

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
**THAYRIS MARIANO DE MEDEIROS**

PESSOAS COM DEFICIÊNCIA VISUAL E SEXUALIDADE: CONCEPÇÕES E  
VIVÊNCIAS

JOÃO PESSOA  
2016

THAYRIS MARIANO DE MEDEIROS

PESSOAS COM DEFICIÊNCIA VISUAL E SEXUALIDADE: CONCEPÇÕES E  
VIVÊNCIAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, **área de concentração:** Cuidado em Enfermagem e Saúde.

**Linha de pesquisa:** Enfermagem e Saúde no Cuidado ao Adulto e Idoso.

**Projeto de Pesquisa vinculado:** Cuidado ao adulto e idoso com doenças crônicas, incapacidades e deficiências.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Kátia Neyla de Freitas M. Costa

JOÃO PESSOA

2016

M488p    Medeiros, Thayris Mariano de.  
              Pessoas com deficiência visual e sexualidade: concepções  
              e vivências / Thayris Mariano de Medeiros.- João Pessoa,  
              2016.  
              85f.  
              Orientadora: Kátia Neyla de Freitas M. Costa  
              Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS  
              1. Enfermagem. 2. Cuidado ao adulto idoso. 3. Deficientes  
              visuais. 4. Sexualidade. 5. Saúde - pessoa com deficiência.

UFPB/BC

CDU: 616-083(043)

## **THAYRIS MARIANO DE MEDEIROS**

### **Pessoas com deficiência visual e sexualidade: concepções e vivências**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/ 2016

#### **BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Kátia Neyla de Freitas Macêdo Costa  
Universidade Federal da Paraíba - UFPB

---

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Inácia Sátiro Xavier de França  
Universidade Estadual da Paraíba – UEPB

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Jacira dos Santos Oliveira  
Universidade Federal da Paraíba – UFPB

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Cristiana Brasil de Almeida Rebouças  
Universidade Federal do Ceará – UFC

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Maria das Graças Melo Fernandes  
Universidade Federal da Paraíba – UFPB

***Este estudo é um humilde contributo dedicado a todas  
as pessoas com deficiência visual, que foram a minha  
motivação durante essa construção.***

## AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, **Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Kátia Neyla de F. Macêdo Costa**, por me acolher de braços abertos em seu grupo de pesquisa, por confiar e me incentivar favorecendo o meu crescimento pessoal e profissional. Agradeço e dedico a ela um grande carinho e admiração.

À minha mãe, **Alba Mariano dos Santos**, que sempre foi e será para mim exemplo de humildade, luta, dignidade e amor. Sempre se empenhou em mostrar-me o melhor caminho a seguir. Obrigada por todo apoio e amor.

Ao meu esposo, **Alan Rodrigues de Medeiros**, por todo o amor e companheirismo a mim dedicados. Obrigada por estar ao meu lado durante todas as fases dessa conquista.

À minha irmã **Thatyane Mariano R. de Albuquerque** e meu cunhado **Marcelo Gomes R. de Albuquerque**, por tantos momentos compartilhados, pelo incentivo e apoio no dia a dia.

A todos que compõem o **Instituto dos Cegos da Paraíba – Adalgisa Cunha**, pela receptividade e pelos ensinamentos, proporcionando as condições necessárias à realização desse estudo.

Às **pessoas com deficiência visual** participantes do estudo, pela disponibilidade e confiança.

Às minhas amigas **Patrícia Simplício de Oliveira** e **Tarciane Marinho de Albuquerque**, por terem compartilhado comigo vários momentos de crescimento pessoal e profissional, dispensando muito carinho e atenção, e sempre confiantes no meu sucesso.

Aos **Membros da Banca Examinadora**, pessoas por quem nutro tantas admirações. Agradeço todas as considerações que contribuíram para a qualidade desse estudo.

Ao **Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba**, que proporcionou meu crescimento profissional e científico, viabilizando momentos de reflexão crítica. E aos seus funcionários por toda paciência e atenção.

A **todos os familiares e amigos** que de alguma forma colaboraram para a concretização dessa conquista.

## RESUMO

MEDEIROS, T. M. **Pessoas com deficiência visual e sexualidade: concepções e vivências.** 2016. 85f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2016.

**Introdução:** as pessoas com deficiência visual representam uma parcela significativa da população, mas ainda enfrentam várias dificuldades no cumprimento de direitos em todos os aspectos da vida, inclusive a saúde sexual. A sexualidade ainda é um tema muito delicado em nossa sociedade, e quando se fala em pessoas com deficiência visual percebe-se que existem vários mitos em relação a sua sexualidade, que interferem no seu acesso à saúde sexual e à expressão de uma sexualidade plena, livre de preconceitos. **Objetivo:** analisar como a sexualidade é concebida e vivenciada por pessoas com deficiência visual. **Percorso metodológico:** trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa, realizado com 17 pessoas com deficiência visual usuários de uma instituição de apoio. O estudo atendeu aos seguintes critérios de inclusão: pessoa com deficiência visual, maior de 18 anos. E critério de exclusão: não apresentar outra deficiência associada à visual. A coleta de dados foi realizada de novembro a dezembro de 2015 através da técnica de grupo focal. As sessões de grupo focal foram realizadas semanalmente e gravadas com auxílio de dois gravadores do tipo MP4. Após a coleta, os dados foram transcritos e analisados através da análise de conteúdo. A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, sob Protocolo nº0264/15 e CAAE: 44927215.2.0000.5188. **Resultados:** a partir da análise, emergiram cinco categorias temáticas: Sexualidade: da concepção à expressão; Sexualidade na infância e adolescência: fragilidade no acesso a informações; Obstáculos à expressão de sua sexualidade; Duplo desafio para as mulheres: deficiência visual e questões de gênero; e Educação sexual: fragilidades e perspectivas. **Considerações finais:** a partir da reflexão acerca das colocações dos participantes, conclui-se que a sociedade ainda tem pouco entendimento com relação à sexualidade das pessoas com deficiência visual, o que interfere no acesso a informações sexuais específicas e adaptadas. Destaca-se a importância dos profissionais de saúde, principalmente o enfermeiro, na intervenção em educação sexual junto a essas pessoas e família, e no desenvolvimento de mais pesquisas e materiais educativos específicos na área da saúde sexual para as pessoas com deficiência visual.

**PALAVRAS-CHAVE:** Enfermagem. Pessoas com Deficiência Visual. Sexualidade. Saúde da Pessoa com Deficiência.

## ABSTRACT

MEDEIROS, T. M. **People with visual disability and sexuality: concepts and experiences.** 2016. 85f. Dissertation (Master Nursing) – Center of Health Science, Federal University of Paraíba, João Pessoa, 2016.

**Introduction:** people with visual disabilities represent a significant portion of the population, but still face many difficulties in fulfilling rights in all aspects of life, including sexual health. Sexuality is still a very sensitive issue in our society, and when it comes to people with visual disabilities is noticed that there are several myths regarding their sexuality, that interfere with their access to sexual health and the expression of a full sexuality, free of preconception.

**Objective:** to analyze how sexuality is conceived and experienced by people with visual disabilities. **Methodological path:** this is an exploratory study with qualitative approach, conducted in 17 persons with visual disabilities, users of an support institution. The study met the following inclusion criteria: person with visual disabilities; older than 18 years. And exclusion criteria: not present other associated disabilities to visual. Data collection was conducted from November to December 2015 through the technique of focus groups. The focus group sessions were done weekly and recorded with the aid of two recorders type MP4. After collection, the data were transcribed and analyzed using content analysis. The present research has been approved by the Ethics Committee in Research of the Health Sciences Center of the Federal University of Paraíba, under Protocolo nº0264/15 e CAAE: 44927215.2.0000.5188. **Results:** from the analysis, emerged five thematic categories: Sexuality: from conception to expression; Sexuality in childhood and adolescence: weakness in access for information; Obstacles to the expression of their sexuality; Double challenge for women: visual disability and gender issues; and Sex Education: weaknesses and prospects. **Conclusion:** from reflection on the placement of the participants, it is concluded that the society is still have little understanding in relation to sexuality of people with visual disability, which interferes with access to specific and adapted sexual information. It highlights the importance of health professionals, especially the nurse, on intervention of sex education together to these people and family, and the development of more research and specific materials in the area of sexual health for people with visual disability.

**KEY-WORDS:** Nursing. Visually Impaired Persons. Sexuality. Health of the disable.

## RESUMEN

MEDEIROS, T. M. **Personas con deficiencia visual y sexualidad: concepciones y experiencias.** 2016. 85f. Disertación (Maestría en Enfermería) - Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa, 2016.

**Introducción:** las personas con deficiencia visual representan una parte significativa de la población, pero aún se enfrentan muchas dificultades en el cumplimiento de derechos en todos los aspectos de la vida, incluida la salud sexual. La sexualidad aún es un tema muy complicado en nuestra sociedad, y cuando se trata de las personas con deficiencia visual se percibe que hay varios mitos en relación a su sexualidad, que interfieren en su acceso a la salud sexual y a la expresión de una sexualidad plena, sin preconceito. **Objetivo:** analizar cómo la sexualidad es concebida y vivida por las personas con deficiencias visuales. **Ruta metodológica:** se trata de un estudio exploratorio con enfoque cualitativo, realizado con 17 personas con deficiencia visual, usuarios de una institución de apoyo. El estudio cumplió con los siguientes criterios de inclusión: persona con deficiencia visual con más de 18 años de edad. El criterio de exclusión fue no tener otra deficiencia visual asociada. La recolección de datos fue realizada entre noviembre y diciembre 2015 mediante la técnica de grupo focal. Las sesiones de grupo focal fueron realizadas semanalmente y grabados con la ayuda de dos grabadoras del tipo MP4. Después de la recolección, los datos fueron transcritos y analizados mediante análisis de contenido. La presente investigación fue aprobada por el Comité Ético de Investigación del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad Federal de Paraíba, bajo el protocolo nº0264/15 y CAAE: 44927215.2.0000.5188. **Resultados:** Partir de análisis, surgieron cinco categorías temáticas: La sexualidad: desde la concepción hasta la expresión; La sexualidad en la infancia y adolescencia: debilidad en el acceso a la información; obstáculos para la expresión de su sexualidad; Doble desafío para las mujeres: la discapacidad visual y las cuestiones de género; y Educación sexual: debilidades y perspectivas. **Consideraciones finales:** partiendo de la reflexión sobre las colocaciones de los participantes, se concluye que la sociedad aún tiene poco entendimiento con relación a la sexualidad de las personas con deficiencia visual, lo que interfiere en el acceso a las informaciones sexuales específicas e adaptadas. Se destaca la importancia de los profesionales de la salud, principalmente el enfermero, en la intervención en educación sexual junto a estas personas y familia, y en el desarrollo de más investigación y materiales educativos específicos en el ámbito de la salud sexual para personas con deficiencia visual.

**PALABRAS-CLAVE:** Enfermería. Personas con Deficiencia Visual. Sexualidad. Salud de la Persona con Discapacidad.

## SUMÁRIO

|     |                                                                             |    |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------|----|
| 1   | <b>INTRODUÇÃO</b>                                                           | 13 |
| 2   | <b>REVISÃO DE LITERATURA</b>                                                | 18 |
| 2.1 | A Pessoa com deficiência visual e Inclusão social                           | 18 |
| 2.2 | Sexualidade e Pessoas com deficiência visual                                | 21 |
| 3   | <b>PERCURSO METODOLÓGICO</b>                                                | 27 |
| 3.1 | Tipo de estudo                                                              | 27 |
| 3.2 | Local da pesquisa/População                                                 | 27 |
| 3.3 | Técnica de coleta de dados                                                  | 28 |
| 3.4 | Procedimentos de coleta de dados                                            | 29 |
| 3.5 | Análise dos dados                                                           | 31 |
| 3.6 | Posicionamento ético da pesquisadora                                        | 32 |
| 4   | <b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>                                               | 33 |
| 4.1 | Sexualidade: da concepção à expressão                                       | 34 |
| 4.2 | Sexualidade na infância e adolescência: fragilidade no acesso a informações | 38 |
| 4.3 | Obstáculos para expressão da sexualidade                                    | 43 |
| 4.4 | Duplo desafio para as mulheres: deficiência visual e questões de gênero     | 49 |
| 4.5 | Educação sexual: fragilidades e perspectivas                                | 59 |
| 5   | <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>                                                 | 65 |
|     | <b>REFERÊNCIAS</b>                                                          | 67 |
|     | <b>APÊNDICES</b>                                                            | 79 |
|     | Apêndice A – Instrumento para Coleta de Dados Pessoais e Clínicos           | 79 |
|     | Apêndice B – Guia de Temas para as Sessões de Grupo focal                   | 80 |
|     | Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido                     | 82 |
|     | Apêndice D – Termo de Compromisso Ético Grupal                              | 83 |
|     | <b>ANEXOS</b>                                                               | 84 |
|     | Anexo A – Carta de Anuência do Instituto                                    | 84 |
|     | Anexo B – Certidão de Aprovação do Comitê de Ética                          | 85 |

## **APRESENTAÇÃO**

O presente estudo retrata os relatos sobre as concepções e vivências da sexualidade de pessoas com deficiência visual, usuárias de uma instituição filantrópica que atende pessoas de todo o Estado da Paraíba.

O interesse no tema está relacionado à minha experiência no Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde do Adulto e do Idoso (GEPSAI), da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), iniciada ainda durante a graduação no ano de 2011, onde desenvolvi atividades de pesquisa com profissionais de saúde sobre a comunicação na acessibilidade de pessoas com deficiência. A partir dos resultados dessas pesquisas surgiu o interesse em dialogar com essas pessoas, para que pudesse ouvir delas as suas reais necessidades relacionadas ao acesso à saúde, especificamente foram escolhidas as pessoas com deficiência visual por ser uma população que possivelmente enfrenta diversas dificuldades quanto ao acesso à saúde, pela falta de capacitação profissional, fragilidade na adequação da estrutura física das instituições de saúde, falta de materiais instrutivos em Braille, entre outros.

Durante a aproximação com a instituição de apoio e diversas conversas com profissionais e usuários, a sexualidade foi tema constantemente destacado, seja pela necessidade de compartilhar suas angústias e dúvidas ou em discussões sobre seus relacionamentos amorosos. Eram muito presentes as queixas com relação à interação com a família e profissionais de saúde, e o destaque das amizades como significativas nesse contexto da sexualidade. Além disso, a inadequação muitas vezes na expressão dessa sexualidade foi citada pelos profissionais da instituição. Desse modo, foi se configurando um possível problema de pesquisa: como se constitui a sexualidade de pessoas com deficiência visual?

## 1 INTRODUÇÃO

Buscou-se inicialmente por estatísticas mundiais e nacionais com relação às pessoas com deficiência, e identificou-se que estudos realizados<sup>(1)</sup> mostram que cerca de 10% da população dos países desenvolvidos apresentam algum tipo de deficiência, cerca de 610 milhões de pessoas. Nos países em desenvolvimento, estima-se que essas pessoas representem mais de um bilhão. No Brasil, os dados do último Censo realizado<sup>(2)</sup> apontam para a existência de 45,6 milhões de brasileiros com alguma deficiência, o que representa 23,9% da população.

Diante de tais estatísticas, percebe-se que essas pessoas são uma parcela significativa da população, e que de acordo com o processo de transição demográfica e epidemiológica, crescerá cada vez mais, pois com o aumento da expectativa de vida e tecnologia médica, a maioria da população enfrentará condições incapacitantes durante o percurso de vida<sup>(3)</sup>.

Além disso, as estatísticas trazem ligações importantes quanto à deficiência e pobreza, estimando que cerca de 80% dessas pessoas vivam em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento. Sendo o Brasil um país em desenvolvimento e com uma grande representatividade dessas pessoas na população em geral, surge a necessidade cada vez mais urgente de refletir sobre as condições atuais ainda de segregamento<sup>(3)</sup>.

A partir dessa reflexão, foi surgindo nos últimos anos um movimento chamado de inserção social, buscando a reintegração das pessoas com deficiência na sociedade. Esse movimento centra-se na busca pelos direitos, buscando-se a identificação de barreiras e transformação de políticas para que possam gozar de direitos humanos plenos e não serem discriminados com base em diferenças biológicas ou fisiológicas<sup>(3)</sup>.

Esse movimento tem crescido muito nos últimos anos e tem gerado muitos avanços no desenvolvimento de políticas públicas que envolvam os direitos dessas pessoas, como uma forma de minimizar a exclusão social e promover uma reafirmação na sociedade. O mais recente avanço do governo brasileiro nesse sentido foi a instituição do Estatuto da Pessoa com Deficiência, que afirma que essas pessoas tem direito à igualdade de oportunidades como as demais e não sofrerá nenhuma espécie de discriminação, pois a deficiência não afeta a plena capacidade civil<sup>(4)</sup>.

Quando se fala especificamente em relação às pessoas com deficiência visual, escolhida para ser discutida neste estudo, percebe-se que são uma parcela representativa da população com deficiência, pois, segundo o relatório mundial, cerca de 314 milhões de pessoas ao redor do mundo têm impedimentos visuais, dentre os quais, 45 milhões são

cegos<sup>(1)</sup>. No Brasil, a deficiência visual é a que apresenta a maior prevalência na população brasileira, com, aproximadamente, 35,7 milhões de pessoas com dificuldades de enxergar. Dessas, 29,2 milhões apresentam alguma dificuldade; 6 milhões grande dificuldade; e 528,6 mil não conseguem enxergar de modo algum. O Nordeste se apresenta como a região com maior percentual dessa população que apresenta ao menos uma deficiência. Desse percentual 21,2% declarou ter a visual. Na Paraíba, esses números chegam a 672,4 mil pessoas com alguma dificuldade de enxergar; 142,2 mil pessoas com grande dificuldade; e 8,5 mil pessoas não conseguem enxergar de modo algum<sup>(2)</sup>.

Além de ser uma parcela significativa da população, as pessoas com deficiência visual enfrentam várias dificuldades no cumprimento de direitos em todos os aspectos da vida, inclusive a saúde. Podem-se destacar algumas lacunas como a necessidade de materiais informativos em Braille ou de recursos de ampliação, desenvolvimento de tecnologias assistivas que facilitem a educação em saúde, a adequação das instituições de saúde para o acesso e a falta de capacitação profissional específica para a comunicação.

Na teoria, essas lacunas já estão incluídas em diversos materiais nacionais e internacionais sobre o cumprimento de direitos e inclusão social das pessoas com deficiência visual. Mas na prática ainda há muito que evoluir, inclusive com relação à conquista de ações nas diversas áreas da saúde, incluindo os direitos sexuais e reprodutivos<sup>(5)</sup>.

A sexualidade é uma necessidade básica de cada ser, que deve ser abordada juntamente com os outros aspectos relevantes da vida<sup>(6)</sup>. Apesar disso, a sexualidade é um tema muito delicado em nossa sociedade, e quando se fala em pessoas com deficiência visual percebe-se que existem vários mitos em relação a sua sexualidade, como a assexualidade e a hipersexualidade. Pois, a sociedade muitas vezes julga a sexualidade das pessoas com deficiência visual com uma visão da vida sexual e afetiva assexuada, frágil e desinteressante, ou muitas vezes elas são vistas como seres com comportamentos sexuais exagerados que necessitam ser controlados<sup>(7)</sup>. Essas ideias errôneas acabam por incentivar o preconceito e a curiosidade, reproduzindo um ciclo de dificuldades à expressão da sua sexualidade<sup>(8)</sup>.

Além disso, ao considerar a pessoa com deficiência visual como alguém não dotado de sexualidade, negligenciam-se os cuidados de saúde, inclusive contra situações de abuso e se omitem a essas pessoas o direito de acesso à orientação/educação sexual. Isso é um grave equivoco que tem elevado os índices de violência, de gravidez indesejada e doenças sexualmente transmissíveis. Em relação ao *Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome* (HIV/Aids), estudo mostra que esta patologia representa ameaça significativa à essas pessoas em todo o mundo, com índices comparáveis ou mais altos que os

da população em geral<sup>(9)</sup>. Desse modo, a negligência aos cuidados de saúde sexual a essas pessoas com deficiência visual influencia negativamente no desenvolvimento de uma sexualidade plena e segura.

Através do estudo da literatura sobre o tema, percebe-se que essa negligência nos cuidados à saúde inicia-se dentro de casa, com pais e familiares, pois esse assunto é pouco ou não discutido pela maioria, devido a dois fatores principalmente: a ignorância e o constrangimento. A maioria dos pais não recebeu informação do próprio pai e da mãe, e apesar de ter vivenciado esses momentos, eles não possuem um conjunto de conhecimentos para orientar seus filhos. Por outro lado, sexualidade é um tema difícil de abordar, quando não impossível, para muitos deles. Além disso, há também uma crença de que se falar sobre sexo pode estimular a prática sexual, e isso é temeroso para muitas famílias. Porém, a ignorância sexual acaba sendo um grande obstáculo para que as pessoas com deficiência visual possam usufruir a sexualidade plena e saudável com responsabilidade<sup>(10)</sup>.

Outro ponto importante quando se fala em sexualidade são as questões de gênero. A perspectiva de gênero também foi incluída nesse estudo e foi pensada a partir das disciplinas cursadas na graduação, diversas leituras realizadas sobre o tema e a partir de conversas com mulheres com deficiência visual.

Compreende-se gênero como as relações sociais entre mulheres e homens, de caráter histórico e cultural, que definem modelos de ser de cada um, delimitando seu corpo e campo de atuação<sup>(11)</sup>. Trata-se de uma problemática cujas raízes se encontram na naturalização das disparidades entre os sexos, construídas ao longo da história, em que se tem a classificação social pautada nessas diferenças. Essa acaba colocando as mulheres em uma posição de subalternidade nas relações de gênero, qualificando-as como inferiores<sup>(12)</sup>.

A discussão sobre as perspectivas de gênero traz à tona as noções de poder também relacionadas à sexualidade, em que os estudiosos têm sugerido que a identidade sexual e o senso sexual são em grande parte regulados pelos discursos de heteronormatividade e de hegemonia de gênero, que superiorizam as escolhas e decisões sexuais dos homens em detrimento das vontades das mulheres, e as colocam em uma posição muitas vezes de insignificância<sup>(13)</sup>. Embora esses discursos de heteronormatividade e de hegemonia de gênero frequentemente fossem interligados, este estudo se concentrou especificamente na hegemonia de gênero.

Considerando as mulheres com deficiência visual e entendendo os fatores estigmatizantes inerentes à sexualidade destas, acredita-se que sofrem com um duplo estigma, o da deficiência e o inerente às questões de gênero<sup>(12)</sup>.

Entende-se, considerando esse duplo estigma, que a inclusão social e a orientação sexual específica são ações decisivas que podem minimizar os estigmas de gênero e da deficiência com relação à sexualidade. Consta no Estatuto da Pessoa com Deficiência a reafirmação dos direitos sexuais e reprodutivos dessas pessoas, que incluem casar-se e constituir união estável; exercer o direito de decidir sobre o número de filhos e de ter acesso a informações adequadas sobre sexualidade, reprodução e planejamento familiar<sup>(4)</sup>.

Apesar dos avanços no desenvolvimento de pesquisas e materiais importantes na área de saúde sexual para essas pessoas ter aumentado consideravelmente nos últimos anos, o material disponível para orientação e educação em saúde nas escolas e em instituições de saúde ainda é apresentado, predominantemente, na forma impressa em tinta. Desse modo, o acesso para essa população é quase inviável. Daí a importância de estudos que incentivem os governantes e a sociedade a se mobilizarem a atender às necessidades dessa população<sup>(14)</sup>.

Nessa mobilização para atender a essas necessidades, os profissionais de saúde têm papel importante, pois um maior conhecimento da temática pode se refletir em melhor abordagem, tanto com os familiares quanto com as pessoas com deficiência visual.

Destaca-se dentre esses profissionais o enfermeiro, que está presente nos cuidados diários, desde a atenção básica até o nível terciário de atendimento, e que é um profissional capacitado para estar à frente na busca do desenvolvimento de métodos e práticas para identificar estratégias eficazes de educação em saúde, como materiais adaptados, tecnologias assistivas, capazes de ampliar o potencial de saúde da clientela que assiste e promover sua saúde<sup>(15)</sup>.

O Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE)<sup>(16)</sup> também destaca que as/os enfermeiras/os também são consideradas/os elementos importantes no combate às desigualdades, uma vez que se formam para compreender a natureza complexa do conceito de saúde e bem-estar, assim como o impacto dos fatores psicossociais e socioeconômicos na vida dessas pessoas.

Acredita-se que o entendimento de como essas pessoas com deficiência visual concebem e vivenciam sua sexualidade possa fornecer contribuições para a saúde e enfermagem, dando subsídios para que os profissionais possam intervir com propostas voltadas para a educação em saúde sexual e reprodutiva, que traga elementos para a (re)formulação e/ou implementação de políticas públicas que favoreçam a informação/educação em saúde sexual para as pessoas com deficiência visual, garantindo que possam exercer seus direitos sexuais. Além de divulgação para a sociedade, com o objetivo de conscientização acerca das questões peculiares sobre a sexualidade dessas pessoas,

concebendo-se que a concretização de uma sociedade inclusiva constitui requisito para o alcance desse propósito. Além disso, evidencia-se que existem muitas lacunas nas produções científicas que abordem a sexualidade e pessoas com deficiência visual, justificando, portanto, a realização desta pesquisa.

Com base nessas considerações, destaca-se o interesse no desenvolvimento desta pesquisa qualitativa, que apresentou a seguinte questão norteadora: Como a sexualidade é concebida e vivenciada por pessoas com deficiência visual?

Para responder a esse questionamento, o desenvolvimento deste trabalho contemplou o seguinte objetivo: analisar como a sexualidade é concebida e vivenciada por pessoas com deficiência visual.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 A Pessoa com deficiência visual e Inclusão social

Pessoas com deficiência são aquelas cujo corpo apresenta impedimentos, segundo os saberes biomédicos, de natureza física, intelectual ou sensorial, mas que também experimenta desvantagens por valores e práticas que ignoram a diversidade corporal<sup>(17)</sup>.

A deficiência visual pode ser classificada de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) em categorias que incluem desde a perda visual leve até a ausência total de visão. De acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), a deficiência visual é definida em função da acuidade visual corrigida no melhor olho<sup>(18)</sup>.

Pode se apresentar de duas maneiras: a cegueira, quando a pessoa apresenta ausência total da visão ou simples percepção de luz, com Acuidade Visual (AV) menor que 3/60 (20/400) no melhor olho com a melhor correção; e a baixa visão, que é a diminuição da capacidade visual, caracterizada pela percepção de massas, cores e formas, quando a AV é menor que 6/18 (20/60) e maior ou igual a 3/60 (20/400) no melhor olho, com a melhor correção. Há várias causas de cegueira e de comprometimento visual, as mais comuns compreendem a degeneração macular, o glaucoma, a catarata, a retinopatia diabética, as doenças inflamatórias, os distúrbios genéticos e as lesões<sup>(19)</sup>. A deficiência visual, de acordo com o momento da perda visual, pode ser denominada de deficiência visual congênita, quando essa perda se dá antes dos cinco anos de idade, e adquirida, após essa idade<sup>(5)</sup>.

Quando se fala em deficiência visual, seja de origem congênita ou adquirida, a autoaceitação e a autoestima são fatores essenciais para o processo de adaptação bem-sucedida a essa nova condição, considerando que completam o seu processo de autoaceitação quando aprendem a viver com as suas capacidades pessoais e com as suas limitações e dependências, e que o amor-próprio, a autovalorização e o autorespeito são fundamentais para o sucesso da autoaceitação<sup>(20)</sup>.

Ao longo da história da humanidade houve várias concepções em relação às pessoas com deficiência visual. Nas sociedades primitivas, acreditava-se que essas pessoas eram possuídas por espíritos maus. Em outros casos, frequentes entre povos primitivos, a deficiência visual era considerada um castigo infligido pelos deuses, e essas pessoas levavam em si mesma o estigma do pecado, e eram tratadas com menosprezo e eliminação. Com o fortalecimento do cristianismo passaram a ganhar um pouco mais de respeito na sociedade, e

segregá-las em asilos significava exercer caridade. Mas, enquanto o teto protegia o cristão com deficiência, as paredes escondiam e isolavam o incômodo ou o inútil para a sociedade<sup>(21)</sup>.

A partir do século XVIII, a deficiência visual passa a ser considerada um problema de saúde, passando da idéia supersticiosa para a organicista. Com o surgimento dos conhecimentos anatomofisiológicos e os relacionados ao funcionamento do cérebro e olho e suas estruturas, passa a entrar em vigor o chamado modelo médico assistencialista da deficiência, buscando-se, assim, a cura ou uma aproximação da normalidade<sup>(22)</sup>.

Os séculos XVIII e XIX marcaram um avanço na história das pessoas com deficiência visual. Em 1784, foi inaugurado, na França, o Instituto Real dos Jovens Cegos de Paris, a primeira escola do mundo destinada à educação de pessoas cegas e em 1829, Louis Braille, então aluno desse instituto, inventou o Sistema Braille, tal invenção abriu um novo horizonte para os cegos: a utilização de um mecanismo concreto de instrução e de integração social, ainda hoje utilizado mundialmente<sup>(21)</sup>.

Podem-se citar vários eventos que foram decisivos no avanço do entendimento da pessoa com deficiência como um ser social no século XX e XXI. A Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU reconheceu a deficiência como uma questão de direitos humanos, em que se faz crucial a eliminação de barreiras e a garantia de um ambiente social acessível a todas as pessoas. Já a Declaração dos Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU abordou a questão dos direitos dessas pessoas e contribuiu para que ações em todo o mundo começassem a surgir em defesa desses direitos<sup>(5)</sup>.

Nesse contexto, surge o conceito de inclusão social, com o pressuposto de que a pessoa com deficiência tem direito à convivência não segregada e ao acesso aos recursos disponíveis aos demais cidadãos. Para tal, é necessário um ajuste mútuo, em que a pessoa com deficiência se manifestaria quanto a seus desejos e necessidades, e a sociedade providenciaria os ajustes e suportes sociais, econômicos, físicos e instrumentais que garantissem seu acesso ao espaço e aos recursos comuns<sup>(23)</sup>.

No que diz respeito às ações direcionadas a esse público-alvo no Brasil, já na Constituição de 1988, o governo brasileiro estabeleceu algumas garantias, como emprego, educação, saúde e assistência social. O Brasil também foi um dos primeiros países a aderir à Convenção Internacional sobre os direitos das pessoas com deficiência e, posteriormente, a incorporou à legislação brasileira<sup>(24)</sup>.

Nos últimos anos vários documentos foram desenvolvidos na luta pelos direitos dessas pessoas, dentre eles a Política Nacional de Saúde para Pessoas com Deficiência, que considera diversos aspectos como parte da atenção integral à saúde das pessoas com deficiência, dentre

essas, as ações voltadas para sua saúde sexual e reprodutiva, incluindo medicamentos, recursos tecnológicos e intervenções especializadas<sup>(25)</sup>. Outro avanço do País nessa discussão foi a Instituição da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), destinada a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos fundamentais por pessoa com deficiência, visando a sua inclusão social e cidadania<sup>(4)</sup>.

A partir da reconstrução histórica, concebe-se que a relação da sociedade com as pessoas com deficiência passou por três diferentes paradigmas. O primeiro é o da institucionalização, caracterizado pela retirada dessas pessoas de suas comunidades de origem e sua manutenção em instituições residenciais. O segundo paradigma: o de serviços, cujo objetivo era o de ajudar pessoas com deficiência a obter uma existência tão próxima ao normal quanto possível, oferecendo padrões e condições de vida cotidiana próxima às normas e às expectativas da sociedade. A mudança necessária era localizada no sujeito. Críticas a esse paradigma surgiram da academia, de associações de pessoas com deficiência e organizações da sociedade civil, questionando-se a ideia de que as pessoas com deficiência deveriam alcançar uma aparência e funcionamento semelhantes aos dos “normais”, o que implicava que o ser diferente significava menor valia como ser humano e ser social<sup>(23)</sup>.

Finalmente, a proposta de transição do modelo médico da deficiência para um modelo social, que consiste em deslocar a compreensão da deficiência para os obstáculos sociais em todas as áreas, econômica, social, de direitos humanos, cultural, saúde, etc. Desse modo, retirando a deficiência da ideologia da exceção, e a situando no contexto geral da diversidade humana como um modo de vida, uma possibilidade digna da condição humana. Além disso, sendo vista como um fenômeno pensado em articulação com as categorias sociais de classe, etnia, gênero, orientação sexual, região, religião, entre outras<sup>(26)</sup>.

Com a evolução das discussões, a pessoa com deficiência passa a ser vista como um cidadão equiparado aos demais, detentor dos mesmos direitos e usufruto das oportunidades disponíveis, independentemente do tipo ou grau de deficiência, necessitando que a sociedade se reorganize para garantir o acesso de todos os cidadãos a tudo que a sociedade possa oferecer, retomando a capacidade de falar por si, e de influir nas decisões dos pequenos grupos a que pertencem participando dos diversos mecanismos de decisão, que são indispensáveis do processo de inclusão social<sup>(27)</sup>.

Apesar das pessoas com deficiência estarem incluídas no rol de direitos humanos, considerando que quando os textos são genéricos eles se reportam a todas as pessoas, ainda são muitos os estigmas culturalmente desenvolvidos, que demoram a ser combatidos e

superados. Daí a importância de documentos, convenções e legislações, voltados especialmente para o reconhecimento e defesa dos direitos dessas pessoas, e que orientem a adoção de medidas para a concretização dos mesmos<sup>(27)</sup>.

A deficiência embora seja um fenômeno cada vez mais presente no cenário nacional e internacional, ainda se perpetuam diversas barreiras, como as arquitetônicas e atitudinais, entre outras, que geram diversas formas de violação de direitos. Essas se encontram nos diversos contextos sociais, produzem opressão e limitam a garantia de todos os direitos<sup>(28)</sup>.

Há de se registrar que nos últimos anos houve mudanças significativas quanto à inclusão das pessoas com deficiência nos debates que lhes dizem respeito, o que vem auxiliando a sociedade a enfrentar preconceitos, discriminação e receios. Uma visão assistencialista e paternalista vem dando lugar a uma perspectiva, que coloca mais foco nas mudanças que a própria sociedade precisa promover para incluir, aceitar e participar do desenvolvimento da vida, em todos os sentidos, das pessoas com deficiência. Essa vida plena inclui a sexualidade com todas as suas nuances e possibilidades. Questões que se precisa aprender a considerar e a respeitar para que como profissionais da saúde, possa-se auxiliar no cuidado às crianças, jovens, adultos e idosos, homens e mulheres com deficiência, e orientar com mais segurança a família, os pais e os professores, importantes atores na vida dessa parcela ainda tão invisível da população brasileira<sup>(29)</sup>.

## **2.2 Sexualidade e Pessoas com deficiência visual**

O indivíduo é um ser sexuado desde o nascimento até o fim da vida, desse modo a sexualidade é um conceito abrangente, que vai além do ato sexual e da reprodução. Cogitar a respeito da sexualidade implica pensá-la em um contexto psíquico, histórico, cultural, étnico, religioso, político, ético, moral e educativo, porque todos esses elementos estão presentes na sexualidade humana<sup>(30)</sup>.

Diante disso, só é possível compreender o desenvolvimento das pessoas e a construção da sua sexualidade individual, tomando-se por base a construção da sexualidade culturalmente determinada, que considera o modo como se percebe, julga-se e orienta-se o desenvolvimento das práticas sexuais das pessoas. Isso significa ainda considerar as concepções repressivas que durante anos determinaram as práticas sexuais diversas e o modo como se configura o masculino, feminino, o desejo, a resposta sexual, as funções do sexo, o enamoramento<sup>(7)</sup>.

A sexualidade é tabu para quase todas as pessoas, independente de ter deficiência ou não. Quando se unem os dois temas, sexualidade e deficiência tem-se o tabu em dobro.

Acrescido a isso está a desinformação sobre os direitos e as possibilidades reais da pessoa com deficiência ter uma vida sexual, reprodutiva, sadia e normal como qualquer outra pessoa<sup>(31)</sup>.

Além da desinformação, alguns mitos e ideias errôneas estão presentes sobre as concepções de sexualidade e deficiência. Esses mitos referem-se aos discursos, crenças, inverdades, que existem para manter e reproduzir as relações de dominação de uns sobre os outros. Descrevem ideias que são tomadas como gerais a toda pessoa com deficiência, por exemplo, tornar uma limitação específica em totalidade, isto é, compreender toda a pessoa como com deficiência e não apenas algo específico ou relacionado a ela, como se tudo o que ela fizesse ou fosse tivesse relação com a deficiência<sup>(5)</sup>.

Ao abordar a sexualidade da pessoa com deficiência visual é preciso ter em mente que a cultura sexual da maioria da população é quase que restrita a estímulos visuais, ou seja, nos livros, nas revistas, filmes, novelas, o nu e o erótico são apresentados visualmente. Devido à falta de materiais informativos relacionados à educação sexual, adaptados, o conhecimento do corpo do outro para eles é, muitas vezes, um mistério que só será desvendado com a experiência sexual<sup>(14)</sup>.

A sociedade não percebe nas pessoas com deficiência as necessidades de vinculação afetiva e sexual, limitando suas possibilidades de vida, e considerando-os como seres assexuados, de sexualidade incompleta, sem perspectivas ou desejos afetivo-sexuais. O não reconhecimento da sexualidade reflete em uma consciência de indivíduos que devem ser disciplinados, isolados, protegidos e infantilizados<sup>(32)</sup>.

Outra ideia errônea que se tem em relação às pessoas com deficiência visual é de acharem que são hiperssexuadas, ou seja, que seus desejos são incontrolláveis e exacerbados. Mas o que se sabe é que o interesse por sexo é variável, e no caso dessas pessoas deve estar relacionado ao fato da expressão pública diferenciada, ou mais relacionada ao toque, do que com a frequência com que os atos ocorrem. Desse modo, aqueles que têm deficiência visual e insistem em expressar seus desejos sexuais são tomados como pervertidos ou atípicos. Ainda nessa reflexão, pode-se dizer também que a sociedade os heteronormatiza, ou seja, não faz alusão à homossexualidade das pessoas com deficiência visual<sup>(33)</sup>.

Outro ponto importante é a aproximação, pois a deficiência visual compromete a paquera à distância. Assim, percebe-se que a aproximação e o diálogo direto substituem o olhar, os gestos de simpatia e admiração, pois não há comunicação visual, provocadora de tanta fantasia. Desta forma, precisam confiar em detalhes que são mais perceptíveis, como

toques e palavras e, muitas vezes, o seu desajeitamento, ou diferenciamento, pode inibir sua atratividade em relação ao outro<sup>(14)</sup>.

Assim como os demais, pessoas com deficiências são expostas às mesmas condições sociais, valores, padrões de estética, de relacionamentos e de sexualidade, ou seja, são seres que vivem relações de afeto, desejo sexual e almejam vínculos amorosos e sexuais. Além disso, são também vulneráveis, necessitando receber esclarecimentos sobre sexualidade, a partir de uma educação sexual que contribua para a formação de atitudes de prevenção em saúde sexual e reprodutiva<sup>(34)</sup>.

Outro conceito importante nas discussões sobre sexualidade e deficiência é o conceito de gênero, que implica um conceito de relação, uma vez que o universo das mulheres está inserido no universo dos homens e vice-versa. Dessa forma, o gênero acontece apenas nas relações. Desse modo, o gênero constitui uma construção social, abordando as relações de poder entre homens e mulheres. Essas relações variam em diferentes sociedades e culturas, e mesmo dentro de uma mesma sociedade. Portanto, não são fixas<sup>(35)</sup>.

Gênero e sexualidade são conceitos culturalmente construídos, e são temas que se complementam, pois discutir, trabalhar com sexualidade implica em abarcar relações de gênero, da mesma forma a discussão das relações de gênero pede um diálogo com as atitudes, comportamentos e valores sexuais<sup>(36)</sup>.

Desde que a humanidade se organiza socialmente que no âmbito da construção de gênero as oposições instituem os pares como opostos, excludentes e fixos em suas diferenças, criando estereótipos masculinos e femininos. Sendo o masculino associado à força/razão/ativo em oposição ao feminino, tido como frágil/emotivo/passivo, promovendo a fusão de identidade de gênero com identidade sexual e, assim, ressaltando as qualidades consideradas masculinas e menosprezando as qualidades femininas, ocasionando efeitos negativos nas mulheres que não se adequassem ao padrão idealizado. Segundo o estereótipo feminino, as mulheres continuavam sendo submissas, reprodutoras e invisíveis na sociedade<sup>(37)</sup>.

Desse modo, torna-se necessário compreender as variações sociais na distinção masculino/feminino, ou seja, precisa-se entender as diferenças ligadas ao gênero, e também as formas culturalmente diversificadas de entender o corpo. Na maioria das vezes a superproteção recebida pelas meninas é maior que a recebida pelos meninos; a mulher, quando criança, é estimulada a ter bons modos e controle sobre suas vontades; a mulher sente mais dificuldade em abordar assuntos relacionados à sexualidade<sup>(7)</sup>.

Esses comportamentos estereotipados são resultados de diferentes aprendizagens acumuladas, a partir de suas relações interpessoais, ao longo de suas experiências de vida

dentro de um contexto histórico, político e social. É marca que a pessoa carrega indelevelmente, de tal forma que se torna mais fácil modificar a configuração anatômica (sexo) de alguém do que sua configuração psicológica (gênero)<sup>(35)</sup>.

Quando se fala de gênero e deficiência, evidencia-se que feminilidade e deficiência reforçam-se mutuamente, enquanto que deficiência e masculinidade contradizem-se entre si, justamente pelos estereótipos associados a essas formas de identidade. No caso das mulheres, é presente o argumento que evidencia a “dupla desvantagem” com que vivem as mulheres com deficiência em relação à participação social, direitos sexuais e reprodutivos, educação, trabalho e renda. Ao se constituírem mutuamente e se retroalimentarem, os efeitos do duplo estigma potencializam a exclusão das mulheres com deficiência<sup>(38)</sup>. Além disso, nem o movimento feminista nem o movimento pelos direitos das pessoas com deficiência tem adequadamente tratado as liberdades sexuais e reprodutivas para as mulheres com deficiência, o que reforça ainda mais a idéia de invisibilidade dessas mulheres<sup>(39)</sup>.

Os valores sociais relativos à sexualidade da pessoa com deficiência vêm sendo construídos a partir de uma longa história de exclusão, diretamente relacionada com o momento histórico. Essas concepções, embora ultrapassadas nos planos legal e teórico, continuaram no imaginário coletivo, impregnadas ora com piedade, ora com rejeição, manifesta ou latente que continua até hoje. A partir da perspectiva da inclusão social, as pessoas com deficiência começaram a ampliar suas possibilidades de viver situações relativas à sua vida afetiva e sexual de forma mais natural<sup>(27)</sup>.

A vivência da sexualidade por parte dessas pessoas e a observância dos direitos reprodutivos representam temas absolutamente novos na Agenda das políticas públicas. Esta constatação impõe esforços ainda maiores de sistematização das diretrizes e dos conteúdos nessa área específica.

A Carta de Direitos Sexuais e Reprodutivos, da International Planned Parenthood Federation<sup>(40)</sup>, ressalta o direito à vida, bem como a questão do acesso à informação e aos cuidados relacionados à saúde e direitos sexuais e reprodutivos, onde nenhuma pessoa deve ter a vida em risco por falta de acesso, informação, aconselhamento ou serviços relacionados com a saúde sexual e reprodutiva, além de não ser discriminada no seu acesso ao longo da sua vida, por nenhuma razão, incluindo a deficiência.

Por saúde sexual, entende-se que é a habilidade de mulheres e homens para desfrutar e expressar sua sexualidade sem riscos de doenças sexualmente transmissíveis, gestações não desejadas, coerção, violência e discriminação, possibilitando experimentar uma vida sexual informada, agradável e segura, baseada na autoestima, que implica abordagem positiva da

sexualidade humana e respeito mútuo nas relações sexuais. A mesma valoriza a vida, as relações pessoais e a expressão da identidade própria da pessoa<sup>(29)</sup>.

Negar o direito à vida sexual implica em negar a natureza humana e, conseqüentemente, todos os seus demais direitos. O direito a viver a sexualidade é tão fundamental e universal quanto o direito à vida. A sexualidade é um componente transversal na vida de qualquer sujeito, com determinações e implicações individuais, sociais, institucionais e programáticas. Contudo, para a vivência e a expressão da sexualidade, no caso das pessoas com deficiência, há que se reconhecer especificidades e garantir condições ou suportes que se façam necessários<sup>(27)</sup>.

A assistência integral à saúde sexual também depende da acessibilidade dos serviços que atendem às pessoas com deficiência. Desse modo, deve-se ressaltar na legislação brasileira o Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004, que normatiza os critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas com deficiência, onde a acessibilidade é definida como condição para utilização, com segurança e autonomia, total ou assistida, dos espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, das edificações, dos serviços de transporte e dos dispositivos, sistemas e meios de comunicação e informação, por pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida<sup>(41)</sup>.

O Artigo 25 da Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência aborda diretamente a promoção e assistência integral à saúde sexual e reprodutiva, destacando que os países devem oferecer às pessoas com deficiência programas e atenção à saúde, gratuitos ou a custos acessíveis, da mesma qualidade, variedade e padrão que são oferecidos às demais pessoas, inclusive na área de saúde sexual e reprodutiva e de programas de saúde pública destinados à população em geral<sup>(24)</sup>.

Embora a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência traga importantes contribuições à garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das pessoas com deficiência, há a necessidade de que seja investigado até que ponto ela tem contribuído para modificar processos opressivos vivenciados por essas pessoas<sup>(42)</sup>.

Nesse contexto, destaca-se a importância da implementação de atividades de educação sexual, entendida como um processo através do qual se transmitem conhecimentos de índole científica relativos ao corpo e ao seu desenvolvimento, com o objetivo de promover atitudes positivas e comportamentos responsáveis para consigo e com os outros, no que diz respeito à sexualidade, com o intuito de capacitar para o debate de ideias, desenvolvimento da autonomia, aceitação e tolerância<sup>(43)</sup>.

Segundo estudo<sup>(44)</sup>, é possível a consideração de dois tipos de educação sexual: a formal e a informal. Corresponde a primeira o conjunto de ações intencionais, estruturadas e sistemáticas, organizadas em meio escolar ou institucional, como as instituições de saúde, e obedecendo a um esquema pré-estabelecido, com o objetivo de proporcionar um conjunto organizado de conhecimentos. Por sua vez, a educação sexual não formal ou informal caracteriza-se pela sua não intencionalidade, espontaneidade e presença contínua no cotidiano. Um cruzamento recíproco entre aprendizagem formal e informal acaba por ser inevitável. Todo o ato de educação intencional, consciente e sistemático é sempre acompanhado de numerosos conteúdos não intencionais que podem ter grande influência educativa. Destaca-se a importância da existência de educação sexual formal, já que a informal está sempre presente, mas nem sempre de forma assertiva e cientificamente correta, como a advinda dos pais e familiares.

O trabalho de educação sexual representa um importante e expressivo passo para a efetivação de ações concretas no combate a discriminação, desinformação, disparidade de gênero, sobretudo, se esta educação oportunizar um espaço de problematização e contextualização das práticas de disciplinamento dos sujeitos<sup>(45)</sup>.

Outra necessidade é que os profissionais de saúde sejam capacitados com urgência para a abordagem, com naturalidade e conhecimento, dos vários aspectos que podem envolver as questões do afeto, da sexualidade, da saúde sexual e do exercício da maternidade e da paternidade das pessoas com deficiência. O desempenho de papéis sexuais, a gravidez e o planejamento reprodutivo são temas fundamentais e inadiáveis<sup>(29)</sup>.

Desse modo, destaca-se dentre os profissionais de saúde, a importância dos enfermeiros, que estão à frente nos cuidados a essas pessoas na busca para empoderar-se desses conhecimentos, e intervir com propostas que busque a efetivação de um estado mais igualitário.

### **3 PERCURSO METODOLÓGICO**

#### **3.1 Tipo do estudo**

Trata-se de um estudo do tipo exploratório com abordagem qualitativa. Esse tipo de abordagem pode ser definida como uma sequência de atividades que envolvem a redução dos dados, a categorização, interpretação e a redação do relatório. Nesse tipo de abordagem, o significado que as pessoas dão às coisas e à sua vida são focos de atenção especial pelo pesquisador, sendo que sempre existe a pretensão de capturar a “perspectiva dos participantes”, sua maneira de ser informante e como veem as questões que estão sendo focalizadas<sup>(46)</sup>.

#### **3.2 Local da pesquisa/População**

A pesquisa foi realizada com pessoas com deficiência visual usuários de uma instituição de apoio às pessoas com deficiência visual no estado da Paraíba. Inicialmente, a pesquisadora entrou em contato com a instituição e apresentou sua proposta de pesquisa, que foi prontamente aceita através da assinatura da carta de anuência (ANEXO A). A escolha da mesma é justificada pelo contato já iniciado da pesquisadora com o local no desenvolvimento de pesquisas anteriores, e por a mesma atender uma quantidade significativa de pessoas com deficiência visual advindas de todo o estado da Paraíba.

A instituição trata-se de uma Organização Não Governamental (ONG), de caráter filantrópico e assistencial, fundada em 1944, sendo a primeira escola para pessoas com deficiência visual criada no nordeste. Possui cerca de 130 usuários de todas as idades e de diversas cidades da Paraíba. São desenvolvidas atividades de alfabetização em Braille, Soroban, escrita cursiva, iniciação a informática e estação digital, educação artística, educação musical, educação física e desportos, orientação e mobilidade e orientação para o desenvolvimento de atividades de vida diária. Além disso, são oferecidos os serviços de reforço escolar, estimulação precoce, reabilitação visual para pessoas com baixa visão, biblioteca com acervo em Braille, atendimento médico, odontológico, psicológico e assistência social aos usuários.

### 3.3 Técnica de coleta de dados

A técnica de Grupos Focais (GF) consiste em uma técnica de coleta de dados que a partir da interação grupal, promove uma ampla problematização sobre um tema ou foco específico. Originou-se no cenário da pesquisa social, sendo utilizada nas áreas da antropologia, ciências sociais, mercadologia e educação em saúde<sup>(47)</sup>.

Na busca por uma caracterização dessa técnica, pode-se argumentar que se trata de uma dinâmica em grupo, na qual a interação configura-se como parte integrante do método. No processo, os encontros grupais possibilitam aos participantes explorarem seus pontos de vista a partir de reflexões sobre um determinado fenômeno social, em seu próprio vocabulário, gerando suas próprias perguntas e buscando respostas pertinentes à questão sob investigação. Desse modo, o grupo focal pode atingir um nível reflexivo que outras técnicas não conseguem alcançar, revelando dimensões de entendimento que, frequentemente, permanecem inexploradas pelas técnicas convencionais de coleta de dados<sup>(47)</sup>.

Na atualidade, a técnica de GF tem sido amplamente utilizada nas áreas das ciências sociais e da saúde, e embora a Enfermagem tenha uma grande tradição com atividades grupais, o uso do GF, de forma organizada e sistematizada, ainda é relativamente recente na área. Ela surge principalmente em estudos que apontam esta técnica como estratégia metodológica, em pesquisas qualitativas na Enfermagem e nos trabalhos que avaliam aspectos relacionados à educação, promoção, programas e projetos de saúde<sup>(48)</sup>.

O grupo focal pode facilitar a discussão de temas que normalmente são pouco explorados ou até mesmo evitados, visto que tendem a gerar comentários mais críticos, e os participantes mais extrovertidos geralmente conseguem envolver e estimular os demais<sup>(47)</sup>.

É importante que o ambiente dos encontros seja acolhedor e assegure privacidade para facilitar o debate e aprofundar as discussões. Da mesma forma, sugere-se que as cadeiras ou assentos sejam organizados em torno de uma mesa de conferências, em um círculo ou em outra disposição que promova a participação e a interação dos envolvidos<sup>(49)</sup>.

O pesquisador, no papel de mediador, é responsável por manter a liberdade de expressão, mas especialmente o foco dos pronunciamentos em torno do tema pesquisado. Deve estar pronto para a escuta ativa e neutra, bem como para exercitar a capacidade de estimular a fala interativa entre os participantes. Entre as vantagens do uso da técnica está a possibilidade de intensificar o acesso às informações acerca de um fenômeno, seja pela

intenção de gerar tantas ideias quanto possível ou pela averiguação de uma ideia em profundidade<sup>(50)</sup>.

O moderador realiza o esclarecimento sobre a dinâmica de discussões, os aspectos éticos vinculados ao estudo e ao processo interativo. Estimula o debate, elabora a síntese dos encontros anteriores e encerra a sessão por meio de acertos e combinações para os próximos encontros. A figura do observador, do mesmo modo, é importante para o desenvolvimento dos encontros, uma vez que lhe cabe registrar a dinâmica grupal, auxiliar na condução das discussões, colaborar com o moderador no controle do tempo e monitorar o equipamento de gravação. Realiza, ainda, registros relacionados às falas dos participantes para facilitar a transcrição dos dados<sup>(47)</sup>.

Os grupos são constituídos por pessoas, escolhidas por apresentarem pelo menos um traço comum, importante para o estudo proposto. Desse modo, os critérios para a seleção dos participantes de uma sessão de GF são determinados pelo objetivo do estudo, configurando aquilo que se chama de amostra intencional<sup>(50)</sup>.

A composição do grupo consiste habitualmente de 4 a 12 participantes, que são escolhidos em virtude de terem algo em comum. Pode-se considerar que grupos de 4 a 6 pessoas são suficientes para promover uma boa discussão. Quando se espera aprofundar a temática na discussão, deve-se optar por grupos menores. Grupos maiores limitam a participação, as oportunidades de trocas de ideias e elaborações, o aprofundamento no tratamento do tema e também os registros<sup>(51-53)</sup>.

Considerando a dinamicidade e circularidade do grupo focal, bem como a necessidade da diversificação de métodos nas pesquisas de enfermagem, a proposição de utilizá-lo como técnica de coleta e de análise de dados apresenta-se como um desafio necessário e pertinente. Nessa perspectiva, poderia haver o deslocamento da posição do participante como porta-voz de determinado fenômeno para sujeito ativo no processo analítico e interpretativo de dados qualitativos<sup>(48)</sup>.

### **3.4 Procedimentos de coleta de dados**

Os dados foram coletados em novembro e dezembro de 2015. Três grupos distintos foram compostos, um com cinco pessoas com deficiência visual do sexo masculino, outro com quatro pessoas com deficiência visual do sexo feminino, e mais um com oito pessoas de ambos os sexos. Tendo um total de 17 participantes. Essa conformação teve como objetivo confrontar as ideias diante das diferenças de gênero.

Os GF foram formados através de amostragem por intencionalidade, que segundo Gil<sup>(46)</sup>, se enquadra os diversos casos em que o pesquisador deliberadamente escolhe certos elementos para pertencer à amostra, por julgar tais elementos bem representativos da população. A intencionalidade torna uma pesquisa mais rica em termos qualitativos. As informações que estes grupos selecionados podem transmitir serão muito mais ricas do que as que seriam obtidas com base em critérios rígidos de seleção de amostras. O estudo atendeu aos seguintes critérios de inclusão: pessoa com deficiência visual; maior de 18 anos. E critério de exclusão: não apresentar outra deficiência associada a visual.

Foram realizadas seis sessões de GF, divididas em dois encontros por grupo. Todas as sessões dos GF foram gravadas com auxílio de dois gravadores do tipo Mp4. As reuniões aconteceram semanalmente, em dia e hora combinados com os participantes. Sendo algumas no turno da manhã outras à tarde, e tiveram de 40 a 90 minutos de duração. Antes de iniciar os GFs, foram realizadas entrevistas individuais com o objetivo de obter informações referentes a dados pessoais e clínicos (APÊNDICE A). As sessões foram realizadas no próprio ambiente da instituição de apoio, o que facilitou o deslocamento dos participantes. Houve o cuidado quanto à localização da sala, para que não acontecessem interferências externas. No sentido de estimular a presença, a mesma foi confirmada por telefone junto com horário e sala na véspera de realização de cada encontro.

Os encontros contaram com uma preparação especial, como agendamento prévio da sala e preparo da mesma no que diz respeito à iluminação, ventilação e espaço adequado à realização da técnica, manutenção dos gravadores, seleção e preparo do material a ser usado em cada encontro, utilização de músicas relaxantes, com sons de água e de natureza para recepcionar os participantes, e um lanche para ser degustado ao longo do encontro.

Foi adotada a disposição em círculo, o que garantiu o bom contato auditivo entre as pessoas participantes. A moderadora e a observadora sentaram-se em lugares que não centralizassem a atenção dos participantes. Em cada encontro, utilizaram-se técnicas de estímulo e questões norteadoras para os debates, que constam no Guia de Temas (APÊNDICE B). Este guia foi construído pela pesquisadora a partir do estudo da literatura sobre o tema, e serviu como um esquema norteador de cada GF, sistematizando questões e garantindo que a discussão se mantenha em foco, aprofundando, esclarecendo e solicitando exemplos aos participantes.

Durante as sessões pôde-se fazer pequenas intervenções, às vezes repetindo parte de suas falas, para esclarecimentos, e/ou usando a tríade sugerida por Dall'agnol e Trench<sup>(54)</sup>,

composta pelas perguntas: o quê? Para quê? Por quê? Solicitando que exemplificassem suas ideias.

Durante todos os momentos dos GFs, buscou-se enquanto moderadora, manter a atenção máxima aos depoimentos das pessoas com deficiência visual, e as suas expressões não verbais comunicadas. Como nem sempre foi possível apreendê-las, contou-se com a ajuda de uma observadora, que se mantinha atenta aos sinais não verbais e os registrava no diário de campo do pesquisador. Além disso, durante as sessões de GF, contou-se com a participação de mais uma pessoa, chamada de operacionalizadora que proporcionou apoio técnico e logístico na organização de cada encontro.

Ao final de cada encontro, foi elaborada uma síntese do que foi debatido, e os participantes tiveram um último espaço, tanto para acrescentarem, esclarecerem ou mudarem alguma ideia referida na discussão. Foi solicitado também que colocassem sugestões e críticas sobre o andamento da atividade, se desejassem. Em seguida, realizado os agradecimentos finais e a confirmação do próximo encontro. A moderadora, a observadora e a operacionalizadora ao final de cada encontro se reuniam para trocar ideias e avaliar o encontro recente, gerando orientações para a próxima sessão. Ao início de uma nova sessão, era exposto um resumo do encontro anterior e apresentado os temas daquele encontro. Então, se dava início ao debate deste dia, a partir da técnica de estímulo escolhida.

### **3.5 Análise dos dados**

Os dados foram submetidos ao método de análise de conteúdo temática, que segundo Bardin<sup>(55)</sup>, é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens através de indicadores que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens.

No sentido de operacionalização da proposta, as sessões dos GFs foram transcritas na íntegra. Na fase de classificação dos dados, foram realizadas leituras exaustivas e repetidas dos textos, buscando familiaridade e identificação de temas de relevância contidos nos depoimentos para então elaborarmos os núcleos de sentido.

A partir dessa estrutura montada por temática, foram feitos recortes de trechos das entrevistas e neles foram identificadas as ideias explícitas e implícitas, analisando os temas que apareciam em maior frequência nos depoimentos, buscando apreender as estruturas de relevância. Em seguida, foram realizados os confrontos entre os depoimentos dos

participantes da pesquisa, o que possibilitou a emergência de temas e ideias convergentes e diferentes dos participantes em relação aos núcleos de sentidos, o que se denomina de síntese horizontal.

Posteriormente, cada grupo de falas foi relido para analisar como cada participante se manifestava frente aos temas que emergiram, constituindo a síntese vertical – na qual foi destacado o que mais se repetiu (expressões, palavras e frases). Na fase final da análise, se buscou uma articulação entre os dados empíricos e os referenciais teóricos da pesquisa, procurando responder ao objetivo proposto.

### **3.6 Posicionamento ético da pesquisadora**

Cumprе assinalar que o desenvolvimento do processo de pesquisa foi norteado a partir das recomendações éticas dispostas nas diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisa envolvendo seres humanos, estabelecidas na Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde<sup>(56)</sup>, em vigor no País, principalmente no que diz respeito à garantia do anonimato e o sigilo de dados confidenciais. A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, sob Protocolo nº0264/15 e CAAE: 44927215.2.0000.5188 (ANEXO B).

Antes de iniciar as sessões, buscou-se a confirmação do consentimento através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C), e firmou-se com cada grupo formado um Termo de compromisso ético grupal (APÊNDICE D) de sigilo e respeito. O mesmo contou com elementos de caráter organizacional e ético que conduziram as discussões e as condutas no grupo. Com objetivo de manter o sigilo quanto à identificação dos participantes, os mesmos foram chamados de H para os homens, e M para as mulheres, e numerados sequencialmente de 1 a 17, seguidos pela idade do respectivo participante.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo dez homens e sete mulheres com deficiência visual. Quanto aos homens, a idade variou entre 23 e 58 anos. No referente à escolaridade, um frequentava a modalidade de educação de jovens e adultos em escola especial, três possuíam segundo grau completo, quatro o incompleto, um tinha o superior completo e um o incompleto. Todos eram alfabetizados no Braille. Quatro trabalhavam. Quanto à renda familiar, sete recebiam até um salário e três recebiam de 2-4 salários mínimos\*. Dois eram casados, três tinham união estável, três divorciados, um viúvo e um solteiro. Quanto ao tipo de cegueira, dois apresentavam baixa visão e oito, cegueira total. Sendo quatro de origem congênita e seis adquirida após a vida adulta.

No tocante às mulheres, a faixa etária foi de 26 a 66 anos. No referente à escolaridade, seis frequentavam a modalidade de Educação de Jovens e Adultos em escola especial e uma tinha o superior incompleto. Quatro estão sendo alfabetizadas no Braille e três ainda não. Apenas uma trabalhava. Quanto à renda familiar, seis recebiam até um salário e uma recebia de 1-2 salários mínimos. Duas eram casadas, duas em união estável, uma divorciada e duas solteiras. Quanto ao tipo de cegueira, duas apresentavam baixa visão e cinco, cegueira total. Sendo duas de origem congênita e cinco adquirida.

Em relação à escolaridade, esse estudo corroborou com pesquisa<sup>(57)</sup> que evidenciou que a maioria das mulheres participantes tem cursado apenas o ensino fundamental incompleto, destoando dos homens participantes, que possuem um grau de escolaridade mais alto. Também corrobora ao considerar que quase a totalidade das mulheres não desenvolvia atividades laborais por estarem aposentadas, por se declararem incapacitadas para o trabalho, ou pelo grau de instrução baixo, apresentando uma renda familiar baixa. Apesar de ser uma população que é acompanhada por uma instituição de atenção, o que aumentaria suas chances de inserção no mercado de trabalho.

A maioria dos participantes é alfabetizada no Braille, o que pode ser explicado pelo fato de serem usuários de uma instituição de apoio que fornece esse tipo de instrução a pessoas com deficiência visual.

Em relação ao estado conjugal, este estudo destoa de pesquisas as quais afirmam que a maioria dessas pessoas não vive com companheiros, pois a maioria dos participantes são casados ou encontram-se em união estável<sup>(58)</sup>.

Quanto ao tipo de cegueira, a maioria dos participantes são cegos, e de natureza adquirida. Entende-se que embora haja diferenças significativas entre conviver com uma

\*valor do salário mínimo – R\$ 788,00

deficiência congênita e com uma deficiência adquirida, os relatos apontam esforços adaptativos importantes para lidar com esta situação, nos dois grupos de pessoas. As pessoas com deficiência congênita relataram que apesar de apresentarem uma maior adaptação a sua condição, também sofrem mais com a superproteção dos pais, que muitas vezes podem prejudicar sua autonomia, já as pessoas com deficiência visual adquirida relatam menor capacidade de adaptação e sofrem mais com a falta de apoio da família. Conforme se observará no decorrer da discussão.

Da análise, emergiram cinco categorias temáticas: Sexualidade: da concepção à expressão; Sexualidade na infância e adolescência: fragilidade no acesso a informações; Obstáculos à expressão de sua sexualidade; Duplo desafio para as mulheres: deficiência visual e questões de gênero; Educação sexual: fragilidades e perspectivas.

### **Sexualidade: da concepção à expressão**

Nesta categoria evidenciou-se a concepção dos participantes no que se refere à sexualidade enquanto um dos componentes da integralidade do ser humano, e como os mesmos expressam sua sexualidade no dia-a-dia das relações afetivo-sexuais. Os mesmos apresentam ideias convergentes no sentido de entender a sexualidade como uma manifestação natural do ser humano, algo importante que envolve doação, satisfação e intimidade, tal como aponta outro estudo<sup>(34)</sup>.

*Faz parte da vida do ser humano (sexualidade), traz um prazer. E quando você faz e recebe coisas boas é ótimo (M17-66 anos).*

*A sexualidade é um complemento na vida do ser humano, e se isso não for suprido, o indivíduo fica mal. Nos meus relacionamentos eu sou um cara que leva café na cama, que faz massagens nos pés [...] Eu vejo a sexualidade como um prazer de formas gerais, não só na cama, no sexo, sentir prazer na hora de agradar também, ver a satisfação da pessoa que ama (H3-30 anos).*

Evidenciou-se através das falas dos participantes que estes apresentam um conceito amplo no entendimento da sexualidade, não apenas restrito ao ato sexual, e que procuram em seus relacionamentos buscar prazer de forma abrangente, inclusive na forma de agradar o parceiro e, com isso, proporcionar um prazer mútuo.

Os depoimentos demonstram que a condição de deficiência visual não é fator inibidor do pensar, do refletir e do manifestar a sexualidade, como com qualquer outra pessoa sem deficiência. As pessoas com deficiência visual apresentam impedimentos apenas visuais, sendo preservadas todas as outras funções, inclusive as sexuais e reprodutivas<sup>(5)</sup>.

As falas dos participantes colocam a importância dos relacionamentos amorosos, trazendo prazer para a vida do ser humano, principalmente através do ato de agradar e ser agradado. Dessa forma, destacam a importância de formar ligações românticas como parte integrante do desenvolvimento social<sup>(59)</sup>.

Tanto as pessoas com deficiência visual como os videntes buscam em sua vida o preenchimento dessas necessidades afetivas através dos relacionamentos. Em um estudo<sup>(60)</sup> realizado com jovens adultos nos Estados Unidos, que teve como objetivo medir e comparar os comportamentos sexuais de adultos jovens com idades de 19 a 23 anos com e sem deficiência visual, as pesquisadoras evidenciaram que os dois grupos apresentaram percentuais com relação aos comportamentos sexuais semelhantes e concluíram que ambos possuem comportamentos sexuais adequados a sua faixa etária, e que o que há é uma necessidade de proporcionar instrução eficaz que incorpore métodos e materiais que são projetados especificamente para atender às necessidades dessas pessoas com deficiência visual, para minimizar comportamentos de risco.

As necessidades sexuais e afetivas quando não supridas fazem com que o indivíduo fique mal, conforme fala do participante *H3-30 anos*, pois a sexualidade é um complemento na vida do ser humano. Estudo<sup>(61)</sup> considera que diversas necessidades, comuns a todos os seres humanos, são de extrema importância para o bem-estar e têm reflexos sobre sua saúde, como as necessidades afetivas e sexuais.

Em outro estudo<sup>(62)</sup>, que teve como objetivo analisar o desenvolvimento de relações íntimas de 180 adolescentes com deficiência visual e 533 sem deficiência na Alemanha, evidenciou que os adolescentes com deficiência visual relataram uma iniciação amorosa mais tardia e relacionamentos menos frequentes que o outro grupo. No entanto, o momento da primeira relação sexual era semelhante. Os resultados indicaram que essas pessoas com deficiência visual estão iniciando a vida sexual mais cedo que a iniciação amorosa, e que muitos dos que estavam em um relacionamento romântico era com parceiros também com deficiência visual. Os dois grupos diferiram nos critérios de seleção de parceiros, a maturidade emocional era mais importante para os jovens com deficiência visual do que para os videntes, enquanto o inverso era encontrado para atratividade e características físicas de

potenciais parceiros. Finalmente, os dois grupos não diferiram na qualidade percebida de seu presente relacionamento romântico.

Outra pesquisa<sup>(63)</sup> comparou a realização de doze tarefas por 158 adolescentes com deficiência visual e 158 adolescentes sem deficiência. Essas tarefas envolviam pertencer a um grupo de pares; aceitação da maturidade física (aceitar o meu corpo como ele é); desenvolvimento de identidade (ter ideias claras sobre como eu quero viver minha vida); autonomia dos pais; desenvolvimento de relacionamentos românticos; estreita amizade (ter um bom amigo com quem eu posso falar sobre quase qualquer coisa); consciência do papel de gênero (ter uma ideia clara do que os outros esperam de mim como um homem ou mulher), entre outros. Os grupos não diferiram no cumprimento de 9 de 11 tarefas.

Esses resultados trazem à tona a reflexão acerca da sexualidade das pessoas com deficiência visual, considerando que possuem ideias claras sobre sexualidade, em uma visão ampla da sua completude e não possuem impedimentos pessoais para expressão de uma sexualidade plena. O que se pode destacar é que essas pessoas possuem um modo de expressão um pouco diferenciada em relação aos videntes, mas que não interfere na sua forma de entender e experimentar a sua sexualidade. Conforme se observa a seguir.

Os participantes apresentaram ideias convergentes em relação à forma de expressão de sua sexualidade, considerando como primordiais nesse processo: o diálogo (através da fala) e o toque, (através do tato), manifestados nos seguintes depoimentos:

*No meu modo de vida, me expresso de maneira afetiva com o toque, conversas, respeito quando não pode ter relação, ou não está afim também. Eu acredito que a sexualidade é um tema que faz parte totalmente do dia a dia do ser humano, nós somos muito sexuais (H1-35 anos).*

*Eu acho que depende muito de cada um [...]. Eu sou muito reservado, procuro estar em momentos a sós com a pessoa, pra poder sentar e conversar, tocar e, assim, poder nos envolver melhor (H10-23 anos).*

*Eu expresso muito minha sexualidade na maneira de me vestir, de me arrumar, ajeitar cabelos, ficando cheirosa, mantendo uma mente boa, livre. Eu sou uma pessoa muito sexy (M16-53 anos).*

*Me expresso tratando bem, sendo carinhosa, brincando, conversando, me arrumando, ajeitando cabelo (M17-66 anos).*

Os participantes destacaram em seus depoimentos diversos aspectos ao expressar sua sexualidade como o respeito nas relações, manter uma mente boa e aberta a brincadeiras, e a importância do diálogo, do toque, e do cheiro. Podem-se destacar a partir desses depoimentos três sentidos que envolvem a expressão da sexualidade das pessoas com deficiência visual: a audição, o tato e o olfato.

Conforme as falas dos participantes, a conversa é uma das primeiras formas de aproximação na expressão de sua sexualidade. A atividade auditiva aprende a selecionar altas frequências acústicas, que intensificam sua percepção de alterações na voz, que é capaz de revelar muitas coisas, desde a identificação de gênero até estados emocionais e perfis de personalidades. Desse modo, a audição é um sentido importante na construção da atratividade dessas pessoas com deficiência visual<sup>(15)</sup>.

A interação através do tato para as pessoas com deficiência visual também é crucial para entenderem os conceitos e construir estruturas do pensamento e da realidade física e social, por isso se torna um sentido muito importante na expressão afetiva e no desenvolvimento do desejo sexual. A inteligência tátil e auditiva nessas pessoas mostra a possibilidade de comunicação com outras formas de linguagem que podem facilitar as relações humanas e o desenvolvimento das informações transmitidas, inclusive na sexualidade<sup>(64)</sup>.

Conforme citado nas falas dos participantes, o olfato também se caracteriza como sentido importante nesse processo de expressão da sexualidade das pessoas com deficiência visual, pois segundo estudo<sup>(5)</sup>, é através do cheiro, juntamente com o toque e a fala, que aprofundam seu conhecimento do mundo e das pessoas, inclusive na sexualidade, como forma de obter informações de um possível parceiro e de mostrar interesse também.

Dessa forma, percebe-se que a expressão da sexualidade dessas pessoas com deficiência visual não difere dos videntes quanto ao uso desses sentidos, pois para todos os seres humanos o toque, a audição e o cheiro são sentidos que possuem terminações nervosas muito sensíveis, fundamentais no envolvimento erótico<sup>(5)</sup>.

Outros aspectos também foram citados pelos participantes como forma de expressão da sexualidade como o bom humor e a autoestima, que também estão presentes na expressão da sexualidade dos videntes e são importantes para a aproximação e desenvolvimento afetivo de todas as pessoas, sejam com deficiência visual ou não<sup>(15)</sup>.

O que se pode destacar como diferenças é que para os videntes a informação visual é bem mais centrada e fidedigna do que a informação dos outros sentidos, e que para eles a

iniciação através da paquera e desenvolvimento inicial da atratividade em relação ao outro acontecerá essencialmente pelo uso da visão<sup>(65)</sup>.

Vive-se em uma sociedade que valoriza suas construções sociais e afetivas no sentido da visão. Dessa forma, acentuam a falta de visão e ignoram os outros aspectos essenciais do ser humano. E, assim, acabam desenvolvendo mitos quanto à sexualidade dessas pessoas, que interferem na expressão livre de preconceitos<sup>(66)</sup>.

Os relatos dessas pessoas com deficiência visual evidenciam a necessidade de mais esclarecimentos sobre a sexualidade dessas pessoas, considerando que vivenciam esse momento da mesma forma que quaisquer outra, e que a sociedade precisa ser alimentada de conhecimentos que permitam a melhor compreensão e diminuição do preconceito<sup>(6)</sup>.

### **Sexualidade na infância e adolescência: fragilidade no acesso a informações**

As pessoas vivenciam a sua sexualidade de acordo com os valores apreendidos no meio familiar, pois é nesse ambiente que são, desde a infância, repassados ensinamentos e condutas aceitáveis para a socialização, compondo o seu universo<sup>(67)</sup>. Nesse contexto, abordou-se nessa categoria o desenvolvimento da sexualidade na infância e adolescência, a participação dos pais, e quais os conteúdos e formas de orientações sexuais recebidas. A seguir analisam-se estes aspectos.

Os participantes relataram que tiveram dificuldades de conversar com alguém da família sobre o tema e que o mesmo era tabu nas conversas com os pais. Segundo as falas a seguir:

*Falar de sexo na minha casa jamais, esse assunto pelos meus pais era cortado, eles sempre acreditaram que criança e adolescente não deveria saber nada sobre isso [...]. Eu nunca tive uma conversa aberta sobre sexualidade com meus pais (M14-26 anos).*

*Meus pais também não falavam nada com a gente, e eu pensava que moça era crescer uns pelinhos aqui e ali. E não podia dizer a ninguém que era moça, levávamos aqueles paninhos escondidos. Minha mãe não me explicou nada sobre sexo também (M17-66 anos).*

Quando relatado algum aspecto relacionado à educação sexual dada pela família, estas informações relacionavam-se à genitália e a cuidados de higiene.

*No meu caso, partindo da infância [...] a sexualidade foi mais relacionada à questão da higiene, tomar banho direitinho, como limpar os órgãos, e indiretamente falar sobre sexo, mas não de uma forma totalmente esclarecida, eles sempre conversavam como a gente se cuidar enquanto criança, essa parte foi muito forte (H1-35 anos).*

A partir das falas dos participantes evidenciou-se a dificuldade de alguns pais em conversar sobre sexualidade com seus filhos. A sexualidade é um assunto ainda delicado em nossa sociedade, que remete a constrangimentos ao se relatar algo sobre este assunto. Com os pais esse constrangimento se intensifica ao considerar que de alguma forma possa está estimulando seus filhos a iniciar uma relação sexual ao conversar sobre o tema.

Em estudo<sup>(68)</sup> com pais e adolescentes, evidenciou que os pais sentem dificuldade na abordagem do tema sexualidade com os filhos, e a fazem de forma superficial. A maioria aborda apenas a parte biológica da sexualidade, como as questões ligadas à contracepção e à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST's). Houve pais que ainda mantinham o pensamento de que essa conversa deve ser necessária apenas a partir do momento que o filho encontra um parceiro.

Muitos pais ficam apreensivos e ansiosos em responder questões sobre sexo. Com isso, podem fugir das perguntas ou dar respostas evasivas. Além disso, pode haver dúvidas sobre qual é o melhor momento para conversar com as crianças sobre sexo. O que deve ficar claro é que independentemente da idade, a criança, a partir de suas vivências, demonstrará curiosidades e esses momentos são as melhores ocasiões para conversar sobre o assunto. Responder de maneira coerente, no momento em que essas perguntas são elaboradas, passa para a criança um sinal de confiança e de que existe um canal aberto de comunicação. A falta ou fuga de uma resposta pode gerar uma desconfiança por parte da criança, que poderá se sentir culpada ou envergonhada por ter esses interesses, evitando fazer novos questionamentos<sup>(29)</sup>.

Corroborando com esse estudo, pesquisa<sup>(30)</sup> com crianças em situação de risco, evidenciou que as mesmas corroboraram ao relatar que eram censuradas ao falar sobre temas pertinentes à relações sexuais e sexualidade, principalmente pela figura paterna. Contudo, manifestavam necessidade de falar sobre o assunto, embora sentissem receio e vergonha.

O indivíduo ao longo de seu desenvolvimento necessita de acompanhamento e orientação. A família e amigos intercalam papéis de importância na vida das pessoas, sempre relacionados à manutenção do bem estar e da saúde, à confirmação do ser e à aceitação social<sup>(69)</sup>.

A dinâmica familiar tem papel muito importante no desenvolvimento da criança, contribuindo para aumentar a competência adaptativa, particularmente de crianças com deficiência. A família auxilia na construção do autoconceito da criança, de suas convicções, valores e atitudes sobre si mesmas, contribuindo para o desenvolvimento do amor próprio e do senso de aceitação social à medida que ficam mais velhas<sup>(70)</sup>.

A orientação sexual nesse início de vida se torna essencial, pois muito antes de ocorrerem as transformações psicofisiológicas ligadas à maturação sexual, ou seja, a passagem da infância à adolescência, a criança já vive experiências que fornecem o alicerce para a sua sexualidade. Quando se trata de crianças que nascem com uma deficiência, como os participantes desse estudo, todo esse processo pode ser ainda mais prejudicado, pois o que costuma vir à mente dos pais, familiares e profissionais especializados são as necessidades dessas crianças no que diz respeito à habilitação, educação, assistência, e o último aspecto a ser pensado é a saúde sexual<sup>(71)</sup>.

Dessa forma, os exageros despendidos nos cuidados as pessoas com deficiência visual por pais, familiares e profissionais acabam por superprotegê-los, e a mascarar outras necessidades básicas que não são consideradas como prioridade, como a saúde sexual. E assim, acabam interferindo em diversos aspectos de seu desenvolvimento, inclusive no que diz respeito à sexualidade<sup>(8)</sup>.

Os relatos dessas pessoas com deficiência visual evidenciam a necessidade de mais esclarecimentos sobre o tema para os familiares, através do desenvolvimento de estratégias que atendam às necessidades dessa população de forma personalizada e qualificada, com o objetivo de capacitar os pais para a importância de manter diálogo com seus filhos e empoderá-los com informações necessárias para tal<sup>(6)</sup>.

A saúde plena depende também de um desenvolvimento saudável da sexualidade. Se a saúde é um direito humano fundamental, o desenvolvimento da sexualidade também é um direito. Privar uma criança ou adolescente do exercício de sua sexualidade e do acesso à informação é violar um direito necessário ao seu desenvolvimento. Desse modo, colocando em risco a saúde e a qualidade de vida, pois retardam a possibilidade de que assumam com responsabilidade suas relações afetivo-sexuais e geram cada vez mais curiosidades em relação ao conhecimento do seu corpo e dos demais<sup>(30)</sup>. Segundo evidenciado na fala a seguir:

*Minha vida era numa rede ou numa cadeira de balanço, ou seja, não tinha muito conhecimento de nada, quando chegava uma menina assim mais ou menos da minha idade eu ficava pensando, porque sempre se falava homem e mulher, então eu ficava*

*pensando como será uma mulher?! Ficava na minha mente [...] eu tive uma infância muito complicada, só vim descobrir algo sobre esses assuntos depois de grande (H5-48 anos).*

Ao contrário de uma criança vidente, a criança com deficiência visual não vê as diferenças físicas entre um homem e uma mulher. Além disso, as mudanças físicas no corpo durante a puberdade, durante a gravidez e durante o tempo de vida não podem ser observadas. Conforme a fala do participante *H5-48 anos*, o mesmo só aprendeu algo sobre o tema depois de adulto. Esta incapacidade de identificar as características sexuais de um corpo pode levar a equívocos significativos que podem comprometer sua saúde. A compreensão de características anatômicas básicas do corpo humano também é essencial para o desenvolvimento físico e emocional de uma criança<sup>(72)</sup>.

A orientação sexual tem um papel importantíssimo de proteção a essas pessoas, a partir do momento que auxiliam essas crianças a distinguir entre afagos de amor e atos oportunistas, de forma a reconhecer o direito de recusar qualquer incursão no próprio corpo e aprender maneiras de procurar ajuda. O grande desafio consiste em tornar as crianças aptas a identificar a situação do abuso como inadequada, sendo necessário orientá-las e ensiná-las a reconhecer um toque indesejado, considerando principalmente as crianças com deficiência, que, segundo pesquisas, estão entre os índices mais altos de vítimas de violência sexual<sup>(73)</sup>.

Desse modo, a negligência de informações em saúde sexual pode ter um impacto significativo na vida dessas pessoas com deficiência visual. Essa negligência pode estar relacionada, para as crianças com deficiência visual, à superproteção de pais, professores, profissionais e outros, e pode contribuir para prolongar a infância e adiar experiências de vida valiosas que talvez interfiram na formação da autoconfiança, autonomia e na construção de sua sexualidade<sup>(71)</sup>.

Entende-se que para os pais essa é uma tarefa muito difícil, pois a sexualidade dos filhos também traz à tona, para muitos, aspectos reprimidos de sua própria sexualidade. Para conversar sobre o tema, são obrigados a refletirem sobre suas experiências<sup>(68)</sup>. Ainda mais quando se fala de filhos com algum tipo de deficiência que são cercados de tabus e indefinições. Além disso, alguns pais temem que a introdução do tema possa significar um aval para que os mesmos iniciem sua vida sexual antecipadamente<sup>(74)</sup>.

Destaca-se que a participação da família tem grande peso e papel relevante no desenvolvimento da sexualidade. Desse modo, as famílias também precisam de muita orientação, porque, na maioria das vezes, não conseguem admitir que a criança cresceu e tem

outras necessidades. A desinformação de profissionais e familiares deixa as pessoas com deficiência muito negligenciadas nesse aspecto e, principalmente, mais vulneráveis e expostas a riscos para a sua saúde<sup>(29)</sup>.

Diante da fragilidade na orientação dos pais, alguns participantes relataram que buscavam colegas para conversar sobre a temática e obter esse direcionamento que sanasse suas curiosidades e necessidades.

*Na minha infância todo meu aprendizado foi com os colegas [...] até os doze anos, tínhamos os grupos e que se tocavam, ficavam a vontade na frente do outro, tinha a questão da fimose que meus colegas que me ensinaram (H4-37 anos).*

*A vivência com os colegas para mim foi muito importante para tirar dúvidas e descobrir mais sobre a minha sexualidade e a sexualidade dos outros [...] (H1-35 anos).*

As falas dos participantes *H4-37 anos* e *H1-35 anos* evidencia um comportamento importante das crianças e adolescentes, que é a busca por informações e experiências com colegas, inclusive relacionados a temas de saúde sexual, como a fimose. Acredita-se que a fragilidade na orientação dos pais se reflita na busca por informações fora do seio familiar.

Em estudo<sup>(75)</sup> com 1.178 adolescentes videntes colombianos, evidenciou que mais de 80% consideram necessária a informação sobre sexualidade e mais de 70% reconhecem os pais como melhor fonte de informações. Apesar de constar na literatura que esta população prefere discutir preferencialmente esses temas com amigos, que poderia ser explicado por não encontrar espaço com a família para isso.

Corroborando com esse estudo, outra pesquisa<sup>(76)</sup> analisou o relato de 5 adolescentes do sexo feminino sobre sexualidade, uma com baixa visão e as demais cegas. As adolescentes relataram que receberam poucas informações sobre sexualidade na escola e da família. Costumam se informar com amigas e pessoas próximas, mas não com familiares. Segundo as autoras, quando há orientação de familiares, essa orientação se restringe a informações ligadas à genitália, pois os pais sentem dificuldades em dialogar sobre esse tema. Segundo as autoras, enquanto na população em geral é comum o exercício sexual por volta dos 14 anos, nas entrevistadas isso ainda não havia ocorrido, provavelmente porque a proteção familiar nesses casos é maior, além disso, todas frequentavam uma escola especial, o que possibilitaria uma restrição social e uma menor possibilidade de troca de experiências e relacionamentos.

A questão da sexualidade ainda é encarada como tabu e faz com que crianças e adolescentes carreguem e disseminem uma série de desinformações sobre o assunto. Esse modo de aprendizagem através de rodas de amigos, nas buscas por curiosidades nos livros e na internet, nas transmissões televisivas de conteúdo sensual ou sexual, é chamado de educação informal, e acontece como uma consequência da negação por parte dos pais da realidade da vida sexual e reprodutiva dessas pessoas<sup>(77)</sup>.

A oportunidade do diálogo entre pais e filhos é um espaço de trocas que pode possibilitar a discussão e a apreensão de orientações corretas que venham esclarecer e apoiar os filhos quanto ao próprio comportamento, no sentido de assegurar uma vivência saudável e sem temor em relação à sexualidade<sup>(67)</sup>.

### **Obstáculos para expressão da sexualidade**

Quando colocado em discussão o tema acerca de como os videntes percebiam a sexualidade das pessoas com deficiência visual, os depoimentos convergiram ao considerar que enfrentam diversos obstáculos à expressão da sua sexualidade, sendo citado como o principal o preconceito. Evidenciado nas falas a seguir:

*Praticamente todo dia eu lido com isso (preconceito), eu estudo e no meu curso a maioria dos jovens fica dizendo que eu estou com tal comportamento porque estou carente, perguntam se eu já namorei [...] às vezes as pessoas fazem esse tipo de pergunta, só pra ver se você vai ficar constrangido, lhe diminuir de alguma forma, mas o problema da pessoa com deficiência visual é na visão, a vida é normal [...] (H3-30 anos).*

*Me lembrei de uma coisa que eu ouvi quando era criança e que eu nunca esqueci. Um amigo do meu pai chegou perto de mim e falou “É meu filho, é isso mesmo, o importante pra você é só brincar, comer e pronto ((risos de todos)), você vai ser muito feliz com sua mãe e seu pai, comendo e dormindo, e isso aí está bom demais”. Lembro que eu pensei só isso, e o resto?! Ou seja, na cabeça dele a minha vida ia ser igual ao de um animalzinho, apenas crescer, comer e dormir e nada mais. Se bem que os animais ainda se relacionam e ele cortou isso também. Em nenhum momento ele disse que eu iria casar, dar netos aos meus pais e tal (H1-35 anos).*

*Eu ainda me lembro, como hoje, que a manicure que fazia minhas unhas dizia, que se eu fizesse a cirurgia e ficasse enxergando novamente, ela casava comigo, e eu pensava “o que tem haver?!” “Ela ia casar com meu olho?!” (H5-48 anos).*

*Os que enxergam se acham melhores do que os cegos, na hora da sexualidade não tem dificuldade com a questão da visão não. Por isso que muitas vezes os cegos só casam com outros cegos, porque os que enxergam não querem (M8-52 anos).*

*Eu acho que as pessoas não respeitam o direito da pessoa com deficiência visual se relacionar, se alguém vê namorando em local público, eles param pra olhar, comentam, riem, se forem videntes, ninguém desrespeita. A pessoa com deficiência visual é muito observada em todos os sentidos (M14-26 anos).*

Além disso, os participantes convergiram ao considerar que devido ao preconceito existente e os estigmas que sofrem, os mesmos se sentem inseguros em se relacionar com pessoas videntes, conforme as falas a seguir.

*A dificuldade é grande de pessoas com deficiência visual se relacionarem com pessoas que enxergam [...] Eu acho que a pessoa teria que me passar muita confiança, porque eu não sei se eu teria não (M14-26 anos).*

*[...] Eu tenho isso na cabeça, de que só quem quer um cego é outro cego, apesar de ser casada, me sinto assim. Meu marido vê, mas vem na minha cabeça que ele está comigo, mas preferiria uma que vê (M8-52 anos).*

Os participantes relataram diversas atitudes por parte da sociedade em relação à sexualidade das pessoas com deficiência visual que evidenciam atitudes preconceituosas, como a falta de respeito com a expressão pública de sua sexualidade, sentimentos de desvalia, desconfiança em relação a sua capacidade de se relacionar e manter relacionamento amoroso.

Nas falas dos participantes pode-se identificar, além do mito da assexualidade, outros mitos, como o de que pessoas com deficiência são pouco atraentes e incapazes de manter um relacionamento amoroso e sexual, e o mito de que pessoas com deficiência não têm condições de usufruir o sexo normal<sup>(33)</sup>. Outros estudos<sup>(78)</sup> também corroboram essa questão.

Apesar de o direito ao exercício da sexualidade das pessoas com deficiência constar de maneira geral ou específica em diversos documentos oficiais percebeu-se que os participantes convergiram na percepção de que seu direito à sexualidade é pouco respeitado, através da demonstração de atitudes preconceituosas por parte dos videntes, corroborando com outro estudo<sup>(18)</sup>, em que participantes cegos também convergiram nessa percepção.

Os direitos sexuais e os direitos reprodutivos incluem, entre outros, o direito de viver e expressar livremente a sexualidade sem violência, discriminações e imposições; direito de viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças; direito de viver a sexualidade independentemente de estado civil, idade ou condição física; direito a serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e atendimento de qualidade e sem discriminação<sup>(79)</sup>. Nesse contexto, destaca-se a importância da participação governamental, pois o efetivo exercício dos direitos sexuais e reprodutivos demanda políticas públicas que assegurem a saúde sexual e reprodutiva da população<sup>(27)</sup>.

Segundo o Estatuto da Pessoa com Deficiência, toda pessoa com deficiência tem direito à igualdade de oportunidades com as demais pessoas e não sofrerá nenhuma espécie de discriminação. Considera-se 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, inclusive para exercer seus direitos sexuais e reprodutivos<sup>(4)</sup>.

Apesar dos direitos sexuais estarem assegurado em diversos materiais, vários estudos em todo o mundo evidenciam violações dos direitos sexuais e reprodutivos das pessoas com deficiência visual. Há indicações de que as barreiras tanto arquitetônicas como, principalmente, atitudinais (mitos, tabus e preconceitos) são elementos que corroboram a constituição desse fenômeno<sup>(1)</sup>.

Ao se refletir sobre o preconceito, percebe-se que ele só se desenvolve pela convivência marcada pelo rebaixamento do outro. É o medo de ser o próximo a não ser aceito que faz apontar rapidamente para outro já pertencente a uma categoria estigmatizada socialmente. Portanto, pode-se afirmar que é uma forma, ainda que precária, de lidar com os conflitos presentes ao longo da vida. É nesse sentido que o preconceito diz mais respeito às necessidades do preconceituoso do que às características dos agrupamentos a que se refere<sup>(80)</sup>.

O preconceito com pessoas com deficiência visual tem sido desenvolvido ao longo de muitos anos, em que se evidenciava a falta de papel social bem definido na sociedade. Esse também foi sendo absorvido por essas pessoas, limitando, dessa forma, oportunidades e minimizando suas possibilidades em relação aos seus direitos, incluindo os sexuais<sup>(81)</sup>.

Quando se fala do preconceito com pessoas com deficiência visual na área da sexualidade, pesquisas têm evidenciado o preconceito de videntes para iniciar relacionamentos, pois há a ideia errônea de que vai ser um cuidador, em vez de um parceiro. Esta ideia decorre da incapacidade da sociedade em geral para conciliar os conceitos de deficiência e relações sexuais. Isso gera uma desconfiança por parte das pessoas com deficiência visual, que passam a ter receio de se relacionar com videntes, como evidenciado nas falas dos participantes. Dessa forma, acaba encorajando relacionamentos entre pessoas com deficiência visual<sup>(81)</sup>.

Um trabalho incessante deve ser desenvolvido pelos poderes públicos com objetivo de quebrar esses tabus e mitos existentes em relação à sexualidade dessas pessoas com deficiência visual, por meio da divulgação de materiais educacionais que tragam as concepções acerca da importância da sexualidade para todos e que evidenciem que possuem características relacionadas ao sentir e expressar sua sexualidade como qualquer outra pessoa, e que isso deve ser respeitado.

Além do preconceito, alguns participantes citaram outros obstáculos que interferem na expressão da sua sexualidade, como curiosidade e ignorância da população em relação a sua vida afetiva e sexual, como retratam os depoimentos a seguir:

*Já me perguntaram muito isso “como é que cego namora?” “e cego casa?”, ai eu respondia, não tem diferença não, é a mesma coisa, a única diferença é a falta de visão, na hora de namorar todos são iguais (H6-49 anos).*

*As pessoas olham para a pessoa com deficiência visual, e se perguntam muito como é a vida sexual da gente “Mas você é casado?” Quando conhece a primeira vez, faz aquela cara de admiração, e perguntam “Mas tem filho não né?” a gente diz que tem e começa “E como é?”. Mas não existe isso, essa dificuldade pra se relacionar. As pessoas têm isso como algo curioso, porque elas se apegam ao fato de que por conta da visão é que eu vou saber fazer as coisas, mas o lado de saber se relacionar não tem nada haver com a visão [...] (H1-35 anos).*

*Existe muita critica em relação ao comportamento da pessoa com deficiência visual, muita gente acha que a gente não sabe se relacionar, muita ignorância, acho que por não conhecer acha que ela não é capaz, tanto no que diz respeito à sexualidade, quanto a outros assuntos também (M15-43 anos).*

*Quando eu estava subindo para o ônibus com minha esposa grávida, uma pessoa perguntou como podia ela estar grávida. Ai às vezes da vontade de responder de forma grosseira. Mas a gente sabe a ignorância do povo (H9-58 anos).*

Outra questão referente aos obstáculos que foi identificada nas falas das pessoas com deficiência visual foi à generalização de comportamentos, na qual a sociedade estende atitudes pessoais negativas de algumas pessoas com deficiência visual para o todo, segundo as falas a seguir:

*Como culturalmente a nossa sociedade não é muito esclarecida, às vezes tem uma experiência não sucedida e acabam generalizando, achando que toda pessoa com deficiência visual vai ser daquela forma como, por exemplo, uma moça vai atravessar um cego no sinal e ele acaba tocando onde não devia, e ela pode se privar de ajudar outras pessoas, e a sociedade acaba absorvendo isso e divulgando “não ajuda não que eles vão querer lhe tocar” e isso acaba ficando culturalmente e prejudicando as pessoas que respeitam (H4-37 anos).*

*Eu tomo muito cuidado quando alguém vai me ajudar, peço pra pessoa colocar minha mão no ombro dela, porque não tem chance de bater em outros lugares, porque se toca no lugar que não deveria, a pessoa já faz um tumulto com você, chamando os ceguinhos de atrevidos, enxeridos [...] E se você for levar em consideração, você não saí nem de casa, desgostoso, mas não, a gente tem que levantar a cabeça e seguir (H2-41 anos).*

As falas dos participantes evidenciaram que ainda é muito presente o desconhecimento sobre o viver destas pessoas. A curiosidade e a ignorância da população em geral podem ser reflexo de que essas pessoas ainda vivem à margem da sociedade. Essa condição reforça estigmas, interferem na expressão da sexualidade e colocam essas pessoas em uma posição de exclusão social<sup>(5)</sup>.

Por falta de conhecimento, a sociedade desenvolve a ideia de que a pessoa com deficiência visual não é capaz, desvalorizando-as constantemente, conforme explicitado nas falas dos participantes, o que pode resultar em baixos níveis de autoestima e uma fuga da expressão sexual. O fato de que as pessoas com deficiência visual serem excluídas de uma

grande quantidade de interação social por meio de práticas de segregação se reflete em chances reduzidas de aprender mais sobre a sexualidade e encontrar parceiros sexuais<sup>(82)</sup>.

Essa postura da sociedade, revelada pelas pessoas com deficiência visual, denuncia que essas pessoas estão sendo tratadas com indignidade e que seus direitos como cidadãos não estão sendo respeitados. Estudo<sup>(5)</sup> realizado com pessoas cegas revelou que os mesmos vivenciam diversas manifestações da sociedade em relação à sua sexualidade como a curiosidade, indiferença e falta de conhecimento, corroborando com este estudo.

Diante disso, destaca-se que o problema não está no corpo das pessoas com deficiência visual, mas nas construções sociais. Eliminar as concepções sociais que restringem a experiência das pessoas com deficiência visual permitirá pensar de maneira mais consistente a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos<sup>(83)</sup>.

A área da saúde sexual é somente mais um campo onde diferentes fatores de vulnerabilidade se sobrepõem. O fenômeno da invisibilidade social é um dos fatores de agravamento da vulnerabilidade dessas pessoas, razão pela qual ainda hoje se tenha que reiterar a possibilidade e o direito de expressarem seus desejos sexuais e exercitarem sua sexualidade<sup>(27)</sup>.

Outro aspecto importante a ser considerado diz respeito à generalização de comportamentos negativos, citada nas falas dos sujeitos *H4-37 anos* e *H2-41 anos*, em que a atitude de uma pessoa com intenções negativas, ou acidentais, gera um transtorno que se reflete em todas as pessoas com deficiência visual.

Isso pode ser explicado pelo fato da quantidade de toque e proximidade que as pessoas estão autorizadas a utilizar em vários contextos é muitas vezes altamente regulamentada em várias sociedades. Essas questões podem criar obstáculos ao ensinar pessoas com deficiência visual acerca da autoimagem e anatomia física, ou no caso de precisar tocar no corpo do outro para alguma atividade. Ele observou que quando a aprendizagem tátil é vista como desviante e até mesmo como um ato de agressão, essas pessoas são impedidas de explorar o ambiente ao seu redor com naturalidade<sup>(72)</sup>.

Apesar de que se entende que muitas vezes algumas pessoas apresentam certas atitudes com pensamentos desvirtuosos que acabam por generalizar comportamentos que se refletem nas demais, inclusive as que são respeitadas, causando um mal-estar para as pessoas com deficiência visual, conforme a fala do participante *H2-41 anos*.

O que se pode destacar frente a todos esses obstáculos citados nessa categoria é que a deficiência visual e suas formas de discriminação são construídas pela sociedade. Assim torna-se necessário o entendimento de que as pessoas com deficiência visual devem ser

compreendidas em sua plenitude. A este respeito, à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência<sup>(24)</sup>, no Artigo 8, adverte que é necessário conscientizar toda a sociedade, inclusive as famílias, sobre as condições das pessoas com deficiência e fomentar o respeito pelos direitos e pela dignidade dessas pessoas, incluindo o combate aos estereótipos, preconceitos e práticas nocivas em relação à pessoa com deficiência, inclusive aquelas relacionadas a sexo. A fundação e o desenvolvimento dessas percepções e atitudes sociais negativas da sociedade devem ser entendidos para ser possível a quebra de algumas dessas barreiras.

Outro obstáculo bastante discutido pelos participantes, principalmente as mulheres, se refere ao duplo desafio que possuem, enquanto mulheres e pessoas com deficiência visual, ao enfrentarem os estigmas de gênero e da deficiência, influenciando na expressão de uma sexualidade plena e livre de preconceitos. Desse modo, para discutir melhor essa questão foi desenvolvida uma categoria a parte que se encontra a seguir.

### **Duplo desafio para as mulheres: deficiência visual e questões de gênero**

Gênero é um conceito que se refere a um sistema de atributos sociais como papéis, crenças, atitudes e relações entre mulheres e homens não determinados pela biologia, mas pelo contexto social, político e econômico, e que contribuem para orientar o sentido do que é ser homem ou ser mulher em uma dada sociedade. Desse modo, o gênero é uma construção social e histórica e, na maioria das sociedades, relações de desigualdade<sup>(29)</sup>.

Quando se fala de mulheres com deficiência, percebe-se que as mesmas acabam por apresentar uma dupla vulnerabilidade, atribuídas aos estigmas de gênero e deficiência. O conceito da vulnerabilidade no campo da saúde é relativamente recente e está estreitamente relacionado ao esforço de superação das práticas preventivas de saúde apoiadas no conceito de risco. Sendo um conceito amplo e complexo, implica em considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento e a outros agravos sociais como a resultante de um conjunto de aspectos individuais, coletivos e programáticos. Nesse sentido, o conceito de vulnerabilidade considera as pessoas em seu contexto de vida social e histórico<sup>(27)</sup>.

A dupla vulnerabilidade atribuída às mulheres com deficiência pode se justificar pelas experiências de superproteção ou rejeição familiar, pela falta de acesso a serviços de saúde e reabilitação, pela privação de recursos materiais que impediu ou dificultou a aquisição de equipamentos que garantissem maior autonomia, pela falta de investimento em sua educação

e habilitação/reabilitação profissional e pela vivência em um meio familiar com atitudes hostis e que desqualificam mulheres e pessoas com deficiência<sup>(84)</sup>.

Sendo assim, essa dupla vulnerabilidade se estende a todos os âmbitos da vida dessas mulheres com deficiência visual, incluindo o sexual. Nesse sentido, esta categoria expõe aspectos relacionados ao enfrentamento de um duplo desafio para o exercício pleno de sua sexualidade, a deficiência visual e questões de gênero.

Ao discutir a percepção acerca das questões de gênero na sexualidade, considerando o comportamento da família e sociedade, os participantes convergiram ao considerar que os pais tratam meninas e meninos de maneiras diferentes em relação ao desenvolvimento da sexualidade e que a presença da deficiência visual exacerba essa proteção, segundo as falas a seguir:

*Existe diferença desde criança, elas são induzidas à escolha de brinquedos, a gente já caracteriza o que seria de homem e de mulher pra criança brincar, se comportar de certa maneira. Já estimulamos as mulheres a serem donas de casa, e antigamente é que havia isso mesmo, porque a mulher não podia aprender a ler, não podia namorar cedo e eram ainda mais discriminadas (H9-58 anos).*

*Eu acho que quando é homem, os pais estimulam mais sexualmente, as meninas há aquele resguardo, não falam certas coisas. Eu passei por muita proteção, de pai de irmão, não me explicavam muito as coisas, só falavam que não era pra eu me aproximar de tal rapaz porque ele estava com malícia, mas não me explicava o que era (malícia). Eu achei muito chato (M8-52 anos).*

*Eu acho que pais tratam muito diferentes homens e mulheres, e se tiver deficiência visual é que tem diferença mesmo. Porque são vistas como coitadinhas. As pessoas colocam na cabeça dos pais isso também, e os pais acreditam que as filhas não vão ser nada, não vão poder casar, viverem sozinhas (H6-49 anos).*

A partir das falas dos participantes evidencia-se a disparidade de gênero no desenvolvimento de meninos e meninas. Segundo estudo<sup>(73)</sup>, todas as pessoas sofrem essa educação inserida de conceitos de gênero desde o nascimento, que já se manifesta na escolha das cores das roupas de meninos e meninas, nos brinquedos e brincadeiras sugeridos, nos

comportamentos aceitáveis para um ou outro sexo, dentre outras, corroborando com os relatos dos participantes.

Em outro estudo<sup>(85)</sup>, foi identificado que ainda hoje os meninos são estimulados a serem fortes e viris, a reforçar a sua masculinidade e iniciar suas relações sexuais precocemente. Já para as meninas, o incentivo é que as mesmas atrasem ao máximo a sua primeira relação sexual e que preferencialmente se casem virgens.

A fala da participante *M8-52 anos* reforça a ideia de que as meninas passam por uma superproteção dos pais que as limitam em certos comportamentos e negligenciam informações referentes à sexualidade. Estudo<sup>(73)</sup> evidenciou que esta atitude está relacionada ao temor dos pais de contribuir para a perda da inocência da criança, para o despertar de um comportamento sexual precoce ou para o surgimento de atitudes desviantes daquilo que é previsto socialmente para cada gênero.

Entende-se que os pais têm papel importante na construção desses papéis, as suas expectativas e atitudes, nem sempre conscientes, em relação à sexualidade de seus filhos, influenciam na construção da identidade sexual. Em suas atitudes, os pais muitas vezes demonstram desejos, reservas e inquietações em relação aos sexos masculino e feminino. A escolha ou não de determinados brinquedos e vestuário carregam as ideias que os pais têm sobre o que pode ser conveniente para meninos ou meninas<sup>(29)</sup>.

As questões de gênero na infância e adolescência constituem um dos conflitos presentes na vida das pessoas desde o início do contexto histórico da sociedade, onde se estabeleceu a prerrogativa do homem e da mulher. Nessa perspectiva, esse preceito relacionado ao gênero tem sido passada dos pais ou responsáveis que herdaram as percepções deste contexto histórico, a seus filhos, confrontando assim as crianças e os adolescentes com os paradigmas sociais. Dessa forma, a sexualidade, influenciada pelas relações de gênero ainda vigentes, pode se converter em dilemas significativos, que acabam por influenciar suas escolhas e práticas<sup>(86)</sup>.

Apesar das questões de gênero ainda estarem bastante atreladas às crianças desde o nascimento pela inserção da sociedade, pode-se identificar avanços em relação há anos passados, conforme citado na fala do sujeito *H9-58 anos*. Em um estudo realizado em Israel, em que foram comparados os comportamentos sexuais dos jovens israelenses em dois períodos distintos, anos 1970 e anos 2000, foi observado que os jovens do século XXI estavam iniciando a sua vida sexual mais cedo e com menores diferenças de gênero comparativamente aos jovens da década de 1970<sup>(87)</sup>.

Quando se direciona a atenção às mulheres com deficiência visual, percebe-se através dos relatos do participante *H6-49 anos* que a superproteção dos pais aumenta por considerarem a menina com deficiência visual, frágil e sem possibilidades de desenvolver seus relacionamentos afetivos-sexuais, e acabam na maioria das vezes, como citado pela participante *M8-52 anos*, reprimindo a sexualidade dessas meninas, desenvolvendo diferenciação de condutas e de controles infringidos aos meninos, proibições e limites exacerbados, falta de diálogo e de esclarecimentos dos eventos biológicos, sociais e culturais que fazem parte de sua vida<sup>(67)</sup>.

Em estudo<sup>(9)</sup>, que realizou um comparativo de gênero entre pessoas com deficiência visual acerca de sexualidade, evidenciou-se que o conhecimento sobre práticas sexuais seguras pelas mulheres cegas era escasso, além do silenciamento acerca das práticas sexuais. O que pode ser explicado pela orientação que as mulheres recebem desde a infância, sobre ter controle de suas vontades, dificuldade em abordar assuntos relacionados à sexualidade e frequentemente serem excluídas de programas de educação sexual.

Desse modo, as mulheres com deficiência sofrem uma dupla discriminação, atingidas pelos estereótipos e discriminações em função do gênero e da deficiência. Em estudo<sup>(88)</sup>, o autor ilustra casos de meninas com deficiência em que médicos, a pedido da família, optaram por procedimentos invasivos, como medicação hormonal, por exemplo, a fim de evitar que as mesmas se desenvolvessem no âmbito da sexualidade, permanecendo eternamente com o corpo de uma criança. Ao se negligenciar a importância da sexualidade para essas meninas e mulheres, assume-se o risco dos sérios danos que se pode causar a vida dessas pessoas.

Ao se considerar as relações afetivo-sexuais, percebe-se através dos relatos, que as mulheres investem na sensibilidade e vinculam sexo e amor em um relacionamento fixo, em contraposição aos homens, que buscam a afirmação sexual por meio da experiência sexual, conforme as falas a seguir.

*Eu acho que a mulher é mais amor, homem é mais sexo. Quando uma mulher vai ter sua primeira relação com um cara, ela vai porque gosta. Já os homens não sabem o que significa a palavra amor. Eles querem proibir as mulheres de fazer coisas, enquanto eles estão fazendo tudo que querem e usando tudo do bom e do melhor (M14-26 anos).*

*Existe muita diferença entre homens e mulheres em relação à sexualidade, a mulher se abre mais. Acho que hoje em dia está muito difícil confiar nos homens, eles são*

*mais mentirosos que as mulheres, pra ter você, transar, eles prometem tudo (M15-43 anos).*

Os participantes convergiram ao considerar que homens e mulheres possuem comportamentos sexuais diferenciados, que as mulheres estão mais envolvidas emocionalmente enquanto os homens estão mais atrelados à satisfação sexual independente de relacionamento amoroso.

Realmente, os homens são em sua maioria mais limitados em sua concepção de sexualidade, comparativamente às mulheres, tendendo a concentrar seus interesses na região genital e no recurso à penetração. Além de serem descritos como mais interessados por sexo e possuindo uma frequência maior de relações sexuais em comparação com as mulheres, que apresentam uma expressão da sexualidade mais complexa<sup>(89)</sup>.

Em um estudo qualitativo<sup>(90)</sup>, com quatro grupos focais de meninos e meninas, foi relatado que as meninas sofrem pressão de seus namorados para iniciar sua vida sexual. Elas acabam cedendo, com receio de que os meninos procurem outras parceiras com as quais possam satisfazer suas “necessidades”. Segundo elas, a primeira relação sexual deveria ocorrer em um contexto de afeto, compromisso e discrição, sem multiplicidade de parceiros. Os meninos, por sua vez, assumem que muitas vezes se sentem pressionados para se relacionarem sexualmente mesmo não sentindo atração, vontade ou preparo. Relatam que a virgindade e dizer “não” a uma oportunidade de relação sexual são percebidos como fraquezas por seus pares. Tanto os meninos quanto as meninas admitem acreditar que os homens estão sempre dispostos para o sexo e que aqueles que permanecem virgens seriam suspeitos de ter algum “problema”.

Durante as sessões de grupo, também foi possível observar com o andamento das discussões, diferenças significativas no comportamento das pessoas com deficiência visual. O grupo de conformação exclusivamente masculina abordou abertamente questões sexuais, com menor pudor, enquanto o grupo feminino abrangeu a discussão a questões mais sentimentais.

Pode-se evidenciar a partir dos relatos dos participantes que as definições de sexualidade – restrita (basicamente fisicalista) ou ampliada (físico-moral) – correspondem a concepções correntes acerca das diferenças de gênero, e que também se refletem no cuidado à saúde mais diferenciado. Segundo tais concepções, a sexualidade masculina é mais “simples” e objetiva, e talvez por isso passível de uma leitura puramente física, ao passo que a sexualidade feminina não se deixa apreender por inteiro pela leitura fisicalista, já que a

mulher é mais complexa, mais levada pelos sentimentos e, portanto, mais susceptível a uma interpretação psicológica<sup>(91)</sup>.

No âmbito das pessoas com deficiência visual, estudo<sup>(92)</sup> realizado com jovens africanos com deficiência visual, corroborando com esse estudo, evidenciou que a maioria dos participantes, de ambos os sexos, construíram discursos de amor e relacionamentos que continuam a legitimar a hegemonia de gênero, que como consequência tem aumentado a vulnerabilidade dessas mulheres à exploração sexual e infecção por HIV.

Essa condição também não é exclusiva das mulheres com deficiência visual, outras deficiências também sofrem com as questões de gênero que estigmatizam as mulheres. Em estudo<sup>(93)</sup>, com pessoas com deficiência intelectual, o viés de gênero também foi fortemente representado nos relatos analisados, manifestado na aceitação das expressões da sexualidade masculina e negação das do gênero oposto. As mulheres com deficiência intelectual eram estimuladas e ensinadas para cuidar de uma casa, no sentido de exercer o tradicional papel da mulher, mas eram consideradas incapazes de ter uma vida sexual. Por outro lado, a sexualidade dos homens nessa mesma condição era até mesmo estimulada, principalmente por seus pais.

Os homens desse estudo também reforçaram em seus discursos a ideia de que as mulheres devem seguir comportamentos pré-determinados socialmente, segundo a fala a seguir:

*Eu acho que tem diferença de comportamento de homens e mulheres quanto à sexualidade, porque acho que a mulher tem que ser mais comportada, no modo de se sentar, de se vestir, de se relacionar [...] as mulheres também são mais frágeis e delicadas [...] (H2-41 anos).*

A fala do participante *H2-41 anos* evidencia a presença marcante das questões de gênero na concepção de homens com deficiência visual. Evidenciando que as mulheres devem ter controle sobre seus comportamentos e considerando-as mais frágeis e delicadas que os homens. Segundo estudo<sup>(94)</sup> realizado no estado de São Paulo, com homens usuários e profissionais da atenção básica sobre gênero, os homens participantes apontaram uma suposta fragilidade da mulher, reforçando os resultados deste estudo. Vários depoentes qualificaram as mulheres como mais frágeis que os homens, salientando aspectos de sua fisiologia e de seu corpo para justificar e confirmar sua afirmação. Assinalaram a anatomia do corpo feminino, a menstruação e a gravidez como características que reforçam a ideia de uma maior complexidade da mulher, tornando-a frágil. Para os usuários, uma mulher virtuosa não se

prostitui e se dedica ao seu homem. Ela deve ser uma boa dona de casa, cuidar de suas responsabilidades domésticas e respeitar o marido.

Percebeu-se, através dos relatos das mulheres participantes, que as mesmas sofrem preconceitos de homens com e sem deficiência visual. Segundo as falas a seguir:

*Nos meus relacionamentos, eu já sofri preconceitos tanto dos videntes, quanto das pessoas com deficiência visual (M15-43 anos).*

*Tem muitos homens cegos que só querem pessoas que veem [...] (M14-26 anos).*

Através dos relatos evidenciou-se o preconceito que essas mulheres com deficiência visual sofrem no desenvolvimento de suas relações afetivo-sexuais, considerando que são discriminadas pelos homens com ou sem deficiência visual, o que destaca como as questões de gênero estão atreladas aos estigmas da deficiência visual, na expressão de sua sexualidade. Desse modo, essas mulheres, independentemente da sua orientação sexual, têm mais dificuldade em encontrar e manter parceiros românticos e sexuais, como consequência disso estão cada vez mais susceptíveis ao isolamento e à depressão, que são problemas de saúde secundários cada vez mais comuns nessa população<sup>(95)</sup>.

Um estudo<sup>(96)</sup> realizado detalhando as experiências de saúde sexual e reprodutiva de mulheres com deficiência no Nepal, relata que as mulheres com deficiência são mais propensas a casar com homens com deficiência, devido à percepção de que a sua experiência comum de deficiência lhe permite compreender uns aos outros. No entanto, em alguns casos, essas mulheres foram abandonadas por maridos com deficiência, que mais tarde se casaram com mulheres sem deficiência. O estudo revelou também que essas mulheres experimentaram violência dentro da família, violência física e emocional, sendo de natureza grave em alguns casos.

Isso explicita a condição desfavorável em que essas mulheres se encontram e a necessidade urgente de se considerar investimentos governamentais direcionados a essa população cada vez mais estigmatizada e esquecida.

Outra questão bastante pertinente que envolve o preconceito com relação às mulheres com deficiência visual, está no envolvimento da sexualidade e da maternidade, na medida em 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<sup>(84)</sup>. Conforme a fala a seguir:

*A gente enfrenta muito preconceito com nossos filhos também. As pessoas acham que não somos capazes de gerar, de cuidar deles [...] se vamos a algum lugar com a criança as pessoas pensam que ela que está me levando e não eu [...] é muito doloroso isso (M12-38 anos).*

A fala da participante M12-38 anos evidencia o preconceito enfrentado pelas mulheres com deficiência visual relacionado à descrença de que possam assumir determinados papéis sociais como o de mãe. Essa descrença acaba causando muito sofrimento para essas mulheres, pois a maternidade é um papel social com enorme peso. Trazer à luz uma nova vida por meio dos processos de concepção, gestação e parto, sustentado através da lactação, nutrição e as práticas de cuidado, está rodeado por teias de significado que forma e transforma a experiência de ser mãe<sup>(97)</sup>.

Quando a mãe em questão é uma mulher com deficiência visual, o discurso da maternidade fica complicado, pois o entendimento é que sexualidade, conjugalidade e maternidade são associadas com corpos desejáveis, enquanto o corpo com deficiência é considerado defeituoso, indesejável e, portanto, desvalorizado. Maternidade e deficiência são vistos como termos contraditórios. A maternidade denota cuidado enquanto deficiência sugere uma mulher na necessidade de cuidados e, portanto, incapaz de assumir o papel de cuidar de outro<sup>(97)</sup>.

Estudo<sup>(98)</sup> relatou experiências de mães indianas com deficiência, que têm enfrentado o problema do estigma, da pressão para se adequar socialmente ao conceito de maternidade e vários tipos de opressão por membros da família. Em seu estudo com sete mães com várias deficiências, a autora descobriu que suas experiências revelaram a luta para lidar com o estresse e a tensão de criar os filhos, e as suas estratégias inovadoras para lidar com as situações. Por exemplo, uma mãe com deficiência visual relatou que colocava uma tornozeleira com um sino nos pés de seu filho para saber onde a criança foi. A autora ressalta a necessidade de organizações fornecerem serviços e suporte para as mães com deficiência.

Percebeu-se que especificamente as mulheres com deficiência visual adquirida, em seus relatos, convergiram ao expor acerca da rejeição que sofrem de companheiros e familiares ao receberem o diagnóstico da deficiência. As mulheres apenas citaram essas questões emocionais peculiares no grupo feminino.

Durante essa parte da sessão todas as mulheres se emocionaram ao expor e/ou ao ouvir as declarações das demais.

*A própria família discrimina a gente. Meu esposo, com vinte e dois anos de casados, quando ele soube que eu estava perdendo a visão, eu descobri que ele estava me traindo, peguei umas mensagens no celular dele, dizendo que amava ela, que não aceitava a minha cegueira, que não me amava mais. Quando eu vi isso meu mundo desabou (M16-53 anos).*

*Eu perdi minha visão cedo, já estava casada, com filho, e aí meu marido me abandonou, eu precisava de apoio e ele disse que não tinha como me apoiar (M15-43 anos).*

Os relatos das mulheres com deficiência visual adquirida evidenciam que sofrem rejeição de companheiros e familiares, pelo preconceito de não se adequarem ao papel idealizado de esposa e mãe. Na deficiência visual adquirida, mesmo em adultos, é imperativo que a família seja acompanhada, uma vez que a reação e atitudes de companheiros e familiares condicionam fortemente o processo de enfrentamento da pessoa que perdeu a visão<sup>(99)</sup>.

Em pesquisa<sup>(100)</sup> com 90 pessoas com idade entre 25 e 85 anos, os autores evidenciaram que os participantes que recebiam mais suporte afetivo, eram os que apresentaram maior satisfação com a vida. Desse modo, o apoio familiar nesse momento de ruptura, se torna de extrema importância para essas pessoas.

As falas das participantes revelam que o momento da perda visual é uma questão delicada que considera a necessidade de apoio de companheiros e familiares, mas que também revela a capacidade dessas mulheres de se adaptarem a novas situações através da autoaceitação. Uma condição importante para o êxito da reabilitação é a aceitação da deficiência visual combinada com atribuição de êxito aos seus próprios esforços e habilidades<sup>(20)</sup>.

Essa capacidade de autoaceitação para enfrentamento da situação se relaciona com a capacidade de resiliência, que se refere a um construto psicológico que pode definir-se em termos gerais como a capacidade para uma adaptação ou funcionamento positivo em condições adversas, ou como um processo que relaciona adaptações positivas com contextos desvantajosos, como a deficiência. Mais concretamente, a resiliência pode definir-se como um processo de adaptação bem-sucedida, funcionamento positivo, diante de um estresse crônico ou trauma severo prolongado<sup>(101)</sup>.

Em estudo<sup>(101)</sup> realizado com uma amostra de 150 sujeitos dos 18 aos 30 anos, incluindo 50 cegos congênitos, 50 cegos recentes e 50 videntes, constatou que os homens tinham níveis significativamente mais elevados de bem-estar psicológico do que as mulheres. Nesse sentido, as mulheres com deficiência visual tendem a serem psicologicamente mais vulneráveis do que os homens, ou seja, tendem a contar com menos recursos psicológicos de enfrentamento positivo da situação adversa, que nesse caso se constitui a falta de visão. Os resultados desse estudo evidenciam, portanto, que as mulheres com deficiência visual constituem um grupo que merece atenção particular por parte dos profissionais de saúde, seja numa perspectiva de prevenção ou de tratamento.

Apesar do crescente interesse em pesquisas com mulheres sobre deficiência e sexualidade, ainda são poucos os estudos que abordem esta questão, o que limita a capacidade das comunidades e serviços de saúde de responderem adequadamente às necessidades desta população. Outra questão colocada é que as mulheres com deficiência são em grande parte ausentes dos meios de comunicação populares, e quando são representadas, as imagens são muitas vezes negativas e que transmitam mensagens estereotipadas. A falta de representações positivas torna todas as mulheres com deficiência invisíveis, mal compreendidas e sem modelos a quem possam aspirar<sup>(95)</sup>.

Desse modo, as mulheres apresentam-se como um segmento da população que conta com ações inexpressivas voltadas para as suas necessidades nos serviços de atenção em saúde, nos assuntos relativos aos direitos sexuais e reprodutivos e à dupla vulnerabilidade que as acometem por serem mulheres com deficiências<sup>(84)</sup>. Desse modo, os profissionais de enfermagem devem estar à frente dessas ações voltadas para a saúde sexual direcionada para as necessidades dessas mulheres, considerando que é uma categoria presente nas mais diversas instituições de saúde que assistem essas pessoas.

As atitudes negativas da sociedade, ao considerá-las como desagradáveis, inúteis, onerosas para a sociedade, e incapazes de cumprir as suas funções de gênero próprias, podem causar sentimentos de derrota nessas mulheres, como relatado nas falas das participantes desta pesquisa. Ao remover as exigências físicas do conceito de bem estar sexual e redefinindo a feminilidade em sua perspectiva correta em todos os segmentos da sociedade, teria-se um reflexo em todos os aspectos do bem estar físico e emocional das mulheres que vivem com deficiência visual<sup>(78)</sup>.

### **Educação sexual: fragilidades e perspectivas**

Nesta categoria evidenciaram-se as fragilidades na educação sexual na opinião de pessoas com deficiência visual, além da colocação acerca das perspectivas de avanços na educação direcionada para esse público.

Os participantes convergiram ao relatar fragilidade na orientação por profissionais de saúde e enfatizaram que o vínculo com instituições de apoio proporcionou uma aproximação maior com o tema. Além de considerar a falta de divulgação e orientação específica para as pessoas com deficiência visual, que pode torná-los mais vulneráveis, segundo as falas a seguir:

*Nas instituições de saúde nunca recebi informações sobre o assunto, é muito escasso. É algo muito solto, se você não tiver em uma instituição de apoio, você não evolui. A camisinha, por exemplo, tem muitas campanhas na televisão, mas ninguém chega pra fazer uma atividade ou uma campanha específica pra pessoa com deficiência visual, para saber como a gente se cuida, como se previne, pra orientar como usar. Não existe algo direcionado (H3-30 anos).*

*Orientação sexual de profissional de saúde é muito difícil, a gente nem consegue exames facilmente, imagine poder sentar e conversar com profissional sobre isso (M13-56 anos).*

*A própria estrutura de saúde não apresenta profissionais que chegam junto da pessoa com deficiência, os postos são carentes, não dispõem de equipe preparada, e acaba que as pessoas com deficiência são os mais prejudicados, porque as campanhas são gerais e não ajudam realmente quem tem uma maior necessidade de orientação (H4-37 anos).*

Conforme os relatos dos participantes, a falta de preparo dos profissionais que fornecem assistência à saúde gera dificuldades de acesso a informações por pessoas com deficiência visual, pois na formação básica e continuada, têm pouca ou nenhuma oportunidade para aprender sobre saúde sexual e reprodutiva no contexto da deficiência. Isto acarreta dificuldades na prestação de serviços às pessoas com deficiência visual<sup>(28)</sup>. Além disso, nem todos os profissionais de saúde têm resolvidas as suas questões em relação à

própria sexualidade, motivo pelo qual necessitam trabalhar essas questões antes de se proporem a realizar esse tipo de atuação educativa junto às pessoas com deficiência<sup>(71)</sup>.

Quando se direciona mais especificamente para os profissionais de enfermagem, percebe-se que são poucos os currículos brasileiros que abordam a deficiência visual no decorrer do processo de formação de enfermeiros. Tal fato resulta no despreparo diante de pacientes com esta deficiência, dificultando, portanto, a execução do processo de enfermagem<sup>(102)</sup>.

A saúde sexual exige que os enfermeiros estabeleçam e afirmem uma posição de confiança e carinho com os pacientes e famílias. Em um nível global, a saúde sexual está se tornando amplamente aceita como um aspecto do cuidado de enfermagem e sendo identificada como de competência da enfermagem, tanto na América do Norte, como no Reino Unido<sup>(103-104)</sup>. No entanto, no Brasil, os enfermeiros continuam relutantes em integrar a saúde sexual no cuidado a pessoas com deficiência visual na prática de enfermagem e enfrentam vários desafios em fazê-lo.

Quando se fala em direitos, no acesso a esses serviços, evidencia-se que as pessoas com deficiência visual têm os mesmos direitos que as pessoas sem deficiência, porém seus direitos são dificilmente considerados, principalmente os sexuais e reprodutivos. A negligência acontece nos serviços de saúde, entre familiares, nas instituições de ensino e, muitas vezes, também nos espaços religiosos. Preconceitos, discriminações e até violência nos assuntos relacionados à sexualidade e à reprodução das pessoas com deficiência, assim como a escassa informação e educação, dificultam ou impossibilitam a garantia desses direitos<sup>(83)</sup>.

Desse modo, corroborando com os relatos dos participantes desta pesquisa, evidencia-se que pessoas com deficiência visual têm maior probabilidade de serem excluídos de programas de educação sexual e menor acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva, que incluem planejamento familiar, atenção à maternidade, prevenção e gestão da violência sexual, além de prevenção e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis, incluindo HIV/Aids. Uma pesquisa nacional realizada nos Estados Unidos mostrou que mulheres com limitações funcionais tinham menor probabilidade de serem questionadas sobre o uso de contraceptivos durante consultas com profissionais de saúde<sup>(1)</sup>.

Também foram relatadas pelos participantes as dificuldades com relação à divulgação de informações direcionadas para pessoas com deficiência visual com relação à sexualidade. Estudo<sup>(72)</sup> relatou que existem uma série de questões que influenciam a divulgação de informações sobre saúde sexual para as pessoas que têm deficiência visual. Essas questões incluem normas sociais que restringem a aprendizagem tátil, a falta de informação

adequadamente repassada, por exemplo, a falta de literatura sobre a saúde sexual que é transcrita em Braille, e preparação e formação da família, professoras e profissionais de forma inadequada. A falta de atenção a estas questões pode colocar as pessoas com deficiência visual em um potencial de risco físico, mental e social.

Acredita-se que a educação sexual destinada às pessoas com deficiência visual poderá ser uma estratégia eficiente para minimizar o preconceito e a vulnerabilidade das mesmas. Porém, é necessária uma educação sexual que lhes seja efetivamente acessível, com recursos pedagógicos adaptados à sua realidade, como folhetos informativos em Braille, desenhos anatômicos em alto relevo, áudios, filmes e vídeos com autodescrição, que estejam disponíveis para que possam utilizá-los sempre que necessário. Os recursos específicos facilitarão a apreensão do conhecimento, no processo de ensino e aprendizagem<sup>(105)</sup>.

A importância da manipulação de materiais especializados é enorme, pois permite as pessoas com deficiência visual o exercício da percepção tátil, favorecendo o aumento da destreza do toque e a assimilação do conteúdo de forma mais precisa, o que torna esses recursos de essencial importância para a educação dessas pessoas<sup>(32)</sup>.

Para atingirem um alto nível de saúde sexual, políticas públicas que garantam o acesso aos serviços de saúde sexual são fundamentais. Essas políticas devem considerar as mais variadas necessidades de cada pessoa, promover educação sexual abrangente, acessível e defender a eliminação de diversos preconceitos e barreiras tanto atitudinais, quanto físicas, comunicacionais, instrumentais, entre outras. Deve, também, dar garantia de que a pessoa com deficiência conheça seus direitos e exija que familiares e pessoas ao seu redor os respeitem<sup>(83)</sup>.

A educação sexual frágil, reforçada por questões gênero, reflete-se em atitudes de vulnerabilidade por parte das pessoas com deficiência visual, como as descritas a seguir:

*A gente sabe que usar os preservativos são importantes, mas mais pra quem tem uma vida sexual muito ativa né, muitos parceiros, mas se for só eu e meu esposo não usamos não. Eu confio nele (M13-56 anos).*

A fala da participante M13-56 anos revela vulnerabilidade ao não considerar o uso do preservativo com o parceiro, devido ao sentimento de confiança. Estudo<sup>(106)</sup> realizado com sete cegos e quatro cegas na cidade de Fortaleza, teve como objetivo compreender o comportamento de cegos e cegas diante da problemática das DSTs. Comparando semelhanças e diferenças, as autoras evidenciaram que quanto ao uso do preservativo para o

sexo masculino, as alterações na sensibilidade, dificuldades práticas de uso e a confiança na parceira são causas de não uso, apesar da consciência sobre as DSTs. E entre as cegas, as causas são a confiança no parceiro, corroborando com os relatos desse estudo.

A atitude relatada pela participante está incluída nas atitudes de risco de pessoas com deficiência visual relacionada à vulnerabilidade ao HIV. Estudo<sup>(107)</sup> realizado com 362 jovens com e sem deficiência de duas cidades nigerianas, com o objetivo de investigar as diferenças na percepção da vulnerabilidade ao HIV, correlacionando com atitudes sexuais e comportamento sexual de risco, evidenciou que o comportamento sexual de risco é relacionado e tem influência na percepção da vulnerabilidade ao HIV em ambos os grupos, enquanto que a atitude sexual não o fez. Jovens com deficiência que têm atitude sexual liberal e alta pontuação no comportamento sexual de risco relataram maior vulnerabilidade percebida ao HIV. Participantes com deficiência visual perceberam um nível mais elevado de vulnerabilidade ao HIV em comparação com as pessoas com deficiência física e auditiva.

Além disso, conforme a fala da participante *M13-56 anos*, as assimetrias de gênero também se refletem na capacidade de negociação acerca da contracepção. Nesta relação de poder as mulheres continuam sem capacidade de negociação do sexo seguro com seus parceiros, se expondo a riscos dos quais elas, muitas vezes, têm pleno conhecimento, e refletem atitudes que fogem dos domínios da educação sexual, corroborando com outro estudo<sup>(108)</sup>.

Quando questionados sobre as perspectivas de avanços na educação sexual direcionada para as pessoas com deficiência visual, os participantes convergiram ao considerar que já aconteceram melhorias com a política de inclusão, mas que mesmo assim ainda precisam ser construídos mais projetos e disponibilização de recursos pedagógicos nessa temática, e que os existentes precisam chegar ao público de interesse.

*Isso é um processo (educação sexual para pessoas com deficiência), acho que a gente teve avanços significativos, principalmente depois do chamamento das crianças nas escolas para fazer inclusão, e se tem alunos sendo incluídos, também será preciso profissionais para atender a demanda [...] Acho que deveria direcionar mais para as pessoas com deficiência visual (educação sexual), campanhas, orientações que cheguem nesse público, que são carentes de informações, privados, e que algo construído nesse sentido já ampliaria a discussão para outros horizontes. (H4-37 anos).*

A fala do sujeito *H4-37 anos* evidencia uma questão importante. Na medida em que as pessoas com deficiência convivem com outras pessoas, várias questões emergem como, por exemplo, a sexualidade. A preocupação como o tema sexualidade na educação inclusiva tem sido alvo de estudos diversos, buscando entender de que forma a sexualidade se manifesta em pessoas com deficiência visual. Apesar desse questionamento derivar de uma visão desinformada, que relacionam a deficiência visual com uma vida sexual e afetiva atípica e/ou infeliz a partir de várias crenças errôneas, é uma maneira de tornar notória e de reiterar que a sexualidade é inerente ao ser humano, independente de se ter ou não uma deficiência e que essa condição deve ser reconhecida e respeitada em todos os casos<sup>(109, 33)</sup>.

Além disso, a maior parte dos materiais existentes utiliza a visão como estratégia de aprendizado, limitando o acesso da pessoa com deficiência visual à informação. Desse modo, não abrangem de forma efetiva a promoção da saúde às pessoas com deficiência visual em seus diversos aspectos, inclusive na saúde sexual e reprodutiva<sup>(15)</sup>.

Estudo<sup>(110)</sup> realizado com objetivo de investigar as experiências de educação sexual dos adultos com deficiência visual que participaram de um modelo de prestação de serviço itinerante durante seus anos em idade escolar nos Estados Unidos, evidenciou que houve pouco ou nenhum método ou material significativo para essas pessoas, independentemente do seu ambiente escolar. As informações relatadas pelos participantes neste estudo ressaltam a alegação de que é necessária uma intervenção mais completa e profunda que leve em conta as necessidades dos estudantes com deficiência visual.

Os enfermeiros também têm papel importante nesse processo de educação sexual direcionada para pessoas com deficiência visual e devem direcionar suas ações a fim de contribuir para o empoderamento dessas pessoas, colaborando para sua independência e a consequente melhoria de vida. Ressalta-se que também se faz necessária a ampliação das ações através da inserção cada vez maior de atividades de educação em saúde como meio para o desenvolvimento de um autocuidado eficaz<sup>(111)</sup>.

É importante também que esses profissionais se envolvam cada vez mais no desenvolvimento de materiais educacionais inclusivos com base no conceito de desenho universal, para que estes sejam acessíveis a todas as pessoas, pois esta realidade ainda se encontra aquém do que se é esperado<sup>(112)</sup>.

Percebeu-se durante este estudo que a consciência da necessidade de buscar seus direitos e de visualizar possibilidades por parte dessas pessoas está se ampliando, o que pode ser reflexo da política de inclusão instituída no País, que instiga essas pessoas a terem

consciência de seus direitos e buscarem viver sua sexualidade livremente, apesar da discriminação e do preconceito ainda muito presente.

O movimento de pessoas com deficiência no País vem intensificando sua atuação junto aos órgãos governamentais no sentido de desenvolver em conjunto respostas efetivas à situação de violação de direitos em geral e, mais recentemente, em relação à violação dos direitos sexuais e reprodutivos a que está submetida esta população<sup>(27)</sup>.

A possibilidade de obter êxito no exercício da sexualidade depende de um processo de educação sexual que inclua uma crítica aos padrões socialmente impostos, tanto para as pessoas com deficiência quanto para as pessoas sem deficiência, sendo a família, pessoas próximas e profissionais de saúde atores primordiais nesse processo<sup>(113)</sup>.

Observou-se, corroborando com outro estudo<sup>(15)</sup>, uma autoafirmação da sexualidade entre as pessoas com deficiência visual deste estudo. O conhecimento das percepções sociais sobre eles e o interesse em modificar a sua realidade, o que indica uma consciência de si e das dimensões que lhes são de direito. É com esse sentimento que se busca conhecer e respeitar as percepções e expressões da sexualidade de pessoas com deficiência visual como uma questão de direitos humanos.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os relatos apresentados nesse estudo abordaram os mais amplos aspectos da sexualidade da vida das pessoas com deficiência visual, como: suas relações com a família, educação sexual omissa ou superficial, dificuldades psicossociais e não orgânicas em relação às questões da sexualidade, mitos sexuais, percepção de preconceito social, curiosidade, indiferença e questões de gênero.

Evidenciou-se nesses relatos que as pessoas com deficiência visual entendem a sexualidade como qualquer outra pessoa, pois apresentam impedimentos apenas visuais que não restringem o exercício pleno da sua sexualidade. Os relacionamentos afetivos fazem parte de suas vidas com as mesmas expectativas que uma pessoa sem deficiência visual de viver uma vida sexual e amorosa. Este estudo ressalta a forma como os participantes se reconhecem: dotados de sexualidade, percebida de forma ampla, evidenciando sua dimensão como um fenômeno orgânico, psicológico e social.

O que acontece é que essas pessoas acabam desenvolvendo peculiaridades à expressão de sua sexualidade, por terem a visão prejudicada e a mesma ser tão importante para os videntes na paquera e na aproximação. Dessa forma, por ser a sexualidade também um construto social, evidenciaram-se vários mitos e estigmas como o preconceito, curiosidade, indiferença e falta de conhecimento, que interferem no desenvolvimento de relacionamentos com os videntes e no entendimento e respeito ao desenvolvimento de sua sexualidade.

Outra questão destacada foi a fragilidade dos pais e familiares na orientação sobre o assunto. Os participantes relataram dificuldades de informação e orientação sobre sexualidade na infância e adolescência, visto que os pais não conversam sobre o tema, acabando por privá-los de conhecimento tão importante para o desenvolvimento sadio. Isso evidencia a necessidade de orientação a esses pais e familiares que dê subsídios para compreensão de seus filhos e entendimento para conseguirem intervir nesse assunto.

A mulher com deficiência visual também foi destacada, evidenciando que assim como as demais mulheres, ainda sofrem os estigmas de gênero e acrescidos a isso os estigmas da deficiência. Desse modo, são mulheres que precisam de mais destaque quanto a sua condição de vulnerabilidade que ainda é pouco destacada na literatura e pouco priorizada nos serviços de saúde, principalmente nos programas de saúde sexual e reprodutiva.

Foi bastante importante ouvir as pessoas que vivem a deficiência visual em seu cotidiano, pois com base na experiência do sujeito sobre o tema, partilhando sua subjetividade, sua intimidade, suas percepções e concepções de mundo, pôde-se visibilizar as

mudanças e adaptações que ocorrem nas relações sociais e sexuais daquele que é estigmatizado pela deficiência visual e, dessa forma, buscar divulgar e desconstruir entendimentos errôneos sobre o assunto.

A sociedade ainda possui pouco entendimento sobre a sexualidade dessas pessoas, o que interfere no acesso a informações sexuais específicas e adaptadas, conforme os relatos evidenciaram. Os materiais educativos em sua quase totalidade estão impressos em tinta e os existentes não chegam a esse público, além de falta de acesso aos profissionais da saúde para receber orientações sobre o tema. Desse modo, destaca-se a importância desses profissionais de saúde, principalmente o enfermeiro, que está em contato diário com pessoas com deficiência visual em todos os níveis de atenção à saúde, na intervenção em educação sexual junto a essas pessoas e família.

No âmbito da pesquisa, destaca-se a importância do desenvolvimento de mais materiais educativos específicos na área, com o compromisso de que os existentes não fiquem apenas no papel e consigam chegar ao público de interesse, e o incentivo para desenvolvimento, pelos enfermeiros, de mais pesquisas na área da sexualidade e saúde sexual das pessoas com deficiência visual, pois a literatura ainda encontra-se escassa sobre o assunto, principalmente de estudos de intervenção, e as pesquisas em sua maioria são de domínio de outras áreas da saúde.

Pode-se citar como limitação na elaboração deste estudo a quantidade reduzida de literatura disponível sobre a sexualidade da pessoa com deficiência visual, sendo, dessa forma, alguns resultados discutidos com base em estudos próximos ao tema.

## REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial Da Saúde; Banco Mundial. World report on disability. Geneva: WHO Press, 2011. Disponível em: <[http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/en/index.html](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/index.html)>. Acesso em: 29 abr. 2015.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010: características gerais da população, religiões e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 20 abr. 2015.
3. Vaidya S. Women with Disability and Reproductive Rights: Deconstructing Discourses. *Social Change*. 2015; 45(4):517–533.
4. Presidência da República. 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). Brasília (DF): Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos; 2015.
5. França DNO. A sociedade e a sexualidade da pessoa cega: preconceito, curiosidade, indiferença ou falta de conhecimento? *Rev Latinoam Bioet*. 2013;13(1):88-95.
6. Carter D. Comprehensive sex education for teens is more effective than abstinence. *Am J Nurs*. 2012;112(3):15.
7. Ribeiro K. Sexualidade e Gênero: estudo das relações afetivas de jovens surdas de uma escola municipal de educação especial de São Paulo. 2011. 210 f. Tese (Doutorado em Sociologia da Educação) – Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo, São Paulo.
8. Bittencourt JR. Inclusão e sexualidade: na voz de pessoas com deficiência física. *Revista Feminismos*. 2014;2(1):152-55.
9. Wanderley LD, Barbosa GOL, Rebouças CBA, Oliveira PMP, Pagliuca LMF. Sexuality, STD and condom: gender comparative among the visually impaired. *Rev enferm UERJ*. 2012;20(4):463-9.

10. Madaras L. O que está acontecendo com o meu corpo? Livro para meninos/Lynda Madaras com Area Madaras. Campinas: Verus, 2011.
11. Cortes LF, Padoin SMM, Vieira LB, Landerdahl MC, Arboit J. Care for women victims of violence: empowering nurses in the pursuit of gender equity. *Rev Gaúcha Enferm.* 2015;36:77-84.
12. Guedes RN, Fonseca RMGS. Autonomy as a structural need to face gender violence. *Rev Esc Enferm USP.* 2011;45(2):1731-5.
13. Stern E, Buikema R. The Relational Dynamics of Hegemonic Masculinity among South African Men and Women in the Context of HIV. *Cult Health Sex.* 2013;15(9):1040–54.
14. Paixão LP. Inclusão de adolescentes deficientes visuais em atividade de orientação sexual: Uma proposta inovadora. *Rev Contemp Educ.* 2013;8(15).
15. Barbosa GOL, Wanderley LD, Rebouças CBA, Oliveira PMP, Pagliuca LMF. Development of assistive technology for the visually impaired: use of the male condom. *Rev Esc Enferm USP.* 2013;47(5):1163-9.
16. Conselho Internacional de Enfermeiros. Combater a desigualdade: objetivos de desenvolvimento do milénio 8,7,6,5,4,3,2,1 [Internet]. Genebra; 2013. Disponível em:< [www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/kit\\_die\\_2013.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/kit_die_2013.pdf)>. Acesso em: 05 mar. 2016.
17. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. I seminário nacional de saúde: direitos sexuais e reprodutivos e pessoas com deficiência. Brasília: Ministério da saúde, 2010a. 172p.
18. França DNO. Direitos sexuais, políticas públicas e educação sexual no discurso de pessoas com cegueira. *Rev bioét.* 2014;22(1):126-33.

19. Narikawa S. Prevalência de deficiência visual e fatores associados no município de Pratânia-SP. 2012. 117 f. Tese (Doutorado em Bases Gerais da Cirurgia) – Faculdade de Medicina de Botucatu “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu.
20. Tuttle D, Tuttle N. Self-Esteem and Adjusting with Blindness: The processo of responding to life’s demands. Illinois: Charles C. Thomas Publisher Ltd., 2006.
21. Mecloy EP. Psicologia de la ceguera. Madrid: Editorial Fragua, 1974.
22. Sánchez JG. La Ceguera, su concepto en la historia. Madrid: ONCE, 80:56. 1992.
23. Wanderer A. Violência intrafamiliar contra pessoas com deficiência: discutindo vulnerabilidade, exclusão social e as contribuições da psicologia. 2012. 171 f. Dissertação (Mestrado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília.
24. Ministério da Saúde. Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Decreto Legislativo nº 186, de 09 de julho de 2008: Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. 4ª Ed., rev. e atual. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, 2011. 100p.
25. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010b.
26. Mello AG. Por uma abordagem antropológica da deficiência: pessoa, corpo e subjetividade. [2009]. 85 f. Monografia (Trabalho de conclusão de Curso em Ciências Sociais) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.
27. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Direitos sexuais e reprodutivos na integralidade da atenção à saúde de pessoas com deficiência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

28. Gesser M, Nuernberg AH. Psicologia, sexualidade e deficiência: novas perspectivas em direitos humanos. *Psicologia: ciência e profissão*. 2014;34(4):850-63.
29. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 300p.
30. Yano KM, Ribeiro MO. The development of sexuality in children in a risk situation. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(6):1315-22.
31. Gomes G. Saúde elabora políticas de educação sexual para pessoas com deficiência. Brasília: Agência Brasil, 2007.
32. Cavalcante LDW, Barbosa GOL, Oliveira PMP, Rebouças CBA, Pagliuca LMF. Assistive technology for visually impaired women: use of the female condom - descriptive study. *Online Braz J Nurs*. 2013;12(3):534-45.
33. Maia ACB, Ribeiro PRM. Desfazendo mitos para minimizar o preconceito sobre a sexualidade de Pessoas com deficiências. *Rev Bras Ed Esp*. 2010;16(2):159-76.
34. Maia ACB. Inclusão e sexualidade: Na voz de pessoas com deficiência física. Curitiba: Juruá, 2011.
35. Praun AG. Sexualidade, gênero e suas relações de poder. *Reva Húmus*. 2011;(1):55-65.
36. Leão AMC, Ribeiro PRM. Educação sexual e formação continuada de professores: uma estratégia para a prática pedagógica em sala de aula. *Elo: Revista do Centro de Formação Francisco de Holanda*. 2012;19:55-61.
37. Machin R et al. Concepts of gender, masculinity and healthcare: a study of primary healthcare professional. *Cien Saude Colet*. 2011;16(11):4503-12.
38. Mello AG, Nuernberg AH. Gênero e deficiência: interseções e perspectivas. *Estudos feministas*. 2012;20(3):635-55.

39. Tarshi. Sexuality and disability in the Indian context. New Delhi: working paper, 2010.
40. International Planned Parenthood Federation. Direitos sexuais: uma declaração da Federação Internacional para o Planejamento da Família. Rio de Janeiro: BEMFAM, 2009.
41. Ministério da Saúde. Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nº 10.048, 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. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 3 dez. 2004.
42. Gesser M, Nuernberg AH, Toneli MJF. Gênero, sexualidade e a experiência da deficiência física em mulheres no sul do Brasil. A Rev Crit Psyc. 2014; 11.
43. Pinho J, Menezes MJ, Cardoso M. Educação sexual da pessoa com deficiência mental: uma revisão bibliográfica. Rev Contemp Educ. 2011; (11).
44. Forreta F, Marques A. Educação Sexual: Conceito, objetivos e estratégias. In: MARQUES, António (Org.). Ser Mais. Programa de Desenvolvimento Pessoal e Social para Crianças, Jovens e Adultos Portadores de Deficiência Mental. Lisboa: APF, 2009. p. 45-48.
45. Leão AMC. A percepção dos (as) professores (as) e coordenadores(as) dos cursos de Pedagogia da Unesp quanto à inserção da sexualidade e da educação sexual no currículo: analisando os entraves e as possibilidades para sua abrangência. 2012. 259f. Relatório de Pós-Doutorado (Sexologia e Educação Sexual) - Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Araraquara, 2012.
46. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
47. Backes DS, Colomé J, Erdmann AL, Lunardi VL. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. Mund saúde. 2011; 35(4):438-42

48. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2015.
49. Morgan DL. Focus groups as qualitative research. London: Sage, 1988.
50. Lopes MGK, Koch Filho HR, Ferreira IRC, Bueno RE, Moysés ST. Grupos focais: uma estratégia para a pesquisa em saúde. Rev Sul-Bras Odontol. 2010 Jun;7(2):166-72.
51. Michel JLM, Barros ALBL. A utilização da entrevista em grupo focal para validação de conteúdo de um instrumento de coleta de dados de enfermagem. Acta Paul Enf. 2000;23(12):138-41.
52. Gatti BA. Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas. Brasília: Líber Livro Editora, 2005. 77p.
53. Ressel LB. et al. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. Rev Texto Contexto Enferm. 2008; 17(4).
54. Dall'agnol CM, Trench MH. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na Enfermagem. Rev Gaúcha Enferm. 1999; 20(1):5-25.
55. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2011.
56. Ministério da Saúde. Resolução nº 466/12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa com seres humanos. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde; 2012.
57. Araújo AKF, França ISX, Coura AS, Santos SR, Ramos APA, Pagliuca LMF. Sociodemographic profile of blind people: associations with knowledge, attitude and practice about sexually transmitted infections. Rev Rene. 2015;16(5):738-45.
58. Coura AS, Oliveira CF, França ISX, Enders BC, Dantas DNA, Pagliuca LMF. Associations between leisure activities and pressure and glucose levels of blind adults. Rev Enferm UFPE. 2013;7(1):779-87.

59. Pinquart M, Pfeiffer JP. Psychological well-being in visually impaired and unimpaired individuals: a meta-analysis. *Br J Vis Impair.* 2011;29:27–45.
60. Kelly SM, Kapperman G. Sexual activity of young adults who are visually impaired and the need for effective sex education. *J of visual imp blindness.* 2012;106:519-26.
61. Marques NFS. A qualidade de vida de adolescentes com cegueira congénita ou precoce em Portugal: Implicações na construção da personalidade e da vida adulta. Tese de dissertação de mestrado. Lisboa. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. 2011.
62. Pinquart M, Pfeiffer JP. What is Essential is Invisible to the Eye: Intimate Relationships of Adolescents with Visual Impairment. *Sex Disabil.* 2012;30:139-47.
63. Pfeiffer JP, Pinquart M. Attainment of developmental tasks by adolescents with and without visual impairment. *J. Vis. Impair. Blind.* 2011;105:33–44
64. Martins KP, Costa KNFM, Rezende LCM, Gomes TM, Dantas TRA, Santos SR. Perception of nursing staff about physical accessibility and communication of people with visual impairment. *Cienc Cuid Saude.* 2015;14(2):1019-26.
65. Pagliuca LMF, Barbosa GOL, Wanderley LD, Oliveira PMP. Analysis of the verbal and non-verbal communication of a blind mother with motor impairment during breastfeeding. *Rev Bras Enferm,* 2011;64(3):431-7.
66. Diniz D, Barbosa L, Santos WR. Disability, human rights and justice. *Revista Internacional de Direitos Humanos.* 2009; 6(11):65-77.
67. Ressel LB, Junges CF, Sehnem GD, Sanfelice C. The influence of the family in the experience of sexuality in adolescent girls. *Esc Anna Nery.* 2011; 15(2):245-50.
68. Nery IS, Feitosa JJ, Sousa AF, Fernandes AC. Approach to sexuality in the dialogue between parents and adolescents. *Acta Paul Enferm.* 2015;28(3):287-92.

69. Resende MC, Gouveia VV. Qualidade de Vida em Adultos com Deficiência Física. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2011;24(1):99-106.
70. Resende & F. M. P. Vital. A convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência comentada. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2008.
71. Paula AR, Sodelli FG, Faria G, Gil M, Regen M, Meresman S. Pessoas com deficiência: Pesquisa sobre a sexualidade e vulnerabilidade. *Temas sobre Desenvolvimento*. 2010;17(98):51-65.
72. Krupa C, Esmail S. Sexual health education for children with visual impairments: talking about sex is not enough. *J Visual Impairment & blindness*. 2010;104(6).
73. Monteiro SAI, et al. Educações na contemporaneidade: reflexão e pesquisa. São Carlos: Pedro & João, 2011. p.265-82.
74. Weekes CV, Haas BK, Gosselin KP. Expectations and self-efficacy of African American parents who discuss sexuality with their adolescent sons: an intervention study. *Public Health Nurs*. 2014;31(3):253-61.
75. Atehortúa ICG, Arango DC. Actitudes de los adolescentes escolarizados frente a la salud sexual y reproductiva. Medellín. *Invest Educ Enferm*. 2012;30(1):77-85.
76. Bezerra CP, Pagliuca LMF. The experience of sexuality by visually impaired adolescents. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(3):578-83.
77. Marola CAG, Sanches CSM, Cardoso LM. Formação de conceitos em sexualidade na adolescência e suas influências. *Psicol Educ*. 2011;33:95-118.
78. Brodwin MG, Frederick PC. Sexuality and societal beliefs regarding persons living with disabilities. *Journal of Rehabilitation*, 2010;76(4), 37-41.

79. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais. Brasília, 2006. 52 p.
80. Ohl NG, Angelucci CB, Nicolau AM, Honda C. Escolarização e preconceito: lembranças de jovens com e sem deficiência. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*. 2009; 13(2):243-50.
81. Esmail S, Darry K, Walter A, Knupp H. Attitudes and perceptions towards disability and sexuality. *Disab Rehabilitation*. 2010; 32(14): 1148-55.
82. Mckenzie JA, Swartz L. The Shaping of Sexuality in Children with Disabilities: A Q Methodological Study. *Sex Disabil*. 2011;29(4):363–76.
83. Steffen L, Musskopf AS. Direitos sexuais e direitos reprodutivos das pessoas com deficiência: implicações teológicas. *Mandrágora*. 2015;21(2):39-65.
84. Nicolau SM, Schraiber LB, Ayres JRCM. Women with disabilities and their double vulnerability: contributions for setting up comprehensive health care practices. *Cien Saude Colet*. 2013;8(3):863-72.
85. Gubert D, Madureira VS. Iniciação sexual de homens adolescentes. *Ciêñ Saúde Colet*. 2009;14(4):1119-28.
86. Martins CBG, Alencastro LCS, Mato KF, Almeida FM, Souza SPS, Nascimento SCF. Gender issues regarding adolescent sexuality. *Rev enferm UERJ*. 2012;20(1):98-104.
87. Shtarkshall RA, Carmel S, Jaffe-Hirschfield D, Woloski-Wruble A. Sexual milestones and factors associated with coitus initiation among Israeli high school students. *Arc Sex Behavior*. 2009;38(4):591-604.
88. Hall K. *Feminist Disability Studies*. Bloomington: Indiana University Press, 2011.

89. Debert G, Brigeiro M. Fronteiras de gênero e a sexualidade na velhice. *RBCS*. 2012;27(80):47-54.
90. Borges AL, Nakamura E. Social norms of sexual initiation among adolescents and gender relations. *Rev Latinoam Enferm*. 2009;17(1):94-100.
91. Russo J. et al. Sexualidade, ciência e profissão no Brasil. Rio de Janeiro: CEPESC, 2011. 160 p.
92. Chappell P. How Zulu-speaking youth with physical and visual disabilities understand love and relationships in constructing their sexual identities. *Cult Health Sex*. 2014;16(9):1156-68.
93. Bastos OM, Deslandes SF. Sexualidade e deficiência intelectual: narrativas de pais de adolescentes. *P Rev Saúd Colet*. 2012;22(3):1031-46.
94. Figueiredo WS, Schraiber LB. Male users' and primary care services health professionals' conceptions of gender and possible impacts on men's health, São Paulo, Brazil. *Cien Saude Colet*. 2011;16(1):935-44.
95. Drummond JD, Brotman S. Intersecting and Embodied Identities: A Queer Woman's Experience of Disability and Sexuality. *Sex Disabil*. 2014;32:533–49.
96. Khanal NA. Status of reproductive health and experience of motherhood of disabled women in Nepal (Report submitted to the Social Inclusion Research Fund (SIRF) Kathmandu, Nepal). Kathmandu, Nepal: Social Inclusion Research Fund (SIRF), 2013.
97. Haldar S. Tale of married women with disabilities: An oxymoron reality? In A. Hans (Ed.), *Disability, gender and the trajectories of power*. New Delhi: SAGE Publications, 2015.
98. Limaye S. A disabled mother's journey in raising her child. In A. Hans (Ed.), *Disability, gender and the trajectories of power*. New Delhi: SAGE Publications, 2015.

99. Salabert A, González RP. El proceso de ajuste a la discapacidad visual. *Psicología Y Ceguera – Manual para la intervención psicológica em el ajuste a la deficiencia visual*. Organización Nacional de Ciegos Españoles. Madrid. 2003.
100. Resende MC, Cunha CPB, Silva AP, Souza SJ. Rede de relações e satisfação com a vida em pessoas com amputação de membros. *Ciênc Cogn*. 2007;10:164-77.
101. Zeeshan M, Aslam N. Resilience and psychological well-being among congenitally blind, late blind and sighted individuals. *J Educ Res Studies*. 2013;1:1-7
102. Lima MB, Silva CCF, Pagliuca LMF, Rebouças CB. A. Distance education for communication between nurses and blind people. *J. Health Inform*. 2012;4. Disponível em: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/213/154> Acesso em: 14 jan 2016.
103. Royal College of Nurses. RCN Competences – Sexual Health Competences. London: Royal College of Nurses, 2009.
104. Canadian Nurses Association. Canadian Nurses Association – Competencies. 2010. Disponível em: [http://www.cno.org/globalassets/for/rnec/pdf/competencyframework\\_en.pdf](http://www.cno.org/globalassets/for/rnec/pdf/competencyframework_en.pdf). Acesso em: 3 Jan 2016.
105. Oliveira PMP, Pagliuca LMF, Carvalho ALRF. Cultural adaptation of educative technology in health: string literature with a focus on breastfeeding. *Text Cont Enferm*. 2014;23(1):134-41.
106. Cezario KG, Mariano MR, Pagliuca LMF. Comparando o comportamento sexual de cegos e cegas diante das DSTs. *Rev Eletr Enf*. 2008;10(3):686-94.
107. Umoren AM, Adejumo AO. Role of Sexual Risk Behaviors and Sexual Attitude in Perceived HIV Vulnerability Among Youths with Disabilities in Two Nigerian Cities. *Sex Disabil*. 2014;32:323–34.

108. Bretas JRS, Ohara CVS, Jardim DP, Junior WA, Oliveira JR. Aspectos da sexualidade na adolescência. *Cien Saude Colet*. 2011;16(7):3221-8.
109. Casarella J. Mejor hablar de ciertas cosas. In Tallis, J. *Sexualidad y Discapacidad*. Buenos Aires: Miño y Dávila, 2010.
110. Kelly SM, Wild TA, Ryan CL, Blackburn MV. Looking back at the service delivery models of sex education in the United States: Adults with visual impairments report on their experiences. *Brit J Visual Imp*. 2015;33(2):138-45.
111. Souza ELV, Moura GN, Nascimento JC, Lima MA, Pagliuca LMF, Caetano JA. Nursing diagnoses based on the self-care theory in people with visual deficiency. *Rev Rene*. 2012;13(3):542-51.
112. Carvalho AT, Silva ASR, Fernandes AFC, Pagliuca LMF. Health education for the blind: evaluation of accessibility of an inclusive online course. *Creat Educ*. 2014;5(16):1559-66.
113. Maia, A. C. B. *Sexualidade e deficiências*. São Paulo: Editora Unesp, 2006.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS PESSOAIS E CLÍNICOS

#### Dados Pessoais:

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: F ( ) M ( )

Estado civil: ( ) solteiro(a) ( ) casado(a) ( ) união estável ( ) divorciado/separado(a)  
( ) viúvo(a)

Renda Familiar:

( ) Até um salário mínimo

( ) de 1-2 salários mínimos

( ) de 2-4 salários

( ) acima de 4 salários

Escolaridade: Ensino Fundamental ( ) completo ( ) incompleto

Ensino Médio ( ) completo ( ) incompleto

Ensino Superior ( ) completo ( ) incompleto

Você trabalha? ( ) sim ( ) não

Profissão/ocupação: \_\_\_\_\_

Você sabe ler em Braille e ou em tinta?

Tinta ( ) sim ( ) não

Braille ( ) sim ( ) não

#### Dados Clínicos:

( ) baixa visão ( ) cegueira

( ) congênita ( ) adquirida

Se adquirida, tempo de convivência com a mesma \_\_\_\_\_

Causa da deficiência: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE B – GUIA DE TEMAS PARA AS SESSÕES DE GRUPO FOCAL

### 1º Encontro Grupo Focal

*-Técnica Inicial de Explosão de Ideias, motivada pela questão: Qual a primeira idéia que lhe vem à mente quando falamos em sexualidade?*

*-Leitura da definição de Sexualidade da OMS*

*-Outras questões norteadoras:*

- 1. Como eram tratadas as questões relativas à sexualidade em sua infância e adolescência?*
- 2. Como você expressa sua sexualidade no dia-a-dia?*
- 3. Como vocês acham que a sexualidade de pessoas com deficiência visual é vista em nossa sociedade?*
- 4. Como você percebe o seu direito à expressão da sexualidade?*
- 5. Você acha que esse direito é respeitado?*
- 6. Você já passou por alguma situação constrangedora sobre esse assunto que queira relatar?*

### 2º Encontro Grupo Focal

*- Relembrando a sessão anterior, resumo dos discursos.*

*-Questões norteadoras do encontro:*

- 1. Vocês acham que existem diferenças entre homens e mulheres com relação à sexualidade?*
- 2. Como você se vê e se sente, como mulher/homem, em relação à sexualidade?*
- 3. Vocês acham que os pais tratam meninas e meninos com deficiência visual de maneira diferente com relação ao desenvolvimento da sexualidade?*
- 4. Vocês recebem ou já receberam alguma orientação relacionada à prevenção de DST/Aids e/ou gravidez indesejada? Sentem essa necessidade?*
- 5. Vocês já foram orientados por profissional de saúde sobre esse tema?*

6. *O que vocês acham que está faltando para que esse tema seja mais trabalhado com as pessoas com deficiência visual?*
7. *Existe alguma coisa que não foi exposta e sobre a qual você gostaria de conversar ou algo a sugerir?*

## APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, \_\_\_\_\_, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da pesquisa: “Pessoas com deficiência visual e sexualidade: concepções e vivências”.

O presente trabalho terá como objetivo analisar como a sexualidade é concebida e vivenciada por pessoas com deficiência visual. O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.

Será utilizada como técnica de coleta de dados os Grupos focais que serão gravados. Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.

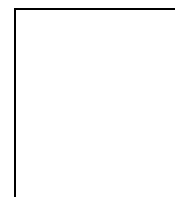
Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário, e, portanto, não haverá necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.

Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimento, o participante poderá contatar a responsável pela pesquisa, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Katia Neyla de Freitas Macêdo Costa, endereço profissional: Universidade Federal da Paraíba, campus I, Programa de pós-graduação em enfermagem- PPGENF, CEP: 580590-900 Joao Pessoa –PB- Brasil. Telefone (83) 3216-7109. E-mail: [katianeyle@yahoo.com.br](mailto:katianeyle@yahoo.com.br)

Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador. Vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.

João Pessoa, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Participante (Assinatura/RG/Telefone)



Pesquisado Responsável: \_\_\_\_\_  
(Katia Neyla Freitas de Macêdo Costa. Enfermeira. Professora Doutora da UFPB.  
E-mail: [katianeyle@yahoo.com.br](mailto:katianeyle@yahoo.com.br) ).

Pesquisador Colaborador: \_\_\_\_\_  
(Thayris Mariano de Medeiros. Mestranda do programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPB. E-mail: [thayris\\_mariano@hotmail.com](mailto:thayris_mariano@hotmail.com)).

Endereço: Centro de Ciências da saúde- Campus I- Cidade Universitária- JP/PB- CEP:58059-900- Fone (83) 3216-7791) E mail: [eticaccsufpb@hotmail.com](mailto:eticaccsufpb@hotmail.com)

## **APÊNDICE D – TERMO DE COMPROMISSO ÉTICO GRUPAL**

Os itens abaixo relacionados dispõem sobre o Termo de Compromisso Ético Grupal, que deverá conduzir as discussões e os encontros do Grupo Focal realizados na pesquisa de Dissertação “Pessoas com deficiência visual e sexualidade: concepções e vivências”.

Este termo assegura:

1. Respeito pela fala do outro, ou seja, evitar deboches, críticas depreciativas, censuras, interrupções; evitar tomar o espaço da fala de quem está se expressando ou usar agressividade ao expressar sua contrariedade à ideia do outro.
2. Liberdade de expressão, ou seja, expor toda e qualquer ideia acerca do tema em foco sem receio de ser censurado ou avaliado, não há respostas certas ou erradas, divergências de opiniões são bem vindas.
3. Espaço para que todos possam falar, ou seja, exercitar o saber ouvir e esperar sua vez de falar. Todos devem expressar suas ideias para o enriquecimento da discussão.
4. A pontualidade para o horário de início e término das sessões. Cada encontro terá o tempo máximo de 1h 30 min, havendo no final do encontro o agendamento da data e horário do próximo encontro.
5. A notificação à moderadora do grupo sobre qualquer desistência de participação nos encontros, para que esta informe aos demais participantes, em nome da construção grupal da pesquisa.
6. O sigilo compartilhado entre todos os participantes do grupo, ou seja, o pacto e/ou compromisso ético entre todas as participantes para manter dentro do grupo o que for aqui expressado. O que acontece no grupo, no grupo deve permanecer.

Tendo conhecimento e concordando com este Termo de Compromisso Grupal, confirmo meu compromisso em respeitá-lo.

# ANEXOS

## ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA DO INSTITUTO



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM –  
NÍVEL MESTRADO

TÍTULO DO PROJETO: Percepção de Pessoas com Deficiência visual sobre a Sexualidade.

### CARTA DE ANUÊNCIA

Prezado (a) Senhor (a),

Venho por meio desta pedir a autorização para o desenvolvimento do estudo intitulado **Percepção de Pessoas com Deficiência visual sobre a Sexualidade** desenvolvido por Thayris Mariano de Medeiros, mestranda do Programa de Pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, sob a orientação da Profª. Drª. Kátia Neyla de Freitas Mácêdo Costa. O estudo tem como objetivo analisar as percepções das pessoas com deficiência visual com relação à sexualidade. Essa pesquisa poderá cooperar para construir uma produção em enfermagem que traga elementos para a elaboração de políticas públicas que favoreçam a informação/educação em saúde sexual para as pessoas com deficiência visual, garantindo que possam exercer seus direitos sexuais com autonomia e responsabilidade, além de divulgação para a sociedade, com o objetivo de conscientização acerca das questões peculiares sobre a sexualidade desses indivíduos, concebendo-se que a concretização de uma sociedade inclusiva constitui requisito para o alcance desse propósito. Eu, JOSE ANTONIO FERREIRA FREIRE, na condição de PRESIDENTE do Instituto dos Cegos da Paraíba, venho por meio deste autorizar a realização dessa pesquisa nesta Instituição, desde que esta esteja adequada às exigências do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba.

Instituto dos Cegos da Paraíba

JOSE ANTONIO FERREIRA FREIRE

Diretor do Instituto dos Cegos da Paraíba

Presidente

João Pessoa, 08 de maio de 2015.

**ANEXO B – CERTIDÃO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA**

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

**CERTIDÃO**

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 8ª Reunião realizada no dia 24/09/2015, o Projeto de pesquisa intitulado: **“PERCEPÇÃO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA VISUAL SOBRE A SEXUALIDADE”**, da pesquisadora Thayris Mariano de Medeiros. Prot.: 0264/15. ÇAAE: 44927215.2.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.

  
Andrea Márcia da C. Lima  
Mat. SIAPE 1117510  
Secretária do CEP-CCS-UFPB