, tornando-se membros ativos da sociedade (BYLAARDT, 2010; BRASIL, 2009a).

Não podemos deixar de considerar as diversas terminologias adotadas ao longo das décadas, os significados a elas atribuídos e as conotações estigmatizantes que as acompanharam.

Na maioria das vezes, desconhece-se que o uso de um termo ou uma designação inadequada pode causar segregação e constrangimentos. O uso incorreto e/ou inoportuno de um termo para referir-se a uma PcD pode parecer pejorativo e afastá-la temporária ou definitivamente de uma ocupação, como trabalho ou educação. Em contrapartida, o uso de um termo correto para designar “um diferente” pode abrir portas para a comunicação, para uma conquista social, para o cuidado, pode remeter acolhimento e garantir o sucesso de um atendimento, seja na área que for.

A utilização de uma nomenclatura inadequada para referir-se à pessoa com deficiência pode ser a causa da dificuldade ou da demora com que o público e os profissionais que não lidam usualmente com este grupo social têm para mudar seus comportamentos, raciocínios e conhecimentos em relação a estas pessoas. O mesmo fato pode também ser responsável pela resistência contra a mudança de paradigmas, que vai da integração para a inclusão em todos os sistemas sociais comuns.

O uso correto ou não de um termo considerado técnico vai além da semântica, se se deseja falar ou escrever corretamente, construtivamente, em uma perspectiva inclusiva qualquer assunto de cunho humano, voltado a qualquer grupo social. A terminologia correta torna-se especialmente importante ao se abordar assuntos tradicionalmente eivados de preconceitos, estigmas e estereótipos, como é o caso das pessoas com deficiência. Comumente, esbarra-se na questão delicada e polêmica que é a terminologia, e, não raro, depara-se com termos impróprios (SASSAKI, 2004).

Os termos são considerados corretos em função de certos valores e conceitos vigentes em cada sociedade e em cada época, passando a ser incorretos quando esses valores e conceitos vão sendo substituídos por outros (NUNES et al, 2020). Esta dinâmica natural das sociedades de mudança de valores e conceitos acaba por exigir o uso de novas palavras e até mesmo a criação dos neologismos.

Em todas as épocas e localidades diferentes perguntou-se: qual o termo correto para se referir a uma pessoa com deficiência? A resposta a esta pergunta não é simples. É importante deixar claro que jamais houve ou haverá um único termo correto, válido e definitivo para esta designação. Em cada época foram utilizados termos cujos significados são compatíveis com os valores vigentes em cada sociedade e seu relacionamento com as pessoas que possuem este ou aquele tipo de deficiência (SASSAKI, 2004; SILVA, 2008a).

Foram elencados alguns termos e significados, de acordo com a sua época para exemplificar: no século 20, “os inválidos” significavam os indivíduos sem valor, aqueles com deficiência eram socialmente inúteis; do século 20 até meados da década de 60, “os

incapacitados” (variação do termo “os incapazes”) significavam indivíduos sem capacidade e já indicavam que alguns indivíduos não eram capazes de realizar algumas atividades devido à deficiência. Da década de 60 até meados da década de 80, surgem os termos “os defeituosos”, “os deficientes”, “os excepcionais” que, respectivamente, significavam indivíduos com deformidade (principalmente física); indivíduos com deficiência física, intelectual, auditiva, visual ou múltipla que executavam suas funções básicas de forma diferente; e os indivíduos com deficiência intelectual, quando já surgia o polo oposto das pessoas com superdotação (SASSAKI, 2004).

A década de 80 significou um marco para esta questão da terminologia, pois a ONU nomeou o ano 1981 de Ano Internacional das Pessoas com Deficiência. No entanto, o mundo começou a achar difícil dizer ou escrever “pessoas deficientes”. Assim, o impacto desta terminologia foi intenso e colaborou para melhorar a imagem destas pessoas. A expressão “pessoas deficientes” passou a ser utilizado como adjetivo, sendo-lhe acrescentado o substantivo *pessoas*, o que atribuiu valor àqueles que tinham deficiência. Alguns líderes contestaram o termo, alegando a conotação de que “pessoa deficiente” sinaliza que a pessoa inteira seria deficiente, ultrapassando a deficiência em si - o que poderia alimentar uma situação estigmatizante - tornando o termo inaceitável para este grupo.

Do final da década de 80 até meados dos anos 90, surge a expressão “pessoas portadoras de deficiência”, somente utilizado em países de língua portuguesa, proposto para substituir o termo anterior. Contudo, surge uma nova discussão e um novo valor agregado a pessoas, o de “portar uma deficiência”. Alguns entenderam com esta expressão que a deficiência passa a ser um detalhe das pessoas e a palavra “portadora” foi questionada pelo simples fato de que pessoas com deficiência não “portam”, não “levam” a deficiência consigo, criando a falsa ideia, a partir deste verbo, de que a pessoa pode separar-se da deficiência. Todavia, é o termo adotado na Constituição Federal e bem aceito no meio jurídico (SASSAKI, 2004).

A partir dos anos de 1990, a busca por direitos ganha maior visibilidade, no entanto, ainda permanecem nomenclaturas excludentes como “portadores de deficiência” e “portadores de necessidade especial”. O modelo social dá voz às lutas pela cidadania, mas ainda não contempla na forma de referência apropriada. Assim, a partir da Convenção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (CDPCD), promovida pela ONU e ocorrida em 2001, passa-se a pensar em um modelo que contemple o âmbito social e médico da deficiência. Por conta desse novo enfoque, surge o modelo biopsicossocial (SILVA; KESKE, 2021).

Da década de 90 até hoje, surgiram várias expressões, com destaque para “pessoas com necessidades especiais”. De início, era apenas um novo termo, mas teve um valor agregado tanto à pessoa com deficiência, quanto a outras pessoas, em “situações especiais” como deficiências temporárias, gestantes, idosos e obesos. Vale lembrar a discussão em torno da palavra “especial” que poderia aparentar uma tentativa de amenizar a contundência da palavra deficiente (SASSAKI, 2004; ARAÚJO, 2020).

Finalmente, em 2008, a Convenção da ONU, lançou a expressão “Pessoas com Deficiência”. Esta expressão agrega à palavra pessoas o substantivo deficiência que traduz o grande segmento de “excluídos”, mas agora com seu poder pessoal, exigem sua inclusão em todos os aspectos da vida e da sociedade: trata-se de um empoderamento (BRASIL, 2009a).

A diferença entre esta expressão e as anteriores é simples, pois ressalta a pessoa à frente de sua deficiência. A pessoa é valorizada, acima de tudo, independentemente de suas condições físicas, sensoriais ou intelectuais (BRASIL, 2009a).

Os esforços dos setores oficiais para definir e padronizar uma terminologia para a “deficiência” ganha sentido no momento em que se dá voz a este grupo e percebe-se que a maneira de se referir a esta condição é carregada de significados decorrentes do modo como se interpreta a condição da deficiência (MARTINS; BARSAGLINI, 2011).

Assim, a Portaria nº 2.344, de 3 de novembro de 2010, atualiza a nomenclatura do Regimento Interno do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência (BRASIL, 2010). Onde se lê "Pessoas Portadoras de Deficiência", leia-se "Pessoas com Deficiência". E, com isso a utilização da sigla já difundida – PcD.

Ao discorrer-se e aprofundar-se sobre algumas das questões que envolvem a elaboração de conceitos do que vem a ser uma deficiência e sobre questões que tratam das designações para as PcD, nota-se o quanto o uso inadequado de uma terminologia pode interferir na perspectiva inclusiva deste grupo social, ao suscitar visões estereotipadas e estigmatizantes, através do uso inoportuno e/ou pejorativo de certos termos.

No campo das políticas públicas, é possível perceber a influência do conceito e da concepção do modelo de deficiência em suas formulações. Ao longo do tempo, é possível perceber que as ações e estratégias estiveram fortemente relacionadas à correção da deficiência e à reabilitação, previstas no modelo biomédico.

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), constitui política pública e foi implementada em 2012. Seu objetivo foi ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência no Sistema Único de Saúde (SUS), com foco na organização de rede e na atenção integral à saúde. Dentre as suas diretrizes, ressalta-se a garantia de autonomia,

independência e liberdade às pessoas com deficiência para fazerem as próprias escolhas, promoção da equidade e do respeito às diferenças e aceitação de pessoas com deficiência, com enfrentamento de estigmas e preconceitos, garantia de acesso e de qualidade dos serviços, mas, em relação à deficiência auditiva/surdez, também se apresenta como uma política limitada às ações de reabilitação do aparelho auditivo, pois não menciona aspectos relacionados à cultura surda (CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS, 2012).

Em 2012, através da implementação das Diretrizes de Atenção à Triagem Auditiva Neonatal, proposta pelo Ministério da Saúde, buscou-se a identificação precoce da deficiência auditiva nos neonatos, com o objetivo de encaminhá-los para o diagnóstico e posteriores intervenções, considerando que o diagnóstico funcional e a intervenção iniciados antes dos seis meses de vida da criança possibilitam, em geral, melhores resultados para o desenvolvimento da função auditiva, da linguagem, da fala, do processo de aprendizagem e, conseqüentemente, a inclusão no mercado de trabalho e melhor qualidade de vida (BRASIL, 2012).

Além disso, pode-se ressaltar que, em 2014, as políticas implementadas no Brasil com foco na surdez, como a Diretriz de Atenção à Triagem Auditiva Neonatal e de atenção especializada para o implante coclear e de prótese auditiva, foram pautadas na concepção orgânico-biológica e tinham como objetivo ampliar a oferta de tecnologias para a reabilitação da função auditiva no SUS. Através delas, foram ampliados e incorporados procedimentos para a atenção especializada, atualizando os critérios de indicação e contra-indicação da cirurgia de implante coclear e estabelecendo os critérios de indicação e contra-indicação da cirurgia de prótese auditiva ancorada no osso nos serviços habilitados pelo SUS, determinando critérios para habilitação e financiamento dos serviços que realizarão tais procedimentos (BRASIL, 2014).

Em 2015, também conhecida como Estatuto da Pessoa com Deficiência, foi promulgada a Lei Brasileira da Inclusão. Com fortes influências do modelo social da deficiência, teve como objetivo assegurar e promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais da pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania, ela modifica o entendimento da deficiência. Se em legislações anteriores era vista como uma condição, a partir dela, passou a ser entendida como uma situação dos espaços, físicos ou sociais, que não estão aptos para recebê-las da forma adequada (BRASIL, 2015).

Em seu capítulo III, trouxe o direito à saúde e dos diversos serviços que devem ser assegurados, esta Lei aponta a respeito à especificidade, à identidade de gênero e à orientação sexual da pessoa com deficiência e ainda, a atenção sexual e reprodutiva, incluindo o direito à fertilização assistida.

É importante salientar que o Brasil vivenciou muitos anos de luta para a incorporação dos direitos das PcD, contudo, ainda que existam políticas que contemplem os direitos das PcD, persistem a invisibilidade e a desigualdade naturalizada intrinsecamente, velada e opacificada (NUNES et al, 2020).

Ainda assim, é possível afirmar que, mesmo após conquistas feitas pelo movimento brasileiro das PcD, pelo empenho dos órgãos governamentais e das instituições, as PcD não usufruem, de forma plena, dos direitos de cidadania conquistados. No que tange as questões de gênero e da saúde sexual e reprodutiva, observam-se lacunas nas ações programáticas e na assistência às mulheres com deficiência e às mulheres surdas.

1.2 Contextualizando a identidade e cultura surda

Considerando as concepções existentes no modelo biomédico e social da deficiência, a mudança paradigmática possibilitou a surdez uma mudança de estatuto, de patologia para fenômeno social, acompanhada também de uma alteração de nomenclatura, não só terminológica, mas conceitual: de deficiente auditivo para surdo ou ainda Surdo (destacando na inicial maiúscula uma identidade social). Antes, os surdos eram considerados deficientes e a surdez era uma patologia incurável. Agora, eles passaram a ser “diferentes” (SANTANA; BERGAMO, 2005).

Numa visão social e antropológica da surdez, não há de pensar no surdo como um indivíduo patológico, mas sim como membro de comunidade linguística diferente, que possui valores culturais próprios e tem como elo de identificação a Libras. Para Bernardino, Pereira e Passos (2020), o uso do termo ‘surdo’ como mais apropriado representa uma tentativa de minimizar o processo de estigmatização dessas pessoas, afinal, no passado, estas pessoas eram nomeadas como ‘mudas’, o que reflete até hoje na reprodução do sinal para surdez, isto é, em Libras o sinal utilizado para identificar determinada pessoa como surda é o mesmo utilizado durante anos e rejeitado pela comunidade surda atual: surdo-mudo.

A história permite identificar formas gritantes de violência contra a comunidade surda. No século XIX, em favor da metodologia oralista, a língua de sinais foi definitivamente banida das escolas de surdos, proibindo o compartilhamento da língua cultural de um povo (VERGAMINI, 2003).

Pode-se afirmar que o modo como os surdos e demais deficientes são tratados guarda relação direta aos fatos históricos da humanidade, bem como valores e crenças encontrados em determinados grupos que são minoria. A pessoa surda nem sempre foi respeitada por sua diferença, pois sempre foi vista como uma “anormalidade” dentro de uma sociedade majoritariamente ouvinte.

Para Goldfeld (2002) a ideia que a sociedade fazia sobre os surdos, no decorrer da história, geralmente apresentava apenas aspectos negativos. Na Antiguidade, os surdos foram percebidos de formas variadas: com piedade e compaixão, como pessoas castigadas pelos deuses ou como pessoas enfeitiçadas, e por isso eram abandonados ou sacrificados. Importantes filósofos, como Aristóteles, acreditavam que o pensamento era desenvolvido através da linguagem e a linguagem com a fala; logo, o surdo não pensava, e, conseqüentemente, não poderia ser considerado humano.

Muitas foram as formas de incluir a pessoa com deficiência à sociedade, mas todas não passavam de assistencialismo, como, por exemplo, na Idade Média, como a sociedade era muita voltada à Igreja e às ideias religiosas, as pessoas começaram a ver o deficiente como alguém que merecia compaixão, deixando-os viver.

Nessa época os surdos eram proibidos de casar, possuir ou herdar bens. Acreditava-se que somente se o surdo falasse ele poderia ser considerado alguém com direitos na sociedade. Então alguns padres começaram a ensinar os surdos filhos de ricos a falar, para que eles pudessem herdar as riquezas de sua família. Somente em 1780, surge na França, a primeira escola pública para surdos no mundo com método oralista. Com o método inadequado, foi substituída, um século mais tarde, nos Estados Unidos da América, pela primeira escola que utilizava como principal forma de comunicação o método da comunicação total, ou seja, unindo o léxico da língua de sinais francesa à estrutura da língua oral francesa, apenas adaptando alguns termos para o inglês (OLIVEIRA et al, 2007).

Impedidos de participar de movimentos que discutissem sua forma de se comunicar, os surdos, conseguiram, após diversos movimentos de reivindicação, conquistar um importante avanço político. Com isso, no final de 1960, as línguas de sinais voltaram a ser consideradas importantes na educação de crianças surdas. Aos poucos, a língua de sinais foi ganhando espaço na sociedade e a comunidade surda foi se fortalecendo.

De modo peculiar ao mundo dos ouvintes, os surdos, por possuírem como primeira língua a Libras, uma língua diferente da falada pela sociedade ouvinte, compartilham, com outros surdos, experiências de mundo essencialmente visuais, por meio das imagens e movimentos experienciados na vida cotidiana. A consequência primeira dessa realidade é a existência de uma cultura surda própria e diferenciada daquela do mundo ouvinte (SKLIAR, 1998), e, muitas vezes, sendo alvo de atitudes violentas.

As pessoas surdas, como minoria linguística, têm uma experiência comum de vida, e isso se manifesta na cultura dos Surdos, incluindo crenças, atitudes, histórias, normas, valores, tradições literárias e arte compartilhadas por pessoas surdas. Nesse sentido, defende-se a existência de uma “cultura surda”, baseada no conceito de multiculturalismo, que entende a cultura não apenas relacionada com a etnia, a nação ou a nacionalidade, mas como um lugar de direitos coletivos para a determinação própria de grupos (STROBEL, 2008)

Cultura surda é o jeito de o sujeito surdo entender o mundo e de modificá-lo a fim de torná-lo acessível e habitável, ajustando-o com as suas percepções visuais, que contribuem para a definição das identidades surdas e das “almas” das comunidades surdas (STROBEL, 2008). Isto significa que abrange a língua, as ideias, as crenças, os costumes e os hábitos de povo surdo.

Os intelectuais surdos Perlin e Miranda (2003) definem que o critério utilizado para identificação da pessoa surda tem como campo de significação a cultura surda e a utilização da visão, em substituição total à audição, como meio de comunicação. A cultura surda é representada não apenas pelo uso da língua de sinais, mas também por um modo de se expressar, conhecer o mundo, produzir artes e conhecimento a partir da experiência visual.

Nesse contexto, entende-se que a comunidade surda de fato não é só de sujeitos Surdos, há também sujeitos ouvintes – membros de família, intérpretes, professores, amigos e outros – que participam e compartilham os mesmos interesses em comuns em uma determinada localização (STROBEL, 2008).

Historicamente, os surdos eram alijados de quaisquer processos de interação social. Mazzotta (1996) descreve que os surdos, assim como pessoas consideradas deficientes, até pouco tempo atrás, nem tinham direito à vida. Eram abandonados à própria sorte, por serem considerados como um peso para os seus familiares e demais membros do grupo social ao qual pertenciam. Surdos, especificamente, durante a idade média, eram considerados sub-humanos. Por não oralizarem, eram impedidos de entrar nas igrejas, participar dos rituais e receber os sacramentos, além de serem considerados sem alma e comparados aos irracionais (GOLDFELD, 2002).

Entretanto, após diversas discussões a respeito da comunicação, dos movimentos de luta sociais dos surdos e da educação dos surdos no Brasil, em 2002, a Lei 10.436 garantiu o reconhecimento da Língua de Sinais Brasileira (Libras) como primeira língua da comunidade surda. Nesse contexto, surge como um mecanismo de afirmação da identidade surda - anulada e silenciada durante muito tempo -, através da prática da oralização imposta pela sociedade (o surdo era ensinado a “falar” através do método da repetição).

O reconhecimento da Libras como língua e como uma representação de um grupo, trouxe contribuições à comunidade surda. Permitiu a visibilidade de sua identidade, cultura, costumes, e, principalmente, a diferença de sua condição (PERLIN, 1998). Além das repercussões linguísticas e cognitivas, há de se pensar nas repercussões sociais. Ser normal implica ter língua, e, se a anormalidade é a ausência de língua e de tudo o que ela representa (comunicação, pensamento, aprendizagem etc.), a partir do momento em que se configura a língua de sinais como língua do surdo, o estatuto do que é normal também muda. Em outros termos, a língua de sinais acaba por oferecer uma possibilidade de legitimação do surdo como “sujeito de linguagem”. Ela é capaz de transformar a “anormalidade” em diferença, em normalidade. Assim, apesar dos surdos se enquadrarem como pessoas com deficiência auditiva, eles preferem ser compreendidos em sua singularidade cultural, como surdos, que possuem sua própria língua e um modo particular de ser no mundo.

Nesse contexto, percebe-se a constituição de uma identidade surda. Entre diferentes identidades, Perlin (2004) aponta as identidades surdas como presentes em grupos de sujeitos que fazem uso da comunicação visual (as línguas gestuais) e partilham das comunidades e culturas surdas. Diversas práticas simbólicas, narrativas pessoais e discursos de resistência de muitos indivíduos surdos tocam-se em uma série de pontos comuns, criando uma tênue linha que tece vínculos comunitários e (re)define a experiência da alteridade.

Considerando a importância da Libras para comunidade surda e o estabelecimento de comunicação efetiva ser essencial nas práticas das enfermeiras, Shubert (2014) realizou um diagnóstico do ensino da Língua nos cursos de graduação em enfermagem. Reconheceu-se certa “surdez” em relação à comunicação no atendimento dos clientes com deficiência auditiva. Cria-se um significado para não aprender e tampouco ensinar a Libras para os estudantes, que também tem suas significações próprias quanto ao fazer ou não uma disciplina optativa/eletiva. Assim, cria-se uma série de justificativas para o injustificável (SHUBERT, 2014).

Em 2002, a Libras foi promulgada pela Lei 10436, como língua oficial da comunidade surda e, em 2005, assinado o Decreto 5626, que regulamentou tal Lei (BRASIL,

2005b). Trata-se de duas normas importantes para comunidade surda, pois ao conferir à língua de sinais o estatuto de língua, percebe-se não apenas repercussões linguísticas e cognitivas, há repercussões também sociais. Ser normal implica ter língua, e, nesse sentido, a Libras como língua espaço-visual possibilita, embora de forma diferente da língua oral, a percepção do mundo (CONASS, 2012).

Desse modo, compreende-se que a maioria das comunicações de surdos é feita em Libras e que estes se consideram pertencentes à Cultura Surda, caracterizada pelo principal elo de identificação cultural, a Língua Brasileira de Sinais. Ainda neste campo, destaca-se o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (recepcionada no Brasil pelo Decreto nº 6.949/2009), em seus artigos 24 e 30, § 4, que se referem, respectivamente, à promoção da identidade linguística da comunidade surda pelo acesso e aprendizado da língua de sinais e ao reconhecimento de uma identidade cultural e linguística específica, constituída pela língua de sinais e a cultura surda (BRASIL, 2009a).

Entretanto, é importante destacar que, no campo da saúde, em particular da saúde sexual, essa comunicação ainda não alcança os serviços, denotando vulnerabilidade programática à clientela.

Apesar de garantida e reconhecida em Lei como língua oficial da comunidade surda, a impossibilidade de diálogo com indivíduos oralizados e de informações predominantes em língua portuguesa, faz com que haja um entrave na aquisição de conhecimento sobre seu próprio corpo, sobre sua sexualidade, sobre a promoção de sua saúde, dentre outros aspectos referentes à sua qualidade de vida.

Considerando a cultura e a identidade surda acima destacada, para que seja garantido o direito à saúde das pessoas surdas ou com deficiência auditiva é fundamental que o atendimento em saúde seja realizado por profissionais capacitados para o uso da Língua de Sinais Brasileira ou para a sua tradução e interpretação.

No campo do cuidado de enfermagem, sobretudo no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, à pessoa surda deve-se garantir atendimento humanizado, pautado no vínculo, escuta ativa e acolhimento dialogado, no qual o profissional com escuta qualificada discute com o usuário suas necessidades em saúde e como melhor solucioná-las. Para atingir tal objetivo, o uso da língua apropriada merece destaque.

Entende-se a humanização do cuidado como uma articulação de conhecimentos, processos, métodos, dispositivos e tecnologias apontando as ações de saúde mais acolhedoras, ágeis e resolutivas (BRASIL, 2004c).

Os desafios vivenciados pela comunidade surda são justificados pelo despreparo dos profissionais em superar as diferenças e singularidades comunicativas e estabelecer uma interação satisfatória, de modo a realizar uma escuta acolhedora, repassar as informações sobre os cuidados de saúde, atingir a subjetividade dos indivíduos e respeitar sua autonomia e privacidade (NUNES et al, 2020).

1.3 Saúde sexual e reprodutiva na perspectiva de gênero

A saúde sexual é uma temática recente e é considerada uma conquista histórica, advinda da luta pela cidadania e pelos Direitos Humanos (BRASIL, 2013). Abrangem o exercício da vivência da sexualidade sem constrangimento, da maternidade voluntária e da anticoncepção auto decidida (LEMOS, 2014). São direitos constituídos e que devem ser promovidos através de estratégias governamentais eficazes, uma vez que o atendimento das demandas por cuidado à saúde sexual e reprodutiva relacionadas às vivências de homens e mulheres deve ser um compromisso das políticas públicas.

As ações de saúde sexual e reprodutiva tem como marcos legais a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), que as definiu como primordiais à saúde, aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos, abandonando a ênfase na necessidade de limitar o crescimento populacional, e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, que apresenta avanço na definição dos direitos sexuais e direitos reprodutivos como Direitos Humanos (BRASIL, 2005a; BRASIL, 2013).

Para as mulheres, o movimento feminista brasileiro foi capaz de grande mobilização e conquistas no que tange a questão dos direitos sexuais e reprodutivos. Esse movimento empreendeu esforços pelo direito à saúde de mulheres e conferiu visibilidade a temas como a sexualidade, o aborto, a violência, a contracepção, dentre outros.

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e, principalmente, a Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos orientam as ações em saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2005a).

A consolidação dos direitos sexuais efetivou-se apenas na década de 1990 e a dimensão da sexualidade surge como um tema polêmico e como grande dificuldade para progresso, devido aos tabus e preconceitos que permeiam a discussão (RIOS, 2006). A

sexualidade é uma construção histórica e sociocultural e se transforma conforme as mudanças nas relações sociais (RIBEIRO, 2015). De maneira mais ampla, pode ser definida como:

A habilidade de mulheres e homens para desfrutar e expressar sua sexualidade, sem riscos de doenças sexualmente transmissíveis, de gestações não desejadas e livre de imposições, violência e discriminações. A saúde sexual possibilita experimentar uma vida sexual informada, agradável e segura, baseada na autoestima. Para tanto, é importante abordagem positiva da sexualidade humana e estímulo ao respeito mútuo nas relações sexuais. A saúde sexual valoriza a vida, as relações pessoais e a expressão da identidade própria de cada pessoa (BRASIL, 2009b).

É fundamental relacionar saúde sexual e gênero, uma vez que os papéis sociais surgem com desdobramentos diferentes para o sexo feminino e para o sexo masculino em uma mesma sociedade. Podem variar de acordo com os fatores sociais de cada indivíduo – escolaridade, classe social, faixa etária e cultura –, mas, ainda sim, é percebida a predominância de um sobre o outro.

O termo gênero também merece destaque. Para Scott (1998):

Por gênero me refiro ao discurso da diferença dos sexos. Ele não se relaciona simplesmente às diferenças, mas também às instituições, as práticas cotidianas como aos rituais, e tudo o que constitui as relações sociais. O discurso é o instrumento de entrada na ordem do mundo, mesmo não sendo anterior a organização social, é dela inseparável. Segue-se, então, que o gênero é a organização social da diferença sexual. Ele não reflete a realidade biológica primeira, mas ele constrói o sentido desta realidade. A diferença sexual não é a causa originária da qual a organização social poderia derivar; ela é antes, uma estrutura social móvel que deve ser analisada nos seus diferentes contextos históricos (SCOTT, 1998, p.15).

Ter presente o conceito de gênero enquanto relação entre os sexos possibilita não somente identificar os valores atribuídos tanto aos homens quanto às mulheres e as regras de comportamento que decorrem destes valores, como também questioná-los, desconstruí-los, reorganizá-los. Saindo do determinismo “natural”, uma vez que não estabelece relação da diferença biológica como causa da desigualdade social.

As relações de gênero produzem uma relação desigual de autoridade, de poder e prestígio entre as pessoas de acordo com seu sexo. Esta questão remete-se às diferenças de papéis sociais atribuído a cada sexo e sua relação de poder e prestígio na sociedade (RIBEIRO, 2015). Ainda quanto ao gênero, é possível afirmar que o gênero distingue a dimensão biológica dos atributos culturais de cada sexo. Na sociedade, as relações que se estabelecem entre homens e mulheres evidenciam diferenças significativas que compilam desigualdades severas e oprimem o livre exercício dos direitos sexuais, caracterizando consequências negativas para a saúde sexual, cidadania e vida do indivíduo mais

desfavorável, no caso, a mulher. Nesse sentido, é possível perceber, em meio as dinâmicas de poder que a sociedade estabelece modelos de conduta específicos e distintos em função do seu gênero.

Em função dos padrões criados pela sociedade, determina-se o ser mulher e o ser homem, criando-se estereótipos rígidos e característicos. O estereótipo é uma ideia que generaliza e padroniza o comportamento de todos os membros de um grupo (RIBEIRO, 2015). Em nossa sociedade, o estereótipo feminino aponta para características como passividade, afetividade, fragilidade, tolerância e emotividade e o masculino aponta para agressividade, força, objetividade, racionalidade e competitividade. Ambos distorcem a realidade, superficializando e empobrecendo a relação entre as pessoas (SUPLICY *et al*, 2005).

Para cumprir com as expectativas do que é ser homem e do que é ser mulher, ambos se colocam ou são colocados em situações que desempenham práticas sexuais inseguras, de maneira desprotegida e colocando em risco sua saúde. Se por um lado homens são pressionados a provar sua masculinidade e virilidade perante a sociedade, lançando-se em situações perigosas e violentas, iniciando-se cedo nas atividades sexuais e tendo várias parceiras; por outro lado, as mulheres sofrem preconceitos que acabam a submetendo, muitas vezes, a relações de forte dependência, implicadas com a dificuldade de tomar decisões e efetivá-las (SALDANHA *et al*, 2011).

No âmbito das políticas públicas merecem destaque as estratégias adotadas em nossa sociedade, principalmente aquelas relacionadas à saúde da mulher e às mulheres com deficiência. Em 1974, com a finalidade de reduzir a mortalidade materno-infantil, o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil foi publicado, com foco na assistência à mulher na fase reprodutiva, teve como proposta governamental o controle da natalidade através de medidas intervencionistas, justificadas pelas ideias das desigualdades sociais e econômicas como produto do crescimento populacional (SOUZA; TYRELL, 2011).

No período de 75 a 80, o Brasil deparou-se com altos índices de mortalidade materna e infantil, voltando todos os esforços para essa parcela da população. Nessa época, no que diz respeito à atenção às PcD, a Organização das Nações Unidas (ONU) consolidou o ano de 1981 como o Ano Internacional da Pessoa Deficiente, elevando a discussão da situação das PcD no mundo, em especial nos países em desenvolvimento, uma vez que, nestes países, questões referentes à pobreza e injustiça social tendem a agravar a situação. A propósito, a Década da Mulher foi instituída no período de 1975 a 1985 (SOUZA; TYRREL, 2011).

A década de 80 foi marcada por avanços no processo de democracia e, em conformidade com esse ideário democrático, em 1984, foi instituído o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que levantou algumas questões que outrora não foram contempladas, como ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação. A saúde da mulher deixou de ser restrita somente à esfera da reprodução e passou a englobar a assistência em clínica ginecológica, no climatério, em planejamento familiar, IST, câncer do colo do útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 2004b).

É válido destacar que nas duas políticas públicas de saúde acima mencionadas, não foram observadas ações ou diretrizes relacionadas à grupos específicos de mulheres, como as mulheres com deficiência, tão pouco às mulheres surdas.

A década de 90 foi marcada por iniciativas públicas que se intensificaram com os movimentos feministas. Em 1991, foi fundada a Rede Nacional Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos e, em 1993, criou-se a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA), em defesa dos direitos da mulher como cidadã e como sujeito ativo da saúde reprodutiva. Neste mesmo ano, ocorreu a Conferência Internacional de Direitos Humanos em Viena, na qual foi declarado que os direitos das mulheres são direitos humanos.

Em 1995, em Pequim, a IV Conferência Mundial da Saúde circunscreveu os direitos sexuais e reprodutivos, assim como os obstáculos da igualdade e equidade entre as mulheres na perspectiva da discriminação racial e étnica. À luz do que foi apresentado, percebe-se que até meados da década de 90, mesmo após várias conferências e movimentos sociais, questões relativas à saúde das mulheres com deficiência, sobretudo das mulheres surdas, ainda não haviam sido discutidas nas políticas públicas, reforçando a invisibilidade social dessa população.

Em 2004, foi criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que incorporou o enfoque de gênero, integração, direitos sexuais e reprodutivos, planejamento familiar, infertilidade e reprodução assistida, saúde mental, combate à violência, prevenção e tratamento de HIV/AIDS, portadoras de enfermidades crônicas e queixas ginecológicas. Além da atenção dirigida às mulheres negras, rurais, presidiárias, lésbicas, indígenas e com deficiência (BRASIL, 2004b).

Essa política, exitosa desde a sua implementação, possui alguns desafios (GOMES, 2011) que dificultam colocar em prática os objetivos propostos. Superar o modelo biomédico é um destes desafios, pois com sua base reducionista e tecnocrática, dificulta a assistência às mulheres na perspectiva integral; outros desafios são: questões estruturais que limitam o

acesso à saúde comprometendo a qualidade na prestação de serviços de saúde; a ausência da contextualização da mulher no campo das relações de gênero e o domínio da heteronormatividade. Apesar dos avanços e da abordagem de grupos específicos, como o das mulheres com deficiência, são escassas as abordagens sobre este grupo, não ofertando ações detalhadas às elas.

A 3ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, foi realizada em 2011, tendo como base a atualização e o aprimoramento das ações e políticas, propostas no II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, aprovado em 2007, na 2ª Conferência. Esse plano representa as áreas de preocupação levantadas pelas mulheres, dentre elas: autonomia econômica e igualdade no mundo do trabalho, com inclusão social; saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos; enfrentamento de todas as formas de violência contra as mulheres; enfrentamento do racismo, sexismo e lesbofobia (CONFERÊNCIA NACIONAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES, 2011).

No âmbito da saúde reprodutiva, destaca-se a Rede Cegonha, instituída em através da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, tendo por objetivos implementar uma rede de cuidados para assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como garantir à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Trata-se de uma estratégia bem-sucedida e que conseguiu diminuir a morbimortalidade materna, mas que não trouxe em seu texto ações direcionadas a grupos específicos de mulheres, considerando a vulnerabilidade por eles apresentada.

Cabe destacar que a escassez de abordagens sobre a temática da deficiência nas políticas públicas, principalmente relacionadas à saúde da mulher, reforça a sua invisibilidade na sociedade e evidencia a vulnerabilidade programática vivida. Estas mulheres sofrem com as violações de direitos em proporções semelhantes, se não maiores, que as mulheres sem deficiência. No entanto, os valores de autonomia, independência e ideais de sujeitos produtivos, difundidos e associados como tarefa masculina, podem fazer com que mulheres, na mesma situação de restrição, não busquem por uma reparação das desigualdades (DINIZ, 2007).

1.3 Vulnerabilidades da mulher surda no âmbito da saúde sexual e reprodutiva

O Censo Brasileiro evidenciou, em 2010, que mais de 23% da população brasileira, sendo a maioria do sexo feminino, referiu ser possuir algum tipo de deficiência. Entre as

peessoas com mais de 60 anos, 49,64% declararam ter alguma deficiência, e entre crianças até quatro anos de idade, cerca de 2,26% (IBGE, 2010). Observa-se que o acúmulo dos anos de vida tem estreita relação com a aquisição de deficiências, e se for considerado que a esperança de vida para as mulheres é maior do que para os homens, mesmo sob iguais condições socioeconômicas (FIGUEIREDO, 2011), é possível afirmar que a questão da surdez como uma deficiência tende a ser uma problemática relevante de saúde coletiva e de saúde da mulher ao longo de seu ciclo de vida.

Especificamente com mulheres surdas, embora não haja uma deficiência de fácil identificação, há uma distinção social dessa mulher. Nesse sentido, pode-se afirmar que, as mulheres surdas são atingidas duplamente pelos estereótipos e práticas discriminatórias em função do gênero e da deficiência. Essa combinação, de um corpo com impedimentos e de disputas de poder, gera uma série de barreiras atitudinais, nas quais são sustentadas proibições em relação ao trabalho, ao cuidado de uma casa, à vivência de um relacionamento amoroso e sexual e à experiência da maternidade, pois não têm condições de gerar um filho, bem como cuidar, educar, dentre outras.

Observa-se, cotidianamente, que mulheres surdas contam com ações inexpressivas voltadas para as suas necessidades nos serviços de atenção primária em saúde, que, embora historicamente privilegiem a clientela feminina, pouco reconhecem os aspectos relativos aos direitos sexuais e reprodutivos e à dupla vulnerabilidade que as acometem (MOTA; SCHRAIBER, 2011; GOMES, 2011). Esta condição é corroborada na literatura internacional sob a perspectiva da desvantagem: as mulheres com deficiência apresentam duas desvantagens na vida social, a de gênero e a deficiência, e a elas daremos o nome de vulnerabilidades.

As vulnerabilidades de gênero e deficiência associadas nas mulheres é discutida pelos estudos sobre a deficiência (*disability studies*) que surgem nos anos 1970, no Reino Unido e nos Estados Unidos. Analogamente ao feminismo, concebem a deficiência como uma forma de opressão sofrida por uma diferença corporal e que deve ser combatida. Diferenciam, pois, como nos estudos feministas, a condição natural de lesões de uma construção sociocultural que necessariamente a vê como deficiência (DINIZ; BARBOSA; SANTOS, 2009).

Os estudos feministas sobre a deficiência (*feminist disability studies*) emergem em um segundo momento e apresentam convergências e divergências em relação aos *disability studies*. No âmbito das convergências, ambos compreendem a deficiência como um fenômeno sociológico e ao fato da subalternidade dos deficientes não poder ser explicada somente pela

presença de uma lesão, mas pelos obstáculos que enfrentam na vida social e política. Entretanto, se afastam quando se referem às demandas e aos diferentes pontos de vista em relação à experiência da deficiência. Os primeiros teóricos, em sua maioria homens com deficiências motoras, lutavam pela independência e inserção no mundo do trabalho a partir da retirada das barreiras sociais que os impediam de exercer um papel produtivo. Já as teóricas feministas (em geral, mulheres com deficiência), buscam revelar como o gênero opera no universo da deficiência e também passam a dar visibilidade ao trabalho das cuidadoras das pessoas com deficiência mais gravemente acometidas (NICOLAU *et al*, 2013).

Nessa perspectiva, o corpo da mulher surda e da pessoa com deficiência é regulado pelas políticas de medicalização através de procedimentos, dentro de uma perspectiva biomédica, que objetivam a normalização, como as cirurgias corretivas, utilização de órteses e próteses; e também pelas políticas de aparência que sustentam a instituição de padrão na sociedade, que consiste em um sistema de valor, uma ideologia cultural coercitiva que relaciona determinada aparência corporal como pré-requisito para ganhar amor, status e reconhecimento e revela o paradoxo de que a mulher emancipou-se politicamente, mas não se libertou do mandato social de perseguir beleza (GARLAND – THOMPSON, 2015).

Considerando que a saúde sexual e reprodutiva feminina abrange questões relacionadas à sexualidade e ao sexo, bem como à contracepção ou concepção, prevenção e atendimento às ISTs, ao câncer ginecológico, dentre outros, constitui-se necessária a discussão da atenção às mulheres surdas. É relevante mencionar que essas mulheres, vivenciam, pelas situações acima expostas, condições de maior vulnerabilidade em função da falha comunicativa nas interações durante os atendimentos, devido ao uso de duas línguas diferentes como meio de comunicação e também à presença de familiares ou intérpretes, durante consultas médicas, para a realização da tradução Língua Portuguesa/Libras.

Historicamente, a saúde sexual feminina é permeada por diversas relações sociais, de interesse e poder. A questão da submissão feminina é um forte exemplo das relações de gênero com a saúde sexual da mulher. Há de se mencionar a opressão sofrida pelos surdos em uma sociedade majoritariamente ouvinte. Em uma sociedade majoritariamente oralizada, a dificuldade no acesso a informações em Libras, faz com que a mulher Surda tenha dificuldade de construir sua própria identidade, autonomia e emancipação.

No âmbito da saúde sexual, a escassez de material em Libras inviabiliza o seu entendimento, sua independência, sua capacidade de comunicar-se e relacionar-se socialmente. Como usuária de uma língua diferente do português, usuária de língua visual, a mulher surda encontra dificuldades de acessibilidade em um mundo praticamente só acessível

aos ouvintes. A acessibilidade é dificultada por serem poucas as informações visuais sobre seu corpo, métodos contraceptivos, dentre outros.

Em muitas situações, as informações são obtidas com outras surdas ou, na maioria das vezes, no âmbito familiar, entretanto, a sexualidade no âmbito familiar, pode ter sinônimo de ato sexual (NASCIMENTO; XAVIER; SÁ, 2011). Dessa maneira, considerada a deficiência sensorial e o estigma de incapacidade para manter relações, é comum que haja superproteção familiar e também a infantilização da pessoa com deficiência (MAIA; RIBEIRO, 2010).

Somado a isso, tem-se a visão estigmatizada de incapacidade, atribuída à mulher surda pela sociedade. Nesta concepção, a deficiência está em oposição à eficiência, e, neste contexto, designa o improdutivo, o negativo. Goffman (1988) aplica o termo estigma às situações nas quais o indivíduo encontra-se inabilitado para a aceitação social plena, em virtude da posse de um atributo que se impõe como alvo de atenção. O indivíduo é colocado na situação de desviante com relação àquilo que é socialmente aceito. Ainda de acordo com Goffman, são designados como normais aqueles que não se afastam destas expectativas sociais - é nesse contexto que os corpos de mulheres surdas são estigmatizados. Considerar que apenas as mulheres ouvintes são normais, que as mulheres surdas não têm condições de decidirem e que as deficiências são situações a serem tratadas ou corrigidas, são formas de capacitismo, ou seja, preconceito e discriminação contra pessoas com deficiência.

No âmbito da saúde sexual, elas são tidas como incapazes de cuidar de seus filhos, estabelecer relações afetivas e decidir sobre seu corpo. Os espaços da saúde são de grande conflito, pois mulheres surdas são levadas à esterilização não consentida, são acompanhadas pela família durante exames ginecológicos, sem consentimento, sem esclarecimento (PERLIN; VILHALVA, 2016).

Em suma, esta situação é estrutural e é mantida como um dos pilares sociais díspares que conduzem a um comportamento de superioridade ouvinte em relação a pessoas surdas, no que diz respeito à acessibilidade.

Diante do exposto, percebe-se a vulnerabilidade à qual as mulheres surdas estão expostas, consequência das diversas barreiras (informacionais, comunicacionais, programáticas e atitudinais) relacionadas à sua sexualidade e às práticas de promoção à sua saúde sexual e reprodutiva.

2 REFERENCIAL TEÓRICO CONCEITUAL

2.1 Vulnerabilidades em saúde

O termo ou expressão vulnerabilidades engloba uma diversidade de significados, o que caracteriza como polissêmico (MEIRA et al, 2020). Ele está incorporado, há muito tempo, em diversas áreas (ciências jurídicas, bioética, geografia, informática, economia, dentre outras), tendo interpretações variadas a depender da situação ou circunstância em que é empregado. Assim, dado seu valor heurístico, a sua utilização é comum em outros campos afastados das ciências da saúde, sendo compreendida particularmente em cada área de conhecimento conforme a sua utilização para designar objetos e situações diversas (OVIEDO; CZERESNIA, 2015).

Etimologicamente, vulnerabilidade deriva do latim *vulnerare* (ferir, lesar, prejudicar) e *bilis* (suscetível). Por conseguinte, vulnerabilidade é característica ou estado de ser ou estar vulnerável, ou seja, refere-se a que pode ficar fisicamente ferido; sujeito a ser atacado, ofendido, prejudicado ou derrotado (OVIEDO; CZERESNIA, 2015). Para Carmo e Guizardi (2018) o conceito de vulnerabilidade pode ser compreendido como condição inerente ao ser humano, naturalmente necessitado de ajuda, em estado de ser/estar exposto ao perigo ou a potenciais danos em razão de uma fragilidade atrelada à sua existência individual.

Agnoleti (2014) afirma que o conceito de vulnerabilidade se originou da exclusão e estimulou condições de marginalidade contribuindo para os índices de extrema pobreza que demandaram a criação de programas sociais e políticas públicas. Vulnerabilidade é termo de origem latina que deriva de *vulnerabilis*, que significa “algo que causa lesão” (HOUAISS; VILLAR, 2009). É, nesse contexto, a susceptibilidade para ser lesionado, ferido. No vocabulário filosófico, é condição humana inerente à sua existência em sua finitude e fragilidade, de tal maneira que não pode ser superada ou eliminada. Ao se reconhecerem como vulneráveis, as pessoas compreendem a vulnerabilidade do outro, assim como a necessidade do cuidado, da responsabilidade e da solidariedade, e não a exploração dessa condição por outrem (NEVES, 2009).

No campo da saúde, esse termo que se originou do movimento dos Direitos Humanos, ganhou força e passou a se difundir com maior intensidade no campo da saúde pública após a epidemia da AIDS que teve grande repercussão a partir da década 1980. Nesse

período, vivia-se um momento em que a comunidade científica havia introjetado a ideia socialmente difundida de controle das doenças infectocontagiosas mediante os grandes avanços tecnológicos que permitiram a dominação de técnicas capazes de promover o cuidado à saúde e a prevenção de agravos. Assim, o advento da AIDS contrariou as expectativas dos cientistas que buscavam realizar suas pesquisas voltadas para as doenças crônico-degenerativas, consideradas, naquele momento, como problema maior a ser enfrentado (AYRES et al., 2012).

A imprevisibilidade da epidemia da AIDS, que atingiu uma parcela significativa da população mundial a partir dos anos 1980, impôs grandes desafios para as ações de saúde no campo da prevenção e tratamento. Até esse período, as abordagens de saúde estavam ligadas, epidemiologicamente, ao conceito de risco desenvolvido por ocasião da Segunda Guerra Mundial (1945), em que havia uma centralidade no médico e assumia-se um papel marcadamente especulativo e imediatamente quantificado. Esse conceito passou a designar “chances probabilísticas de suscetibilidade, atribuíveis a um indivíduo qualquer de grupos populacionais particularizados, delimitados em função da expansibilidade a agentes (agressores ou protetores) de interesse técnico ou científico” (AYRES, 1997, p. 294). Assim, a expansão dos casos de AIDS nos anos 1990 confrontou os conhecimentos médicos e da saúde pública com suas fundamentações incapazes de “frear” a epidemia.

Nesse contexto, diante da condição alarmante imposta por essa nova e grave doença, as pesquisas, por meio de associações probabilísticas utilizando os instrumentais da epidemiologia, buscaram identificar fatores de risco associados à AIDS, assim como as características de pessoas que estavam suscetíveis a adquirir essa doença, levando os *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), dos Estados Unidos, ainda em 1982, a descreverem quatro grupos de risco: homossexuais, hemofílicos, haitianos e usuários de heroína (AYRES et al., 2012), popularmente conhecido como o grupo dos 4 Hs, visto que nesses grupos populacionais tinha sido encontrada uma recorrência maior de casos com sintomatologias similares às apresentadas pelas pessoas acometidas pelo HIV, até então não isolado (AYRES et al., 2009).

No período constituído entre 1985 e 1988, segundo Ayres et al. (2009), a epidemia da AIDS ultrapassava as concepções dos fatores de risco atribuídos pelo conceito de grupo de risco, ou seja, nesse período, já se vivia o caráter pandêmico da AIDS, assim como se tornou notório que a epidemia já não respeitava limites geográficos, orientação sexual e sexo. A análise dos fatores de risco, que não considerava a dinâmica e variabilidade dos significados sociais, passou a ser uma prática sem mediações necessárias para um significado real.

Portanto, o conceito de risco tornou-se obsoleto, vez que este apenas reduzia os fenômenos a alguns fatores pontuais e estigmatizava determinados grupos sociais (AYRES et al., 2009; MEYER et al., 2006).

O conceito de grupo de risco recebeu duras críticas por especialistas e diversos grupos sociais organizados, principalmente daqueles que mais sofreram com a estigmatização e exclusão que carregavam consigo, tendo destaque o movimento gay norte-americano que articulou diversas estratégias de redução do risco de transmissão da AIDS, como a utilização do preservativo não apenas como método contraceptivo, mas como uma forma de impedir a troca de fluidos contaminados pelo HIV (AYRES et al., 2009, 2012; MEYER et al., 2006).

Nesse sentido, ações focadas no isolamento social e sanitário dos grupos de risco, como abstinência sexual, proibição de doação de sangue e uso de drogas injetáveis, cederam espaço às estratégias de redução de risco, fundamentadas na difusão de informação e estímulo ao uso de preservativos e a práticas de sexo seguro, ações de testagem e aconselhamento, controle dos bancos de sangue, além da implementação das estratégias de redução de danos para usuários de drogas injetáveis, que consistiam na distribuição ou troca de seringas e agulhas. Tais ações, propostas pelo governo, por ativistas e por movimentos sociais organizados, associadas à adoção de práticas para a promoção da saúde e prevenção do HIV, tiraram o foco das concepções de grupo de risco e passaram a compreender o universo do comportamento de risco para AIDS (AYRES et al., 2009, 2012; MEYER et al., 2006).

O conceito de comportamento de risco, segundo Ayres et al. (2006, 2009), tentou retirar o fardo do estigma das pessoas que compunham os grupos de risco no início da epidemia, universalizou a preocupação com a disseminação do HIV e incentivou um ativo comprometimento individual com a prevenção. Assim, difundiu-se a ideia de que as ações preventivas ao HIV incluem qualquer pessoa, ampliando a responsabilidade individual e reduzindo os estigmas às pessoas que formavam os grupos de risco. Portanto, De-La-Torre-Ugarte-Guanilo (2012) e Ayres et al. (2006) ressaltaram que as ações preventivas ao HIV deveriam ser desenvolvidas por toda a população, já que, a partir dessa abordagem, seria necessária a adoção de comportamentos que não expusessem o indivíduo ao HIV. Tal fato proporcionou o aumento progressivo dos programas de prevenção às IST/AIDS.

No entanto, as responsabilidades atribuídas às pessoas individualmente, em que se direciona a uma potencial culpabilização individual, é considerada uma das principais limitações identificadas na noção de comportamento de risco, isso porque, à medida que as pessoas se contaminavam com o HIV, por terem falhado na proteção, tendia-se a atribuir tal situação ao não cumprimento dos comportamentos seguros e/ou não arriscados para

prevenção do HIV (AYRES et al., 2009; DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO, 2012).

O conceito de comportamento de risco mostrou fragilidades para responder adequadamente ao propósito de prevenção da doença, fazendo com que surgissem diversas críticas, sob duas vertentes. A primeira fez referência aos grupos sociais organizados, sobretudo de mulheres, que levou à discussão sobre o fato de que a mudança de comportamento não resulta apenas da relação entre informação adquirida e vontade de agir, mas está condicionada à existência igualitária de recursos socioeconômicos, políticos, culturais, jurídicos e até policiais para a população em geral, incluindo grupos étnicos, raciais e de gênero (AYRES et al., 2009, 2012; DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO, 2012; GUPTA; FERGUSON, 2000).

A outra vertente se referia ao aumento da AIDS entre os marginalizados, pobres, mulheres, dentre outras pessoas que fazem parte de classes sociais menos favorecidas, em que o uso das noções de comportamento de risco não produziu efeitos significantes. Tal fato foi notado por meio da mudança no perfil epidemiológico da AIDS, em que se evidenciou sua pauperização, feminização e heterossexualização, ou seja, a AIDS estava se fazendo cada vez mais presente entre grupos sociais mais expostos à vulnerabilidade social (AYRES et al., 2009, 2012; De-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO, 2012; GUPTA; FERGUSON, 2000).

É nesse cenário que os conceitos de “fator, grupo e comportamento de risco” se viram fadados ao fracasso no que se refere à prevenção da AIDS, impulsionando a realização de pesquisas que busquem (re)significar as concepções teóricas com vistas à práxis de estratégias que incorporem variáveis sociais, culturais, econômicas, políticas, dentre outras, no combate à disseminação do HIV, fortalecendo os estudos relacionados à vulnerabilidade. Nesse contexto, o conceito de vulnerabilidade foi inserido no campo da saúde pública e passou a orientar as análises das propostas preventivas e das respostas programáticas.

O conceito de vulnerabilidade introduz a discussão e a apreensão da realidade social, ultrapassa as barreiras da individualidade pessoal e compreende o momento sócio-histórico e suas influências relacionadas aos aspectos sociais, ao comportamento político dos governantes e de instituições sociais, além dos aspectos próprios das pessoas na transmissão do HIV e, conseqüentemente, no adoecimento por AIDS.

Essas discussões começaram no início dos anos 1990 por pesquisadores como Jonathan Mann, Daniel Tarantola e Thomas Netter, na Escola de Saúde Pública da Universidade de Harvard, nos EUA; no Brasil, serviram como base para pesquisadores como José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres e outros estudiosos reconstituírem a trajetória do conceito de risco para vulnerabilidade, assim como o significado desse termo para a saúde

pública (AYRES et al., 2009; DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO, 2012).

A noção de vulnerabilidades busca responder a percepção de que a chance de exposição à agravos à saúde não é a resultante de um conjunto de aspectos apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade ao adoecimento, e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para proteger sua saúde (AYRES et al., 2012).

O conceito de vulnerabilidade, na visão de Ayres et al. (2009), não busca detectar apenas escores probabilísticos de uma pessoa se expor à doença, mas busca avaliar a influência interligada das dimensões da vulnerabilidade sobre qualquer pessoa, considerando suas características individuais e sociais cotidianas.

Salienta-se ainda que, no contexto dos estudos de Ayres et al. (1999), relata-se a importância de serem compreendidos os fundamentos das vulnerabilidades associados aos direitos humanos, uma vez que, dessa forma, é possível trabalhar os enfrentamentos dos agravos à saúde, sobretudo da doença, e vincular tal problemática às raízes sociais mais profundas. A compreensão desses fundamentos busca estimular e potencializar a mobilização das pessoas, grupos ou população para a transformação da realidade e, assim, favorecer a transdisciplinaridade e a intersectorialidade.

A concepção inicial dos estudos de vulnerabilidade defendida por Ayres et al. (2009, 2012) no Brasil difere dos propostos iniciais apresentados por Mann, Tarantola, Netter (1993) nos EUA, haja vista que os autores brasileiros não limitam a vulnerabilidade à determinação individual. A unidade de análise, para estes autores, está constituída pelo eixo indivíduo e coletividade. A sensibilidade em utilizar essa abordagem no campo da vulnerabilidade permite que se amplie a atuação na área da saúde, assim como gera reflexões para a construção de políticas públicas a partir das necessidades da coletividade. Essa abordagem permite uma análise articulada do indivíduo em seu contexto social de saúde, bem como possibilita o acionamento de questões inerentes ao exercício da cidadania em sua plenitude de direito (HEHN, 2015).

Nessa perspectiva, refletir sobre a vulnerabilidade de mulheres surdas tem sua pertinência ao considerar o direito à saúde desse grupo e suas realidades, suas reais necessidades de promoção da saúde num contexto social no qual as diferenças são discriminadas.

Diante do exposto, a vulnerabilidade envolve a avaliação de três grandes eixos interligados: o individual, o social e o programático. Esses componentes interligados entre si, apoiados no quadro conceitual de vulnerabilidade, priorizam análises e intervenções

multidimensionais. Nesse sentido, as pessoas não são, em si, vulneráveis, mas podem estar vulneráveis a alguns agravos e não a outros, sob determinada condição, em diferentes momentos da vida (AYRES et al., 1999; De- LA-TORRE-UGARTE-GUANILO, 2012).

2.1.1 A dimensão individual da vulnerabilidade

A vulnerabilidade individual refere-se a três aspectos principais, a saber: a) grau de qualidade de informação, aspecto que faz referência às informações que o indivíduo tem sobre o problema; b) intenção de prevenção, etapa em que se relaciona a capacidade da pessoa elaborar as informações, incorporando-as aos seus repertórios cotidianos de preocupações; c) ação concreta da prevenção, referindo-se ao interesse e à possibilidade efetiva de transformar suas preocupações em práticas protegidas e protetoras (AYRES et al., 1999, 2006).

A vulnerabilidade individual pode ser compreendida quanto aos aspectos biológicos, emocionais, cognitivos, atitudinais e referentes às relações sociais (AYRES, 2006).

Considerando que a mulher surda é aquela que vivencia uma experiência comunicacional diferente das mulheres ouvintes e que constrói sua identidade calcada, principalmente, nessa diferença, utilizando-se de estratégias cognitivas e de manifestações comportamentais e culturais diferentes da maioria das pessoas que ouvem, pode-se considerar a existência de vulnerabilidade.

Corroborando esta ideia, Ayres et al. (2006) ressaltam que é necessário verificar a existência e o conhecimento de serviços ofertados que atendam às necessidades e forneçam esclarecimentos a essas pessoas, possibilitando, assim, ações individuais de promoção de saúde e prevenção de doenças por meio do fortalecimento de práticas saudáveis e/ou menos agressivas à sua saúde.

A mulher surda compreende e interage com o mundo por meio de experiências visuais, manifestando sua cultura, principalmente, pelo uso da Língua Brasileira de Sinais e, em função dessa diferença, a vulnerabilidade individual, evidenciada pela sua dificuldade de receber informações, se concretiza. Muito embora a Lei da Libras (BRASIL, 2002) tenha sido promulgada no ano de 2002, a barreira comunicacional torna-se um grande obstáculo no que concerne à aquisição de informações para a mulher surda, sobretudo no campo da saúde sexual – tornando-se mais um atributo em uma série de questões que envolvem este tema em nossa sociedade.

É comum que a mulher surda dependa de outros indivíduos ou de tecnologias assistivas para adquirir informações sobre si e sobre diversas questões, como as relacionadas à

saúde sexual, e, por isso, alcançar a independência (faculdade de tomar as próprias decisões e de fazer escolhas) ou ter autonomia (controle do próprio corpo em torno do ambiente) torna-se distante. Logo, as informações são recebidas através de pessoas de seu convívio, que dominam a Língua de Sinais, frequentemente associados à família, amigos, pessoas surdas ou, até mesmo, por membros da igreja que, caritativamente, traduzem a língua oral em Libras.

E é neste contexto, marcadas pela deficiência que as estigmatizam como um corpo incapaz, que a sua construção da sexualidade vai sendo moldada e condicionada a este imaginário marcado pelas dimensões da falta e do excesso - as mulheres surdas são identificadas como a eterna criança assexuada ou pela pessoa selvagem e hipersexuada.

Nessa linha de pensamento, ela vivencia a sexualidade com um corpo vigiado, espionado, controlado e administrado como o corpo-órgão deformado e doente que é incapaz de experimentar relações no cotidiano. As informações transmitidas a elas, quando as barreiras comunicacionais são intrasponíveis, são marcadas por esta concepção cercada da influência de fatores históricos, culturais, sociais, e, muitas vezes, exercida através de mitos, tabus e relações de poder, ou seja, são conduzidas de acordo com as relações interpessoais e individuais (TEIXEIRA, 2015, 2016).

É neste contexto que a vulnerabilidade individual, dependente de componentes na esfera cognitiva do indivíduo, como o grau de conhecimento e a qualidade da informação obtida e veiculada, a capacidade de elaboração e execução dessas informações e as possibilidades de mudança nas suas práticas diárias, se concretiza.

Por ser parte de uma minoria linguística e cultural, a mulher surda está à margem da sociedade e Lebedeff, no Encontro de Pesquisa em Educação da Região Sul (2010), afirma que as surdas enfrentam problemas de acesso às informações sobre a sexualidade, não porque a surdez seja um impedimento ao conhecimento, mas porque a sociedade as limita de disponibilidades, condições e espaços para a promoção da saúde sexual. As informações que lhes chegam muitas vezes destoam das suas vivências e das suas histórias, e vão sendo construídas sem elementos de diálogo e coerência com seu modo de viver, influenciadas pela marca da deficiência que carregam.

A informação à qual a surda tem acesso é fragmentada e insuficiente para subsidiar a compreensão plena sobre os diversos assuntos, inclusive sobre saúde reprodutiva e questões como as prevenção às IST/AIDS, que por si só já são consideradas tabus (BENTO; BUENO, 2015).

A intenção da promoção da saúde sexual e reprodutiva faz referência ao significado atribuído à informação acessada, à sua capacidade de elaborá-la e à possibilidade de

transformar tal informação em intenção de agir. No entanto, a intenção da promoção sofre influência da escolaridade, de aspectos sociais e culturais (normas sociais, normas e crenças religiosas, relações de gênero e intergeracionais) em que essa pessoa está inserida, de modo que a intenção de prevenção torna-se efetivamente positiva quando o indivíduo mostra-se capaz de enfrentar essas barreiras e os contextos de vulnerabilidade existentes (AYRES et al., 2006; DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO, 2012).

A ação concreta da promoção ocorre quando a intenção de promover transforma-se em atitude e se mantém através do tempo, incorporada nas práticas cotidianas da pessoa. Tal situação depende tanto da habilidade individual como de contextos sociais favoráveis à prevenção, como relações de gênero e contexto econômico. (AYRES, 1996, 2012; DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO, 2012).

2.1.2 A dimensão social da vulnerabilidade

A dimensão social refere-se ao ambiente em que as pessoas estão inseridas e no qual se desenvolvem. Tal dimensão analisa e avalia o quanto as diretrizes governamentais e a estrutura jurídico-política favorecem o respeito aos direitos humanos e como essas diretrizes contribuem para o acesso aos bens e serviços, para o respeito às questões culturais e o exercício da cidadania (AYRES et al., 2009; DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO, 2012).

Nesse sentido, destacam-se como elementos sociais: acesso à educação, ao lazer, ao serviço de saúde, às relações culturais de gênero, sexualidade e normas sociais; aos meios de comunicação e às redes sociais; religião, etnias, e à participação social no planejamento e avaliação de políticas públicas e sua capacidade de influenciar nas decisões políticas.

O esforço do deslocamento da noção de risco individual para vulnerabilidade social é considerado uma das maiores contribuições referentes aos debates sobre conceito de risco e vulnerabilidade. A vulnerabilidade social, de acordo com Sanches e Bertolozzi (2007), transita na área do direito internacional e adentra no campo da saúde, fazendo referência às condições sociais e econômicas. Pode ser compreendida, segundo Abramovay (2002), como o processo de discriminação e exclusão de determinados grupos sociais; podendo ainda ser interpretada como uma relação não efetiva de recursos materiais ou simbólicos disponíveis para grupos ou pessoas e de acesso às oportunidades sociais, culturais e econômicas oferecidas pela sociedade, pelo mercado e pelo Estado.

Diversos fatores devem ser analisados sob a ótica da vulnerabilidade social, pois, por meio dela, é possível compreender as amplas transformações e peculiaridades, inerentes a grupos e indivíduos em exclusão social, que ultrapassam as situações econômicas. Diante do exposto, Ayres et al. (2006) ressaltam que uma das formas de promover a autonomia do indivíduo é por meio da análise e compreensão das vulnerabilidades sociais que geralmente modificam os contextos e as relações desiguais entre as pessoas ou grupos, para, com isso, favorecer a sua capacidade de resposta efetiva contra determinado agravo.

No que diz respeito à dimensão social da vulnerabilidade, é possível identificar a vivência em um meio social onde as mulheres surdas ocupam uma posição social menos qualificada e experimentam menor possibilidade de participação sociopolítica e bens sociais que promovem a equidade de gênero e o desenvolvimento humano (NICOLAU et al, 2013).

O Brasil é signatário da Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência, um tratado internacional de direitos humanos com maior força jurídica que os anteriores e que representa um marco na mudança de paradigma em relação às pessoas com deficiência (BRASIL, 2009a). Muito embora o Brasil conte com políticas públicas que objetivem assegurar a equidade de gênero e a inclusão das mulheres surdas em condições plenas de exercício da cidadania na sociedade, a realidade evidencia um contexto social distante entre o que está promulgado e o que é vivido.

Marcadas pela dupla vulnerabilidade, relacionada ao gênero feminino e a deficiência, Nicolau et al (2013) afirmam que a dimensão social da dupla vulnerabilidade das mulheres com deficiência diz respeito às vivências em um meio social no qual mulheres e pessoas com deficiência têm uma posição social menos qualificada e experimentam menores possibilidades de participação social e política, limite nas relações interpessoais, no acesso à educação, à justiça, à saúde, ao trabalho regulamentado, aos benefícios sociais, à cultura, ao lazer e demais bens sociais que promovam a equidade de gênero e o desenvolvimento humano de pessoas com deficiência.

Na mesma linha, Santos et al (2013) destacam que as mulheres com deficiência constituem porcentagem expressiva do total da população brasileira, mas poucas conseguem ter seus direitos assegurados e garantidos por lei, fundamentados no princípio da igualdade. São duplamente discriminadas, tanto pela questão de gênero quanto por terem algum tipo de deficiência, sem contar com outras formas de discriminação, tais como racial, sexual, classe etc.

Marcadas pela condição da deficiência, mulheres surdas são vistas pela sociedade como uma condição de manifestação da diversidade humana. Um corpo marcado pela surdez

é aquele interpretado pela sociedade como alguém que vivencia impedimentos de ordem sensorial. Contudo, são as barreiras sociais que, ao ignorar os corpos com impedimentos, provocam a experiência da desigualdade. A opressão não é um atributo dos impedimentos corporais, mas resultado de sociedades não inclusivas (DINIZ; BARBOSA; SANTOS, 2009). Nesse movimento interpretativo, os impedimentos corporais são classificados como indesejáveis e não simplesmente como uma expressão neutra da diversidade humana, tal como se devem entender a diversidade racial, geracional ou de gênero. Por isso, o corpo com impedimentos deve se submeter à metamorfose para a normalidade, seja pela reabilitação, pela genética ou por práticas educacionais (DINIZ; BARBOSA; SANTOS, 2009).

Neste contexto, de interpretação social de seus corpos, mulheres surdas estão expostas frequentemente ao enfrentamento de estigmas, preconceitos e, principalmente, ao silenciamento. Enfrentam estereótipos de corpos incapazes e infantilizados construídos pelos profissionais, sobretudo nas questões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva, negligenciando seu acesso ao atendimento e às informações. É comum observar que o que predomina nos discursos cotidianos dos profissionais e também da família, a respeito da saúde sexual e da sexualidade, é que ela se manifesta de forma atípica, sem expectativa de união afetivo-sexual, sendo narrada de forma trágica e platônica que tende a se realizar de forma desajustada (MAIA, 2012).

2.1.3 A dimensão programática da vulnerabilidade

Na dimensão programática, segundo Ayres et al. (1999), há uma ligação entre o plano individual e social da vulnerabilidade. Pode-se identificar a vulnerabilidade programática nos três níveis de poder (federal, estadual e municipal) ou mesmo nas organizações não governamentais (ONG). Ainda segundo os referidos autores, enquanto ação programática, essa dimensão é responsável pelo fornecimento de recursos materiais, informações e suporte de ordens variadas para as pessoas. Ao mesmo tempo, considera o compromisso no planejamento de ações que visem à percepção e à superação, por grupos sociais e pessoas, de contextos de vulnerabilidade nas dimensões social e individual.

Nessa dimensão, é realizada a análise do compromisso político das instituições e do Estado para assegurar, de forma democrática, a oferta de serviços de saúde, cultura, educação

e bem-estar social, de modo a suprir as necessidades e não aprofundar as condições sociais de vulnerabilidade.

Além disso, busca-se avaliar as competências e valores profissionais, a qualidade e o grau de compromisso dos serviços, programas e recursos disponíveis, assim como avaliar as práticas e estímulos à participação e à autonomia de indivíduos diversos no diagnóstico de situação e na busca de superação das dificuldades. Na prática, o que irá demonstrar os aspectos a serem considerados e articulados será a situação concreta analisada (AYRES et al., 2009, 2012; HEHN, 2015).

A Lei Brasileira da Inclusão, conhecida como Estatuto da Pessoa com Deficiência, promulgada em 2015, teve como objetivo assegurar e promover, em igualdade de condições, o exercício dos direitos e liberdades fundamentais por pessoas com deficiência, visando à sua inclusão social e à cidadania (BRASIL, 2015). Entretanto, observa-se no cotidiano a falta de aplicação deste e de diversos outros dispositivos legais, condicionando estas mulheres a uma maior vulnerabilidade.

Desse modo, as mulheres surdas vivenciam a falta de políticas assistenciais que contemplem as especificidades das mulheres com deficiência, a falta de acessibilidade comunicacional nos serviços regulares de saúde, a falta de capacitação os profissionais dessa área e ainda, a falta de reconhecimento dos direitos de mulheres surdas nesses serviços. Todas essas condições, relacionadas à deficiência e às barreiras sociais interacionais, criam vulnerabilidades para a saúde sexual e reprodutiva das mulheres surdas.

3 CAMINHO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa e descritiva, que investigou a vivência de mulheres surdas no âmbito de sua saúde reprodutiva e sexual, a partir de suas próprias perspectivas e narrativas de vida.

A opção pela abordagem qualitativa se deu pela necessidade de buscar algo subjetivo, que não pode ser quantificado, em especial os significados. Todos esses elementos fazem parte de um cenário social cercado de práticas e comportamentos, proveniente de suma realidade vivida (MINAYO, 2010).

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares e está dividida em três fases: a fase exploratória, o trabalho de campo e a análise e tratamento do material empírico e documental (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2016).

A primeira fase, denominada por Minayo, Deslandes e Gomes (2016) como fase exploratória, consiste na produção do projeto de pesquisa e de todos os procedimentos necessários para preparar a entrada em campo. O trabalho de campo, segunda etapa a ser desenvolvida na pesquisa qualitativa, consiste em levar para a prática empírica a construção teórica elaborada na primeira etapa; e a terceira, denominada análise e tratamento do material empírico e documental, diz respeito ao conjunto de procedimentos para valorizar, compreender, interpretar os dados empíricos e articulá-los com a teoria que fundamentou o projeto (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2016).

Marconi e Lakatos (2010) descrevem o objetivo da abordagem qualitativa como sendo o de “analisar e interpretar aspectos mais profundos, descrevendo a complexidade do comportamento humano e ainda fornecendo análises mais detalhadas sobre as investigações, atitudes e tendências de comportamento”.

Nessa perspectiva, a narrativa de vida foi utilizada como técnica de coleta de dados com as mulheres Surdas, conforme o referencial Daniel Bertaux, o qual indica pertinência ao estudo especificamente, pois será possível privilegiar as informações contidas na vida pessoal das mulheres surdas, a compreensão de como elas promovem sua saúde sexual.

Segundo Santos (1998), as investigações na enfermagem têm buscado maior aproximação com os sujeitos do estudo, procurando escutá-los, e não apenas tratá-los como simples objetos de pesquisa, numa relação impessoal e fria. Neste sentido, o método história de vida oportuniza aos pesquisadores aprender a ouvir o sujeito que vivenciou a situação que se quer estudar, o que implica em tê-lo como um parceiro, como alguém que é ativo no estudo

e que reflete sobre sua própria vida. Essa reflexão dos participantes, que deixam vir à tona aspectos tão particulares, é a diferença primordial que aparece nas categorias de análise.

3.1 O cenário da pesquisa

O cenário inicial escolhido para a realização da pesquisa foi o Instituto Nacional de Educação de Surdos (INES), situado na Zona Sul do Rio de Janeiro. O INES foi criado em meados do século XIX e é centro nacional de referência na área de surdez no Brasil, sendo um órgão vinculado ao Ministério de Educação. É referência para os assuntos de educação, profissionalização e socialização de surdos. Constitui-se uma unidade pública federal, que possui como uma de suas atribuições regimentais subsidiar a formulação de políticas nacionais de Educação de Surdos, em conformidade com a Portaria MEC nº 323, de 08 de abril de 2009; além disso, ocupa importante centralidade, promovendo fóruns, publicações, seminários, pesquisas e assessorias em todo o território nacional.

No âmbito da educação, oferece no seu Colégio de Aplicação, educação precoce e ensinos fundamental e médio, além de formar profissionais surdos e ouvintes no curso bilíngue de pedagogia, experiência pioneira no Brasil e em toda América Latina. Em razão de ser a única instituição de educação de surdos em território brasileiro e mesmo em países vizinhos, por muito tempo o INES recebeu alunos de todo o Brasil e do exterior, tornando-se referência para os assuntos de educação, profissionalização e socialização de surdos.

A população alvo e frequentadora do Instituto são pessoas surdas ou não, que o buscam na intenção de participarem de cursos profissionalizantes, de educação superior e outros.

Para a realização da pesquisa no Instituto, houve a necessidade de a pesquisadora ter uma imersão no cotidiano das atividades desenvolvidas junto às mulheres frequentadoras antes de desenvolver a pesquisa, participando por, aproximadamente, cinco meses. A realização da pesquisa e autorização da utilização do cenário teve a exigência de conhecer esse cotidiano.

Cabe destacar que esse cenário foi o local inicial do desenvolvimento da técnica de Bola de Neve (*Snowball Technique*), podendo selecionar mulheres surdas que não estivessem desenvolvendo atividades no Instituto, mas que pudessem comparecer para participar da

pesquisa. O INES ofereceu uma sala de aula reservada para o desenvolvimento da pesquisa, assegurando a privacidade das mulheres surdas.

A técnica de Bola de Neve foi escolhida a fim de possibilitar a captação de um grupo diversificado de mulheres surdas tanto por suas vivências quanto pela possibilidade de alcançar diversos contextos em que estão inseridas. Esta técnica permitiu a definição de uma amostra através de referências feitas por pessoas que compartilhavam ou conheciam outras que atendiam aos critérios de inclusão na pesquisa (BIERNACKI; WALFORD, 1981). É utilizada quando o investigador pretende estudar uma população específica, os chamados casos “excepcionais”. Assim, pergunta-se à pessoa se deseja participar na investigação e se conhece alguém com as mesmas características. Desta forma essa pessoa recomenda outra e a outra, por sua vez, recomendará mais uma, criando-se assim uma bola de neve até que o investigador obtenha o número de pessoas pretendido para a constituição da amostra.

Entretanto, com a pandemia do coronavírus (SARSCOV-2), a pesquisa que teve início no INES, não pode ser concluída presencialmente. Houve a necessidade de modificar as entrevistas com as participantes para o meio remoto/virtual e ampliar o critério de seleção das participantes, considerando a possibilidade de outras mulheres surdas que não estivessem participando de nenhuma atividade no Instituto.

A estratégia para o desenvolvimento da Bola de Neve foi utilizar uma plataforma virtual - o Skype® e o WhatsApp®, que permitiram a conexão gratuita, através de celular ou computador, de qualquer lugar. Foram realizadas videochamadas, autorizadas a serem gravadas. Antes do início da entrevista, a pesquisadora orientou as mulheres sobre o posicionamento frente a tela do celular ou do computador, de maneira a captar suas expressões, seus gestuais, em especial os sinais de comunicação por Libras.

Ressalta-se que, considerando o fato de a pesquisadora não ter a formação de intérprete de Libras, houve a necessidade da participação de um profissional intérprete, do sexo feminino, para auxiliar na comunicação com as participantes durante as narrativas e por ocasião das transcrições. A referida profissional é enfermeira e inserida nas atividades do Instituto, tendo sido fundamental para o desenvolvimento da coleta de dados.

Cabe destacar que para melhor interação, promoção de confiança e respeito, a profissional intérprete de Libras era uma pessoa qualificada na área da saúde e inserida no cotidiano desse grupo de mulheres. Esta escolha fez parte de uma estratégia de aproximação junto a elas, de maneira processual e respeitosa, no sentido de registrar suas “falas” considerando a expressão de suas Libras.

A imersão no cenário permitiu conhecer mais sobre o contexto de vida das participantes e, durante os cinco meses, foi possível uma aproximação maior com a comunidade surda, em especial com as mulheres. Anteriormente à coleta de dados propriamente dita, a participação nas atividades do cotidiano do INES, como por exemplo as rodas de conversa, possibilitou a pesquisadora uma imersão na cultura surda e no cotidiano destas mulheres.

3.2 Participantes

Na seleção das participantes da pesquisa, elencaram-se as seguintes características: mulher surda, que utilize Libras para se comunicar; em idade adulta, ou seja, a partir dos 18 (dezoito) anos; que tenha possibilidades cognitivas de narrar suas percepções e que tenha o diagnóstico de surdez ao nascimento ou tenha se tornado surda ainda na infância. Como critério de exclusão, aquelas que possuíssem algum déficit cognitivo que impedisse de participarem. O total de mulheres surdas investigadas foi de 23 (vinte e três). A falta de acesso à internet, a indisponibilidade de um celular móvel com câmera e as dificuldades de utilização de computador constituíram uma limitação na participação de algumas mulheres no período da pandemia, considerando o isolamento social das pessoas.

A primeira participante foi selecionada ainda na condição presencial, tendo sido convidada, informada sobre o teor da pesquisa e tendo aceitado participar. As demais participantes foram indicadas pelas próprias mulheres surdas (Bola de Neve). Cabe destacar que não houve nenhuma mulher que tenha recusado a participar ao conhecer os objetivos da pesquisa. O número de participantes foi definido à medida que a coleta de dados apresentou a saturação das respostas, ou seja, a amostra chegou na saturação por não trazer um novo dado a pesquisa ou dados redundantes (MINAYO; DESLANDES, 2007), estando diretamente relacionado ao critério de recorrência (BERTAUX, 2010).

As participantes do estudo, como medida de preservação do sigilo, foram identificadas através da abreviatura de mulheres surdas (MS), seguida da ordenação numérica em algarismos arábicos correspondentes à sequência das entrevistas (MS1, MS2, MS3, e assim sucessivamente, até MS23).

Abaixo, as características sociodemográficas das participantes (QUADRO 2).

Quadro 2 – Características sociodemográficas das participantes

	IDADE	ESCOLARIDADE	RELIGIÃO	OCUPAÇÃO	COR DA PELE	SITUAÇÃO CONJUGAL
MS1	48	Fundamental incompleto	Evangélica	Do lar	Branca	Solteira
MS2	36	Fundamental incompleto	Católica	Do lar	Branca	Casada
MS3	19	Fundamental	Evangélica	Autônoma	Preta	Solteira
MS4	48	Médio	Evangélica	Do lar	Preta	Casada
MS5	38	Médio incompleto	Católica	Do lar	Preta	Casada
MS6	34	Fundamental completo	Espírita	Do Lar	Preta	Solteira
MS7	52	Analfabeta	Evangélica	Autônoma	Parda	Solteira
MS8	42	Médio	Evangélica	Do Lar	Branca	Solteira
MS9	59	Fundamental incompleto	Católica	Autônoma	Branca	Casada
MS10	28	Médio	Católica	Autônoma	Parda	Solteira
MS11	40	Fundamental	Católica	Do lar	Preta	Casada
MS12	46	Analfabeta	Evangélica	Do Lar	Parda	Solteira
MS13	38	Fundamental incompleto	Evangélica	Do Lar	Branca	Casada
MS14	52	Fundamental incompleto	Evangélica	Do lar	Parda	Divorciada
MS15	49	Médio	Católica	Do Lar	Parda	Solteira
MS16	32	Fundamental	Evangélica	Dor Lar	Parda	União estável
MS17	29	Médio	Católica	Agente administrativo	Parda	Solteira
MS18	35	Médio	Evangélica	Cozinheira	Branca	Solteira
MS19	56	Fundamental	Católica	Do Lar	Parda	União estável
MS20	43	Fundamental incompleto	Umbanda	Desempregada	Parda	Divorciada
MS21	23	Médio	Católica	Professora	Branca	Solteira
MS22	19	Fundamental	Evangélica	Do Lar	Negra	Solteira
MS23	31	Fundamental	Evangélica	Do Lar	Branca	Casada

Fonte: A autora, 2022.

As mulheres surdas entrevistadas possuíam entre 19 e 59 anos idade e se declararam, em sua maior parte, como pardas (n=9). Todas as mulheres declararam ter uma religião, havendo um predomínio de mulheres evangélicas (n= 12). Quanto à escolaridade, nenhuma mulher surda entrevista possuía nível superior e houve um equilíbrio entre aquelas que concluíram o ensino fundamental (n=7) e nível médio (n=7). Apenas duas mulheres informaram ser analfabetas. A análise das características sociodemográficas permitiu perceber que a maior parte das mulheres era solteira (n=12).

3.3 Aspectos éticos e legais da pesquisa

As mulheres surdas foram convidadas a participar da pesquisa após a divulgação da realização da pesquisa no Instituto Nacional de Educação de Surdos (INES). Após se voluntariarem a participar, foi explicado a cada uma delas sobre a não obrigatoriedade de participação e, ainda, da possibilidade de desistência no momento em que achasse oportuno, sem qualquer prejuízo.

A coleta de dados foi realizada com a aprovação da pesquisa, cujo o parecer do Comitê de Ética obtido pela Plataforma Brasil foi o CAAE 34887220.3.0000.5282. Para a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, foram atendidos os requisitos da Resolução 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. As mulheres Surdas foram entrevistadas mediante a autorização e o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, garantindo o sigilo e anonimato na utilização dos depoimentos (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012).

3.4 Trajetória da coleta dos dados

No sentido de conhecer a vivência das mulheres surdas sobre sua saúde sexual e reprodutiva, foram realizadas entrevistas individuais a fim de permitir coletar suas narrativas. Conforme mencionado anteriormente, as entrevistas foram realizadas através de ferramentas que possibilitaram a realização de videoconferência, tendo em vista a necessidade de distanciamento social ocasionada pela pandemia do COVID-19.

Com a finalidade de orientar a coleta das narrativas, utilizou-se, para a obtenção dos dados, a técnica do método da narrativa de vida, de Daniel Bertaux, que objetiva estudar um fragmento da realidade social-histórica, ou seja, um *objeto social*, destacando suas configurações de relações sociais, os mecanismos, os processos e as lógicas de ação que atuam nesse objeto (BERTAUX, 2010).

A perspectiva etnossociológica orienta as narrativas de vida numa concepção de que, através das práticas, podem-se compreender os contextos sociais em que estão inscritos e que contribuem para as transformações ou reproduções (BERTAUX, 2010). Nesse sentido, a perspectiva etnossociológica encaminha a narrativa para um formato de narrativas de prática

em situação, em que o pensamento principal é de que, através das práticas, pode-se aproximar dos contextos sociais que a narrativa está reproduzindo ou transformando (BERTAUX, 2010).

Somado a isso, a narrativa de vida realizada numa perspectiva etnossociológica apresenta um discurso de uma experiência de vida orientada pela intenção de conhecimento da pesquisadora, no qual desde o início essa intenção é apresentada à participante e esta, por sua vez, direciona suas narrativas às expectativas da pesquisadora (BERTAUX, 2010). Esse direcionamento é feito a partir do momento em que o objeto de estudo é apresentado.

Entretanto, a perspectiva etnossociológica também se enriquece ao recorrer às narrativas de vida por oferecer uma dimensão diacrônica à essa perspectiva. Neste sentido, a pessoa narra sua história sem preocupar-se com uma linha cronológica, mas com uma sucessão temporal de acontecimentos, em que o “seguir e retroceder” na narrativa não compromete o entendimento dos fatos (BERTAUX, 2010). Embora a história seja narrada no presente, a pessoa remete-se a vivências passadas, com perspectivas futuras. “O passado transmite a significatividade, o presente transmite valores e o futuro transmite a intenção” (CONELLY; CLANDININ, 2006). Todavia, essa narrativa visa, como apontado, a atender a intenção de conhecimento da pesquisadora, sendo esta explanada à participante através da apresentação do objeto de estudo e esta, por sua vez, direciona as suas narrativas às expectativas da pesquisadora.

Inicialmente, ainda na condição presencial, apresentou-se à Instituição os objetivos e características das possíveis participantes, ou seja, que atendessem os critérios de inclusão. Tendo identificado as protagonistas do estudo, iniciou-se a coleta de dados propriamente dita, com a realização de perguntas para caracterização das mulheres Surdas, a fim de fornecer as características sociais, o perfil relacionado à surdez e da saúde sexual e reprodutiva das participantes. Esses dados, além de contribuir na entrevista, forneceram informações para a fase de análise.

Considerando que as mulheres Surdas participaram da pesquisa com suas narrativas em Libras e que esta é uma língua de modalidade visual-gestual, fez-se necessário a gravação dos sinais emitidos pelas participantes nas entrevistas concedidas, através da plataforma de videoconferência. Por esse motivo, foi necessário o preenchimento do Termo de Concessão de Imagem, em caso de concordância com a participação (APÊNDICE C).

As narrativas foram gravadas através de *smartphone* e, em função da pandemia, foram realizadas por meio da gravação realizada pelo Skype® e WhatsApp®. Estas foram colhidas e transcritas pela própria pesquisadora e por uma intérprete de Libras, que esteve presente em todas as entrevistas e transcrições, a fim de garantir a fidedignidade das

informações obtidas, tendo em vista que a Libras possui particularidades linguísticas com variações em cada comunidade surda.

De acordo com Quadros (2004), o tradutor intérprete é o profissional que domina a Língua de Sinais e a língua falada do país e que é qualificado para desempenhar a função de intérprete da Libras. Nesse contexto, é um profissional ouvinte que tem competência e fluência em língua de sinais para viabilizar a comunicação entre surdos e ouvintes, ou seja, entre a língua de sinais utilizada em uma determinada comunidade surda e a língua oral falada pela comunidade majoritária ouvinte.

Especialmente para esta pesquisa, considerando o objeto estudado, a intérprete de Libras em questão teve por característica ser do próprio Instituto, logo, com inserção anterior na comunidade surda a ser entrevistada. É válido ressaltar que a profissional também tem a formação de enfermeira, o que muito auxiliou na postura ética quanto a expressão e interpretação das narrativas. A cada pergunta e resposta gestual, a intérprete verbalizava o conteúdo da narrativa, sendo feita a gravação em vídeo desse processo. Posteriormente, as narrativas foram compiladas na íntegra.

Entende-se que os benefícios relacionados à participação das mulheres surdas nessa pesquisa estarão correlacionados com a geração de conhecimento acerca da promoção da saúde sexual e reprodutiva de mulheres surdas e a possibilidade de subsidiar futuras pesquisas e ações de saúde a esse grupo específico. As informações coletadas ficarão sob a responsabilidade da autora, que as guardará e manterá por cinco anos e, logo em seguida, as destruirá. Os dados serão utilizados para divulgação acadêmica.

Para o desenvolvimento das narrativas, utilizou-se um roteiro/instrumento de entrevista aberta que, de acordo com Bertaux (2010, p.20), “deve ser uma combinação de escuta atenta e questionamento, porque o sujeito não relata simplesmente a sua vida, ele reflete sobre a mesma, enquanto conta”. O pesquisador deve antes de iniciar a entrevista mencionar para a depoente o objeto de estudo e começá-la com uma frase que contenha o verbo “falar” ou “contar” (BERTAUX, 2010). Por isso, a entrevista teve como pergunta norteadora: “Fale-me a respeito de sua vivência sexual e reprodutiva” (APÊNDICE D). Durante a entrevista, a pesquisadora estimulou a depoente a falar, através de sinais de aprovação, interrompendo o mínimo possível.

Durante as narrativas, as mulheres surdas mostraram-se relativamente constrangidas ao falar sobre questões pertinentes a vivência de sua saúde sexual e reprodutiva. Sinais como pernas trêmulas, olhos fechados e ruborização facial evidenciaram certo constrangimento na abordagem da temática em tela. Os tabus, a vergonha e o medo dos julgamentos estiveram

presentes a todo tempo nas narrativas das mulheres surdas. Apesar desses sentimentos e emoções expressos, nenhuma indicou não querer participar da pesquisa. Algumas referiram sobre a importância em participar e realizar a pesquisa.

3.5 Análise de dados

Os dados produzidos nas entrevistas foram previamente analisados, adotando a análise de conteúdo como base para o seu tratamento e interpretação. A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de investigação que, por meio de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tem por finalidade a sua interpretação (BARDIN, 2011).

Segundo Oliveira (2011), a técnica de análise de conteúdo pode ser compreendida como um processo pelo qual o material empírico é cuidadosamente transformado, de forma sistemática, e codificado em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes ao conteúdo dos discursos analisados. Dentre as várias técnicas de análise de conteúdo, optou-se em utilizar a análise temática de conteúdo, pois se caracteriza pela organização das informações por meio de fases ou etapas, conduzindo a um resultado estruturado e organizado do conteúdo (BARDIN, 2011). Para Minayo (2006), é a técnica que melhor se aplica à pesquisa qualitativa em saúde. Esta autora considera que a análise temática “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõe uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado” (MINAYO, 2010, p. 209). Logo, essa técnica tem como função “a verificação de hipóteses e/ou questões [...] e a descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado” (MINAYO; DESLANDES 2007).

Neste sentido, a análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou repetição seja relevante ao objetivo do estudo. A presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso. O tema é uma afirmação a respeito de determinado assunto e pode ser graficamente apresentado por meio de uma palavra, uma frase, um resumo (MINAYO, 2010).

Operacionalmente, essa técnica é sintetizada em três fases: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A pré-análise é a fase de

organização propriamente dita. Consiste na escolha dos documentos (*corpus*) a serem analisados, na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa, reformulando-os frente ao material coletado e na elaboração de indicadores que orientem a interpretação final (BARDIN, 2011).

Os dados, portanto, foram analisados numa discussão contextual da realidade, procurando o significado real da fala dos atores sociais e a sua relação com o seu conteúdo histórico, social, subjetivo e qualitativo em sua totalidade. Este processo foi dividido em três etapas, conforme proposto por Bardin (2011):

- a) Ordenação dos dados: transcrição das gravações na íntegra, releitura do material e organização dos depoimentos;
- b) Classificação dos dados: reconhecimento e identificação das unidades temáticas, considerando o referencial teórico proposto neste estudo;
- c) Análise final: articulação dos dados com os conceitos discutidos no estudo, seguindo os objetivos propostos e os pressupostos do estudo.

Para iniciar a primeira etapa, foi necessária a preparação do material que seria utilizado no chamado *corpus*. Este é o conjunto de documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos. Para que ocorra sua constituição, exige-se a formulação de regras, como: exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. De posse do *corpus*, foi realizada a leitura flutuante por várias vezes que, no conjunto das comunicações, consiste em ter contato exaustivo com o material, ou seja, foi realizada a leitura atenta do texto para se familiarizar com o seu conteúdo (OLIVEIRA, 2011).

Nesta perspectiva, informa-se que, para executar esta fase explicitada acima, as entrevistas realizadas com as mulheres surdas foram gravadas e ouvidas atentamente, transcritas e, posteriormente, digitadas na íntegra dentro do Microsoft Word versão 2010[®], fonte Times New Roman, tamanho 12, espaço entre linhas 1,5, sendo compactadas e impressas em páginas, para posterior análise dos discursos.

Após esse procedimento, realizou-se a fase de exploração deste material, que se refere às operações de codificação, nas quais se realizam a transformação dos dados brutos, visando a alcançar o núcleo de compreensão do texto. Esta fase, longa e fastidiosa, consiste, essencialmente, em operações de codificação, em função de regras previamente formuladas (BARDIN, 2011).

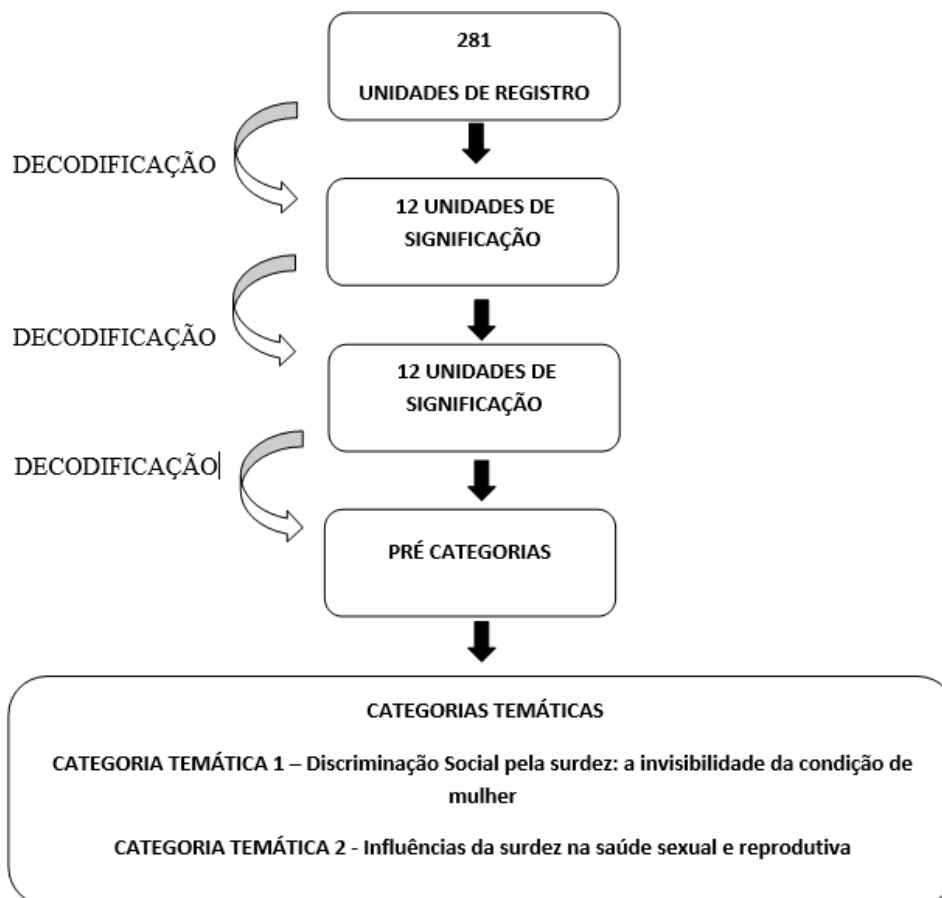
Na referida etapa, foram criadas codificações do material, ou seja, foram selecionados e marcados por colchetes os trechos que eram importantes e condizentes com os objetivos propostos e que tinham significações com o contexto da pesquisa. Esses recortes de

textos selecionados formaram as Unidades de Registro (UR), que são definidas por Bardin (2011) como palavra ou frase de texto, minuto de gravação, trecho de material analisado, a partir do qual se faz uma segmentação do conjunto do texto para facilitar a análise.

Ainda na segunda etapa de tratamento dos resultados, inferência e interpretação, os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos e válidos. São submetidos a operações estatísticas simples ou mais complexas, que permitem estabelecer quadros de resultados, diagramas, figuras e modelos, os quais condensam e põem em relevo as informações fornecidas pela análise (BARDIN, 2011; OLIVEIRA, 2011).

Por meio das entrevistas das participantes, emergiram um total de 281 UR, além da caracterização dos fatores socioeconômicos e da surdez de mulheres. A partir disso, após a identificação das unidades de significação e das pré-categorias, emergiram duas categorias analíticas, conforme a figura abaixo e o apêndice E.

Figura 2 – Fluxograma de identificação das categorias



Fonte: A autora, 2022

A primeira categoria foi intitulada “Discriminação social pela surdez: invisibilidade

da condição de mulher”, a qual foi constituída por duas subcategorias: a) Discriminação social das mulheres; b) Invisibilidade da mulher.

A segunda categoria – “Influências da surdez na saúde sexual e reprodutiva” – foi subdividida em quatro subcategorias: a) Desconhecimento de sua saúde sexual, saúde reprodutiva e sexualidade; b) Limitações da vivência de relações afetivas íntimas; c) Proteção e controle familiar de sua sexualidade; d) Dificuldade de acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No intuito de melhor compreender as categorias analíticas que emergiram das narrativas, considerou-se relevante apresentar um quadro com breve biografia das mulheres surdas participantes (Quadro 3). Este foi construído a partir de suas narrativas, descrevendo um pouco mais sobre os seus dados sociodemográficos e relacionando-os com alguns aspectos da sua surdez.

Quadro 3 - Caracterização das mulheres surdas participantes da pesquisa (continua)

Caracterização das participantes	
MS1	M.P.T., 48 anos, do lar, evangélica, solteira, 2 filhos (1 filho surdo), moradora do Rio de Janeiro. É surda desde o nascimento. Possui uma desordem genética (não sabe informar ao certo). Filho surdo também possui a doença genética. Estudou até a 7 ^a . série do ensino fundamental. Aprendeu Libras na comunidade evangélica na idade escolar (8 anos de idade) e com a família. Ela utiliza Libras para se comunicar. Branca.
MS2	P.O.P.L, tem 36 anos de idade. Branca, do lar. Perdeu a audição aos 13 anos de idade por meningite meningocócica. Casada e tem 1 filho. Está no INES desde os 16 anos de idade. Não trabalha. Tem o fundamental incompleto, estudou até a 3 ^a . série. É a única surda da família. Católica não praticante.
MS3	T.P.L., 19 anos de idade. Nasceu surda em função da sífilis congênita. Vive em uma família de ouvintes. Mora com a mãe e mais 4 irmãos. Todos ouvintes. Está no Instituto desde os 8 anos de idade. A família é evangélica. Ela diz que vai à igreja com a mãe e com os irmãos mais novos. Não oralizada. É negra e faz doces para vender. Tem o fundamental completo.
MS4	P.L.S, tem 48 anos de idade. É surda desde a infância. Começou com perda unilateral progressiva e depois perdeu audição totalmente, aos 5 anos de idade. Não oralizada. É casada e tem 2 filhos ouvintes, de 8 e 14 anos de idade. Filha de pai surdo e mãe ouvinte. Parceiro ouvinte. Usa Libras. É evangélica e tem o nível médio completo. Do lar e negra.

Quadro 3 - Caracterização das mulheres surdas participantes da pesquisa (continuação)

MS5	P.G.B.P., 38 anos de idade, branca, católica, tem 2 filhos. Casada, utiliza Libras para se comunicar, mas é oralizada. Tem surdez bilateral desde o nascimento em função de uma doença genética. Os pais (falecidos) não eram surdos, mas sua tia, irmã de sua mãe, era surda (não sabe explicar a causa). Possui 4 irmãos e somente ela nasceu surda. O parceiro possui surdez adquirida. As filhas são ouvintes e se comunicam com os pais por Libras. Estudou até o 2º. ano do ensino fundamental. Do lar. Frequenta a pastoral de surdos da comunidade católica próximo a sua residência. Nesta igreja, conheceu seu parceiro, há mais de 25 anos. Mora em Queimados, no Estado do RJ.
MS6	A.M.L., tem 34 anos de idade e utiliza Libras para se comunicar. Não é oralizada. Faz leitura labial. Tem o ensino fundamental completo e é espírita. Foi alfabetizada em Libras. Declara-se de cor preta. Não trabalha e é solteira. Não tem filhos. Nasceu surda, pois sua mãe teve uma doença (não se lembra o nome) na gravidez que a deixou surda. É a única surda de uma família de 3 irmãos. Pais ouvintes e irmãos ouvintes, mas utilizam Libras para se comunicar. Mora com a mãe na cidade do Rio de Janeiro.
MS7	J.L.S., tem 52 anos de idade, parda e evangélica. É solteira e trabalha de forma autônoma. Tem surdez congênita e, além dela, o pai era surdo. Usa Libras, mas é pouco oralizada. Não estudou.
MS8	B.T.F., 42 anos de idade, solteira, surda oralizada e também utiliza Libras. É branca e concluiu o ensino médio. Trabalha como voluntária em uma ONG que atende pessoas com deficiência. Ficou surda aos 7 anos de idade em consequência da meningite. É evangélica e possui dois filhos ouvintes. É a única surda da família. O pai de seus filhos também era surdo, mas faleceu em 2018. Mora com os filhos no centro do Rio de Janeiro.
MS9	T.E., 59 anos de idade, é casada e branca. Católica praticante e estudou até o 5º. ano do ensino fundamental. Tornou-se surda aos 8 anos de idade, após um acidente automobilístico. Faz faxina na igreja, mas não possui carteira assinada. Tem 3 filhos e é a única surda da família.
MS10	M.P.L., tem 28 anos de idade, é surda desde o nascimento. Utiliza Libras para se comunicar e estudou até o ensino médio. Tem 1 filho e é católica. É parda e é autônoma. Além dela, o irmão também é surdo.

Quadro 3 - Caracterização das mulheres surdas participantes da pesquisa (continuação)

MS11	V.O.P, tem 40 anos de idade, é casada, é surda oralizada e também utiliza Libras. É negra e tem ensino fundamental completo. É do lar e ficou surda aos 9 anos de idade em consequência da meningite. É católica e possui dois filhos ouvintes. É a única surda da família. O pai de seus filhos também era surdo e mora na Baixada Fluminense.
MS12	E.T.S.S., tem 46 anos. Nasceu ouvinte e ficou surda aos 8 meses de vida, mas não sabe explicar o porquê. Tem cinco irmãos, mas é a única surda. Mora com a mãe. É evangélica e não trabalha. É parda e solteira. Não oralizada.
MS13	A.N.M, tem 38 anos de idade e se tornou surda aos 2 anos de idade. A mãe informa que ela teve uma doença muito grave. É oralizada e aprendeu Libras. É a única surda da família. Tem 1 filho e é casada. Branca e não trabalha. É evangélica. O marido também é surdo e o filho é ouvinte.
MS14	P.T.S., 52 anos, do lar, evangélica, divorciada, moradora do Rio de Janeiro. É surda desde o nascimento. Possui uma desordem genética (não sabe informar ao certo). 1 Filho surdo e o outro é ouvinte. Estudou até a 5ª. série do ensino fundamental. Aprendeu Libras na igreja e com a família. Ela utiliza Libras para se comunicar.
MS15	G.V.L., tem 49 anos de idade e é solteira. Parda e católica. Não trabalha e mora com os pais. Não possui filhos e estudou até o nível médio. Nasceu surda e a mãe também é surda.
MS16	A.S.B., tem 32 anos de idade, parda e evangélica. Vive com parceiro e trabalha de forma autônoma, vendendo cosméticos. Tem surdez congênita e, além dela, o pai era surdo. Usa Libras e é pouco oralizada. Estudou até o ensino fundamental.
MS17	C.L.P., 29 anos de idade, surdez adquirida, solteira, parda, católica não praticante e não possui outros familiares surdos. Sofreu um trauma aos 6 anos de idade e ficou surda desde então. Mora com os pais e é filha única. Tem o ensino médio completo. É agente administrativo da Prefeitura, servidora pública e foi readaptada depois do acidente.
MS18	J.M.S., tem 35 anos de idade, é solteira, tem 4 filhos, é surda oralizada e também utiliza Libras. É branca e concluiu o ensino médio. Trabalha na cantina da igreja quando tem cultos. Nasceu ouvinte e ficou surda ainda bebê. Os pais não sabem quando exatamente ela se tornou surda. É evangélica e possui dois filhos ouvintes. É a única surda da família.
MS19	C.S.S.O., tem 56 anos de idade e vive com parceiro. Não casou no civil. O marido é surdo e a filha também. Nasceu surda. Não trabalha e é católica. Parda e não oralizada. Utiliza Libras.

Quadro 3 - Caracterização das mulheres surdas participantes da pesquisa (conclusão)

MS20	G.O.S., tem 43 anos de idade e é parda. É divorciada e é da Umbanda. Ficou surda aos 3 anos de idade por uma doença que ela desconhece o nome. Aprendeu Libras na igreja. Estudou até o 4º. ano do ensino fundamental. Tem 2 filhos ouvintes. Faz costuras para sobreviver, porque está desempregada há 2 anos.
MS21	Y.R.G.L., tem 23 anos com o magistério concluído, atua como professora de crianças surdas. É solteira e nasceu surda. Católica e possui um avô surdo. Branca e não oralizada.
MS22	J.P.N., 19 anos de idade. Nasceu surda por uma doença que a mãe dela teve quando estava grávida. Não sabe informar o nome. Vive em uma família de ouvintes. Mora com a mãe e mais 2 irmãos. Todos ouvintes. Ela é evangélica e é oralizada. É negra e não trabalha. Tem o fundamental completo.
MS23	B.C.V.F., tem 31 anos de idade, nasceu surda e aprendeu Libras. Alfabetizada em Libras e estudou até o ensino fundamental. É evangélica e casada. Tem 2 filhos. O marido é surdo e um dos filhos também. É branca e católica não praticamente.

Fonte: A autora, 2022.

Diante do exposto, foram entrevistadas 23 mulheres surdas, com idade entre 19 a 59 anos de idade e que se comunicavam através de Libras. A maior parte (n=16) se identificou da cor preta ou parda e solteira (n=12). Além disso, percebeu-se que a maior parte das entrevistadas informou ser evangélica (n=12) e não trabalhar (n=9).

Considerando a importância da comunicação para a promoção da saúde sexual e reprodutiva, foi possível evidenciar que todas utilizavam a Libras para se comunicar. No entanto, como forma de enfrentamento às barreiras comunicacionais existentes na sociedade ou ainda como tentativa de normalização de seus corpos, seis mulheres surdas entrevistadas informaram que foram oralizadas ainda na infância e, quando necessário, utilizam estas estratégias como forma de diminuir as barreiras comunicacionais existentes entre elas e os ouvintes, inclusive quanto ao acesso aos serviços de saúde.

O estudo ainda possibilitou visualizar que, quanto à forma de aquisição da surdez, treze mulheres nasceram surdas e as demais se tornaram ainda na infância. As narrativas permitiram identificar que as mulheres com surdez adquirida muitas vezes foram alfabetizadas em língua portuguesa e que essa condição facilitou a aquisição de informações de uma forma geral, sobretudo no campo da saúde sexual e reprodutiva.

A exploração do material obtido permitiu, através da análise de conteúdo, a confecção de duas categorias de análise, são elas: discriminação social pela surdez; invisibilidade da condição de mulher; e influências da surdez na saúde sexual e reprodutiva. As entrevistas possibilitaram identificar as vulnerabilidades vividas pelas mulheres surdas no campo da saúde sexual e reprodutiva, determinadas pela discriminação social e até mesmo pela condição de invisibilidade destas mulheres. A análise das narrativas também permitiu perceber as influências da surdez no campo da saúde sexual e reprodutiva, seja na sua vivência ou no acesso aos serviços de saúde.

4.1 Categoria 1 - Discriminação social pela surdez: invisibilidade da condição de mulher

Ao analisarmos as narrativas das participantes foi possível evidenciar, de forma recorrente, a identificação de vulnerabilidades vividas pelas mulheres surdas no campo da saúde sexual e reprodutiva. Tais vulnerabilidades são marcadas pela discriminação social e pela invisibilidade da condição de mulher, tendo em vista o forte marcador da deficiência. Entretanto, foi possível também identificar que há uma marca identitária da cultura surda, conforme evidenciado no quadro abaixo (Quadro 4).

Quadro 4: Categoria 1 - Discriminação social pela surdez: invisibilidade da condição de mulher

Categoria 1	Subcategoria	Unidade de significação	T UR	NE
Discriminação Social pela surdez: a invisibilidade da condição de mulher TUR=59 NE= 32	Discriminação social da mulher surda	Discriminação social pela surdez	42	20
		Invisibilidade como mulher pela surdez	19	12

Fonte: A autora, 2022.

4.1.1 Discriminação social pela surdez

A definição de discriminação apontada pelo dicionário Houaiss (2009, p.258) é “ato

ou efeito de discriminar. Tratamento preconceituoso dado a indivíduos de certos grupos sociais”. Está diretamente relacionada ao tratamento preconceituoso dado a certas pessoas em função de uma característica ou categorias sociais, por exemplo.

É neste contexto que a surdez, caracterizada como uma deficiência, pode conferir à mulher surda um tratamento preconceituoso e, conseqüentemente, favorecer condições de vulnerabilidade. Por muito tempo, diversos grupos minoritários foram colocados à margem da sociedade e carregaram o estigma de inferioridade ou subalternidade. Na história das PcD e das mulheres surdas estão evidentes as marcas que segregam a mulher com deficiência. Há evidências de serem vistas como deficientes, incapazes de exercer seus direitos, sendo tratadas de forma diferenciada nas mais diversas relações, caracterizando constante discriminação (COSTA et al, 2021).

Geralmente, essas pessoas são marginalizadas, negligenciadas, vítimas de preconceitos, evidenciando a vulnerabilidade individual daquelas que utilizam uma língua gesto-visual para se comunicar com a sociedade.

É comum considerarem o corpo da pessoa, em particular o corpo da mulher, que apresenta alguma deficiência, como fora do padrão. As pessoas que se comunicam através da Libras são vistos como “dignas de pena”, um corpo a ser “consertado” para que possa ser “aceito pela sociedade” ou necessita ser encaixado nos padrões de normalidade construído socialmente. É nesta concepção de certo e errado, normal e anormal que a discriminação social segue uma norma de exclusão, evidenciando o estigma vivido por estas pessoas.

Nas narrativas expostas pelas mulheres surdas estudadas, observaram-se evidências da vulnerabilidade social. Percebe-se que esta é oriunda do que é socialmente construído, ou seja, padrões e normas do normal e patológico, das relações de poder e das inserções no mundo do trabalho/sociedade. Compreende-se assim que a situação de cada sujeito na organização social em que está inserido pode determinar sua condição de acesso a bens de consumo, serviços, conhecimento e direitos sociais, como a saúde (BENEDETTO; SILVEIRA, 2013).

Muita dificuldade..... existe um grande preconceito por sermos surdas no mundo.... Minha tia tem pena de mim. Quer me consertar, porque eu não quero usar aparelho.[...] Ela quer me consertar, porque ela acha que eu não posso usar Libras. Não é todo mundo que usa e quando eu era menor, ela chegou a me obrigar a usar aparelho. Em alguns momentos, ela está certa pois as pessoas não acham normal a gente usar as mãos para se comunicar, eles olham a gente diferente. (MS12)

[...] As pessoas zombam de mim porque sou surda. Sempre foi assim, desde criança, parece que a gente é estranho por ser deficiente. E quando a gente está na rua isso acontece e quando está dentro de casa também. Ninguém acredita na gente, que a

gente vai ser independente na vida, que vai poder sair sozinha. Às vezes, a gente não consegue mesmo, mas também não pode desistir só porque todo mundo acha isso de você. (MS6)

Eu nunca pude ser mãe, pois quem vai querer se relacionar com uma mulher surda? Então fica mais difícil alguém nos ver como gente, a não ser que seja surdo como eu. A gente perde o direito de ser gente, de ser humana, porque é surda. (MS7)

A Lei Brasileira da Inclusão, considera discriminação em razão da deficiência toda forma de distinção, restrição ou exclusão, por ação ou omissão, que tenha o propósito ou o efeito de prejudicar, impedir ou anular o reconhecimento ou o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais de pessoa com deficiência, incluindo a recusa de adaptações razoáveis e de fornecimento de tecnologias assistivas. Esta Lei garante, em seu artigo 4º, que toda pessoa com deficiência tem direito à igualdade de oportunidades com as demais pessoas e não sofrerá nenhuma espécie de discriminação. Entretanto, as narrativas evidenciaram que práticas discriminatórias acontecem na sociedade majoritariamente ouvinte (BRASIL, 2015).

Neste contexto, é importante ressaltar que a obtenção de informações, as possibilidades de metabolização dessas informações e o poder de as incorporar a mudanças práticas, não dependem só das pessoas, individualmente, mas de aspectos como: acesso aos meios de comunicação, escolarização, disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas, possibilidade de enfrentar barreiras culturais, estar livre de coerções violentas, ou poder defender-se delas, etc. Todos estes aspectos devem ser incorporados às análises de vulnerabilidade (AYRES et al, 2006).

Em um outro contexto, é possível evidenciar a vulnerabilidade programática vivida pelas mulheres surdas. Compreendida por Ayres (2006) como a vulnerabilidade relacionada à definição de políticas específicas para o setor da saúde, além da coalizão destas com as demais políticas públicas no sentido intersetorial, é possível perceber que, apesar de existirem legislações que objetivem tornar mais equânime a sociedade, existe uma grande lacuna entre o que está posto e o que é vivido pelas mulheres surdas.

[...] Por ser mulher surda, parece que tinham um preconceito e se afastavam de mim. Os ouvintes saíam e eu, por ser mulher surda, ficava isolada. Parece que tinha um preconceito e eu ficava calada, não falava nada. (MS4)

A comunicação também é difícil, porque elas não sabiam línguas de sinais e se soubessem ficaria mais fácil, mas o que acontecia é que elas oralizavam e eu não compreendia nada e era discriminada por isso. (MS19)

Nunca tive problemas em ser surda quando eu estava ali com as pessoas como eu. O problema está quando sai e precisa estar com todas as pessoas. Elas não sabem se comunicar conosco e por isso, a gente fica isolado. É muito ruim se sentir assim,

sozinha, sem poder falar com ninguém. (MS9)

Nesse sentido, ações governamentais tentam reduzir a vulnerabilidade programática tendo em vista a legislação existente. A Convenção da ONU reconhece que as mulheres e meninas com deficiência estão sujeitas a múltiplas formas de discriminação e, portanto, toma medidas para assegurá-las o pleno e igual exercício de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais (BRASIL, 2009a).

No âmbito da saúde sexual e da surdez, diversos são os exemplos, dentre eles a Política Nacional da Pessoa com Deficiência, a Lei da Libras, a Lei Brasileira da Inclusão, porém as narrativas evidenciaram a vivência de discriminação e preconceito linguístico destas mulheres por serem surdas. A lei que oficializa a Libras (BRASIL, 2002) está prestes a completar 20 anos e, apesar de ser um instrumento que oficializa e marca a identidade e a cultura surda, ainda é notória a vulnerabilidade programática, tendo em vista a falta de preparo dos ouvintes e que condiciona a falta de informação, preconceito e marginalização destas mulheres surdas sinalizantes.

Skliar (1998) afirma que o oralismo é considerado pelos estudiosos uma imposição social de uma maioria linguística sobre uma minoria linguística. Como consequência do domínio dessa visão oralista sobre a língua de sinais e sobre a surdez, o surdo acaba não participando do processo de integração social. As entrevistadas, em sua grande parte, mostraram a opressão e a exclusão social por sua diferença linguística, evidenciando a vulnerabilidade social como resultado negativo que emerge entre as mulheres surdas e o acesso à estrutura de oportunidades sociais, econômicas, culturais que provém da sociedade. É notório que a adversidade linguística encontrada foi destacada como um fator que favoreceu a exclusão no campo da saúde sexual e reprodutiva.

Nesse contexto, a vulnerabilidade social da mulheres surdas se evidencia, pois as práticas capacitistas estão fundamentadas na idéia de hierarquia dos corpos com mais ou menos capacidades, nos ouvintes e sinalizantes, na qual corpos sem deficiência valem mais do que corpos com deficiência. Essa hierarquização está relacionada ao corpo ideal, com base numa corponormatividade vigente, que oprime e exclui todos os corpos que não se enquadram aos padrões estabelecidos (GESSER, 2019).

Entretanto, sabe-se que não é a deficiência a única variante produtora de desigualdades e opressão. O fato de ser mulher numa sociedade notadamente machista, de ser negro(a) numa sociedade racista, ou de envelhecer numa sociedade que cultua corpos saudáveis e produtivos, denuncia a coexistência de uma série de condições geradoras de

desigualdade e exclusão social. (ARAÚJO, 2020)

Há ainda a necessidade de se compreender que a barreira comunicacional existente entre a sociedade ouvinte e as mulheres surdas condicionam a vulnerabilidade individual de mulheres surdas. A ausência de informações em Libras prejudicam a aquisição de conhecimentos e adoção de comportamentos que possibilitem a promoção da saúde de mulheres no campo da saúde sexual e reprodutiva. Tal barreira implica na diminuição do conhecimento que a mulher tem sobre o seu corpo, bem como a autonomia sobre ele, sobre planejamento reprodutivo e ainda, sobre as IST/AIDS, incluindo suas formas de transmissão e prevenção, tal qual sobre seus direitos sexual e reprodutivo.

As mulheres surdas, por possuírem uma deficiência, experimentam com maior intensidade situações de exclusão social e pode-se dizer que estão em dupla desvantagem devido a uma complexa discriminação baseada em gênero e deficiência e, conseqüentemente, enfrentam uma situação peculiar de vulnerabilidade (AYRES et al, 2012; NICOLAU, 2013).

A vulnerabilidade individual evidenciada através das vivências experimentadas por estas mulheres, as colocam em condição de desigualdade, pois encontram-se em uma posição social menos qualificada e, portanto, experimentam menores possibilidades de participação social e política, acesso à educação, à justiça, à saúde, ao trabalho regulamentado, aos benefícios sociais, à cultura, ao lazer e aos demais bens sociais que promovam a equidade de gênero e o desenvolvimento humano de pessoas com deficiência.

É a condição de surdez de mulheres sinalizantes inseridas em uma sociedade majoritariamente oralista que, na maioria dos casos, as impossibilita de obter informações sobre a sua saúde sexual e reprodutiva bem como à prevenção de IST e até mesmo de decidir sobre seu corpo como sujeito de direitos. Tal fato, diminui suas possibilidades em elaborar as informações sobre saúde, em particular saúde sexual e reprodutiva e assim incorporar aos seus repertórios cotidianos medidas de proteção e promoção da saúde (AYRES et al., 1999, 2006).

Considerando o padrão daquilo que é tido como normal pela sociedade, o corpo das mulheres surdas é identificado como um corpo anormal e esta marca pode gerar o estigma social de mulheres “incompletas, incapazes, deficientes (ineficientes)”.

A autopercepção do corpo feminino e os efeitos do duplo do estigma estão presentes nas narrativas das mulheres entrevistadas. É possível observar, apontada em suas narrativas, uma série de questões: a passividade do sujeito, os sentimentos de inferioridade, de anormalidade, de solidão e de exclusão social, a falta de autoestima, a repressão da sexualidade e dificuldades de estabelecer relações afetivo-sexuais e de construir uma rede de sociabilidade.

Neste contexto, percebe-se a existência de duas principais formas de opressão às mulheres surdas, sendo a primeira delas a discriminação; e a segunda, a medicalização da deficiência como forma de correção e a tentativa padronização de seus corpos (DINIZ; BARBOSA; SANTOS, 2009; NICOLAU et al, 2013).

Desde pequena, minha família me ensinou a falar, eles me educaram para isso. Eu era criança, não tinha escolha. Então eu sou uma surda que fala. As pessoas acham muito diferente. Eles também queriam que eu usasse, ou pelo menos tentasse usar, aparelho para ouvir. Mas foi muito ruim e eu não consegui. Foi quando eu comecei a sinalizar para poder falar com as pessoas. Isso foi muito bom para mim. (MS3)

Diniz (2007) afirma que as mulheres eram oprimidas por causa do sexo e os deficientes eram oprimidos por causa do corpo com lesões – essa era uma aproximação argumentativa que facilitava a tarefa de desessencializar a desigualdade.

A corponormatividade é um conceito que acompanha as discussões sobre as discriminações de pessoas com deficiência, pois são considerados corpos “normais” aqueles que não apresentam nem um impedimento físico, sensorial ou intelectual, ou seja, um corpo sem deficiência é considerado um padrão a ser seguido. Dessa forma, pessoas com deficiência são novamente reduzidas somente à deficiência. A discussão sobre o capacitismo no Brasil é recente e por isso ainda desconhecida por grande parte da população. Assim como se fez necessário dar nome à discriminação por razão de raça ou orientação sexual, como racismo e homofobia, respectivamente, também foi necessário nomear esse preconceito que as pessoas com deficiência sofrem.

O artigo 5º da Constituição Federal declara que “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade”. (BRASIL, 1988). Entretanto, apesar de ser um direito ainda está longe de ser vivenciado por todos.

Mello (2014) afirma que a sociedade está acostumada a enxergar a deficiência como exceção, condição a ser superada ou corrigida, e não como diversidade e valorização do respeito às diferenças. A esta condição dá-se o nome de capacacitismo. A mesma autora (2020) afirma que o capacitismo é a opressão vivida pelas PcD e sua raiz se encontra nas mesmas instituições econômicas e políticas que servem de base para o patriarcado heterossexista e o racismo. É uma forma de discriminação contra um grupo social específico, o das pessoas com deficiência, estando atrelado ao dispositivo da capacidade compulsória que hierarquiza e induz as pessoas com deficiência a almejarem padrões de aparência e de

funcionalidade implicados no ideário de um corpo “saudável”, “belo”, “funcional”, “independente” e “capaz”.

O capacitismo tem sido pensado para nomear a discriminação de pessoas por motivo de deficiência (MELLO, 2016), e também tem sido compreendido como um eixo de opressão que, na intersecção com o racismo e o sexismo (MELLO, 2019; GESSER et al, 2020), produz como efeito a ampliação dos processos de exclusão social.

O termo capacitismo é uma forma de discriminação em que se subestima a capacidade ou aptidão de uma pessoa com deficiência. Na sociedade, atitudes capacitistas são estruturais e estão enraizadas nas práticas cotidianas e, muitas vezes, nem são percebidas. Consequentemente, podemos dizer que o capacitismo apresenta-se de diversas formas, desde a ausência de acessibilidade comunicacional até a acessibilidade atitudinal, esta última talvez a mais importante por compreender que através da atitude todas as outras barreiras possam ser superadas.

Exemplos de capacitismo que atravessam as mulheres surdas cotidianamente aparecem, por exemplo, quando uma mulher é tratada de forma infantilizada sem que seja uma criança ou é impedida de exercer seus direitos em função de sua deficiência.

Gesser (2009) considera que o capacitismo tende a corroborar a produção de vulnerabilidades. Isso porque os diferentes contextos sociais têm sido organizados com base em normas capacitistas que, ao estabelecerem determinados padrões relacionados aos corpos, tornam determinadas vidas ininteligíveis, contribuindo para uma condição de precariedade de vida e produzindo relações ancoradas em concepções caritativas/assistencialistas e/ou patologizantes dos corpos.

O capacitismo impede a sociedade de enxergar as inúmeras possibilidades que as mulheres surdas possam adquirir para suprir determinadas necessidades, pois não se faz necessário assistir somente com os olhos, andar somente com as pernas, ouvir com os ouvidos; pode-se assistir com os ouvidos, andar sem ter pernas e ouvir com os olhos. É preciso sair de uma bolha socialmente estruturada ao padrão de "normalidade" para compreender a complexidade da diversidade humana.

E é a partir destas concepções capacitistas que a sociedade impõe às mulheres surdas a exclusão do direito de exercício da sexualidade, do trabalho de qualquer natureza e da maternidade. É fato que as mulheres surdas enfrentam preconceitos e discriminações simplesmente pelo fato de terem um corpo com lesões/impedimentos em uma sociedade que não está preparada para lidar com esses corpos (deficiência). Como mulheres, enfrentam também preconceitos derivados das construções sociais de gênero, sendo tanto deficiência,

quanto gênero, construções sociais criadas a partir do corpo. Através desses preconceitos, sua liberdade e participação social nas mais diversas áreas é impedida, o que acarreta em baixa autoestima e dificuldades em tomar decisões em todos os aspectos de suas vidas, mas, em especial, na área da sexualidade. As mulheres com deficiência são discriminadas se não cumprirem os papéis de gênero tradicionais e discriminadas também se tentarem cumpri-los. De acordo com os estudos feministas, esses “papéis de gênero” são estereótipos que geram desigualdades e controlam as mulheres, os quais, juntamente com os estereótipos em torno da deficiência, precisam ser desconstruídos para que as mulheres com deficiência tenham liberdade de escolha.

As narrativas das mulheres entrevistadas permitiram identificar tais situações:

[...] Nunca me viram como uma mulher que seria capaz de viver sozinha, sem depender de alguém, de me relacionar e de ter uma família. De ser mãe e cuidar dos meus filhos então...pior ainda. Quando eles nasceram, sempre quiseram tirar de mim “eu” ser mãe. Não acreditavam que eu fosse capaz. (MS18)

Quando eu contei que iria casar e viver com meu marido, todos se assustaram. Logo me perguntaram como eu ia dar conta da casa, de cuidar do meu marido. Só porque sou surda? (MS2)

A discriminação e o preconceito vividos pelas mulheres surdas ressaltam pensamentos errôneos em torno delas, opiniões como: não podem/conseguem cuidar de si mesmas, não podem ter filhos, não podem ter experiências sexuais. Além desses pensamentos discriminatórios, as mulheres surdas possuem maior dificuldade do que as demais mulheres para inserir-se na educação básica, nas universidades, na qualificação profissional e no mercado de trabalho.

4.1.2 Invisibilidade como Mulher pela Surdez

As mulheres com deficiência em nosso país representam aproximadamente 26 milhões de habitantes e maioria está silenciada ou em situação de invisibilidade (MELLO, 2020). As narrativas de vida das mulheres surdas revelaram a invisibilidade quanto à condição de mulher e consideraram que a surdez as define como sujeitas na sociedade. Além do preconceito às suas deficiências, as mulheres também são discriminadas pela questão de gênero, raça e orientação sexual.

[...] A surdez vem antes da gente ser mulher. É como se a gente não existisse além

da surdez. E eu também tenho orgulho de ser surda, isso não me abala. Mas eu também preciso ser vista como alguém que pode ser o que quiser...eu também posso ser o que eu quero. Cuidar da minha casa, ser mãe, namorar e casar. Não posso ser apenas uma pessoa que não ouve. (MS21)

[...] Ser surda me impediu de ser mulher. Sempre sou vista com sentimento de pena e não é só da minha família. Ficou muito difícil que me olhassem, os meninos sempre viram impossibilidade de ouvir. (MS11)

É neste contexto de marcas e estigmas impostos pela sociedade que a vulnerabilidade social é percebida. Relacionada à obtenção de informações e ao poder de influir social e politicamente para alcançar livre expressão, segurança e proteção às mulheres surdas, no geral, são invisibilizadas nos mais diversos meios em que convivem (SEVALHO, 2018).

No que tange ao que a sociedade imprime a estas mulheres, é possível perceber um apagamento da condição de gênero e das necessidades da mulher surda. É como se a marca da deficiência estivesse à frente destas mulheres e todas as suas outras necessidades fossem apagadas pela sociedade. Tal preconceito reforça ideias errôneas de que as mulheres surdas, em função de sua deficiência, “não podem trabalhar”, ou “viver como uma pessoa normal”, ou são impedidas de vivenciarem experiências, sejam elas sexuais ou reprodutivas, como a maternidade.

De certo, a deficiência tem influência nas expectativas de gênero, evidenciando a dupla vulnerabilidade experimentada pelas mulheres surdas que trouxeram suas narrativas a esta pesquisa. As construções sociais, ou seja, do gênero feminino são: cuidar da casa, ser mãe, esposa e parceira sexual e, atualmente, trabalhadora, entre outros. No entanto, para as mulheres surdas, os preconceitos em torno da deficiência desconstruem essas expectativas. É como se as mulheres surdas fossem excluídas do sistema cultural de representação de gênero, ou melhor, como se tivessem acesso negado a ele. Os papéis de gênero tornam-se obscurecidos pela deficiência, e quanto maior a severidade da surdez, menores as expectativas em relação ao gênero, inclusive são “negadas” quanto à condição feminina da maternidade – clímax da condição de mulher na sociedade patriarcal (GESSER et al, 2020).

A surdez está antes de mim, antes de eu ser mulher. Ninguém nunca me vê como uma mulher, tudo vem pela surdez. Qual é o problema em ser surda?” (MS14)

Eu acho que não vou ter filho, porque sou surda. (MS09)

Quando a gente fica adolescente, quer namorar, mas ser surda me impediu disso acontecer. Sonhei em casar e em ser mãe, mas sendo surda (...). (MS11)

Contudo, é possível pensar que a imposição de uma invisibilidade sobre a condição

feminina e a surdez, podem significar a dupla vulnerabilidade. São estigmatizadas pela deficiência e pelas questões de gênero, sendo consideradas pessoas incapazes de cumprir seus papéis sociais.

Percebe-se a vulnerabilidade social que, ao combinar sexismo e capacitismo, produz a desvalorização das mulheres com deficiência, que passam a se sentir inadequadas como parceiras íntimas, tem sua autoestima diminuída, comprometendo as expectativas de se relacionarem intimamente.

As mulheres que não apresentam deficiência vivenciam inúmeras desigualdades sociais, mas têm na condição de esposas e mães uma das poucas valorizações da sociedade patriarcal. Todavia, as mulheres surdas, não se percebendo e nem sendo percebidas como mulheres, acabam não alcançando a condição social imposta ao gênero feminino – isso reforça a noção errônea de incapacidade e a desvalorização da mulher surda.

Por outro lado, caso as mulheres surdas decidam, por exemplo, ser mães, fazendo jus aos papéis de gênero esperados para as mulheres, elas são também criticadas e discriminadas, pois estão contrariando as expectativas para as mulheres com deficiência. São, dessa forma, discriminadas independente das suas escolhas, tanto por preconceitos de gênero, quanto por preconceitos pela deficiência, e, mais ainda, por preconceitos gerados pela interseção desses dois marcadores de identidade. Por isso, as mulheres com deficiência não têm liberdade nas suas escolhas e há uma baixa expectativa em relação a elas.

Para Maia e Ribeiro (2010), a mulher surda pertence a dois grupos com minorias de direitos e é duplamente oprimida. Ela é vista pelo senso comum como “coitadinha” ou indefesa, de modo que a misoginia perpetuada na sociedade é somada ao ouvintismo, opressão sofrida pelos surdos em uma sociedade majoritariamente ouvinte. Dessa forma, envolta de tantas imagens de si, do que é ser surda, do que é ser mulher, vive duplamente a dificuldade de construir sua própria identidade e autonomia. É colocado em cheque seu entendimento, sua independência, sua capacidade de comunicar-se e relacionar-se socialmente, de indignar-se, de pensar e de viver normalmente.

A vulnerabilidade atrelada à deficiência, à surdez nos casos em tela, condicionam ao enfrentamento de preconceitos e discriminações simplesmente pelo fato de terem um corpo com lesões/impedimentos em uma sociedade que não está preparada para lidar com esses corpos de mulheres não ouvintes. É o capacitismo expressando a condição de vulnerabilidade à estas mulheres. Como mulheres, elas enfrentam também os preconceitos derivados das construções sociais de gênero. Cabe ressaltar que, tanto a deficiência quanto o gênero, possuem ‘conceitos’ determinados pelas normas sociais criadas sobre as dinâmicas dos corpos

na sociedade. Através de preconceitos discriminatórios, a liberdade e participação social das mulheres nas mais diversas áreas é impedida, o que acarreta em baixa autoestima e dificuldades em tomar decisões em todos os aspectos de suas vidas, mas, em especial, na área da sexualidade.

Frequentemente mulheres com deficiência, incluindo as surdas, são consideradas destituídas de desejos sexuais, pouco atraentes, indesejáveis e incapazes de estabelecer e/ou manter relacionamentos afetivo-sexuais (MAIA; RIBEIRO, 2010). Esses estereótipos/estigmas contribuem para aumentar a vulnerabilidade experienciada por elas, corroboradas pela deficiência de ações programáticas para o estabelecimento de educação em saúde, educação sexual e promoção dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres com deficiência. Tal fato, acaba favorecendo e mantendo as vulnerabilidades na saúde dessas mulheres.

Goffman (1988) definiu o estigma como um atributo negativo (depreciativo), que torna o sujeito diferente. Assim, é estabelecida a relação entre certos atributos e estereótipos que fomenta manifestações de discriminação entre as mulheres surdas. Essa propensão, traduzida pela vulnerabilidade social que, ao combinar sexismo e capacitismo, produz desvalorização das mulheres com deficiência, as quais passam a se sentir inadequadas como parceiras íntimas, baixam os critérios ou expectativas de encontrar em um(a) companheiro(a).

Com uma concepção negativa de sua própria condição e de seu corpo, foi percebido entre as narrativas, uma concepção de autoidentificação como ser sexual desagradável e incompetente.

A gente acha que não pode atrair. (MS08)

Ser surda teria sido o meu problema de não ter casado. (MS14)

Não somos atraentes no mundo de todos. Somos discriminadas por ser surda. (MS18)

Acho que nenhuma garota se interessaria por mim que sou surda. (MS7)

E neste contexto de invisibilidade, nota-se a ausência de inclusão das mulheres com deficiência no âmbito das políticas públicas de saúde das mulheres ou das questões de gênero no âmbito das políticas públicas para as pessoas com deficiência, caracterizando a existência da vulnerabilidade programática.

No campo da luta das mulheres quanto à equidade de gênero, apesar de alguns esforços, as mulheres com deficiência ainda estão à margem tanto nos movimentos das

mulheres, quanto nos movimentos pelos direitos das pessoas com deficiência e nos movimento dos direitos civis, permanecendo invisíveis perante a sociedade (NICOLAU et al, 2013).

A dimensão programática da vulnerabilidade é sugerida por Ayres e colaboradores (2006) pela compreensão sobre a mediação que as instituições exercem na vida em sociedade e como despendem esforços programáticos para proteger a população do adoecimento e promover saúde. Percebe-se, no entanto, que muitas diretrizes e recomendações presentes nas políticas gerais da deficiência tendem a responder a uma concepção neutra de deficiência, no sentido de homogeneizar as demandas e necessidades das pessoas com deficiência em diversas esferas, não considerando as especificidades de gênero.

4.2 Categoria 2 - Influências da surdez na saúde sexual e reprodutiva

Através da análise das narrativas, verificou-se que as mulheres surdas apontam a influência da surdez sobre sua saúde sexual e reprodutiva (Quadro 5). Destaca-se basicamente que a surdez influencia diretamente sobre seu conhecimento ou não acerca da saúde sexual e reprodutiva, bem como sobre a vivência de sua sexualidade. A condição de surda indica vivências e acesso aos serviços de saúde diferenciados dos demais grupos populacionais, influenciando sobre ter ou não maiores vulnerabilidades.

Quadro 5 – Categoria 2 - Influências da surdez na saúde sexual e reprodutiva

Categoria 2	Subcategoria	Unidade de significação	T UR	NE
Influências da surdez na saúde sexual e reprodutiva TUR= 118 e NE= 20	[Des]conhecimento e vivências relacionadas a saúde sexual/reprodutiva e sexualidade	Desconhecimento sobre saúde sexual/reprodutiva/sexualidade	16	8
		Vivências nas relações afetivas íntimas e a surdez	20	11
		Proteção/controlado materno e paterna	16	10
	Acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva	Dificuldade de acesso ao serviço de saúde	66	20

Fonte: A autora (2022).

4.2.1 [Des]conhecimento e vivências relacionadas à saúde sexual/reprodutiva e sexualidade

As narrativas analisadas evidenciaram, de forma recorrente, o desconhecimento das mulheres surdas sobre saúde sexual/reprodutiva e sua sexualidade. A falta de conhecimento condicionada pela falta de acesso à educação, bem como pela falta de informações acessíveis, deixam estas mulheres em condição de vulnerabilidade.

4.2.1.1 Desconhecimento de sua saúde sexual, saúde reprodutiva e sexualidade

No âmbito da sexualidade, as narrativas apontaram desconhecimento de mulheres surdas sobre questões relacionadas à promoção de sua saúde sexual ou reprodutiva. A sexualidade é uma extensão do ser humano que atravessa as pessoas de modo muito singular. Ela é concebida numa sociedade relacionada ao afeto e ao erotismo, conforme questões históricas e culturais (CONSTANTINO; LUIZ, 2020).

Considerando a estrutura normativa da sociedade é que se aponta a vulnerabilidade social vivida pelas mulheres surdas. Benedetto e Silveira (2013) descrevem que a vulnerabilidade social está posta a partir do que é socialmente construído, estabelecem-se relações de poder, normas, possibilidades de acesso à vida material, à cultura, à política. Assim, a situação de cada sujeito na organização social pode determinar sua condição de acesso a bens de consumo, serviços, conhecimento e direitos sociais, como a saúde.

De um modo geral, atravessadas pelo capacitismo e por uma estrutura patriarcal, é comum que se pense nas mulheres surdas de forma mítica, por vezes assexuada. Na concepção assexuada, as pessoas entendem que as mulheres surdas não possuem sexualidade, que são infantis e incapazes de fazer coisas cotidianas e suas próprias escolhas em relação à sexualidade. Além disso, persistindo na deficiência como uma condição de incapacidade, é notório que a decisão sobre a vida sexual das mulheres surdas não seja delas mesmas. Em muitos casos, as mulheres com deficiência são esterilizadas sem consentimento e/ou impedidas de viverem sua vida sexual (CONSTANTINO; LUIZ, 2020).

Há, portanto, uma visão estereotipada e patologizante da sexualidade da pessoa com deficiência, sobretudo da mulher surda. Qualquer que seja a manifestação sexual das pessoas

com deficiência, por mais sutil e discreta que seja, pode ser entendida como anormal, impedindo-as de ter informações sobre seu corpo, sobre sua sexualidade, bem como de promover ações para a sua saúde sexual e reprodutiva. Esses pensamentos equivocados sobre a sexualidade alimentam o ciclo vicioso de práticas discriminatórias e de violências psicológicas e sexuais, culminando com a vulnerabilidade social dessas mulheres.

De forma geral, a vulnerabilidade social expressa-se através do modo como a sociedade vê as mulheres surdas. De certo, há preconceito na compreensão da sexualidade dessas mulheres, habitualmente vistas como um padrão desviante daquilo que é considerado normal. Este pensamento pode ser um grande obstáculo para atividades ou ações que promovam conhecimento relacionados à vida afetiva e sexual dos(as) que são estigmatizados(as) pela deficiência.

Da mesma forma que é imprescindível educação em saúde no âmbito da saúde sexual às mulheres surdas, também é fundamental que familiares e profissionais saibam, reconheçam e garantam a possibilidade de ações no âmbito sexual e reprodutivo. As narrativas evidenciaram que muitas mulheres surdas, por negligência profissional e também da família, têm, por exemplo, o exercício da maternidade negado. Mesmo que queiram ter filhos, devido à falta de informações acessíveis, sofrem esterilização ou abortos forçados frequentemente. Para além do âmbito familiar e da saúde, é nítido que o capacitismo estrutural condiciona a maior vulnerabilidade dessas mulheres.

Quando engravidei, foi uma reviravolta em minha família. Ninguém acredita que eu podia ter relações com alguém, principalmente com ouvintes. Depois quiseram tirar de mim o direito de ser mãe. Minha mãe achava que eu não tinha condições de ser mãe, de criar meu filho. (MS06)

Tudo que sei sobre sexo aprendi lendo ou ouvindo. Tá certo que ninguém fala sobre isso com naturalidade, tem muito tabu. Mas sei que também tem a ver com a língua, pois não tem nada em Libras nos hospitais para a gente. (MS12)

[...]Ninguém conversa muito sobre isso com a gente que é surda. Quem acha que a gente precisa dessas coisas?É por isso, não tenho muitas informações, porque a gente nem tem informação sobre tudo, porque depende de alguém para saber. (MS4)

Quando eu perdi o bebê, eu não tinha informações sobre aborto mesmo. Foi muito ruim, porque não era somente não saber que o bebê tinha morrido, mas pelas coisas que tem a ver com o aborto mesmo. (MS 14)

A promoção da saúde sexual e reprodutiva é temática que vem sendo abordada e priorizada em diversos grupos populacionais. Contudo, no âmbito das pessoas com deficiência, há escassez de conhecimento/abordagem e ações de saúde sobre essa temática. Sabe-se que os assuntos relacionados à saúde sexual e reprodutiva são pouco divulgados. No

caso de mulheres surdas, é possível pensar que a falta de informação (difícil acesso aos serviços de saúde), pouca discussão intrafamiliar e a cultura social sobre a temática da sexualidade, sexo, saúde sexual em sociedades judaico-cristãs aumentam a vulnerabilidade individual e, conseqüentemente, permitem agravos à saúde, tais como a gravidez não desejada, a aquisição de IST, a violência de gênero, por exemplo.

A religião em relação à sexualidade tem sido um instrumento ideológico e político-social, de forma que tem orientado os indivíduos para uma moral, na maioria das vezes, negando sua sexualidade. (SILVA, 2008b)

Percebe-se ainda a vulnerabilidade programática no caso de mulheres surdas, pois nota-se a ausência da dimensão de gênero nas políticas da deficiência. Não por acaso, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (BRASIL, 2009a) incluiu no texto o Art. 6º, especificamente sobre “Mulheres com Deficiência”, com dois itens: o primeiro afirma que “os Estados Partes reconhecem que as mulheres e meninas com deficiência estão sujeitas à discriminação múltipla e, portanto, deverão assegurar a elas o pleno e igual desfrute de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais” (BRASIL, 2009a, p.137); o segundo menciona que

Os Estados Parte deverão tomar todas as medidas apropriadas para assegurar o pleno desenvolvimento, avanço e empoderamento das mulheres, a fim de garantir-lhes o exercício e desfrute dos direitos humanos e liberdades fundamentais estabelecidos na Convenção (BRASIL, 2009a, p.137-138).

Além disso, a palavra gênero é mencionada sete vezes ao longo de todo esse documento, com a clara intenção de mostrar que o gênero deve ser transversal à deficiência. Essa inserção implica o reconhecimento da situação das meninas e mulheres com deficiência, das perspectivas de gênero e da igualdade entre as mulheres e os homens com deficiência e entre as mulheres e os homens sem deficiência (MELLO, 2020).

A vulnerabilidade individual é caracterizada, basicamente, como o comportamento particular dos indivíduos frente ao processo de saúde-doença (BENEDETTO, SILVEIRA, 2013). Nesse sentido, a falta de informações em Libras e com a concepção de incapazes de exercer a sua sexualidade, condiciona a compreensão de questões do âmbito sexual e reprodutivo de forma fragmentada e insuficiente para subsidiar a compreensão plena sobre os diversos assuntos, inclusive sobre saúde reprodutiva e questões como as prevenção às IST/AIDS, que por si só já são consideradas tabus (BENTO; BUENO, 2015).

É assim que mulheres surdas, através de suas narrativas, demonstram viver a sua sexualidade. De forma desinformada, muitas experimentaram uma gravidez não planejada, com possibilidade de aborto provocado e IST/AIDS, entre outros fatores aos quais elas vêm-se expondo no exercício de sua sexualidade. Considerando que se constituem de um contingente populacional extremamente vulnerável às questões mais amplas da sexualidade, principalmente as surdas, pela dificuldade em ter acesso à informação de forma ampla, entende-se necessitam de conhecimento e habilidades específicos sobre a temática central, para lidar consigo mesmo e com o outro (BENTO; BUENO, 2015).

Os estudos de Nosek e Simmons (2007) identificaram que uma das barreiras limitadoras do acesso a informações sobre sexualidade é o isolamento social das pessoas com deficiência. Segundo os autores, o acesso a essas informações ocorre, predominantemente, nas escolas, porém as pessoas com deficiência têm dificuldade de prosseguir com os estudos, tanto em decorrência das barreiras atitudinais, como também das arquitetônicas existentes na sociedade.

Eu já engravidei. Na época, eu namorava um cara que me abandonou. Como pôde ele ter feito isso comigo? Eu não sabia como fazia para não ter filho. Eu abortei e quem me ajudou foram minhas amigas surdas e as coisas que a gente acha na internet. (MS9)

Tinha algumas dificuldades quando a minha filha nasceu, mas vivia junto com a minha mãe e por isso consegui ter condições de ter ganhado o bebê. Não sabia nada sobre a gravidez, sobre ser mãe. (MS8)

Nunca usei camisinha com ninguém. A gente vê de tv e ou de alguém, mas eu nem sei usar direito. Nunca soube. (MS16)

Surda ou toma remédio ou faz cirurgia pra não ter filho. Ninguém nunca me deu camisinha. Assim foi que eu comecei a tomar remédio. Que eu saiba não tem mais jeito de evitar a gravidez, eu só ouvi falar disso.” (MS3)

Gediel (2015), diz que temas como corpo e sexualidade são considerados tabus para as mulheres surdas, não apenas por elas serem surdas, mas por um conjunto de questões que influenciam suas relações e sociabilidade. Tais resultados é pertinente à falta de profissionais capacitados e orientados em esclarecer dúvidas através de uma comunicação eficiente para esta população que é tão carente de informação - as mulheres surdas buscam menos os serviços de saúde devido às dificuldades na comunicação.

Rosa, Orlandi e Belusso (2015), apontam a necessidade da escola também intervir no assunto saúde sexual, ao iniciar uma ampliação metodológica nas suas abordagens sobre o tema, de modo a ressaltar o lado positivo, emancipador, constitutivo e significativo de sexualidade. Considera-se que o acesso aos saberes e oportunidades de refletir sobre o tema

amente o espaço de manobras dos sujeitos que favorecerão a tomada de decisões mais assertivas, diminuindo a vulnerabilidade e potencializando a vivência da sexualidade, em última análise, promovendo a saúde sexual. Entretanto, as narrativas evidenciaram que metade das mulheres entrevistadas não tiveram acesso à educação ou permaneceram pouco tempo na escola, o que dificulta o acesso a informações e caracteriza a vulnerabilidade individual deste grupo específico.

Igualmente, é importante ressaltar a falta de discussões sobre a intersecção de gênero e deficiência interfere diretamente na vida das mulheres surdas, pois nega e negligencia a dimensão humana dessas mulheres. As consequências disso impactam em muitos aspectos como, por exemplo, na compreensão de si, do próprio corpo e, até mesmo, em questões relacionadas sua saúde. As narrativas abaixo demonstram tais afirmações:

Eu não sei nem sobre o meu corpo todo. A gente não vai pra escola. Com 42 anos, não sei se é bom ter relação. (MS21)

[...] Nem sei se conheço meu corpo todo. Como posso conhecer? Nunca fui à escola, minha mãe falava muito pouco sobre isso. Tinha medo que alguém me tocasse e eu cresci assim, sem saber. (MS8)

Por séculos as pessoas com deficiência, principalmente as mulheres, foram tuteladas e tiveram seus direitos não reconhecidos. Entretanto, a capacidade das mulheres com deficiência de decidirem com autonomia está reconhecida legalmente em documentos internacionais e nacionais como, por exemplo, na Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, dando a responsabilidade de garantia e respeito não só ao Estado e ao Poder Público, mas também à sociedade como um todo (BRASIL, 2009a, 2015). É nesse cenário que a dimensão programática da vulnerabilidade apresenta-se, pois, apesar das legislações em tela, há um grande distanciamento entre o que está legislado e ao que é a realidade dessas mulheres.

Consta-se que ações educativas e de saúde inexpressivas ou escassas, contribuem para que as mulheres surdas não tenham informações sobre si, seu corpo e sua sexualidade. Isso determina diretamente a qualidade de vida dessas mulheres, comprometendo sua cidadania.

4.2.1.2 Vivência de relações afetivas íntimas e a surdez

Historicamente, a surdez foi uma classe narrada pelas normas dos ouvintistas, marcada culturalmente por características consideradas desvantajosas, o que fez com que a comunidade surda fosse silenciada por não estar dentro dos padrões esperados pela sociedade (RIZZO; GONÇALVES, 2022).

Neste contexto de invisibilidade de suas necessidades que a sexualidade de mulheres surdas é marcada e construída por terceiros. Desviantes de um padrão considerado normal pela sociedade, a sexualidade das mulheres surdas é marcada por muitos mitos e preconceitos, chegando muitas vezes a serem consideradas assexuadas (MAIA, 2012).

A sociedade continua com a concepção retrógrada sobre a mulher surda, sem noção de sua diferença (PERLIN E VILHALVA, 2016). Não há reconhecimento de sua língua e de sua cultura. Não há (re)conhecimento, nem a busca por conhecer, o que é uma mulher surda.

As narrativas permitiram identificar que muitas mulheres surdas não puderam se relacionar ou tiveram um número reduzidos de parceiros, tendo a vista a condição da deficiência.

Quando a gente fica adolescente, quer namorar, mas ser surda me impediu disso acontecer. (MS6)

Sempre tive poucos namorados desde que me tornei surda. (MS17)

Eu tive poucos namorados, porque eu sou surda. (MS19)

Ao cruzar a questão da deficiência com a da sexualidade, percebemos que, frequentemente, a sociedade tem a noção errônea de que a sexualidade das pessoas com deficiência é por natureza problemática ou até mesmo patológica. Em pleno século XXI, os estigmas sociais ainda fazem acreditar que marca da deficiência inviabilize o exercício da sexualidade humana, tendendo a ser vista de forma infantilizada, superprotegida e cuidada.

Igualmente importante compreender como as questões individuais podem tornar a mulher surda mais vulnerável. O processo de constituição de mulheres com deficiência na interseção gênero e deficiência foi observado por Gesser (2019) e afirma-se que através da noção de corporeidade, a qual é marcada pela compreensão do corpo com deficiência como desviante dos padrões valorizados socialmente, acarreta vergonha e dificuldade de aceitação do próprio corpo, diminuindo a possibilidade de experimentar relações afetivas com parceiros.

Muitas narrativas deixaram claro que por não se enquadrarem nas representações

ocidentais contemporâneas de mulher, muitas mulheres surdas experimentam sentimentos de inferioridade, solidão, falta de autoestima, repressão da sexualidade e dificuldade de estabelecer e manter relacionamentos afetivo-sexuais.

Não é fácil namorar, casar sendo surda. Quem é que vai querer assumir essa mulher como eu? É muito mais fácil arrumar uma mulher ouvinte a preferir ficar comigo, que sempre depende de alguém para conseguir alguma coisa na vida. (MS13)

Se relacionar com outras pessoas fora do nosso mundo (ouvintes), é muito complicado. Então acaba não dando pra se relacionar mesmo, porque no mundo surdo a gente se aceita e dá até para se sentir bonita. (MS15)

A sexualidade das mulheres surdas ainda é tratada na perspectiva biológica, de forma prescritiva e reguladora, em que são referidas como incapazes de receber informações e experimentar relações afetivas e eróticas no seu cotidiano. Contudo, os interesses das pessoas surdas são iguais aos das demais pessoas, como afetos, namoro e relações sexuais.

A vivência da sexualidade das mulheres com deficiência, sobretudo das mulheres surdas, mostrou-se silenciada, principalmente nas questões que envolvem a reprodução e as relações afetivas. Foi possível perceber que algumas mulheres enfrentam preconceitos para viver a sexualidade e a maternidade, ao passo que habitam um corpo que destoa dos padrões estéticos vigentes e enfrentam a descrença da sociedade de que possam corresponder às expectativas de gênero, como assumir os papéis de cuidadora, esposa e mãe.

Maia (2011) explica que todos aqueles que fogem dos padrões de normalidade são impostas crenças, mitos e concepções ligadas à proibição do prazer sexual, desconsiderando a capacidade de amar e do desejo atribuído a todos os seres humanos.

Tive poucos relacionamentos, acho que ser surda me limita e me impede de estar com todos por inteiro. (MS7)

A autopercepção do corpo feminino e os efeitos do duplo estigma estão presentes nas narrativas deste estudo, apontando para uma série de questões que marcam momentos da experiência das mulheres surdas com a deficiência: a passividade do sujeito, os sentimentos de inferioridade, solidão e de exclusão social, a falta de autoestima, a repressão da sexualidade e as dificuldades de estabelecer relações afetivo-sexuais e de construir uma rede de sociabilidade.

Quando a gente fica adolescente, quer namorar, mas ser surda me impediu disso acontecer. (MS19)

Através de suas narrativas, as mulheres afirmaram que são desencorajadas a conversar sobre sexualidade ou não recebem respostas às suas perguntas, como se fosse algo que não interessasse para elas. Não há expectativa de que estas mulheres tenham desejos sexuais ou mostrem interesse em sexo e assuntos correlatos. A saúde das mulheres surdas, por vezes, é prejudicada devido a fatores como barreira linguística, despreparo profissional, tutela e infantilização pelas instituições famílias e, até mesmo, religiosas, o que interfere também no agenciamento que essas mulheres tem sobre seu próprio corpo.

A dimensão social da dupla vulnerabilidade das mulheres surdas diz respeito ao meio em que vivem e constata-se que possuem uma posição social menos qualificada e experimentam menos possibilidades de participação social e política, acesso à educação, à justiça e saúde (NICOLAU, 2013).

[...] Nem sei se conheço meu corpo todo. Como posso conhecer? (MS12)

Sobre o meu corpo? Eu não sei nem sobre o meu corpo todo. A gente não vai pra escola e no posto de saúde, quem vai atender a gente? Se bobear, nem marcam no posto se o assunto for esse. Com 42 anos, não sei se é bom ter relação. (MS19)

Quando eu perdi o bebê, eu não tinha informações sobre aborto mesmo. Foi muito ruim, pois eu não sabia o que estava acontecendo ou entendendo sobre o meu corpo. Mal sabia das coisas certas, imagina ficar ou perder um bebê? Foi um dos piores momentos da minha vida. (MS7)

4.2.1.3 - Proteção e controle familiar de sua sexualidade

De acordo com Strickler (2001), há um “cobertor virtual de silêncio” ao se negar a sexualidade da pessoa com deficiência, pois para algumas pessoas da sociedade e familiares a sexualidade está presente, mas é melhor que fique “esquecida” e se evite falar no assunto, segregando assim esses indivíduos, acreditando que as pessoas com deficiência são seres assexuados. No entanto, a sexualidade desenvolve-se em todos os indivíduos, com e/ou sem deficiência – o que difere é a expressão da sexualidade. Essas ideias resultam em menor autonomia e em poucas possibilidades de escolhas, ou seja, nega-se a possibilidade de que mulher surda possa exercer sua sexualidade de forma plena e prazerosa.

Ainda é evidente que a sociedade impõe padrões de normalidade em relação às condutas sexuais, bem como estabelece padrões para o desenvolvimento (cognitivo, motor, da linguagem, etc.) que não estão simplesmente ligados à saúde, mas à ideia de perfeição – corpo

perfeito, gozo perfeito. A hipótese é que as deficiências identificadas no corpo afetarão a vida sexual e a vivência da sexualidade dessas pessoas “imperfeitas”. Percebe-se que a questão da normalidade em relação à sexualidade não é fácil, e para as mulheres surdas torna-se mais complicado, pois sofrem uma dupla discriminação: desvantagem e vulnerabilidade pelo seu gênero (feminino) e pelo seu corpo com lesões (MELLO; NUERNBERG, 2012).

Os membros familiares também são atingidos pelos preconceitos sociais que tangem as pessoas com deficiências e se tornam importantes mediadores para ajudar o membro com deficiência a enfrentar os desafios e dificuldades (MAIA, 2009). Nesse sentido, as próprias famílias das PcD costumam questionar se é possível alguém não-deficiente apaixonar-se e viver uma relação amorosa e sexual com o deficiente e espera, quando compreende seu(sua) familiar como sexuado, que ele(a) encontre um par amoroso igualmente deficiente, como se ela também desabonasse a representação de uma vida saudável. Por outro lado, a família pode desejar que seus(as) entes com deficiência namorem e se casem com não-deficientes visando a aproximá-los de uma condição normal. Em todos os casos, o preconceito fica evidente: a estrutura familiar é estigmatizada pela deficiência (GOFFMAN, 1988).

Minha mãe não me deixava fazer algumas coisas, não por mal, mas era a segurança que ela achava ser o melhor para mim. Ela tinha medo que alguém agisse contra mim e ela não pudesse me defender. (MS13)

A minha mãe me protegia muito. Achava que nunca iria me casar ou namorar. Não era por mal. Ela nem achava que eu tinha vontade de ter alguém. Foi difícil ela aceitar que eu tinha alguém, pois ela nunca acreditou que ele gostaria de mim. (MS16)

Maia (2006; 2009) acredita que a família também tem representações sobre a sexualidade da pessoa com deficiência, incluindo a mulher surda, e tanto pode facilitar os relacionamentos interpessoais, incentivando a independência e a socialização do membro familiar deficiente, como também pode prejudicá-lo, superprotegendo-o, isolando-o e, portanto, negando a ele possibilidades de viver vínculos afetivos diversos, o que alimenta ainda mais os preconceitos sociais já existentes e favorece as situações de exclusão.

Neste contexto de interpretação social de seus corpos com deficiência, mulheres surdas estão expostas frequentemente ao enfrentamento de estigmas e preconceitos. As narrativas evidenciaram que enfrentam estereótipos de corpos incapazes e infantilizados construídos pela sua própria família, sobretudo nas questões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva, negligenciando seu acesso à atendimento, às informações e à sua construção enquanto sujeito.

Maia (2012) afirma que o que predomina nos discursos cotidianos da família, a respeito da saúde sexual e da sexualidade, é que se manifesta de forma atípica, sem expectativa de união afetivo-sexual, sendo narrada de forma trágica e platônica que tende a se realizar de forma desajustada.

Na dimensão individual da vulnerabilidade, a superproteção, rejeição e desqualificação da mulher surda, implica dificuldade em adquirir autonomia, pela falta de acesso a serviços, investimento em educação e qualificação profissional. Ser mulher e ser surda ocasiona diferentes tipos de privação de direitos, como à sexualidade e maternidade (NICOLAU et al, 2013).

[...] Minha mãe nunca falou sobre isso (sexo) com a gente. A gente foi descobrindo [...]. (MS9)

Sobre sexo, só sei mesmo o que a minha mãe foi me explicando. Tenho muita vergonha de falar isso com ela. Ela também nunca ficou à vontade. Ela mais me ensinou sobre o que eu não podia fazer do que sobre o que podia. (MS14)

Sendo assim, considerando as narrativas colhidas, foi possível perceber a dimensão social da vulnerabilidade, considerando o ambiente em que estão inseridas e onde se desenvolveram. Foi possível perceber que os estigmas sociais atribuídos a estas mulheres, inclusive por sua família, de características desvantajosas, as posiciona como mulheres com baixa capacidade, de acordo com o que é estabelecido como um padrão ideal em determinado contexto. A deficiência é intrínseca ao indivíduo, mas os seus significados e atribuições são uma construção social produzida pelos contextos cultural, histórico e político em que se manifesta (BERTOLOZZI et al, 2009).

Além disso, a omissão sobre o ensino da sexualidade nas escolas ou por parte dos familiares é constante para pessoas com deficiências (MAIA, 2011). No entanto, em muitas narrativas, o aprendizado sobre sexo e sexualidade aconteceu por iniciativa delas, em conversas com amigos ou através da igreja que frequentavam. Em muitos casos, foi possível evidenciar, principalmente, a negação social da sexualidade, com base em atitudes que infantilizam a sexualidade da pessoa com deficiência. As relações sociais e de amizade são significativas nas experiências psicossociais desses sujeitos, sendo estas a base para suas vidas sociais. Já as relações de amizade com outros surdos possibilitaram aos participantes a reconstrução da identidade, a melhora da autoestima e a aprendizagem de habilidades importantes na convivência com a deficiência.

A família proporciona uma sustentação imprescindível na vida das mulheres surdas.

Entretanto, os exageros despendidos nos cuidados acabam por superprotegê-las, especificamente no que diz respeito à sexualidade (MAIA, 2011).

A minha mãe sempre me protegeu. Tinha medo de que pudessem me fazer mal de alguma forma. De certo modo, isso me impediu de ter namorados. Eu não a culpo, pois ela tinha muito medo de que pudessem me fazer mal. (MS09)

A gente fica numa redoma, presa. O mundo é muito cruel com as pessoas surdas, então minha mãe me cercava, de amor e de proteção, para que o mundo não me fizesse mal. (MS12)

Um último ponto que merece destaque, refere-se aos direitos sexuais e reprodutivos da pessoa com deficiência. O artigo 25, do Decreto 6949/2009, trata dos direitos à saúde, e enfatiza os direitos à saúde sexual e reprodutiva. A Convenção garante o direito de casar e constituir família, bem como a garantia do acesso a informações sobre reprodução e planejamento familiar e aos meios necessários para exercer esses direitos (BRASIL, 2009a). No entanto, como afirmaram as entrevistadas, a garantia desses direitos ainda está longe de ser efetivada. Para Ayres et al (2009), a vulnerabilidade programática considera o compromisso no planejamento de ações que visem à percepção e à superação, por grupos sociais e pessoas e, ao observar este hiato, entre o que está na lei e o que é vivido, é que identifica-se o contexto em que as mulheres surdas entrevistadas encontram-se.

Minha mãe nunca falou sobre isso com a gente. Meu marido ensinou as coisas que sei. (MS13)

Como surda, é difícil encontrar alguém que pense em você como alguém pode fazer tudo na vida. A gente até escuta sobre muitas leis e sobre muitos direitos que temos, mas na hora de chegar no hospital para cuidar da gente e... a gente não percebe nada disso. (MS16)

4.2.1.4 Dificuldade de acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva

Ao realizar a análise das narrativas, foi possível evidenciar que a barreira comunicacional esteve presente no discurso de dezenove participantes e se caracterizou como principal obstáculo para o acesso ao atendimento das mulheres surdas nos serviços de saúde sexual e reprodutiva.

Nunca vi alguém que soubesse Libras durante meu pré-natal. (MS3)

Embora seja previsto que o acesso à saúde pelas pessoas surdas seja facilitado pela presença de profissionais capazes de se comunicarem com a comunidade surda por meio da Libras, a realidade dos serviços de saúde é que não há intérpretes suficientes ou pessoas que consigam comunicar-se com os surdos de forma efetiva (SOUZA et al, 2019).

A vulnerabilidade programática está associada a recursos sociais necessários, efetivos e democráticos, para que as pessoas de fato tenham condições de prevenir doenças ou suas complicações (AYRES et al, 2003). Para tanto, as redes de atenção à saúde devem estar estruturadas e integradas, em perspectivas municipal e regional, com pactuação e participação social para tomada de decisões.

Devido a esta situação, a maioria das mulheres surdas necessitou de acompanhantes (usualmente, membros da família) para conseguir atendimento nos serviços de saúde ou até mesmo para compreender as orientações ou passar informações sobre suas necessidades de saúde. Entretanto, a presença de uma terceira pessoa, ainda que justificada pela comunicação não efetiva, leva ao constrangimento no compartilhar de questões de ordem sexual ou reprodutiva. Além da confidencialidade, outros princípios da ética em saúde, como autonomia do paciente e individualização do tratamento da pessoa, podem ser negligenciados quando há o viés de um terceiro participante intermediando as informações.

A minha laqueadura eu nem sabia. Meu marido arrumou tudo. Foi no médico, acertou tudo e eu só fui. Eu nem sabia e fiquei sabendo no dia. Ele não quis me preocupar e eu entendo. A gente que é surda tem mais dificuldade e não tem como. Então ele foi lá, decidiu e pagou. Deu certo. (MS14)

Desta forma, o desconhecimento de Libras pelos profissionais de saúde leva ao distanciamento do vínculo com as mulheres, uma vez que as recomendações ou dados à respeito das condições de saúde não são reportadas diretamente para quem as necessita e quem procura o serviço.

“Ah, é surda”, então chamavam a intérprete que me acompanhava na consulta e para onde fosse necessário. Isso é bom, mas nem sempre. Não podemos contar segredos. (MS17)

[...] Eu passo a vida toda tendo que depender de alguém para chegar no hospital e me cuidar e se for nessa coisa fica assim. Ou você vai acompanhada ou você depende de alguém para te ajudar, porque quase ninguém fala Libras (silêncio), mas também tem a comunidade, os amigos surdos que te ajudam nesse processo. (MS7)

As narrativas evidenciaram que, aliada à dificuldade de comunicação existente entre profissionais e as mulheres surdas, o desconhecimento sobre a Libras pode ser fator

determinante para retardar a procura por serviços de saúde. Muitas mulheres, em função de sua variação linguística, não se sentiam à vontade de procurar o serviço de saúde.

A vulnerabilidade individual, compreendida como aspectos biológicos, emocionais, cognitivos, atitudinais que determinam as oportunidades de acesso a bens e serviços, neste caso a surdez, pode determinar consequências para as mulheres tendo em vista a sua variação linguística (AYRES, 2006).

Considerando o conceito de estigma proposto por Goffman (1988), podemos conceber o estigma como um traço demarcado antecipadamente no indivíduo sem que este tenha condições de mostrar seus reais atributos e, conseqüentemente, este traço lhe impõe a atenção e a exclusão. Assim, segundo Goffman (1988), os que não possuem esses traços serão os normais, pessoas capazes de discriminar, e os que possuem, pode-se, neste contexto, denominar de anormais. Nesse ínterim, os surdos, sujeitos que comunicam com os outros de forma distinta dos ouvintes, serão considerados socialmente anormais. E este atributo lhes conferem sentimentos de angústia, inferioridade, vergonha e autodepreciação. A barreira comunicacional é importante no aspecto preventivo, uma vez que as dificuldades de acesso às consultas com profissionais de saúde adiam os cuidados iniciais de doenças que poderiam cursar de forma mais branda, evitando internações, o que reflete o desconhecimento em relação à prevenção de diversas afecções clínicas. Em situações de emergência, a dificuldade de comunicação pode ser determinante para que procedimentos sejam mal sucedidos, aliados ao estresse de situações cuja resposta necessita ser rápida.

Só com uma enfermeira que usava Libras lá no hospital. (MS5)

Os obstáculos encontrados no atendimento das mulheres surdas são muitos e, em sua maioria, possuem cerne na barreira comunicacional. Entre as consequências deste obstáculo principal está o déficit da relação profissional-paciente. Além da limitação comunicacional, as mulheres surdas também apresentam dificuldades ao aprender a língua portuguesa, acarretando privações educacionais, cognitivas e socioculturais, o que pode levar, conseqüentemente, ao isolamento da mulher.

Mulheres surdas apresentam maiores dificuldades no acesso ao serviço de saúde, o que possibilita agravos à sua condição de saúde em relação às ouvintes. Se considera-se difícil o acesso aos serviços de saúde, de modo geral, pela população, é fato que essa situação fica pior somada à condição das dificuldades inerentes ao acesso e também à informação de como se acessar os serviços (SOUZA et al, 2019). Normalmente, os conhecimentos sobre saúde são

adquiridos em diferentes meios sociais e de comunicação, como família, amigos, rádio, televisão, materiais escritos e através de tecnologias comunicacionais. Foi possível perceber a baixa utilização das unidades de saúde para questões relativas à sexualidade e reprodução. Em contrapartida, o uso de tecnologias de informação e comunicação foi evidenciado como instrumento para buscar entendimento acerca do próprio corpo e sua sexualidade.

Eu vou no hospital fazer preventivo, mas a gente pouco fala porque ninguém entende. (MS16)

Nesses problemas de mulher a gente se ajuda como mulher... Como surda né... (MS8)

A gente nem vai (à unidade de saúde), porque não consegue nem falar o que sente e ninguém me explica nada. Eu passo a vida toda tendo que depender de alguém para chegar no hospital e me cuidar e se for nessa coisa fica assim. Ou você vai acompanhada ou você depende de alguém para te ajudar porque quase ninguém fala Libras (silêncio), mas também tem a comunidade, os amigos surdos que te ajudam nesse processo. (MS3)

Há de se mencionar a vulnerabilidade programática que diz respeito à falta de políticas assistenciais que contemplem as especificidades das mulheres com deficiência, à falta de acessibilidade física e comunicacional nos serviços regulares de saúde – como as unidades básicas de saúde, ambulatórios e hospitais –, à falta de sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde, à falta de reconhecimento nos serviços dos direitos humanos das mulheres com deficiência, a fim de protegê-los e promovê-los.

Já viu surdo no hospital? É muita luta para conseguir atendimento e se for sobre as nossas coisas de mulher, conseguir anticoncepcional, pior ainda”. (MS9)

Lebedeff, no Encontro de Pesquisa em Educação da Região Sul (2010), afirma que os surdos enfrentam problemas de acesso a informações sobre a sexualidade, não porque a surdez seja um impedimento ao conhecimento, mas porque a sociedade os limita de condições e espaços para a educação sexual. Nesse bojo, as informações que as pessoas surdas recebem sobre a sexualidade são escassas, marcadas por preconceitos e tabus, além de as mulheres serem vistas como assexuadas, como se a surdez fosse sinônimo de incapacidade de exercer a sexualidade permanente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conhecer as dimensões de vulnerabilidades de mulheres surdas no âmbito de sua saúde sexual tem sua relevância à medida que revelam questões fundamentais de suas práticas sexuais, de seu cotidiano e suas necessidades, permitindo reflexões sobre a influência da condição de surdez na vida da mulher surda, particularmente no âmbito de seus direitos sexuais e reprodutivos como toda mulher.

Foi possível perceber que a deficiência, no caso a surdez, perpassa qualquer situação humana, sendo um estigma às mulheres que vivem nesta condição. Os conceitos de normal e anormal são definidos em contextos sociais e culturais relacionados às condições históricas. A diferença, assim, só existe diante do que se entende por norma e padrão, sendo julgada como desvio, pois é percebida como desvantajosa em face da “normalidade”. Desta forma, o significado do que é “normal” não passa de uma construção social, em diferentes culturas e em determinados momentos históricos. No caso das mulheres surdas, ser diferente implica carregar os estigmas de características desvantajosas, diante de uma sociedade que posiciona as pessoas com base na produtividade e na capacidade, de acordo com o que é estabelecido como um padrão ideal em um determinado contexto.

Para a mulher surda, a deficiência determina sua condição primária na sociedade, ou seja, indica como e o que pode ser vivido por ser deficiente. A condição de ser mulher e sua feminilidade parece estar em segundo plano. Os significados e atribuições impostos a ela determinam como devem se comportar e com quem se relacionar. Entretanto, é fato que são construções sociais produzidas por contextos culturais, históricos e políticos que determinam normas e padrões de corpos ditos como ideiais para a sociedade.

A mulher surda é esquecida e silenciada justamente por ser diferente e carregar características de desvantagens diante do padrão dominante. O corpo da mulher surda é considerado como negativo, principalmente, pelo fato de não responder às exigências de cooperação social da mesma forma que as outras pessoas. A crença em valores como saúde, eficiência e a beleza, em nossa cultura são considerados absolutos e a forma de lidar com a deficiência, são pautadas nesses modelos e criando estereótipos e crenças sociais que são diretamente responsáveis pela percepção distorcida.

O estudo permitiu identificar que a surdez emprega a mulher uma “marca negativa” que supera e invisibiliza inclusive as questões da desigualdade de gênero

experimentadas habitualmente pelas mulheres. É como se a surdez anulasse a mulher que habita o corpo surdo, anulando a condição humana dessa existência. Foi comum identificar mulheres que, em função de habitarem um corpo destoante, tem o direito à maternidade negado, assim como o de se relacionarem com outras pessoas e de terem desejos e vontades sexuais, em função de um imaginário social que as julgam incapazes e condicionam a vulnerabilidade. Até mesmo no campo das políticas públicas, é incomum ver discussões de gênero que incluam as mulheres com deficiência, inclusive as surdas, e suas vulnerabilidades.

Este imaginário cria percepções e faz com que barreiras existam e impeçam as mulheres surdas de usufruírem de seus direitos na sociedade atual. A comunicação através da Libras em uma sociedade ouvinte apresentou-se como uma barreira para aquisição de informações e de acesso aos serviços, dentre eles, os de saúde. O estudo evidenciou que as mulheres surdas pouco utilizam os serviços de saúde, pois há uma grande dificuldade de se comunicar com profissionais e, por isso, quando acessam tais serviços, é necessário recorrer aos seus pares ou até mesmo a família para que consigam comunicar-se e manifestar suas necessidades.

Além da barreira comunicacional, mulheres surdas enfrentam a estigmatização por serem mulheres com deficiência, inclusive nos serviços de saúde. São muitas vezes vistas pelos profissionais como mulheres infantilizadas ou até mesmo assexuadas e, por isso, discriminadas e impossibilitadas pela marca de deficiência de utilizar os serviços de saúde sexual e reprodutiva.

Há uma visão estereotipada e patologizante da sexualidade da mulher surda e qualquer que seja a sua manifestação sexual, por mais sutil e discreta que seja, pode ser entendida como anormal. Esses pensamentos equivocados sobre a sexualidade alimentam o ciclo vicioso de práticas discriminatórias e de violências psicológicas e sexuais.

Observou-se que há reprodução de preconceitos e discriminações baseados no senso comum em relação à deficiência das mulheres surdas, uma vez que os profissionais de saúde estão inseridos numa lógica altamente capacitista. Em decorrência disso, passam informações equivocadas que impossibilitam a utilização dos serviços de saúde sexual e reprodutiva por essas mulheres. Estas práticas capacitistas têm raízes históricas, sociais, políticas e, conseqüentemente, de formação dos profissionais da saúde. De fato, mesmo que raramente, encontram-se as matrizes curriculares da saúde (e de outras áreas) com disciplinas suficientes que abordem as barreiras e os preconceitos

vivenciados por essas mulheres. Tudo isso poderia servir como base de formação para se ter profissionais mais preparados para prestar atenção na construção acessível de seus serviços e, por exemplo, reconhecer a importância de se comunicar com mulheres surdas usuárias de Libras. Investir na formação dos profissionais com perspectiva de direitos humanos é uma importante estratégia para garantia da integralidade das mulheres surdas.

Pode-se perceber que, no caso das mulheres surdas, a família e a religião exercem influência sobre como vivem e compreendem a sua sexualidade e as questões relativas a ela. Esta influência é carregada de estereótipos e preconceitos, que se sustentam em ideologias de dominação de uns sobre os outros, a despeito de evidências deste estudo.

É imprescindível que as mulheres surdas tenham acesso à educação sexual, bem como é fundamental que familiares e profissionais saibam, reconheçam e garantam seus direitos sexuais e reprodutivos. O estudo evidenciou que as mulheres surdas pouco tiveram acesso aos serviços de educação e muitas são analfabetas ou frequentaram por pouco tempo a escola, reforçando a ideia da estrutura capacitista e excludente da sociedade que favorece a vulnerabilidade de mulheres surdas. Não ter tido acesso à educação contribuiu para que, no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, o conhecimento seja adquirido através de outras pessoas, muitas vezes seus pares, amigos surdos, através da igreja ou de sua família, geralmente sua mãe ou seu parceiro.

Tais resultados demonstram um panorama da realidade vivida pelas mulheres surdas em relação à sua saúde sexual e reprodutiva, suas vulnerabilidades, o que poderá contribuir significativamente para o resgate do direito humano, mais especificamente do direito à saúde sexual e reprodutiva das mulheres que realizam ou recebem visitas íntimas, por meio de: a) elaboração e aperfeiçoamento de propostas de promoção da saúde sexual dessas mulheres; b) subsídio de propostas de capacitação dos profissionais de saúde, no âmbito da atenção à saúde sexual e reprodutiva das mulheres surdas.

Entende-se que tais resultados despertam para reflexões de como propor políticas e ações públicas que avancem mais no cuidar das mulheres surdas. As universidades, principalmente, nos cursos da área da saúde, devem rever a formação dos profissionais, sensibilizando-os no processo de identificação, acolhimento e medidas de promoção da saúde desse grupo populacional.

No âmbito da educação, é urgente pensar em estratégias que possibilitem que as PcD, sobretudo as mulheres surdas, tenham acesso aos cursos da educação superior, como Enfermagem e Medicina, para que possam adquirir conhecimento e difundir, a

partir de suas vivências, informações e materiais adequados às necessidades deste grupo específico.

Os serviços de saúde, também sensibilizados e capacitados para o atendimento às populações deficientes, em particular no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, devem atentar para a singularidade da temática na vida das pessoas, bem como no direito de elas receberem informações e cuidados para sua promoção da saúde sexual e reprodutiva.

REFERÊNCIAS

- ABRAMOVAY, M. (Coord.) *Violências nas escolas*. Brasília: UNESCO, 2002.
- ÁFIO, A. C. E. *Tecnologia assistiva para educação de surdos sobre saúde sexual e uso do preservativo*. 2019. 100 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2019. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/49463>>. Acesso em: 22 out. 2021.
- AGNOLETI, M. Contrapondo discursos: vulnerabilidade como fator de relativização da autonomia. In: CONGRESSO NACIONAL DO CONSELHO NACIONAL DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO, 23., 2014, João Pessoa. *Resumos...* João Pessoa: CONPEDI, p. 414-430.
- ARAÚJO, N. F. (Org.) *Seminário Internacional Gêneros e Interdisciplinaridades: a práxis da interseccionalidade na contemporaneidade*. 1. ed. Brasília: Editora Otimismo, 2020.
- AYRES, J. R. C. M. Vulnerabilidade e AIDS: para uma resposta social à epidemia. *Bol. Epidemiol.*, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 2-4, 1997.
- AYRES, J. R. C. M. et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: BARBOSA, R. M.; PARKER, R. *Sexualidade pelo avesso: direitos, identidade e poder*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1999.
- _____. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D; FREITAS, C. M. (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, desafios, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-38.
- _____. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 375-417.
- _____. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D. (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, desafios, tendências*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
- _____. *Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde*. Curitiba: Juruá, 2012.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BENEDETTO, E. S.; SILVEIRA, E. Solo e raízes das dimensões individual, social e programática da vulnerabilidade e as sementes no processo de saúde da criança. *Textos & Contextos*, Porto Alegre, v. 12, n. 1, p. 68 - 84, jan./jun. 2013.
- BENTO, I. C. B.; BUENO, S. M. V. A AIDS Sob a Ótica do Surdo Adulto Jovem. *Rev. J. Bras. Doenças Sex. Transm.*, Niterói, v. 17, n. 4, p. 288-294, 2015.
- BERNARDINO, E. L. A; PEREIRA, M. C. C.; PASSOS, R. L2/Ln sign language teaching approaches and strategies. In: RUSSEL, S. R. (Ed.) *The Routledge Handbook of Sign*

Language Pedagogy. London & New York: Routledge (Taylor & Francis Group), 2020, p. 175-187.

BERTAUX, D. *Narrativas de vida: a pesquisa e seus métodos*. Tradução de Zuleide Alves Cardoso Cavalcante, Denise Maria Gurgel Lavallée. 2. ed. São Paulo: Paulus, 2010. 167 p.

BERTOLOZZI, M. R. et. al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. *Rev Esc Enferm. USP*, São Paulo, v. 43, p. 1326-1330, 2009. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp/>. Acesso em: 20 jan. 2019.

BONFIM, S. M. M. *A luta por reconhecimento das pessoas com deficiência: aspectos teóricos, históricos e legislativos*. 2009. 213 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

BOTELHO, M. F. C. *Bibliotecas universitárias: mediação e acesso à informação para pessoas com deficiência*. 2014. 176 f. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

BRANDÃO, E. R.; CABRAL, C. S. Da gravidez imprevista à contracepção: aportes para um debate. *Cad. Saúde Pública*, v. 33, n. 2, p. 1-4, 2017.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado, 1988. 292 p.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica Saúde da Pessoa com Deficiência. *Política Nacional de Saúde para Pessoas Portadoras de deficiência*. 2002. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual2.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2019.

_____. *Decreto nº 5.296*, de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nos 10.148, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Brasília, DF, 2004a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm#:~:text=Regulamenta%20as%20Leis%20nos,mobilidade%20r eduzida%2C%20e%20d%C3%A1%20outras>. Acesso em: 14 nov. 2018.

_____. *Lei nº 10.436*, de 24 de abril de 2002. Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras e dá outras providências. Brasília, DF, 2004c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110436.htm>. Acesso em: 14 abr. 2019.

_____. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: plano de ação 2004-2007*. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2004b. Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher2.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2019.

_____. Ministério da Saúde. *Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do*

Governo. Brasília, 2005a. Disponível em: <
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_direitos_sexuais_reprodutivos.pdf>.
 Acesso em:

BRASIL. *Decreto nº 5.626*, de 22 de dezembro de 2005. Regulamenta a Lei no 10.436, de 24 de abril de 2002, que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras, e o art. 18 da Lei no 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Brasília: Ministério da Justiça, 2005b. Disponível em: <
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/decreto/d5626.htm>. Acesso em:
 14 nov. 2018.

_____. *Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência*. Brasília: Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (Corde), 2009a.

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes*. 1. ed. Brasília, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 24 p.

_____. Ministério da Saúde. *Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_triagem_auditiva_neonatal.pdf
 >. Acesso em: 20 out. 2019.

_____. Ministério da Saúde (MS). *Saúde sexual e saúde reprodutiva*. Brasília: MS, 2013.

_____. Ministério da Saúde (MS). *Portaria nº 2776*, de 18 de dezembro de 2014. Aprova diretrizes gerais, amplia e incorpora procedimentos para a Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF. 2014. Disponível em: <
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2776_18_12_2014.html>.
 Acesso em: 20 out. 2019.

_____. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). 2015. Disponível em:
 <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm>. Acesso em: 20
 out. 2019.

BYLAARDT, T. Da discriminação positiva: a inclusão social da mulher com deficiência. In: BERTOLIN, P. T. M.; ANDREUCCI, A. C. P.T. *Mulher, Sociedade e Direitos Humanos*. São Paulo: Rideel, 2010. p. 576 – 600.

CARMO, M. E. do; GUIZARDI, F.L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p. 1-14, 2018.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES, 3., 2011, Brasília. *Anais...* Brasília: Secretaria Nacional de Políticas para as Mulheres, 2013. 130 p.

CONNELLY, F. M., CLANDININ, D. J. Narrative inquiry. In: GREEN, J; CAMILLI, S; ELMORE, P. B. (Ed.) *Handbook of complementary methods in education research*. Washington, DC: American Educational Research Association, 2006. p. 477–489.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, n. 12, 13 de jun. 2013. Seção I, p. 59.

CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). Rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do SUS. 2012. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2012/01/NT-03-2012-Atualizacao-da-REDE-DE-PESSOA-COM-DEFICIENCIA.pdf>>. Acesso em: 09 ago. 2019.

CONSTANTINO, C.; LUIZ, K. G. O que são os direitos sexuais e reprodutivos? In: CONSTANTINO, C. et al (Org.). *Guia Mulheres com Deficiência: Garantia de Direitos para Exercício da Cidadania*. 2020. Disponível em: <https://www.mpma.mp.br/arquivos/CAOPID/publicacoes/12359_guia_feminista_helen_keller_mulheres_com_deficiencia_.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2020.

COSTA, A. C. B. et al. Representações sociais de mulheres Surdas mirienses sobre si: da invisibilidade ao protagonismo. *Revista de Educação PUC-Campinas*, Campinas, v. 26, n. 2, p. 1-16, 2021.

CROMACK, E. M. P. C. Identidades, cultura surda e produção de subjetividades e educação. *Psicologia, Ciência e Profissão*, Brasília, v. 24, n. 4, p. 68-77, 2004.

DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO, M. C. *Construção e validação de marcadores da vulnerabilidade de mulheres às DST/HIV na atenção básica à saúde*. 2012. 217f. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

DINIZ, D. *O que é deficiência?* São Paulo: Brasiliense, 2007.

DINIZ, D.; BARBOSA, L.; SANTOS, W. R. Deficiência, Direitos Humanos e Justiça. *Revista Internacional de Direitos Humanos*, v. 6, n. 11, p. 65-77, 2009.

ENCONTRO DE PESQUISA EM EDUCAÇÃO DA REGIÃO SUL, 8., 2010, Maringá. *Anais...* Maringá: Universidade Estadual de Maringá, 2010. Disponível em: <<https://docplayer.com.br/13124540-Surdez-e-sexualidade-uma-discussao-sobre-a-necessidade-de-empoderamento-linguistico-e-acesso-a-informacao-tatiana-bolivar-lebedeff-ufpel.html>>. Acesso em: 08 nov. 2018.

FIGUEIREDO, I. V. A surdez como diferença comunicativa: linguagens e possibilidades através de gestos e sinais. *Leitura e formação: professores e leitores*, v. 12, n. 23, p. 395-413, 2011.

FRANÇA, T. H. Modelo Social da Deficiência: uma ferramenta sociológica para a emancipação social. *Lutas Sociais*, São Paulo, v. 17, n. 31, p.59-73, jul./dez. 2013.

GARLAND-THOMSON, R. A habitable world: Harriet McBryde Johnson's 'case for my life'. *Hypatia*, v. 30, n. 1, p. 300-306, 2015.

GARCIA, C. C. Diversidade humana e deficiência: discriminação, exclusão e preconceito. In: GARCIA, C. C. *Sociologia da Acessibilidade*. Curitiba: IESDE, 2008. p. 7-16.

GEDIEL, B. L. A. As mulheres Surdas e o Sistema Público de Saúde: Caminhos para o acesso aos direitos sexuais reprodutivos. *Ver. de Antropologia*, v. 48, n. 48, p. 75-88, 2015.

GESSER, A. *Libras? Que língua é essa? Crenças e preconceitos em torno da língua de sinais e da realidade surda*. São Paulo: Parábola, 2009.

GESSER, M. Gênero, deficiência e a produção de vulnerabilidades In: GESSER, M. *Mundos de mulheres no Brasil*. Curitiba: CRV, 2019. p. 359-361.

GESSER, M. et al. *Estudos da deficiência: antipacitismo e emancipação social*. Curitiba: CRV, 2020.

GIDDENS, A. Risco, Confiança, Reflexividade. In: BECK, U.; GIDDENS, A. & LASH, S. (Ed.) *Modernização Reflexiva*. São Paulo: UNESP, 1997.

GOFFMAN, E. *Estigma – notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4.ed.[S.I.]: LTC, 1988.

GOLDFELD, Marcia. *A criança surda: linguagem e cognição numa perspectiva sociointeracionista*. 2 ed. São Paulo: Plexus, 2002.

GOMES, A. P. G. *O imperativo da cultura surda no plano conceitual: emergência, preservação e estratégias nos enunciados discursivos*. 2011. 101 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Centro de Educação, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2011.

GUPTA, A.; FERGUSON, J. Mais além da “cultura”: espaço, identidade e política da diferença. In: ARANTES, A. A. (Org.). *O espaço da diferença*. Campinas: Papius, 2000. p. 30-49.

HOUAISS A., VILLAR, M. S. Vulnerabilidade. In: HOUAISS A., VILLAR, M. S. *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009. p. 1961.

HANNA, W. J.; ROGOVSKY, B. Women with disabilities: two handicaps plus. In: BARTON, L. *Overcoming disabling barriers: 18 years of disability and society*. London: Routledge, 2006. p. 37-52.

HEHN, G. V. *Incluindo o projeto terapêutico singular na agenda da atenção básica em contexto de vulnerabilidade e não adesão ao tratamento da tuberculose*. 2015. 207 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/129921>>. Acesso em: 03 jul. 2020.

IBGE. *Censo Demográfico – 2010: Características da população e dos domicílios. Resultados do universo*. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: <

<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9662-censo-demografico-2010.html>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

LEMOS, A. Direitos sexuais e reprodutivos: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. *Saúde Debate*, v. 38, n. 101, p. 244-253, 2014.

MAIA, A. C. B. *Sexualidade e deficiências*. São Paulo: Ed. Unesp, 2006.

_____. Sexualidade, deficiência e gênero: reflexões sobre padrões definidores de normalidade. In: JUNQUEIRA, R. (Org.). *Diversidade sexual na educação: problematizações sobre homofobia nas escolas*. Brasília: Ministério da Educação, SECAD, UNESCO, 2009. p.265-292.

MAIA, B. C. A., RIBEIRO, M. R. P. Desfazendo mitos para minimizar o preconceito sobre a sexualidade de pessoas com deficiência. *Revista Brasileira*, Marília, v. 16, n. 2, p. 159-176, maio/ago. 2010.

MAIA, A. C. B. *Inclusão e sexualidade: Na voz de pessoas com deficiência física*. Curitiba: Juruá, 2011.

_____. Educação sexual e sexualidade no discurso de uma pessoa com deficiência visual. *Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação*, Araraquara, v. 6, n. 3, p. 90–101, 2012.

MANN, J.; TARANTOLA, D. J. M.; NETTER, T. W. (Org). *A AIDS no mundo: história social da AIDS*. Rio de Janeiro: Relumê Dumará, ABIA-IMS, UERJ, 1993.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. *Metodologia científica: ciência e conhecimento científico, métodos científicos, teoria, hipóteses e variáveis*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MARTINS, J. A.; BARSAGLINI, R. A. Aspectos da identidade na experiência da deficiência física: um olhar socioantropológico. *Interface – comunicação, saúde, educação*. Botucatu, v.15, n. 36, p. 109-121, 2011.

MAZZOTTA, M. J. S. *Educação especial no Brasil: história e políticas públicas*. 5ª Ed. São Paulo: Cortez, 1996.

MEIRA, D. S. et al. Vulnerabilidade ou vulnerabilidades? Um ensaio sobre esta ambiguidade no contexto educacional. *Brazilian Journal Development*, Curitiba, v. 6, n. 5, p. 26559-26568, maio 2020.

MELLO, A. G. de. O Modelo Social da Surdez: um caminho para a surdolândia. *Mosaico Social*, Florianópolis, ano 3, n. 3, p. 57-75, 2006.

MELLO, A. G. de; NUERNBERG, A. H. Gênero e deficiência: interseções e perspectivas. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 635-655, 2012.

MELLO, A. G. de. *Gênero, deficiência, cuidado e capacitismo: uma análise antropológica de experiências, narrativas e observações sobre violências contra mulheres com deficiência*. 2014. 262 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

MELLO, A. G. de. Deficiência, incapacidade e vulnerabilidade: do capacitismo ou a preeminência capacitista e biomédica do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 10, 2016, p. 3265-3276. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320152110.07792016>>. Acesso em: 24 maio 2021.

_____. *Corpos (in)capazes: a crítica marxista da deficiência*. São Paulo: Jacobin, p. 98-102, 2020. Disponível em: <<https://jacobin.com.br/2021/02/corpos-incapazes/>>. Acesso em: 24 maio 2022.

MEYER, D. E. E. et al, “Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1335-1342, 2006.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 25. ed. rev. atual. Petrópolis: Vozes, 2007.

MINAYO, M. C. S. Introdução. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). *Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de Programas Sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

MINAYO, M C S; DESLANDES, S F; GOMES, R. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 21. ed. Petrópolis; Vozes; 2016.

MIRANDA, R. S. de. et al. Barreiras de comunicação com surdos no atendimento em saúde: um estudo descritivo. *Enfermagem Brasil*, v. 19, n. 1, p. 11-19, 2020. Disponível em: <<https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/2055/pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2022.

MOTA, A.; SCHRAIBER, L. B. Atenção Primária no Sistema de Saúde: debates paulistas numa perspectiva histórica. *Saúde Soc*, v. 20, n. 4, p. 837-852, 2011.

NASCIMENTO, M. G.; XAVIER, P. F.; SÁ, R. D. P. Adolescentes grávidas: a vivência no âmbito familiar e social. *Adolescência & Saúde*, v. 4, p. 41-47, 2011.

NEVES, M. P. Article 8: respect de la vulnérabilité humaine et de l'intégrité personnelle. In: ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E A CULTURA. *La déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme: histoire, principes et application*. Paris: UNESCO; 2009. p. 167-77.

NICOLAU, S. M. et al. Mulheres com deficiência e sua dupla vulnerabilidade: contribuições para a construção da integralidade em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.18, n. 3, 2013.

NOSEK, M. A., SIMMONS, D. K. Sexual and Reproductive Health Disparities Experienced by People with Disabilities: Myth versus Reality. *Californian Journal of Health Promotion*, v. 5, p. 68-81, 2007.

NUNES, L. et al. Cuidado humanizado à pessoa surda: perspectiva do profissional médico. *REVASF*, Petrolina, v. 10, n. 22, p. 82-103, set./dez. 2020.

OLIVEIRA, N. C. de. *Grito silenciado: conceitualizações de violência na comunidade surda de Fortaleza*. 2011. 156 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Linguística Aplicada) - Centro de Humanidades, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2011.

OLIVEIRA, S. H. S. et al. Estratégias de enfrentamento da pobreza e sua interface com a promoção da saúde. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, n. 15, p. 867-873, 2007.

OLIVEIRA, Y. C. A. et al. Comunicação entre profissionais de saúde – pessoas surdas: revisão integrativa. *Revista de enfermagem da UFPE*, Recife, v. 9, supl. 2, p. 957-64, fev.2015.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. *Participação das mulheres com deficiência é crescente no Brasil*. 2008. p. 01-08. Disponível em: <<http://agenciainclusive.wordpress.com/2008/11/21/participacao-dasmulheres-com>>. Acesso em: 20 out. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. A saúde mental pelo prisma da saúde pública. *Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Genebra: OPAS/OMS, p. 1-16, 2001.

_____. *CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Tradução do Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais. 1. ed. 1. reimpre. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo – EDUSP; 2003a.

_____. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10*. Tradução do Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças. 5. ed. 10. rev. São Paulo: EDUSP; 2003b.

_____. *Saúde sexual e suas ligações com a saúde reprodutiva: uma abordagem operacional*. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2017.

OVIEDO, R. A. M.; CZERESNIA D. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. *Interface*, v. 19, n. 53, p. 237-249, 2015.

PERLIN, G. Identidades surdas. In: SKLIAR, C. (Org.). *A surdez: um olhar sobre as diferenças*. Porto Alegre: Mediação, 1998.

PERLIN, G.; MIRANDA, W. Surdos: o Narrar e a Política In Estudos Surdos. *Ponto de Vista: Revista de Educação e Processos Inclusivos*, n. 5, Florianópolis: UFSC/ NUP/CED, 2003

PERLIN, G. O lugar da cultura surda. In: THOMA, A. da S.; LOPES, M. C. (Org.). *A invenção da surdez: cultura, alteridade, identidade e diferença no campo da educação*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2004.

PERLIN, G; VILHALVA, S. V. *Mulher Surda: elementos ao empoderamento na política afirmativa*, 2016. Disponível em <<http://www.porsinal.pt/index.php?ps=artigos&idt=artc&cat=27&idart=453>>. Acesso em: 16

maio 2017.

PIRES, H. F.; ALMEIDA, M. A. P. T. A percepção do surdo sobre o atendimento nos serviços de saúde. *Revista Enfermagem Contemporânea*, v. 5, n. 1, p. 68-77, jan./jun. 2016.

QUADROS, R. M. de. *O tradutor e intérprete de Língua Brasileira de Sinais e língua portuguesa*. Brasília: MEC/SEESP, 2004.

RIBEIRO, L. V. *Saúde sexual de adolescentes institucionalizadas: contribuições da enfermagem na perspectiva da teoria do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender*. 2015. 202 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro Biomédico, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

RIOS, R. R. Para um direito democrático da sexualidade. *Horizontes Antropológicos*, v. 12, n. 26, p. 71-100, 2006.

RIZZO, J. G. S.; GONÇALVES, J. P. Sexualidade e Surdez: um diálogo a partir de Michel Foucault. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 1. 2022.

ROSA, M. R.; ORLANDI, R.; BELUSSO, A. Sobre a educação sexual de jovens surdos no interior do Paraná. *Rev. Brasileira de Educação Especial*, Marília, v. 24, n. 1, 2015.

ROSTELATO, T. A. *Portadores de deficiência e prestação jurisdicional*. Curitiba: Juruá, 2009.

SALDANHA, W. et al. Vulnerabilidade dos adolescentes à DST/AIDS: ainda uma questão de gênero? *Psicologia, Saúde e Doenças*, v. 12, n. 1, p. 105-118, 2011.

SÁNCHEZ, A. I. M.; BERTOLOZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, n. 12, v. 2, p. 319-324, 2007.

SANTANA, A. P.; BERGAMO, A. Cultura e identidade surdas: encruzilhada de lutas sociais e teóricas. *Educação e sociedade*, Campinas, v. 26, n. 91, maio/ago. 2005.

SANTOS, I. M. M. *O olhar da mãe sobre o desenvolvimento de seu filho no contexto de sua história de vida*. 1998. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

SANTOS, L. F. M. et al. Mulheres com deficiência: reflexões sobre a trajetória das políticas públicas de saúde. *Revista de enfermagem da UFPE*, Recife, v. 7, n. 7, p. 4775-4781, 2013.

SASSAKI, R. K.; *Pessoas com deficiência e os desafios da inclusão*. 2004. Disponível em: <<http://saci.org.br/?modulo=akemi¶metro=12916>>. Acesso em: 24 maio 2021.

SCOTT, J. La citoyenne paradoxale. *Lês féministes françaises et lês droits de l'homme*. Paris: Albin Michel, 1998.

SEVALHO, G. O conceito de vulnerabilidade e a educação em saúde fundamentada em Paulo Freire. *Interface*, Botucatu, v. 22, n. 64, p. 177-188, 2018.

SHUBERT, C. O. *A inclusão da Libras no currículo de graduação em enfermagem: um estudo diagnóstico sobre comunicação com surdos*. 2014. 143 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

SILVA, J. A. *O olhar das religiões sobre a sexualidade*. 2008a. 27 f. Disponível em: <<http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/pde/arquivos/728-4.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2020.

SILVA, R. G. *Gênero, Cuidado e Deficiência: um estudo no Ministério Público do Distrito Federal e Territórios*. 2008. 58 f. TCC (Graduação em Serviço Social) – Universidade de Brasília, DF, 2008b.

SILVA, A. J. I.; KESKE, H. A. G. As transformações da nomenclatura de referência à pessoa com deficiência e o impacto social para a inclusão. *Brazilian Journal of Development*, v. 7, n. 5, p. 45291–45309, 2021.

SKLIAR, C. *A surdez: um olhar sobre as diferenças*. Porto Alegre: Medição, 1998.

SOUSA, R. A.; PAGLIUCA, L. M. F. Cartilha sobre saúde sexual e reprodutiva para surdos como tecnologia emancipatória: relato de experiência. *Rev. RENE*, v. 2, n.2, jul./dez. 2001.

SOUZA, M. F. N. S. et al. Principais dificuldades e obstáculos enfrentados pela comunidade surda no acesso à saúde: uma revisão integrativa de literatura. *Revista CEFAC*, v. 19, p. 395–405. 2019. <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169351955013>>. Acesso em: 24 maio 2021.

SOUZA, M. H. N.; TYRRELL, M. A. R. Políticas de salud a la mujer en Brasil, 1974-2004. *Revista de Enfermagem da UERJ*, v. 19, n. 1, p; 70-76, 2011.

STARRS, A. M. et al. Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. *Lancet.*, v. 391, p. 2642-2692, 2018.

STRICKLER, H. I. Interaction between family violence and mental retardation. *Mental Retardation*, n. 39, p. 461-471, 2001.

STROBEL, K. L.; FERNANDES, S. *Aspectos linguísticos da língua brasileira de sinais*. Curitiba: Secretaria de Estado da Educação, Superintendência de Educação, Departamento de Educação Especial (SEED/SUED/DEE), 1998.

STROBEL, K. L. *Surdos: Vestígios Culturais não Registrados na História*. 2008. 176 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008a.

_____. *As Imagens do outro sobre a Cultura Surda*. Florianópolis: Ed. UFSC, 2008b.

SUPLICY, M. et al. *Guia de orientação sexual: diretrizes e metodologia*. 10. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

TEIXEIRA, M. A. A. Provocações para uma sociologia da sexualidade: sistemas, linguagem, amor. *Revista Plural*, v. 22, n. 2, p. 182-203, 2015.

TEIXEIRA, R. S. *As condutas sexuais dos jovens e o contexto das Infecções Sexualmente Transmissíveis: uma perspectiva de gênero*. 2016. 101 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

VERGAMINI, S. A. A. *Mãos fazendo história*. Petrópolis: Editora Arara Azul, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO; THE WORLD BANK. *Relatório mundial sobre a deficiência*. Tradução Lexicus Serviços Linguísticos. São Paulo: SEDPcD, 2011. 334 p.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada “**VIVÊNCIA DE MULHERES SURDAS ACERCA DE SUA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA: narrativas de vida**”, conduzida pela pesquisadora Carla Oliveira Shubert, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Lucia Helena Garcia Penna. Este estudo tem por objetivo conhecer o seu contexto de vida em relação promoção da saúde sexual de mulheres surdas, a fim de ajudar na construção de novas propostas e conhecimentos sobre a saúde sexual das mulheres em condição de surdez.

Você está sendo convidada por ser uma mulher surda e ao ser entrevistada deverá falar um pouco sobre aspectos de si mesma, suas experiências e sua vida sexual. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

A sua participação nesta pesquisa é inteiramente voluntária. Durante a entrevista a previsão de risco é mínimo, ou seja, pode ocorrer desconforto ao abordar algum assunto que será minimizado através da disponibilidade da pesquisadora e da intérprete (da própria instituição investigada) em dialogar. Em qualquer momento você poderá recusar a participar da pesquisa ou a não responder qualquer pergunta que possa causar constrangimento, sem nenhuma penalização ou prejuízo pessoal. Apesar de não haver garantia de benefício pessoal a você com este estudo, o seu conhecimento, as coisas que você pensa e acredita serão importantes para entendermos a sua realidade e podermos pensar e realizar propostas de promoção a saúde sexual de mulheres nesse mesmo contexto.

Sua participação na pesquisa não é remunerada nem implicará em gastos para os participantes.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em conceder uma entrevista que será gravada em vídeo ou através da plataforma de videoconferência para que você possa se comunicar em LIBRAS.

As gravações serão destruídas após 5 anos de término da pesquisa O seu anonimato será garantido, ou seja, você não poderá ser identificada por outras pessoas da comunidade ou das instituições em que é atendida através dos dados desta pesquisa eventualmente publicados em congressos e revistas científicas.

Rubrica do participante

Rubrica do pesquisador

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação. O material da entrevista ficará sob a responsabilidade da pesquisadora Carla Oliveira Shubert e de sua orientadora Dr.^a Prof.^a Lucia Helena Garcia Penna, do grupo de pesquisa - “Gênero, Violência em Saúde e Enfermagem” vinculada ao Departamento Materno Infantil e o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UERJ. O material será analisado

a fim de produção de conhecimentos, os quais serão divulgados em artigos científicos, tese e eventos científicos. A entrevista será gravada para posterior transcrição.

O pesquisador responsável se compromete a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos participantes.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável / coordenador da pesquisa. Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos do pesquisador responsável:

1) Pesquisadora: Carla Oliveira Shubert (telefone 21 987740076; e-mail: carlashubert@yahoo.com.br)

2) Pesquisadora Coordenadora: Lucia Helena Garcia Penna (telefone: 21 2868-8236; e-mail: luciapenna@terra.com.br)

Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3º andar, - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, e-mail: etica@uerj.br - Telefone: (021) 2334-2180. O CEP COEP é responsável por garantir a proteção dos participantes de pesquisa e funciona às segundas, quartas e sextas-feiras, de 10h às 12h e 14h às 16h.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Rubrica do participante

Rubrica do pesquisador

Rio de Janeiro, ____ de _____ de ____.

Nome do(a) participante: _____ Assinatura: _____

Nome do(a) pesquisador: _____ Assinatura: _____

APÊNDICE B – Termo de autorização de uso de imagens e depoimentos**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTOS**

Eu _____, CPF _____, RG _____

_, depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios desta pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade do uso de minha imagem e/ou depoimento, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), AUTORIZO, através do presente termo, os pesquisadores Carla Oliveira Shubert e Lucia Helena Garcia Penna (orientadora) do projeto de pesquisa intitulado “**VIVÊNCIA DE MULHERES SURDAS ACERCA DE SUA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA: narrativas de vida**” a realizar vídeos que se façam necessárias e/ou a colher meu depoimento sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes.

Ao mesmo tempo, libero a utilização dos vídeos e/ou depoimentos para fins científicos, em favor dos pesquisadores da pesquisa, acima especificados, obedecendo ao que está previsto na legislação e aos preceitos éticos vigentes através da Resolução 466/12 do CMS.

Rio de Janeiro, __ de _____ de 2020

Carla Oliveira Shubert_____
Dra. Lucia Helena Garcia Penna
Orientadora_____
Participante

APÊNDICE C – Roteiro para a coleta de dados

Iniciais: _____

Data: _____

1 – INFORMAÇÕES PESSOAIS:

- 1) Quantos anos você tem?
- 2) Você estuda ou estudou? Qual a sua escolaridade?
- 3) Qual a cor da sua pele?
- 4) Você possui religião? Qual?
- 5) Você trabalha?
- 6) Fale sobre a composição de sua família
- 7) Você é surda? Desde que idade?
- 8) Na sua família, há mais pessoas surdas?

Pergunta Principal para a Narrativa: “Fale-me a respeito de sua vivencia sexual e reprodutiva”

FILTROS ACERCA DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA:

- 1) O que você entende sobre saúde sexual? Vida sexual? Sexualidade?
- 2) Conhece algum método contraceptivo? Qual? Onde recebeu essas informações?
- 3) Conhece alguma Infecção Sexualmente Transmissível? Qual? Onde recebeu essas informações?
- 4) Fale sobre sua vida afetiva (relacionamentos, parceiros, vida sexual, frequência).
- 5) Conte -me sobre as principais fontes de informação sobre esses assuntos.
- 6) Lembra de ter tido algum problema ginecológico? Onde procurou ajuda? Procurou unidades de saúde para atendimento? Que orientações recebeu?
- 7) Como você considera a sua saúde sexual e reprodutiva? Você cuida de sua saúde?
- 8) Fale -me sobre o que acha de seu corpo
- 9) Como acha que as pessoas te veem?
- 9) Conte-me como foi sua primeira relação sexual. Como se sentiu? Quantos parceiros sexuais você já teve. Conte-me a respeito:

- 10) Já sofreu algum tipo de violência?
- 11) Já engravidou alguma vez? Já sofreu algum aborto? Você tem vontade de engravidar? Que informações tem a respeito? Procurou atendimento em unidade de saúde?
- 12) O que você faz para cuidar do seu corpo?
- 13) Com que frequência realiza consultas ginecológicas? Que orientações e cuidado o profissional lhe forneceu?
- 14) O que faz para manter a sua sexualidade/vida sexual? Que orientações/informações/ cuidados você recebeu sobre cuidados com sua vida sexual/reprodutiva? Por quem recebeu? Se sentiu satisfeita com essas informações?
- 15) Quais foram os fatores que mais facilitaram ou dificultaram a obtenção de informações/orientações/cuidados sobre sua vida sexual e reprodutiva?

APÊNDICE D – Categorias temáticas

Quadro 6 – Categorias temáticas

Categoria	Subcategoria	UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO	TUR	RE
Discriminação Social pela surdez: a invisibilidade da condição de mulher		Discriminação Pela surdez	38	18
		Invisibilidade como mulher	19	12
Influências da surdez na saúde sexual e reprodutiva	[Des]conhecimento e vivências relacionadas a saúde sexual/reprodutiva e sexualidade	Desconhecimento sobre saúde sexual/sexualidade	5	4
		Desconhecimento sobre saúde reprodutiva	11	7
		Vivências nas relações afetivas íntimas pela surdez	20	11
		Proteção/controlado materno e paterno	16	10
	Acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva	Dificuldade de acesso ao serviço de saúde	66	20
		TOTAL	118	52

Fonte: A autora, 2022.

ANEXO A - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Vivências de mulheres surdas acerca de sua saúde sexual e reprodutiva: narrativas de vida

Pesquisador: LUCIA HELENA GARCIA PENNA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 34887220.3.0000.5282

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem da UERJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.195.761

Apresentação do Projeto:

De acordo com a pesquisadora:

"Pesquisa de natureza qualitativa, descritiva que investigará a promoção da saúde de mulheres Surdas no campo da atenção à saúde reprodutiva e sexual, a partir de suas próprias perspectivas e narrativas de vida. O método escolhido para realizar o estudo tem como base o referencial teórico metodológico de Daniel Bertaux (Narrativa de vida). Iniciaremos a coleta das narrativas a partir de mulheres Surdas frequentadoras do Instituto Nacional de Educação de Surdos, situado na Zona Sul do Rio de Janeiro. Serão realizadas entrevistas individuais a fim de permitir coletar suas narrativas. O quantitativo de entrevistas estará diretamente relacionado ao critério de recorrência e ao atingir o ponto de saturação, ou seja, quando esses mesmos dados se apresentem repetitivamente ou não acrescentem fatos novos as falas anteriormente. Dessa forma não será estipulado o número de entrevistadas, que dependerá do alcance dos itens

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.559-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 4.195.761

anteriormente descritos.

Estabelecemos junto à instituição algumas características das mulheres Surdas adultas a serem investigadas para este estudo. Dentre estas características, elencamos: mulher Surda, que utilize LIBRAS para se comunicar; em idade adulta, ou seja, a partir dos 18 (dezoito) anos; mulheres que tenham possibilidades cognitivas de narrarem suas percepções e mulheres que tenham o diagnóstico de surdez ao nascimento ou se tornado surda ainda na infância. Pretende-se adotar a técnica Bola de Neve (Snowball Technique) para a coleta das narrativas, considerando

-se a inserção das mulheres Surdas no cenário locus da pesquisa. Assim, pergunta-se à pessoa se esta deseja participar na investigação e se conhece alguém que possivelmente atenda aos critérios de inclusão na pesquisa. A coleta de dados será realizada após a aprovação do Comitê de ética e mediante a autorização e o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, garantindo o sigilo e anonimato na utilização dos depoimentos.

Considerando que as mulheres surdas ofertarão suas narrativas em LIBRAS e que esta, é uma língua de modalidade visual – gestual, faz-se necessário a filmagem dos sinais emitidos pelas participantes. Para isso, será necessário o preenchimento do Termo de Concessão de Imagem em caso de concordância com a participação.

As narrativas serão filmadas através de smartfone, colhidas e transcritas pela própria pesquisadora e por um intérprete de LIBRAS, que estará presente em todas as entrevistas e transcrições das narrativas, afim de garantir a fidedignidade das informações obtidas, tendo em vista que a LIBRAS possui particularidades linguísticas com variações em cada comunidade surda.

A Intérprete de Libras em questão, tem por característica ser do próprio Instituto e assim, inserida na

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.559-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 4.125.701

comunidade surda e ser uma profissional da área da saúde, enfermeira. Após a gravação as narrativas serão posteriormente compiladas na íntegra. As informações coletadas serão de responsabilidade da autora, que guardará e manterá as mesmas, por 5anos e, logo em seguida, as destruirá.

O instrumento de coleta das narrativas adotado será a partir de uma entrevista com a pergunta norteadora: "Fale-me a respeito de sua vivência sexual e reprodutiva".

Será construído um historiograma que apresentará o perfil social de cada participante e os aspectos gerais de cada narrativa, permitindo singularizar as narrativas das mulheres surdas e valoriza-las em sua essência. Fases da Pesquisa: 1ª Fase: exploratória - fase em que os primeiros relatos de vida servirão para o reconhecimento de seu terreno. 2ª. Fase: analítica - a partir dos temas que emergirem, trataremos o material segundo a técnica de codificação. Os temas passam a ser códigos, os quais serão contabilizados e agrupados e ao final realizaremos o somatório e após esta etapa de recodificação será realizado um novo agrupamento temático - categorias analíticas."

Objetivo da Pesquisa:

De acordo com a pesquisadora:

*Objetivo Primário:

Analisar como a condição de surdez influencia na promoção da saúde sexual/reprodutiva de mulheres surdas a partir de sua própria perspectiva

Objetivo Secundário:

1) Descrever as situações vivenciadas por mulheres surdas considerando sua saúde sexual e reprodutiva a partir de suas narrativas; 2) Discutir as perspectivas de mulheres surdas sobre suas vivências no contexto de sua saúde sexual e reprodutiva;"

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com a pesquisadora:

*Riscos:

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
 Bairro: Maracanã CEP: 20.550-900
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 4.195.761

Durante a entrevista a previsão de risco é mínimo, ou seja, pode ocorrer desconforto ao abordar algum assunto que será minimizado através da disponibilidade da pesquisadora e da interprete (da própria instituição investigada) em dialogar.

Durante todo o período da pesquisa a mulher surda poderá tirar através do contato por email e ou telefone da pesquisadora disponibilizado na cópia do documento TCLE.

Benefícios:

A participação na pesquisa tem sua importância, pois possibilita uma melhor compreensão na construção de propostas futuras de atenção à a saúde sexual e reprodutiva de mulheres surdas, contribuindo inclusive para a formação de futuros profissionais da saúde, em particular da enfermagem no desenvolvimento de competências para melhor atuação profissional junto à essa população.*

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

De acordo com a pesquisadora:

***Metodologia Proposta:**

Pesquisa de natureza qualitativa, descritiva que investigará a promoção da saúde de mulheres Surdas no campo da atenção à saúde reprodutiva e sexual, a partir de suas próprias perspectivas e narrativas de vida. O método escolhido para realizar o estudo tem como base o referencial teórico metodológico de Daniel Bertaux (Narrativa de vida). Iniciaremos a coleta das narrativas a partir de mulheres Surdas frequentadoras do Instituto Nacional de Educação de Surdos, situado na Zona Sul do Rio de Janeiro. Serão realizadas entrevistas individuais a fim de permitir coletar suas narrativas. As entrevistas poderão ser realizadas presencialmente ou através de ferramentas que possibilitam a realização de videoconferência tendo em

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.559-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 4.193.761

vista, a necessidade de distanciamento social ocasionada pela pandemia do COVID-19 . A ferramenta utilizada será o Skype® , que permite a conexão gratuita, através de celular ou computador, de qualquer lugar, através de vídeo chamada e por um grupo de várias pessoas. O quantitativo de entrevistas estará diretamente relacionado ao critério de recorrência e ao atingir o ponto de saturação, ou seja, quando esses mesmos dados se apresentem repetitivamente ou não acrescentem fatos novos as falas anteriormente. Dessa forma não será estipulado o número de entrevistadas, que dependerá do alcance dos itens anteriormente descritos. Estabelecemos junto à instituição algumas características das mulheres Surdas adultas a serem investigadas para este estudo. Dentre estas características, elencamos: mulher Surda, que utilize LIBRAS para se comunicar; em idade adulta, ou seja, a partir dos 18 (dezoito) anos; mulheres que tenham possibilidades cognitivas de narrarem suas percepções e mulheres que tenham o diagnóstico de surdez ao nascimento ou se tornada surda ainda na infância. Pretende-se adotar a técnica Bola de Neve (Snowball Technique) para a coleta das narrativas, considerando-se a inserção das mulheres Surdas no cenário locus da pesquisa. Assim, pergunta-se à pessoa se esta deseja participar na investigação e se conhece alguém que possivelmente atenda aos critérios de inclusão na pesquisa. A coleta de dados será realizada após a aprovação do Comitê de ética e mediante a autorização e o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, garantindo o sigilo e anonimato na utilização dos depoimentos. Considerando que as mulheres surdas ofertarão suas narrativas em LIBRAS e que esta, é uma língua de modalidade visual – gestual, faz-se necessário a

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.559-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 4.195.761

filmagem dos sinais emitidos pelas participantes. Para isso, será necessário o preenchimento do Termo de Concessão de Imagem em caso de concordância com a participação. As narrativas serão filmadas através de smartfone, colhidas e transcritas pela própria pesquisadora e por um intérprete de LIBRAS, que estará presente em todas as entrevistas

e transcrições das narrativas, afim de garantir a fidedignidade das informações obtidas, tendo em vista que a LIBRAS possui particularidades linguísticas com variações em cada comunidade surda. A Intérprete de Libras em questão, tem por característica ser do próprio Instituto e assim, inserida na comunidade surda e ser uma profissional da área da saúde, enfermeira. Após a gravação as narrativas serão posteriormente compiladas na íntegra. As informações coletadas serão de responsabilidade da autora, que guardará e manterá as mesmas, por 5anos e, logo em seguida, as destruirá. O instrumento de coleta das narrativas adotado será a partir de uma entrevista com a pergunta norteadora: "Fale-me a respeito de sua vivência sexual e reprodutiva". Será construído um historiograma que apresentará o perfil social de cada participante e os aspectos gerais de cada narrativa, permitindo singularizar as narrativas das mulheres surdas e valorizalas

em sua essência.

Metodologia de Análise de Dados:

Pesquisa de natureza qualitativa, descritiva que investigará a promoção da saúde de mulheres Surdas no campo da atenção à saúde reprodutiva e sexual, a partir de suas próprias perspectivas e narrativas de vida.

O método escolhido para realizar o estudo tem como base o referencial teórico metodológico de Daniel Bertaux (Narrativa de vida). Iniciaremos a coleta das narrativas a partir de mulheres Surdas

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
 Bairro: Maracanã CEP: 20.559-900
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 4.125.761

frequentadoras

do Instituto Nacional de Educação de Surdos, situado na Zona Sul do Rio de Janeiro. Serão realizadas entrevistas individuais a fim de permitir coletar suas narrativas. O quantitativo de entrevistas estará diretamente relacionado ao critério de recorrência e ao atingir o ponto de saturação, ou seja, quando esses mesmos dados se apresentem repetitivamente ou não acrescentem fatos novos as falas anteriormente. Dessa forma não será estipulado o número de entrevistadas, que dependerá do alcance dos itens anteriormente descritos.

Estabelecemos junto à instituição algumas características das mulheres Surdas adultas a serem investigadas para este estudo. Dentre estas características, elencamos: mulher Surda, que utilize LIBRAS para se comunicar; em idade adulta, ou seja, a partir dos 18 (dezoito) anos; mulheres que tenham possibilidades cognitivas de narrarem suas percepções e mulheres que tenham o diagnóstico de surdez ao nascimento ou se tornado surda ainda na infância.

Pretende-se adotar a técnica Bola de Neve (Snowball Technique) para a coleta das narrativas, considerando -se a inserção das mulheres Surdas no cenário locus da pesquisa. Assim, pergunta-se à pessoa se esta deseja participar na investigação e se conhece alguém que possivelmente atenda aos critérios de inclusão na pesquisa. A coleta de dados será realizada após a aprovação do Comitê de ética e mediante a autorização e o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, garantindo o sigilo e anonimato na utilização dos depoimentos. Considerando que as mulheres surdas ofertarão suas narrativas em LIBRAS e que esta, é uma língua de modalidade visual – gestual, faz-se necessário a filmagem dos sinais emitidos pelas participantes. Para isso, será necessário o preenchimento do Termo de Concessão de Imagem em caso de concordância com a

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
 Bairro: Maracanã CEP: 20.559-900
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 4.195.791

participação.

As narrativas serão filmadas através de smartfone, colhidas e transcritas pela própria pesquisadora e por um intérprete de LIBRAS, que estará presente em todas as entrevistas e transcrições das narrativas, afim de garantir a fidedignidade das informações obtidas, tendo em vista que a LIBRAS possui particularidades linguísticas com variações em cada comunidade surda.

A Intérprete de Libras em questão, tem por característica ser do próprio Instituto e assim, inserida na comunidade surda e ser uma profissional da área da saúde, enfermeira. Após a gravação as narrativas serão posteriormente compiladas na íntegra. As informações coletadas serão de responsabilidade da autora, que guardará e manterá as mesmas, por 5anos e, logo em seguida, as destruirá. O instrumento de coleta das narrativas adotado será a partir de uma entrevista com a pergunta norteadora: "Fale-me a respeito de sua vivencia sexual e reprodutiva".

Será construído um historiograma que apresentará o perfil social de cada participante e os aspectos gerais de cada narrativa, permitindo singularizar as narrativas das mulheres surdas e valoriza-las em sua essência.

Fases da Pesquisa: 1ª Fase: exploratória - fase em que os primeiros relatos de vida servirão para o reconhecimento de seu terreno. 2ª. Fase: analítica - a partir dos temas que emergirem, trataremos o material segundo a técnica de codificação. Os temas passam a ser códigos, os quais serão contabilizados e agrupados e ao final realizaremos o somatório e após esta etapa de recodificação será realizado um novo agrupamento temático - categorias analíticas."

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos de apresentação obrigatória foram enviados a este comitê, estando dentro das boas práticas e apresentando todos os dados necessários para a apreciação ética. Tendo sido avaliadas as informações contidas na Plataforma Brasil, as mesmas se encontram dentro das

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
 Bairro: Maracanã CEP: 20.559-900
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 4.195.701

normas vigentes e sem riscos iminentes aos participantes envolvidos na pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Ante o exposto, a COEP deliberou pela aprovação do projeto, visto que não há implicações éticas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Foram atendidas as considerações do Parecer anterior. A pesquisa está bem estruturada e o referencial teórico e metodologia estão explicitados, demonstrando aprofundamento e conhecimentos necessários para sua realização. O projeto pode ser realizado como está apresentado. Diante do exposto e à luz da Resolução CNS nº466/2012 e CNS nº510/2016, o projeto pode ser enquadrado na categoria – APROVADO.

Tendo em vista a legislação vigente, o CEP recomenda ao(à) Pesquisador(a): Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e/ou no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para análise das mudanças; informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa; o comitê de ética solicita a V.S.ª que encaminhe a esta comissão relatórios parciais de andamento a cada 06 (seis) meses da pesquisa e, ao término, encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto; os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos.

Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - previsto para agosto de 2021. A COEP deverá ser informada de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_1399278.pdf	27/07/2020 21:39:44		Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	27/07/2020 21:39:02	CARLA OLIVEIRA SHUBERT	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	TESE_novo_2020.doc	27/07/2020 21:37:07	CARLA OLIVEIRA SHUBERT	Aceito

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ªand. SI 3018
 Bairro: Maracanã CEP: 20.559-900
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 4.125.761

Investigador	TESE_novo_2020.doc	27/07/2020 21:37:07	CARLA OLIVEIRA SHUBERT	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.doc	27/07/2020 21:33:37	CARLA OLIVEIRA SHUBERT	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_ASSINADA.pdf	01/06/2020 22:01:53	CARLA OLIVEIRA SHUBERT	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	INES.docx	18/05/2020 22:07:38	CARLA OLIVEIRA SHUBERT	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 06 de Agosto de 2020

Assinado por:
ALBA LUCIA CASTELO BRANCO
(Coordenador(a))

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ªand. SI 3018
Bairro: Maracanã CEP: 20.550-900
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

ANEXO B – Termo de autorização para a pesquisa de campo



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
 MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
 INSTITUTO NACIONAL DE EDUCAÇÃO DE SURDOS
 DEPARTAMENTO DE DESENVOLVIMENTO
 HUMANO, CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO
 Rua das Laranjeiras, 232 – Laranjeiras – CEP 22240-003 – Rio de Janeiro – RJ

Declaração de Anuência


Declaramos que esta instituição, INSTITUTO NACIONAL DE EDUCAÇÃO DE SURDOS-INES, tem interesse em participar do projeto proposto pela pesquisadora CARLA OLIVIERA SHUBERT com o título da pesquisa: **“Vivência de mulheres surdas acerca de sua saúde sexual e reprodutiva: narrativas de vida”**, autorizando sua execução.

Declaramos ainda, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a CNS 466/2012 e CNS 510/2016. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição para trabalho de campo da pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Esta autorização está condicionada à aprovação final da proposta pelo(s) respectivo(s) Comitê(s) de Ética em Pesquisa, responsável por sua avaliação.

Solicitamos que o pesquisador se certifique de autorização junto aos sujeitos entrevistados, assinadas por estes, com vídeo formal apresentado em Libras para sujeitos surdos usuários dessa língua, a fim de garantir a divulgação da pesquisa.

Rio de Janeiro, 16 de janeiro de 2020.


 Andreza da Silva Gonçalves Raphael
 Diretora do Departamento de Desenvolvimento Humano,
 Científico e Tecnológico
 Matrícula: 2039446