



**UNIVERSIDADE DO ALGARVE**  
**FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS**

***Atitudes face à Sexualidade na Deficiência***

***Intelectual***

***-A Importância da Formação em Educação Sexual-***

**Ana Filipa Sequeira Silva**

Dissertação

**Mestrado em Psicologia da Educação**

Trabalho realizado sob a orientação de:  
Professora Doutora Maria Helena Martins

2013

**Atitudes face à Sexualidade na Deficiência Intelectual – A importância da  
formação em Educação Sexual**

**Declaração de Autoria**

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

Assinatura

---

*Copyright*

A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicitar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.

**Dedico este trabalho a todos aqueles que caminharam comigo!**

## Agradecimentos

O Meu Muito Obrigada,  
Às instituições que participaram na presente investigação, especialmente a todos os jovens, aos pais e profissionais, sem a sua colaboração não teria sido possível a realização deste trabalho, foi por todos eles, e dedico o meu trabalho a todos eles!  
À minha orientadora Professora Maria Helena Martins, pela transmissão de saberes, pela dedicação e por todas as sugestões com o objetivo de mais e melhor!  
A todos os professores que ao longo do extenso percurso académico me inspiraram e transmitiram os seus saberes e valores enquanto profissionais, motivando a minha formação!

A todas as pessoas imprescindíveis para a concretização do presente objetivo!  
Aos meus queridos amigos que estiveram sempre presentes e disponíveis, nos momentos mais difíceis, sempre com uma palavra de apoio, incentivo e carinho;  
Imprescindivelmente À MINHA FAMÍLIA, agente principal da minha formação e de todo o processo educativo, OBRIGADA pelos valores, princípios, determinação e força que sempre me inculcaram, sem o seu esforço e apoio hoje não seria possível transcrever estas palavras, não seria possível ser quem sou, não seria possível ser quem ainda quero ser!

Um grande obrigada muito especial à minha grande MÃE!  
E contudo, ao meu especial companheiro desta caminhada, de vida, de ambições, de sonhos... Obrigada Tiago, por seres quem és, por fazeres parte do meu ser!

## Resumo

A educação sexual assume-se como uma importante influência no desenvolvimento de atitudes e comportamentos relativos à manifestação da sexualidade e à forma como se está no mundo, como nos percebemos nós e como percebemos o outro, exercendo elevado impacto no modo de interagir com o exterior.

A presente investigação tem como objetivo principal analisar as atitudes face à sexualidade na deficiência intelectual, considerando a importância da formação em educação sexual.

O trabalho de investigação decorreu em três instituições distintas. A amostra que integra o estudo é constituída por 77 indivíduos ( $N=77$ ), 32 participantes integram o subgrupo de jovens com deficiência intelectual, 11 dos indivíduos integram o subgrupo dos pais, e 34 dos indivíduos são profissionais que trabalham com a população deficiente intelectual. Os instrumentos que serviram de suporte no estudo dizem respeito a três questionários desenvolvidos para a presente investigação, que se destinam a cada subgrupo que constituem à amostra. O questionário elaborado para os jovens teve como base um instrumento adaptado por Macário (2010), “Questionário sobre Educação Sexual em Contexto Escolar- Alunos”- QUESCE-A. Relativamente aos questionários destinados aos pais e profissionais estes foram elaborados a partir de duas escalas utilizadas em estudos anteriores, nomeadamente “Atitudes dos pais face à afetividade e sexualidade do jovem com deficiência mental” (Ramos, 2005) e a escala “*Sexuality and Mentally Retarded Attitudes Inventory (SMRAI)*” (Félix, 2001).

De acordo com os resultados a generalidade os inquiridos consideraram a educação sexual como um domínio com relevância nas suas vidas. Permitindo, concluir que a educação sexual é uma área que assume importância na formação de qualquer pessoa, tornando-se mais significativa na população com deficiência intelectual. Conclui-se, assim, que a implementação de um programa de educação sexual exerce impacto ao nível das atitudes e conhecimentos de jovens, pais e profissionais, melhorando desta forma a atuação nos diversos contextos de vida que integram.

**Palavras-chave:** Deficiência Intelectual, Sexualidade e Educação Sexual, Jovens, Pais, Profissionais.

## **Abstract**

Sexual education assumes itself as an important influence in the development of attitude and behaviour in relation to the manifestation of sexuality and the way It presents itself to the world, the way we perceive ourselves and how we perceive others, exercising high impact in the manner we interact with exterior.

The present investigation has as its main objective to analyse behaviour towards sexuality in the intellectual disabled (mentally retarded) by considering the importance in the development of sexual education.

The investigative work occurred in three institutions. The sample that integrated the study, was constituted by 77 individuals, (N=77) , 32 participants integrated in the sub-group of mentally disable youngsters, 11 of the individuals integrated in the sub-group of the parents and 34 individuals are professionals that work with the population of the mentally disabled. The instruments that would support the achievement of this study relate to three questionnaires developed for the present investigation. The questionnaire elaborated for the youngsters had as its base an instrument adapted by (Marcário 2010), “Questionnaire about Sexual Education in educational context-Pupils” QUESCE-A. In relation to the questionnaires destined for the parents and professionals, these were elaborated from two different scales utilized in previous studies, namely “Parental attitudes in relation to affectivity and sexuality of young people with mental disability” (Ramos, 2005) and the scale “Sexuality and Mentally Retarded attitudes Inventory (SMRAI)” (Félix, 2001)

According with the study realized, it was found that in general, the enquired considered that sexual education had relevant importance in their lives. The results found permitted us to conclude that sexual education is an area that assumes importance in anybody’s development, with even significance in the intellectual disable population. It was also concluded that the implementation of a Sexual Education program has impact in the attitude and knowledge of the youngsters, parents and professionals, thereby improving the performance of these distinct participants throughout different life contexts in which they integrate.

**Keywords:** Intellectual Disability, Sexuality and Sex Education, Youngsters, Parents, Professional.

## Índice

<b>AGRADECIMENTOS</b> .....	9
<b>RESUMO</b> .....	10
<b>ABSTRACT</b> .....	11
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	19
<b>Capítulo 1. Deficiência Intelectual e Sexualidade</b> .....	19
1.1 Definição de Conceitos e enquadramento .....	19
1.1.1 Deficiência Intelectual .....	19
1.1.2 Sexualidade e Desenvolvimento sexual .....	23
1.1.3 Desenvolvimento Sexual .....	25
1.2 Deficiência Intelectual e competências ao nível da Sexualidade .....	27
1.3 Como vivem os jovens portadores de Deficiência Intelectual a sua sexualidade? .....	30
<b>Capítulo 2. Atitudes</b> .....	37
2.1 Atitudes face à Deficiência Intelectual .....	37
2.2 De que modo é percebida a sexualidade do adolescente com deficiência intelectual .....	38
2.2.1 Sociedade .....	38
2.2.2 Profissionais de Educação e Saúde.....	41
2.2.3 Família .....	42
<b>Capítulo 3. Educação Sexual</b> .....	46
3.1 Educação Sexual – o que é?.....	46
3.2 Educação Sexual na Deficiência Intelectual.....	49
3.3 Que educação sexual se deve implementar? .....	55
3.4 Quais as principais áreas que devem ser exploradas na implementação dos programas? .....	58
<b>PARTE II -ESTUDO EMPÍRICO</b> .....	61
<b>Capítulo 4. Conceptualização da Investigação Empírica</b> .....	61
4.1 Fundamentação do estudo, definição do problema .....	61
4.2 Objetivos do estudo.....	62
4.3 Metodologia .....	63
4.3.1 Desenho da Investigação e Tipo de Estudo.....	63

4.3.2 Amostra .....	64
4.3.2.1 Dados sociodemográficos dos alunos .....	66
4.3.2.2 Dados sociodemográficos dos pais .....	66
4.3.2.3 Dados sociodemográficos dos profissionais.....	67
4.3.3 Instrumentos de Recolha de Dados.....	68
4.3.3.1 Questionário para os jovens.....	68
4.3.3.2 Questionário para Pais e Profissionais .....	69
4.3.4 Tratamento e Análise de Dados .....	72
<b>Capítulo 5. Apresentação e discussão dos resultados</b> .....	74
5.1 Importância atribuída à Educação Sexual .....	74
5.2 Esclarecimento e Satisfação dos Jovens ao nível da Educação Sexual.....	79
5.3 Temas de interesse no âmbito da educação sexual .....	83
5.4 Comportamentos dos Jovens ao nível da sexualidade e a necessidade de formação ..	87
5.5 Atitudes dos pais e dos profissionais face à sexualidade na deficiência intelectual .....	90
5.6 Formação dos profissionais e atitudes face à sexualidade.....	95
5.7 Relação entre os anos de experiência dos profissionais e as atitudes face à sexualidade .....	97
5.8 Relação entre a prática religiosa e as atitudes face á sexualidade .....	98
5.9 Plano de Intervenção ao nível da Educação Sexual.....	99
<b>CONCLUSÃO.....</b> .....	106
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	111
<b>ANEXOS</b> .....	118



## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1</b> - Frequência e percentagem dos inquiridos pelas instituições.....	65
<b>Tabela 2</b> - Frequência e percentagem do total de inquiridos.....	65
<b>Tabela 3</b> - Relação entre instituição e o total de inquiridos das três amostras .....	66
<b>Tabela 4</b> - Questionário para os jovens .....	69
<b>Tabela 5</b> - Questionário para os pais .....	70
<b>Tabela 6</b> - Questionário para os profissionais .....	71
<b>Tabela 7</b> - Frequência e Percentagem da importância da educação sexual para os jovens .....	74
<b>Tabela 8</b> - Frequência e Percentagem da concordância dos jovens relativamente à educação sexual.....	74
<b>Tabela 9</b> - Comparação da concordância da educação sexual nos jovens com e sem formação em educação sexual.....	75
<b>Tabela 10</b> - Comparação da importância da educação sexual nos jovens com e sem formação em educação sexual.....	75
<b>Tabela 11</b> - Importância que os pais atribuem à sua formação e à formação de profissionais em educação sexual.....	77
<b>Tabela 12</b> - Apresentação resumida dos resultados obtidos no que concerne às questões de jovens, à manifestação de desejo sexual e à importância da formação de pais e profissionais	79
<b>Tabela 13</b> - Relação entre perspectiva de jovens, pais e profissionais relativamente à importância da educação sexual.....	79
<b>Tabela 14</b> - Grau de esclarecimento e de satisfação dos jovens relativo à educação sexual...	80
<b>Tabela 15</b> - Comparação do grau de esclarecimento e satisfação dos jovens com e sem formação em educação sexual.....	80
<b>Tabela 16</b> - Frequências e percentagens relativas aos temas de interesse por parte dos jovens .....	84
<b>Tabela 17</b> - Frequências e percentagens relativas aos temas de interesse por parte dos pais .	85
<b>Tabela 18</b> - Frequências e percentagens relativas aos temas de interesse por parte dos profissionais .....	86
<b>Tabela 19</b> - Análise descritiva da manifestação de desejo sexual e controlo dos impulsos sexuais dos jovens .....	88
<b>Tabela 20</b> - Correlações entre a manifestação de desejo sexual e existência de questões relativas à sexualidade com a necessidade de formação de pais e profissionais.....	90
<b>Tabela 21</b> - Apresentação das atitudes de pais relativas à sexualidade.....	90
<b>Tabela 22</b> - Apresentação das atitudes de profissionais relativas à sexualidade.....	92
<b>Tabela 23</b> - Comparação das atitudes face à sexualidade entre pais e profissionais.....	93
<b>Tabela 24</b> - Comparação das atitudes face à sexualidade de profissionais com e sem formação em educação sexual.....	96
<b>Tabela 25</b> - Correlação entre as atitudes de profissionais em relação à sexualidade e o tempo e as horas de serviço.....	97
<b>Tabela 26</b> - Relação entre a prática religiosa de pais e profissionais e as atitudes face à sexualidade.....	99
<b>Tabela 27</b> – Proposta de um plano de educação sexual: Dimensões e conteúdos.....	100

## **Índice de Anexos**

ANEXO A - Pedido de Autorização às Instituições .....	119
ANEXO B - Questionário para os jovens com deficiência intelectual .....	120
ANEXO C - Questionário para os pais .....	121
ANEXO D - Questionário para os profissionais .....	122
ANEXO E - Temas relacionados com a educação sexual .....	123
ANEXO F – Itens que constituem o questionário acerca das atitudes face à sexualidade na deficiência intelectual.....	124

## **Introdução**

A sexualidade é um dos aspetos essenciais para o equilíbrio psicossomático e o desenvolvimento integral do ser humano. O desenvolvimento integral do indivíduo está vinculado ao desenvolvimento da sua sexualidade, sendo esta um elemento constitutivo da sua personalidade. O seu papel é primordial na conservação da espécie, e compreende-se a sexualidade como uma força poderosa e misteriosa que atrai um para o outro (Sandre & Maute, 1972).

A capacidade de manifestar e sentir amor constitui a essência básica da sexualidade. Manifestações de ternura, simpatia e atração expressam amor e afeto revelando a natureza do indivíduo como ser sexuado.

Neste sentido, torna-se pertinente a distinção entre sexo, expressão biológica que integra um conjunto de características anatómicas e funcionais e sexualidade, compreendida como uma dimensão mais abrangente, entendida como expressão cultural (Alves, Silva & Silva, 2004).

O instinto sexual define-se como uma força proveniente do impulso vital que permite a reprodução, assumindo igualmente, um aspeto social. É pela via da sexualidade que vivem os grupos humanos (Félix, 2003), que se multiplicam e se prolongam através do tempo e do espaço. Portanto, a sexualidade relaciona, ao mesmo tempo, o indivíduo com o grupo a que pertence (Sandre & Maute, 1972).

A sexualidade é um processo que começa com o nascimento. Na infância surgem as primeiras dúvidas e questões acerca da sexualidade, demarcadas por perguntas realizadas pelas crianças em idades precoces, tornando-se assim, essenciais para estabelecimento da educação sexual (Beytut, Conk, Isler & Tas, 2009; Franco, 2012; Silva, 2012). A adolescência é a fase de transição entre a infância e a idade adulta, sendo uma fase em que o desenvolvimento da sexualidade é imprescindível para o crescimento do indivíduo em direção à sua identidade adulta, definição da identidade sexual, determinando a sua autoestima, relações afetivas e a sua inserção na estrutura social (Hercowitz, 2002). O sucesso da transição entre a infância e a idade adulta é determinado por características individuais, designadamente a idade, o género, a saúde física e mental, as influências do meio sociofamiliar e da cultura (Blacher, 2001). No entanto indivíduos portadores de deficiência intelectual, devido às suas limitações, encontram-se em desvantagem, sendo geralmente, estigmatizados na área da sexualidade (Beytut, Conk, Isler & Tas, 2009; Franco, 2012).

A característica mais marcante dos deficientes intelectuais é a heterogeneidade (Franco, 2012), deste modo verifica-se, a existência de adolescentes portadores de deficiência

intelectual sexualmente muito sofisticados e outros extraordinariamente simples. Muitos são capazes de utilizar a contraceção de forma responsável, enquanto outros desconhecem por completo como se processa uma gravidez, uns anseiam pelo casamento, pela maternidade/paternidade, enquanto outros recusam (Félix, 1997). Igualmente como acontece com os não deficientes, dado que “a sexualidade é a mais normal das características humanas, e é sentida de maneira idêntica por deficientes e não deficientes” (Craft & Craft, 1978, citados por Félix, 1997 p. 7).

Geralmente as pessoas com a população dita normal recebem muito pouca informação a respeito do funcionamento do seu corpo. A orientação dada para o seu comportamento sexual consiste, em grande parte, em proibições e repressões sem explicações. Os indivíduos com deficiência intelectual leve ou moderada, têm muito mais em comum com os considerados “normais”, do que com os deficientes intelectuais severos (Glat, 1992). Não obstante, apresentam níveis de sofrimento e ansiedade bastante elevados, quando comparados com outras pessoas, devido ao receio e ao medo de serem privados do seu próprio corpo onde, podem encontrar a forma de proporcionar prazer a si próprios (Sandre & Raute, 1972).

De acordo com o seu grau de comprometimento, este adolescente pode apresentar diferentes níveis de dependência, sendo particularmente mais vulnerável ao abuso sexual (Alvin, Neu-Janicki, Jacquin & Salinier 2002), por existir uma fronteira muito débil entre afetividade, sensualidade e sexualidade (Bastos & Deslandes, 2005).

Considerando as limitações apresentadas por estes adolescentes, os pais podem contribuir para a educação sexual transmitindo informações importantes, avaliando potenciais problemas e possíveis soluções ou caminhos, preparando os seus filhos para serem indivíduos sexuados (Gusmão & Moreira, 2002; Silva, 2012). De acordo com Pinel (1993) os pais são as primeiras peças sociais a interferirem na sexualidade do indivíduo, uma vez que é na família que fazemos as nossas primeiras aprendizagens e que começa a nossa educação enquanto cidadãos responsáveis, plenos de direitos e deveres (APF, 2009).

Contudo, os pais exprimem, sobretudo, as próprias dificuldades em reconhecer a criança deficiente intelectual como uma pessoa «completa» que evolui, embora num ritmo lento e de modo especial, mas capaz de alcançar um desenvolvimento real (Castelão, Jurberg & Schiavo, 2003).

Com o objetivo de ajudar a pessoa com deficiência intelectual a enfrentar as desvantagens a que está sujeita, torna-se fundamental proporcionar-lhe, o mais precocemente possível, uma Educação Sexual formal em que a sexualidade humana seja abordada de uma forma explícita,

ou seja, objeto de uma intervenção pedagógica intencional e estruturada, assumindo ou não a forma de programa (Lourenço, 1997).

Assinale-se contudo que, a função da Educação sexual não é só instruir ou transmitir conhecimentos, mas essencialmente, integrar a pessoa numa cultura, ajudar a formar o seu carácter, transmitir valores e maneiras de ser e de estar no mundo (Almeida, 2009).

Desta forma, torna-se pertinente conhecer os conhecimentos que detêm e compreender de que forma as atitudes face à sexualidade na deficiência intelectual são diferentes em grupos onde existem planos formais de educação sexual e em grupos onde tal não se verifica. Neste sentido, o objetivo da presente investigação pretende conhecer as atitudes acerca da sexualidade na deficiência intelectual e compreender a importância que a formação em educação sexual assume nas atitudes de jovens, pais e profissionais.

Em concomitância com o objetivo supraexplorado o presente estudo encontra-se estruturado em duas partes fundamentais. A parte I enquadra a revisão da literatura e encontra-se constituída por três capítulos introdutórios.

O capítulo I, intitulado de Deficiência intelectual e sexualidade, integra uma breve definição dos conceitos relativos à deficiência intelectual, à sexualidade e conseqüentemente ao seu desenvolvimento.

O capítulo II introduz o tema relativo às Atitudes, abordando posteriormente de que forma a sexualidade na deficiência intelectual é percebida pela sociedade, pelos profissionais que trabalham diretamente com esta problemática e pelos pais destes jovens.

O capítulo III aborda a conceptualização da educação sexual, de um modo geral, e a educação sexual na deficiência, tendo em consideração a importância da intervenção de profissionais e da própria família. Integra, ainda, a especificação de educação sexual que é aconselhável implementar neste âmbito e as áreas exploradas que assumem um maior relevo.

A parte II engloba o estudo empírico e consubstancia-se em três capítulos.

No capítulo 4 apresenta-se a conceptualização da investigação empírica, nomeadamente a fundamentação do estudo e definição do problema. Posteriormente serão explanados os objetivos do estudo, a metodologia adotada, o desenho da investigação e tipo de estudo, os instrumentos de recolha de dados, e finalmente a constituição da amostra.

No capítulo 5, é feita a apresentação, a análise e discussão dos resultados, relativos aos diferentes intervenientes no estudo, mais especificamente, os jovens portadores de deficiência intelectual, os seus pais e os profissionais.

Finalmente, apresentam-se as conclusões gerais do presente estudo, complementadas com as limitações que o estudo apresenta e sugerem-se algumas implicações e desafios futuros.

## **Parte I - Enquadramento Teórico**

### **Capítulo 1. Deficiência Intelectual e Sexualidade**

#### **1.1 Definição de Conceitos e enquadramento**

##### **1.1.1 Deficiência Intelectual**

A construção teórica de Deficiência Intelectual contém na sua base dois enfoques fundamentais, de onde se destaca o conceito funcional, que se centra no funcionamento adaptativo da pessoa portadora de deficiência nas atividades da vida diária e, no pólo oposto, na ordem da construção teórica, uma análise dentro do marco da Psicologia Cognitiva (Coll, Marchesi & Palácios, 2004).

De acordo com o DSM-IV-TR (2002) a deficiência mental caracteriza-se por «um funcionamento intelectual global inferior à média, que é acompanhado por limitações no funcionamento adaptativo em pelo menos 2 das áreas seguintes: comunicação, cuidados próprios, vida doméstica, competências sociais/interpessoais, uso de recursos comunitários, autocontrolo, competências académicas funcionais, trabalho, tempos livres, saúde e segurança. O início deve ocorrer antes dos 18 anos» (p.41).

A Organização Mundial de Saúde (2002) considera que deficiência mental é um estado marcado pela inibição ou atraso de desenvolvimento, devido a desordens nas funções mentais implicadas na compreensão e integração de estímulos. Embora se considere o reduzido nível intelectual como aspeto característico desta perturbação, o diagnóstico só é efetivo se estiver associado à diminuição da capacidade de adaptação às exigências diárias do ambiente social. Assinale-se que o conceito deficiência mental é atualmente designado por deficiência intelectual (Morales, 2008). No decorrer da Declaração de Montreal acerca da Deficiência Intelectual, aprovado a 6 de Outubro de 2004 pela Organização Mundial de Saúde (Organização Mundial de Saúde, 2004), em conjunto com a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), redefiniram o termo atribuindo uma nova designação e definição (Cavalganti & Moura, s.d.), e como tal será o termo utilizado no decorrer do presente estudo.

A *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* [Associação Americana para as Perturbações Intelectuais e do Desenvolvimento - AAIDD] (Fallon, Shognan & Snell, 2010) preconiza o conceito de Deficiência Intelectual considerando que esta é caracterizada por limitações significativas, tanto no funcionamento intelectual quanto no comportamento adaptativo, como também nas habilidades adaptativas conceituais, sociais e

práticas. Refere ainda que esta deficiência se inicia antes dos 18 anos de idade e acrescenta que para a realização de um diagnóstico se torna imprescindível considerar o contexto social e as características das pessoas da mesma faixa etária e da mesma cultura do avaliado, as diferenças culturais e linguísticas, assim como a comunicação, os fatores sensoriais, motores e comportamentais.

No decorrer da avaliação é relevante considerar a coexistência das limitações e das potencialidades do avaliado. A descrição das limitações apoiará a construção de um perfil que servirá de base para desenvolver, posteriormente, uma rede de apoios necessários, personalizados e apropriados, por um determinado período de tempo, com o intuito de potencializar o funcionamento quotidiano destas pessoas.

Nesta perspetiva, e de acordo com Schwartzman (1999), a avaliação da pessoa portadora de deficiência intelectual deve assentar ao nível do potencial qualitativo, em detrimento de uma avaliação quantitativa, de forma a explorar e descrever o seu nível de funcionamento adaptativo. Assim proporcionará um maior conhecimento acerca das necessidades educativas especiais apresentadas, com vista à promoção de oportunidades e desenvolvimento da autonomia, com o intuito de se adaptar às condições de vida e às exigências do seu meio-social.

A Deficiência Intelectual constitui um grupo muito heterogéneo (Lofgren-Martenson, 2004; Pacheco & Valência, 1997), devido ao grau e tipo de comunicação, deficiência e nível de habilidades sociais, género, classe social, meio ambiente, influência e outros fatores individuais (Lofgren-Martenson, 2004).

Segundo Kirk e Gallagher (1987, citados por Morato, 1995), pessoas com deficiência intelectual apresentam uma significativa lentidão em associar e classificar conhecimentos, usar a memória de modo eficiente, raciocinar e realizar julgamentos adequados, quando comparadas à população da sua faixa etária. Verifica-se assim, que a deficiência intelectual, apesar de se caracterizar pelos défices cognitivos, distingue-se também pelos problemas ao nível do comportamento adaptativo e da aprendizagem, sendo que estas problemáticas detêm repercussões na vida pessoal, académica e social dos indivíduos.

Para Grossman (s.d. citado por Félix, 1997), pode-se subdividir a deficiência intelectual em quatro grandes áreas, de acordo com gravidade apresentada: ligeira, moderada, severa e profunda.

A Deficiência Intelectual Ligeira caracteriza-se por um quociente intelectual entre os 50-55 e aproximadamente 70. Os indivíduos com este grau de deficiência diferem dos restantes em termos de ritmo e grau de desenvolvimento mental (Fierro, 2004; Nielsen, 1999), o que

significa que o funcionamento cognitivo atinge um desenvolvimento máximo ao nível do estágio das operações concretas, situando-se com uma idade mental entre os 8 e os 11 anos de idade, aproximadamente. Os indivíduos com Deficiência Intelectual Ligeira, geralmente, conseguem adquirir bons níveis de autonomia (WHO, 1996). Com os apoios adequados estes indivíduos conseguem integrar-se normalmente na comunidade (DSM-IV-TR, 2002) e no mundo laboral (Pacheco & Valencia, 1997). A principal característica dos portadores deste tipo de deficiência é a sua incapacidade para resolver problemas. Segundo Pacheco e Valencia (1997) pessoas com deficiência intelectual ligeira manifestam um atraso desenvolvimental mínimo nas áreas perceptivas e motoras, o que leva a que as limitações intelectuais apresentadas, sejam apenas notórias à entrada para o ensino formal, uma vez que é frequente apresentarem dificuldades de aprendizagem ao nível das técnicas instrumentais. No entanto, é comum concluírem o primeiro ciclo de estudos do ensino básico.

Os indivíduos classificados com Deficiência Intelectual Moderada apresentam um rendimento intelectual situado entre 35-40 e 50-55 (DSM-IV-TR, 2002). Estes indivíduos podem adquirir hábitos que lhes conferem uma certa autonomia pessoal. Verifica-se deste modo, que o funcionamento cognitivo, máximo, atingido por estas pessoas, situa-se no estágio pré-operatório, apresentado uma idade mental entre os 6 e os 7 anos (Fierro, 2004). Indivíduos que apresentem este nível de deficiência detêm capacidades que podem ser desenvolvidas através do treino, alcançando níveis bastante consideráveis ao nível da autonomia pessoal e social, considerando-se que a última é a que apresenta maiores dificuldades (Pacheco & Valencia, 1997). Pessoas portadores de deficiência intelectual moderada desenvolvem capacidades ao nível da comunicação verbal, no entanto é raro apresentarem dificuldades de expressão oral e de compreensão de condutas sociais. Um outro aspeto que se distingue nesta população é o facto de apresentarem um favorável desenvolvimento motor e de adquirirem alguns conhecimentos práticos de modo a conseguirem realizar algum trabalho. Não obstante, poucos são os que adquirem as técnicas de leitura, escrita e cálculo (Pacheco & Valencia, 1997).

A Deficiência Intelectual Grave está associada a indivíduos com um quociente intelectual situado entre 20-25 e os 35-40 (DSM-IV-TR, 2002). Caracteriza-se pela possibilidade de aprendizagem de algum sistema de comunicação (DSM-IV-TR, 2002), apesar do seu nível de linguagem verbal se apresentar muito limitado e da aprendizagem de atividades básicas do quotidiano, assim como da aprendizagem de pré-tecnologias bastante simples (Pacheco & Valência, 1997). Estes indivíduos apresentam um nível de autonomia social e pessoal muito deficitária, pelo que estão muito dependentes dos outros, necessitando de proteção e ajuda.



Esta condição de vida é ainda agravada pelos sérios problemas psicomotores que apresentam (WHO, 1996).

Classificam-se como tendo Deficiência Intelectual Profunda pessoas que apresentem um quociente intelectual inferior a 20-25 (DSM-IV-TR, 2002). Na prática, estes indivíduos estão profundamente limitados em termos sensoriomotores e de comunicação com o meio. Dependem dos outros em quase todas as atividades, uma vez que os seus *handicaps* físicos e intelectuais são incapacitantes (Pacheco & Valencia, 1997). De acordo com o DSM-IV-TR (2002) «o desenvolvimento motor, as competências de comunicação e de autocuidados podem melhorar se tiverem um treino adequado» (p.44). Caracteriza-se os deficientes intelectuais profundos, como aqueles que vivem uma total dependência do adulto para satisfazer as suas necessidades.

No que se refere à etiologia, segundo a perspectiva de diferentes autores as causas para a presença de Deficiência Intelectual são bastante diversificados, sendo que a base dos fatores que podem conduzir a esta perturbação podem ser de ordem biológica ou psicossocial. Assinala-se ainda, em algumas situações, a presença conjunta de fatores biológicos e psicossociais o que condiciona a imensa variabilidade de manifestações clínicas (DSM-IV-TR, 2002; Canet & Molto, 2001; Heras, 1993;). Efetivamente a etiologia é, na sua generalidade multifatorial, confirmando-se a prevalência de diversos fatores biológicos envolvidos na deficiência intelectual, podendo suceder-se no período pré-natal, perinatal e pós-natal (Heras, 1993).

Os fatores pré-natais implicados poderão ocorrer a partir do momento da concepção percorrendo todo o período gestacional até ao começo do trabalho de parto. Neste período registam-se embriopatias, malformações que ocorrem no primeiro trimestre de gestação e as fetopatias resultantes no segundo trimestre da gravidez. Decorrentes destes fatores deparamo-nos com malformações congénitas, exposição a radiações, alterações cromossómicas, infeções e intoxicações, transtornos endócrinos ou metabólicos, e fatores maternos como a malnutrição ou as hemorragias (Maia, 2002; Pacheco & Valência, 1997).

Os fatores perinatais acontecem no momento do parto ou no recém-nascido, patenteiam os casos de prematuridade, anóxia, incompatibilidade Rh, hipóxia, infeções, e a ocorrência de convulsões (Pacheco & Valência, 1997; Maia, 2002).

Fatores pós-natais provêm de infeções, intoxicações, traumatismo crânio-encefálico os traumas ou agentes físicos, ausência de cuidados no parto, a anóxia por cardiopatia congénita, paragem cardíaca ou asfixia (Heras, 1993).

Registam-se, ainda, fatores psicossociais, mais significativos em casos de deficiência intelectual ligeira, incitados por ausência de cuidados médicos e higiênicos desde a concepção até ao período da primeira infância. Caracterizam-se por malnutrição gravidez indesejada e/ou precoce, a carência cultural e afetiva, a privação de incentivos e motivação intelectual, os maus-tratos e as tendências antissociais face ao ambiente envolvente (Heras, 1993).

### **1.1.2 Sexualidade e Desenvolvimento sexual**

Ao longo dos séculos, a sexualidade humana, tem vindo a ocupar um lugar extremamente relevante nas sociedades, sendo-lhe reconhecida importante influência ao nível da saúde e desenvolvimento pleno do ser humano.

A sexualidade é na realidade um dos aspetos que assume extrema relevância ao longo de toda a existência humana, uma vez que incorpora parte integral da expressão da personalidade de cada indivíduo (Prumes, 2007), tornando-se assim, um dos elementos essenciais na constituição da pessoa (Fagundes, 1992; Gherpelli, 1995), no equilíbrio biopsicossocial e no desenvolvimento integral do ser humano (Almeida, 2010). A sexualidade traduz-se na maneira de se ser, de entender e viver o mundo, como homens ou mulheres e manifesta-se através da integração, corpo e mente, como componente básico para a feminilidade ou masculinidade de cada sujeito (Glat, 2004).

Segundo a OMS a “sexualidade é uma energia que nos motiva para encontrar o amor, contacto, ternura e intimidade; integra-se no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados”. É neste sentido que ela “influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e, por isso, influencia a nossa saúde física e mental. É com base nesta energia constante nas nossas vidas que iremos construir atitudes mais ou menos positivas, flexíveis e tolerantes face a nós próprios e face ao outro” (s.d., citada por Alverca, Frade, Marques & Vilar, 2003, p.16).

Na perspectiva de Alves, Silva e Silva (2004) o conceito de sexualidade representa a condição de ter sexo, de ser sexuado, considerando estes autores que a “condição da sexualidade humana é inevitável, inexorável e irremovível” (p. 2). Alguns autores defendem ainda que em nenhum momento da sua existência a pessoa se encontra isenta de sexualidade, estando presente na vivência humana desde o período intrauterino até à velhice (Macário, 2010; Prumes, 2007), sendo na adolescência que ela começa a ser vivenciada com mais intensidade (Alves et al, 2004).

Collins e Sprinthal (1994) afirmam que “a sexualidade engloba as emoções, os comportamentos e as atitudes que estão associadas não apenas ao ser capaz de procriar, mas

também aos padrões sociais e pessoais que acompanham as relações físicas, íntimas, durante a vida do indivíduo” (p. 405). Efetivamente, a sexualidade é percebida no seu todo de forma global, dado que integra várias dimensões do ser humano, interligadas e dependentes entre si, nomeadamente a dimensão biológica, que corresponde à anatomia e fisiologia da sexualidade e de reprodução, a dimensão psicológica que integra a aquisição de papéis sexuais, a orientação sexual, a autoimagem e a construção da identidade sexual e as relações afetivo-sexuais, e por último a dimensão social onde estão presentes os valores as atitudes, os comportamentos e os modelos morais, assumindo de igual modo uma dimensão emocional e afetiva (Alverca et al, 2003; Fuertes & López, 1999; Forreta, Marques & Vilar, 2002; Cardoso, Vaz & Vilar, 1996).

No que concerne às finalidades da sexualidade, estas assentam inevitavelmente na função reprodutiva, dado que o ser humano se encontra pré-definido biologicamente para este fim, embora não se revele a função primordial e de maior importância (Fuertes & López, 1999). Refira-se contudo que a sociedade tem tendência a reduzir a sexualidade ao campo reprodutivo e genital, desvalorizando a importância das emoções e sentimentos que dela emergem, subsequentes do processo educacional e vivencial singular a cada indivíduo (Prumes, 2007) e que constituem uma fonte de prazer, de comunicação, de afetos e bem-estar (Macário, 2010). A sexualidade envolve, deste modo, uma extensão de condutas humanas que ultrapassa a genitalidade, o que não deverá ser compreendida, unicamente, como sinónimo de sexo, relação sexual, orgasmo, órgãos sexuais, e sim, na sua vasta proporção cultural cingindo distintos aspetos como o amor, a sensualidade, relacionamentos afetivos e sexuais, o prazer e o erotismo, a expressão da identidade e dos papéis sexuais (Aranha & Maia, 2005).

A sexualidade assume desta forma, uma função vital do ser humano, possibilitando a satisfação de uma finalidade biológica, função reprodutiva, no intuito de sucessão da espécie, no entanto ultrapassa essa necessidade, uma vez que influencia todas as facetas da vida do ser humano (Rodrigues, 2009).

Segundo Glat (2004) a experimentação da sexualidade e da corporalidade é fator integrante do processo de formação da identidade e determinado, em larga escala, pelas mensagens que o indivíduo adquire ao longo do processo de socialização. Sempre que introduzida nos contextos de vida de um indivíduo, a sexualidade participa no seu processo de desenvolvimento, constituindo-se um instrumento que proporciona experiências imprescindíveis ao crescimento pessoal, à autonomia e ao desenvolvimento da individualidade (Moraes, 2006). Neste sentido a sexualidade jamais poderá ser negada a um ser humano, independentemente da sua condição física ou psicológica, das suas ideologias ou

cultura, uma vez que é parte integrante e indispensável no desenvolvimento da personalidade, que ao conferir uma estrutura saudável, inclui a percepção do seu próprio sexo (Ribeiro, 2001). Nesta linha, Amaral (2004) defende que o desenvolvimento sexual ultrapassa a simplicidade de um corpo desenvolvido ou em desenvolvimento, que devido á maturação se encontra habilitado a procriar e apresentar desejos sexuais. A sexualidade, como dimensão humana, expressa a individualidade que cada individuo desenvolve, estabelece e vivencia as suas relações pessoais e interpessoais, de acordo com o seu papel sexual.

Assim, a sexualidade compreende um conjunto de concepções e valores que definem a intencionalidade humana e a expressão afetiva de qualquer ser humano, no processo de socialização. Neste contínuo, um ser humano jamais pode ser considerado assexuado dado que a sexualidade é intrínseca ao ser social (Aranha & Maia, 2005).

Nesta perspetiva, a sexualidade é considerada como um processo de construção e aprendizagem inerente às distintas etapas do desenvolvimento, podendo interferir no processamento de aquisição de conhecimento, inferindo ao nível do desempenho escolar, profissional e nas relações sociais (Antunes, Dias, Marques, Ramalheiro & Seabra, 2002). Considera-se assim que a estabilidade emocional e, conseqüentemente, social de qualquer ser humano relaciona-se, indubitavelmente, com a realização plena da afetividade e da sexualidade que são um alicerce seguro no que respeita ao equilíbrio individual (Rodrigues, 2009).

De acordo com Ferreira (2009) o conceito de afetividade-sexualidade é definido como um conjunto de sentimentos que configuram o sentido da nossa existência, “independentemente da configuração do nosso corpo ou do funcionamento da nossa mente” (p.41).

Em suma, a sexualidade é um domínio da nossa existência que merece especial atenção, sendo que o seu desenvolvimento saudável é imprescindível para o equilíbrio psicossocial de qualquer ser humano, independentemente da sua condição de vida.

### **1.1.3 Desenvolvimento Sexual**

Pelo que atrás foi explorado pode referir-se que a sexualidade manifesta-se desde o nascimento até à morte, expressando-se de diferentes formas em cada etapa do desenvolvimento humano, caracterizando-se por ser uma construção contínua ao longo da vida. O desenvolvimento da sexualidade em ambos os sexos, no domínio psicossocial é um processo contínuo que se inicia desde as idades mais precoces. Ao longo de toda a infância até à adolescência e desta à adultez, a sexualidade é vivenciada de forma distinta, apesar de se manter sempre presente ao longo de todo o processo de desenvolvimento.

No entanto é na adolescência que a sexualidade começa a ser vivenciada com mais intensidade, sendo que o corpo vai sofrendo uma diferenciação que adquire maior visibilidade na fase da puberdade.

A teoria do desenvolvimento psicosssexual na infância defendida por Freud refere que a criança atravessa cinco fases do desenvolvimento a nível emocional e sexual, sendo estes marcados por conflitos e pela sua resolução gradual (Freud, 1983). O autor descreve os diversos estádios libidinais como relações entre uma zona erógena e um tipo de atividade psíquica.

Paralelo a este período desenvolvimental, são observadas mudanças psicossociais, nas quais se detetam alterações no comportamento do adolescente, tanto na família como nas relações sociais (Hercowitz, 2002), considerando-se que este conjunto de mudanças seja responsável pelo despertar da sexualidade.

É na fase genital, que vai da puberdade até à idade adulta (última fase da teoria proposta por Freud) que fatores de ordem biológica, psicológica e social determinam a consolidação da identidade sexual (Alves et al, 2004) o que leva os adolescentes a estabelecer a sua independência relativamente aos papéis de género (Sousa, 2006).

Os fatores biológicos, responsáveis pelas mudanças físicas e anatómicas como o aumento de estatura e de peso, maturação das gónadas, são desencadeados pelas secreções hormonais (Alves et al, 2004; Sousa, 2006) e neuro-hormonais, que assumem a responsabilidade do aumento do desejo sexual e do conjunto sensações eróticas, conduzindo a um maior interesse pelo seu próprio corpo e pelo sexo oposto (Cardoso et al, 1996; Collins & Spintal, 1999; Sousa, 2006).

Na presença do amplo espectro de alterações biológicas, a sexualidade começa a ser vivida mais intensamente e de forma íntima satisfeita no autoerotismo, masturbação, e conseqüentemente é extrapolada para o desejo de se relacionar afetivamente com o outro (Cardoso et al., 1996).

Ao nível do campo psicológico, as mudanças sentidas assumem de igual modo, elevada importância, reconhecendo que as transformações no esquema corporal levam o adolescente a reorganizar o nível intrapsíquico e a interpretação do seu próprio corpo (Alves, et al., 2004). Assinala-se que as grandes alterações corporais nem sempre são vivenciadas da mesma forma por todos os adolescentes, caracterizados, normalmente, por um período problemático e conturbado surgindo alguns sentimentos de vergonha, angústia ou não aceitação perante a família, os pares e a escola (Alverca et al., 2003; Cardoso et al., 1996). Esta fase é marcada pela aquisição de uma nova forma de pensamento, em que se desenvolve o pensamento

formal, que opera sobre o material simbólico (Bidault & Tréca, 2005) e o pensamento hipotético-dedutivo, no qual o adolescente é capaz de realizar operações mentais a partir de hipóteses, sem ter uma observação real e concreta (Bidault & Tréca, 2005; Matta, 2001) o que influenciará a sua mudança de atitudes decorrente desta readaptação e ajustamento intelectual. As mudanças sociais verificadas no decorrer de todo este processo de desenvolvimento, inerente à progressiva estruturação da pessoa enquanto ser social (Alves et al., 2004), marcam um período de busca de afirmação e integração perante o grupo de pares e no mundo adulto (Fuentes & López, 1999). Os relacionamentos são mantidos com adolescentes de ambos os sexos, e começam, progressivamente, a adquirir uma maior relevância nas suas vidas, iniciando-se as primeiras relações amorosas e sexuais. Estes relacionamentos afetivos acontecem, pontualmente, com base na experimentação sexual e na descoberta de si, onde predominam os abraços, beijos, as carícias e até mesmo a ocorrência de relações sexuais (Alverca et al., 2003; Cardoso et al., 1996; Rodrigues, 2009 & Sousa, 2006).

Segundo Rodrigues (2009) é no decorrer da adolescência, à medida que se adquire maturidade física e psicológica, que surge o desejo e a vontade de explorar o corpo na necessidade de se partilharem sentimentos, emoções e afetos que até então não seriam passíveis de serem vivenciados reciprocamente.

## **1.2 Deficiência Intelectual e competências ao nível da Sexualidade**

O desenvolvimento da sexualidade está vinculado ao desenvolvimento integral do indivíduo (Bastos & Deslandes, 2005), sendo considerado um elemento constitutivo da personalidade (Félix, 1997). Ribeiro (2001) defende que se reveste de extrema importância para a saúde mental dos indivíduos portadores de deficiência sentirem-se como homens e como mulheres, constituindo-se como o ponto essencial para a aquisição das funções de gênero, e consequentemente do conhecimento dos atributos e características de cada sexo.

De acordo com diversas investigações realizadas, tem-se verificado que, independentemente do tipo de incapacidade física, sensorial ou cognitiva, o desenvolvimento sexual é um marco presente em qualquer indivíduo, sendo que a sexualidade é intrínseca à condição humana (Aranha & Maia, 2005; Glat, 1992, 2004; Maia, 2001; Silva, 2012). De acordo com esta perspectiva o desenvolvimento da sexualidade na pessoa portadora de deficiência não se distingue qualitativamente das ditas normais, observando-se as mesmas necessidades, emoções e experiências (Camossa & Maia, 2003; Franco, 2012; Maia, 2001; Pinheiro, 2004; Silva, 2012). Refira-se no entanto, que o que poderá surgir são os limites estabelecidos socialmente para a expressão da sexualidade (Maia, 2001).

Segundo Gherpello (s.d.) “As estruturas límbicas do sistema nervoso são preservadas no deficiente intelectual e a sua informação anatómica e os processos fisiológicos, bem como o desenvolvimento dos caracteres sexuais primários e secundários, a produção hormonal masculina e feminina, a menarca (primeira menstruação) ou a semarca (primeira ejaculação), além dos impulsos biológicos, acontecem como em qualquer ser humano” (Moraes, 2006, p. 37).

De facto, em estudos realizados, no âmbito da sexualidade na deficiência, tem-se observado que em situações de quocientes de inteligência mais baixos, nomeadamente no caso de deficiência intelectual severa e profunda, a maturação sexual é inexistente. No entanto, verifica-se que a maioria dos portadores de deficiência intelectual é de tipo leve e moderado e que estes desenvolvem os seus caracteres sexuais como qualquer outro ser humano. O mesmo se verifica também ao nível da capacidade reprodutora, com exceção de algumas síndromes específicos (Martins, 1995). Estes indivíduos expressam ainda interesse pela sexualidade e manifestam desejos e expectativas relativamente às relações e ao domínio afetivo e sexual (Camossa & Maia, 2003; Batista & Morales, 2010; Morales, 2008; Ribeiro, 2001; Silva, 2012).

Neste sentido, torna-se extremamente relevante explorar as capacidades que os jovens portadores de deficiência intelectual possuem ao nível da sexualidade, de acordo com a gravidade das suas limitações. Os jovens portadores de deficiência intelectual ligeira, sexualmente apresentam algumas vezes instabilidade emocional e alguns desvios na conduta o que dificulta os vínculos interpessoais. Têm compreensão e consciência das potencialidades sexuais e da capacidade de atingir o prazer, manifestando-se com a intencionalidade dos outros adolescentes.

Durante a adolescência utilizam a masturbação com objetivos concretos, como seja o reconhecimento corporal, a fantasia de uma relação sexual e a busca de prazer (Félix, 1997), tal como os adolescentes sem deficiência intelectual. De acordo com Neponucemo e Ribeiro (1992), a pessoa com deficiência intelectual leve ou moderada apresenta capacidades que a levam a compreender e adquirir padrões para discriminar o que é adequado ou não, o que é privado ou público, se tem permissão para a autossatisfação e entender as consequências do ato sexual.

Na deficiência intelectual moderada, no que se refere ao domínio sexual, estes jovens conseguem beneficiar da estimulação recebida pelas figuras afetivas e a auto-estimulação, e desta forma o contacto com o prazer é favorecido, devido ao seu favorável desenvolvimento sensório-motor. Realizam explorações corporais e estabelecem a diferença anatómica entre os

sexos. Através de jogos sexuais podem elaborar e compreender os comportamentos associados aos papéis femininos e masculinos. Identificam-se muitas vezes com as pessoas a quem estão ligados afetivamente, mais do que à figura do seu sexo (Félix, 1997).

Os jovens com deficiência intelectual grave, relativamente à sexualidade e ao nível do desenvolvimento biológico não diferem da deficiência intelectual profunda, embora possam apresentar os caracteres sexuais e um corpo mais desenvolvido. A masturbação é um comportamento sexual bastante comum nestes adolescentes, utilizando a mão ou um objeto para se friccionar (Félix, 1997). Estas manipulações permitem-lhe um maior conhecimento do seu corpo e muitas vezes fazer de forma elementar a diferenciação entre os dois sexos. No entanto, não conseguem por vontade própria estabelecer em relacionamento afetivo-sexual (Spiecker & Steutel, 2002).

No que diz respeito à sexualidade dos jovens portadores de deficiência intelectual profunda, verifica-se que até à puberdade os processos de desenvolvimento processam-se de forma muito lenta dificultando a sua perceção, aspeto que é atenuado pelo seu reduzido nível de comunicação. Os adolescentes desenvolvem todos os caracteres sexuais secundários, com a presença de menstruação e de produção de sémen. No que concerne à estimulação sexual, o que se verifica é que esta só se realiza através da autoestimulação, não possuindo condições para chegar a um relacionamento afetivo-sexual (Félix, 1997).

De acordo com diversos autores, o jovem portador de deficiência intelectual, poderá partir para a descoberta do corpo e do prazer tardiamente, quando o corpo já se encontra desenvolvido (Edwards, 1995; Gherpelli, 1995; Junior & Sprovieri, 1987; Pinel, 1993). Neste sentido, apesar do défice intelectual influenciar a capacidade destes jovens de exteriorizarem e vivenciarem a sua sexualidade, a maior dificuldade é acentuada pela sociedade pela forma como lidam com as manifestações, influenciada pelos preconceitos e tabus sociais (Almeida, 2010; Amaral, 2004; Camossa & Maia, 2003; Glat, 1992; Maia, 2001; Ribeiro, 1995).

Assinale-se contudo que em consequência do défice intelectual apresentado, estes jovens evidenciam uma grande necessidade de apoio de modo a perceberem as alterações físicas e psicológicas a que estão sujeitos durante a puberdade e adolescência (Ribeiro, 2001).

Os problemas que mais frequentemente podem surgir ao nível do desenvolvimento da sexualidade são do domínio psicossocial e não de causa orgânica, sendo que esta problemática é comum a todos os adolescentes, com ou sem deficiência (Gherpelli, 1995; Pinel, 1993). Na maioria dos casos, não é a deficiência o elemento perturbador, mas sim, as barreiras psicológicas e físicas que estas podem causar, nomeadamente baixa autoestima, depressão,



isolamento social, limitações físicas ou insegurança, ausência de aptidão verbal e estereotípias (Maia, 2001).

Como foi assinalado anteriormente, o desenvolvimento sexual ocorre desde o nascimento, e é a partir deste momento que se começa a exibir os papéis sexuais às crianças através do processo de educação sexual, e que são demonstrados por elas nas brincadeiras e atividades que realizam nos diversos contextos (Camossa & Maia, 2003). Nesta perspetiva, a manifestação dos papéis sexuais e a identidade sexual estão estreitamente relacionados com expectativas da sociedade, considerando os comportamentos sexuais desejáveis e adequados ou inadequados. É este importante processo do desenvolvimento sexual na deficiência intelectual que poderá estar comprometido, uma vez que a criança cresce num ambiente social segregador, o que pode originar papéis sexuais incompatíveis com a identidade de género (Maia, 2001).

No entanto, na adolescência, os jovens portadores de deficiência, através do processo de socialização começam a despertar em si o desejo de estabelecer uma relação amorosa, assim como o interesse em relacionamentos afetivos e sexuais (Gherpelli, 1995; Amaral, 2004; Pan, 1997; Edwards, 1995; Aranha & Maia, 2005). É neste sentido, que se defende que o adolescente com deficiência, independentemente das limitações que possa apresentar, deve beneficiar de uma boa interação social, tanto em contexto escolar como noutras atividades, de modo a desenvolver um maior interesse em estabelecer relações amorosas à semelhança dos outros colegas, sem a condenação social muitas vezes associada à deficiência (Buscaglia, 1997).

Assinale-se contudo que, em consequência da repressão e da negação da sexualidade aos jovens portadores de deficiência intelectual, do acesso a uma educação adequada, e na ausência de experiências de vida significativas, estes jovens comportam-se por vezes de forma desajustada tanto ao nível da expressão da sexualidade, como nos vários contextos de vida que integram (Franco, 2012; Glat, 2004).

### **1.3 Como vivem os jovens portadores de Deficiência Intelectual a sua sexualidade?**

De acordo com Félix (2003) a sexualidade é uma dimensão que tem sido fortemente influenciada pela repressão social e controlo quando se trata da pessoa portadora de deficiência intelectual. De uma forma geral, os adolescentes percebem a possibilidade de erotização e da obtenção de prazer pelo sexo. Até então autoerótica, a sexualidade sofre transformações do ponto de vista qualitativo.

Os adolescentes com deficiência intelectual, na dependência do seu nível de comprometimento, sentem-se estimulados a procurar satisfação ao nível afetivo e sexual, como todos os seres humanos (Ferreira, 2009; Silva, 2012). Identicamente aos adolescentes sem deficiência, descobrem o prazer que a área genital lhes pode oferecer, através da masturbação. A masturbação traduz-se numa pertinente fonte de estimulação sexual e de autoconhecimento, o que para a maior parte dos jovens com deficiência intelectual é a única forma de concretização afetiva e sexual (Ferreira, 2009; Franco, 2012). No entanto, é comum que esta prática seja realizada, sem que procurem privacidade, o que por consequência poderá gerar um grande desgaste emocional para a família (Félix, 2003), porque a maioria destes adolescentes não sabe lidar com estas novas sensações, o que dificulta o controlo dos impulsos sexuais. Em alguns casos, verifica-se uma prática masturbatória exarcebada que, segundo Pinel (1999, citado por Ferreira, 2009) regista-se na ausência de outras atividades prazerosas nas vidas destes jovens, e que pode ocorrer também com outros jovens sem deficiência aquando de situações conflituosas, refletindo dificuldades passadas e presentes vivenciadas noutras áreas, refletindo assim distúrbios na conduta sexual (Ribeiro, 2001).

Por vezes a sexualidade manifestada na deficiência intelectual é também caracterizada por uma procura incessante de contacto físico, sendo percecionada como um comportamento compulsivo. O que se verifica na realidade é que muitos jovens na dependência da sua limitação apresentam sérias dificuldades ao nível da expressão verbal e a única forma de comunicarem é através do contato físico (Ribeiro, 2001).

É na adolescência que a socialização e a interação social podem sofrer medidas ainda mais restritivas, cingidas ao ambiente familiar e escolar, e progressivamente mais afastado de um contexto social normalizado, o que dificulta a discriminação de códigos de conduta e regras sociais (Ribeiro, 2001; Silva, 2012). Esta dificuldade leva a que a sexualidade na deficiência intelectual seja compreendida e percecionada como incontrolável, quando na realidade é consequência de uma educação inadequada ou inexistente e não a uma particularidade intrínseca e imutável característica da deficiência em si (Almeida, 2010; Aranha & Maia, 2005; Batista & Morales, 2010; Camossa & Maia, 2003; Franco, 2012).

É neste sentido que se verificam com alguma frequência comportamentos e manifestações sexuais inadequadas por parte dos deficientes intelectuais, que provêm da inexistência da aprendizagem de condutas e que conduz á ansiedade e a sofrer repressões sociais.

De acordo com Glat (2004) estes jovens sentem desejo e prazer e apresentam interesse pelo sexo e os mesmos problemas emocionais e afetivos, nomeadamente em relação á autoimagem, como qualquer outro jovem da sua idade. Glat (2004) defende assim que o

controlo e a expressão dos seus impulsos podem ser trabalhados de forma a que os jovens com deficiência intelectual aprendam a expressá-los de forma mais adequada.

Nestes casos, por vezes, destaca-se, um padrão sexual infantilizado e pouco desenvolvido, o que não resulta de uma disfunção intrínseca subsequente da deficiência, mas da ausência de oportunidades para desenvolverem uma sexualidade saudável, prejudicando a autoestima e a imagem corporal destes jovens, amplificando o sentimento de inferioridade que se reflete no processo de interação social (Glat, 2004; Silva, 2012). Este facto pode ainda dever-se à superproteção familiar e institucional, uma vez que se verifica que os jovens não têm privacidade em encontros com o sexo oposto e raramente saem sozinhos (Glat, 2004). De acordo com o mesmo autor, jovens com deficiência intelectual apresentam competências para manter um relacionamento afetivo e sexual. No que se refere ao comportamento sexual destes, é importante reforçar que os jogos sexuais observados frequentemente e o contacto físico, são parte integrante do processo de desenvolvimento saudável da sexualidade em qualquer jovem (Ribeiro, 2001). No entanto, parecem sempre processos complexos quando exteriorizados por jovens com deficiência, assumindo um preconceito social, vistos como aberrações e desvios na conduta sexual (Maia, 2001).

Refira-se que a rotina social de jovens com deficiência intelectual é na sua grande maioria reduzida aos familiares e cuidadores institucionais, levando à segregação e isolamento, fator limitador do estabelecimento de relacionamentos saudáveis e experiências sociais, que em outros casos se estabelecem no meio social (escola, trabalho, lazer), o que dificulta o acesso a informação e à manifestação dos interesses pessoais perante a vida e na relação com o outro. Esta segregação impossibilita o treino de habilidades sociais, contribuindo para o aumento da ocorrência de comportamentos inadequados não só ao nível sexual, fazendo assim sobressair a deficiência (Almeida, 2010; Amaral, 2004; Ferreira, 2009; Franco, 2012; Ribeiro, 2001; Silva, 2012).

Bazzo, Ferrari, Minnes, Nota e Soresi (2007) destacam também que a vivência da sexualidade de pessoas com deficiência intelectual é muito complexa por um lado, devido às limitações cognitivas, sendo por vezes ainda reforçada pelas opções apresentadas nos serviços sociais. Na generalidade as políticas sociais não atendem a este aspeto da vida destas pessoas, sendo esta vertente decidida muitas vezes por profissionais sem formação na área, possibilitando que as crenças pessoais assumam um papel decisivo, não tendo em conta os direitos humanos, dificultando o pedido de ajuda e promovendo pouca habilidade para estas pessoas se defenderem.

No mesmo sentido, Deboutte, Dewaele, Hellemans, Leplae e Roeyers (2010), realizaram um estudo com um grupo de adolescentes portadores de deficiência intelectual e autismo do sexo masculino que veio reforçar mais uma vez que a maioria dos adolescentes apresentam interesse sexual, assim como exibem uma grande variedade de comportamentos sexuais. Realçam ainda a necessidade e importância de programas de educação sexual de forma a que estes possam aprender a lidar com os problemas sexuais (Atkinson, Ward & Windson, 2012; Glat, 2004; Silva, 2012). Almeida (2010) acrescenta que estes jovens raramente têm oportunidade de partilhar as suas dúvidas e desejos no que diz respeito à sua vida sexual e afetiva, verificando-se a ausência de espaços e tempos privados, o que contribui para permanecerem com conhecimentos desajustados em relação à sexualidade.

Efetivamente, ainda se pode constatar que o reconhecimento dos direitos da manifestação da sexualidade das pessoas com deficiência é quase inexistente, sendo-lhes dadas poucas possibilidades de compreender as emoções experimentadas, e conseqüentemente, dificultando a exploração da sua curiosidade sexual (Horton, Millea & Tharinger, 1990, citados por Bastos & Deslandes, 2005). Como consequência deste ambiente segregador e pouco estimulante, a maioria destes jovens entendidos como “assexuados” manifestam um elevado nível de afetividade perante os seus pais, assim como para o seu grupo de pares, com os quais tem oportunidade de se relacionar (Albuquerque & Ramos, 2007; Franco, 2012; Silva, 2012).

Por sua vez, Colle (1988, citado por Ribeiro, 2001) defende que a sociedade de consumo determina a ideia de que apenas os belos, jovens, magros é que se enquadram nos padrões de estética e que apenas eles têm direito a uma vida sexual. A sociedade desenvolve, assim, problemas ilusórios, devido ao afastamento dos padrões de perfeição, travando a procura da felicidade. Jovens portadores de deficiências são estimulados a permanecerem indefesos, passivos, pouco assertivos, dependentes e possuidores de culpa por não pertencerem aos padrões de estética estipulados pela sociedade. Esta mensagem é mais grave para estes jovens porque apresentam, frequentemente, dificuldades em compreender e apreender a informação transmitida pelos meios de comunicação, o que pode deturpar os seus conhecimentos ao nível da sexualidade. Em paralelo a inexistência de orientação sexual em contexto familiar ou institucional agrava os preconceitos e as atitudes destes jovens face à sexualidade (Glat, 2004). De facto, a maior parte dos jovens relata que os conhecimentos obtidos ao nível da sexualidade são transmitidos por amigos, e por meio da televisão, o que se traduz num reduzido acesso a informação correta e credível (Araújo, 2002; Cunha, Pires & Vilar, 2012).

Importa assim ter em atenção que a adolescência é uma época privilegiada para se iniciar o movimento de garantia desses direitos. Nesta etapa do desenvolvimento é importante a

inserção em atividades que promovam maiores habilidades e competências, que resultarão na formação de indivíduos mais autónomos, com maior responsabilidade e possibilidades de escolhas, contribuindo para que o exercício da sexualidade se dê de forma mais satisfatória e protegida (Silva, 2012).

Segundo Ribeiro (2001), a sexualidade não apresenta somente uma componente biológica, integra de igual modo, o sexo erótico, na procura exclusiva do prazer e da satisfação. No entanto, o sexo é aceite pela sociedade quando se pretende a reprodução, sendo que a vertente recreativa só seja aceite em determinadas circunstâncias, o que na deficiência intelectual a recusa é bastante evidente. O namoro é talvez, a única oportunidade que estes jovens têm para manter um relacionamento afetivo e uma aproximação íntima. Namorar, amar e sentir-se amado são ambicionados por qualquer pessoa. É através do beijo, das carícias do contacto íntimo que se expressa a procura de prazer, e que não tem como objetivo único a relação sexual coital (Moukarzel, 2003), sendo muitas vezes associada ao prazer de usufruir a uma vida partilhada com outra pessoa, valorizando a companhia e a amizade (Ribeiro, 2001). Num estudo realizado por Hillier, Johnson e Harrison (2002) com 25 adultos australianos portadores de deficiência intelectual, os autores verificaram que a maioria dos inquiridos são sexualmente ativos, revelando que este comportamento não é aceite pelos que os rodeiam. Também outros autores concluíram que são os próprios indivíduos com deficiência que consideram as relações heterossexuais, masturbação e a homossexualidade errada e inadequada (Bhagwanjee, Chohan, Dawood & Govender, 2006; Butler, Galeo & Iacono, 2004; Edmonson & Wish, 1975, citados por McCabe, 1999). Estes resultados indicam que a grande percentagem dos participantes apresentam atitudes negativas sobre a expressão sexual. Contrastando com estas conclusões, Timmers, Du Charme e Jacó (1981, citados por McCabe, 1999), demonstram que indivíduos portadores de deficiência intelectual leve, apresentavam sentimentos positivos sobre a auto masturbação, a masturbação, namoro e contacto físico, assim como beijos heterossexuais e abraços. Do mesmo modo, resultados de outra investigação assinalaram que estes jovens manifestavam expectativas de namoro, casamento e filhos (Denári, 1997) e que afirmam naturalmente que é habitual namorar nas instituições e escolas, assumindo que lhes são prestadas orientações e apoio quando necessário (Glat, 2004). No entanto, o estudo de Timmers, Du Charme e Jacó (1981, citados por McCabe, 1999) constatou que na generalidade os participantes reconheceram dificuldades em falar sobre sexualidade com outros. Essa dificuldade, provavelmente, será consequência das atitudes negativas, geralmente, demonstradas pelos pais e cuidadores no que concerne à expressão da sexualidade entre pessoas com deficiência intelectual.

Assim, o desenvolvimento de uma sexualidade harmoniosa e prazerosa depende da realização e implementação de estratégias educacionais eficazes que contribuam para a promoção da expressão saudável da sexualidade de modo a não ser percebida como patológica (Aranha & Maia, 2005; Maia, 2001; Silva, 2012).

Ainda de acordo com Glat (1992) é um estereótipo associar aos deficientes mentais uma incapacidade de expressar suas emoções, desejos e sentimentos. Refira-se contudo, num estudo de Maia (2001), em que foi possível constatar que jovens com deficiência mental, são capazes de reconhecer a sua identidade sexual e de reproduzir papéis sexuais socialmente vigentes na cultura, distinguindo masculinidade de feminilidade através do vestuário e dos acessórios.

No entanto, alguns jovens com deficiência intelectual cingem-se a experiências de namoro limitadas a contatos físicos restritos e a um grau de intimidade bastante superficial, com ausência de relações sexuais (Maia, 2001). Neste sentido, algumas investigações tentaram compreender as vivências sexuais dos jovens com deficiência, concluindo que existe alguma tendência para a presença de comportamentos de risco e dificuldade em manter relacionamentos mais próximos por parte de jovens e adultos portadores de deficiência intelectual (Bhagwanjee et al., 2006 Butler et al., 2004; Edmonson & Wish, 1975, citados por McCabe, 1999). Por sua vez, Glat (2004) afirma que os jovens portadores de deficiência estão mais suscetíveis e vulneráveis a situações de risco e exploração sexual, devido à sua carência afetiva. Estudos realizados com estudantes portadores de deficiência intelectual e não portadores indicam que se registam mais casos de abusos sexuais no grupo de estudantes que apresentam patologias (McCabe & Szollos, 1995). A ausência de acompanhamento direto ou próximo dos relacionamentos do jovem portador de deficiência intelectual por parte de um adulto ou outro jovem poderá levar a que este jovem seja um alvo fácil para que estranhos procurem aproveitar-se sexualmente (Glat, 2004; Silva, 2012). Assinala-se ainda que este facto tem mais tendência a acontecer porque estes jovens estão habituados a acreditar nas opiniões e perspetivas dos outros, o que os leva a não questionarem as suas decisões. Observam-se frequentemente ainda relações desequilibradas, onde as responsabilidades dos jovens são assumidas por outros. No entanto, verificou-se que a disponibilidade para ouvir e oferecer suporte de forma respeitosa, promove nestes jovens o desenvolvimento de uma imagem positiva, apesar da dependência (Lofgren-Martenson, 2004).

Ao nível da perceção do jovem portador de deficiência, investigações realizadas para averiguar de que modo a sua sexualidade era percebida, demonstraram que as relações de amizade estabelecidas ocorriam unicamente entre os jovens da instituição, dado que esta

população raramente integra outros grupos sociais. No que se refere à prática masturbatória, esta era realizada na casa de banho à semelhança dos outros jovens das suas faixas etárias (Glat & Freitas, 2007).

Neste mesmo sentido, Martins (1995) realizou um estudo em meio institucional, através de observações sistemáticas, durante 10 dias, a 45 jovens e adultos portadores de deficiência intelectual moderada, severa e profunda. Estas observações tinham como objetivo contabilizar a frequência com que comportamentos afetivo-sexuais (verbais e não verbais) ocorriam. Os resultados apontam que apenas 32 dos indivíduos observados manifestaram este tipo de comportamentos. No que se refere aos comportamentos de índole verbal, registaram-se diversos tipos de verbalizações e com alguma frequência. Os resultados mais significativos incidiram, por ordem decrescente, em “*vou casar*”, “*namoro com...*”, “*meu amor*”, e “*dá-me um beijinho*”. Ao nível dos comportamentos não verbais registaram-se beijos na cara, abraços, festas e outros contactos físicos, dar a mão, beijos na boca e apalpar.

Em síntese, as várias investigações detalhadas anteriormente reforçam que a sexualidade dos jovens com deficiência intelectual não deve diferir da dos outros adolescentes. Não obstante, verifica-se que possuem conhecimentos precários, incorretos e superficiais no que concerne à sexualidade, nomeadamente sobre as funções corporais, reprodução, nascimento, doenças sexualmente transmissíveis, contraceção e sentimentos (Almeida, 2010; Aranha & Maia, 2005; Leutar & Mihokovic, 2007; Glat, 2004; Glat & Freitas, 2007). Assinale-se ainda que por vezes uma grande percentagem não manifesta a sua necessidade de amor e expressão sexual, sendo tudo isto agravado pelo preconceito dos técnicos e cuidadores face a esta questão tão fundamental na sua vivência.

## **Capítulo 2. Atitudes**

### **2.1 Atitudes face à Deficiência Intelectual**

Na perspectiva de Eagly e Chaiken (1993, citados por Lima, 2006) as atitudes referem-se à disposição que o indivíduo possui para agir favorável ou desfavoravelmente em relação a uma situação, acontecimento específicos ou perante um objeto, tendo em conta a forma como esse acontecimento foi sentido pelo mesmo, não sendo apenas determinado pelos conhecimentos adquiridos ao longo do tempo. As atitudes vão sendo formadas ao longo da vida, no decorrer de acontecimentos e experiências vividas.

As atitudes, segundo Insko e Schapler (1980, citados por Fuertes & López, 1999) são caracterizadas por uma predisposição para se comportar de determinada maneira, de constituírem opiniões e sentimentos, podendo ser alteradas a partir de novos conhecimentos e experiências, determinando a forma de agir e pensar dos indivíduos.

Deste modo, as atitudes referem-se sempre a experiências subjetivas que revelam o posicionamento de uma pessoa ou de um grupo, dirigindo-se a um objeto e apresentam uma dimensão avaliativa, positiva ou negativa (Lima, 2006). De acordo com Triandis (1971, citado por Ramos, 2005) a atitude é essencialmente uma ideia revestida de emoções sentidas face a um determinado acontecimento e a avaliação que se atribui ao mundo circundante.

No que se refere às atitudes da sociedade perante a deficiência intelectual, constata-se que desde sempre existiram opiniões contraditórias acerca desta parcela da população. Por um lado ganhavam forma os sentimentos de repulsa e indiferença, por outro, verificam-se comportamentos de superproteção e de pena.

A investigação acerca da deficiência intelectual é marcada por três períodos fundamentais, cujo início se situou no século XIX, período caracterizado pelo crescente desenvolvimento científico da área da Biologia e Medicina, na evidência das propostas de identificação e classificação da deficiência mental comparativamente a outras deficiências, e especificamente na distinção de doença mental (Rynders, 1987, citado por Morato, 1995).

No segundo período, desde o final século XIX até à Segunda Grande Guerra, a grande preocupação incidia na definição e classificação da deficiência mental. As investigações levadas a cabo durante esta época suportaram as diferenças encontradas entre doença e deficiência mental, caracterizando esta última com base numa correlação geralmente encontrada entre uma medida baixa de capacidade intelectual e as dificuldades de aprendizagem subjacentes (Binet, 1909, citado por Morato, 1995).



Por último, o terceiro período compreende o pós-guerra até à atualidade e caracteriza-se por uma atitude de mudança decorrente da evolução científica e pelo surgimento dos movimentos humanitários pelo reconhecimento dos direitos de igualdade dos grupos socialmente desfavorecidos, das minorias étnicas e das pessoas portadores de deficiência (Morato, 1995).

Ao longo da história da humanidade os portadores de deficiência intelectual têm vindo a ocupar diversos lugares na sociedade, revestidos de possibilidades de vida diversas. Atualmente os estudos apresentam, ainda, a existência de algumas concepções estereotipadas e preconceituosas em relação a esta parcela da população, tanto por parte de pais como de profissionais.

## **2.2 De que modo é percecionada a sexualidade do adolescente com deficiência intelectual**

### **2.2.1 Sociedade**

Apesar de, ao longo das últimas décadas, se terem sentido bruscas mudanças de atitudes relativas à deficiência intelectual, existe ainda um aspeto das suas vidas que permanece muito restrito, a sexualidade (Bryde & Cuskelly, 2004; Félix, 2003; Franco, 2012).

No decorrer dos anos ocorreram mudanças no comportamento sexual ocidental, (Brandão & Heilborn, 1999; Loyola, 1999) uma maior aceitação da prática masturbatória e uma diminuição da valorização da virgindade, refletindo uma atitude mais libertária nessa área (Parker, 1991). Contudo, estas modificações não atingiram igualmente todas as camadas da população (Desser, 1993). As pessoas com deficiência intelectual fazem parte do grupo que não beneficiou muito com as mudanças na área da sexualidade (Franco, 2012). Esta ausência talvez se relacione com os preconceitos e a discriminação ainda presentes, que muitas vezes sustentam a ideia de que estas pessoas não têm o direito de exercer a sua sexualidade (Bastos & Deslandes, 2005; Franco, 2012; Silva, 2012). Bastos e Deslandes (2005) argumentam que permanece a mentalidade de que as pessoas com deficiência intelectual não teriam esta dimensão no seu desenvolvimento, pois as mudanças físicas não corresponderiam às psicossociais. Acrescentam contudo que, constituindo-se como algo fundamental do ser humano, a sexualidade deveria assumir uma maior amplitude de debate na sociedade, em especial nas famílias que encontram dificuldades para a discussão do assunto com os seus filhos adolescentes, principalmente quando eles têm deficiência intelectual, de forma a contribuir para que estes tenham uma vivência da sexualidade com menos estigmas, menos exposta a riscos e, conseqüentemente, mais satisfatória (Bastos & Deslandes, 2005).

Assim, no que se refere à sexualidade da pessoa portadora de deficiência intelectual verifica-se, ainda, a atuação conjunta do preconceito e da discriminação o que contribui para a manutenção da perspectiva existente até então, de que a pessoa com deficiência não tem direito a vivenciar a sua sexualidade, devido à sua incapacidade (Almeida, 2010; Franco, 2012; Pinheiro, 2004; Silva, 2012).

Booth e Booth (1994, citados por Bryde & Cuskelly, 2004) através de um estudo desenvolvido averiguaram que grande parte da população defendia os direitos de pessoas com deficiência intelectual em áreas como trabalho e lazer, mas essas mesmas pessoas estavam relutantes em fazer o mesmo para atender o seu desejo de casar ou começar uma família.

Na perspectiva de Bastos e Deslandes (2005) o reconhecimento dos direitos de manifestação da sexualidade na deficiência intelectual é inexistente “sendo-lhes dadas poucas possibilidades de compreender as emoções despertadas por ela, conseqüentemente, dificultando a exploração da sua curiosidade sexual” (p. 393). Inclusivamente, num estudo realizado na Áustria, Carlson, Taylor e Wilson (2000, citados por Bryde & Cuskelly, 2004) alegaram que muitos jovens com deficiência intelectual estavam a ser esterilizados, mesmo que estes indivíduos tivessem mostrado interesse na atividade sexual.

Muito frequentemente, aspetos relacionados como o desabrochar da sexualidade dos adolescentes com deficiência intelectual trazem preocupações aos pais e à sociedade, de um modo geral, traduzida por atitudes repressoras e discriminatórias, considerando-os, pela sua inocência sexual, eternas crianças, o que conseqüentemente impossibilita o desenvolvimento pleno do indivíduo (Almeida, 2010; Franco, 2012). Esta conceção é constantemente transmitida a estes jovens, que aprendem precocemente a não reconhecer o processo evolutivo no que se refere à sua sexualidade (Glat, 2004).

Para Giami (2000), há um imaginário social que constrói a sexualidade da pessoa com deficiência intelectual a partir de um conjunto de representações relativas à monstruosidade e à anormalidade, ficando a cargo das famílias e dos profissionais da educação o controlo da sua manifestação (Bastos & Deslandes, 2005). Existe portanto a necessidade de evitar a reprodução, e este estigma encontra-se maioritariamente associado à dificuldade que as pessoas apresentam em lidar com a sua própria sexualidade (Amaral, 1994, citado por Pinheiro, 2004; Franco, 2012).

Na perspectiva de Fuertes e López (1999) é possível identificarem-se dois polos no que se refere às atitudes pessoais a respeito da sexualidade. O primeiro é definido em termos conceptuais por uma visão que assenta na sexualidade como vertente reprodutiva, definida por “atitude conservadora”. O segundo polo, designado por “atitude liberal”, apresenta uma

visão da sexualidade que transcende a função reprodutora, considerando-a como parte integrante da comunicação entre dois seres, respeitando a procura de afetividade e de prazer.

Muitos mitos que permanecem em relação à sexualidade na deficiência são gerados na sociedade que persiste na observação das limitações em vez de se focar nas capacidades que estes indivíduos apresentam (Colle, 1988, citado por Ribeiro, 2001; Franco, 2012).

De acordo com Ribeiro (2001), um dos principais obstáculos e dificuldades da sociedade no que se refere à aceitação da sexualidade na deficiência intelectual está ligado a crenças religiosas enraizadas, sendo que a religião segundo Lukoff (1992, citado por Faria & Seidl, 2005) é definida pela adesão a um conjunto de valores, crenças e práticas pertencentes a uma determinada organização religiosa. Neste sentido, a influência da religião, foi alvo de estudo no âmbito da educação sexual, no intuito dos investigadores estabelecerem uma relação entre a religiosidade e a sua prática com as atitudes e o conforto na implementação de um programa de educação sexual (Macário, 2010; Reis & Vilar, 2004). No entanto, nenhum desses estudos apresentou resultados concordantes com a teoria da religião, uma vez que as pessoas mais religiosas não apresentaram crenças diferentes face à sexualidade dos indivíduos com deficiência intelectual. Não obstante, conclusões de um estudo realizado acerca de atitudes em relação ao comportamento sexual de pessoas portadoras de deficiência indicam uma mudança ao nível das atitudes, verificando-se que estas se têm vindo a revelar menos conservadoras ou seja, uma ampla gama de comportamentos sexuais são agora considerados como aceitáveis, contrariamente ao que acontecia anteriormente (Minnes & Murray, 1994).

Em suma, conforme explanado verifica-se que até ao século XX existia a segregação de pessoas com deficiência intelectual, sendo ignorada a necessidade de afeto e da expressão da sexualidade. No entanto, o paradigma atual tem vindo a reconhecer a importância de crescer junto com as famílias de modo a proporcionar um contexto de vida o mais normal possível. Atualmente existem adultos com deficiência intelectual que vivem em casas com pequenos grupos, beneficiando de ajuda externa, diferindo ainda da vida de outros adultos, uma vez que estas pessoas não vivem juntas como um casal ou uma família, mas sim com supervisão de uma equipa (Lofgren-Martenson, 2004). No futuro espera-se que exista maior abertura face à sexualidade de forma a que estes indivíduos possam ter um desenvolvimento em todas as dimensões das suas vidas.

### **2.2.2 Profissionais de Educação e Saúde**

No contexto institucional, alguns profissionais elaboram uma conceção acerca da sexualidade atribuindo-lhe características próprias, fundamentada na hipótese de que estes indivíduos apresentam uma sexualidade incontrolável ou inexistente (Albuquerque & Ramos, 2007).

Segundo Pinheiro (2004), os profissionais têm uma visão da sexualidade na deficiência intelectual como selvagem e incompleta, considerando que as manifestações destes jovens são desprovidas de afetividade, fundamentando-se na masturbação em público, exibicionismo, condutas homossexuais e dificuldade em controlar os impulsos sexuais.

Denari (1997) constatou a existência de tentativas, por parte das instituições, de suprimirem e reprimirem a sexualidade destes jovens por meio de outras atividades (desportivas e artísticas) ou através de vigilância persistente.

De facto, quer os profissionais quer os familiares relatam sentimentos de ambivalência quando se aborda a questão da sexualidade de jovens portadores de deficiência intelectual. Perante esta dualidade, existe vontade de proporcionar oportunidades para os jovens decidirem por si próprios, no entanto, sentem este desafio bastante difícil por se tratar de questões relativas à sexualidade, nomeadamente pelo medo da gravidez, do abuso sexual ou da perda de controlo (Lofgren-Martenson, 2004; Silva, 2012).

Segundo Lofgren-Martenson (2004) é possível verificar-se que progressivamente profissionais e familiares de jovens portadores de deficiência intelectual disponibilizam novas e diferentes alternativas de interação social demonstrando uma maior abertura às diferentes necessidades apresentadas por estes jovens, nomeadamente a amizade em vez das relações sexuais, mesmo se o amor está envolvido, limitando assim as suas vidas. A probabilidade de encontrar um parceiro aumenta quando ambos expressam linguagem corporal ao mesmo nível e da mesma forma, traduzindo-se obviamente na sexualidade.

Num estudo conduzido por Aranha e Maia (2005), que envolveu 40 professores de alunos com deficiência, foi possível apurar que as manifestações sexuais relatadas pelos professores não correspondem aos comportamentos sexuais do deficiente como exagerados ou prematuros, não se verificando ocorrência de comportamentos sexuais grotescos ou aberrantes. Verificou-se também noutros estudos que os professores não sabem lidar com as manifestações sexuais dos alunos portadores de deficiência, tal como beijos, abraços ou masturbação em público (Maia, 2001; Maia & Aranha, 2003).

Um maior conhecimento da temática pelos profissionais da saúde pode-se refletir numa melhor abordagem, tanto com os familiares quanto com os adolescentes, favorecendo o cumprimento dos seus direitos, incluindo os sexuais (Franco, 2012; Loureiro, 1999; Silva,

2012). No entanto, Brown e Pirtle (2008) relembram que professores e técnicos que trabalham com jovens portadores de deficiência mental, apresentam alguma relutância no envolvimento com processos educativos ao nível da sexualidade devido a crenças morais, a atitudes repressoras e à falta de confiança nas suas capacidades para proporcionar uma educação sexual adequada e a disponibilidade de materiais de educação sexual apropriados.

### **2.2.3 Família**

O contexto familiar é um local de excelência para a comunicação e onde ocorrem as primeiras aprendizagens, tornando-se, assim, fundamental que os pais se assumam como orientadores nas diferentes áreas, nomeadamente na área da sexualidade (Cunha, Pires & Vilar, 2012; Moreira (s.d.) Silva, 2012). Assim, atitudes sexuais têm a sua origem no seio familiar, constituindo-se como um processo cultural (Amaral, 2004). Neste sentido, a atitude da família interfere no processo de inclusão e nas defesas contra a discriminação, num período crítico para o desenvolvimento e estruturação da personalidade.

É a família que assume grande parte da responsabilidade em propiciar que o filho estabeleça relações saudáveis com outras pessoas, integrando-se em grupos sociais diversos. No caso do adolescente com deficiência, devido às suas limitações, podem apresentar poucas habilidades e competências tendo dificuldade na separação dos pais e em fazer amigos (Costilla, Néri, Pinto & Soares, 2003, citados por Bastos & Deslandes, 2005; Silva, 2012).

Na etapa da adolescência, com o despertar da sexualidade genital, os pais deparam-se com novos desafios para a inclusão social dos seus filhos com deficiência intelectual (Bastos & Deslandes, 2005). Os pais nesta fase manifestam apreensão perante as manifestações sexuais, como a masturbação, e dificuldades em gerir manifestações da sexualidade, nomeadamente no que se refere à frequência das práticas masturbatórias (Ribeiro, 2001).

Cada família é detentora de um conjunto muito particular de valores, podendo ser liberal ou conservadora, o que define em grande parte a educação oferecida aos filhos, promovendo ou restringindo o seu desenvolvimento sexual (Cunha, Pires & Vilar, 2012; Sayão, 1997, citado por Amaral, 2004). No entanto, acompanhar e orientar, é sinónimo de se encontrar alerta, pois todos os dias surgem pequenas mudanças e descobertas ao nível do desenvolvimento e é fundamental, para os cuidadores que saibam compreender e responder aos principais desafios que ocorrem ao nível do desenvolvimento, independentemente dos valores ou estilo parental que adotem.

Ao nível da educação sexual, segundo Almeida (2010), é esperado dos pais, uma educação adequada aos seus filhos, uma vez que o contexto familiar é o núcleo da consciência moral.

Um estudo desenvolvido por Pinheiro (1996), com o objetivo de conhecer as concepções de pais e profissionais, acerca de aspetos relativos à educação sexual, masturbação, relacionamentos e abuso sexual na população com deficiência intelectual, veio demonstrar que os pais percecionam a sexualidade dos seus filhos essencialmente como um problema. Uma grande percentagem dos pais oculta informações pois consideram que estas irão estimular a sexualidade e que sejam sinónimo de aceitação de uma relação sexual.

Como referido anteriormente, os pais tendem a procurar explicações para justificarem o facto de recalcarem a sexualidade dos seus filhos quando estes possuem uma deficiência a nível cognitivo, sendo que a fundamentação assenta fundamentalmente na dificuldade ou incapacidade que os filhos apresentam para a realização de aprendizagens (Amaral, 2004; Ribeiro, 2001). Conclui-se ainda, que os pais, por vezes “sufocam” os seus filhos, verificando-se uma ausência de privacidade que os leva a intensificar a realização de comportamentos inadequado, dado que não existe lugar a aprendizagem do socialmente correto. A superproteção desmedida é um mecanismo de proteção utilizado pelos pais para evitarem que os filhos sofram danos emocionais por uma sociedade insensível à sua condição (Ribeiro, 2001; Silva, 2012).

Constata-se que regra geral, os pais consideram os filhos com deficiência intelectual imaturos, com incapacidades ao nível das possibilidades de trabalho e de independência, particularmente nos relacionamentos afetivos e sexuais, diminuindo assim o desenvolvimento da autonomia, mantendo sempre a expectativa que o filho se irá comportar de forma infantil. Os pais ostentam, assim, a necessidade de se encontrarem sempre juntos dos filhos, caracterizando-se como insubstituíveis e revelando o medo de morrer e de poderem vir a deixá-los “sozinhos”. De facto, reforçar a visão que os filhos portadores de deficiência intelectual permanecem eternamente crianças deforma o modo como se atende às suas verdadeiras necessidades, sustentando e fortalecendo a sua dependência e insegurança. Atesta-se, assim, que a pessoa com deficiência é prejudicada no seu desenvolvimento e maturação psico-sexual, pois não existe a estimulação para continuar a crescer (Albuquerque & Ramos, 2007; Camossa & Maia, 2003; Ribeiro, 2001).

Giami e D` Allones (1984) relatam as diferentes representações que pais e profissionais apresentavam relativamente à sexualidade de jovens portadores de deficiência intelectual. Os pais representavam os seus próprios filhos como anjos, assexuadas, não obstante os

profissionais que com eles trabalham consideravam-nos feras, hipersexuadas (Amaral, 2004; Camossa & Maia, 2003).

Grande parte dos pais expressam atitudes negativas quando são abordadas as possibilidades de aprendizagem em diversas áreas, nomeadamente os comportamentos afetivos e sexuais apresentando uma elevada recusa por este domínio. Existe ainda dificuldade em abandonar os preconceitos acerca da deficiência e da sexualidade presentes na sociedade, caracterizados como geradores de angústias e dúvidas, em detrimento de concebe-la como possibilidade da existência humana (Boemer & Souza, 2003; Ribeiro, 2001).

Num estudo de Ribeiro (1995), em que foram realizadas entrevistas a pais de raparigas com deficiência intelectual, o autor observou através dos resultados a negação da sexualidade destas jovens, e até mesmo da obtenção de prazer através da masturbação. Contrariamente ao estudo anterior, resultados de investigações realizadas nas últimas décadas, Parsons (1982, citado por Bryde & Cuskelly, 2004) verificou que 38% dos pais de adultos com deficiência responderam positivamente a uma declaração sugerindo que o sexo consensual entre estes adultos deve ser permitido. No ano de 1991, 85% dos pais concordaram com esta informação (Fisher, 1991).

Refira-se no entanto, segundo um trabalho de Glat (2004), a maioria dos pais, incluídos no estudo, afirma orientar os seus filhos de modo a prevenir que estes corram riscos e que saibam comportar-se na presença de estranhos.

Verifica-se ainda receio de abuso sexual e de uma gravidez decorrente, sendo que os métodos contraceptivos, inclusive a esterilização, são discutidos. É frequente que os pais manifestem preocupações acerca de possíveis abusos sexuais dado a deficiência cognitiva, física ou sensorial que os seus filhos apresentam, e que os torna mais carentes. Num estudo com pais, efetuado por Ribeiro (1995), estes relatam que limitam o contacto dos seus filhos com adolescentes sem deficiência, uma vez que permanece o receio que possam vir a abusar sexualmente dos filhos. Nesse mesmo estudo constatou-se que os pais reconhecem os interesses e manifestações sexuais dos filhos, no entanto não sabem como lidar com esta situação, preferindo que os filhos nunca manifestassem desejos sexuais (Ribeiro, 2001). Para alguns pais a discussão de temas como métodos contraceptivos é bastante constrangedor uma vez que para eles é difícil de entender que os seus filhos possam vir a ter uma vida afetiva e sexual, e conseqüentemente uma possível gravidez (Glat, 2004). Verifica-se que as maiores preocupações de pais de rapazes incidem no comportamento homossexual e na prática de masturbação, enquanto os pais de raparigas se preocupam essencialmente com o namoro (Pinheiro, 2004).

A negação da sexualidade destes jovens pelos pais traduz-se num comportamento de proteção ineficaz, no entanto compreensível, uma vez que a aceitação dos seus filhos como seres sexuados implica a confrontação com as consequências do exercício da sexualidade (Ribeiro, 1995, 2001).

Estudos realizados por Cuskelly e Gilmore (2007) indicam que as atitudes dos pais e profissionais são essenciais para a quantidade e o tipo de informação disponibilizada aos indivíduos cognitivamente limitados. Um indicador importante da inclusão na comunidade traduz-se portanto, numa atitude positiva em relação à sexualidade e o aparecimento dos direitos sexuais destes indivíduos.

Também Almeida (2009) refere que diversos estudos sugerem que tanto os pais como os profissionais não estão preparados para lidar com um tema tão delicado, apresentando atitudes confusas e ambivalentes quanto à sexualidade dos filhos e alunos portadores de deficiência mental. O facto dos pais não saberem lidar a sexualidade dos filhos resulta num défice de informação que pode conduzir a comportamentos de vulnerabilidade e suscetibilidade, decorrentes da não orientação. Estes comportamentos podem traduzir-se pelo desespero em gerir as suas manifestações sexuais, o que pode afetar o exercício da tomada de decisão, potenciar uma baixa autoestima, necessidade de afirmação perante os pares e dificuldade em gerir os conflitos entre sentimentos e razão (Figueiredo, 2010; Silva, 2012).

A escola/instituição e a família partilham um sentimento comum, a insegurança em atuar perante manifestações sexuais de jovens com deficiência intelectual. As atitudes exteriorizadas acarretam duas consequências de relevo, a construção da identidade e do autoconceito do adolescente, e a potencialização os riscos provocados pelo desconhecimento da própria sexualidade, num momento crucial do seu desenvolvimento (Glat, 2004).

De acordo com os estudos apresentados e descritos na literatura científica, emerge a necessidade de se desenvolverem programas e estratégias de modo a colmatar as carências desta população, assim como capacitar técnicos e familiares a responderem adequadamente as suas necessidades e carências de modo a promoverem um desenvolvimento positivo a estes jovens. No entanto, há que ressaltar que a visão limitadora poderá influenciar e dificultar a comunicação entre pais e profissionais, formando um novo obstáculo, nomeadamente na implementação de programas de educação sexual (Franco, 2012; Lofgren-Martenson, 2004; Ribeiro, 2001; Silva, 2012).



## **Capítulo 3. Educação Sexual**

### **3.1 Educação Sexual – o que é?**

A educação sexual, à semelhança da sexualidade e da educação, ocorre desde o nascimento, caracterizando-se como um processo de formação que ocorre ao longo do desenvolvimento (Amaral, 2004; Sousa, 2006).

Defende-se que a educação sexual deverá ser implementada o mais precocemente possível, assegurada pelos pais numa fase inicial e posteriormente complementada pela escola e pelos profissionais de saúde, abrangendo todas as crianças e jovens apesar das suas limitações ou características (Félix, 2003; Almeida 2010; Silva, 2012). O tema sexualidade deve ser abordado e esclarecido desde a infância, prevenindo a conceptualização de mitos e atitudes erróneas transferidas de geração em geração (Cavalcanti & Moura, s.d.).

Na perspetiva de Alves e colaboradores (2004) e Alverca e colaboradores (2003) todos os seres humanos são agentes ativos no processo de educação sexual, “porque somos seres sexuados e objeto de um processo educativo desde que nascemos até que morremos” (p. 8). De facto, a sexualidade está sempre presente, inclusive quando não é programada nem planeada, e assume três perspetivas distintas, educação sexual informal, formal ou não formal. A educação sexual informal é definida por uma intervenção não planificada e sistémica, ocorrendo ao longo de todo o desenvolvimento humano e através das experiências do dia-a-dia. A presente via de educação sexual envolve um modo incidental, não intencional e espontâneo e pode ocorrer tanto no sistema educativo ou no seu exterior, no entanto é no seio familiar, que na maioria das vezes, ganha forma (Cardoso et al., 1996). Esta forma de educação sexual está associada a uma forte influência dos modelos sexuais familiares, uma vez que é na família que surgem as primeiras atitudes relativas ao domínio afetivo e sexual, e onde a criança realiza as primeiras aprendizagens através da observação e da experimentação (Collins & Sprinthall, 1999; Ribeiro, 2001).

Apesar das aprendizagens adquiridas por meio de um processo não intencional e não planeado, surge a necessidade de se realizarem ações intencionais com base em princípios e objetivos definidos para a aceitação, compreensão e para a vivência plena da sexualidade (Marques, 1995).

Na educação sexual formal ou não formal verifica-se uma educação sexual intencional e estruturada, ou seja são “processos de aprendizagem sistemática desenvolvidos por profissionais” (Cardoso et al. 1996, p.21). A educação sexual formal distingue-se da não formal uma vez que se desenvolve no seio de uma estrutura curricular, lecionada por

professores habilitados e desenvolvida num tempo pré-estabelecido, caracterizado por um espaço aberto, integrador e flexível de modo a proporcionar conhecimentos diversificados envolvendo alunos e professores de forma ativa e dinâmica. No que respeita à educação sexual informal, esta realiza-se através de atividades extracurriculares, no exterior do contexto curricular, e surge como uma alternativa de complementar ou mesmo colmatar a inexistência de educação sexual no contexto escolar, podendo compreender a colaboração de profissionais de saúde e de educação especializados para tal (Cardoso et al., 1996).

Vilar (2003) define o conceito de educação sexual formal, afirmando que se trata de uma intervenção profissional e intencional, com enfoque nas diversas temáticas relacionadas a atitudes, práticas e conhecimentos acerca da sexualidade, dirigindo-se a diversos grupos-alvo. A educação sexual formal deverá ser percebida como um processo de transmissão de conhecimentos referentes ao desenvolvimento de corpo humano e promotora de comportamentos responsáveis e atitudes positivas que ajudem o jovem na tomada de decisões de uma forma informada e ponderada para uma vida sexual consciente e com menos riscos (Almeida, 2010, Anastácio & Fernandes, 2011; Figueiredo, 2010; Franco, 2012; Moreira, s.d.).

Para o GTES (Grupo de Trabalho de Educação Sexual) (2005), a educação sexual define-se como um processo de transmissão de informação e de formação de atitudes e crenças no que concerne à sexualidade e aos comportamentos a ela associados.

De acordo com a Lei nº60/2009, artigo 2º, a educação sexual tem como finalidades a valorização da sexualidade e afetividade; o desenvolvimento de competências que permitam escolhas informadas e seguras nível da sexualidade; a melhoria dos relacionamentos; a redução dos comportamentos sexuais de risco; a capacidade de proteção perante exploração e o abuso sexual; a valorização de uma sexualidade responsável e informada; o conhecimento do funcionamento do sistema reprodutor; e o reconhecimento da importância de participação no processo educativo de encarregados de educação, alunos, professores e técnicos de saúde.

A educação sexual é uma área sensível da intimidade de um ser humano, revestindo-se de elevada importância na construção pessoal de realização pelo amor, e deste modo deverá realizar-se com responsabilidade e sempre em colaboração com as famílias, constituindo-se um aspeto fundamental a avaliação do impacto da sua intervenção nos diversos públicos (Sousa, 2006).

A educação sexual não se baseia somente em fornecer informações acerca da sexualidade, pois deste modo não será possível alterar comportamentos, neste sentido é bastante relevante a modificação de atitudes relativas à sua vivência (Franco, 2012; Vitiello, 1995). De acordo

com Maia (2001) a educação sexual e os sentimentos, concepções e crenças pessoais que dela derivam exercem uma importante influência nas atitudes e nas ações relativas à manifestação da sexualidade; em contrapartida a repressão da sexualidade exerce um efeito nefasto no desenvolvimento psicossocial do ser humano.

Assim, a educação sexual dirigida a jovens deve ser abordada, como um todo, ou seja, deve-se ter em consideração à realidade de cada jovem de modo a responder às dúvidas e necessidades de cada um, em detrimento da informação que pode considerada importante e que se pense que os jovens gostariam de ouvir, de modo a que os jovens se sintam envolvidos e agentes participativos de todo o processo educativo (Alves et al, 2004).

Félix (2003) defende que a sexualidade e a sua manifestação se encontra presente no quotidiano escolar, uma vez que esta é uma componente do desenvolvimento psicossocial de crianças e adolescentes, nomeadamente num ambiente de socialização, independente da existência de deficiência ou não. É neste sentido que o processo de educação sexual preconiza o envolvimento e a participação de todos (Silva, 2012), com no intuito de esclarecer dúvidas, ouvir e ser ouvido. A implementação da educação sexual deve reconhecer e respeitar a realidade social, cultural e local dos participantes, considerando quotidiano dos participantes e assim recorrer a atividades dinâmicas em grupo, metodologias ativas e partilha de experiências pessoais a partir da criatividade, sem censura nem julgamentos (Figueiredo, 2010; Franco, 2012). Neste sentido, a família assume um papel importantíssimo no processo educativo das crianças, no entanto a escola é caracterizada como o espaço educativo privilegiado, na sua função formativa e informativa, para complementar o papel da família de forma equilibrada na construção de um ser humano consciente da sua própria sexualidade (Almeida, 2010; Carvalho, 2002; Franco, 2012; Macário, 2010; Maia, 2001;).

A educação sexual poderá mediar preconceitos e medos quer da família, quer da escola, e contribuir para a descoberta do valor da sexualidade e para a reflexão do seu significado de modo a integrar-se na estruturação emocional e posteriormente no estabelecimento de relações interpessoais mais satisfatórias (Ministério da Educação 2000). Defende-se assim que a educação sexual, á semelhança da educação geral, deve promover a formação das crianças e adolescentes no sentido de os auxiliar no desenvolvimento e crescimento psicossocial de modo a viver a sua sexualidade e dos demais ajustadamente (Franco, 2012; Vitiello, 1995; Silva, 2012).

A educação sexual nas escolas é atualmente percecionada como um trabalho extremamente relevante, estabelecendo-se uma necessidade no processo de formação no domínio biológico, psíquico e social da vida dos adolescentes (Almeida, 2010; Maia, 2001; Silva, 2012; Vitiello,

1995). A família deverá perceber a escola como a instituição responsável pela educação sexual num contexto educativo e lúdico, no entanto como um complemento da educação recebida em casa.

### **3.2 Educação Sexual na Deficiência Intelectual**

A relação entre sexualidade e deficiência é constantemente percecionada através de preconceitos, o que pode constituir-se como um obstáculo na educação sexual das pessoas portadoras de deficiência (Lofgren-Martenson, 2004; Morales, 2008; Ribeiro, 2001).

Com o desenvolvimento dos princípios e políticas de inclusão após 1994, ano em que se realizou a Conferência Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais em Salamanca na Espanha, e apoiada pela UNESCO, foi defendido que todas as crianças e jovens têm direito à Educação. A Declaração de Salamanca (1994) defende que *“as escolas se devem ajustar a todas as crianças, independentemente das suas condições físicas, sociais, linguísticas ou outras”* (p.6), garantindo uma educação acessível e promovendo uma atitude mais inclusiva e integradora através de uma mudança de atitude na sociedade relativa às pessoas portadoras portadores de necessidades educativas especiais. Esta perspetiva de inclusão vai suscitar a criação de novas propostas educacionais de modo a proporcionar um novo paradigma na educação destes jovens, quer ao nível do contexto académico quer ao nível das atividades da vida diária, tendo em conta o desenvolvimento global do indivíduo (Franco, 2012; Glat, 2004; Ramos 2005; Silva, 2012). Neste sentido, os princípios de inclusão transportam-nos para o domínio do desenvolvimento sexual, uma vez que os jovens portadores de deficiência começam-se a inserir em espaços educacionais e sociais comuns, abandonando os ambientes segregadores em que viviam até então. A partilha de relacionamentos sociais e interpessoais, que requer interação e socialização, torna-os mais recetivos a novas experiências sexuais e, conseqüentemente, mais expostos a situações de risco (Glat, 2004; Pinheiro, 2004; Silva, 2012) surgindo assim a necessidade de uma orientação especializada dirigida ao desenvolvimento da sexualidade.

Não obstante, a educação sexual em meio escolar parece reduzir-se apenas aos alunos com currículos comuns, não ficando definido a sua abrangência a alunos portadores de deficiência intelectual abrangidos com currículos específicos individuais, ao abrigo do artigo 21º do Decreto-Lei nº3/2008. Nesta perspetiva, pressupõe-se que estes alunos não usufruem da educação sexual (Almeida, 2010).

De acordo com Pueschel e Scola (1988, citados por Aranha & Maia, 2005) todas as crianças portadoras de deficiência devem beneficiar de uma orientação ao nível dos conhecimentos do desenvolvimento sexual de modo a que o período de adolescência seja vivenciado de forma mais tranquila, uma vez que ao deterem um conhecimento acerca das mudanças físicas e psicológicas que estão a surgir, ajuda-os a envolverem-se em relacionamentos mais saudáveis na idade adulta. A implementação da educação sexual torna-se, assim, essencial quando se trata de pessoas com deficiência intelectual, uma vez que a orientação nesse sentido promove a aquisição de habilidades sociais a um nível mais complexo que permitem melhorar os relacionamentos interpessoais (Atkinson, Ward & Windsor, 2012; Ribeiro, 2001; Silva, 2012).

Ribeiro (1995) afirma ainda que existe a necessidade de compreender de que modo o processo de educação sexual (que envolve todos os aspetos desenvolvimentais incluindo a aprendizagem de regras sociais no âmbito da sexualidade) na deficiência intelectual tem contemplado a sexualidade destes jovens na partilha de afeto e na exteriorização dos desejos sexuais, presentes em todos os seres desde o nascimento.

Observa-se, que neste período do desenvolvimento, tanto pais como profissionais procuram respostas eficazes de modo a contornarem os problemas, dos seus educandos, enfrentados durante o desenvolvimento sexual, pois não sabem como lidar com eles (Bazzo et al., 2007; Ribeiro, 2001, Silva, 2012). A ansiedade vivida leva a uma procura incessante de fórmulas de atuação segura e eficiente de conduzir os comportamentos de maneira adequada. No entanto, apesar da aprendizagem do modo como atuar perante um determinado comportamento, para a maioria, na prática é bastante complicado executá-lo, uma vez que este domínio poderá encontrar-se associado a atitudes negativas desenvolvidos no decorrer no seu próprio desenvolvimento sexual (Ribeiro, 2001; Silva, 2012).

O excesso de proteção dos pais para com os filhos portadores de deficiência intelectual é um ponto essencial a ser debatido, uma vez que este padrão comportamental restringe as oportunidades de aprendizagens no que se refere às condutas sociais no âmbito da sexualidade (Ribeiro, 2001).

Deste modo, defende-se que a planificação de um programa de educação sexual dirigido a jovens portadores de deficiência intelectual, deverá ser antecedida por uma intervenção junto de pais e profissionais que trabalham diretamente com estes jovens, uma vez que desempenham um papel determinante na sua formação. Esta intervenção deverá como finalidade fornecer informações de modo a que os agentes intervenientes no processo educativo reflitam perante as suas atitudes e valores relativos à sexualidade humana e de que

forma estes poderão interferir o desenvolvimento da sexualidade dos seus filhos e/ou alunos (Félix 1997, Franco, 2012; 2003; Ribeiro, 2001; Silva, 2012). Para além disso no quotidiano das famílias e das escolas é fundamental a existência de disponibilidade para ouvir e dar atenção aos desejos, expectativas e necessidades expressas por estes jovens no que se refere aos aspetos de suas vidas afetiva e sexual (Félix, 2003; Ribeiro, 2001). É, assim, importante que a intervenção seja dirigida aos pais, técnicos e utentes e que esta se realize de acordo com os interesses, necessidades e particularidades dos participantes (Ferreira, 2009; Silva, 2012).

Reveste-se de importância que familiares e profissionais de educação incentivem os jovens portadores de deficiência intelectual a estabelecer relações afetivas, tanto de amizade como namoros. Estes jovens têm a necessidade de vivenciar oportunidades semelhantes aos outros adolescentes na área da sexualidade, sendo que a adequação de tais comportamentos é aprendida e adquirida no decorrer do processo de socialização, com a ajuda de pais e educadores (Ribeiro, 2001). Torna-se pertinente, a aprendizagem de como reagir perante os diferentes agentes de socialização (amigos, namorado/a, companheiro, desconhecidos), uma vez que a ausência de limites nas distintas relações afetivas pode suscitar comportamentos inadequados entre estes jovens e os outros membros da sociedade (Ribeiro, 2001).

A importância da Educação Sexual é ainda visualizada face à prevalência de atitudes negativas perante as possibilidades de aprendizagem de crianças e jovens com deficiência intelectual. Esta visão pode ser modificada se se registar um aumento de oportunidades com recurso a técnicas educacionais eficazes que promovam a aquisição de conhecimento, aprendizagem de comportamentos e condutas socialmente adequadas (Batista & Morales, 2010; Franco, 2012; Ribeiro, 1995; Ribeiro, 2001; Silva, 2012). É neste sentido que Aranha e Maia (2005), Franco (2012) e Silva (2012) defendem que a orientação sexual desenvolvida pelos mesmos objetivos educacionais e com recurso a meios e estratégias adaptadas a diferentes limitações, teria um impacto bastante significativo na vivência sexual de jovens portadores de deficiência intelectual.

No domínio da educação sexual, não existe uma idade certa de atuar, nunca é cedo de mais para informar, desde que a informação seja adequada e dirigida ao nível intelectual e emocional e à faixa etária de cada pessoa (Almeida, 2010; Ribeiro, 2001), sendo que as explicações devem ser reproduzidas de modo simples de modo ser perceptíveis e com o objetivo único de aumentar o nível de conhecimento de cada educando. Na perspetiva de Ferreira (2009) a educação sexual deve ocorrer o mais precocemente possível, para que a criança cresça num ambiente em que os conceitos de amor, contacto físico, respeito com o seu

próprio corpo e com o do outro, responsabilidades pelos seus sentimentos sejam apreendidos e sem que sintam culpa ou vergonha dos acontecimentos vivenciados.

De acordo com a pesquisa bibliográfica constatou-se que pessoas com limitações cognitivas apresentam conquistas e sucessos que eram antes impensáveis, nomeadamente os conhecimentos que podem adquirir acerca dos papéis sexuais, vida em família e questões relativas ao casamento, resultantes de programas de estimulação precoce e do aperfeiçoamento das técnicas de aprendizagem, não inseridas em políticas educacionais segregacionistas (Ribeiro, 2001; Silva, 2012).

Neste sentido, a educação sexual deve ser considerada como parte integrante do processo de educação global de qualquer pessoa, seja portadora de deficiência ou não. Na perspectiva de diversos autores a implementação adequada de educação sexual reduz a probabilidade da ocorrência de comportamento inadequados, de risco de exploração e abuso sexual, gravidezes indesejadas e aumenta o nível de conhecimentos relativos a doenças sexualmente transmissíveis (Almeida, 2010; Carvalho, 2006; Silva, 2012). Considerando-se a vulnerabilidade destas pessoas como o facto que proporciona uma maior insegurança nos pais, é fundamental que os jovens aprendam a lidar com a sua sexualidade, pois só desta forma se poderá ensinar a decodificar sinais de perigo e a saber impor a sua vontade, como saber dizer “não”, em detrimento do reforço de manifestações de gentileza para que não sejam alvos fáceis à exploração afetiva e sexual (Pinel, 1993; Silva, 2012). É neste sentido, que cada vez mais se considera injustificável a negação de desejos sexuais manifestados por jovens portadores de deficiência intelectual, sem a existência de explicações plausíveis perante determinados impedimentos e restrições (Ribeiro, 200; Silva, 2012).

A educação sexual constitui-se uma responsabilidade tanto da parte dos pais como da escola e ambas devem articular um conjunto de estratégias de modo a favorecer uma intervenção elucidativa, e que não se revistam de contradições (Ribeiro, 2001). A família é o principal agente de educação sexual, no entanto uma elevada percentagem de pais demonstra dificuldades em lidar com os aspetos relativos à sexualidade. Neste sentido, a escola assume uma tarefa de relevo no auxílio das famílias funcionando como um recurso complementar (Glat, 2004).

De acordo com as exigências atribuídas, atualmente, às escolas de atender à individualidade de cada aluno, faz ressaltar que o sucesso do processo educativo deve-se ao trabalho em equipa, nomeadamente a participação ativa de todos os elementos da comunidade educativa na definição de estratégias a partir da partilha de ideias, experiências e materiais didáticos (Silva, 2012; Sousa, 2006).

Bergo e Melo (2003) dirigiram uma investigação no sentido de averiguarem a atuação de uma amostra de professores em relação à educação sexual de alunos com deficiência intelectual. Para a realização do estudo os autores entrevistaram 15 professores de educação especial de 4 escolas distintas, sendo que nenhuma delas desenvolvia programas de educação sexual. As conclusões apontam que unicamente 23,5% considera ser a sexualidade do deficiente mental “normal”, 20,5% designaram a sexualidade como “sem limites/sem controlo”. No que se refere às conceções acerca da vivência da sexualidades destes jovens 11,7% reconheceu um “interesse exacerbado na sexualidade”, 8,8% considerava a sexualidade “ingénua/inocente”, 5,8% entenderam uma “sexualidade aguçada”, 8,8% assegurou que estes jovens “não apresentavam curiosidade sexual”, outros 2,9% via a sexualidade como “anormal”, “violenta”, “tardia”, “desligada da afetividade”, “sexualmente carentes” e “sexualmente ansiosos”. Relativamente às atuações perante a manifestação sexual, 65,2% dos professores asseguravam debates com os alunos, 21,7% revelou atuar, no entanto não sabiam como gerir as manifestações, 4,3% confessou a agressão verbal perante as manifestações, 4,3% encontrou solução outros optaram por ocupar o tempo com atividades. As conceções formuladas por Nunes e Silva (2000, citados por Bergo & Melo, 2003) que justificam a postura de profissionais com estas opiniões e que não abordam o tema da sexualidade, está associado à omissão de irresponsabilidade, renunciam a educação integral da criança, não atuando de acordo com a ética sue exercício social e educacional.

A investigação anteriormente apresentada reflete a precária e insuficiente formação que os profissionais detêm no que se refere à educação sexual na deficiência intelectual. Os muitos profissionais continuam a não estarem preparados para gerir este aspeto tão importante do desenvolvimento do ser humano (Franco, 2012). Ostentam atitudes desorganizadas acompanhadas pela inexistência de estratégias pedagógicas. Assim, deparamo-nos diariamente com a urgência de preparar adequadamente estes profissionais, com o intuito de colmatar as lacunas expressas no desempenho da sua profissão na formação de jovens com deficiência intelectual. Este facto pode ser ainda reforçado pelos resultados obtidos numa investigação, testemunhando que um grupo de professores que assistiram a ações de formação contínua e/ou esporádica atribuíram uma elevada credibilidade à educação sexual e ao que esta contribui na promoção e manutenção da saúde, e na sua eficácia, considerando primordial a formação de professores em educação sexual. Acredita-se que a especialização de profissionais no âmbito da educação sexual, constitui uma ferramenta que ajudará superar as barreiras e alterar as atitudes no sentido do conhecimento cientificamente aceite, da



reorganização do sistema de valores e da renovação dos métodos psicopedagógicos (Anastácio, Carvalho & Clemente, 2005).

Uma instrução adequada permitirá ao indivíduo com deficiência intelectual competências para viver a sua sexualidade de forma ajustada e nas últimas décadas têm sido realizados estudos que demonstram que a população portadora de deficiência intelectual carece de uma educação sexual adequada e adaptada às suas limitações cognitivas, dificultando, assim o desenvolvimento sexual saudável e a aquisição de normas sociais ajustadas ao contexto social (Almeida, 2010; Camossa & Maia, 2003; Glat, 1992; Pinheiro, 1996; Heshusius, 1982, Wolf & Zarfás, 1982, citados por Pinheiro, 2004; Ribeiro, 1995). Segundo Pan (1997, p.304) “não se podem exigir condutas apropriadas se não se proporcionarem os indispensáveis referentes, através de um processo educativa pertinente”.

De acordo com Batista e Morales (2010), uma investigação acerca da modificação de comportamentos após a implementação de um programa de educação sexual, verificou uma diminuição de incidência de tentativas do ato sexual nas casas de banho da instituição. Este facto foi justificado pela possibilidade que ofereceram aos jovens através de explicações sistematizadas e ao esclarecimento de dúvidas relativas ao tema da sexualidade.

Por sua vez, também Almeida (2010) reforça a importância da educação sexual considerando bastante pertinente a aprendizagem e reconhecimento da própria individualidade e vulnerabilidade, a compreensão e percepção do comportamento social, o realizar escolhas e tomar decisões, por parte crianças e jovens portadores de deficiência intelectual de modo a facilitar o desenvolvimento da sua sexualidade. Ainda na mesma linha Atkinson, Ward e Windsor (2012) comprovaram o sucesso da implementação de um programa destinado ao desenvolvimento de habilidades sociais com vista à promoção de relacionamentos mais saudáveis entre jovens e adultos portadores de deficiência intelectual.

No mesmo sentido, num estudo desenvolvido por Carvalho (2006) numa escola de educação especial, a autora relata que após a implementação de atividades de ensino diversificadas e motivadoras, os alunos colaboraram e demonstraram interesse e compreensão dos diferentes métodos de ensino para cada atividade. Para as atividades de educação sexual recorreram a estratégias educacionais nomeadamente com recursos pedagógicos como a utilização de imagens, modelos tridimensionais e dramatizações de modo a facilitar a compreensão e aquisição dos conceitos.

Em suma, prevenir situações constrangedoras decorrentes de comportamentos socialmente inadequados está estritamente relacionado com o estabelecimento de regras claras com consequências explícitas para comportamentos adequados e extinção para o comportamento

desajustado a curto espaço. É primordial a interceção imediatamente à ocorrência do comportamento, assim como também a imposição de limites inflexíveis quando se considera essencial. No entanto, a ocorrência de comportamentos inadequados não se verifica exclusivamente em jovens com défices cognitivos nem provenientes de um contexto socioeconómico desfavorecido, sendo mais comum na ausência de orientação familiar (Glat, 2004; Silva, 2012), e justificando-se, assim a necessidade de haver educação sexual para todos.

### **3.3 Que educação sexual se deve implementar?**

A educação sexual na deficiência é uma obrigação moral que os cuidadores devem prestar. Crianças e jovens com deficiência intelectual aprendem o comportamento sexual adequado através da repetição e modelos (Ballan, 2001), ou seja, opiniões negativas da família ou técnicos prestadores de cuidados quanto à sexualidade têm um efeito negativo na forma como a sexualidade é encarada por estes indivíduos (Lumley & Scotti, 2001). Neste sentido, reveste-se de extrema importância definir um programa de educação sexual estruturado.

De acordo com a literatura, defende-se que os jovens portadores de deficiência mental têm plena capacidade de participar em programas de orientação constituídos pelos mesmos critérios de programas direcionados a pessoas sem deficiência, nomeadamente: informações adequadas de acordo com a maturidade intelectual e afetiva de cada um, respostas pertinentes e verdadeiras a todas as perguntas e uso de ocasiões formais ou informais (tanto na escola, quanto em casa) para tais finalidades (Franco, 2012; Glat, 1992; Golberg, 1988, Loperfido, 1988, citados por Amaral, 2004; Silva, 2012).

No ano 1990 o SIECUS (*Sexuality and Information and Education Council of the United States* [Conselho para a Informação, Educação e Sexualidade dos Estados Unidos]) publicou uma lista de valores que são inerentes a um programa de educação sexual, adequado e de qualidade:

- A sexualidade é uma parte fundamental e saudável da vida do ser humano;
- Todas as pessoas são sexuadas;
- Sexualidade inclui uma dimensão física, ética, espiritual, psicológica e emocional;
- Toda pessoa tem dignidade e valor;
- As pessoas expressam a sua sexualidade de diferentes formas;
- As relações sexuais nunca podem ser coercivas ou abusadoras;
- Todas as crianças devem ser amadas e cuidadas;

- Todas as decisões sexuais têm os seus efeitos e consequências;
- Todas as pessoas têm o direito e a obrigação de fazerem escolhas responsáveis;
- As pessoas e a sociedade beneficiam quando as crianças podem discutir a sua sexualidade com os seus pais ou adultos em quem confiam;
- Os jovens exploram a sua sexualidade pois é um processo natural para atingirem a maturidade sexual;
- O envolvimento prematuro em relacionamentos sexuais, acarreta riscos;
- Jovens que estão envolvidos em relacionamentos sexuais precisam de ter acesso a informação sobre serviços de saúde (Terri, 2007).

Mais recentemente, em 2009 a Unesco editou o documento *International Guidelines on Sexuality Education* [Linhas Orientadoras Internacionais para a Educação Sexual], onde se defende que a educação sexual deverá ser adequada à idade, abrangente, sensível ao domínio cultural, e pretende-se que inclua programas que dispensem informação cientificamente correta, realista e com ausência de pré-julgamentos. Segundo Macário (2010) e de acordo com as distintas definições, a educação sexual deverá conter um carácter intencional, organizado, ocorrer de forma continuada e abrangente de modo a incorporar as múltiplas dimensões da sexualidade.

No que se refere ao caso específico da deficiência intelectual, Barbosa (1995) avança que para a elaboração de um projeto de educação é fundamental conhecer e atender aos seguintes aspetos: dados sociodemográficos, causas da deficiência, evolução da deficiência, limitações associadas, adaptação, casos relevantes de homossexualidade no grupo, apoios sociais disponíveis, apoios técnicos e audiovisuais, assim como a história médica (medicação, intervenção terapêutica, planeamento familiar).

Também, segundo Franco (2012) e Loureiro (1999), deverá basear-se na perspetiva psicossocial e interativa do conhecimento de si próprio e do outro, abrangendo esse conhecimento a dimensão física, emocional, afetiva e relacional. Deste modo, considera-se que o principal objetivo de um programa de Educação Sexual destinado a esta população, prende-se com o proporcionar estratégias de modo a facilitar a construção da sua identidade sexual, a aceitação do seu corpo sexuado e a compreensão do seu funcionamento (e.g., a fecundação, a gravidez e o nascimento) e crescimento, a expressão dos seus afetos e da sua sexualidade, o seu relacionamento interpessoal, o desenvolvimento das suas capacidades de reconhecer situações de risco, de tomar decisões, de ser assertivo e de pedir ajuda, ou seja a sua tarefa de existir com os outros (Franco, 2012; Loureiro, 1999; Silva, 2012).

No entanto, a criança ou adolescente portador de deficiência intelectual, apesar de apresentar uma maior dificuldade em adquirir habilidades e competências, pode ser estimulada de forma a alcançar uma maior autonomia (que ao nível da sexualidade também se revela de elevada importância), tendo que haver uma adaptação dos programas regulares às suas capacidades de aprendizagem (Bastos & Deslantes, 2005; Silva, 2012). De acordo com Franco (2012) e Loureiro (1999), a Educação Sexual só será eficaz se for equacionada numa perspetiva de promoção do desenvolvimento psicossocial em particular, inserido no contexto mais amplo do desenvolvimento psicológico global.

No que concerne às orientações gerais na abordagem da sexualidade é necessário não nos restringirmos à descrição dos comportamentos sexuais isolados do seu contexto, mas sim analisá-los à luz de uma compreensão global dos comportamentos do indivíduo, tendo em conta vários parâmetros, tais como: o nível intelectual, a idade real, o desenvolvimento sensorio-motor, o desenvolvimento cognitivo, as relações afetivas, o meio sociocultural, os comportamentos sexuais percebidos como vindos de um indivíduo portador de uma identidade sexual própria, e por fim as soluções devem ser individualizadas (Pinel, 1993).

De forma a verificar as necessidades dos planos de educação sexual na deficiência intelectual, Ribeiro (1995) realizou um estudo que tinha como objetivo principal averiguar as dificuldades para a implementação de programas de orientação sexual, sendo que os resultados obtidos indicam que existe a necessidade deste tipo de intervenção englobar, além dos pais, todos os profissionais que trabalham com jovens portadores de deficiência intelectual.

De facto, verifica-se ainda que a participação da família em programas de orientação sexual exerce um contributo imprescindível (Silva, 2012), de forma a evitar resistências ao trabalho desenvolvido na escola, uma vez que os familiares são os principais formadores de valores e crenças dos seus educandos, reforçando as aprendizagens desenvolvidas pela escola. A educação sexual no seio familiar não tem que ser necessariamente complexa, pois a ocorrência de um erro por parte de uma criança ou de um adolescente poderá tornar-se num momento oportuno para se realizar uma aprendizagem e demonstrar o comportamento ou atitude correta, em vez de um momento de conflito e repreensão. Torna-se, assim, pertinente que a família se encontre preparada para que não seja surpreendida com perguntas que os filhos irão levar para casa, de modo a evitar conflitos entre a família e os profissionais. É, deste modo, contraditório implementar um programa informativo e esclarecedor se não estiver integrado com os valores e crenças partilhadas pelos pais (Ribeiro, 1995).

Considera-se de extrema relevância a prestação de apoio, por parte dos profissionais na educação de familiares e jovens portadores de deficiência mental, para que estes adquiram

competências de forma a reagirem perante situações específicas (Leutar & Mihokovic, 2007; Silva, 2012).

O tipo de educação desenvolvida junto dos distintos intervenientes adquire uma elevada importância, uma vez que irá influenciar todos os aspetos das suas vidas. A postura e as atitudes demonstradas pelos principais cuidadores influenciam a educação que as crianças e adultos com deficiência intelectual recebem (Franco, 2012).

Conclui-se, assim, que a educação é o mecanismo para promover as habilidades de tomada de decisão e capacitar os indivíduos, uma vez que irá melhorar a capacidade do indivíduo para fazer escolhas baseadas no conhecimento e, conseqüentemente, reforçar a decisão de agir e favorecer a sua saúde e bem-estar. A educação não só contribuirá para reduzir a vulnerabilidade mas também contribuir para a redução de comportamentos sexuais inadequados, e a construir relacionamentos baseados numa linguagem comum para a tomada de decisões, identificar, relatar e impedir a agressão e abuso sexual.

### **3.4 Quais as principais áreas que devem ser exploradas na implementação dos programas?**

Como já foi referido anteriormente, muitas vezes pais e profissionais vivenciam sentimentos de confusão, desconforto e ambivalência quando o tema da sexualidade na deficiência intelectual é explorado (Butler, Galea, & Iacono, 2004; McCabe & Szollos, 1995; Ribeiro, 1995). Como resultado das atitudes negativas face à sexualidade nas pessoas portadoras de deficiências, o comportamento sexual e a sua expressão têm sido suprimidos ou negados, conduzindo a uma infinidade de problemas na autodeterminação e no desenvolvimento de adequadas competências sócio-sexual (Minnes & Murray, 1994). O conhecimento sexual traduz uma elevada relevância nos fatores de vulnerabilidade de um indivíduo portador de deficiência (Butler, Galea, & Iacono, 2004).

Neste sentido, Butler e colaboradores (2004) e Silva (2012) argumentam que a educação sexual desempenha um papel importante na redução da vulnerabilidade nos comportamentos de risco na sexualidade.

Uma das áreas de extrema importância explorada num estudo realizado por Swargo-Wilson (2009) foi a promoção da tomada de decisão na população portadora de deficiência intelectual. A tomada de decisão é definida como a habilidade de comunicar metas dentro de um contexto social e posteriormente participar numa rede social para a realização do objetivo desejado. Na maioria dos casos estes indivíduos não vêm para a comunidade com

experiências e competências necessárias para tomar decisões informadas sobre sua saúde, segurança, ou estilos de vida. A própria sociedade estimula a dependência e desencoraja experiências ou ações afirmativas necessárias para o desenvolvimento da habilidade de tomada de decisão.

Os objetivos da educação sexual que vários autores têm vindo a propor, sem discriminar as necessidades específicas de certas populações, devem servir de guia para a educação sexual de pessoas com deficiência intelectual. Embora sendo inevitável considerar esta especificidade, a adaptação e a adequação de programas e de práticas pedagógicas às pessoas portadoras de deficiência, não são impeditivas para aceitar a partilha de objetivos comuns com a educação sexual (Franco, 2012). Contudo, tendo em conta as particularidades biopsicossociais das pessoas com deficiência, vários autores têm proposto alguns objetivos específicos para o desenvolvimento de um programa de educação sexual destinado a pessoas portadoras de deficiência intelectual. Pan (1997) apresenta as finalidades da educação sexual numa perspetiva individual e que considera adequadas a esta população. De acordo com o autor as finalidades da educação sexual serão as seguintes:

- Adaptação do sujeito ao seu meio, fornecendo-lhe conhecimentos que o seu nível mental possa assimilar e o seu nível social o permita executar;
- Proporcionar ao sujeito as capacidades necessárias para melhorar sua autonomia pessoal e a sua qualidade de vida;
- A educação sexual destas pessoas tem como objetivo geral: o amadurecimento afetivo da pessoa, a tornar-se dono de si mesmo, formá-lo para o correto comportamento nas relações interpessoais e sociais, proporcionando instrumentos que lhe permitam orientar o melhor possível as suas decisões nesta matéria (Pan, 1997).

Na perspetiva de Hingsburger (s.d., citado por Pan, 1997) os objetivos da educação sexual são expostos sob a forma de problemas frequentes ou tarefas necessárias às pessoas com deficiência intelectual: o desenvolvimento de uma autoestima forte, em paralelo com o desenvolvimento de competências para estabelecer relações de amizade com pessoas da sua idade; a promoção e desenvolvimento de conhecimentos sobre sexualidade; o desenvolvimento de uma atitude positiva face à sexualidade; a aceitação da conduta sexual como parte importante do desenvolvimento dos outros; e o incremento de sentimentos de poder pessoal.

Os autores Craft e Craft (1988, citados por Marques, 1995) consideram que os objetivos desta temática devem:

- Promover a autoestima e valorizar a imagem corporal;

- Desenvolver os conhecimentos acerca da anatomia e fisiologia humana;
- Desenvolver capacidades de comunicação de modo a exprimirem sentimentos e necessidades sexuais;
- Promover atitudes positivas face aos seus sentimentos e comportamentos sexuais;
- Promover uma atitude de confiança nas suas decisões;
- Desenvolver capacidades para avaliarem as situações de risco;
- Desenvolver atitudes de aceitação perante os outros.

Assinale-se ainda que, os conteúdos sugeridos num programa de educação sexual devem ser significativos para as pessoas envolvidas e devem estar adaptados às suas necessidades e capacidades, assim como oferecer funcionalidade nas atividades da vida diária (Almeida, 2009; Silva, 2012), de modo a abranger um carácter factual e informativo que permita a discussão de atitudes, de valores e sentimentos, respondendo às necessidades específicas de cada elemento (Almeida 2010; Glat, 2004; Ramos, 2005).

De acordo com Ribeiro (2001), para a realização de uma educação sexual completa e eficaz, torna-se necessário o recurso a material concreto e a experiências significativas para a aprendizagem, nomeadamente na manipulação de materiais e na dramatização de diferentes situações. É aconselhável usar métodos como, imagens, técnicas de *role-playing*, dramatizações, dinâmica de grupos, audição de músicas e dança, modelos e testes simples para criar o momento oportuno e para manter repetições (Almeida 2010; Glat, 2004; Ribeiro, 2001). É também importante que os adolescentes com deficiência intelectual sejam incentivados a desenvolver o comportamento necessário em fases posteriores de suas vidas (Beytut, Conk, Isler & Tas, 2009).

Torna-se fundamental para a prática pedagógica, que a implementação destes programas se realize em grupos com um reduzido número de participantes, para que seja possível promover as capacidades de relacionamento interpessoal, recorrendo às técnicas anteriormente apresentadas com o intuito de estimular a envolvimento, a participação, a atenção e a motivação dos jovens em todo o processo de ensino-aprendizagem (Almeida 2010; Franco, 2012).

Assim, os programas de educação sexual para os indivíduos portadores de deficiência intelectual devem atender a todas as especificidades do grupo, adaptando sempre os conteúdos aos mesmos. Devem ainda englobar os conteúdos de um currículo comum, desenvolvendo um programa de educação sexual integral focado nos domínios biológico, psicológico e social (Ramos, 2005).

## **Parte II -Estudo Empírico**

### **Capítulo 4. Conceptualização da Investigação Empírica**

#### **4.1 Fundamentação do estudo, definição do problema**

Em conformidade com as investigações desenvolvidas em contexto institucional, verifica-se que existe uma grande necessidade de formação e informação para intervir de forma adequada na sexualidade na deficiência. A sexualidade constitui-se um dos aspetos substanciais no desenvolvimento global de qualquer ser humano, no desenvolvimento da sua personalidade e na promoção do equilíbrio psicossomático (Almeida 2010; Collins & Sprinthal, 1999; Glat, 1992; Hercowitz, 2002; Maia, 2001; Prumes, 2007; Sandre & Maute, 1972). No quotidiano das instituições e das famílias deparamo-nos com o “desespero” por parte dos técnicos e familiares que muitas vezes referem não saber como agir face às manifestações de sexualidade destes jovens, constituindo-se fundamental a sensibilização, informação e esclarecimento acerca da presente problemática (Bergo & Melo, 2003). Ao constatar-se esta urgência e privação de conhecimentos, despertou-nos o interesse para aprofundar conhecimentos neste âmbito, com o intuito de podermos vir a intervir, de forma a responder a esta necessidade tão evidente do dia-a-dia, tanto ao nível da família como institucional e/ ou escolar. Efetivamente, o envolvimento e as atitudes da família no processo de educação e formação destes jovens assume ainda elevada importância no desenvolvimento sexual dos jovens portadores de deficiência intelectual, uma vez que é no seio familiar que se realizam as primeiras aprendizagens (APF, 2009; Colins & Sprinthal, 1999; Ramos, 2005; Ribeiro, 2001). Deste modo consideramos pertinente a realização de uma investigação neste âmbito, com a realização de um levantamento da formação, necessidades, carências e atitudes de adolescentes, pais e técnicos, de forma a propor programas de intervenção e contribuir para um desenvolvimento mais ajustado das pessoas portadoras de deficiência. Como todos os outros seres humanos, as pessoas portadoras de deficiência intelectual são capazes de manter relacionamentos afetivos, e esses relacionamentos exercem uma importância fundamental nas suas vidas, não esquecendo que amar e ser amado é um desejo e direito de todos, independentemente do nível intelectual de cada um.

Face a este enquadramento poder-se-à questionar quais as atitudes e os conhecimentos que os jovens com deficiência intelectual apresentam no que se refere à sua sexualidade? E o que pensam pais e profissionais que trabalham com estes jovens? Será que estes consideram importante a implementação de um programa de educação sexual?



## **4.2 Objetivos do estudo**

O presente trabalho de investigação pretende como objetivo geral **conhecer as atitudes de jovens com deficiência intelectual, de pais e profissionais acerca da sexualidade e da educação sexual na deficiência intelectual. Pretende-se ainda analisar a importância que um programa de Educação Sexual assume ao nível das opiniões de jovens portadores de deficiência intelectual, dos seus pais e dos profissionais que trabalham diretamente com esta população.** Posteriormente, pretende-se sugerir algumas estratégias de intervenção no sentido de responder às necessidades de formação das pessoas portadoras de deficiência.

Decorrentes das questões de investigação, surgem os objetivos específicos para o presente estudo, procurando-se:

- Conhecer a importância atribuída pelos jovens, pais e profissionais relativamente à Educação Sexual;
- Analisar se os jovens se encontram esclarecidos e satisfeitos no âmbito da Educação Sexual;
- Analisar se a implementação de um programa de Educação Sexual destinado a jovens portadores de deficiência intelectual está associado à satisfação destes jovens;
- Conhecer quais os temas de interesse apresentados pelos jovens, pais e profissionais relativamente à Educação Sexual;
- Conhecer os comportamentos dos jovens portadores de deficiência intelectual no âmbito da sexualidade e relacioná-los com a necessidade de formação nesta área por parte de pais e profissionais;
- Conhecer as atitudes dos pais e profissionais face à Sexualidade e Educação Sexual dos jovens portadores de deficiência intelectual;
- Conhecer se os profissionais têm formação em Educação Sexual e de que modo esta pode relacionar-se com as suas atitudes face à sexualidade na deficiência intelectual;
- Analisar as relações entre o tempo de trabalho dos profissionais e as suas atitudes face à sexualidade na deficiência intelectual;
- Analisar as relações entre a religiosidade dos pais e dos profissionais e as suas atitudes relativamente à sexualidade na deficiência intelectual;
- Elaborar um plano de intervenção ao nível da educação sexual destinado a jovens portadores de deficiência intelectual com base nos temas de interesse apresentados por esta população.

### **4.3 Metodologia**

Com o propósito de conhecer e analisar as atitudes relativas à sexualidade na deficiência intelectual, recorreu-se à aplicação de instrumentos de recolha que visam uma análise predominante quantitativa. De acordo com Fortin (1996) a metodologia quantitativa refere-se a um processo metódico de recolha de dados observáveis e quantificáveis. Atendendo a que o método quantitativo, se destina assim, a cooperar no desenvolvimento de conhecimentos permitindo prever e controlar os acontecimentos, foi neste sentido que elegemos esta metodologia.

Após uma análise da literatura científica do campo, a primeira fase do presente trabalho de investigação prendeu-se com a elaboração, com base na fundamentação teórica existente na literatura, de três questionários sendo estes destinados a uma amostra constituída por três subgrupos amostrais, nomeadamente jovens portadores de deficiência intelectual, pais destes jovens e profissionais que trabalham diretamente com esta população.

#### **4.3.1 Desenho da Investigação e Tipo de Estudo**

Inicialmente foi definida e operacionalizada a problemática em estudo na presente investigação. Prosseguiu-se com a revisão de estudos existentes na literatura científica que abordassem as temáticas que pretendíamos desenvolver ao longo do trabalho. Após este processo conceptual, deu-se início à fase metodológica, tornando-se necessário delimitar o percurso a seguir. De acordo com o problema definido fez-se sentir a necessidade de recolher os dados nos locais privilegiados para o acesso e contacto com a população que se pretendia estudar (a designação de cada instituição por A, B, e C destina-se a preservar o anonimato das instituições e dos protagonistas envolvidos na presente investigação).

O estudo foi conduzido em meio natural; neste sentido procurou-se aplicar os questionários em instituições destinadas ao acolhimento de jovens portadores de deficiência intelectual, de modo a inquirir os próprios jovens, os pais e os profissionais que com eles trabalham diariamente. Desta forma foi-nos também facilitado o contacto com os pais destes jovens.

As instituições que colaboraram na investigação situam-se em regiões distintas do país, sendo que a instituição A e B se encontram no sul, no Algarve, e a instituição C na região de Lisboa.

Os instrumentos destinados à recolha dos dados foram construídos especificamente para a amostra a que se destinavam. Nesta perspetiva, foi elaborado um questionário adaptado a jovens portadores de deficiência intelectual, um outro questionário desenvolvido e adaptado para os pais destes jovens, e por último, um questionário destinado aos profissionais, respeitando a exploração das mesmas dimensões do questionário para os pais. De forma a

aferir a compreensão dos itens que fazem parte de cada questionário foi elaborado um pré-teste junto de dois jovens com deficiência intelectual, dois pais e ainda dois funcionários que não participaram no estudo. Após o preenchimento estes foram questionados sobre os itens tendo-se verificado que não havia alterações a fazer.

Para a recolha dos dados, procedeu-se à apresentação da presente investigação acompanhada pelos pedidos de autorização formais (Anexo A) a cada instituição envolvida nomeadamente à instituição A, B e C.

Posteriormente ao parecer positivo de cada instituição e de forma a prosseguir os regulamentos legais, foi realizado um pedido de autorização (consentimento informado) a todos os encarregados de educação, cujos educandos, fossem ainda menores, no intuito destes participarem no estudo. A recolha de dados, através do preenchimento dos questionários, decorreu entre os meses de Março e Maio de 2012.

Na perspetiva de Fortin (1999) o consentimento informado deverá ser esclarecedor, e com base na lei estabelece o direito da informação, sendo esta “*a transmissão dos elementos essenciais à participação dos sujeitos*” (p.120). Assim, aquando da aplicação dos instrumentos, todos os participantes foram informados sobre o objetivo geral da investigação e ainda quanto à preservação do anonimato e confidencialidade, sendo assegurado que poderiam desistir em qualquer momento.

Posteriormente, os questionários destinados aos pais e profissionais foram entregues aos mesmos. No que diz respeito aos questionários destinados aos jovens portadores de deficiência intelectual, houve a necessidade de ser efetuada uma aplicação individual a cada participante, tendo em conta as suas limitações.

De acordo com a problemática, e consequentemente com os objetivos que dela derivaram, o nosso estudo pretende identificar, explorar relações, explicar e predizer diversas relações entre as variáveis em estudo. Tendo como base as funções descritas, o estudo é quantitativo, com desenho transversal e com um plano de tipo descritivo - correlacional (Fortin, 1999).

#### **4.3.2 Amostra**

Na realização de um trabalho de investigação um dos objetivos da fase metodológica é a definição da população e consequentemente da amostra que se pretende estudar. A técnica de amostragem a utilizar na presente investigação foi a amostra por conveniência (Fortin, 1999).

Com este propósito, a amostra selecionada na presente investigação incidiu em três instituições, duas delas localizadas no distrito de Faro (instituição A e B) e outra na zona de Lisboa (Instituição C). As duas primeiras instituições algarvias respondem a uma larga escala

de jovens algarvios portadores de deficiências cognitivas, motoras e emocionais. Por sua vez, a instituição C, que se localiza na zona da grande Lisboa, é igualmente caracterizada pela sua elevada percentagem de respostas a jovens, também eles portadores do mesmo tipo de deficiências.

As três instituições envolvidas promovem o desenvolvimento dos seus utentes com a participação e cooperação dos seus pais no processo de formação, motivo pelo qual nos levou à sua seleção.

Assinala-se que foram entregues 150 questionários, correspondendo os 77 questionários a 51,3% dos que foram recebidos e considerados válidos, uma vez que se eliminaram 3,7% ( $N=3$ ) dos questionários recebidos, devido a irregularidades ou ausência de preenchimento em algumas questões.

Na investigação em curso, a amostra é constituída por 77 sujeitos ( $N=77$ ) sendo maioritariamente constituída por participantes da instituição C (49,3%), sendo que os participantes da instituição B representam 31,2% da população e 19,5% correspondem à instituição A. Na tabela 1 apresenta-se a relação entre a percentagem de participantes com a instituição.

**Tabela 1 - Frequência e percentagem dos inquiridos pelas instituições**

<b>Instituição</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
A	15	19,5
B	24	31,2
C	38	49,3
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100</b>

A presente amostra é constituída por três subgrupos amostrais sendo que os jovens portadores de deficiência intelectual constituem 41,5%, os profissionais e técnicos das respetivas instituições constituindo 44,2% da amostra e por último pelos pais destes jovens que se registam com uma participação de 14,3%, como é possível observar-se na tabela 2.

**Tabela 2 - Frequência e percentagem do total de inquiridos**

	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Jovens	32	41,5
Profissionais	34	44,2
Pais	11	14,3
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100</b>

A relação entre a instituição e o total de inquiridos nos três grupos amostrais pode ser visualizada na tabela 3, verificando-se uma reduzida participação dos pais, registando-se ainda uma amostra bastante reduzida ao nível do sul do país.

**Tabela 3** - Relação entre instituição e o total de inquiridos das três amostras

Instituição	Jovens	Profissionais	Pais	Total
A	4	7	4	15
B	14	10	0	24
C	14	17	7	38
Total	32	34	11	77

#### 4.3.2.1 Dados sociodemográficos dos alunos

No que concerne ao subgrupo amostral relativo aos jovens portadores de deficiência intelectual esta é constituída por 32 sujeitos ( $n=32$ ), com idades compreendidas entre os 15 e os 49 anos, e com uma média de idades de 23,5 anos ( $DP=7,4$ ). Verifica-se equidade em relação ao género, sendo estes resultados meramente acidentais ( $n=16$  do sexo feminino e  $n=16$  do sexo masculino).

Relativamente à instituição de acolhimento, a maior percentagem (47%) dos jovens portadores de deficiência intelectual pertence à instituição C, 41% à instituição B e em minoria (12 %) os jovens representantes da instituição A.

No que se refere à escolaridade dos jovens inquiridos apurou-se que 12,5% concluiu o primeiro ciclo do ensino básico ( $n=4$ ), 53,1% frequentou o segundo ciclo do ensino básico ( $n=17$ ) e 3,1% tem como formação o ensino secundário ( $n=1$ ), constatando-se que 31,3% ( $n=10$ ) dos jovens não respondeu a esta questão.

No que diz respeito ao tempo de institucionalização, dos jovens portadores de deficiência intelectual pertencentes à amostra, a média de tempo de institucionalização encontra-se nos 57,38 meses ( $DP=54,59$ ), constatando-se que o tempo mínimo de institucionalização dos jovens inquiridos é de 2 meses e o tempo máximo de 168 meses.

#### 4.3.2.2 Dados sociodemográficos dos pais

De acordo com os dados obtidos através dos questionários aplicados aos pais dos jovens portadores de deficiência intelectual, obteve-se uma amostra constituída por 11 sujeitos ( $n=11$ ), com idades compreendidas entre os 46 e 64 anos, situando-se a média nos 51,8 anos ( $DP=5,980$ ). Dos pais inquiridos 81,8% ( $n=9$ ) representa o sexo feminino e 18,2% ( $n=2$ ) o sexo masculino.

Dos pais de jovens portadores de deficiência intelectual, 81,8% afirmam ser de religião católica e 18,2% não assumem nenhuma crença religiosa. No que se refere à prática religiosa, 18,2% ( $n=2$ ) diz-se praticante, 45,4% ( $n=5$ ) afirma ser pouco praticante em relação à religião e 27,3 ( $n=3$ ) nada praticante, pelo que 9,1% ( $n=1$ ) dos pais não responderam à presente questão.

No que se refere às habilitações literárias dos pais constatou-se que 27,3% ( $n=3$ ) tem o ensino básico, 45,4% ( $n=5$ ) o ensino secundário e 27,3% ( $n=3$ ) tem licenciatura. Relativamente à profissão dos pais inquiridos apurou-se que 18,2% trabalha no ramo da hotelaria, e 9,1% tem profissões como empresário, delegado especialista, operador, auxiliar de saúde, funcionário público, professor e advogado, averiguando-se que 18,2% dos pais não responderam à presente questão.

Dos pais que participaram no presente estudo 90,9% ( $n=10$ ) são casados e 9,1% ( $n=1$ ) são divorciados/ separados. Observa-se que a média de filhos por casa pai é de 2,2, sendo que o mínimo de filhos por pai é de 1 e o máximo 3.

No que diz respeito aos seus educandos, observou-se que 54,5% são do sexo feminino e 45,5% do sexo masculino e têm uma média de idades situadas nos 21, 7 anos, sendo que a idade mínima dos filhos é de 14 anos e a idade máxima de 31 anos. Relativamente ao número de filhos com deficiência constatou-se que a maioria dos pais inquiridos tem um filho com deficiência (90,9%), e apenas um dos pais tem dois filhos com deficiência (9,1%). No que se refere ao tipo de deficiência dos educandos, registou-se que 27,3% ( $n=3$ ) é portador de *síndrome de down*, e 9,1% ( $n=1$ ) de deficiência intelectual, *espina bífida*, epilepsia, paralisia cerebral e atraso do desenvolvimento psicomotor, regista-se ainda que 9,1% ( $n=1$ ) dos pais não respondeu à questão.

#### **4.3.2.3 Dados sociodemográficos dos profissionais**

A amostra de profissionais que integrou a presente investigação é composta por 34 sujeitos ( $n=34$ ), com uma média de idades de 37,8 anos considerando-se que se situam entre 22 e 58 anos de idade ( $DP=10,1$ ). A maior percentagem de profissionais inquiridos é do sexo feminino com 73,5% ( $n=25$ ) e 26,5% ( $n=9$ ) do sexo masculino.

Relativamente à religião, a esmagadora maioria dos profissionais são da religião católica com 79,4% ( $n=27$ ) e 11,8% ( $n=4$ ) referem que são ateus, dos 34 profissionais inquiridos 8,8% ( $n=3$ ) não respondeu. No que diz respeito á prática religiosa, 23,5% ( $n=8$ ) dos profissionais não exercem qualquer prática religiosa, 58,9% ( $n=20$ ) afirma-se pouco praticante, 5,9% ( $n=2$ ) praticante e por último, 2,9% ( $n=1$ ) muito praticante, sendo que 8,8% ( $n=3$ ) não respondeu à questão ( $M=1,73$ ;  $DP=0,905$ ).

No que se refere ao tempo de serviço que os profissionais exercem na instituição agregadora, este ronda uma média de 8,69 anos ( $DP=7,87$ ), verificando-se que o tempo máximo de anos a trabalhar na instituição são de 31 anos e o mínimo de 1 ano.

Aquando da recolha de dados verificou-se que dos profissionais que trabalham diretamente e diariamente com a população de jovens portadores de deficiência intelectual 55,8% ( $n=19$ ) são profissionais licenciados, 23,5% ( $n=8$ ) detentores do 3º ciclo, 11,8% ( $n=4$ ) são profissionais com grau de mestre, 5,9% ( $n=2$ ) possuem o 1º ciclo do ensino básico e 2,9% ( $n=1$ ) o 2º ciclo do ensino básico.

### **4.3.3 Instrumentos de Recolha de Dados**

Os inquéritos representam a totalidade das atividades na recolha de dados no processo de investigação, dado que no seu desenvolvimento são recolhidos dados junto de uma amostra com o propósito de conhecer opiniões, atitudes, crenças ou comportamentos desta parcela da população, relativos a uma determinada temática. Estes contemplam uma característica bastante vantajosa para as investigações, uma vez que permitem o levantamento de dados de um elevado número de sujeitos pertencentes à população em estudo, de forma a atingir um carácter representativo desta. Destaca-se, ainda, que a sua função não assenta em explicações nem na evidência de causas, mas sim um domínio exploratório (Fortin, 1999).

De acordo com os objetivos previamente apresentados os instrumentos utilizados na presente investigação são três questionários desenvolvidos para o presente estudo, sendo que cada um dos questionários se destinam a um dos subgrupos pertencentes á amostra. São constituídas por duas partes, a inicial onde se solicitam os dados sociodemográficos dos participantes e a segunda parte remete para questões do domínio da Sexualidade e Educação Sexual. Assinala-se ainda que os três instrumentos são constituídos por uma breve nota introdutória, que explicita e apresenta o objetivo do estudo e o seu carácter anónimo e confidencial.

#### **4.3.3.1 Questionário para os jovens**

O questionário elaborado com o objetivo de conhecer e analisar as atitudes que os jovens portadores de deficiência intelectual possuem acerca da sexualidade é constituído, por uma primeira parte que se destina ao levantamento dos dados sociodemográficos relativos ao género, idade, data de nascimento, instituição e curso que frequenta. Uma segunda parte integra conceitos relacionados com o tema da Sexualidade e da Educação Sexual, em que as respostas são dadas pelos jovens assinalando “Sim” ou “Não”, referentes à importância da educação sexual, se concorda com a educação sexual, se o tema da sexualidade já foi abordado nas aulas, o grau de esclarecimento e de satisfação relativamente à sexualidade. Esta segunda parte é ainda complementada com um domínio em que o jovem tem a possibilidade de assinalar a sua opinião e necessidade no que respeita a um conjunto de temas relacionados

com a sexualidade (tabela 4). Este questionário (Anexo B) foi elaborado a partir de questões fechadas, tendo em conta a problemática do público a quem se destinava. Foi necessário apresentar aos sujeitos da amostra, uma linguagem compreensível e acessível às suas capacidades cognitivas (Fortin, 1996). O presente instrumento foi elaborado com base na adaptação realizada por Macário (2010), “Questionário sobre Educação Sexual em Contexto Escolar – Alunos”, o QESCE-A, conceptualizado a partir do questionário de Vilar (2002) e tem por base de investigação três dimensões relativas à educação sexual, respetivamente, a concordância, a implementação e a avaliação (Macário, 2010).

**Tabela 4 - Questionário para os jovens**

<b>Questão</b>	<b>Parte</b>	<b>Sócio</b>	<b>Dimensões</b>	<b>Objetivo – Conhecer:</b>	<b>Tipologia da Questão</b>
1	A – Dados Demográficos	Sócio	Género	O género do jovem	Fechada
2			Data de nascimento	A idade	Aberta
2.1			Idade		
3			Escola/Instituição	A instituição a que pertence	
3.1			Tempo de Institucionalização	Há quanto tempo frequenta a instituição	Aberta
4	B – Educação Sexual e Sexualidade		Ano de escolaridade	O grau de escolaridade do inquirido	Aberta
5			Curso que Frequenta	Se o inquirido frequenta algum curso e qual	Aberta
6			Importância da Educação Sexual	Se considera a educação sexual importante	Fechada
7			Concorda com a Educação sexual	Se concorda com a Educação Sexual na sua escola	Fechada
8			Formação em Educação Sexual	Se o tema da sexualidade já foi abordado	Fechada
9			Temas relacionados com a sexualidade	Quais os temas que consideram mais importantes	Fechada
10			Esclarecimento acerca da sexualidade	O nível de esclarecimento relativamente à sexualidade	Fechada
11			Satisfação acerca da sexualidade	O nível de satisfação relativamente à abordagem realizada acerca da sexualidade	Fechada

#### **4.3.3.2 Questionário para Pais e Profissionais**

O questionário elaborado para o subgrupo amostral pais de jovens portadores de deficiência intelectual (Anexo C) é constituído por uma primeira parte que diz respeito à informação sociodemográfica (género, idade, estado civil, número de filhos, habilitações literárias,



profissão, religião, tipo de deficiência, local de institucionalização do filho(a), e tempo de institucionalização) (Tabela 5).

**Tabela 5** - Questionário para os pais

Questão	Parte	Dimensões	Objetivo: Conhecer...	Tipo de Questão	
1	A – Dados Sócio Demográficos	Género	O género	Fechada	
2		Idade	A idade	Aberta	
3		Estado Civil	O estado civil	Fechada	
4		Habilitações	As habilitações	Fechada	
5		Profissão	A profissão	Aberta	
6		Religião	A religião e a prática religiosa	Fechada	
6.1					
7				O nº de filhos as idades e o nº	
7.1		Filhos		de filhos portadores de	Aberta
7.2				deficiência	
8		Género do educando	O género do educando	Fechada	
9		Idade do Educando	A idade do educando	Aberta	
10		Tipo de Deficiência e	O tipo e o grau de deficiência	Aberta	
10.1		Grau de deficiência	do educando	e Fechada	
11		Instituição	O local de institucionalização do educando	Aberta	
12	B - Sexualidade e Educação Sexual	Educação Sexual	Se o educando já teve Educação Sexual	Fechada	
13		Importância da Educação Sexual	Se considera a educação sexual importante	Fechada	
14		Questões acerca da sexualidade	A frequência com que é questionado pelo seu educando acerca da sexualidade	Fechada	
15		Manifestação de desejo sexual	Se o educando manifesta desejo sexual	Fechada	
16		Locais em que manifesta desejo sexual	Em que locais o educando se manifesta	Fechada	
17		Controlo dos impulsos sexuais	A frequência que o educando controla os impulsos sexuais	Fechada	
18		Formação em Educação Sexual de pais	Em que grau considera importante a formação de pais	Fechada	
19		Formação em Educação Sexual de profissionais	Em que grau considera importante a formação de profissionais	Fechada	
20		Temas relacionados com a sexualidade	Quais os temas que considera mais importantes	Fechada	

Em paralelo, encontra-se o questionário elaborado para os profissionais (Anexo D) com o objetivo de conhecer as atitudes dos Profissionais, diferindo do questionário para os pais na primeira parte, nomeadamente no que se refere aos dados sociodemográficos que incidem nas variáveis (idade, sexo, estado civil, formação, habilitações literárias, instituição, anos de

atividade na deficiência, anos na instituição, nº de horas semanais de trabalho, religião, e a formação em educação sexual) (Tabela 6).

**Tabela 6** - Questionário para os profissionais

<b>Questão</b>	<b>Parte</b>	<b>Dimensões</b>	<b>Objetivo: Conhecer...</b>	<b>Tipo de Questão</b>	
1	A – Dados Sócio Demográficos	Gênero	O gênero	Fechada	
2		Idade	A idade	Aberta	
3		Habilitações	As habilitações literárias	Fechada	
4		Profissão	A profissão	Aberta	
5		Escola/Instituição	Tempo de serviço	A escola/instituição onde trabalha	Aberta
5.1				O tempo de serviço na escola/instituição e com a população com deficiência	Aberta
6		B – Educação Sexual e Sexualidade	Religião	A religião e a prática religiosa	Fechada
7					
7.1	Formação em Educação Sexual		Se teve formação em educação sexual e que tipo de formação	Fechada	
8					
8.1	Classificação da formação em Educação Sexual		Como classifica a sua formação	Fechada	
9					
10	Implementação de programa de Educação Sexual		Se existe algum programa implementado, a periodicidade e o tipo de programa	Fechada e Aberta	
10.1					
10.2					
11	Importância da Educação Sexual		Se considera a Educação Sexual importante	Fechada	
12					
12	Questões acerca da sexualidade		A frequência com que o inquirido é questionado acerca da sexualidade	Fechada	
13					
13	Manifestação de desejo sexual		Se os jovens manifestam desejo sexual	Fechada	
14					
14	Formação em Educação Sexual de pais		Em que grau o inquirido considera importante a formação de pais	Fechada	
15					
15	Formação em Educação Sexual de profissionais	Em que grau considera importante a formação de profissionais	Fechada		
16					
16	Temas relacionados com a sexualidade	Conhecer quais os temas que considera mais importantes	Fechada		

A segunda parte, refere-se ao tema da sexualidade e da educação sexual, sendo que esta contém perguntas fechadas mencionando questões que abordam a pertinência da implementação da educação sexual e de diversos temas relacionados com a mesma (Anexo E).

Os questionários, para além dos dados sociodemográficos e de algumas questões relacionadas com a educação sexual e com a sexualidade, contém uma dimensão idêntica. Esta é constituída por 42 itens, com questões relativas a sete dimensões relacionadas com a sexualidade e a educação sexual, nomeadamente autonomia e responsabilidade,

desenvolvimento psicoafectivo e sexual, atitudes perante a sexualidade, informação e educação sexual, abuso sexual, pressão social e estigmatização e atitudes acerca da sexualidade na deficiência intelectual (Ramos, 2005). Esta parte está estruturada numa escala *Likert* de 5 pontos, num *continuum* que varia de 1 (concordo totalmente) a 5 (discordo totalmente). Integra ainda itens invertidos sendo estes os itens 4, 6, 11, 13, 15, 16, 18, 19, 23, 26, 27, 35 e 40. No que se refere aos resultados sua cotação, pontuações mais elevadas representam atitudes mais liberais, e resultados inferiores atitudes mais conservadoras no que se refere à sexualidade na deficiência intelectual (Ramos, 2005).

Esta segunda parte, teve como ponto de partida outras duas escalas já utilizadas em estudos anteriores. A primeira foi construída por Ramos (2005), e é intitulada por “Atitudes dos pais face à afetividade e sexualidade do jovem com deficiência mental”. Esta escala é constituída por 25 questões, ordenadas por uma escala ordinal no que se refere às questões de resposta fechada, e nominal quando se trata das questões abertas. Relativamente às questões de resposta fechada, estão organizadas numa escala de *Likert* com a possibilidade de 5 respostas, nomeadamente 1 (discordo totalmente), 2 (discordo), 3 (nem concordo nem discordo), 4 (concordo) e 5 (concordo totalmente) (Ramos, 2005) (Anexo F).

A segunda escala foi traduzida e validada por Félix (2001) da *Sexuality and Mentally Retarded Attitudes Inventory* (SMRAI). É composta por 40 itens, que se dividem em 2 subescalas: uma que avalia as atitudes dos profissionais face à sexualidade em geral e outra que avalia as atitudes face à sexualidade na deficiência mental, numa escala tipo *Likert* de 5 pontos, com uma classificação entre 1 (concordo totalmente) e 5 (Discordo Totalmente). Da sua adaptação Félix (2001) refere que esta apresenta um *Apha* de *Cronbach* para a totalidade da escala de 0,88 sendo que a subescala relativa à atitudes face à sexualidade em geral obteve um valor de 0,80, enquanto que a subescala de atitudes face à sexualidade na deficiência intelectual o valor foi de  $\alpha=0,81$  (Albuquerque, 2007).

#### **4.3.4 Tratamento e Análise de Dados**

Os dados foram analisados de acordo com a sua natureza, uma metodologia quantitativa do tipo descritivo-correlacional, que requer a recolha de dados que posteriormente serão analisados estatisticamente. De acordo com Fortin (1999) esta metodologia pretende explorar as relações entre as variáveis, de modo a entender de que forma as atitudes de jovens portadores de deficiência intelectual, pais e profissionais se relacionam com a formação em educação sexual.

Posteriormente à aplicação dos questionários aos jovens, pais e profissionais, e à recolha dos dados, estes foram analisados com o recurso ao programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*, versão 17.0). A análise dos dados decorreu em duas fases distintas. Inicialmente procedeu-se à análise descritiva dos resultados da amostra e das variáveis em estudo de modo a organizar e destacar a informação recolhida. A segunda fase consistiu na análise inferencial, que teve como base a comparação dos resultados da escala de atitudes com as diferentes variáveis dos subgrupos amostrais.

De modo a alcançar os objetivos propostos utilizou-se como recurso os testes *Wilcoxon-Mann-Whitney*, correlações bivariadas (correlações de *Pearson*).

O Teste *Wilcoxon-Mann-Whitney* é um teste não paramétrico adequado para quando se pretende fazer comparações entre uma variável dicotómica e uma variável de escala, e em que as amostras são independentes (Marôco, 2011).

As correlações de *Pearson* foram realizadas de forma a averiguar se existiam relações, significativas ou não, entre as variáveis em estudo, e para medir a força da relação linear entre duas variáveis (Nicewander & Rodgers, 1988). No processo de análise estatística anteriormente descrito, considerou-se que o nível de significância estatística  $p$ , que permite afirmar se os resultados obtidos são significativos ou não (Chow, 1996), seria significativo quando os resultados se situassem abaixo de 0.05, e muito significativos sempre que se registava um valor de inferior a 0.01 (Stigler, 2008).

## Capítulo 5. Apresentação e discussão dos resultados

De forma a melhor enquadrar os resultados encontrados no âmbito da presente investigação retomam-se os objetivos específicos formulados anteriormente.

### 5.1 Importância atribuída à Educação Sexual

De acordo com os objetivos específicos que delas derivaram, pretendíamos *conhecer a importância atribuída pelos jovens, pais e profissionais relativamente à educação sexual.*

Os jovens portadores de deficiência intelectual que participaram neste estudo apresentam resultados bastante similares no que diz respeito à importância atribuída à educação sexual, sendo que na generalidade a maioria considerou a educação sexual importante (90,6%) (tabela 7). Dos 32 jovens inquiridos é possível determinar que 68,8% ( $n=22$ ) dos jovens, já beneficiou de educação sexual na sua formação, no entanto 31,3% ( $n=10$ ), afirma não ter recebido formação na presente área.

**Tabela 7** - Frequência e Percentagem da importância da educação sexual para os jovens

	Frequência	%
Sim	29	90,6
Não	3	9,4
Total	32	100

No respeitante à opinião dos jovens, relativamente se concordam ou não com a educação sexual verifica-se que 93,8% assumem que concordam com a implementação desta área, observando-se apenas 6,2% jovens contra esta medida (Tabela 8).

**Tabela 8** - Frequência e Percentagem da concordância dos jovens relativamente à educação sexual

	Frequência	%
Sim	30	93,8
Não	2	6,2
Total	32	100

Através da tabela 9 pode-se observar que a maioria dos jovens com formação em educação sexual ( $n=20$ ) concorda com a implementação da mesma, sendo que dos jovens sem formação em educação sexual ( $n=10$ ) a totalidade da amostra concorda com esta prática.

**Tabela 9** - Comparação da concordância da educação sexual nos jovens com e sem formação em educação sexual

	<b>Com formação em educação sexual</b>	<b>Sem Formação em educação sexual</b>	<b>Total</b>
Não concorda com educação sexual	2	0	2
Concorda com educação sexual	20	10	30
Total	22	10	32

No que se refere à importância desta formação (tabela 10), dos jovens que beneficiaram de educação sexual ( $n=22$ ), apenas 1 não a considera importante. Por outro lado, e à semelhança deste resultado, dos jovens sem formação 2 também não consideram este domínio relevante.

**Tabela 10** - Comparação da importância da educação sexual nos jovens com e sem formação em educação sexual

	<b>Com formação em educação sexual</b>	<b>Sem Formação em educação sexual</b>	<b>Total</b>
A educação sexual não é importante	1	2	3
A educação sexual é importante	21	8	29
Total	22	10	32

Neste sentido e de acordo com os resultados obtidos no presente estudo verifica-se, que na grande maioria todos os jovens inquiridos consideram a educação sexual importante e concordam com a sua implementação. No que se refere aos jovens que não concordam com a implementação de um programa de educação sexual ou com a formação nesta área e que beneficiaram dela, podem levantar-se várias hipóteses, nomeadamente se não se sentiram satisfeitos com os temas abordados, ou se sentiram constrangidos ou apenas pela forma como os temas foram abordados tendo em consideração as capacidades e limitações específicas que estes jovens apresentam.

Na maioria dos casos, e como foi possível observar no nosso estudo, os jovens portadores de deficiência intelectual manifestam interesse na formação em educação sexual, ou pelo menos em falar acerca do tema da sexualidade de modo a esclarecerem algumas dúvidas que surgem acerca deste tema. Assinala-se que também num estudo realizado por Cizek, Plaute e Westling (2002) com o propósito da viabilização de um projeto de formação em educação sexual destinado aos utentes portadores de deficiência intelectual e aos profissionais de uma instituição na Áustria se encontraram os mesmos resultados. Os autores ao realizarem um levantamento das opiniões dos utentes relativamente à sexualidade, observaram que estes manifestavam interesse em abordar o tema sexualidade, com o intuito de esclarecerem as suas dúvidas (Cizek et al., 2002).

Em concomitância com os resultados anteriores encontra-se também um estudo conduzido por Morales (2008), em que participaram jovens adultos com deficiência intelectual não alfabetizados. No período de 2 anos, a autora implementou um programa de orientação sexual semanal em que eram debatidos diversos temas acerca da sexualidade, através de recursos e estratégias didáticas, nomeadamente filmes, gravuras, bonecos com genitais e encenações adaptados às capacidades cognitivas dos jovens em questão. Segundo Morales (2008), no decorrer do programa os jovens adultos portadores de deficiência intelectual mantiveram-se atentos, interessados e motivados às explicações sistematizadas e ao esclarecimento de dúvidas relativas à da sexualidade. Alguns jovens participaram de forma ativa, realizando questões, comentários e no estabelecimento de relações entre os distintos temas debatidos, respondiam ao que lhe era solicitado, manifestando compreensão das diversas noções apresentadas. Estes resultados são justificados com base na metodologia do programa implementado, nomeadamente o ser baseado e sustentado nos conhecimentos prévios dos participantes, no uso de recursos didáticos e na dinâmica com o grupo, o que contribui para a compreensão, interesse e motivação dos jovens portadores de deficiência intelectual perante o tema da sexualidade (Morales, 2008).

No que se refere ao subgrupo amostral representado pelos pais observa-se que na questão relativa ao conhecimento dos pais no que concerne à formação de educação sexual dos seus educandos, 36,4% ( $n=4$ ) asseguram que o filho já tinha tido educação sexual e 63,6% ( $n=7$ ) referem que o filho não teve ( $M=1,64$ ;  $DP=0,505$ ). Tendo em conta os resultados obtidos no estudo, verifica-se que existe uma crescente preocupação com a implementação da educação sexual na população portadora de deficiência intelectual. Quando comparados com os resultados de estudos anteriores efetuados por Bergo e Melo (2003) com alunos em quatro escolas com necessidades educativas, registou-se que nenhuma delas implementava qualquer tipo de educação sexual.

Em concordância com os resultados obtidos nos questionários aplicados, verifica-se que 81,8% ( $n=9$ ) dos pais destes jovens consideram a educação sexual importante. Os restantes 18,2% ( $n=2$ ) não atribuí importância a esta área de formação, registando-se uma média de 1,18 ( $DP=0,405$ ). Segundo os resultados obtidos, a maioria dos pais vai ao encontro de diversas investigações realizadas neste âmbito, e consideram a educação sexual importante (Fisher, 1991; Glat, 2004; Lofgren-Martenson, 2004; Ribeiro, 2001; Silva, 2012), os pais que não concordam com a importância, embora sejam apenas dois podem justificar a sua posição pelo facto da sexualidade dos filhos portadores de deficiência intelectual ser percecionada pelos pais como um problema, uma vez que se registam sérias dificuldades em abordar o tema

e até mesmo em responder a dúvidas que surgem nesta etapa do desenvolvimento (Pinheiro, 2006). Sendo que as dúvidas e inseguranças manifestadas poderão conduzir a um recalçamento por parte dos pais no que respeita às manifestações sexuais dos seus educandos, justificado pelas limitações cognitivas que apresentam (Amaral, 2004; Ribeiro, 2001). A existência de alguns pais que desvalorizam a implementação da educação sexual, como é possível observar nos resultados apresentados, vai ainda ao encontro de alguns estudos que demonstram a presença de preconceitos relativamente ao tema da sexualidade por parte dos pais destes jovens (Broemer & Souza, 2003; Glat, 2004, Ribeiro, 2001).

Referentemente à importância atribuída à formação de professores em educação sexual, os pais consideram-na muito importante em 63,6% dos casos, 27,3% defendem que é importante e 9,1% atentam que é pouco importante.

De acordo com os estudos realizados neste âmbito, faz-se notar a pertinência da intervenção dos técnicos junto dos pais e familiares destes jovens. Segundo Martins (1995), aquando da realização de uma ação de sensibilização, no âmbito da sexualidade, junto aos pais verifica-se que estes ficaram bem conscientes das necessidades afetivas e sexuais dos filhos, permitindo o namoro, alguns proporcionaram condições para um relacionamento sexual e grande parte dos pais recorreram a consultas de planeamento familiar. À semelhança desta intervenção Félix e Marques (1995) no âmbito da implementação de um programa de educação sexual dirigida aos jovens realizou-se também uma reunião para os pais de forma a dar a conhecer e a discutir os temas abordados nas sessões dos seus filhos. No que concerne, aos resultados das condutas parentais, os progenitores atenuaram o excesso de supervisão e de repressões, permitindo visitas de amigos e namorados em casa e saídas ao fim de semana. Os pais solicitaram, ainda, a criação de um espaço para eles, de modo a debaterem temas relacionados com a sexualidade, à semelhança do que existia para os seus filhos, de modo a que este trabalho tivesse continuidade.

No que diz respeito à formação de profissionais que trabalham diretamente com a população de jovens portadores de deficiência intelectual é considerada pela maioria dos pais como muito importante (81,8%), os restantes vêem-na como importante (18,2%), média encontra-se situada em 3,55 ( $DP=0,688$ ) (tabela 11).

**Tabela 11** - Importância que os pais atribuem à sua formação e à formação de profissionais em educação sexual

	<b>Média (M)</b>	<b>Desvio-Padrão (DP)</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
Importância formação de pais	3.55	.688	2	4
Importância formação de profissionais	3.82	.405	3	4



Os resultados obtidos permitem ainda constatar que os pais apresentam na maioria dos casos, necessidade de formação ao nível da educação sexual, uma vez que se sentem desprovidos de informação, inseguros e sem estratégias para responder ou abordar o tema quando questionados pelos seus filhos, ou simplesmente quando consideram necessário intervir. Estes resultados são corroborados por Ramos (2005), através de um estudo realizado em que os pais, além de considerarem importante a formação dos seus educandos, afirmam, de igual modo, a urgência de formação das pessoas que interagem diretamente com estes jovens (tratando-se tanto dos profissionais, como da sua própria formação), de forma a poderem intervir de forma coerente e fundamentada.

Relativamente ao subgrupo representado pelos profissionais que trabalham com a população portadora de deficiência intelectual, verifica-se, na questão que aborda a importância da educação sexual que as respostas foram consensuais em todos os profissionais, obtendo-se uma totalidade de respostas afirmativas. Isto é 100% ( $n=34$ ) dos profissionais consideraram a educação sexual importante. No mesmo sentido vão os resultados obtidos num estudo levado a cabo por Reis e Vilar (2004), com 600 professores do ensino regular, em que se constatou que todos os inquiridos manifestaram atitudes positivas no que respeitava à implementação da educação sexual nas escolas. Assinale-se ainda a ocorrência dos mesmos resultados em vários estudos realizados ao longo dos últimos anos ao nível do ensino regular (Anastácio, 2007; Caridade, 2008; Matos & Ramiro, 2008).

Os profissionais inquiridos no estudo consideram que em 82,4% ( $n=28$ ) é *muito importante* a formação em educação sexual por parte dos pais de jovens portadores de deficiência intelectual e 17,6% ( $n=6$ ) consideram-no *importante* ( $M=3,82$ ;  $DP=0,387$ ) (tabela 12).

No que diz respeito à formação em educação sexual de profissionais, os mesmos, afirmam constituir-se *muito importante* 82,4% e em 17,6% *importante* ( $M=3,82$ ;  $DP=0,387$ ) (tabela 12). Estes resultados apresentam um elevado relevo, uma vez que se torna fundamental o reconhecimento dos profissionais em relação á importância que a formação em educação sexual constitui para o exercício da sua atuação profissional. É neste sentido que Ramos (2005) defende que os profissionais possuem grandes possibilidades de estabelecer uma relação privilegiada com a população portadora de deficiência, uma vez que o seu papel é fundamental na promoção do seu desenvolvimento e de integração social. Jones (1987, citados por Ramos, 2005) reforça ainda que “ *a formação dos técnicos representa uma importante via de promoção de mudanças positivas nos técnicos, que podem influenciar todo o ambiente social e ecológico da instituição e a qualidade de vida de cada membro da instituição*” (p. 128)

**Tabela 12** - Apresentação resumida dos resultados obtidos no que concerne às questões de jovens, à manifestação de desejo sexual e à importância da formação de pais e profissionais

	<b>Média (M)</b>	<b>Desvio-Padrão (DP)</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
Questões acerca da sexualidade	1.41	.834	1	4
Manifestação de desejo sexual	2.88	.781	1	4
Importância formação de pais	3.82	.387	3	4
Importância formação de profissionais	3.82	.387	3	4

No que se refere aos dados recolhidos junto das três amostras que integram o presente estudo, é possível aferir que a educação sexual é evidentemente bastante importante para a amostra estudada. É possível conferir esta afirmação através dos dados apresentados na tabela 13.

**Tabela 13** - Relação entre perspectiva de jovens, pais e profissionais relativamente à importância da educação sexual

	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Jovens	29	90.6
Pais	9	81.8
Profissionais	34	100.0

## **5.2 Esclarecimento e Satisfação dos Jovens ao nível da Educação Sexual**

Considerou pertinente no presente estudo, analisar se *os jovens portadores de deficiência intelectual se encontram satisfeitos e esclarecidos no âmbito da educação sexual.*

Dos jovens portadores de deficiência intelectual inquiridos, 6,3% ( $n=2$ ) não estão nada esclarecidos relativamente ao tema da sexualidade, 9,4% ( $n=3$ ) encontram-se pouco esclarecidos, 65,5 % ( $n=21$ ) estão esclarecidos, enquanto que 18,8% ( $n=6$ ) manifestam-se muito esclarecidos (Tabela 14).

No que se refere ao grau de satisfação dos jovens relativamente à Educação Sexual, regista-se que 18,8% ( $n=6$ ) estão muito satisfeitos, 59,3% ( $n=19$ ) encontram-se satisfeitos, 9,4% ( $n=3$ ) pouco satisfeitos e 12,5% ( $n=4$ ) nada satisfeitos.

Relativamente aos jovens portadores de deficiência intelectual com educação sexual é possível verificar-se que 22 encontram-se esclarecidos no que diz respeito à sexualidade (tabela 14), no que se refere ao grau de satisfação o mesmo número de jovens ( $n=22$ ) encontram-se satisfeitos, como está explícito na tabela 14.

**Tabela 14** - Grau de esclarecimento e de satisfação dos jovens relativo à educação sexual

	<b>Educação Sexual</b>	<b>Amostra (n)</b>	<b>Média (M)</b>	<b>Desvio-Padrão (DP)</b>
<b>Esclarecimento</b>	Sim	22	3,18	0,395
	Não	10	2,50	1,080
Satisfação	Sim	22	3,05	0,722
	Não	10	2,04	1,075

Na análise estatística realizada para comparar o grau de esclarecimento e de satisfação dos jovens de acordo com a formação de educação sexual ou não, verificou-se que no primeiro grupo as médias de esclarecimento e satisfação são superiores ( $M=3,18$ ;  $p=0,084$ ) ao do grupo sem formação ( $M=2,50$ ;  $p=0,140$ ), no entanto a diferença registada não é estatisticamente significativa entre os dois grupos (Tabela 15)

**Tabela 15** - Comparação do grau de esclarecimento e satisfação dos jovens com e sem formação em educação sexual

	<b>Grupo c/ formação (M)</b>	<b>Grupo s/ formação (M)</b>	<b>U</b>	<b>p</b>
Esclarecimento relativo aos temas	3.18	2.50	67.00	.084
Satisfação com a abordagem	3.05	2.40	73.00	.140

No que concerne ao objetivo anteriormente apresentado, os resultados sugerem que apesar de se verificar discrepâncias nas médias do grupo de jovens com e sem formação em educação sexual, não se regista diferenças estatisticamente significativas. Estes resultados podem ser justificados pela presença de uma educação sexual informal durante o processo educativo dos jovens que integram a amostra do presente estudo, e que desta forma influenciam os resultados obtidos. Refira-se que a educação sexual não formal encontra-se presente em todo o processo educativo (Alves et al., 2004; Alverca et al., 2003) de um indivíduo, mesmo na ausência de um programa planeado e intencional, influenciando os conhecimentos e a interpretação das experiências quotidianas (Cardoso et al., 1996) o que pode ter também acontecido na presente amostra. Assinale-se que os resultados obtidos contrastam com os resultados do estudo de Harrison, Hillier e Johnson (2002). Os autores estudaram 25 jovens australianos com deficiência intelectual, em que a grande maioria confirmou ter sido sujeito a programas de educação sexual formal, no entanto, estes jovens manifestavam uma grande insatisfação em relação à sua formação.

No que concerne ao esclarecimento de questões relativas à sexualidade, as médias atingem valores mais elevados no grupo de jovens portadores de deficiência intelectual que

beneficiaram da formação em educação sexual. Assinale-se que estes resultados também são observáveis em alunos de turmas regulares. Segundo Lemos (2002), após a realização de um estudo que pretendia averiguar o impacto de um programa de educação sexual, os alunos que participaram no programa aumentaram significativamente os conhecimentos relacionados com a sexualidade quando comparados com os colegas que não participaram. No mesmo sentido vão os resultados obtidos por Batista e Morales (2010), que após uma investigação acerca da modificação de comportamentos em que aplicaram um programa de educação sexual, verificaram uma diminuição da incidência de tentativas de relações sexuais nas casas de banhos de uma instituição. Os autores defendem, que este facto se regista devido á possibilidade de explicações sistematizadas no decorrer da implementação do programa.

À semelhança dos resultados obtidos no presente estudo, onde se verificaram alterações ao nível do esclarecimento e satisfação dos jovens, podem ainda destacar-se outros estudos realizados no mesmo âmbito que vieram demonstrar que a educação sexual poderá ser indutora de algumas alterações ao nível dos comportamentos e atitudes, aumentando os conhecimentos ao nível da sexualidade e diminuído a ocorrência de comportamentos e situações de risco, promovendo um desenvolvimento global mais completo e saudável (Almeida, 2010; Carvalho, 2006; Batista & Morales, 2010; Ribeiro, 2001). Também no estudo realizado por Martins (1995), que após uma inicial avaliação implementou um modelo de intervenção ao nível da educação sexual aos jovens, em que a intervenção foi realizada a dois níveis, em grupo e individualmente se verificou a mesma tendência. Os grupos eram constituídos no máximo por 8 jovens, e através desta dinâmica eram abordados temas no âmbito da sexualidade. Os resultados do estudo indicam que os jovens após a intervenção viviam a sua sexualidade de forma mais harmoniosa, sendo que este domínio foi fundamental no processo de integração e autorrealização dos jovens.

Na mesma perspetiva, foi realizado um projeto na APPC – Lisboa (Félix & Marques, 1995), com dois grupos (cada um com 13 elementos) distintos, sendo estes caracterizados pelo nível de autonomia, capacidade de comunicação, grau de deficiência e história de vida. Para o primeiro grupo inclui jovens com um menor nível de autonomia, delimitados diversos temas, nomeadamente, anatomia e fisiologia da reprodução, conceito de sexualidade, gravidez e parto, métodos contraceptivos e as relações interpessoais. No segundo grupo, constituído por indivíduos autónomos, os temas planeados para as sessões foram os mesmos que para o grupo anterior incluindo ainda as doenças sexualmente transmissíveis. Os resultados deste plano de educação sexual vêm mais uma vez confirmar o impacto que este tipo de orientação tem na vida destas pessoas. Assinale-se que este plano incidiu na modificação das capacidades

comunicacionais interpares, tanto em contexto de formação como nos outros contextos das suas vidas, nomeadamente no relacionamento pais-filho. Registou-se, de igual modo, uma maior confiança por parte dos jovens em expor os seus sentimentos e necessidades, aumentando também a atenção que depositam nos problemas dos outros.

Num outro projeto realizado na área da sexualidade e planeamento familiar com o intuito de contornar as dificuldades apresentadas pelos jovens com deficiência, averiguou-se também que os resultados são muito positivos. Estes jovens que manifestavam dificuldades ao nível da vivência da sexualidade e nomeadamente dificuldades de relacionamento nos diferentes contextos, após a implementação do programa de educação sexual apresentavam uma maior abertura ao diálogo e ao convívio (Barbosa, 1995).

No que concerne às alterações que um programa de educação sexual pode causar nos jovens portadores de deficiência intelectual, verifica-se através dos resultados obtidos no presente estudo e em outras investigações, a incidência de comportamentos mais adequados, maior esclarecimento e satisfação e conseqüentemente um maior nível de conhecimentos, o que poderá eventualmente ajudar a uma vivência mais saudável e tranquila da sexualidade.

De modo a aprofundarmos os conhecimentos ao nível da frequência com que os jovens portadores de deficiência procuravam respostas relativas ao tema da sexualidade no questionário aplicado aos pais uma das perguntas realizadas incidia no facto dos jovens portadores de deficiência intelectual fazerem questões acerca do tema, pelo que os pais responderam em 81,8% que os filhos *nunca* faziam perguntas, 9,1% refere *poucas vezes*, sendo esta percentagem similar aos pais que afirmaram que *algumas vezes* eram abordados pelos filhos, a média situa-se em 1,27 ( $DP=0,647$ ). Discutir este dado à luz da pouca abertura que os pais manifestam sobre estas temáticas, filhos considerados assexuados acaba por fazer com que estes não se sintam à vontade para expressar as suas dúvidas ou simplesmente demonstrar interesse em debater algumas problemáticas em relacionadas ao tema da sexualidade. Verificando-se por parte dos jovens algum receio e constrangimento em manifestar-se perante o tema da sexualidade, o que poderá impossibilitar o desenvolvimento pleno do jovem enquanto ser humano (Bastos & Deslandes, 2005; Giami, 2000). Neste sentido, considerou-se pertinente questionar, também, os profissionais que trabalham diariamente com estes jovens, com o intuito de perceber a frequência com que eram questionados acerca de temas relacionados com a sexualidade, constatando-se que 29,4% dos profissionais afirma que *nunca*, 50,0% refere que *poucas vezes*, 14,7% diz que *algumas vezes* e 5,9% relatam que *muitas vezes* são questionados acerca do tema. De acordo com os resultados e em concomitância com Félix (2003), ainda que por vezes as manifestações de

interesse relativamente ao tema da sexualidade não sejam claras e perceptíveis, elas encontram-se presentes tanto no quotidiano escolar como familiar de todos os jovens, uma vez que é componente integral do desenvolvimento psicossocial, especialmente num ambiente de socialização. Um outro estudo realizado por Hillier, Johnson e Harrison (2002), reforça a presente hipótese, uma vez que os autores concluíram que grande percentagem dos inquiridos no seu estudo eram sexualmente ativos, no entanto revelaram que este comportamento era inaceitável pelas pessoas envolvidas. Segundo diversos autores, jovens portadores de deficiência intelectual apresentam atitudes negativas face à sexualidade e expressão sexual, provenientes do ambiente social em que estão inseridos e devido à ausência de informações claras acerca da sexualidade (Araújo, 2002; Bhagwanjee, Chohan, Dawood & Govender, 2006; Cunha, Pires & Vilar, 2012; Edmanson & Wish, 1975 citados por McCabe, 1999; Butter et al, 2004; Glat, 2004).

No mesmo sentido Almeida (2010), refere que estes jovens têm reduzidas oportunidades de manifestar as suas dúvidas e desejos relativamente à sua sexualidade, assim como não lhes são conferidos espaços privados que permitam uma vivência plena e tranquila da sua sexualidade e afetividade.

### **5.3 Temas de interesse no âmbito da educação sexual**

No sentido de explorar as áreas de maior interesse da população estuda no presente estudo, consideramos pertinente *conhecer quais os temas de interesse apresentados pelos jovens, pais e profissionais relativamente à educação sexual.*

De acordo com a análise realizada, os dados revelam que os temas de maior interesse apresentados pelos jovens incide com a percentagem mais elevada no amor (81,3%), nas consultas para jovens (59,4%) e nas relações sexuais (53,1%). Por sua vez, os temas que registaram menor interesse dizem respeito: com 12,5% à abstinência, pornografia e masturbação, o tema ejaculação registou 21,9%, e orientação sexual, decisões responsáveis, aborto e contraceção de emergência com 31,3%. Verifica-se que muitas são ainda as necessidades de formação e informação destes jovens como se pode apreciar na tabela 16 através da análise das percentagens e frequências obtidas em todos os temas, organizadas por ordem decrescente de importância atribuída pelos jovens.

Decorrente do estudo realizado, observa-se que a temática do amor e que foi a considerada mais pertinente na vida dos jovens inquiridos, vai ao encontro de outros estudos realizados nesta temática com jovens portadores de deficiência intelectual, sendo que os jovens do presente estudo apresentam, na sua grande maioria, necessidade em encontrar formas para

manifestar o afeto, o amor e a expressão sexual (Almeida, 2010; Deboute et al. 2010; Glat, 2004). Estudos realizados ao longo dos anos reforçam os resultados obtidos na presente investigação. Um estudo realizado por Timmers, Du Charme e Jacó (1981, citados por McCabe, 1999) veio confirmar a existência de sentimentos positivos relativamente à sexualidade por parte de jovens com deficiência intelectual, acompanhada por manifestações de afetividade e sexualidade (Martins, 1995). Estes resultados podem ainda sugerir que uma vez que estes jovens apresentam sentimentos positivos relativos à sexualidade expectativas de namoro e casamento (Denari, 1997), talvez por esse motivo elejam como temas prioritários a consulta para jovens, relações sexuais e primeira vez, manifestando, assim, vontade em vivenciar uma vida semelhante à de tantos jovens da sua idade.

**Tabela 16** - Frequências e percentagens relativas aos temas de interesse por parte dos jovens

	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Amor	26	81.3
Consultas para jovens	19	59.4
Relações Sexuais	17	53.1
A primeira vez	16	50.0
Funcionamento sexual masculino	15	46.9
Contraceção	15	46.9
Funcionamento sexual feminino	14	43.8
Abuso sexual	13	40.6
Comportamentos sexuais aceitáveis	13	40.6
Conceção e gravidez	13	40.6
Explicação dos momentos e locais apropriados para a privacidade sexual	13	40.6
Ciclo menstrual	12	37.5
Infeções sexualmente transmitidas	12	37.5
Transformações na adolescência	12	37.5
Comportamentos sexuais de risco	12	37.5
Aborto	10	31.3
Orientação sexual (Homossexualidade, bissexualidade, heterossexualidade)	10	31.3
Decisões responsáveis	10	31.3
Contraceção de emergência	10	31.3
Ejaculação	7	21.9
Masturbação	4	12.5
Abstinência	4	12.5
Pornografia	4	12.5

Na perspetiva dos pais e relativamente às respostas obtidas neste item os temas que consideram de maior importância remetem para consultas para jovens e comportamentos sexuais aceitáveis (72,7%), o abuso sexual, contraceção, comportamentos sexuais de risco (63,6%) e o funcionamento sexual masculino, infeções sexualmente transmitidas, relações sexuais e masturbação (54,5%). No que se refere aos temas que mencionam como menos importantes, encontra-se a abstinência (9,1%), aborto e ejaculação (18,2) e por último a

orientação sexual e a pornografia (27,3). Estes resultados podem ser consultados na tabela 17, onde se especifica com detalhe a frequência, a percentagem e a ordem decrescente de temas relativamente à importância que os pais concederam.

Ao considerarmos de elevada importância conhecer os temas de maior interesse no que se refere à educação sexual por parte dos pais procedemos à seguinte análise. Verifica-se que os resultados obtidos refletem o resultado de um estudo realizado por Ribeiro (2001), na medida em que os pais manifestam uma grande preocupação na promoção de comportamentos socialmente corretos por parte dos filhos. No que se refere à necessidade dos pais perante a consulta para jovens, esta poderá ser justificada pelo facto dos pais a considerarem como um importante apoio na promoção dos comportamentos e hábitos aceitáveis por parte dos jovens, assim como um complemento à sua intervenção e orientação que por vezes é fragmentada e insuficiente.

Tabela 17 - **Frequências e percentagens relativas aos temas de interesse por parte dos pais**

	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Consulta para jovens	8	72.7
Comportamentos sexuais aceitáveis	8	72.7
Contraceção	7	63.6
Abuso sexual	7	63.6
Comportamentos sexuais de risco	7	63.6
Funcionamento sexual masculino	6	54.5
Infeções sexualmente transmitidas	6	54.5
Relações sexuais	6	54.5
Masturbação	6	54.5
Amor	5	45.5
Transformações na adolescência	5	45.5
Conceção e gravidez	5	45.5
Decisões responsáveis	5	45.5
Explicação de momentos e locais apropriados para a privacidade sexual	5	45.5
Funcionamento sexual feminino	4	36.4
Ciclo menstrual	4	36.4
A primeira vez	4	36.4
Contraceção de emergência	4	36.4
Orientação sexual (homossexualidade, bissexualidade, heterossexualidade)	3	27.3
Pornografia	3	27.3
Aborto	2	18.2
Ejaculação	2	18.2
Abstinência	1	9.1

A consulta, poderá ainda, constituir-se um elemento fundamental na introdução da contraceção e na prevenção do abuso sexual e comportamentos sexuais de risco, sendo também estes domínios de elevado interesse por parte dos pais. Neste sentido, os pais poderão considerar a consulta para jovens, um fator predominante no desenvolvimento sexual dos



jovens portadores de deficiência intelectual, e assim solucionar os problemas com que se deparam diariamente. Uma vez que é na fase da adolescência que os pais encontram novos desafios, principalmente no que concerne á inclusão social dos seus filhos (Bastos & Deslandes, 2005) e ao interesse e manifestações de afetividade e sexualidade (Ribeiro, 2001). No que se refere à opinião dos profissionais relativamente aos temas de maior importância no âmbito da educação sexual, observa-se uma maior percentagem no tema contraceção (79,4%), o abuso sexual (73,5%), e comportamentos sexuais aceitáveis (67,4%). No polo oposto situam-se os temas que se refere aos temas abstinência (17,6%), contraceção de emergência (26,5%), a primeira vez e a pornografia (32,4%). Na tabela 18 que se segue observa-se, a frequência a percentagem, estruturada pela sequência decrescente no que se refere ao grau de relevo dos temas concedido pelos profissionais.

**Tabela 18** - Frequências e percentagens relativas aos temas de interesse por parte dos profissionais

	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Contraceção	27	79.4
Abuso sexual	25	73.5
Comportamentos sexuais aceitáveis	23	67.4
Transformações na adolescência	22	64.7
Explicação dos momentos e locais apropriados para a privacidade sexual	21	61.8
Relações sexuais	20	58.8
Comportamentos sexuais de risco	20	58.8
Masturbação	20	58.8
Infeções sexualmente transmitidas	19	55.9
Funcionamento sexual masculino	17	50.0
Funcionamento sexual feminino	17	50.0
Decisões responsáveis	17	50.0
Orientação sexual (homossexualidade, bissexualidade, heterossexualidade)	16	47.1
Conceção e gravidez	16	47.1
Amor	15	44.1
Aborto	14	41.2
Ciclo menstrual	14	41.2
Consultas para jovens	14	41.2
Ejaculação	12	35.3
A primeira vez	11	32.4
Pornografia	11	32.4
Contraceção de emergência	9	26.5
Abstinência	6	17.6

Os resultados obtidos suportam a informação apresentada no enquadramento teórico do presente estudo, sendo que muitos autores relatam sentimentos de desespero perante a manifestação de desejo sexual ou simplesmente pelo facto de serem questionados acerca da sexualidade por parte dos jovens com deficiência intelectual (Maia, 2001; Maia & Aranha, 2003). Torna-se necessário ainda ressaltar um estudo de Cizek et al. (2002), em que os

autores, após um levantamento de dados, concluíram que os profissionais inquiridos apresentavam consciência da ausência de informação no que se refere à educação sexual por parte dos jovens portadores de deficiência intelectual e aprovavam a formação dirigida a esta população. Assinale-se contudo que os profissionais mencionavam as dificuldades sentidas em gerir as necessidades manifestadas por estes jovens, sendo que esta incapacidade era conjugada pelo receio das atitudes e opiniões dos pais e da sociedade (Brown & Pirtle, 2008; Cizek et al. 2002).

#### **5.4 Comportamentos dos Jovens ao nível da sexualidade e a necessidade de formação**

Pretendeu-se no presente estudo *analisar se o comportamento dos jovens no âmbito da sexualidade se relaciona com a necessidade de formação em educação sexual dos pais e dos profissionais.*

No que se refere às manifestações de desejo sexual por parte dos filhos com deficiência intelectual, 54,5% dos pais mencionam que os filhos *nunca* manifestam, 18,2% afirma que *poucas vezes* assim como os pais que respondem *algumas vezes*. Os pais relatam, ainda, que os filhos quando o fazem encontram-se no quarto (9,1%) ou em casa (27,3%) ( $M=1,06$ ;  $DP=0,843$ ). De acordo com os resultados obtidos no presente estudo e com os resultados obtidos em estudos realizados com pais de jovens e adultos portadores de deficiência intelectual, muitos foram aqueles que não apresentavam qualquer tipo de manifestação sexual por parte do seu filho. Não obstante, uma pequena parcela dos pais que participaram, referem que os filhos os questionavam e manifestavam desejos afetivos e sexuais. Assim, reconhece-se desta forma, que os pais reconhecem as manifestações afetivas e o desejo de contacto físico tanto dos seus filhos como dos outros jovens portadores de deficiência intelectual (Delville & Mercier, 1997, citados por Ramos, 2005, Ribeiro, 2001) no entanto alguns, revelam que não sabem gerir as manifestações afetivas dos seus educandos (Ribeiro, 1995).

No que diz respeito ao controlo dos impulsos sexuais dos seus filhos, 36,3% ( $n=4$ ) dos pais afirma existir esse controlo *muitas vezes*, 9,1% refere que o filho *nunca* controla os impulsos sexuais e a mesma percentagem (9,1%) afirma que em *algumas vezes* existe controlo, registando-se 45,5% de não resposta à presente questão ( $M=3,33$ ;  $DP=1,211$ ) (tabela 19). Torna-se aqui relevante estabelecer uma relação entre a percentagem de pais que afirma que o filho já beneficiou de educação sexual com a percentagem de pais que menciona que os seus filhos controlam muitas vezes os impulsos sexuais, que curiosamente foi a mesma (36,4%). Estes resultados poderão sugerir a importância que um programa de educação sexual pode exercer no comportamento sexual dos jovens portadores de deficiência intelectual. Refira-se

que num estudo realizado por Glat (2004) é possível verificar-se que na generalidade os pais afirmavam que orientavam os seus filhos de modo a situações constrangedoras junto a estranho e de modo a prevenirem-se de eventuais riscos, estes resultados poderão ser justificados pelo facto dos pais reconhecerem as manifestações dos filhos e conseqüentemente as suas necessidades ao nível da sexualidade e adotarem uma atitude preventiva. Não obstante, os resultados obtidos no presente estudo apresentam-se contraditórios aos do estudo de Ramos (2005), registando-se uma elevada percentagem dos pais a afirmar que os filhos não possuíam capacidades para controlar os impulsos sexuais.

**Tabela 19** - Análise descritiva da manifestação de desejo sexual e controlo dos impulsos sexuais dos jovens

	Média (M)	Desvio-Padrão (DP)	Mínimo	Máximo
Manifestação de desejo sexual	1.06	.843	1	3
Controlo dos impulsos sexuais	3.33	1.211	1	4

No que se refere aos profissionais que se encontram em contacto com estes jovens diariamente, estes mencionam em 17,6% *muitas vezes* existe a manifestação de desejo sexual, 55,9% refere que *algumas vezes*, 17,6% dos profissionais afirma que *poucas vezes*, e 5,9% encontram-se os profissionais que afirmam que os jovens *nunca* manifestaram desejo sexual, verificando-se que 2,9% dos profissionais não respondeu à questão. De acordo com os dados apresentados, alguns estudos demonstram a existência a manifestação de desejo sexual por parte de jovens e adultos portadores de deficiência intelectual (Denari, 1997; Pinheiro, 1994; Maia & Aranha, 2003, 2005). Destaca-se ainda, um estudo realizado por Deboutte e colaboradores (2010) com jovens portadores de deficiência intelectual e autismo, em que os autores concluíram que na generalidade estes jovens apresentam interesse sexual, manifestando uma extensa variedade de comportamentos sexuais. Deste modo, verifica-se que as pessoas com deficiência intelectual são providas das mesmas características das demais, desenvolvendo de igual modo os seus caracteres sexuais e conseqüentemente a sua sexualidade.

De acordo com os resultados apresentados na tabela 20, é possível constatar que o facto de existirem manifestações de desejo sexual por parte dos jovens portadores de deficiência intelectual ou de estes questionarem acerca da temática da sexualidade não se encontra correlacionado com a necessidade de formação em educação sexual de pais e profissionais. Destaca-se ainda uma correlação positiva significativa entre os jovens que manifestam desejo sexual com o facto de realizarem questões acerca do tema da sexualidade ( $r=0,574$ ;  $p=0,000$ ).

Verifica-se assim que os jovens que manifestam desejo sexual são aqueles que apresentam uma maior necessidade de formação em educação sexual, uma vez que procuram esclarecer dúvidas relacionadas com o que estão a sentir.

De acordo com os resultados obtidos através da investigação, observa-se que estes factos não estão relacionados, em detrimento do que julgávamos inicialmente. O facto de não se verificar a necessidade de formação nos pais e profissionais que são alvo de mais questões acerca da assexualidade ou que são mais confrontados com a manifestação de desejo sexual por parte dos jovens portadores de deficiência intelectual pode estar relacionado aos mecanismos internos que cada profissional ou cada pai possui para responder a este tipo de acontecimentos e situações do quotidiano, tanto escolar como familiar. A necessidade de formação em educação sexual por parte de pais e profissionais, poderá estar, ainda, relacionada com outros fatores, nomeadamente com a disponibilidade que estes dois agentes educativos apresentam para orientar e esclarecer as dúvidas e curiosidades manifestadas por estes jovens e as atitudes face à sexualidade. No mesmo sentido, Brown e Pirtle (2008) realizaram um estudo em que verificaram que os profissionais que trabalham com a população portadora de deficiência intelectual apresentam uma certa resistência no que concerne à implementação de educação sexual, o que segundo os autores se encontra relacionado às crenças morais, atitudes conservadoras e à insegurança que sentem ao abordar o tema de forma adequada. No mesmo sentido, Maia (2001) e Maia e Aranha (2003) afirmam que os professores não sabem qual a melhor forma de atuar perante a manifestação de comportamentos sexuais por parte dos jovens portadores de deficiência intelectual. Acredita-se que as atitudes que pais e profissionais apresentam relativamente à sexualidade na deficiência intelectual seja também um fator preditor da necessidade em educação sexual. Pois se pais e profissionais apresentarem uma atitude liberal em relação à sexualidade destes jovens e acreditarem que um programa poderá levar à modificação de atitudes e comportamentos, encontram-se mais recetivos à formação em educação sexual, atribuindo-lhe uma maior importância. A hipótese avançada vai ao encontro do estudo de Amaral (2004), que consistiu num programa de orientação sexual destinado a pais e profissionais, em que inicialmente os participantes defendiam que os jovens não apresentavam desejo sexual, nem capacidades para compreenderem questões ao nível da sexualidade. Após a implementação do programa, verificaram-se significativas mudanças, nomeadamente na aceitação e reconhecimento dos direitos relativos à sexualidade dos jovens e na capacidade que estes possuem para a compreensão de questões relacionadas com a sexualidade, atribuindo assim uma maior

importância à sua formação em educação sexual e consecutivamente à formação dos jovens portadores de deficiência intelectual.

**Tabela 20** - Correlações entre a manifestação de desejo sexual e existência de questões relativas à sexualidade com a necessidade de formação de pais e profissionais

	Importância da formação de Pais	Importância da formação de profissionais
Questões dos jovens relativamente à sexualidade	$r=.045$ $p=.771$	$r=.168$ $p=.271$
Manifestação de desejo sexual pelos jovens	$r=.250$ $p=.107$	$r=.005$ $p=.976$

### 5.5 Atitudes dos pais e dos profissionais face à sexualidade na deficiência intelectual

Com a presente investigação pretendeu-se *conhecer as atitudes de pais relativamente à sexualidade dos filhos/jovens com deficiência intelectual*, pelo que com este intuito se procedeu à análise das respostas evocadas pelos pais que participaram no estudo.

Considerando os resultados representados na tabela 21, as dimensões que apresentam atitudes mais liberais, representadas por atitudes permissivas no que respeita à prática sexual com o objetivo da procura de prazer e afetividade através da comunicação entre dois seres (Fuertes & López, 1999) por parte dos pais dizem respeito à informação e educação sexual ( $M=3,65$ ;  $DP= 0,393$ ) e à pressão social e estigmatização ( $M=3,65$ ;  $DP= 0,625$ ). Em contrapartida a dimensão que apresenta atitudes mais conservadoras, considerando-se que estas defendem a relação sexual apenas com função reprodutora Fuertes & López, 1999) (é representada na autonomia e responsabilidade, em que a média apresentada pelos pais é de 2,10 ( $DP=0,987$ ), com um mínimo de 1 e o máximo de 3,5.

**Tabela 21** - Apresentação das atitudes de pais relativas à sexualidade

	Média (M)	Desvio-Padrão (DP)	Mínimo	Máximo
Autonomia e Responsabilidade	2.10	0.987	1	3.5
Desenvolvimento psicoafectivo e sexual	2.69	0.604	2	4
Atitudes face à sexualidade	3.40	0.534	2.83	4.50
Informação e Educação Sexual	3.65	0.393	3.14	4.14
Abuso Sexual	2.42	0.687	1.50	3.50
Pressão social e Estigmatização	3.65	0.625	2.50	4.50
Atitudes face à sexualidade na deficiência intelectual	3.18	0.636	2.31	4.50

De acordo com os resultados obtidos, e apresentados anteriormente é possível averiguar que os pais manifestaram atitudes moderadamente liberais no que se refere à sexualidade na deficiência intelectual. As atitudes dos pais perante a sexualidade dos seus filhos, têm vindo a

modificar-se ao longo dos tempos, verificando-se, atitudes mais liberais (Parsons, 1982, citado por Bryde & Cuskelly, 2004; Fisher, 1991). Uma vez que, inicialmente verifica-se atitudes de recusa por parte dos pais perante a possibilidade de implementação de um programa de educação sexual (Boemer & Souza, 2002; Ribeiro, 1995; Ribeiro, 2001). No mesmo sentido, destaca-se um estudo de Minnes e Murray (1994), que reforça os resultados obtidos, onde se regista uma mudança ao nível das atitudes em relação ao comportamento sexual das pessoas com deficiência intelectual, uma vez que se têm vindo a revelar menos conservadoras. Estas atitudes, englobam uma ampla gama de comportamentos sexuais considerados aceitáveis contrariamente ao que se verificava anteriormente. Estes resultados podem ser realçados, uma vez mais, através de um estudo realizado por Carlson, Taylor e Wilson (2000, citados por Bryde & Cuskelly, 2004), em que os autores constataram que muitos jovens estavam a ser submetidos a esterilização, mesmo na presença de interesse e manifestação de desejo sexual.

A formação em educação sexual, como é possível observar-se nos resultados apresentados, é uma preocupação constante por parte dos pais, uma vez que, o reconhecimento da sua importância tem vindo a aumentar progressivamente. Estes resultados são suportados pelo estudo de Ramos (2005), em que a autora conclui que os pais destes jovens reconhecem a necessidade formação ao nível da sexualidade. No entanto ainda se verificam atitudes pouco liberais em relação ao domínio da autonomia e responsabilidade, no domínio do abuso sexual e no domínio do desenvolvimento psicoafectivo e sexual. Estes resultados contrastam com um outro estudo realizado anteriormente, em que se observou que alguns pais acreditavam que os filhos adolescentes e portadores de deficiência mental seriam capazes de manter um relacionamento sexual com responsabilidade (Ferguson, Jolly & Mckinlay, 1996, citado por Bastos & Deslandes, 2005).

Relativamente ao domínio do desenvolvimento psicoafectivo e sexual, foi ainda encontrado um estudo que reflete conclusões semelhantes às que obtemos na presente investigação, uma vez que foram registadas opiniões nas quais os pais não reconhecem nos filhos a existência de curiosidade acerca da sexualidade, avaliando que as suas relações são afetivas, com ausência de manifestações eróticas (Giami, 2000).

Na presente investigação considerou-se de extrema importância *conhecer as atitudes dos profissionais que trabalham com jovens com deficiência intelectual relativamente à sexualidade*. Nesta perspetiva, procedeu-se à análise das atitudes dos profissionais que integraram a nossa amostra, com o objetivo de perceber de que modo é percecionada a sexualidade destes jovens.

Relativamente às atitudes de profissionais no que respeita à sexualidade, constatou-se que as dimensões exploradas que pontuam médias mais elevadas, traduzindo-se em atitudes mais liberais, correspondem à pressão social e estigmatização ( $M=4,03$ ;  $DP= 0,598$ ) e às atitudes face à sexualidade ( $M=3,92$ ;  $DP= 0,386$ ). As atitudes mais conservadoras por parte dos profissionais, foram visíveis na dimensão abuso sexual ( $M=2,92$ ;  $DP= 0,453$ ) (Tabela 22).

**Tabela 22** - Apresentação das atitudes de profissionais relativas à sexualidade

	<b>Média (M)</b>	<b>Desvio-Padrão (DP)</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
Autonomia e Responsabilidade	3.18	0.855	1.50	5
Desenvolvimento psicoafectivo e sexual	3.06	0.665	2	5
Atitudes face à sexualidade	3.92	0.386	3.17	4.67
Informação e Educação Sexual	3.85	0.485	2.43	4.57
Abuso Sexual	2.92	0.534	2	4
Pressão social e Estigmatização	4.03	0.598	2	5
Atitudes face à sexualidade na deficiência intelectual	3.66	0.453	2.94	4.75

Os resultados obtidos indicam que na generalidade os profissionais inquiridos manifestam uma atitude liberal em relação à sexualidade na deficiência intelectual. Considera-se bastante relevante as opiniões e as atitudes dos profissionais neste domínio da vida dos jovens com deficiência, uma vez que são os profissionais que passam maior parte do tempo consigo e vivenciam todos estes aspetos das suas vidas. Em comparação com outras investigações realizadas, que se destinavam, igualmente, ao estudo das atitudes de profissionais que trabalhavam com deficientes intelectuais, é possível afirmar que os resultados apontam para o mesmo sentido. Num estudo de Holmes (1988, citado por Félix, 2003), em que foi aplicada a estada de atitudes SMRAI a uma amostra de profissionais que integravam diferentes num hospital, verificou-se que, na generalidade, estes apresentavam atitudes moderadamente liberais no que se refere à sexualidade na deficiência intelectual. Apesar destes resultados, defendiam, ainda, a necessidade de mudança nas políticas do hospital de modo a facilitar a manifestação da sexualidade para esta população.

Com o mesmo objetivo, Félix em 2003 conduziu uma investigação, em que os resultados obtidos revelaram mais uma vez que os profissionais que trabalham com a população portadora de deficiência intelectual apresentam atitudes liberais relativamente à sexualidade destas pessoas. Contudo, os profissionais consideram a inexistência da igualdade de direitos em diversos domínios da vida das pessoas portadores de deficiência intelectual; não sendo reconhecida a capacidade de autonomia e conseqüentemente a tomada de decisões relativamente à sua própria vida, perpetuando-se assim como eternas crianças. Estes resultados contrastam com a ideia inicial em que os profissionais consideravam a sexualidade

do jovem com deficiência como inexistente, incontrollável, selvagem e incompleta, e deste modo era reprimida perante a sociedade (Albuquerque & Ramos, 2007; Denári, 1997). Um outro estudo conduzido por Aranha e Maia (2005) com professores vem realçar que estes relatam que as manifestações sexuais por parte de alunos portadores de deficiência não correspondem a comportamentos aberrantes ou grotescos, como os classificavam. Ainda de acordo com os resultados alcançados por Gordon (1981, citado por Ramos, 2005), verifica-se que os profissionais têm vindo a reconhecer, de forma progressiva, o direito da pessoa portadora de deficiência intelectual de manifestar os seus sentimentos e desejos, e de beneficiar de informação e formação básica no que diz respeito à sexualidade.

Não obstante a esta progressiva mudança de atitudes por parte dos profissionais, Martins (1995), desenvolveu um estudo em que constatou a existência de sérias dificuldades conjugadas com uma elevada insegurança no modo como atuar perante a expressão da sexualidade por parte dos jovens portadores de deficiência.

Na comparação de atitudes face à sexualidade entre pais e profissionais é possível verificar-se que, na generalidade, todas as dimensões registam atitudes mais liberais por parte dos profissionais em detrimento das atitudes manifestadas pelos pais, apesar de só se verificar uma diferença significativa na dimensão autonomia e responsabilidade ( $p=.003$ ) onde a média de pais pontua  $M=2,10$  e a média dos profissionais  $M=3,18$ . A tabela 23 demonstra os resultados obtidos entre estas duas amostras.

**Tabela 23** - Comparação das atitudes face à sexualidade entre pais e profissionais

	Pais ( <i>M</i> )	Profissionais ( <i>M</i> )	<i>U</i>	<i>p</i>
Autonomia e Responsabilidade	2.10	3.18	273.50	.003
Desenvolvimento psicoafectivo e sexual	2.69	3.07	249.50	.099
Atitudes perante a sexualidade	3.40	3.92	237.00	.005
Informação e Educação Sexual	3.65	3.87	215.50	.149
Abuso Sexual	2.42	2.92	241.50	.041
Pressão Social e Estigmatização	3.65	4.03	226.50	.007
Atitudes acerca da sexualidade na deficiência intelectual	3.18	3.66	212.50	.016

Os resultados obtidos no presente estudo encontram-se em consonância com os estudos científicos encontrados através da pesquisa bibliográfica, tanto a nível nacional com internacional. Desta forma, e de acordo com Félix (2003) é possível afirmar que os profissionais que trabalham com a população com deficiência intelectual manifestam atitudes mais liberais quando comparados com os seus cuidadores diretos, os pais. No entanto, Félix (2003) assegura que existe um desfasamento entre as atitudes apresentadas e a realidade das instituições, em que a manifestação de sexualidade, nomeadamente o contacto superficial, é considerada inaceitável.



Na investigação realizada por Ramos (2005), que tinha por objetivo conhecer as atitudes de pais e profissionais relativamente à sexualidade na deficiência intelectual, a autora também encontrou diferenças significativas entre as atitudes de pais e profissionais, sendo os últimos detentores de atitudes mais liberais e positivas.

A este propósito pode ainda referir-se o estudo realizado por Delville e Macier (1997) com o objetivo de compararem as atitudes de pais e profissionais face à sexualidade na deficiência intelectual. Os resultados apontam que as atitudes são díspares entre estes dois agentes educativos. Assim, os profissionais manifestam atitudes ambivalentes uma vez que consideram bastante relevante a implementação de programas de educação sexual na população portadora de deficiência intelectual, no entanto pouco consensual relativamente à homossexualidade. De acordo com os resultados obtidos pelos autores, estes defendem que é fundamental o diálogo entre pais e profissionais, de forma a promover uma melhor qualidade de vida dos jovens e evitar ações e representações contraditórias no que se refere ao exercício da sexualidade. Estes autores concluíram que os profissionais apresentam uma atitude, relativas à sexualidade na deficiência intelectual mais neutra, objetiva e realista quando comparados com a atitude por parte dos pais. Neste sentido defendem que esta diferença se deve à angústia permanente dos pais no que se refere ao futuro dos seus filhos.

De acordo com Lofgren-Marteson (2004) verificam-se sentimentos e atitudes distintos entre pais e profissionais que deveriam ser trabalhados de modo a proporcionar um maior número de oportunidades para os jovens, nomeadamente na tomada de decisões, e na implementação de programas de educação sexual (Ribeiro, 2001).

Refira-se ainda que outros autores têm vindo a encontrar diferenças significativas nas atitudes de pais e profissionais no que concerne à sexualidade na deficiência intelectual (Amaral, 2004; Camossa & Maia, 2003; Giammi e D`Allones, 1984).

De realçar, no que se refere às atitudes face à sexualidade na deficiência intelectual, Brantlinger (1983, citado por Félix, 2003) realizou um estudo a partir da aplicação da escala SMRAI –“*Sexuality and the Mentally Retarded Attitude Inventory*” tendo concluído que os fatores preditores de uma pontuação mais liberal ou mais conservadora dizem respeito à candlestick ocupação, o número de filhos, a idade, a formação e por último a frequência com que abordam a temática “sexualidade”.

No entanto, e de acordo com Lofgren-Martenson (2004) verifica-se que progressivamente pais e profissionais de jovens portadores de deficiência intelectual disponibilizam novas e diferentes alternativas de interação social, refletindo uma maior preocupação e abertura face às necessidades que estes jovens apresentam relativamente à sua sexualidade. Uma vez que

segundo Cuskelly e Gilmore (2007), um indicador importante do ajustamento e inclusão na sociedade, traduz-se numa atitude positiva relativamente á sexualidade, promovendo, assim, o aparecimento dos direitos sexuais destes jovens.

## **5.6 Formação dos profissionais e atitudes face à sexualidade**

Na sequência dos dados apresentados, é possível responder ao nosso objetivo que tinha por base *conhecer se os profissionais têm formação em educação sexual e de que modo esta pode influenciar as suas atitudes face à sexualidade na deficiência intelectual*.

Tendo em conta os dados recolhidos junto aos profissionais que trabalham diretamente com a deficiência intelectual, é possível aferir que 58% dos inquiridos recebeu algum tipo de formação em educação sexual, no que se refere aos restantes 42%, estes afirmam não ter recebido formação nesta área do desenvolvimento. Os resultados obtidos no nosso estudo contrastam com os resultados que derivaram da realização de um outro estudo, que teve como objetivo entrevistar pessoas que trabalhavam em serviços para adolescentes e jovens com deficiência mental, e no qual se constatou que esses profissionais não receberam formação para lidar com questões de sexualidade (McConkey & Ryan, 2001). Mais uma vez assinala que a mudança de paradigma que se regista constitui um ponto crucial na sociedade atual, dado que a formação de profissionais e assume como um fator determinante no sucesso da implementação de um programa de educação sexual (Zapian, 2003).

No que concerne à classificação que os profissionais atribuem à sua formação em educação sexual 17,6% afirma que esta é  *muito boa*, sendo que com a mesma percentagem se destacam os profissionais que a classificam como *boa*, 38,2% relata que a considera *suficiente* e 11,8% classifica-a como *insuficiente*.

No estudo realizado para verificar qual o impacto da formação em educação sexual nas atitudes que os profissionais possuem acerca da sexualidade na deficiência intelectual é possível verificar que os profissionais submetidos a formação demonstram atitudes mais positivas, apesar de não se registarem diferenças significativas, quando comparados com o grupo não sujeito a formação. Distinguem-se assim as dimensões de autonomia e responsabilidade (grupo com formação,  $M=3,45$ ; grupo sem formação,  $M=2,80$ ), desenvolvimento psicoafectivo e sexual (grupo com formação,  $M=3,20$ ; grupo sem formação,  $M=2,88$ ) e abuso sexual (grupo com formação,  $M=3,07$ ; grupo sem formação,  $M=2,71$ ). A única dimensão em que não se verificaram atitudes mais liberais no grupo de profissionais com formação em educação sexual foi na de pressão social e estigmatização (grupo com

formação,  $M=3,94$ ; grupo sem formação,  $M=4.14$ ). Estes resultados podem ser confirmados na tabela 24 que se segue.

**Tabela 24** - Comparação das atitudes face à sexualidade de profissionais com e sem formação em educação sexual

	<b>Grupo c/ formação (M)</b>	<b>Grupo s/ formação (M)</b>	<b>U</b>	<b>p</b>
Autonomia e Responsabilidade	3.45	2.80	81.50	.039
Desenvolvimento psicoafectivo e sexual	3.20	2.88	100.00	.169
Atitudes perante a sexualidade	3.97	3.85	109.50	.455
Informação e Educação Sexual	3.91	3.82	124.50	.760
Abuso Sexual	3.07	2.71	85.50	.056
Pressão Social e Estigmatização	3.94	4.14	168.00	.212
Atitudes acerca da sexualidade na deficiência intelectual	3.71	3.60	107.00	.708

Neste sentido confirma-se que a formação em educação sexual influencia as atitudes das pessoas e nomeadamente dos profissionais que trabalham com esta parcela minoritária da população embora a diferença não seja significativa. De acordo com os nossos resultados, Félix (2003) afirma que é possível observar-se que as atitudes dos profissionais que trabalham diretamente com a população portadora de deficiência mental são menos liberais quando comparados com os especialistas na área da sexualidade. A autora defende, ainda, que as atitudes no que se refere à sexualidade na deficiência intelectual dos profissionais, dependem de fatores como a idade, o nível de formação e o tipo de ocupação, e que através das atitudes os profissionais refletem, ainda, as suas próprias crenças e valores.

No que se refere aos estudos que pretendem demonstrar a importância e a eficácia da formação específica em educação, estes têm vindo a revelar que os professores apresentam uma atitude mais liberal e positiva, sentem-se mais confiantes e confortáveis relativamente à sexualidade, apresentam uma maior disponibilidade para abordar o tema e conseqüentemente mais conscientes dos benefícios para a saúde dos jovens (Loureiro, 1999; Macário, 2010) quando beneficiam de formação em educação sexual. Neste sentido, segundo um estudo de Bergo e Melo (2003) observa-se, ainda uma insuficiente formação de profissionais no âmbito da educação sexual na deficiência intelectual. Verificando-se, que muitos dos profissionais não se encontram preparados para intervir a este nível (Franco, 2012) e à semelhança dos pais procuram respostas eficazes de modo a contornarem os problemas que surgem (Almeida, 2009; Bazzo et al., 2007; Ribeiro, 2001; Silva, 2012), ostentando atitudes desorganizadas perante a ausência de estratégias pedagógicas adequadas (Anastácio, Carvalho & Clemente, 2005).

## 5.7 Relação entre os anos de experiência dos profissionais e as atitudes face à sexualidade

Consistiu na presente investigação *analisar as relações entre o tempo de trabalho dos profissionais e as suas atitudes relativamente à sexualidade na deficiência intelectual.*

Em consonância com os resultados obtidos (tabela 25) é possível observar-se uma correlação positiva moderada entre o tempo de serviço e a dimensão relativa ao abuso sexual ( $r=0,364$ ;  $p=0,034$ ). Verifica-se, de igual modo, a uma relação positiva moderada entre a dimensão atitudes face à sexualidade na deficiência intelectual com o tempo de serviço ( $r=0,447$ ;  $p=0,012$ ). No entanto, não se verificam correlações significativas entre o número de horas de trabalho dos profissionais com os jovens portadores de deficiência intelectual e as dimensões relativas à sexualidade.

**Tabela 25** - Correlação entre as atitudes de profissionais em relação à sexualidade e o tempo e as horas de serviço

	Tempo de Serviço	Número de horas de serviço
Autonomia e Responsabilidade	$r = .133$ $p = .454$	$r = -.027$ $p = .879$
Desenvolvimento psicoafectivo e sexual	$r = .298$ $p = .086$	$r = .105$ $p = .555$
Atitudes face à sexualidade	$r = .260$ $p = .144$	$r = -.082$ $p = .650$
Informação e Educação Sexual	$r = .024$ $p = .894$	$r = .097$ $p = .590$
Abuso Sexual	$r = .364$ $p = .034^*$	$r = .105$ $p = .555$
Pressão social e Estigmatização	$r = .268$ $p = .131$	$r = -.106$ $p = .557$
Atitudes face à sexualidade na deficiência intelectual	$r = .447$ $p = .012^*$	$r = -.018$ $p = .925$

\* Significativo  $p < 0.05$

\*\* Muito Significativo  $p < 0.01$

Esta evidência está subjacente ao facto dos profissionais que trabalham há mais tempo com os jovens portadores de deficiência intelectual se encontrarem mais atentos às suas necessidades e manifestações. Motivo este que poderá estar relacionado com o tipo de relação que se estabelece entre os jovens e os profissionais com quem trabalham diariamente, uma vez que dia após dia as relações fortalecem-se, o que levará a um maior conhecimento e á vontade de ambas as partes.

Os nossos resultados são sustentados pelo estudo de Ramos (2005), que demonstram existir a ocorrência de médias superiores nas atitudes de técnicos que apresentavam mais experiência profissional na área da deficiência. Em concordância com estes resultados, Pereira (1996), que apesar do seu estudo não incidir diretamente na sexualidade, assume que a experiência

profissional dos professores conduzem a uma maior adequação de comportamentos na resposta às necessidades evocadas pelos jovens portadores de deficiência intelectual e pelas suas famílias.

O modo como as atitudes dos profissionais variam ao longo do tempo foi estudado por diversos autores (Becker & Morrison, 1975, Benjamim & Zlomke, 1983, Galano & Sorenson, 1976, Uzzell & Watson, 1980, citados por Ramos, 2005) que constataram a manutenção dos resultados. Sendo que as percepções dos profissionais, nomeadamente como a capacidade de resposta a eventuais episódios, sofrem modificações ao longo do tempo de serviço, verificando-se deste modo uma mudança ao nível das atitudes. Neste sentido, e de acordo com os resultados obtidos verifica-se que ao longo do tempo os profissionais adquirem uma maior consciencialização acerca das necessidades individuais de cada jovem portador de deficiência intelectual e da importância que a educação sexual poderá ter nas suas vidas. Refira-se, que Maia (2001) defende que os sentimentos, as concepções e as crenças pessoais que derivam da educação sexual, formal ou informal, exercem um papel fundamental nas atitudes e nas ações relativas à manifestação da sexualidade.

### **5.8 Relação entre a prática religiosa e as atitudes face à sexualidade**

Pretendeu-se com a presente investigação analisar as relações entre a religiosidade dos pais e dos profissionais e as suas atitudes face à sexualidade na deficiência mental. Em consonância com os resultados obtidos e apresentados na tabela 26 que se segue, averigua-se a inexistência de relações significativas em nenhuma variável, quando se pretende correlacionar a prática religiosa de pais e profissionais com as diferentes dimensões no questionário de atitudes. Efetivamente os resultados obtidos na análise da influência da religião e da sua prática nas atitudes face à sexualidade de jovens portadores de deficiência intelectual de pais e profissionais, revelam que não se regista existência de relações significativas em nenhuma das dimensões da escala de atitudes.

Apesar de não se verificarem resultados significativos, existem para a maior parte das dimensões da escala, exceto para a dimensão relacionada com o abuso sexual, uma relação inversa, o que poderá ser indicador de que pais e profissionais com mais prática religiosa detêm uma atitude menos liberal face à sexualidade. Refira-se que este resultado pode estar diretamente relacionado com o tamanho e as características da amostra em estudo. Os resultados obtidos vão ao encontro de outros estudos realizados de forma a explorar a

influência da religiosidade e da sua prática no conforto, o conhecimento e as atitudes face à sexualidade (Macário, 2010; Reis & Vilar, 2004).

**Tabela 26** - Relação entre a prática religiosa de pais e profissionais e as atitudes face à sexualidade

	<b>Prática Religiosa</b>
Autonomia e Responsabilidade	$r=-.188$ $p=.221$
Desenvolvimento psicoafectivo e sexual	$r=-.228$ $p=.132$
Atitudes face à sexualidade	$r=-.253$ $p=.105$
Informação e Educação sexual	$r=-.149$ $p=.341$
Abuso sexual	$r=.093$ $p=.546$
Estigmatização	$r=.009$ $p=.957$
Atitudes face à sexualidade na deficiência intelectual	$r=-.256$ $p=.112$

No estudo realizado por Reis e Vilar (2004) os resultados, relativamente a este domínio, revelaram uma relação pouco significativa entre a religiosidade e o conforto, sendo que quanto maior a prática religiosa maior o desconforto em abordar a temática. Também Macário (2010) averiguou uma relação negativa com um reduzido significado entre a religiosidade e o conforto, sendo que além de reduzida, registou no seu trabalho que a religiosidade se encontrava mais relacionada com as atitudes. De acordo com os resultados obtidos no presente estudo e nos estudos presentes no enquadramento, os dados parecem sugerir que a religiosidade e nomeadamente a sua prática, na atualidade está pouco relacionada com a influência que exerce nas atitudes face á sexualidade (Pacheco, 2003).

### **5.9 Plano de Intervenção ao nível da Educação Sexual**

De acordo com o objetivo determinado inicialmente, pretendia-se ainda *elaborar um plano de intervenção ao nível da educação sexual destinado a jovens portadores de deficiência intelectual com base nos temas de interesse apresentados por esta população*. Neste sentido parece-nos pertinente conceptualizar algumas estratégias ao nível da formação em educação sexual. Em concomitância com os resultados obtidos, considera-se de extrema importância abordar temas relacionados com o desenvolvimento e maturação do corpo humano (feminino e masculino) e posteriormente desenvolver os conceitos de amor, os sentimentos, relacionamentos sociais e afetivos, condutas sociais adequadas, de forma a que a sexualidade possa ser vivenciada de forma harmoniosa e responsável por todas as pessoas,

independentemente das suas características. Atendendo aos factos registados ao longo de todo o ciclo de investigações, atualmente encontra-se bem presente que pessoas portadoras de limitações cognitivas apresentam conquistas e sucessos ao nível da aprendizagem, que inicialmente eram impensáveis (Ribeiro, 2001; Silva, 2012), é nosso objetivo estimular conhecimentos que promovam uma vida mais completa e estável em todos os domínios da vida destas pessoas. Propõem-se, deste modo, algumas dimensões, conteúdos e objetivos a serem abordados numa intervenção psicopedagógica no âmbito da educação sexual. Assim o modelo por nós apresentado tem como título “*Educação Sexual: Todos temos direito a uma...*”.

O plano de educação sexual proposto é constituído por quatro dimensões que abordam o desenvolvimento físico e psicoafectivo, a autonomia e responsabilidade, a sexualidade e as relações afetivas e por último a dimensão de formação e educação sexual. Cada uma das dimensões compreende diversos conteúdos (tabela 27) a serem desenvolvidos, sendo estes complementados por objetivos específicos de forma a complementarem o programa.

**Tabela 27** – Proposta de um plano de educação sexual: Dimensões e conteúdos

<b>Dimensões</b>	<b>Conteúdos</b>
Desenvolvimento Físico e Psicoafectivo	Eu e o meu corpo! O meu corpo modifica-se? Eu tenho sentimentos!/ O que sinto...
Autonomia e Responsabilidade	Eu sou capaz! Eu sou capaz de me cuidar! Eu também decido! /Eu também tenho opinião! Quando posso manifestar os meus sentimentos e necessidades?
Sexualidade e Relações Afetivas	A minha sexualidade! Eu posso namorar?!
Formação e Educação Sexual	O que é o casamento e constituir família? Onde me posso informar em caso de dúvida?

A nossa proposta tem como base diversos programas de educação sexual, sendo estes direcionados para a população portadora de deficiência como para o currículo comum (Almeida, 2010; Loureiro, 1999; Robert, 2005; Robert & Jacob, 2006; Robert, 2011) (Tabela 27).

## **- Proposta de um Plano de educação Sexual**

### **Dimensão: Desenvolvimento Físico e Psicoafetivo**

De acordo com os diversos programas de educação sexual estudados (Almeida, 2010; Loureiro, 1999; Robert, 2005; Robert & Jacob, 2006; Robert, 2011), torna-se essencial a presença de uma dimensão que aborde o desenvolvimento físico e psicoafetivo dos jovens. De modo a proporcionar um conhecimento básico acerca do funcionamento e constituição do seu corpo, assim como das alterações que ocorrem ao longo de todo o seu desenvolvimento.

<b>Conteúdos</b>	<b>Objetivos</b>
<b>Eu e o meu corpo!</b>	Conhecer o corpo feminino e masculino; Saber identificar a localização e as funções do corpo humano; Saber distinguir as diferenças do corpo feminino e masculino (internas e externas); Distinguir e relacionar as diferentes partes do corpo; Conhecer os órgãos internos e as suas funções; Conhecer os órgãos reprodutores, femininos e masculinos, e as suas funções.

<b>Conteúdos</b>	<b>Objetivos</b>
<b>O meu corpo modifica-se?</b>	Conhecer as principais modificações do corpo durante a puberdade; Conhecer as diferenças anatómicas que se registam no decorrer da puberdade (desenvolvimento dos caracteres sexuais e o ciclo menstrual); Identificar as diferenças psicológicas no decorrer da adolescência; Perceber as diferentes responsabilidades que vamos adquirindo ao longo do nosso desenvolvimento.



<b>Conteúdos</b>	<b>Objetivos</b>
<b>Eu tenho sentimentos!</b>	Distinguir diferentes tipos de sentimentos e necessidades; Desenvolver condutas adequadas na manifestação dos sentimentos; Saber distinguir os diferentes tipos de afetos, nomeadamente com a família, amigos, namorado, professores, desconhecidos; Saber interagir de forma adequada para com os outros (saber ouvir, saber esperar, saber expressar-se, saber comunicar); Capacidade para interagir socialmente e desenvolver vínculos afetivos; Conhecer os diferentes tipos de orientação sexual e saber respeitar a individualidade de cada pessoa; Desenvolver conhecimentos acerca do amor, da paixão e do prazer; Reconhecer que existem diferenças entre as pessoas e aprender a respeitá-las.

**Dimensão:** Autonomia e responsabilidade

De igual modo, a dimensão relativa à autonomia e responsabilidade assume elevada importância na implementação de um programa de educação sexual. Destacando-se o desenvolvimento de capacidades que promovam a ocorrência de comportamentos ajustados e experiências de vida significativas para estes jovens. De modo a que cada jovem adquira conhecimentos e capacidades para a tomada de decisão responsável e consciente acerca de determinados aspetos nas suas vidas. Promovendo, ainda a sua autonomia ao nível da sua higiene básica.

<b>Conteúdos</b>	<b>Objetivos</b>
<b>Eu sou capaz!</b>	Desenvolver uma autoestima forte; Desenvolver uma atitude assertiva; Saber-se valorizar, tanto a nível físico como das suas capacidades; Promover experiências de vida significativas; Promover o autoconhecimento; Desenvolver um sentido crítico e de avaliação de situações distintas.

<b>Conteúdos</b>	<b>Objetivos</b>
<b>Eu sou capaz de me cuidar!</b>	Desenvolver capacidades ao nível da higiene pessoal e dos cuidados diários básicos (tomar banho, vestir-se, fazer o pequeno-almoço/lanche, vestir-se, tratar dos seus pertences pessoais); Reconhecer a importância dos cuidados pessoais básicos; Ser capaz de adequar o vestuário às diferentes situações e ocasiões.

<b>Conteúdos</b>	<b>Objetivos</b>
<b>Eu também tenho uma opinião!</b>	Ser capaz de reconhecer os seus direitos; Desenvolver aptidões de forma a distinguir comportamentos sexuais inadequados Ser capaz de identificar situações de risco; Ser detentor de conhecimentos de modo a distinguir e reconhecer as diferentes formas violência e abuso sexual; Promover conhecimentos acerca dos limites individuais; Promover capacidades para fazer escolhas informadas; Desenvolver capacidades para saber pedir ajuda; Desenvolver capacidades para saber pedir ajuda às pessoas ou identidades corretas; Promover a capacidade de resposta para determinadas eventualidades.

<b>Conteúdos</b>	<b>Objetivos</b>
<b>Quando posso manifestar os meus sentimentos e necessidades?</b>	Saber distinguir locais públicos e privados de modo a manifestar desejo sexual; Distinguir as partes do seu corpo, públicas e privadas; Desenvolver conhecimentos acerca da intimidade; Desenvolver conhecimentos acerca das condutas sociais.

### **Dimensão: Sexualidade e Relações Afetivas**

A presença do domínio da sexualidade e das relações afetivas torna-se inquestionável quando se trata de um programa de educação sexual. Na generalidade, os jovens apresentam uma curiosidade acrescida no que se refere ao tema da sexualidade, no entanto verifica-se que este um dos temas que mais carece de informações corretas e coerentes junto de qualquer parcela da população. Neste sentido, considerou-se essencial o desenvolvimento de conhecimentos acerca dos diversos domínios da sexualidade, e abordar os distintos conceitos invólucro do estabelecimento das relações afetivas.

<b>Conteúdos</b>	<b>Objetivos</b>
<b>A minha sexualidade!</b>	Desenvolver conhecimentos acerca das várias dimensões da sexualidade (biológica, psicológica e social); Desenvolver uma atitude positiva relativamente à sexualidade e banir os mitos acerca da sexualidade; Desenvolver conhecimentos acerca da atração, desejo sexual, masturbação e ejaculação;

<b>Conteúdos</b>	<b>Objetivos</b>
<b>Eu posso namorar?!</b>	Desenvolver a perceção de como as pessoas se relacionam entre si; Saber distinguir e respeitar os sentimentos e necessidades dos outros; Reconhecer as suas responsabilidades enquanto um ser sexuado; Desenvolver conhecimentos acerca da relação sexual; Adquirir conhecimentos acerca dos comportamentos sexualmente responsáveis e seguros; Reconhecer a importância dos métodos contraceptivos e ser portador de aptidões para o seu uso; Desenvolver conhecimentos relativos às doenças sexualmente transmissíveis; Abordar e desenvolver o tema da primeira vez; Ser portador de conhecimentos acerca da concepção; Desenvolver conhecimentos relativos ao processo da gravidez e das diferentes fases; Desenvolver conhecimentos relativos ao momento do parto; Abordar o tema relativo ao aborto.

<b>Conteúdos</b>	<b>Objetivos</b>
<b>O que é o casamento e constituir família?</b>	Compreender os diferentes papéis de cada elemento da família; Perceber as responsabilidades de viver com outra pessoa; Perceber as responsabilidades de cuidar de um filho; Conhecer as principais diferenças de viver sozinho e de viver em família.

## **Dimensão: Formação e Educação Sexual**

À semelhança dos domínios apresentados anteriormente, não é corre descorar a formação e educação sexual junto dos jovens, proporcionando-lhes meios para que possam recorrer em caso de necessidade.

<b>Conteúdos</b>	<b>Objetivos</b>
<b>Onde me posso informar em caso de dúvida?</b>	Saber que existem consultas de planeamento familiar; Conhecer os apoios existentes na comunidade; Saber a quem recorrer quando surge uma dúvida (família, professores, profissionais de saúde)

No que se refere aos programas de educação destinados aos profissionais que trabalham diretamente com a população em estudo, estes devem assentar na abordagem do desenvolvimento psicosexual da criança e do adolescente e consequentemente abordar as especificidades que se podem verificar na deficiência intelectual; assim como na análise das manifestações afetivo-sexuais e a sua funcionalidade; é de igual modo relevante trabalhar as atitudes face á sexualidade, de um modo geral, e à sexualidade na deficiência; as variáveis sociais e familiares também requerem uma especial atenção uma vez que adquirem um carácter condicionante na expressão afetiva e sexual nos jovens portadores de deficiência; por último torna-se necessário elaborar um plano de intervenção ao nível da instituição acerca da temática (Martins, 2005).

Na intervenção com pais reveste-se de importância a realização de uma ação de sensibilização, de forma a elucidar-los da importância da educação sexual e de modo a produzir algum efeito nas atitudes que apresentam face ao tema da sexualidade, e nomeadamente da sexualidade dos seus próprios filhos. Após uma primeira intervenção a este nível é conveniente trabalhar aspetos mais específicos, e expor de forma clara quais os domínios que vão ser trabalhados com os seus filhos, de modo a que a intervenção da educação sexual seja pautada de coerência entre os diversos intervenientes (Félix & Marques, 1995). Realça-se, ainda, que a manifestação de afeto e sexualidade encontra-se presente no quotidiano escolar como no familiar, é neste sentido que o processo de implementação de um programa de educação sexual preconiza o envolvimento e a participação de todos os intervenientes (Félix, 2003).

## **Conclusão**

O presente trabalho procurou conhecer as atitudes de jovens portadores de deficiência intelectual dos seus pais e profissionais perante o tema da sexualidade, e compreender a importância da implementação de programas de intervenção na área da educação sexual em crianças e adolescentes portadores de deficiência intelectual. A abordagem teórica incidiu nas temáticas problemáticas invólucro da sexualidade em adolescentes portadores de deficiência intelectual, particularmente, a forma como vivenciavam esta dimensão ao nível do desenvolvimento e como esta é percebida pela sociedade, nomeadamente pelos pais e profissionais que trabalham consigo no dia-a-dia. Pretendeu também dar-se destaque à relevância da implementação de Educação Sexual, tanto a um nível formal como informal, tendo como principal objetivo a exploração de programas de Educação Sexual e as suas principais áreas de incidência na deficiência mental. Tendo em conta um dos objetivos principais do presente estudo, que incidia em averiguar a importância *de um programa de educação sexual nas atitudes dos jovens e profissionais*.

Os resultados obtidos ao longo do presente estudo, vão ao encontro do que especulávamos inicialmente, a amostra de jovens, pais e profissionais estudada atribuem uma elevada importância à implementação de programas de educação sexual, concordando com a formação nesta área. Realça-se, ainda, que alunos que tiveram acesso a programas de educação sexual apresentaram atitudes mais positivas. Resultados similares foram registados junto dos profissionais inquiridos, observando-se que a formação em educação sexual está associada a atitudes mais liberais. Assinala-se que pais e profissionais manifestaram atitudes moderadamente liberais no que concerne à sexualidade dos jovens portadores de deficiência intelectual, registando-se que a educação sexual assume-se como uma preocupação constante, o que conduz a um maior reconhecimento da sua importância quando se trata da população com deficiência intelectual.

De acordo com a literatura, deve-se dar uma atenção especial à educação sexual de adolescentes portadores de deficiência. Lembra-se que estes têm as mesmas dúvidas que um adolescente com um desenvolvimento normal, conjugados com os problemas causados pela sua condição específica de vida (Glat, 1992). Como acontece com todos os adolescentes, há um aumento no interesse por sexo a partir dessa idade. Os mais prejudicados provavelmente só chegarão a satisfazer os seus desejos através do próprio corpo (masturbação), mas a maioria é capaz de dar e receber prazer com um parceiro. Este facto continua muitas vezes a ser ignorado, ou então reprimido pela maioria dos pais e profissionais, cuja grande

preocupação incide nos “problemas sexuais”, principalmente, com a masturbação em público (Glat, 1992), não obstante também este aspecto tenha vindo a gradualmente a modificar-se.

O silêncio e a repressão são formas negativas de lidar com a sexualidade. A educação, inserida no contexto da educação global do indivíduo, estimula a evolução do desenvolvimento psicosexual, possibilitando a aceitação de regras sociais e a definição de valores sexuais que certamente contribuem para a inclusão social da pessoa com deficiência mental (Gusmão & Moreira, 2002).

Encontra-se frequentemente, tanto da parte da família quanto dos profissionais, a noção errónea de que a sexualidade das pessoas com deficiência mental é por natureza intrinsecamente problemática. Verifica-se geralmente que os pais preferem ignorar o assunto, seja pela dificuldade em lidar com o tema ou pelo facto de acreditarem que falar sobre sexualidade pode estimular ainda mais as manifestações sexuais de seus filhos (Konstantareas & Lunsky, 1997 citados por Bastos & Deslandes, 2005) e inclusivamente denota-se a relutância em participar em estudos como este, onde apenas conseguimos 11 respostas.

Os indivíduos com deficiência intelectual são pessoas com necessidades sexuais idênticas às das pessoas sem deficiência, mas possuem conhecimentos precários a respeito da sua sexualidade, experiências limitadas e, na maioria das vezes, controladas por pais e profissionais. Estes ficam assim privados de uma educação adequada, suficiente e apropriada às suas dificuldades cognitivas. A falta de informação limita a possibilidade de desenvolverem as suas potencialidades e realizarem a sua integração social.

Os adolescentes com deficiência intelectual assistem no quotidiano a situações que apresentam manifestações da sexualidade de forma explícita, propiciando a sua identificação com os adolescentes sem deficiência (Castelão, Jurberg & Schiavo, 2003). Assim, de acordo com as conclusões retiradas deste estudo e de outros estudos empíricos, é possível afirmar que a Educação Sexual assume uma elevada importância nas atitudes tanto de pais, professores, prestadores de cuidados, como da sociedade em geral.

Muitos dos adolescentes portadores de deficiência intelectual têm plena capacidade para participar num programa de educação sexual, sem que seja necessário criar um programa “especial”, bastando adaptar os inúmeros já existentes (Glat, 1992).

A maioria dos indivíduos submetidos a programas de Educação Sexual apresentavam níveis de conhecimentos mais aprofundados acerca da sexualidade, nomeadamente, atividade sexual, contraceção, reprodução e higiene pessoal. A Educação sexual regular melhora o conhecimento social e sexual e aumenta compreensão das relações consensuais (Dukes & McGuire, 2009) e abusivas (Murphy & O'Callaghan, 2007). Torna-se, assim, essencial a

elaboração e implementação, o mais atempadamente, de projetos de intervenção com carácter formativo destinado a pais e professores (Loureiro, 1999). Esta intervenção deverá ter como principal objetivo mobilizar uma mudança das atitudes, valores, expectativas e representações sociais em relação à deficiência intelectual e conseqüentemente ao desenvolvimento da sexualidade (Carley, Evans, Healy, & McGuire, 2009).

Reprimir a sua sexualidade não vai fazer com que ela desapareça, mas sim, tornar os jovens em seres “assexuados”, aumentando a sua angústia e a torna-los mais agressivos. Destaca-se ainda o facto de estar a limitar, a marginalizar e a isolar a pessoa portadora de deficiência intelectual enquanto ser humano (Félix, 1997). Ao negar aos indivíduos a oportunidade para aprenderem sobre sua sexualidade e desenvolverem relações sociais com outras pessoas, a sociedade está a negar-lhes o direito à autorrealização (Swango-Wilson, 2008).

A importância da Educação Sexual, recai sobretudo, numa atitude mais ativa e na urgência de se desenvolver programas de educação e orientação sexual adequados (Brown & Pirtle, 2008). Realça-se o facto, que o ensino da educação sexual direccionado para crianças e adolescentes com deficiência intelectual, assim como para pais e profissionais na área da educação, está muito aquém das suas necessidades (Glat, 1992).

A Educação Sexual deve ser considerada parte do processo de educação global da criança e do adolescente com deficiência intelectual, como para qualquer pessoa, com metodologia adequada à sua capacidade cognitiva e à faixa etária (Gusmão & Moreira, 2002; Franco, 2012).

No finalizar deste trabalho de investigação não pode contudo deixar de se referenciar que todos os trabalhos de índole científica são pautados por dificuldades e algumas limitações. Desta forma a presente investigação não foi a exceção. O fator temporal exerce, na maior parte de casos, um grande peso ao longo do desenvolvimento de qualquer investigação, sendo que os limites propostos acabam sempre por influenciar o trabalho final.

Assim, uma limitação a mencionar, e de extrema importância, foi a dificuldade de obtermos resposta favorável para se proceder ao estudo nas instituições pretendidas. Verificou-se uma resposta tardia ou mesmo inexistente por parte das instituições solicitadas para participar neste projeto de investigação, dificultando todo o presente trabalho.

O facto de pretendermos alargar o nosso estudo a diversas regiões do país, poderá ter tido alguma influência no modo como se procedeu à recolha dos dados, verificando-se que limitações da presente investigação prendem-se, principalmente, com questões metodológicas, sendo que se poderia ter avançado com entrevistas semidirectas que poderia ter constituído uma mais-valia para o estudo.

Outra das limitações consideradas incide no modo como se efetuou a recolha de dados, impedindo o contacto direto com os intervenientes, uma vez que os questionários foram entregues junto dos órgãos responsáveis das instituições em questão e foram recolhidos posteriormente. Este facto impossibilitou o estabelecimento de um contacto mais próximo com as instituições envolvidas e com todos os intervenientes que participaram no estudo e dificultou uma perceção e experiência sobre as necessidades e carências ao nível da dimensão estudada nesta investigação. Desta forma, também não existiu a possibilidade de observar de perto os comportamentos e as manifestações mais frequentes na população em estudo nos diferentes contextos que integram. Também o carácter anónimo dos questionários impossibilitou analisar de uma forma mais profunda as respostas obtidas por parte dos jovens portadores de deficiência intelectual. Assim sugere-se que em futuros estudos seria importante incluir perguntas abertas no questionário efetuado ou seja uma metodologia qualitativa de modo a permitir explorar estas questões que se consideram de elevada pertinência.

Constituiu-se, ainda outra limitação, o não ter existido um contacto direto com os pais de forma a perspetivar qual a sua posição e atitude no que respeita à sexualidade na deficiência intelectual, pois desta forma teria sido facilitada a compreensão clara das suas angústias e necessidades. Este contacto teria provavelmente enriquecido o nosso conhecimento acerca do envolvimento dos pais neste aspeto fundamental do desenvolvimento humano.

Teria sido importante, ter tido a oportunidade de conhecer as atividades e os programas que se encontram atualmente a ser desenvolvidos pelas instituições no âmbito da educação sexual, assim como atividades e projetos desenvolvidos anteriormente de forma a conhecermos a sua eficácia e a percebermos qual a perspetiva da instituição em relação às expectativas presentes relativas ao que ainda poderá ser realizado.

De referir, também como uma limitação, a reduzida amostra implicada no estudo, o que constitui uma impedimento no que respeita à generalização dos resultados.

Por último, gostaríamos de mencionar, que uma das grandes limitações, que poderia ter sido uma importante mais-valia para os resultados do nosso estudo, foi o facto de não termos tido a oportunidade de aplicar um programa de educação sexual, para posteriormente avaliarmos as atitudes e conhecimentos. Desta forma, poderíamos inferir quais as verdadeiras alterações ao nível do comportamento sexual, sendo que seria bastante enriquecedor expandir este programa a profissionais e pais, não nos centrado somente nos jovens.

No entanto, as limitações existentes num estudo, assumem também a função de linhas de orientação para estudos futuros, caracterizando-se por uma oportunidade para melhorar os



estudos existentes e proporcionar um conhecimento mais completo e inovador no âmbito da educação sexual na deficiência intelectual.

No decorrer da realização deste trabalho, e após as pesquisas efetuadas deparamo-nos com algumas limitações que existem na sociedade atual, sociedade esta que se designa por “Globalizada”, uma sociedade do século XXI, que está centrada no desenvolvimento das tecnologias avançadas e uma ciência focada para descobrir a existência de vida em planetas distantes, em detrimento de assegurar os direitos mais básicos dos seres humanos que de alguma forma nascem com necessidades específicas.

É necessário intervir de modo a que esta problemática não continue a ser ignorada, como se as pessoas com deficiência intelectual fossem seres assexuados. Diante desta realidade torna-se necessário o desenvolvimento de trabalhos de pesquisa que investiguem, de forma sistematizada, os conhecimentos, as necessidades, as experiências, os sentimentos e atitudes desta parcela da população em relação a sua sexualidade. Sugere-se, deste modo, que estudos futuros tenham em atenção uma amostra mais representativa da população em estudo. Seria de igual modo importante o estudo da influência de diversos fatores como a idade dos pais, o tipo de ocupação e a formação, o número de filhos e a frequência com que abordam o tema da sexualidade com os seus educandos. O objetivo principal é que a pessoa portadora de deficiência intelectual aprenda a lidar com a sua sexualidade de forma adequada e responsável, tornando-se necessário a criação e implementação de programas de educação sexual, em contexto escolar, adequados às suas características e condições de vida.

De acordo com a pesquisa realizada verifica-se que programas de educação sexual destinados aos técnicos, pais e crianças/adolescentes portadores de deficiências são muito escassos, daí a sua relevância e necessidade. Deste modo, considera-se pertinente a realização de um estudo aprofundado, junto desta população e com um carácter qualitativo, de forma a obter resultados mais frutíferos que possam conduzir a um desenvolvimento programas/estratégias de forma a responder às necessidades verificadas neste campo à população em geral, nomeadamente, crianças portadoras de deficiência intelectual, pais e família alargada, técnicos na área da educação e da saúde. Este é um dos contributos que desejamos que este trabalho possa constituir!

## Bibliografia

- Albuquerque, P. P. (2007). A sexualidade como aspecto inclusivo: uma proposta para pais e professores de jovens com deficiência mental. Tese de Mestrado. Universidade Federal de São Carlos. São Carlos.
- Albuquerque, M. & Ramos, S. (2007). A sexualidade na deficiência mental profunda – um estudo descritivo sobre atitudes de pais e profissionais. Acedido a Maio 15, 2012 em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0367.pdf>.
- Almeida, P. (2009). A Educação Sexual na Deficiência Mental. Pós-Graduação em Educação Especial. Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti, Porto.
- Almeida, P. (2010). A sexualidade na Deficiência Mental. Acedido a Maio 15, 2012 em [http://www.ufpe.br/ce/images/graduacao\\_pedagogia/pdf/2010.1/educacao\\_inclusivasesexualidadeedeficienciaintelectual.pdf](http://www.ufpe.br/ce/images/graduacao_pedagogia/pdf/2010.1/educacao_inclusivasesexualidadeedeficienciaintelectual.pdf).
- Alverca, C., Frade, A., Marques, A. M. e Vilar, D. (2003). *Educação Sexual na Escola – Guia para professores, formadores e educadores*. Lisboa: Texto Editora.
- Alves, M., Silva, M. R. & Silva M.S. (2004). Sexualidade e Adolescência: É Preciso Vencer os Tabus. Anais do 2º Congresso de Extensão Universitária. Belo Horizonte. Acedido a 2 Novembro 29, 2012 em <https://www.ufmg.br/congrext/Educa/Educa169.pdf>
- Alvin, P., Jacquin, P. ; Neu-Janicki, A. M., & Salinier, C. (2002). Les adolescents et la contraception. Que devroit savoir le Pediatre?. *Archive Pédiatrice*. 9, 187-195.
- Amaral, M.C. (2004). Sexualidade e deficiência mental: Impacto de um programa de orientação para as famílias. Pós-Graduação em Educação Especial. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. 4ªEd. Climepsi Editores, Lisboa.
- Anastácio, Z.F.C. (2007). Educação sexual no 1º CEB: Concepções, Obstáculos e Argumentos dos Professores para a sua (não) Consecução. Tese de Doutoramento, Universidade do Minho.
- Anastácio, Z., Carvalho, G. e Clément, P. (2005). Concepções dos professores de 1º CEB sobre o contributo da Educação Sexual para a Promoção da Saúde e a sua relação com a formação. Acedido a Março 2, 2012 em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/4416>
- Antunes, M. L., Dias, A. M., Marques, L., Ramalheiro, C., Seabra, M. E. e (2002). *Educação Sexual no dia-a-dia da prática educativa*. Braga: Edições Casa do Professor
- Anastácio, Z. & Fernandes, G. (2011). Educar para a sexualidade na 1ºCEB: concepções de corpo e identidade sexual/género. Acedido a Março 2, 2012 em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/11214>
- Aranha, M. & Maia, A. (2003). Análise do relato de uma professora de educação especial sobre a sexualidade de seus alunos com deficiência mental. Em M.C. Marquetina, M.A. Almeida & E.D.O. Tanaka (Orgs.), *Educação Especial: políticas públicas e concepções sobre deficiência* (pp.67-78). Londrina: Eduel.
- Aranha, M. & Maia, A. (2005). Relatos de professores sobre manifestações sexuais de alunos com deficiência no contexto escolar. *Interação em Psicologia*, 1,103 – 116.
- Araujo, A. (2002). Educação Sexual com adolescentes e jovens portadores de deficiências mentais. *Revista de Sociedade de Psicologia do Triângulo Mineiro*. 6, 63-90.
- Assembleia da República (2008), Lei nº 3/08 de 7 de Janeiro, DR – I Série nº4, p. 154-164.
- Assembleia da República (2009), Lei nº 60/09 de 6 de Agosto, DR – I Série nº151, p. 5097-5088.
- Associação para o Planeamento da Família, APF (2009). *Educação Sexual em Rede*. Edição nº6.
- Assumpção Jr., F.B. & Sprovieri, M.H.(1987). *Sexualidade e deficiência mental*. São Paulo: Porto Editora.
- Atkinson, J.P., Ward, R. M. e Windson, R. (2012). A process evaluation of the friendships and dating program for adults with development disabilities: measuring the fidelity of program delivery. *Res Dev, Disabil*, 33, 69-75.
- Ballan, M. (2001). Parents as sexuality educators for their children with developmental disabilities. *SIECUS Report* 29, 3, 14-19.

- Barbosa, M.C.(1995). Experiência de educação sexual no centro de educação de crianças deficiências - Mira Sintra. In Félix, I. & Marques, A.M.(Coord.). *E nós ... somos diferentes?* (pp.145-148). Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.
- Bastos, O. M. & Deslandes, S. F. (2005). Sexualidade e o adolescente com deficiência mental: uma revisão bibliográfica. *Ciência e Saúde Colectiva*, 10, 389-397;
- Bastos, O. M. & Deslandes, S. F. (2009). Being adolescents with mental disability: the point of view of the parents. *Ciência & Saúde Colectiva*, 14, 79-87;
- Batista, C. & Morales, A. (2010). Compreensão da Sexualidade por Jovens com Diagnóstico de Deficiência Intelectual. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26, 235-244
- Bazzo, G., Ferrari, L., Minnes, P., Nota, L. e Soresi, S. (2007). Attitudes of Social Service Providers towards the Sexuality of Individuals with Intellectual Disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20, 110-115.
- Beytut, D.; Conk, Z.; Isler, A. & Tas, F. (2009). A Study on Sexuality with the Parents of Adolescents with Intellectual Disability. *Sex Disabil.* 27, 229-237
- Bergo, M. & Melo, M. (2003). Atuação do professor diante de manifestações da sexualidade nos alunos portadores de deficiência mental. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 9, 227-236.
- Bhagwanjee, A.; Chohan, E.; Dawood, N. & Govender, K. (2006). Knowledge, attitudes and sexual practices of adolescents with mild retardation, in relation HIV/AIDS. *African Journal of AIDS Research*, 5, 1-10.
- Bidault, H. & Tréca, M., (2005). Jean Piaget. In: Golse, B. *Desenvolvimento afectivo intelectual da criança*. Lisboa: Climepsi.
- Blacher, J. (2001). Transition to adulthood: mental retardation, families and culture. *American Journal on Mental Retardation*, 106, 173-188.
- Boemer, M. & Souza, L.(2003). O Ser – com o filho com deficiência mental – alguns desvelamentos. *Paidéia*, 13, 209-219.
- Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação. Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Brandão, E. R. & Heilborn, M. L. (1999). Ciências sociais e sexualidade. In: Heilborn, M. L. (Org.) *Sexualidade: o olhar das ciências sociais*. (p. 7-17). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Bryde, R. & Cuskelly, M. (2004). Attitudes towards the sexuality of adults with na intellectual disability: parents, support staff, and a community sample. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 29, 255-264.
- Brown, D.R. & Pirtle, T. (2008). Beliefs of professional and family caregivers about the sexuality of individuals with intellectual disabilities: examining beliefs using a Q-methodology approach. *Sex Education*. 8, 59-75.
- Buscablia, L. (1997). *Os deficientes e os seus pais*. Rio de Janeiro: Record.
- Butter, J., Galeo, J. & Iacono, T. (2004). The assessment of sexual Knowledge in people with intellectual disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*. 9, 350-365.
- Camossa, D. & Maia, A. (2003). Relatos de jovens deficientes mentais sobre a sexualidade através de diferentes estratégias. *Paidéia*, 12, 205-214.
- Canet, P. & Molto, C.(2001). *Manual de Educación Especial*. Valencia: Editorial Promolibro
- Cardoso, S., Vaz, J. M., & Vilar, D.(1996). *Educação Sexual na Escola*. Lisboa: Universidade Aberta
- Caridade, M. (2008). O papel da Escola e da Educação em Ciências da Educação Sexual dos Adolescentes: Concepções de Professores de Ciências da Natureza/Naturais e de Encarregados de Educação da Escola EB 2e 3 de Cabeceiras de Basto. Tese de Mestrado, Universidade do Minho.
- Carley, S.N.; Evans, D.S.; Healy, E. & McGuire, B. E. (2009). Sexuality and personal relationships for people with on intellectual disability. Part I: service-user perspectives. *Journal of Intellectual Disability Research*. 53, 905-912.
- Carvalho, G. S. (2002). *Literacia para a Saúde: Um contributo para a redução das desigualdades em Saúde*. Actas do Colóquio Internacional de Saúde e Discriminação Social.
- Carvalho. M. F. (2006). *Conhecimento e vida na escola: convivendo com as diferenças*. Campinas. Unijuí.

- Castelão, T. B.; Jurberg, P. & Schiavo, M. R. (2003). Sexualidade da pessoa com síndrome de Down. *Revista Saúde Pública* 37, 32-9;
- Cavalganti, T. & Moura, E. (s.d.). Educação Inclusiva: Sexualidade e Deficiência Intelectual. Acedido a Fevereiro 10, 2012 em [http://www.ufpe.br/ce/images/Graduacao\\_pedagogia/pdf/2010.1/educacaoinclusivaedeficiencia\\_intelectual.pdf](http://www.ufpe.br/ce/images/Graduacao_pedagogia/pdf/2010.1/educacaoinclusivaedeficiencia_intelectual.pdf).
- Chow, S. (1996). *Statistical Significance: Rationale, Validity and Utility*. London: Sage Publications
- Coll, C., Marchesi, A., & Palácios, J. (2004). *Desenvolvimento Psicológico e Educação: Transtornos de Desenvolvimento e Necessidades Educativas Especiais*. Volume 3. Porto Alegre: Editora Artmed.
- Collins, W. A. & Sprinthall, N. A.(1999). *Psicologia do Adolescente*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Cunha, O., Pires, A. & Vilar, D. (2012). Os adolescentes e a sua sexualidade: conversas com adultos no contexto do movimento escutista. *Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Sociedade - SRSS*, 1, 29-44.
- Cuskelly, M. & Gilmore, L. (2007). Attitudes to Sexuality Questionnaire (Individuals with an Intellectual Disability): scale development and community norms. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 32, 214-221.
- Deboutte, D.; Dewaele, T., Hellemans, H.; Leplae, W. & Roeyers, H. (2010). Sexual Behavior in Mole Adolescents and young Adults with Autism Spectrum Disorder and Borderline/ Mild Mental Retardation. *Sex Disabil.*
- Declaração de Salamanca (1994). Adotada pela Conferência Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais: Acesso e Qualidade. UNESCO
- Delville, J; Mercier, M. (1997). *Sexualité. Vie Affective et Déficience Mentale*. Paris: De Boeck Université.
- Denári, F. E. (1997). O adolescente especial e a sexualidade: nem anjo, nem fera. Tese de Doutorado. Universidade Federal de São Carlos. São Carlos
- Desser, N. A. (1993). *Adolescência, sexualidade e culpa: um estudo sobre a gravidez precoce nas adolescentes brasileiras*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.
- DSM-IV-TR (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Dukes, E. & McGuire, B. E. (2009). Enhancing capacity of make sexuality – related decisions in people with on intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research* . 53, 727-739.
- Edwards, J. P.(1995). Adolescência e vida adulta, In S. Pueschel (Org.), *Síndrome de Down: guia para pais e educadores*. Campinas: Papyrus.
- Fagundes, T.C.P.C. (1992). Educação Sexual – prós e contra. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 3, 154-158.
- Fallon, P., Shogren, K. & Snell, M. (2012). *Intellectual Disability: Definicion, Classification, and systems of supports*. Washinton: American Association on Itellectual and Developmental Disabilities.
- Faria, J. & Seidl, E. (2005). Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: Revisão da Literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 3, 381-389.
- Félix, I. (1997). Sexualidade e Educação Sexual na Deficiência Mental. *Revista FENACERCI*. 40-43.
- Félix, I. (2001), Contributos para o estudo das atitudes dos Profissionais face à sexualidade das pessoas portadoras de deficiência mental. Monografia de Licenciatura. Escola Superior de Saúde de Alcoitão. Alcoitão,
- Félix, I. (2003). As atitudes dos profissionais face à sexualidade das pessoas portadores de deficiência mental. *Saúde & Planeamento Familiar*, 37. 19-24.
- Félix, I & Marques, A. M. (1995). Uma experiência de educação sexual com jovens e adultos deficientes mentais na APPC-Lisboa, In Félix, I. e Marques, A.M. (Coord.). *E nós ... somos diferentes?* (pp.133-142). Lisboa: Associação para o Planeamento Familiar.
- Ferreira, S. L. (2009). Eu amo, Tu amas, Eles amam: A afetividade-sexualidade de jovens e adultos com deficiência mental. in Figueiró, M. N. D.. *Educação Sexual: Múltiplos temas, Compromissos Comuns*. Universidade Estadual de Londrina. Ministério da Educação.

- Ficher, S. (1991). Care Staff, parental and community attitudes to the topics of sexuality, relationships and marriage for persons with an intellectual disability. Tese de Mestrado Universidade de Queensland, Austrália.
- Figueiredo, G. (2010). Participação do Profissional de Enfermagem na atenção à saúde do adolescente. Tese de Mestrado. Aracuaí, Minas Gerais.
- Fierro, A. (2004). Os alunos com atraso mental. In Coll, C., Marches, A. & Palácios, J., *Desenvolvimento Psicológico e Educação: Transtornos do Desenvolvimento e Necessidades Educativas Especiais*, Volume 3. Porto Alegre: Editora Artmed.
- Forreta, F., Marques, A. M., e Vilar, D. (2002). *Educação Sexual: Aspectos Gerais, Educação Sexual no 1º Ciclo – Um guia para Professores e Formadores*. Lisboa: Texto Editora.
- Fortin, M. F. (1999). *Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Sociência.
- Franco, J. R. (2012). Sexualidade nas NEE – Trissomia 21: Perspectivas dos docentes do ensino regular do 1º, 2º e 3º ciclo. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Educação Almeida Garret, Lisboa.
- Freud, S. (1983). *Obras Completas*. (3ª edição). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Fuertes, A. & López, F. (1999). *Para compreender a sexualidade*. Lisboa: APF.
- GherPELLI, M. H. (1995). *Diferente, mas não desigual – a sexualidade da deficiência mental*. São Paulo: Gente.
- Giami, A. (2000). Stérilisation et sexualité des personnes handicapées mentales, pp. 273-315. In A. Giami & H. Lerido (eds.). *Les enjeux de la stérilisation*. Questions en Santé Publique Inserm/INED, Paris.
- Giami, A. & D'Allones, C.R. (1984). O anjo e a fera: as representações da sexualidade dos deficientes mentais pelos pais e educadores. Em D. Neto (Org.), *A negação da deficiência: a instituição da diversidade* (pp.29-41). Rio de Janeiro: Achiamé/Socius.
- Glat, R. (1992). A Sexualidade da Pessoa com Deficiência Mental. *Revista Brasileira de Educação Especial*.
- Glat, R. (2004). Saúde Sexual, Deficiência & Juventude em Risco. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Educação. Núcleo de Educação Inclusiva.
- Glat, R. & Freitas, R. C. (2007). *Sexualidade e deficiência mental: pesquisando, refletindo e debatendo sobre o tema*. (3ª edição). Rio de Janeiro: 7 Letras.
- GTES (2005). Relatório Preliminar. Lisboa. Acedido a Junho 27, 2012 em [http://www.dgicd.minedu.pt/EducacaoSexual/Retalorio\\_Preliminar\\_ES\\_21-10-2005.PDF](http://www.dgicd.minedu.pt/EducacaoSexual/Retalorio_Preliminar_ES_21-10-2005.PDF).
- Gusmão, F. & Moreira, L. M. A. (2002). Aspectos genéticos e sociais da sexualidade em pessoas com síndrome de Down. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 24, 94-9.
- Heras, J. (1993). Epiopatogenia del retraso mental. *Revista Complutense de Educación*, 4, 53-65.
- Harrison, H., Hillier, L., & Johnson, K. (2002). Sex, secrets and desire: People with intellectual disabilities talk about their lives. *Intellectual Disability Australasia*, 23, 6-9.
- Hercowitz A. (2002). Gravidez na adolescência. *Pediatria Moderna*. 38, 392-5.
- Hill, M. & Hill, A. (2009). Investigação por questionário (2ª edição). Lisboa: Edições Sílabas. Acedido Março 13, 2012 em <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281e.pdf>.
- Júnior, F. B. A. & Sprovieri, M.H. S. (1987). *Sexualidade e Deficiência Mental*. São Paulo: Moraes.
- Lemos, E. (2002). O papel dos conhecimentos e atitudes como pré-requisitos para comportamentos saudáveis. *Sexualidade e Planeamento Familiar*, 33, 43-49.
- Leutar, Z. & Mihokovic, M. (2007). Level of Knowledge about sexuality of people with mental disabilities. *Sex Disabil*, 25, 93-109.
- Levenson, V., MacDonald, R. & Murray, J. (1999). Intellectual Disability and HIV Infection: A service-related study of Policien and Staff Attitudes. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 12, 348-351.
- Lima, L. P. (2006). Atitudes: Estrutura e mudança. M. B. Monteiro & J. Vala (coord.), *Psicologia Social* (pp.187-225). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Lofgren-Martenson, L. (2004). “May I?” About Sexuality and Love in the New Generation with Intellectual Disabilities. *Sexuality and Disability*, 22, 197-207.
- Loyola, M. A. (1999). A sexualidade como objecto de estudo das ciências humanas. In: Heilborn, Mª. L. (1999). *Sexualidade – o olhar das ciências sociais*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

- Loureiro, M. A. S. (1999). *Agora que já não sou criança...* (2ª Edição). Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Lourenço, M. M. C. (1997). *Textos e contextos da gravidez: A adolescente, a família e a escola*. Editora Fim de Século.
- Lumley, V. A. & Scotti, J. R. (2001). Supporting the sexuality of adults with Mental Retardation. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 5, 109-119.
- Macário, R. M. B. (2010). Educação Sexual em Contexto Escolar: Outro ano zero?!. Tese de Mestrado em Dinamização das Ciências em Contexto Escolar. Universidade do Algarve.
- Maia, A. (2001). Reflexões sobre educação sexual a pessoa com deficiência. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 7, 35-46.
- Maia L. (2002). Estudo dos níveis de aptidão física em indivíduos deficientes mentais com e sem síndrome de down. Dissertação de Mestrado em Ciências do Desporto. Universidade do Porto. Porto.
- Marques, A. M. (1995). Princípios e Prática da Educação Sexual, In Félix, I. e Marques, A.M. (Coord.). *E nós ... somos diferentes?* (pp.89-100). Lisboa: Associação para o Planeamento Familiar.
- Martins, A. (1995). A Dimensão Afetiva-Sexual na Pessoa Deficiente – um modelo de Intervenção. In I. Félix, & A. M. Marques (coord.), *E nós...Somos diferentes* (pp.101-119). Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.
- Martins, A.(1995). Doenças hereditárias do metabolismo e sexualidade. In Félix, I. & Marques, A.M.(Coord.). *E nós ... somos diferentes?* (pp.69-82). Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.
- Marôco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistic* (5ª edição). Pero Pinheiro: ReportNumber.
- Matos, M. G. & Ramiro, L. (2008). Percepções de professores portugueses sobre educação sexual. *Revista Saúde Pública*, 42, 648-692.
- Matta, I. (2001). *Princípios da Teoria Genética de Piaget. Psicologia do Desenvolvimento e da Aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta
- McCabe, M.P. (1999). Sexual Knowledge, Experience and Feelings Among People with Disability. *Sexuality and Disability*, 17, 157-170.
- McCabe, M. & Szollos, A.(1995). The sexuality of people with mild intellectual disability: Perceptions of clients and caregivers. Australia and New Zeland. *Journal of Developmental Disabilities*, 20, 205-222.
- McConkey, R. & Ryan, D. (2001). Experiences of staff in dealing with clients sexuality in services for teenagers and adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research* 45, part I: 83-87.
- ME – Ministério da Educação (2000) Em colab. CCPES, DGS, APF, RNEPS – Educação Sexual em Meio Escolar. Linhas Orientadoras. Lisboa: Editorial do Ministério da Educação, 25-66.
- Minnes, P.M. & Murray, J.(1994). Persons with developmental disabilities who have AIDS: What are the attitudes of those employed in the field? *Journal on Developmental Disabilities*, 3, 74-84.
- Morais, S. C. (2006). As representações dos professores sobre sexualidade dos alunos com Síndrome de Down. Tese de Mestrado. Universidade de Passo Fundo. Rio Grande do Sul.
- Morales, A. S. (2008). Apropriação de práticas sociais relativas à sexualidade por jovens adultos com diagnóstico de Deficiência Intelectual. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Morato, P. (1995). *Deficiência Mental e Aprendizagem: um estudo sobre a cognição espacial de crianças com Trissomia 21*. Lisboa: Secretariado Nacional da Reabilitação
- Moreira, S. (s.d.). Pontos nos Is. A educação sexual lá em casa. Revista para o Planeamento da Família. Acedido em Maio 23, 2011 em [http://www.apf.pt/cms/files/conteudos/file/AnexosEDS/Pais\\_maes/Pontosnosis.pdf](http://www.apf.pt/cms/files/conteudos/file/AnexosEDS/Pais_maes/Pontosnosis.pdf)
- Moukarzel, M. (2003). Sexualidade e Deficiência: superando estigmas em busca de emancipação. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Muccigrosso, L. (1991). Sexual abuse prevention strategies and programs for persons with developmental disabilities. *Sexuality and Disability*, 9, 261-271.

- Murphy, G. H. & O'Callaghan, A. C.(2007). Sexual relationships in adults with intellectual disabilities: understanding the low. *Journal of Intellectual Disability Research*. 51, 197-207.
- Neponucemo, D.M. & Ribeiro, P.R.M. (1992). Sexualidade e deficiência mental: um estudo sobre o comportamento sexual do adolescente excepcional institucionalizado. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*,167-170.
- Organização Mundial de Saúde (OMS, 2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (C.I.F.)*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Pacheco, J. (2003). Sexualidade e Religião. In Fonseca, L.; Soares, C. & Vaz, J. M. *A sexologia – perspectiva multidisciplinar II*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Pacheco, D. & Valência R. (1997). A deficiência mental. In Bautista, R., *Necessidades Educativas Especiais* (pp. 209-223). Lisboa: Dinalivro
- Pan, J. R. A. (1997), *Afectividad y sexualidad en la persona con deficiencia mental*. Madrid, Universidad Pontificia.
- Parker, R. G. (1991). *Corpos, prazeres e paixões. A cultura sexual no Brasil contemporâneo*. São Paulo: Editora Best Seller.
- Pereira, F. (1996). *As representações dos Professores de Educação Especial e as Necessidades das famílias*. Livros SNR nº8. Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação.
- Pinel, A.C. (1993) *Educação Sexual de Deficientes*. In: Ribeiro M, organizador. *Educação sexual: novas ideias, novas conquistas*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.
- Pinheiro, S. S. (1996). Sexualidade do Adolescente Portador de Deficiência Mental Moderada: a visão dos Pais e Profissionais Envolvidos. Pós-graduação em Saúde e Comportamento. Universidade Católica de Pelotas. Pelotas.
- Pinheiro, S. (2004). Sexualidade e Deficiência Mental: Revisando Pesquisas. *Psicologia Escolar e Educacional*. 8,199-206.
- Plaute, W., Westling, D. L., Cizek, B. (2002). Sexuality education for adults with cognitive disabilities in Austria: survey of attitudes and the development of a model program. *Research & Practice for Persons with severe Disabilities*; 27, 58-68.
- Prumes, C.P. (2007). *Ser Deficiente, Ser Envelhescente, Ser Desejante*. Mestrado em Gerontologia. Portificia. Universidade Católica de São Paulo.
- Ramos, M. L. P. (2005). *Sexualidade na diversidade – Atitudes de Pais e Técnicos face à afetividade e sexualidade do Jovem com Deficiência Mental*. Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Reis, M. H. & Vilar, D. (2004). A implementação da educação sexual na escola: atitudes dos professores. *Análise Psicológica*, 4, 737-745.
- Ribeiro. H.C.F. (1995). Orientação sexual e deficiência mental: estudos acerca da implementação de uma programação. Tese Doutorado. Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Ribeiro, H. F. (2001). Sexualidade e os Portadores de Deficiência Mental. *Rev. bras. educ. espec.* 7, 11-28.
- Robert, J & Jacob, J.(2005). *a minha sexualidade dos 9 aos 13 anos*.Porto Editora:Porto
- Robert, J & Jacob, J.(2006). *a minha sexualidade até aos 6 anos*. Porto Editora:Porto
- Robert, J.(2011). *a minha sexualidade dos 6 anos aos 9 anos*. (3ªedição) Porto Editora:Porto
- Rodgers, J. & Nicewander, W. (1988). *Thirteen ways to look at the correlation coefficient*. The American Statistician, 42(1), 59–66.
- Rodrigues, A. M. (2009). Os Jovens e a Sexualidade: uma visão construtivista. Tese de Mestrado.Universidade Fernando Pessoa. Porto.
- Sandre, F. & Raute, H. (1972). *A criança diminuída mental*. Éditions Gamma.
- Schwartzman, J. S. (1999). *Síndrome de Down*. São Paulo: Editora Mackenzie.
- Servais, L.(2006). Sexual health care in persons with intellectual disabilities. *Ment. Retard. Dev. Disabil.* 12, 48-56.
- Silva, N. C. G. (2012). A Sexualidade e a Deficiência – uma visão sobre a educação sexual do adolescente com deficiência. Pós-graduação Educação Especial. Escola Superior de Educação Paula Frassinetti. Porto
- Sousa, A. (2006). Aparelho Reprodutor: Concepções e Obstáculos de Aprendizagem em crianças do 1º CEB, Um Estudo de Caso em Meio Urbano. Universidade do Minho. Instituto de Estudos da Criança.

- Spiecker, B. & Steutel, J. (2002). Sex Between People with “Mental Retardation”: na Ethical Evolution. *Journal of Moral Education*. 31,155-169.
- Stigler, S. (2008). Fisher and the 5% level. *Chance*, 4, 12-12.
- Swargo-Wilson, A. (2008). Caregiver Perceptions and Implications for Sex Education for Individuals with Intellectual and Developmental Disabilities. *Sex Disabil*, 26,167-174.
- Swargo-Wilson, A. (2009). Perception of Sex Education for Individuals with Development and Cognitive Disability: A Four Cohort Study. *Sex Disabil*, 27, 223-228.
- Terri, C. (2007) *Teaching Children with Down Syndrome about their bodies, boundaries, and sexuality, A guide for parents and professionals*. United States of America, Woodbine House.
- UNESCO (2009). International Guidelines on Sexuality Education: an evidence informed approach informed to effective sex, relationships and HIV/STI education. Acedido a de Fevereiro 1, 2012 em <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281e.pdf>
- Vilar, D. (2002). Contributos para a história da Educação Sexual em Portugal. In F. Forreta; A. Marques & D. Vilar. Educação Sexual no 1º ciclo: *Um guia para educadores e formadores*. (pp.15-23). Lisboa: Texto Editora
- Vilar, D. (2003). *Falar disso: a educação sexual nas famílias dos adolescentes*. Porto: Eduções Afrontamento.
- Vitiello, N. (1995). A Educação Sexual Necessária. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*. 6,15-23.
- Who (1996). *Guidelines for the promotion of human rights of persons with mental disorders*. Geneve, World Health Organization.
- Zapiain, J. (2003). A educação afetivo-sexual na Escola. *Sexualidade e Planeamento Familiar, APF*, 36, 8-33.



# ANEXOS

## **ANEXO A - Pedido de Autorização às Instituições**

## **ANEXO B - Questionário para os jovens com deficiência intelectual**

## **ANEXO C - Questionário para os pais**

## **ANEXO D - Questionário para os profissionais**

## **ANEXO E - Temas relacionados com a educação sexual**

## **ANEXO F – Itens que constituem o questionário acerca das atitudes face à sexualidade na deficiência intelectual**