

Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti
Pós-Graduação em Educação Especial

**A EDUCAÇÃO SEXUAL NA DEFICIÊNCIA
MENTAL**

Paula Alexandra de Pinho Ferreira Pinto Camelo Almeida

Porto
Ano Lectivo 2008/2009

Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti
Pós-Graduação em Educação Especial

**A EDUCAÇÃO SEXUAL NA DEFICIÊNCIA
MENTAL**

Paula Alexandra de Pinho Ferreira Pinto Camelo Almeida

Orientadora:

Mestre Ana Maria Gomes

Trabalho de Projecto de Investigação

Porto
Ano lectivo 2008/2009

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 Quadro de referência ao QI	10
Tabela 2 Quadro comparativo: sexualidade/I dimensão	42
Tabela 3 Quadro comparativo: sexualidade/II dimensão	43
Tabela 4 Quadro comparativo: sexualidade/III dimensão	43
Tabela 5 Quadro comparativo: sexualidade/IV dimensão	44
Tabela 6 Quadro comparativo: sexualidade/V dimensão	45
Tabela 7 Quadro comparativo: sexualidade/VI dimensão	45
Tabela 8 Quadro comparativo: sexualidade/VII dimensão	46
Tabela 9 Quadro comparativo: sexualidade/VIII dimensão	47
Tabela 10 Quadro comparativo: sexualidade/IX dimensão	47
Tabela 11 Quadro conteúdos dum programa de educação sexual.....	54

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABELAS.....	1
INTRODUÇÃO.....	3
PARTE I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	6
CAPÍTULO I.....	6
1. Aspectos históricos da Deficiência Mental.....	6
2. Desenvolvimento conceptual de Deficiência Mental.....	8
3. Características da deficiência mental e implicações educativas.....	11
4. Aspectos Médicos.....	13
4.1 Etiologia da Deficiência Mental.....	13
4.2 Fisiologia da Deficiência Mental.....	14
5. Dificuldades ou factores que condicionam a vivência da sexualidade das pessoas com Deficiência Mental.....	15
6. Mitos sobre a sexualidade das pessoas com DM.....	17
CAPÍTULO II.....	20
1. Conceito de sexualidade.....	20
2. O que é a Educação Sexual?.....	21
2.1. Educação Sexual Formal e Não - Formal.....	23
3. Porquê uma educação sexual de pessoas com Deficiência Mental? ...	24
4. Quem é responsável pela educação sexual de pessoas com Deficiência Mental?.....	26
4.1. O papel da família.....	27
CAPÍTULO III.....	28
1. Evolução histórica e legislativa da problemática da educação sexual em contexto escolar.....	28
2. A Educação Sexual em contexto escolar.....	30
3. A escola e a Educação Sexual de pessoas com Deficiência Mental....	31
PARTE II - ENQUADRAMENTO EMPÍRICO.....	34
CAPÍTULO IV.....	34
1. Metodologia.....	34
1.1. Instrumentos.....	34
1.2. Selecção dos sujeitos.....	37
1.3. Caracterização da amostra e dos sujeitos da pesquisa.....	38
1.4. Colecta e análise dos dados.....	41
2. Discussão dos resultados.....	48
CAPÍTULO V.....	50
1. Elaboração de um programa de educação sexual.....	50
2. Finalidades.....	51
3. Conteúdos e temas a trabalhar.....	52
4. Questões metodológicas.....	55
5. Os intervenientes.....	56
CONCLUSÃO.....	58
BIBLIOGRAFIA.....	60
ANEXO.....	65

INTRODUÇÃO

A sexualidade é um dos aspectos 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. Os indivíduos portadores de deficiência mental são, geralmente, estigmatizados na área da sexualidade. Isto sucede porque, a sociedade tem uma visão estigmatizante do deficiente mental, pautada por valores, crenças e expectativas sociais que o traduzem como um incapaz, frágil e vulnerável.

Segundo Bastos e Deslandes (*in* Soares A.H.R. *et al.*, 2008;186), uma das maiores barreiras para a discussão da sexualidade de pessoas com deficiência deve-se à escassez de relatos de experiências sobre o assunto, o que alimentado pelo preconceito e discriminação, colabora para uma perspectiva de que a pessoa com deficiência não tem direito a exercer a sua sexualidade porque não é capaz. Os jovens com Deficiência Mental raramente são ouvidos a respeito dos seus anseios, desejos, dúvidas e experiências em relação à vida afectiva e sexual.

A Declaração de Salamanca (1997), no seu item terceiro, afirma que as escolas devem acolher todas as crianças, independentemente das suas condições físicas, sociais, intelectuais e que, desta forma, além de se garantir a educação, está a assegurar-se a construção de uma mudança de atitudes da sociedade diante da pessoa com necessidades especiais, de uma atitude de discriminação para uma mais aberta, integradora, inclusiva. Falar de Inclusão requer que se fale também em interacção e socialização. Abordar estes aspectos, necessariamente, leva-nos à questão da sexualidade, pois esta abarca comportamentos sociais e interpessoais. Se realmente quisermos fazer cumprir a Declaração de Salamanca teremos de enfrentar os preconceitos, os mitos que a vivência da sexualidade nas pessoas com Deficiência Mental acarreta. 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. Como consequência, não lhes é fornecida educação sexual e quando o fazem, fica aquém do necessário. Frequentemente, as orientações relativas à sexualidade, quando fornecidas, são para eliminar comportamentos julgados inadequados e, conseqüentemente, não têm como objectivo possibilitar uma vivência da sexualidade

ajustada, autónoma e responsável, através da criação de um espaço para interagir, retirar dúvidas e expor os seus pensamentos.

Os indivíduos com Deficiência Mental 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. Não podemos deixar que este tema continue a ser ignorado, como se as pessoas com Deficiência Mental 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. Sendo assim, para que a pessoa com Deficiência Mental aprenda a lidar com a sua sexualidade de forma adequada e responsável, faz-se necessária a criação e implementação de programas de educação sexual, em contexto escolar, adequados às suas características e condições de vida. Mas, para que tal seja possível é também necessário investigar o que a escola pública tem para oferecer nesta área tão essencial ao desenvolvimento pleno e integral do ser humano. Numa época em que, finalmente, vai ser implementado no nosso sistema de ensino a educação sexual com carácter obrigatório, seria pertinente que os jovens com Deficiência Mental pudessem beneficiar de uma experiência similar às dos outros alunos e adequada às suas necessidades.

Desta forma, com este trabalho de investigação pretendemos perceber *quais são os conhecimentos, necessidades e sentimentos de pessoas com Deficiência Mental, diante da sua sexualidade*. O nosso trabalho empírico tem ainda uma segunda vertente cujo objectivo é *a elaboração de uma proposta de intervenção pedagógica, em contexto escolar, com vista à educação sexual de pessoas com Deficiência Mental*.

O nosso trabalho constará de duas partes fundamentais. Na primeira parte faremos uma abordagem teórica e um enquadramento conceptual do tema a analisar, sendo esta constituída por três capítulos.

No primeiro capítulo abordaremos aspectos pertinentes para a compreensão do conceito de Deficiência Mental: a evolução do conceito de deficiência mental, as suas características, aspectos históricos e biológicos; e os factores, os mitos e os preconceitos que condicionam a vivência da sexualidade na pessoa com Deficiência Mental.

No segundo capítulo passamos a analisar a temática central do estudo – a sexualidade - descrevendo os diversos aspectos que caracterizam a sexualidade, os modelos de educação sexual, a importância da educação sexual para as pessoas com Deficiência Mental e a quem cabe a responsabilidade da sua educação.

No terceiro capítulo destacaremos as medidas legislativas sobre a educação sexual em Portugal e o papel da escola na educação sexual de pessoas com Deficiência Mental.

A segunda parte será dedicada ao estudo empírico. Integra toda a fundamentação e descrição do trabalho prático, bem como a apresentação e análise dos resultados. Utilizamos como instrumento de recolha de dados uma entrevista semi-estruturada, com perguntas abertas que foi aplicada a três jovens com Deficiência Mental que frequentam a escola pública e que se encontram ao abrigo do número 21º do Decreto - Lei 3/2008, de 7 de Janeiro, a usufruir de um Currículo Específico Individual.

No quinto capítulo, com base nos dados recolhidos e na revisão de literatura, apresentaremos uma proposta dum programa de Educação Sexual para ser implementado no ensino regular a alunos que usufruam de um Currículo Específico Individual.

Para finalizar, apresentamos as principais conclusões do estudo, os limites e as contribuições que este estudo poderá trazer para a melhoria do trabalho pedagógico junto de pessoas com Deficiência Mental.

PARTE I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I

1. Aspectos históricos da Deficiência Mental

O estudo de qualquer matéria supõe sempre um conhecimento histórico. As pessoas com Deficiência Mental ou com outro tipo de deficiência, estiveram mais expostas do que qualquer outro grupo humano, devido às ideologias sociopolíticas e aos modelos antropológicos reinantes em cada momento histórico. Existiram épocas e sociedades em que estas pessoas foram tratadas de modo desumano (abandono, confinamento, infanticídio, etc.) e outras épocas que se pautaram por uma relação pedagógica e social mais humanizadora e com uma visão mais positiva das potencialidades destas pessoas. Até ao princípio do séc. XIX são muito escassos os dados sobre os problemas da Deficiência Mental, também, em parte, devido à elevada taxa de mortalidade. Neste período predomina uma visão da deficiência de cariz religioso; a deficiência é uma manifestação do mal e do pecado, um castigo de Deus. Neste contexto, só cabe a aceitação resignada, a exclusão da vida social e a eliminação do Deficiente Mental. (Amor Pan, 1997:37).

Na Idade Média surgem asilos, orfanatos e hospitais nos quais são acolhidas as pessoas com perturbações mentais, produzindo-se a primeira brecha na tese da imutabilidade (as pessoas com Deficiência Mental podem melhorar). Estas instituições são precursoras da reabilitação. Nesta época, a Igreja assume-se como a única instituição que presta estes tipos de apoio. É também, por esta altura que São Vicente de Paulo (1581-1660), defensor dos mais desfavorecidos, funda a Congregação das Irmãs da Caridade. Contra a corrente dominante, na época, este defende a ideia de que os doentes e atrasados mentais tinham de ser atendidos e reabilitados (Amor Pan, 1997:41).

No séc. XVIII, graças em parte, à teoria empírica do conhecimento de Locke, produzem-se mudanças significativas na concepção do transtorno e no tratamento do mesmo. “ Pouco a pouco o tema desmarca-se da demonologia e passa a um modelo

organicista e biologista... os afectados passam a ser pacientes, a quem há que tratar com o objectivo de alcançar a sua recuperação funcional e a sua inserção social” (Amor Pan, 1997: 42). No entanto, predomina uma hegemonia do saber médico que impõem uma visão fatalista e incurável da Deficiência Mental.

Antes de 1800 a Deficiência Mental “não existia” nem como problema científico nem como um problema sociopolítico. O séc. XIX trouxe uma ruptura com esta praxis e uma mudança de mentalidade. Nesta época fazem-se os primeiros ensaios terapêuticos e pedagógicos, “num clima de entusiasmo humanitário e romântico” (Amor Pan, 1997: 43).

As novas perspectivas sobre a reabilitação e a educação das pessoas com Deficiência Mental são fruto do trabalho de um grupo de pioneiros da medicina. Os trabalhos de Esquirol, Sèguin, Down, Ireland, Itard, Montessori e muitos outros, deram origem a um movimento reivindicativo da dignidade das pessoas com Deficiência Mental. Edouard Sèguin (1812-1880) defendeu a concessão a estas pessoas de oportunidades de educação e fundou várias escolas em França e nos EUA. Sèguin partia de uma visão integral do ser humano e atribuía uma grande importância às condições ambientais da aprendizagem.

“ (...) A Obra de Sèguin rompe com a visão unitarista de uma *idiotia* única que ainda era hegemónica entre os médicos, pois ele descreve as categorias de *idiotia*, *imbecilidade*, e *debilidade* como quadros diferentes e com etiologias também diferentes. E considera, além de causas orgânicas (hereditárias ou não), causas ambientais ou psicológicas” (Carneiro, 2007:21).

Maria Montessori (1870-1952) percebeu que a Deficiência Mental não era tanto um problema médico, mas principalmente pedagógico. A sua pedagogia assentava no princípio de que o indivíduo aprende em virtude das experiências proporcionadas pelo meio ambiente. Considerava como base da acção educativa a existência de um meio estruturado e um desenvolvimento sensitivo-motor (Amor Pan, 1997: 45-46)

Porém, mesmo com os estudos de Seguin, Itard e Montessori sobre a educabilidade destas pessoas, continuou a predominar um conceito de Deficiência Mental essencialmente médico - organicista e fatalista - dando origem a prognósticos nada animadores.

O ano de 1905 marcará o início de uma nova era, já que nesta altura aparece a primeira escala métrica da Inteligência pela mão de Alfred Binet e do seu aluno Théodore Simon. Estes construíram escalas de medida objectiva, baseadas na comparação entre as realizações intelectuais de indivíduos da mesma idade. A inteligência dos sujeitos é

assim, medida pela idade mental, dependendo esta do número e idade própria das provas superadas e não da idade cronológica.

O direito dos deficientes mentais a viverem e a desenvolverem-se numa sociedade que os aceite como membros vivos e activos foi um tema ardentemente discutido desde o início dos anos setenta. Começa-se lentamente a reivindicar que estas pessoas podem e devem viver na comunidade, em vez de fechadas e isoladas numa instituição. Independentemente das limitações que possa ter, à pessoa com Deficiência Mental deve ser proporcionada uma participação real e efectiva na sociedade.

Esta nova etapa é marcada pelo princípio de *normalização*: por à disposição da pessoa com Deficiência Mental condições de vida que se aproximem o mais possível das condições vividas na sociedade onde está inserida. A *normalização* nasce do Direito à igualdade de oportunidades para todo o ser humano e implica que a sociedade deve colocar à disposição das pessoas com Deficiência Mental os suportes e recursos necessários para conseguir este objectivo.

A publicação em 1992, por parte da AMMR, da 9ª edição da *Mental Retardation, Classification, and System of Supports*, vem trazer à luz uma nova definição de Deficiência Mental. A nova compreensão adoptado pela da AMMR introduz novidades muito importantes e supõe uma modificação, tão substancial relativamente às anteriores, que até se pode falar de uma mudança de paradigma. Apresenta uma visão multidimensional, que pretende ampliar a conceptualização da Deficiência Mental, evitar a excessiva confiança no QI e relacionar as necessidades individuais da pessoa com os níveis de apoios necessários. Supõe uma mudança profunda na maneira de prestar serviços: o que implica oferecer uns serviços variados e continuados para responder de maneira eficaz e global às necessidades destas pessoas.

2. Desenvolvimento conceptual de Deficiência Mental

Não tem sido possível estabelecer diagnósticos precisos da Deficiência Mental exclusivamente a partir de causas orgânicas, nem tão pouco a partir da avaliação da inteligência: quantidade, supostas categorias ou tipos de inteligência. Tanto as teorias psicológicas desenvolvimentistas, como as de carácter sociológico ou antropológico, apresentam ideias mais ou menos claras a respeito da condição mental das pessoas;

todavia, nenhuma dessas perspectivas ou outras, nem todas juntas conseguem definir um conceito único que traduza de forma satisfatória a complexidade da questão da deficiência mental. Em suma, a Deficiência Mental não se esgota na sua condição orgânica e/ou intelectual nem pode ser definida por um único saber.

Esta dificuldade em definir de forma clara o conceito de deficiência mental tem tido consequências muito marcadas no modo como as pessoas, em geral, e as organizações sociais têm lidado com a deficiência.

As pessoas com Deficiência Mental existiram em todas as sociedades e culturas mas os estudos científicos sobre as suas causas e as propostas pedagógicas para a educação e integração social de pessoas com Deficiência Mental, pertencem essencialmente ao séc. XX.

Na segunda metade do séc. XX, mudou-se a concepção sobre estas pessoas e sobre as formas de intervir no sentido do seu desenvolvimento pleno. Das concepções médico orgânicas, passou-se a concepções psicológicas, de tipo psicométrico, e destas, passou-se a uma concepção multidimensional, centrada no funcionamento do indivíduo inserido no ambiente que o rodeia.

As concepções médicas orgânicas entendiam o atraso mental como uma manifestação patológica, relacionadas com deficiências do sistema nervoso central. O tratamento procurava a cura da doença. Foram necessários muitos anos para perceber que o objectivo não era o de curar as pessoas, mas o de educar ou de treinar competências no indivíduo e actuar paralelamente sobre o meio que o rodeia (Verdugo, 2001: 2).

O conceito de Deficiência Mental e de inteligência estão intimamente relacionados, pois geralmente aceita-se que a Deficiência Mental é fundamentalmente um defeito da inteligência. Existem um amplo conjunto de interpretações acerca do que deve entender-se por inteligência, que vão desde posturas multidimensionais a algumas mais radicais, de cariz biológico e psicométrico. As provas de avaliação da inteligência mais usadas procedem do modelo psicométrico. Este instrumento utiliza o QI (Quociente intelectual) para determinar o grau de Deficiência Mental. No entanto, o QI não tem um valor absoluto, nem universal e não está inscrito na natureza do ser humano; é simplesmente a tradução psicométrica de certas exigências escolares e sociais. Por esta razão, não pode ser confundido com inteligência, já que esta é a capacidade global para realizar actividades mentais. As classificações por nível de QI expressam uma visão

psicométrica da deficiência, proporcionam muito poucas informações sobre o indivíduo enquanto globalidade e apontam prognósticos desanimadores. O quociente de inteligência é, então, considerado o único indicativo referencial para a descrição do nível de desenvolvimento e maturidade da pessoa. O foco do problema é colocado no sujeito, no seu desempenho, consolidando o atraso cognitivo como característica individual e contribuindo para uma baixa expectativa educacional.

Atendendo ao QI existem cinco níveis ou graus de Deficiência Mental propostos pela Organização Mundial de Saúde (Pacheco, 1997: 212):

Deficiência Mental	QI
Limite ou borderline	68-85
Ligeira	52-68
Média	36-51
Severa	20-35
Profunda	Inferior a 20

Tabela 1 – Quadro de referência ao QI.

Segundo a OMS, a Deficiência Mental é definida como um *desenvolvimento incompleto ou insuficiente das capacidades mentais*. Logo, uma pessoa com Deficiência Mental é alguém que, devido a uma redução substancial nas funções de raciocínio (intelectual) que ocorrem durante o período de desenvolvimento, tem dificuldades em adaptar-se ao mundo que o rodeia. Pode dizer-se que a criança com atraso mental manifesta sempre um atraso global em todos os aspectos do seu desenvolvimento (Reis, Peixoto, 1999: 29).

Nos últimos anos, os avanços na psicologia cognitiva propuseram uma mudança no paradigma de avaliação da inteligência. A nova classificação da Deficiência Mental publicada em 1992, pela Associação Americana de Deficiência Mental, considera a Deficiência Mental não mais como um traço absoluto da pessoa que a tem, mas sim como um atributo que interage com o seu meio ambiente físico e humano, que por sua vez, deve adaptar-se às necessidades especiais dessa pessoa, provendo-lhe o apoio intermitente, limitado, extensivo ou permanente de que ela necessita para funcionar em 10 áreas de habilidades adaptativas: comunicação, auto cuidado, habilidades sociais, vida familiar, uso comunitário, autonomia, saúde e segurança, funcionalidade

académica, lazer e trabalho. O *deficit* no funcionamento intelectual passa de constituir a principal característica da pessoa com esta patologia para ser a ser um dos requisitos necessários no Diagnóstico da Deficiência Mental. Esta nova perspectiva possibilita uma visão mais optimista e fecunda em relação à evolução da pessoa.

Actualmente, o diagnóstico psicológico da pessoa com Deficiência Mental exige a avaliação dos aspectos cognitivos, motivacionais, aspectos de personalidade e adaptativos da pessoa, a avaliação do seu ambiente e das interacções entre ambiente/ indivíduo que determina a quantidade e a qualidade das suas experiências. Este novo sistema de classificação da Deficiência Mental proposto pela Associação Americana de Deficiência Mental, em vez de estabelecer um sistema de classificação baseado no QI do sujeito, propõe um sistema baseado na intensidade dos apoios que as pessoas com Deficiência Mental requerem (apoio intermitente, limitado, extensivo ou permanente). O sistema de apoios deve ter um carácter individualizado de forma a melhorar a capacidade funcional destes indivíduos.

3. Características da deficiência mental e implicações educativas

Nos deficientes mentais, tal como noutras pessoas, o comportamento pessoal e social é muito diferenciado, sendo por isso, difícil falar de características iguais em todas as pessoas com Deficiência Mental. Contudo, através de alguns estudos experimentais, foi demonstrado que existem algumas características que distinguem os deficientes mentais das pessoas sem deficiência.

Na perspectiva de (Ribeiro, 2008:6) uma pessoa com Deficiência Mental apresenta limitações ao nível de:

- Funcionamento intelectual;
- Lógica de transferência dos afectos;
- Adequação dos comportamentos, sequência lógica das situações;
- Défices de memória;
- Incapacidade de dar sentidos aos acontecimentos e actividades.

De acordo com Barbosa (Ribeiro, 2008:7) a deficiência mental caracteriza-se como:

- Inadaptação emocional e social;
- Vocabulário reduzido;
- Interesses simples e limitados;
- Reacção lenta;
- Atenção reduzida;
- Incapacidade de generalizar e de abstrair;
- Ausência de originalidade;
- Iniciativa limitada;
- Falta de capacidade de autocrítica;
- Hábitos de estudo insuficientes;
- Dificuldades a nível da linguagem:
- Atraso e precariedade das aquisições cognitivas; [...]

“(...) A capacidade para aprender está em germen na espécie humana, faz parte do seu potencial genético, no entanto a aprendizagem acontecerá pela internalização de estímulos associada a factores biológicos como a integridade orgânica e funcional, bem como pelas influências directas dos factores ambientais e sociais” (Moraes, 2006:34).

No caso das pessoas com Deficiência Mental, as dificuldades de aprendizagem são o resultado de dificuldades generalizadas que afectam a linguagem expressiva e compreensiva, a percepção, no espaço e no tempo, a autonomia, a motricidade, a memória e a socialização, manifestando-se em graus diferenciados em razão de factores individuais que lhe são peculiares. As alterações do sistema nervoso provocam alterações no desenvolvimento global e na capacidade de aprendizagem, mas o desenvolvimento da inteligência não depende exclusivamente das lesões cerebrais ou disfunções funcionais do sistema nervoso, é também influenciado por estímulos provenientes do meio.

4. Aspectos Médicos

4.1 Etiologia da Deficiência Mental

A etiologia da Deficiência Mental é maioritariamente multifactorial; a combinação de diversos factores causais condiciona a grande variedade de manifestações clínicas. Os agentes causadores das diferentes síndromes classificadas como Deficiência Mental são diferentes, mas todos conduzem a uma mesma consequência (o dano cerebral) e têm uma característica comum (o *deficit* intelectual). É certo que as pessoas com Deficiência Mental distinguem-se do resto da população devido ao seu *deficit* cognitivo, contudo, esta característica não confere um carácter homogéneo a este grupo de sujeitos. As variações individuais são muitas, e são diferentes as suas expressões e consequências pessoais.

A Deficiência Mental deve-se a factores genéticos, ambientais ou resulta de uma combinação de ambos. Muito importante é perceber que a pessoa é o resultado de uma interacção entre uma base biológica e o ambiente em que vive; da sua conjugação surge a pessoa com as suas características únicas e específicas. Na perspectiva de Pacheco (1997: 212-216) a etiologia desta deficiência é multifactorial, contribuindo para tal, diversos factores que podem ser classificados da seguinte forma:

Factores genéticos: A origem da deficiência está já determinada pelos genes ou herança genética. São causas de tipo endógeno.

Existem dois tipos de causas genéticas conhecidas:

-Genopatias: Alterações genéticas

-Cromossopatias: são síndromes devidas a anomalias ou alterações nos cromossomas.

Factores Extrínsecos:

- Factores Pré-natais: que actuam antes do nascimento. Ex: Embriopatias, infecções, alterações endócrinas e metabólicas, intoxicações, perturbações psíquicas...

-Factores perinatais e neonatais: que actuam durante o momento do parto ou no recém-nascido. Ex: prematuridade, síndrome do sofrimento cerebral, infecções, incompatibilidade de RH...

-Factores Pós-natais: são factores que actuam após o nascimento. Ex: infecções, convulsões, anoxia, intoxicações, meningites ou encefalites, traumatismos crânio-encefálicos, factores ambientais (ex: dieta pobre em calorias ou desequilibrada).

4.2 Fisiologia da Deficiência Mental

A sexualidade da pessoa com Deficiência Mental, a não ser nos casos neurologicamente mais prejudicados, não é qualitativamente diferente das demais. Gherpelli afirma que:

“(...) As estruturas límbicas do sistema nervoso são preservadas no deficiente mental e a sua conformação 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, 2006:37).

Vários autores, entre os quais, Buscaglia (1997), Glat (1992), Maia (2001) e Pinel (1993) defendem que as pessoas com deficiência têm um desenvolvimento sexual dentro da normalidade, e que, conseqüentemente, ninguém se torna assexuado em função de uma incapacidade física, sensorial ou mental (Maia & Aranha, 2005: 103)

No caso da Trissomia 21, há alguns aspectos a serem considerados no seu desenvolvimento sexual, uma vez que existem diferenças quanto à função reprodutiva. Algumas mulheres apresentam diminuição da fertilidade porque não apresentam sinais de ovulação ou apresentam variações. No sexo masculino, já se comprovou a infertilidade, sendo constatada a ausência ou redução na quantidade de espermatozoides (Moraes, 2006: 37).

Vários estudos indicam que as maiores dificuldades para as pessoas com Deficiência Mental viverem a sua sexualidade não são de ordem biológica, mas sim, adaptativa. Segundo Gale (in Maia & Camossa, 2002: 205) as barreiras que limitam a vivência da sexualidade na pessoa com deficiência Mental seriam de ordem física, psicológica e social. A grande diferença da sexualidade entre pessoas, com ou sem deficiência mental, decorre da diferença de condições cognitivas e adaptativas que determinam a capacidade do individuo para assimilar, compreender e elaborar códigos sociais para o ajustamento social e emocional do seu comportamento sexual.

5. Dificuldades ou factores que condicionam a vivência da sexualidade das pessoas com Deficiência Mental

As pessoas com Deficiência Mental são estigmatizadas, por contrariarem as expectativas em relação à capacidade para o uso do raciocínio, do julgamento e da habilidade geral para lidarem com a complexidade inerente ao estilo de vida actual. A sociedade moderna, com altos níveis de exigência, sobretudo ao nível da qualificação profissional, da capacidade produtiva e da capacidade de integração nas estruturas e instituições sociais, multiplica os casos de deficiência.

Santos e Bartalotti (2002:383) afirmam que a deficiência mental é um *estigma*: um desafio ao nosso conhecimento, “um desvio a ser tratado e condicionado no seu devido lugar - o lugar do diferente”. Sendo assim, as relações estabelecidas com o *estigma* são relações tensas, altamente influenciadas pelas atitudes perante a diferença, atitudes geradoras de preconceitos e estereótipos que permeiam todo o processo de inserção social dessas pessoas. A sociedade espera a normalização da pessoa deficiente. Impõe-lhe um conjunto de regras - as mesmas que são impostas aos ditos normais - mas não lhe reconhece o direito a ser diferente. Sendo assim, a pessoa deficiente tem de comportar-se como uma pessoa normal quando toda a sociedade a rejeita pela sua diferença e pela sua deficiência.

Os aspectos relacionados com a sexualidade na Deficiência Mental trazem preocupações aos pais e à sociedade, sendo frequentemente, traduzidas por atitudes repressivas e discriminatórias, que impedem um desenvolvimento mais pleno do indivíduo.

Existe um imaginário social que constrói a sexualidade da pessoa com Deficiência Mental desta forma: muitos pais e educadores consideram que as pessoas com Deficiência Mental são eternas crianças, mas existem outros que enfatizam um comportamento de exacerbação da sexualidade, que necessitaria de um controlo apertado. Devido a estas concepções sociais é negada a sexualidade às pessoas com Deficiência Mental.

“ (...) Não existe um reconhecimento dos direitos da manifestação da sexualidade das pessoas com deficiência mental, sendo-lhes dadas poucas possibilidades de compreender as emoções despertadas por ela, conseqüentemente, dificultando a exploração da sua curiosidade sexual” (Bastos, Deslandes, 2005:393).

As pessoas com Deficiência Mental têm dificuldade para aceder a contextos normalizados. Estas pessoas vivem segregadas, em isolamento familiar ou institucional,

sendo afastadas de outros grupos sociais. O que para a família e para a escola pode representar protecção, para os deficientes, que ficam privados do contacto social, cria uma dificuldade acrescida no processo de crescimento interpessoal, impedindo uma correcta socialização, no sentido de compreender o que é um comportamento socialmente adequado. Como não têm a oportunidade de relacionar-se com os pares em situações normalizadas, as condições de socialização e, sobretudo, no aspecto psico-sexual, são carenciais.

Verifica-se uma ausência de espaços e tempos privados, íntimos, nos quais o deficiente mental possa ter determinadas condutas sexuais auto eróticas ou relações com outras pessoas. Como não os têm, a sexualidade torna-se “pública” o que dá origem a duas atitudes: ou a repressão ou o escândalo. As pessoas com Deficiência Mental, raramente têm momentos de privacidade: são sempre acompanhadas, vigiadas o que torna difícil a construção e a compreensão do sentido dos conceitos de público e privado.

Também as dificuldades objectivas e sociais - resistências da família e da sociedade - tornam difíceis relacionamentos afectivos ou o namoro.

Num estudo feito por Maia e Aranha (2005:9), estes relataram que alguns professores comentavam que os seus alunos não sabiam administrar os sentimentos relacionados com o namoro e o amor, além de referiram uma certa inadequação em relação ao acto de namorar. Alguns também revelaram que inibem e vigiam as relações de namoro.

Outra situação que condiciona a vivência da sexualidade destas pessoas é a negação de uma educação sexual. Devido a preconceitos e medos, pais e professores não informam adequadamente as pessoas com Deficiência Mental sobre este tema, recebendo estes, unicamente, mensagens negativas sobre a sexualidade (Albuquerque, 2007: 75).

Outros aspectos que se reflectem no desenvolvimento psicosexual da pessoa com Deficiência Mental são algumas características de personalidade, como a mais frequente instabilidade emocional, uma baixa auto-estima, a dependência dos outros, e o isolamento e a depressão que derivam, em parte, da dificuldade que demonstram nas capacidades de relacionamento interpessoal.

6. Mitos sobre a sexualidade das pessoas com DM

Se abordar o tema da sexualidade humana em circunstâncias normais não é fácil, tal torna-se mais complexo no caso das pessoas com Deficiência Mental. A sexualidade nestas pessoas foi sempre vista mais como um problema, do que como um atributo humano positivo.

Falar da sexualidade nas pessoas com Deficiência Mental exige que se questionem ideias preconcebidas e comportamentos construídos socialmente. Existem um conjunto de mitos e crenças que originam comportamentos preconceituosos e discriminatórios em relação a estas pessoas. Acreditar nestes mitos, condiciona a visão que temos da pessoa com Deficiência Mental e a forma como a informação sobre a sexualidade é transmitida.

- a. *As pessoas com Deficiência Mental apresentam um desenvolvimento sexual, desejos e necessidades afectivas diferentes das pessoas normais.*

Como já foi referido anteriormente, está comprovado que a sexualidade do deficiente mental não se diferencia qualitativamente da sexualidade da população em geral. O desenvolvimento sexual acompanha mais o desenvolvimento cronológico do que o cognitivo. As modificações físicas próprias da puberdade acontecem naturalmente para a maioria das pessoas com deficiência mental. Tal como diz Reeve (*in* Bastos, Deslandes, 2005:394) considera-se que este conjunto de mudanças seja responsável pelo despertar da sexualidade, não existindo evidências na literatura consultada, de que à deficiência intelectual corresponda um *deficit* sexual.

As pessoas com Deficiência mental experimentam as mesmas mudanças, as mesmas emoções, ao longo da vida, que as demais pessoas. A visão de que os indivíduos com deficiência mental têm maiores ou menores impulsos sexuais, carece de fundamentação biológica, pois não existe uma sexualidade característica do indivíduo portador de deficiência mental (Amor Pan, 1997:126).

Para McClennen (*in* Pinheiro, 2004:200) as pessoas com Deficiência Mental têm idênticas necessidades sexuais às das pessoas sem deficiência. Quando as pessoas com *deficit* cognitivo apresentam um comportamento sexual diferente do considerado normal, geralmente, este resulta mais, da forma como eles foram

educados do que da sua condição de deficiente. Glat (*in* Pinheiro, 2004: 200) numa pesquisa realizada com o objectivo de investigar as informações e representações a respeito da sexualidade, concluiu que os adolescentes deficientes mentais apresentam os mesmos problemas que os jovens com inteligência normal; que a maioria desses, com excepção de portadores de alguma síndrome, apresentam um desenvolvimento normal das características sexuais físicas e psicológicas.

Os maiores problemas que podem acontecer não estão na sexualidade em si, mas na forma como a pessoa com Deficiência Mental aprende a lidar com a sua sexualidade e a expressá-la e que derivam dos *deficits* perceptivos, discriminativos e cognitivos que dificultam acção do indivíduo no meio social (Pinheiro, 2004:200). A falta de maturidade emocional ou a dificuldade para compreender o significado das relações interpessoais não estão ligadas à deficiência mental, mas directamente relacionadas com a história educativa e afectiva (Amor Pan, 1997:118).

b. A Deficiência Mental é de carácter hereditário.

Importante para desfazer os mitos que ainda persistem na nossa sociedade, é a conclusão de que a Deficiência Mental não é essencialmente de carácter hereditário, e por conseguinte, a sua descendência não tem um alto risco de padecer desta patologia. Em 1933, Pintner publicou um manual de psicologia onde subscrevia a ideia que a Deficiência Mental se transmite por herança genética, transmitindo-se dos seus progenitores à sua descendência (Amor Pan, 1997:68-69). Esta teoria deu origem a uma mentalidade eugénista – com a promulgação de leis de esterilização compulsiva e a proibição do matrimónio de pessoas com Deficiência Mental - e de negação da vida afectiva dos deficientes mentais. Contudo, os estudos científicos mais recentes desautorizam esta teoria.

c. As pessoas com Deficiência Mental têm uma sexualidade exacerbada, “Hipersexuada”.

Existe a crença de que a pessoa com Deficiência Mental é dotada de uma sexualidade exagerada, agressiva ou animalesca, que se move primariamente pelo instinto e não é capaz de controlar o seu instinto sexual. Este mito acaba por reforçar certo tipo de atitudes em relação ao deficiente mental que levam ao seu isolamento, segregação e à ignorância sobre os aspectos da sua sexualidade.

Segundo a crença popular, deficiência mental e aberrações sexuais estão relacionadas. A visão que os profissionais têm da sexualidade do deficiente mental é que a sua sexualidade é movida por uma selvajaria libidinal cujo controlo e domínio lhes escapam (Albuquerque, 2007:67). Os profissionais, aparentemente, mostram-se tolerantes e favoráveis à vivência da sexualidade mas, ao mesmo tempo, acreditam na impossibilidade dessa experiência.

Maia e Aranha (2005), numa pesquisa realizada com 40 professores de alunos com deficiência, constataram que mesmo quando o comportamento sexual dos alunos era visto como “normal” os professores relataram uma tentativa de controlo e de vigilância sobre esses comportamentos para que os alunos não ultrapassem certos limites. Também neste mesmo estudo, Maia e Aranha, “descobriram que as manifestações relatadas pelos professores não correspondem às concepções a respeito da sexualidade do deficiente como exagerada ou prematura. Não foram relatados pelos professores comportamentos sexuais grotescos ou aberrantes” (*in* Luiz, E.C., Kubo, O.M., 2007:222).

- d. *As pessoas com Deficiência Mental são assexuadas: carecem de desejos e de necessidades no terreno da sexualidade.*

Segundo esta postura, as pessoas com atraso mental, são vistas como anjos, seres assexuados, eternas crianças. Na medida em que estas pessoas são encaradas como crianças, é-lhes negado o acesso à educação sexual apropriada e à vivência da sua sexualidade. Para Ribeiro e Nepomuceno (*in* Pinheiro, 2004:200) o deficiente mental ao ser visto como assexuado, depara-se com dificuldades de relacionamento; a sua limitação cria barreiras para entender o desejo sexual e as pessoas, a quem compete a sua educação ou tratamento, omitem as informações ou lidam de maneira agressiva e discriminatória frente ao comportamento sexual manifesto.

CAPÍTULO II

1. Conceito de sexualidade

(...) “A sexualidade, quando inserida nas circunstâncias de vida de uma pessoa, participa do seu processo de desenvolvimento e, é um instrumento que propicia experiências indispensáveis ao crescimento pessoal, à autonomia e ao desenvolvimento da individualidade.

Percebemos que há um vínculo estabelecido entre a sexualidade e a cidadania, acreditando que, pela vivência saudável da sexualidade, cada um aprende a relacionar-se melhor consigo mesmo e com o outro, percorrendo um caminho mais seguro na construção da sua identidade e, em consequência da sua cidadania.”(Moraes, 2006: 20)

Estamos, hoje, mais conscientes de que a sexualidade não se esgota no acto sexual uma vez que ela é prazer e descoberta, é palavra e gesto, é amizade e afecto, satisfação e sofrimento, enfim, é expressão da nossa existência. A sexualidade expressa-se não só no que sabemos, mas sobretudo nos nossos sentimentos, atitudes e comportamentos.

A sexualidade aparece mais como uma experiência pessoal, fundamental na construção do sujeito, ela é, segundo a Organização Mundial de Saúde:

“(...) uma energia que nos motiva para encontrar amor, contacto, ternura e intimidade; ela integra-se no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual. A sexualidade influencia pensamentos, sentimentos, acções e interações e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental”(in Pereira, 2006: 15).

Então, a sexualidade precisa de ser entendida numa abordagem mais ampla, como atributo de todo o ser humano e que, por esta razão é parte integrante das relações que este estabelece consigo mesmo e com os outros. Sendo um elemento relacional importante, esta fundamenta-se nos aspectos biopsicossociais de cada indivíduo: no seu potencial biológico, no processo de socialização e na capacidade psicoemocional. Porém, a dinâmica e articulação na vivência desses aspectos, não acontece de forma tranquila uma vez que, assim como temos mecanismos fisiológicos que regulam as necessidades sexuais básicas, temos também, como seres sociais, as regras que regem os nossos grupos de relações e que, nem sempre coincidem e que exigem que nos adaptemos.

2. O que é a Educação Sexual?

A educação sexual não é nem deve ser vista como um conjunto de receitas de vida e de modelos rígidos de comportamento. Fundamentalmente, a Educação Sexual deve ser um conjunto de actividades que ajudem as pessoas a encararem a sexualidade como uma componente positiva do seu corpo, das suas vidas, das relações que estabelecem, e a escolherem os seus caminhos, de uma forma informada e consciente (Marques, M.M., *et al.*, 2002: 7).

No seu início, a ideia da educação sexual surgiu como uma reacção ao conservadorismo moral e ao silêncio a que as questões sexuais estavam votadas no *Modelo Moral*. A ideia, era que, face ao silêncio das famílias e da sociedade, era preciso que os profissionais agissem e abordassem estas questões com os jovens, num processo com uma ampla vertente de esclarecimento e de libertação pessoais. Tal necessidade foi também fundamentada nas questões da prevenção da gravidez não desejada e já, nos anos 90, na questão da SIDA.

Com o surgimento da SIDA acentuaram-se as preocupações com uma educação sexual que exercesse um controle social para com os comportamentos sexuais de risco. Neste *Modelo Preventivo*, a educação sexual era olhada numa perspectiva de saúde, como um factor de prevenção das doenças. Assentava na aquisição de conhecimentos sobre anatomia e fisiologia da reprodução e das doenças sexualmente transmissíveis e no conhecimento dos métodos contraceptivos. Contudo, este modelo mostrou-se insuficiente no que concerne à transmissão de componentes emocionais e relacionais da sexualidade.

Neste sentido, requeria-se um modelo de educação sexual integral que englobasse várias vertentes; uma vertente biológica: informações sobre anatomia e fisiologia da sexualidade e da reprodução, resposta sexual humana; uma vertente psicológica que englobasse processos como: a identidade de género, a orientação sexual, a auto-imagem e a construção da identidade sexual e todo o processo relacional, em particular as relações afectivo – sexuais; e, finalmente, a vertente social que englobasse as discussões sobre valores e atitudes e os modelos morais (Ramos, 2005: 51). Este modelo de Educação sexual - o *Modelo de Desenvolvimento Pessoal* - estabelece um conjunto de objectivos capazes de responder a uma educação sexual adequada para qualquer tipo de

população, seja ela deficiente ou não e visa a “compreensão, a aceitação e a vivência positiva da sexualidade “ (Marques, 1995: 90)

”(...) *A sexualidade, entendida no seu sentido mais lato e como realidade complexa, precisa de ser conceptualizada de forma holística, porque é multideterminada e multidimensional. Com efeito, a sexualidade engloba as dimensões biológica, psico - afectiva, sociocultural, relacional e ética, ligadas e dependentes entre si.*” (Marques, M.M., et al., 2002: 10)

Tendo em conta as ligações da sexualidade às outras dimensões da identidade pessoal e das relações interpessoais e a sua mediatização social, a educação sexual integra todo um conjunto de componentes de outras áreas de aprendizagem tais como os valores e os afectos, ou as questões do género, a estrutura de personalidade e as competências dos indivíduos para lidarem com a sua intimidade (Vilar, 2005: 10).

Na nossa opinião, o *Modelo de Desenvolvimento Pessoal* é o mais adequado à educação sexual de pessoas com Deficiência Mental. Este modelo de educação sexual postula um processo educativo mais humano e humanizador no sentido de desenvolver todos aqueles aspectos que definem a essência do ser humano e de fornecer uma bagagem de habilidades sociais que permitam a sua integração na sua comunidade.

Neste sentido e, para garantir que a Educação Sexual seja coerente com a complexidade e riqueza do ser humano, é necessário que as finalidades, as estratégias, e os conteúdos sejam também alargados e complexificados, não se resumindo a explicações sobre o corpo e os fenómenos relacionados com a reprodução ou os métodos contraceptivos e as Doenças Sexualmente Transmissíveis.

O Modelo de Educação Sexual que defendemos - *Modelo de Desenvolvimento Pessoal* - está de acordo com a concepção abrangente de sexualidade proposta pela Organização Mundial de Saúde. A Educação sexual de pessoas com Deficiência Mental deve, assim, “ apoiar-se numa concepção ampla da sexualidade, que faça justiça ao ser humano, na sua globalidade, entendida em termos de relação” (Pan, 1997: 306).

A função da Educação sexual não é só instruir ou transmitir conhecimentos, mas essencialmente, integrar a pessoa numa cultura, formar o seu carácter, transmitir valores e maneiras de ser e de estar no mundo.

2.1. Educação Sexual Formal e Não - Formal

A socialização dos indivíduos na área da sexualidade é um processo em que intervêm todos os actores que modelam a nossa identidade em todas as outras áreas da nossa vida; a família os pares ou amigos; os grandes modeladores sociais como os *mass media*; os meios de educação formal e nestes, em primeiro lugar, a escola.

Educação Sexual formal é aquela que é realizada de modo intencional e sistemático por profissionais da educação, ainda que envolvendo os pais. Diz respeito a grande parte das acções realizadas em meio escolar ou institucional, quando estas obedecem a um esquema planeado e assumido num programa e ocorrendo num tempo pré-determinado (Marques, Forreta, 2005: 48).

A educação sexual não - formal é aquela que não tem uma intenção planificada e sistemática, independentemente de quem a faz: ocorre incidentalmente, espontaneamente, fora ou dentro do sistema escolar, não tendo propósitos educativos claros. Esta educação informal, ocasional, não intencional traduz-se numa aprendizagem contínua, ao longo da vida que ocorre em situações da vida quotidiana que, inevitavelmente, proporcionam aprendizagens sobre a sexualidade. Aprende-se com o que se diz, com a forma como as pessoas reagem a situações relacionadas com as relações sexuais e afectivas, pela observação dos comportamentos dos outros, pela informação oriunda dos *media*, pelos valores transmitidos por familiares, amigos, vizinhos e professores.

Os adultos (pais e pares) – modelos reais de observação - constituem uma referência relevante na formulação de padrões de comportamento das crianças e jovens, em particular até à adolescência, e fundamentalmente aqueles com quem os laços afectivos são mais consistentes.

Os contextos familiares são muito importantes na formação da identidade sexual na formação das atitudes e na formação dos traços estruturais de personalidade que irão sendo investidos em todas as áreas do crescimento e das relações estabelecidas. Contudo, na prática muitos progenitores e adolescentes continuarão a ter dificuldades reais na comunicação sobre este tipo de questões. Dificuldades, estas que são maiores no caso de pessoas com Deficiência Mental, pois, como já demonstrado anteriormente, os pais tendem a sonegar-lhes informações relativas à sexualidade.

3. Porquê uma educação sexual de pessoas com Deficiência Mental?

1º - Diversos estudos (Amor Pan, 1997; Pinheiro, 2004; Glat 1995; Brantlinger, 1993; Abramson e cols., 1988) demonstram que as pessoas com Deficiência Mental não recebem uma educação adequada, suficiente e apropriada às suas dificuldades cognitivas.

Não podemos pensar passivamente face à sexualidade das pessoas com Deficiência Mental, nem ignorarmos o desejo que sentem em alcançar a sua autonomia, o desejo de afirmarem o seu valor como homem/mulher, o desejo de participar nas várias áreas da vida, a sua evidente recusa à solidão e a sua satisfação ao estabelecer relações de amizade ou de namoro. As pessoas com Deficiência Mental continuam de uma forma genérica, a não receberem educação sexual integral e adequada às suas necessidades específicas e, portanto, não lhes é proporcionada a qualidade suficiente para promover uma sexualidade plena e harmoniosa. Todos os seres humanos são sexuados. Tal característica humana é também inerente às pessoas com Deficiência Mental. Como qualquer pessoa, estas têm desejo sexual, respondem ao prazer experimentado através do corpo, são sujeitas aos modelos de comportamento sexual socialmente construídos.

Contudo, devido a condicionantes diversas, nem sempre a pessoa com Deficiência Mental expressa e entende a sua sexualidade de modo adequado às normas e contextos sociais em que está inserida. O que sucede é, como estas pessoas são objecto de uma atenção intensa no sentido de adquirirem um conjunto de competências adaptativas que lhes permitam tornar-se mais autónomas e independentes, no entanto, a dimensão sexual é relegada para segundo plano como se não fosse uma componente integrante e constituinte da pessoa. Concordamos plenamente com Amor Pan, quando diz que: “ Não se podem exigir condutas apropriadas se não se proporcionarem os indispensáveis referentes, através de um processo educativo pertinente “ (Amor Pan, 1997: 304).

Diversos autores e em diversos estudos verificaram que os pais e educadores tendem a não fornecer educação sexual às pessoas com Deficiência Mental. Além disso, é comum existirem ideias distorcidas sobre a sexualidade tanto junto dos pais como dos profissionais.

Pinheiro (*in* Pinheiro, 2004: 201) realizou uma pesquisa com o objectivo de investigar nos pais e profissionais envolvidos com pessoas com deficiência mental moderada os aspectos relacionados com a educação sexual, masturbação, relacionamentos e abuso sexual. Constatou que os pais encaram a sexualidade dos seus filhos como mais um problema, muitos sonegam-lhes informações por temerem que estas estimulem a sexualidade e sejam interpretadas como autorização para que mantenham relações sexuais.

Tanto um estudo de Brantlinger, como outro de Abramson e cols. (*in* Pinheiro, 2004: 201-202) revelam que a maioria dos pais preferem que os seus filhos não recebam Educação Sexual pois acreditam que esta irá estimular o despertar da sexualidade.

Junto aos próprios indivíduos com deficiência, encontramos as pesquisas de Glat (Glat 1995: 68-70) abrangendo deficientes mentais leves e moderados, com o objectivo de investigar as informações e representações a respeito da sexualidade. Esta autora constata a precariedade de conhecimentos das pessoas com Deficiência Mental a respeito de funções corporais, reprodução (40% dos homens e 35% das mulheres parecem não saber como se engravida), nascimento, métodos anticoncepcionais, doenças sexualmente transmissíveis e menstruação. Quanto à educação sexual verificou que, apenas 30% obtinham informações sobre sexo com a família, 18% com profissionais que trabalham com eles e os restantes as obtinham na rua, com colegas ou pelos meios de comunicação. Contudo, independentemente de quem forneceu as informações, o que lhes é ensinado está muito aquém das suas necessidades.

2º - A falta de informação limita a possibilidade de desenvolverem as suas potencialidades e realizarem a sua integração social.

Toda a problemática da sexualidade remete-nos, inevitavelmente, para o desenvolvimento humano e para a própria complexidade que o caracteriza. Sendo a sexualidade uma dimensão da personalidade, não se pode negar à pessoa com deficiência mental, a liberdade de viver e expressar a sua sexualidade, sexualidade esta que não se esgota no acto sexual. Ela é também e, sobretudo, amizade, carinho e relacionamento pessoal.

As pessoas com Deficiência Mental devem aprender a reconhecer a sua individualidade, compreender o comportamento social, conhecer a sua própria vulnerabilidade e, essencialmente, saber escolher, decidir e desenvolver a sua sexualidade. Tal não se pode

fazer com uma atitude de infantilização e isolamento social, partindo do pressuposto de que estas pessoas não são capazes de manter relacionamentos afetivos. Conforme o grau de comprometimento mental podem existir no desenvolvimento sexual das pessoas com Deficiência Mental, diferenças nas capacidades cognitivas e adaptativas. Estas pessoas possuem, como consequência disso, maior dificuldade para compreender e obedecer às regras socialmente impostas e necessárias para a vivência de comportamentos sexualmente aceitáveis pela sociedade.

É, por isso, pertinente que a educação sexual deva ser considerada parte do processo de educação global da pessoa com Deficiência Mental, como para qualquer pessoa, com metodologia adequada à sua capacidade cognitiva e faixa etária. Uma educação sexual, bem orientada, pode diminuir os riscos de exploração e de abuso sexual, diminuir comportamentos socialmente inaceitáveis, assim como prevenir uma gravidez indesejada e melhorar os conhecimentos sobre as doenças sexualmente transmissíveis. Torna-se necessário desenvolver uma consciência social, relativamente ao direito das pessoas com Deficiência Mental de usufruírem de uma educação sexual que conduza ao direito de escolherem, decidirem e desenvolverem a sua própria vida afectivo - sexual.

4. Quem é responsável pela educação sexual de pessoas com Deficiência Mental?

É iniludível a primazia da família - pela proximidade, pelo papel socialmente reconhecido - sobre outros agentes educativos na educação de crianças ou jovens. As famílias têm o direito e o dever de proporcionar Educação Sexual aos seus filhos. Contudo, estes direitos ou deveres são conjugáveis com a missão atribuída a outros agentes educativos, como a escola. Neste contexto, a coerência, a articulação, a comunicação eficiente entre casa e escola beneficiarão os jovens no que diz respeito à sua aprendizagem sexual. A família é um agente socializador, como tal cabe-lhe a tarefa de usar dos seus recursos para construir um espaço onde a pessoa com deficiência mental possa socializar e construir a sua identidade, incluindo a sexual.

4.1. O papel da família

Aos pais incumbe o direito mas, principalmente o dever de proporcionar a adequada educação sexual aos seus filhos. As reservas afectivas existentes na família, a confiança e o diálogo, permitem á criança aceitar, sem traumas as realidades pessoais mais delicadas, como é o caso da sexualidade. A família é o lugar onde se forma consciência moral da criança e se transmitem os valores primordiais sobre a vida sexual. Sendo as pessoas com deficiência mental muito dependentes dos progenitores, a família funciona como modelo de conduta que transmite valores e conhecimentos sobre a sexualidade.

Mas, muitos pais sentem-se confusos perante esta problemática e perante a responsabilidade da educação sexual de uma pessoa com deficiência mental. A preocupação em relação à vulnerabilidade do seu filho, o medo dos abusos, a insegurança em relação ao futuro provoca nas famílias um sentimento de angústia ou de insegurança. Por outro lado, as famílias têm percepções pouco realistas acerca do desenvolvimento sexual dos seus filhos: dificuldades em encarar os filhos como seres sexuados, negação do seu desejo sexual e da sua capacidade para “entender estas coisas” e medo que a educação sexual provoque o desenvolvimento da sua sexualidade. (APF, 2005; Albuquerque, 2007). Devido a todas estas condicionantes, muitas famílias acabam por não fornecer a educação sexual adequada aos seus filhos. A normalização, a socialização destas pessoas reclamam, da parte da família, novas maneiras de actuar e novas aprendizagens.

“A atitude dos pais é frequentemente, a negação da realidade sexual tão visível no seu filho(a), tentando escondê-la sob o manto de criança que tem e continuará a sê-lo para o resto da vida (Félix & Marques, 1995: 106). O desenvolvimento de uma personalidade equilibrada e rica não será possível se a família adoptar uma atitude repressiva, de superprotecção ou uma atitude de silêncio ou indiferença perante o desenvolvimento sexual destas pessoas.

A família necessita, assim, de apoios profissionais, e de um apoio solidário da sociedade, em geral, para fazer face á sua tarefa educativa. É aqui que entra a escola, que deve assumir um papel complementar de apoio à educação das pessoas com deficiência mental através de educadores bem formados que sejam capazes de fornecer educação sexual apropriada a estas pessoas.

CAPÍTULO III

1. Evolução histórica e legislativa da problemática da educação sexual em contexto escolar.

O Estado Português legisla, pela primeira vez, sobre Educação Sexual no ano de 1984: Lei 3/84 de 24 de Março - "*Educação Sexual e Planeamento Familiar*". Neste regulamento reconhece-se o direito à Educação Sexual e de acesso ao Planeamento Familiar, como um direito fundamental da educação.

A portaria nº 52/85 de 26 de Janeiro regulamentava as consultas de Planeamento Familiar abertas a todos os jovens em idade fértil e o fornecimento de contraceptivos gratuitamente e com informação apropriada.

Em 1986, é aprovada a Lei de Bases do Sistema Educativo que reconhece a necessidade, o direito e o dever da Escola promover a educação para a sexualidade.

Neste documento aponta-se um novo conceito de Educação Sexual ligado ao desenvolvimento pessoal e social dos jovens, e não só aos aspectos biológicos.

Em Maio de 1999, a Assembleia da República, aprovou nova legislação sobre educação sexual - a Lei nº 120/99 de 11 de Agosto - que reafirma a necessidade de ser desenvolvido um programa de educação sexual nos ensinos básicos e secundário, e estabelece como áreas de informação sobre sexualidade humana, a *SIDA* e a outras doenças sexualmente transmissíveis, os métodos contraceptivos e o planeamento familiar, as relações interpessoais, a partilha de responsabilidades e a igualdade entre os géneros.

Finalmente, em Outubro de 2000, foi publicada a regulamentação desta legislação o - Decreto-Lei nº 259/2000- que regulamenta a educação sexual em meio escolar com carácter obrigatório nos ensinos básico e secundário, quer numa perspectiva interdisciplinar, quer integrada em disciplinas curriculares cujos programas incluem a temática, de forma transversal e através de um modelo de desenvolvimento pessoal e social. Este diploma refere que o Projecto Educativo da Escola devia integrar estratégias de promoção de saúde sexual, tanto no desenvolvimento do currículo, como na organização de actividades de enriquecimento curricular, apelando à articulação escola /

família, à participação da comunidade escolar e à dinamização de parcerias com entidades externas à escola, nomeadamente com o Centro de Saúde.

Já, na mesma altura, o Ministério da Educação fez chegar a todas as escolas “Linhas orientadoras de Educação Sexual em Meio Escolar”, realizada pelos Ministérios da Educação e da Saúde e pela Associação de Planeamento Familiar, uma ferramenta fundamental para trabalhar a educação sexual pois fornece numerosas pistas para o desenvolvimento de programas, para a formação de professores e a articulação entre a escola e a família.

Em Julho de 2005, o Ministério da Educação nomeou o Grupo de Trabalho de Educação Sexual (GTES), composto por reconhecidos especialistas e coordenado pelo Prof. Doutor Daniel Sampaio, com o “objectivo de proceder ao estudo e propor os parâmetros gerais dos programas de Educação sexual em meio escolar” (*in* GTES, relatório final, 2007:28). A constituição deste grupo de trabalho deveu-se ao facto de estar-se a viver um período” de indefinição e de desmobilização face à educação sexual em contexto Escolar” e de na prática, verificar-se que a “ educação sexual não estava integrada no quotidiano das escolas” (GTES, Relatório Final, 2007:28 -29).

O Relatório Final do GTES veio enquadrar a educação sexual como uma das quatro componentes do Projecto de Educação para a Saúde (que integra para além da área da “Sexualidade e Infecções Sexualmente Transmissíveis”, as questões da “Alimentação e Actividade Física”, dos “Consumos de Substâncias Psico-activas” e da “Violência em Meio Escolar”).

Recentemente foi aprovada uma lei que torna obrigatória a educação sexual em contexto escolar (apresentada pelo PS: Projecto de Lei n.º 660/X), ainda não regulamentada, com críticas vindas de muitos quadrantes, entre os quais o Conselho Nacional de Educação, a Comissão Episcopal da Educação Cristã e as confederações de pais. As principais críticas prendem-se com o facto de este diploma por em causa o primordial e irrenunciável direito dos pais à escolha da educação para os seus filhos. Contrariamente ao proposto no relatório do GTES, este diploma menospreza o papel da família, atribuindo, na prática, a educação sexual exclusivamente à escola, não atendendo aos princípios éticos, morais ou religiosos da família. Outra crítica deve-se ao facto de este diploma privilegiar a dimensão biológica da Educação Sexual, em detrimento de outras dimensões, igualmente importantes, como as de natureza afectiva, cultural, social, ética

e jurídica. Por outro lado, o diploma é considerado demasiado impositivo por não ter em consideração a autonomia das escolas.

2. A Educação Sexual em contexto escolar.

“(...) poderíamos apontar como grande objectivo da Educação Sexual escolar o de contribuir (ainda que parcialmente) para uma vivência mais informada, mais gratificante e mais autónoma, logo, mais responsável da sexualidade” (Frade et al, 2001: 19).

A abordagem de temas sexuais na escola pode contribuir para o desenvolvimento de determinadas competências sociais pois a frequência de programas de educação sexual aumenta os comportamentos preventivos, nomeadamente o uso de contraceptivos nos jovens envolvidos em relações sexuais. Outras competências que podem ser exercitadas são, também, os mecanismos da tomada de decisão, a utilização dos recursos disponíveis e as capacidades de comunicar.

Mas, é sobretudo no domínio dos conhecimentos que a escola poderá ter um papel importante, quando comparada aos outros agentes de socialização que referimos.

Ao contrário dos *media*, a escola tende a promover uma aprendizagem de forma articulada e com um sentido lógico. Por outro lado, a escola, por ser um espaço de ensino formal e de saberes interdisciplinares, é capaz de transmitir conhecimentos técnicos e científicos que, muitas vezes, as famílias não podem promover devido sua natureza informal e pela deficiente preparação e dificuldades de comunicação de muitos progenitores. Pensamos ser este, em síntese, o papel da educação sexual formal realizada em contexto escolar: promoção de melhores conhecimentos e de maior literacia sobre as questões relacionadas com a sexualidade, promoção de competências ao nível da assertividade, comunicação e prevenção de situações de risco, e promoção do debate (e não endoutrinação moral) enquanto factor essencial de formação dos valores e atitudes.

3. A escola e a Educação Sexual de pessoas com Deficiência Mental

Relativamente à educação sexual em contexto escolar, a política educativa tem sido pautada por abundante legislação e documentos oficiais que suportam e permitem a operacionalização de uma intervenção formal, nas escolas, em todos os graus de ensino. Contudo na prática, verifica-se uma grande incapacidade para responder com segurança e qualidade a esta proposta.

O diploma, recentemente aprovado, que torna obrigatória a Educação sexual em contexto escolar (apresentado pelo PS - Projecto de Lei n.º 660/X), define as finalidades da educação sexual, os conteúdos curriculares para os diferentes níveis de ensino e a respectiva carga horária, e enquadra a educação sexual no âmbito da educação para a saúde, nas áreas curriculares não disciplinares, sendo, esta, também transversal ao currículo. Com a implementação desta legislação espera-se que, finalmente, a educação sexual disponibilizada nas escolas seja de qualidade para que se reduzam ou eliminem os mitos e as falsas crenças, bem como a falta de informação, responsáveis por situações de risco, abuso sexual e gravidez na adolescência.

Neste momento é possível a existência de uma educação sexual formal nas escolas tendo como referentes os objectivos definidos pelo documento “ Educação sexual em Meio Escolar - Linhas Orientadoras” e nos termos definidos pela legislação recentemente aprovada. É de realçar que a educação sexual, definida nestes documentos, fica limitada aos alunos que usufruem de um currículo comum, incluindo os alunos com necessidades educativas especiais que ao abrigo do Decreto - lei 3/2008 só têm adaptações curriculares por não terem comprometimentos cognitivos graves e, cujo ajustamento social é adequado a este tipo de intervenção.

Contudo, interrogamo-nos sobre a educação sexual que é proporcionada a pessoas com Deficiência Mental abrangidas por um Currículo Específico Individual (currículo funcional), ao abrigo do nº 21 do Decreto-lei nº 3/ 2008. Sendo que, esta medida educativa pressupõe alterações significativas no currículo comum, estas pessoas com deficit cognitivo podem não frequentar algumas das disciplinas deste currículo. O que vai acontecer é que na prática estes alunos não receberão a educação sexual que é proporcionada aos restantes alunos.

Note-se que nosso estudo incide sobre esta população. Verifica-se que em nenhum dos documentos analisados, existe menção sobre a educação sexual para pessoas que estão abrangidas por um Currículo Específico Individual, ao abrigo do nº 21 do Decreto-lei nº 3/ 2008. Contudo, se a escola pretende potenciar o desenvolvimento de um conjunto de competências adaptativas e académicas que permitam às pessoas com Deficiência Mental a sua integração social, escolar ou profissional, a sexualidade também deverá ser objecto de atenção.

A escola inclusiva exige o desenvolvimento de competências ao nível afectivo-sexual, que se devem traduzir não só em conteúdos, mas também no desenvolvimento de um conjunto de competências imprescindíveis ao bem-estar pessoal e à boa integração na vida em sociedade. O acesso à informação básica sobre a sexualidade ajuda as pessoas com Deficiência Mental a tomarem decisões informadas e responsáveis.

Os poucos programas que se conhecem sobre a educação sexual de pessoas com Deficiência Mental foram elaborados para instituições que recebem pessoas com deficiência; é o caso do *Programa de Desenvolvimento Pessoal e Social para Crianças, Jovens e Adultos portadores de Deficiência Mental* elaborado para o Centro Sócio-Educativo da APPACDM de Setúbal (APF, 2005: 78-114) e do programa elaborado por Loureiro, para Jovens com Deficiência Mental e publicado pelo Secretariado Nacional de Reabilitação. Várias experiências de educação sexual, com jovens e adultos deficientes mentais, têm sido feitas em diversas instituições como a APPC- Lisboa, a CERCIAV e o Centro de Educação de Crianças Deficientes - Mira Sintra com o objectivo de dotar estas pessoas com conhecimentos e aptidões ao nível da sexualidade (APF, 1995: 121 -148).

Quanto ao ensino regular não se conhecem programas ou relatos de experiências de educação sexual realizados com alunos deficientes mentais.

O Ministério da Educação, tem-se preocupado com a educação sexual da população escolar, em geral, mas directivas ou programas para pessoas com problemas cognitivos não existem. Tal não significa que em algumas escolas, principalmente no que se refere aos alunos que usufruem de um currículo funcional, não tenha sido criada uma área de educação sexual com o objectivo de fornecer informações básicas sobre a sexualidade. Seria interessante saber o que cada escola tem vindo a implementar nesta área: quais os conteúdos, metodologias e actividades. Contudo, cumpre-nos elucidar que programas

desenvolvidos para pessoas com Deficiência Mental, apesar de terem em conta as necessidades específicas desta população, partilham os mesmos princípios e finalidades definidos para a educação sexual em contexto escolar (APF, 2005: 50).

PARTE II - ENQUADRAMENTO EMPÍRICO

CAPÍTULO IV

1. Metodologia

Toda a problemática da sexualidade remete-nos, inevitavelmente, para o desenvolvimento humano e para a própria complexidade que o caracteriza. Sendo a sexualidade um elemento fundamental do desenvolvimento psico-emocional, não se pode negar à pessoa com Deficiência Mental, a oportunidade de viver e expressar a sua sexualidade, sexualidade esta, que não se esgota no acto sexual.

Devido a um conjunto de mitos e tabus e à estigmatização social da diferença, os jovens com Deficiência Mental raramente são ouvidos a respeito dos seus anseios, desejos, dúvidas e experiências em relação à vida afectiva e sexual. Sendo assim, com este trabalho pretendemos investigar e obter dados sobre *os conhecimentos, as necessidades e sentimentos de pessoas com Deficiência Mental relativamente à vivência da sua sexualidade.*

No que diz respeito à educação sexual, em contexto escolar, de pessoas com Deficiência Mental verifica-se que a legislação é omissa e que são inexistentes orientações programáticas do Ministério da Educação sobre esta matéria. Por outro lado, verifica-se uma incipiente produção bibliográfica sobre este tema. O nosso trabalho empírico tem ainda uma segunda vertente cujo objectivo é *a elaboração de uma proposta de intervenção pedagógica, em contexto escolar, com vista à educação sexual de pessoas com Deficiência Mental.*

1.1. Instrumentos

De acordo com os objectivos definidos para esta investigação e dado a existência de poucos estudos sobre o tema da sexualidade na Deficiência Mental, gostaríamos de analisar este tema em profundidade: conhecer os diferentes ângulos e as diferentes

perspectivas. Contudo, uma série de limitações, de ordem temporal e logística, impedem um estudo mais aprofundado do tema.

Atendendo aos objectivos da nossa pesquisa, a opção metodológica tem um carácter essencialmente qualitativo. Sendo assim, optamos pelo Estudo de Caso com o objectivo de conseguir uma análise mais aprofundada do objecto em estudo. O Instrumento escolhido para a recolha de dados foi a entrevista semi - estruturada pois permite uma maior profundidade e “colher informações íntimas ou de tipo confidencial” (Carmo, Ferreira, 1998: 147).

O objecto da nossa investigação - *a problemática da sexualidade na Deficiência Mental* - pode ser analisado de diversos ângulos: segundo a perspectiva da família, segundo a perspectiva dos técnicos que prestam apoio ou segundo a perspectiva da própria pessoa com Deficiência Mental. Pelas razões enunciadas no enquadramento teórico, optamos por entrevistar um grupo restrito de jovens com Deficiência Mental. Optou-se pela escolha desta população porque estão numa posição privilegiada no sentido de comunicar as suas próprias necessidades, conhecimentos e experiências sobre a realidade que procuramos compreender. Com a realização destas entrevistas, não se procura uma representatividade estatística mas uma representatividade social do fenómeno na sua diversidade e que seja uma síntese activa do universo social que representa.

Guerra (2006), ao falar das características do entrevistado refere que “será útil ter um bom interlocutor”, “alguém que seja capaz de verbalizar as suas condições de vida” e que consiga comunicar a “racionalidade” da sua “posição de classe.” Ora, face às características dos entrevistados, dado serem pessoas com *deficit* cognitivo, a elaboração do guião de entrevista e a sua realização, deverá ter em consideração, estas mesmas características.

A realização das entrevistas coloca, igualmente, algumas questões de carácter ético. A sexualidade é, ainda hoje, um tema que necessita de um tratamento especial porque envolve alguns tabus sociais e relaciona-se com a intimidade pessoal e familiar. A abordagem desta temática terá de ser feita com o devido cuidado respeitando a esfera da intimidade de cada uma das pessoas envolvidas nesta pesquisa. Por outro lado, o entrevistador deve ter uma postura de neutralidade face às respostas, não emitindo juízos de valor face ao conteúdo do que é dito. É importante ter em conta que “ é normal

reconhecer que as pessoas frequentemente reprimem, ou se recusam a revelar, matérias sensíveis no plano psicológico e social” (Foddy, 1996: 145).

Se com estas entrevistas pretendemos pesquisar quais os conhecimentos, necessidades e sentimentos de jovens com Deficiência Mental relativamente à sexualidade, contudo existe a probabilidade de os entrevistados não conseguirem transmitir ou não disporem da informação que lhes é pedida. As pessoas com Deficiência Mental apresentam problemas nos processos de memória a curto e médio prazo, pelo que, mesmo que tenham tido acesso a certas informações podem não as ter retido. Daí que, provavelmente, demonstrem dificuldade na elaboração de respostas não só devido a problemas de memória mas também a dificuldades de conceptualização. Tal como refere Foddy (1996: 113) deve-se ter em conta a memória de curto prazo na elaboração das perguntas. Por isso, as questões apresentadas devem ser suficientemente simples e claras para serem compreendidas; devem ser colocadas com calma, deixando o entrevistado exprimir-se pelas suas palavras e ao seu próprio ritmo. Por outro lado, dadas as características dos entrevistados, as perguntas devem ser bem formuladas para não causarem problemas ao nível da compreensão e devem ser redigidas de modo a auxiliá-los no recurso à memória.

As perguntas utilizadas são, essencialmente, abertas, pois dadas as características da investigação “permitem aos inquiridos expressarem-se através das suas próprias palavras”, “não sugerem respostas e “ permitam identificar complexos quadros de referência e influências motivacionais” (Foddy, 1996: 113).

O guião da entrevista semi-estruturada foi elaborado com base nas leituras sobre a sexualidade em geral e a sexualidade na Deficiência Mental. Com as questões colocadas pretendeu-se obter a visão, própria, da pessoa com Deficiência Mental relativamente a diferentes aspectos da sua sexualidade. Além disso, pretendeu-se, realizar um levantamento das dúvidas e necessidades destas pessoas para, posteriormente, com base nessas informações, elaborar um programa de Educação sexual para pessoas com Deficiência Mental a ser aplicado em contexto escolar.

McCabe (*in* Pinheiro, 2004: 203), num estudo realizado sobre programas de Educação sexual para pessoas com deficiência Mental, refere que antes de elaborarmos programas é necessário investigar quais são os reais conhecimentos, experiências, sentimentos/

atitudes e necessidades destas pessoas para, depois, com base nestes dados, construir um programa que atenda às reais necessidades desta clientela.

Contudo, para atingir este objectivo, McCabe (*in* Pinheiro, 2004: 203) isolou algumas áreas que segundo esta autora, são necessárias abordar, dentro de um programa de Educação Sexual: amizade, namoro e relação sexual; casamento; identificação de partes do corpo; sexo e educação sexual; menstruação; interacção sexual; contracepção; aborto e nascimento; doenças sexualmente transmissíveis; homossexualidade e abuso Sexual. Em cada uma dessas áreas seriam investigados conhecimentos, experiências, sentimentos/ atitudes e necessidades. As questões propostas na nossa entrevista abordam todas estas áreas embora não o fazendo de forma muito aprofundada, dado o teor da pesquisa. Referem-se a *nove dimensões* que julgamos serem de muita relevância para a prossecução dos objectivos definidos nesta pesquisa. A ordem das questões não foi aleatória. Optamos, em primeiro lugar, por abordar aspectos menos íntimos e não tão delicados, de modo a colocar o entrevistado à vontade. A última dimensão tem por objectivo perceber que tipo de educação sexual recebeu o entrevistado e conhecer quais são as suas necessidades nesta área.

1.2. Selecção dos sujeitos

A população - alvo deste estudo são jovens com Deficiência Mental que frequentam a escola pública e que se encontram ao abrigo do número 21º do Decreto - Lei 3/2008, de 7 de Janeiro, a usufruir de um Currículo Específico Individual. A amostra é constituída por três alunos que frequentam uma escola E.B. 2,3: duas raparigas e um rapaz, todos com Deficiência Mental, com idades diferentes e percursos de vida diferenciados. Tal como refere Guerra (2006) é aconselhável que não se designe por “ amostras” os universos de análise qualitativa, pois, neste caso, a amostra não é de tipo probabilístico, mas sim constituída em função de características específicas que o investigador quer investigar. Neste caso, obviamente que os resultados não podem ser generalizados à população à qual pertencem, contudo, poderão ser obtidas informações preciosas mas que deverão ser utilizadas com as devidas cautelas e reservas (Carmo, Ferreira, 1998: 197).

1.3. Caracterização da amostra e dos sujeitos da pesquisa

Sujeito A:

Idade: 15 anos

Historial clínico: “A mãe esteve em internamento hospitalar ao 4º mês de gravidez do bebé, com diagnóstico de tuberculose. Foi um bebé a termo que nasceu por cesariana, com 2,5 kg, apresentando já todas as características de má formação fetal, provocada por ingestão de álcool materno -Fetopatologias- que se mantêm. Manifestou, desde o início de vida, todas as características de Síndrome Fetal Alcoólico (pai e mãe alcoólicos) com lesão do sistema nervoso central.” (Plano educativo Individual 2003/2004)

Percurso escolar: Ingressou no Jardim de Infância no ano lectivo de 97/98, usufruindo desde essa altura de apoio do ensino especial, por ser considerado um aluno com Necessidades Educativas Especiais ao abrigo do decreto - lei nº 319/91 de 23 de Agosto. Desde o ano lectivo de 2008/2009 que usufrui de um Currículo Específico Individual e foi estabelecido um Plano Individual de Transição para a vida adulta ao abrigo do Decreto-lei nº 3/2008.

Situação familiar: É filho de mãe alcoólica e pai doente e reformado. Em 2007 a mãe do aluno morreu o que provocou grandes alterações na dinâmica familiar. A mãe deste aluno, apesar da sua problemática, sempre se interessou pelo percurso escolar do aluno e provinha às suas necessidades básicas de alimentação, higiene, vestuário, e bem – estar.

História e características pessoais: Após a morte da mãe, o pai deste jovem, teve dificuldade em orientar o filho e em prestar-lhe os cuidados básicos. Esta situação veio criar neste jovem uma maior instabilidade emocional, menor interesse pelas actividades lectivas: com falta de assiduidade e baixo rendimento. Contudo, em virtude da falta de apoio familiar, o aluno teve de se tornar mais autónomo e independente nas suas actividades diárias: auto-cuidado, alimentação, transporte, etc. Neste ano lectivo esteve a fazer estágio na Unidade de Avaliação e Orientação Profissional do CEFPI o que contribuiu de forma decisiva para a melhoria do seu rendimento escolar e da sua auto-estima.

O aluno apresenta fraco desenvolvimento físico (estatura pequena) e atraso no desenvolvimento psico-motor. Não adquiriu o mecanismo da leitura e da escrita e

apresenta muitas dificuldades no cálculo matemático. Tem baixa capacidade de atenção/concentração, dificuldades tanto na memória de curto como de longo prazo e grandes dificuldades na linguagem compreensiva e expressiva.

Sujeito B:

Idade: 13 anos

Historial clínico: “É uma criança com Síndrome de Down e deficiência Mental moderada. “A aluna foi um bebé planeado que nasceu de parto normal na Maternidade Júlio Dinis, com peso de 4,80 kg. (...) É uma criança saudável, de uma maneira geral. É acompanhada pela médica de família do Centro de Saúde. Apresenta um quadro de características físicas e comportamentais típicas do Síndrome de Down.”

(Plano Educativo Individual 2003/2004)

Percorso escolar: Ingressou no Jardim de Infância no ano lectivo de 98/99, usufruindo, desde essa altura, de apoio do ensino especial, por ser considerado uma aluna com Necessidades Educativas Especiais ao abrigo do decreto - lei nº 319/91 de 23 de Agosto. No ano lectivo de 2007/2008 ingressou numa escola E.B. 2,3. Devido à Funcionalidade/Incapacidade/Saúde, foi elaborado para a aluna um currículo Específico Individual, assente numa perspectiva curricular funcional e que teve como objectivo facilitar o desenvolvimento de competências pessoais e sociais e a autonomia da aluna, de acordo com o Decreto-Lei nº 3 de 2008, onde constava de alterações significativas ao Currículo Comum.

Situação familiar: Os pais estão actualmente separados o que provoca grande instabilidade emocional na aluna. Tem uma irmã mais velha e um irmão mais novo. O contexto familiar da aluna é pouco estimulante.

História e características pessoais: Esta jovem revela grandes lacunas nas competências cognitivas, do dia - a - dia, nomeadamente no que se refere à sua autonomia e relações interpessoais. Revela dificuldades na expressão oral, interpretação de enunciados escritos e no cálculo mental. Tem um vocabulário restrito, dificuldade na transmissão de ideias e conceitos e dificuldade na orientação temporal e espacial. O raciocínio surge, por vezes, desorganizado, fragmentado e irrelevante. Tem um temperamento pouco sociável, amuando com frequência, recusando-se a fazer as actividades propostas ou querendo fazer só o que lhe apetece.

Sujeito C:

Idade: 17 anos

Historial clínico: A aluna foi um bebé de termo ao qual foi diagnosticado um aperto mitral à nascença. Todo o seu desenvolvimento se processou de forma lenta e tardia. Continua ser seguida no Hospital Maria Pia, na consulta de neurologia e de cardiologia. Há referência, desde cedo, ao pedido de apoio do Ensino Especial por se tratar de uma criança com atraso global de desenvolvimento. Os relatórios médicos referenciam-na como tendo cardiopatia congénita cianótica (foi submetida a cirurgia cardíaca e deleção do cromossoma 22, o que implica atraso mental e dificuldades de linguagem).

Percorso escolar: Devido à Funcionalidade/Incapacidade/Saúde, no ano lectivo 2007/2008, foi elaborado para a aluna um currículo Específico Individual, assente numa perspectiva curricular funcional e que teve como objectivo facilitar o desenvolvimento de competências pessoais e sociais e de autonomia da aluna, de acordo com o Decreto-Lei nº 3 de 2008, onde constava de alterações significativas ao Currículo Comum. Usufrui de um Plano Individual de Transição para a vida adulta ao abrigo do Decreto-lei nº 3/2008.

No ano lectivo de 2008/2009 a aluna esteve a frequentar uma IPSS com o objectivo de desenvolver a autonomia e prepará-la para o mundo do trabalho.

Situação familiar: Vive num ambiente familiar muito conturbado pois os pais têm um relacionamento difícil, com agressões verbais e físicas. No entanto aluna dá-se muito bem com os pais, conversando preferencialmente com a mãe. É bastante dependente da família.

História e características pessoais: A aluna tem bom desempenho na leitura e na escrita, fala com fluência, tem boa memória e capacidade de transferência de algumas competências. Os seus principais problemas são de ordem emocional - afectiva, revelando um comportamento desajustado, baixa auto-estima e falta de juízo crítico. No seu desenvolvimento pessoal revelou muitas dificuldades em compreender alguns sentimentos; em se comportar segundo padrões normalizados; em manter uma atitude emocional regular.

Desde cedo revelou bastante interesse por temas relacionados com a sexualidade, questionando e procurando esclarecer as suas dúvidas junto de professores, através da leitura de livros ou pesquisando na internet. Contudo, tinha alguma dificuldade em lidar

adequadamente com a sua sexualidade o que exigiu, da parte escola, uma intervenção mais dirigida, com o apoio do Encarregado de Educação. A aluna revelava comportamentos desajustados, com verbalizações incorrectas; comportamentos obsessivos em relação a certos rapazes; dificuldade em lidar com a rejeição o que levou, inclusivamente, a que esta jovem perseguisse e agredisse um colega de escola. Neste momento a aluna manifesta comportamentos mais ajustados, em todos os contextos. Há cerca de um ano que a aluna namora. A família e a escola consideram que este relacionamento tem contribuído de forma decisiva para o seu equilíbrio afectivo - emocional.

1.4. Colecta e análise dos dados

Todos os entrevistados foram previamente informados sobre as finalidades e procedimentos da pesquisa. A entrevista foi realizada, individualmente, pela pesquisadora numa sala reservada para o efeito e com a privacidade necessária, dado o carácter das questões. A pesquisadora guiou-se pelas questões do roteiro de entrevista, (anexo 1) alterando a ordem das mesmas ou acrescentando outras, sempre que necessário, à medida que o aluno era questionado. Foi necessário, dadas as características dos sujeitos, adaptar o discurso à linguagem compreensiva do aluno para que este pudesse não só compreender o que lhe era pedido, como ser capaz de verbalizar as suas respostas. As questões colocadas visavam estimular estes jovens a falar sobre os conhecimentos, necessidades e vivências em matéria de sexualidade.

Todas as entrevistas foram gravadas, com a permissão dos entrevistados. Após a transcrição das respostas, foi feita a análise qualitativa das entrevistas. Foram transcritos os relatos, ou parte dos relatos, que a pesquisadora considerou como mais relevantes para a questão em estudo.

Para proceder à análise do conteúdo fizemos agrupamentos temáticos, construímos categorias a partir das quais procuramos compreender e descrever a realidade observada comparando as respostas dadas pelos três sujeitos e analisando-os sob diferentes pontos de vista e referenciais teóricos. Através da análise procurou-se descortinar possíveis semelhanças ou diferenças nos discursos dos três sujeitos a fim de perceber quais são *os conhecimentos, as necessidades e sentimentos de pessoas com Deficiência Mental*

relativamente à vivência da sua sexualidade. O objectivo desta análise não foi testar ou verificar uma teoria ou hipótese preexistente, mas construir um esquema teórico de inteligibilidade desta realidade concreta.

Note-se que os dados obtidos não têm por objectivo a generalização, pois a amostra é limitada.

I Dimensão: Afectividade, emoções e sentimentos			
Categorias	Sujeito A	Sujeito B	Sujeito C
Amizade	“São colegas. Vou passear com eles, só não ir para as discotecas.” “Tenho alguns amigos na escola e um que morava moram perto da minha casa. Jogava à bola com ele.”	“A Catarina, a Cátia, a Bruna, a Liliana...”(amigos da escola). “São meus amigos porque já os conheço. Pintamos e escrevemos.” Tens muitos amigos ou poucos amigos? “Tenho quase poucos, gostava de ter mais para dar uma festa para eles”	“É uma pessoa ser amiga da outra.” “Os meus amigos são o meu namorado, os meus pais e alguns professores.”
Afectividade (família)	“Dão coisas.”	“É porque sou bonita Fazem mimos, brincam. O pai dá muitos beijinhos. A mãe dá, às vezes”	“Dão-se bem comigo, dão coisas, falam comigo.
Afectividade (namoro)	“Dão Beijos”	Dão beijos	Beijos, tocar, falar um com o outro, passear.”

Tabela 2- Quadro comparativo: sexualidade/I dimensão

Quanto a esta dimensão, os três sujeitos manifestam bastante dificuldade na verbalização dos aspectos afectivos e emocionais o que, contudo, não significa a incapacidade de expressar as suas emoções, desejos e sentimentos. Analisando as respostas às questões relacionadas com a amizade e os amigos, verifica-se que todos os sujeitos têm relacionamentos afectivos limitados, referindo, todos, o contexto escolar. Para além deste contexto, verifica-se a existência de poucas amizades ou relacionamentos. O sujeito C refere como “amigo” o seu namorado e os pais. Estes dados confirmam que as pessoas com Deficiência Mental têm dificuldade para aceder a contextos normalizados. Estas pessoas vivem segregadas, em isolamento familiar ou institucional e têm um baixo grau de interacção social. Um estudo de Ferreira & Lapa (*in APF, 2005: 38*) indica que as crianças com deficiência são mais ignoradas pelos seus pares. Só 30,1% destas crianças são procuradas pelos pares para brincar.

Quanto às manifestações de afecto por parte dos namorados só o sujeito C refere “tocar” e “falar” como manifestação de afecto, o que está relacionado com o facto de ser a única que namora.

II Dimensão: Sentimentos em relação ao namoro			
Categorias	Sujeito A	Sujeito B	Sujeito C
Namoro	“É beijar, abraçarem-se.”	“Namorar é dar beijinhos. Comem juntos. É o que a mãe faz” (Com o namorado)	“Namorar é uma coisa agradável.”
Relacionamentos amorosos	“Nunca tive namorada.” Gostavas de ter namorada?... ”Há pessoas que podem não gostar dos homens.”	“É o Ricardo da minha turma. Só ponha a mão na cabeça dele. Não tenho coragem de dar beijos porque elas (as raparigas da turma) olham para mim.”	“Tenho namorado. É o meu primeiro namorado.” “Preocupa-se muito comigo.”

Tabela 3- Quadro comparativo: sexualidade/II dimensão.

As respostas do sujeito A e B relativamente aos seus relacionamentos amorosos alertam-nos para a questão da auto-estima nas pessoas com deficiência. Uma boa auto-estima é essencial no desenvolvimento pessoal e, conseqüentemente, no estabelecimento de relacionamentos afectivos e amorosos. O sujeito A demonstra medo de ser rejeitado enquanto o sujeito B está preocupado com o que “elas” pensarão se ela der beijos ao seu “namorado”. Os sentimentos, as atitudes, a aceitação e as opiniões do outros fazem parte integrante da estruturação do “eu” individual e determinam em grande medida o nível de auto-estima.. As pessoas com deficiência mental, tal como as outras, gostam de estabelecer relações interpessoais e activas com os outros, mas percebem a sua diferença e as conseqüências desta em termos funcionais o que pode contribuir para o desenvolvimento de uma auto - imagem negativa.

Um dado relevante, é verificar que todos os sujeitos compreendem o namoro como *afecto* e não o relacionam com o acto sexual.

III Dimensão: Sentimentos em relação ao casamento/maternidade			
Categorias	Sujeito A	Sujeito B	Sujeito C
Casamento	“Casar? Tenho de pensar para ver se ela também queria.”	“Para ficar feliz. O coração bate. Para ter um anel.”	“Gostava de casar para ser feliz.”
Maternidade/ Paternidade	“Não sei se queria ter filhos. Tenho um trabalho e a mãe ficava sozinha em casa, não pode ser!” “Ela também tinha de trabalhar porque senão não havia dinheiro.”	“Para olhar para eles, dar comida, ir passear com o carrinho, mudar as fraldas, dar a chupeta e comprar iogurtes. Os bebés gostam de mamar nas maminhas por causa do leitinho.”	Gostava de ter filhos, mas não já. Ainda é cedo. Quero arranjar um emprego”

Tabela 4 -Quadro comparativo: sexualidade/III dimensão

Em relação ao casamento e paternidade mais uma vez, o sujeito A, demonstra prudência na verbalização do que espera na sua vida relativamente a estas questões. Pode dizer-se que este jovem apresenta uma visão realista e consciente dos seus limites e incapacidades. Pelo contrário o sujeito B fantasia e as suas verbalizações são muito infantilizadas. Tanto o sujeito B como o sujeito C associam o casamento à felicidade.

IV Dimensão: Conhecimentos sobre reprodução humana e funcionamento do corpo			
Categorias	Sujeito A	Sujeito B	Sujeito C
Fecundação	“Não sei. O bebé nasce porque a pessoa quer ter um bebé.”	“Não sei.”	“Sei. É uma sementinha que o homem põe na vagina da mulher.”
Nascimento	“Pela Barriga”	“Nasci pela barriga e puseram um nome bonito.”	“O bebé sai pela vagina da mulher. Se for cesariana é pela barriga”
Esperma e óvulo	Não sei	Não sei	“O esperma é a semente do homem. O óvulo é onde o esperma entra.”
Período (menstruação)	“Não sei. Quando têm o período, as mulheres estão grávidas”.	“O sangue sai pela “pombinha”. Digo à mãe que tenho as cuecas sujas.” “ Não podemos tirar o penso para não sujar as cuecas”	“Quando está a tornar mulher. Sai sangue pela vagina.”

Tabela 5 - Quadro comparativo: sexualidade/IV dimensão

As verbalizações dos três sujeitos demonstram que os conhecimentos sobre sexualidade, funções corporais, reprodução e nascimento são insuficientes e que muitas informações são incorrectas e deturpadas. Só o Sujeito C devido à sua idade e percurso pessoal, demonstra possuir conhecimentos adequados, nesta área, utilizando os termos correctos quando se refere, por exemplo, aos órgãos sexuais. Quanto ao sujeito B, os conhecimentos que lhe são transmitidos são muito infantilizados, e referidos a situações pessoais concretas, não conseguindo generalizar.

V Dimensão: Conhecimentos sobre contracepção e Doenças sexualmente Transmissíveis			
Categorias	Sujeito A	Sujeito B	Sujeito C
Métodos contraceptivos	“Não sei”	“Não sei”	“A pílula o preservativo e outras coisas”
Função da Pílula	“Para não engravidar. Ouvi falar quando vieram cá umas médicas, à escola.”	“A pílula é para crescer.”	“Para proteger a mulher de engravidar.”
Função do Preservativo	“É para não engravidar, para meter na pila. As médicas ensinaram na nossa turma.”	“Não sei.”	“Para o homem não transmitir doenças e para a mulher não engravidar.”
Sida	“Não sei”.	“Não sei.”	“É uma doença que mata.”

Tabela 6 - Quadro comparativo: sexualidade/V dimensão

Os conhecimentos demonstrados pelos sujeitos sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis e métodos anticoncepcionais são precários e superficiais. Mais uma vez, o sujeito B demonstra possuir muito poucos conhecimentos nesta área o que é devido à falta de educação sexual, quer em contexto familiar, quer em contexto escolar. A propósito desta aluna, convém referir a opinião de uma professora que lhe proporciona apoio educativo. Esta considera que, atendendo à idade da aluna e características pessoais, seria inadequado dar-lhe educação sexual pois esta ainda “não está mentalmente preparada para tal e não seria capaz de assimilar a informação de forma adequada.” O medo de que esta jovem seja incapaz de lidar convenientemente com a sexualidade levou a que a mãe e a médica, que lhe receitou a pílula, tivessem dito a esta que a pílula “é uma vitamina para crescer.” Isto vem confirmar que há uma tendência para infantilizar estas pessoas, adiando a sua educação, em matéria sexual, porque se considera que estas não têm capacidade para assimilar adequadamente a informação sobre sexualidade.

VI Dimensão: Valores e atitudes quanto a relacionamentos sexuais			
Categorias	Sujeito A	Sujeito B	Sujeito C
Relacionamentos sexuais	“Sexo é quando uma mulher e um homem namoram.” Ter relações sexuais? “Só a partir dos 20.”	“Não sei.”	“Quando o homem e a mulher fazem sexo. “Ter relações sexuais só a partir dos 20.” “Só quando casar. Porque se tiver antes o rapaz deixa-me.”

Tabela 7 - Quadro comparativo: sexualidade/VI dimensão

Na verbalização do sujeito A e C fica clara a aceitação implícita, de uma regra moral, imposta pela família ou pela sociedade, de que *relacionamentos sexuais, quanto mais tarde, melhor*. A verbalização do sujeito C sobre relacionamento sexual demonstra uma moralidade religiosa e ligada à situação particular de ser mulher; que sexo só depois do casamento, senão o “rapaz deixa-me.”

VII Dimensão: Percepção sobre autonomia pessoal e intimidade			
Categorias	Sujeito A	Sujeito B	Sujeito C
Autonomia pessoal	Tomo banho sozinho, escolho as roupas, lavo os dentes	“Eu gostava de tomar banho, sozinha. A minha mãe não deixa. Eu sou uma mulher!” “Faço o meu pequeno-almoço com bolachas e leite. (...) Queria comprar a minha roupa sozinha.” “Quando tomar a pílula toda, tenho de crescer, a mãe faz uma lista de compras e vou às compras.”	“Não conto a ninguém, mas a mãe dá-me banho para eu não sujar o chão.” “Eu escolho as minhas roupas e a minha mãe ajuda-me.”
Intimidade	“Tenho o meu quarto.”	“Eu durmo com a minha irmã para não ter medo.”	“Tenho as chaves de caso e abro a porta. Fico sozinha em casa. Muitas vezes com o meu namorado, mas tenho juízo.”

Tabela 8 - Quadro comparativo: sexualidade/VII dimensão

As verbalizações, feitas ao longo da entrevista pelo do sujeito C, demonstram que esta jovem está fisicamente próxima do namorado, embora não exista uma referência directa ao tipo de intimidade real que existe entre o casal. Ela identifica a situação de estar sozinha com o namorado, contudo diz que “tem juízo”.

Só o sujeito A é autónomo na execução das tarefas diárias de auto-cuidado pessoal, o que é explicável pelo seu percurso pessoal. Contrariamente, o sujeito B e C continuam dependentes das mães na execução destas tarefas por as mesmas as considerarem incapazes, situação que desagrada a ambas. Isto vem confirmar o que foi afirmado no enquadramento teórico relativamente às atitudes de sobreprotecção que os pais assumem com a criança ou jovem com Deficiência Mental. Esta sobreprotecção além de

obstar à autonomia da pessoa, impede-a de alcançar metas consideradas naturais para as pessoas sem deficiência: independência e autonomia pessoal e afetiva.

VIII Dimensão: Percepção sobre o Abuso Sexual			
Categorias	Sujeito A	Sujeito B	Sujeito C
Abuso Sexual	“Se alguém tentasse batia-lhes.”	“Só eu mexo nas minhas coisas. Se alguém tocar, dou uma chapada.”	“Só o meu namorado mexe no meu corpo! Se alguém tentasse ter sexo comigo chamava a polícia.”

Tabela 9 - Quadro comparativo: sexualidade/VIII dimensão

O sujeito B, claramente não compreendeu as questões relacionadas com o abuso sexual o que indica que esta aluna não tem recebido orientação no sentido de se prevenir em relação abusos sexuais. Vários estudos indicam que as pessoas com deficiência, devido à sua dependência dos outros, características cognitivas e dificuldades na linguagem expressiva são mais susceptíveis de serem vítimas de abusos ou violência sexual. (M.S., Terri, 2007: 213) Mais uma vez, o sujeito C dá pistas sobre o tipo de relacionamento amoroso que tem com o seu namorado, pois “só o meu namorado mexe no meu corpo!”

IX Dimensão: Educação sexual (quem a forneceu, dúvidas e necessidades)			
Categorias	Sujeito A	Sujeito B	Sujeito C
Pessoas que informaram sobre sexualidade	“Só a professora Paula. Aprendi sobre coisas que interessam”... ”O Professor Albano diz para dar beijos à Sónia. Os meus amigos não dizem nada.” O teu pai? “Não, desde que morreu a minha mãe ele arranjou outra” (...)”A minha família só fala que tenho uma doença e que preciso de tomar medicamentos.”	“Ninguém”	“A professora Paula e a professora Alexandra.” “O meu namorado fala comigo e explica-me as coisas.” “Os meus pais não falam.”
Dúvidas e necessidades relativamente à sexualidade	Não sei.	“Que eu fosse uma menina linda”	“Gostava que me falassem sobre os partos, como nascem gémeos. Gostava de saber se dói ou não.”

Tabela 10 - Quadro comparativo: sexualidade/IX dimensão

Nenhum dos sujeitos indica a família como agente educativo na área da sexualidade. Tal confirma o que foi dito no enquadramento teórico: que a atitude dos pais é, frequentemente, a negação da realidade sexual tão visível no seu filho, e a repressão ou superprotecção. No entanto, pelas verbalizações dos três sujeitos da pesquisa, constata-se que em contexto escolar são fornecidas algumas informações sobre educação sexual. O sujeito C diz que o “meu namorado fala comigo, explica-me coisas”.

2. Discussão dos resultados

Convém, mais uma vez, realçar que dado as limitações da nossa pesquisa os dados obtidos não têm por objectivo a generalização.

A análise qualitativa efectuada indicia que os conhecimentos dos sujeitos da pesquisa sobre funções corporais, reprodução, nascimento, Doenças Sexualmente Transmissíveis e métodos anticoncepcionais são precários, superficiais e insuficientes. Levando em consideração o facto de este tema ser delicado por invadir a intimidade e a esfera pessoal dos entrevistados e as dificuldades demonstradas ao nível da expressão verbal dos sujeitos, estes resultados, contudo, reflectem as dificuldades na interacção social, as limitadas vivências pessoais e uma educação sexual quase inexistente.

Verificamos, ainda, que as necessidades e sentimentos manifestados, por estes jovens, em relação ao namoro, casamento e paternidade/ maternidade parecem ser equivalentes aos esperados para a maioria dos jovens da sua idade.

Os resultados da nossa pesquisa permitem constatar que em contexto escolar são fornecidas informações sobre educação sexual mas ainda de forma incipiente e insuficiente para as necessidades destes alunos, visto que no contexto familiar predomina uma atitude de silêncio.

É assim, necessário e urgente a criação programas de Educação Sexual para estes alunos que frequentem um Currículo Especifico Individual. Estes programas não podem ser esporádicos e pontuais mas devem ser bem estruturados, implicando a intervenção do Ensino Especial, de todos os professores que trabalhem com o aluno, numa perspectiva transversal ao currículo, e o apoio dos encarregados de educação. Pelo diálogo que foi estabelecido com estes jovens consegue-se perceber que estes têm plena capacidade para participarem num programa de educação sexual. Na nossa opinião, este programa

não deve ser estruturalmente diferente de um programa elaborado para o currículo comum, contudo tem de estar adequado às especificidades das pessoas com Deficiência Mental, com uma metodologia adequada às suas capacidades cognitivas e á sua faixa etária.

CAPÍTULO V

1. Elaboração de um programa de educação sexual

A partir do próximo ano lectivo todos os alunos que frequentem o currículo comum vão ter educação sexual obrigatória, nos termos definidos no Projecto de Lei n.º 660/X, recentemente aprovado na Assembleia da República. Todavia, os alunos que frequentam um Currículo Especifico Individual ao abrigo do nº 21 do Decreto-lei nº 3/2008, não vão usufruir desta educação sexual. Mesmo que frequentem as áreas curriculares não – disciplinares, onde estas matérias vão ser leccionadas, devido aos seus deficits cognitivos poderão ter dificuldades em compreender e assimilar os conhecimentos. Como exposto anteriormente, verificamos que a legislação é omissa e que são inexistentes orientações programáticas do Ministério da Educação sobre a educação sexual de pessoas com Deficiência Mental. Parece-nos que cabe às escolas e aos professores a tarefa de suprir esta lacuna. Verificando na nossa prática pedagógica que estes alunos não têm uma educação sexual adequada e estando conscientes dos danos que a sua falta pode acarretar para o desenvolvimento e integração das pessoas com Deficiência Mental, o nosso trabalho empírico tem ainda uma segunda vertente cujo objectivo é *a elaboração de uma proposta de intervenção pedagógica, em contexto escolar, com vista à educação sexual de pessoas com Deficiência Mental.*

Sabe-se que quanto menor a socialização da pessoa, maior será a probabilidade desta desenvolver comportamentos sexuais inadequados. A inclusão escolar, com os benefícios da socialização, pode favorecer nos jovens com Deficiência Mental o desenvolvimento de comportamentos sexuais adequados, mas, para isso, é também necessária uma educação sexual formal efectiva e direccionada. Os alunos com Deficiência Mental que frequentam as escolas regulares têm condições mais favoráveis de interacção social o que permite o desenvolvimento de comportamentos sexuais adequados. Contudo, não basta a socialização da pessoa e a sua inclusão, é também necessário criar programas adequados e investir na formação dos professores para que estes tenham os conhecimentos e competências necessárias para lidar com a educação sexual dos seus alunos.

Neste sentido, a seguir vamos apresentar algumas propostas que poderão servir de guia para a elaboração de um programa de Educação sexual, em contexto escolar, para alunos com Deficiência Mental.

As nossas propostas baseiam-se, essencialmente, no programa elaborado por Neves *et al* (*in* APF, 2005: 79) e por M.S., Terri, (2007) e nalgumas indicações programáticas e metodológicas dadas por Amor Pan (1997) e Marques & Forreta (*in* APF, 2005: 45-58)

2. Finalidades

Importa salientar que programas desenvolvidos para pessoas com Deficiência Mental, apesar de terem em conta as necessidades específicas desta população, partilham os mesmos princípios e finalidades definidos para a educação sexual formal em contexto escolar (APF, 2005: 50).

Os objectivos 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 Mental. 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 objectivos comuns com a educação sexual, genericamente entendida.

Contudo, tendo em conta as originalidades e as particularidades bio-psico-sociais das pessoas com deficiência, vários autores têm proposto alguns objectivos específicos para o caso da Educação sexual de pessoas com Deficiência Mental

Amor Pan (1997) apresenta as finalidades da educação Sexual, numa perspectiva personalista e que consideramos adequadas ao contexto da Deficiência Mental. Sendo assim, para este 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, tanto nos conteúdos, como nos métodos e actividades tem como objectivo geral: o amadurecimento afectivo da pessoa, o tornar-se dono de si mesmo, o formá-lo para o correcto comportamento nas

relações interpessoais e sociais, proporcionando instrumentos que lhe permitam orientar o melhor possível as suas decisões nesta matéria. (Amor Pan, 1997: 334-337)

Hingsburger, citado por Amor Pan (1997: 338) traduz os objectivos da educação sexual sob a forma de problemas frequentes ou tarefas necessárias às pessoas com Deficiência Mental, e que são os seguintes:

- Desenvolvimento de uma auto-estima forte
- O desenvolvimento de competências para estabelecer relações de amizade com pessoas da sua idade
- A disponibilização 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
- O incremento de sentimentos de poder pessoal.

Acrescentamos a estes objectivos outros enunciados por Craft & Craft: criar habilidades de comunicação de sentimentos e de necessidades; reforçar a confiança nos seus próprios juízos; facilitar o reconhecimento dos riscos que poderão correr; reforçar atitudes de entendimento e aceitação dos sentimentos e necessidades dos outros (*in* Marques, 1995: 92).

3. Conteúdos e temas a trabalhar

Tendo como ponto de partida a perspectiva de educação defendida pela UNESCO:

“(...) Para poder dar resposta ao conjunto das suas missões, a educação deve organizar-se em torno de quatro aprendizagens fundamentais que, ao longo de toda a vida, serão de algum modo para cada indivíduo, os pilares do conhecimento: aprender a conhecer, isto é adquirir os instrumentos da compreensão; aprender a fazer, para poder agir sobre o meio envolvente; aprender a viver juntos, a fim de participar e cooperar com os outros em todas as actividades humanas; finalmente aprender a ser, via essencial que integra as três precedentes.”

Consideramos que os conteúdos programáticos dum programa de educação sexual devem abarcar conhecimentos, capacidades, valores e atitudes.

Na nossa perspectiva, colocar o acento da educação sexual apenas na transmissão de informações, é radicalmente insuficiente. Muitos especialistas, nesta área, concordam

que é impossível transmitir conhecimentos sobre sexualidade sem transmitir valores. Com efeito, os valores são uma componente importante da educação sexual. Em 1990 o SIECUS (Sexuality and Information and Education Council of the United States) 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 (M.S., Terri, 2007: 247).

Além disso, os conteúdos propostos num programa de educação sexual devem ser significativos para as pessoas envolvidas, devem estar adaptados às suas necessidades e às suas capacidades de entendimento e devem ser funcionais no seu dia-a-dia.

Sendo assim, e a título exemplificativo, indicamos os seguintes conteúdos genéricos que devem ser abordados num programa de educação sexual para pessoas com Deficiência Mental.

Programa de Educação sexual para pessoas com Deficiência Mental	
Conteúdos	
<i>Conhecimento sobre o corpo e funções do corpo</i>	Partes do corpo Diferenças anatômicas entre homem e mulher Reprodução: -fecundação -gravidez -parto O corpo em mudança: -As mudanças corporais na adolescência -A menstruação -As regras de higiene corporal durante o período menstrual
<i>O exercício da sexualidade</i>	-O significado pluridimensional de sexualidade - A sexualidade, o amor, o prazer -O respeito e responsabilidade nas relações sexuais
<i>Distinção entre o público e o privado</i>	-A intimidade e o pudor -Partes do corpo privadas e parte públicas -Regras sociais para as partes íntimas -Identificação de espaços privados
<i>Os vários tipos de sentimentos</i>	-Os diferentes sentimentos -Formas de expressar sentimentos; -Formas correctas e incorrectas de expressar sentimentos -Respeito pelos sentimentos dos outros
<i>Os relacionamentos interpessoais</i>	-Distinção entre diversos tipos de relacionamentos: A família A Amizade O Namoro O Casamento Interagir com outros de forma socialmente aceitável
<i>Conceitos e práticas básicas de saúde sexual e reprodutiva</i>	-Relacionamentos sexuais: namoro e desejo sexual. -Doenças sexualmente transmissíveis -Métodos contraceptivos
<i>Práticas de cuidado diário do corpo</i>	-Hábitos de higiene corporais -Relacionar saúde/ higiene e sociabilidade
<i>Reforço da auto-estima e auto-imagem positivas</i>	-Valorizar o nosso corpo -As qualidades - A beleza - A comunicação com o outro -Assumir responsabilidades
<i>Assertividade para reagir a comportamentos não desejados</i>	-Conhecer os meus direitos -Direito ao meu corpo -Situações em que é permitido tocar no meu corpo. -Comportamentos sexuais inadequados -O abuso sexual Formas de abuso sexual Aprender a estabelecer limites Expressar preferências e fazer escolhas

Tabela 11- Quadro de referência aos conteúdos de um programa de Educação sexual

Em síntese, dada a especificidade dos jovens com deficiência mental, adequações e adaptações de conteúdos são um imperativo básico, o que reforça a necessidade dos profissionais serem criativos e flexíveis na abordagem dos temas relacionados com a sexualidade.

4. Questões metodológicas

Nos programas dirigidos a pessoas com deficiência, dado que estes são mais heterogêneos e originais, impõe-se uma maior adequação às suas características e necessidades através da flexibilidade na construção e execução desses programas.

Na hora de descer ao terreno, é necessária a planificação e prestar especial atenção ao que as pessoas sabem, como o sabem e o que necessitam de saber.

É essencial ter um método, saber o sentido em que se caminha, ter um projecto que indique com clareza a finalidade do que se quer.

Na intervenção junto desta população, deve-se ter em conta a complexidade dos seus processos de aprendizagem, determinada pela inter - relação entre factores cognitivos, linguísticos, sociais e afectivos. Sendo assim, na prática pedagógica, deve-se ser criativo, fugindo à tendência para utilizar métodos rígidos e que impeçam o envolvimento dos destinatários. A exposição teórica, tendo em conta as limitações da pessoa com deficiência mental, pode ser desadequado ou ineficaz.

Saliente-se que para atenuar as dificuldades de comunicação e de expressão, o professor deve recorrer a diversos modos alternativos de comunicação e de sistematização da informação. Os conteúdos devem ser transmitidos recorrendo, sempre que possível, ao concreto, à imagem e ao figurativo. É igualmente fundamental que este trabalho seja feito em pequenos grupos, de forma a desenvolver a capacidade de relacionamento interpessoal, utilizando técnicas como o *role-playing*, as dramatizações, as dinâmicas de grupo, audição de músicas, a dança, etc.

Melhor dizendo, o que defendemos é o uso de metodologias activas, as quais apelam à máxima participação da pessoa no processo de ensino – aprendizagem, favorecendo a atenção e a motivação. As técnicas mais dinâmicas que apelam à participação dos alunos, permitem transmitir a informação de forma mais atractiva e motivadora,

especialmente, actuar sobre a esfera das atitudes, das habilidades, e dos comportamentos.

De seguida, enunciamos alguns princípios a seguir na aplicação de estratégias e de actividades:

- As informações devem ser transmitidas com clareza e devem ser cientificamente correctas (evitar a infantilização);
- A informação deve ser perceptível pelo interlocutor: para aprender com sucesso deve haver uma ligação entre as novas aprendizagens e o que a pessoa já sabe ou compreende;
- Ter em atenção a forma com a pessoa aprende melhor;
- Usar uma linguagem simples e acessível: á medida que se vai introduzindo novo vocabulário ou conceitos, deve-se ter a certeza que a criança compreendeu;
- **Repetir, rever e reforçar**, constantemente, a informação transmitida.
- As aprendizagens devem ser contextualizadas e serem relevantes para essa pessoa: educar sobre sexualidade é mais efectivo se as novas aprendizagens forem ligadas a experiências relevantes e significativas para essa pessoa.

5. Os intervenientes

A aplicação do programa deve ser da responsabilidade de todos os professores do Conselho de Turma, havendo uma atitude de consonância, principalmente no que se refere à esfera das atitudes, valores e comportamentos. Têm-se defendido a interdisciplinaridade, o que acarreta um esforço acrescido de articulação entre, conteúdos, vertentes e disciplinas, (APF, 2005: 45-58). Na nossa opinião, deverá haver um professor responsável pela leccionação dos conteúdos e pela planificação das actividades, sendo para tal criada uma área de Educação Sexual no currículo do aluno. Contudo o programa deverá ser conhecido por todos os elementos do Conselho de turma e ter o acordo do Encarregado de Educação que deverá colaborar na sua elaboração e aplicação. Como tal, esta área de Educação Sexual deverá estar mencionada no Plano Educativo Individual do aluno de acordo com o nº 9 do Decreto – Lei nº 3/2008. Consideramos muito importante a cooperação activa e concertada entre os professores e os pais ao longo de todo o processo de aprendizagem e

desenvolvimento da criança/jovem com deficiência mental. As equipas de saúde poderão também desempenhar um papel activo no aconselhamento e orientação sexual destes alunos.

Apesar de sermos partidários duma educação sexual formal (uma intervenção pedagógica intencional e estruturada), como tal dentro do currículo, mais importante ainda, é fornecer a estas pessoas um rol de experiências cada vez mais amplas e articuladas, em todos os contextos. O indivíduo deve viver situações afectivas e experiências semelhantes às de outras pessoas da sua idade, pois só assim conseguirá adquirir as aptidões necessárias para a vida social e para o desenvolvimento de comportamento sexuais saudáveis.

CONCLUSÃO

A realização deste trabalho foi uma oportunidade de conhecermos os obstáculos que as pessoas com Deficiência Mental encontram na sua integração social, obstáculos esses que se agravam quando falamos da vivência da sua sexualidade. Falar de sexualidade nunca é fácil, pois nem todas as pessoas a percebem e vivenciam da mesma forma. Falar sobre ela, na Deficiência Mental, é ainda mais difícil. A sexualidade da pessoa com Deficiência Mental é ainda um domínio pouco estudado e gerador de conflitos, tanto para o indivíduo, como para a sua família, educadores e para a sociedade.

Este trabalho de pesquisa fez-nos aperceber do estigma e dos mitos e tabus que estão presentes na nossa prática pedagógica, na vivência social ou familiar relativamente à sexualidade na deficiência Mental.

Ao mesmo tempo, a investigação permitiu clarificar o conceito de sexualidade e a importância e necessidade da existência de uma educação sexual formal em contexto escolar. Fomos levados a concluir que, apesar de todas as medidas legislativas, a educação sexual em Portugal tem sido caracterizada por avanços e recuos que impediram a implementação de uma educação de qualidade. As recentes medidas legais, nesta área, oferecem uma nova oportunidade que deve ser aproveitada pelas escolas. Sem ser da sua função substituir-se aos pais na tarefa educativa, cabe à escola assumir o papel de fornecer uma educação sexual adequada, numa dimensão tão fundamental e sensível do desenvolvimento humano. Embora a lei seja para todos, na prática, os alunos com Currículo Específico Individual não vão usufruir de uma educação sexual consonante com as suas especificidades. Sendo assim, as escolas devem procurar e oferecer soluções educativas para estes alunos. Para tal é necessário que se mude a prática pedagógica, relativamente à educação sexual de pessoas com Deficiência Mental.

O nosso contributo passou por investigar quais são os *conhecimentos, as necessidades e sentimentos das pessoas com Deficiência Mental relativamente à vivência da sua sexualidade*. Esta pesquisa foi concretizada por intermédio duma entrevista realizada a alunos com Deficiência Mental que, integrados numa turma de ensino regular, usufruem de um Currículo Específico Individual.

Da análise dos resultados concluímos que as necessidades e sentimentos manifestados por estes jovens, em relação ao namoro, casamento e paternidade/maternidade parecem ser equivalentes aos esperados para a maioria dos jovens da mesma idade. Todavia, a análise dos dados indicia o que dizem outros estudos: que os seus conhecimentos em matéria de sexualidade são insuficientes e precários. Estas conclusões permitem-nos indicar outros caminhos de pesquisa: seria interessante comparar os conhecimentos de jovens com Deficiência Mental com os conhecimentos de jovens sem deficiência e da mesma faixa etária, para perceber se as diferenças são muito relevantes. Era também interessante, dada a escassez de trabalhos, investigar o que cada escola do ensino básico português tem feito, em matéria de educação sexual, para colmatar as necessidades dos jovens com Deficiência Mental.

Para finalizar o nosso estudo, terminamos com algumas indicações e sugestões que poderão contribuir para o desenvolvimento dum trabalho de construção de um programa de educação sexual, nas nossas escolas. As propostas que apresentamos têm em conta as originalidades e as particularidades bio-psico-sociais das pessoas com Deficiência Mental.

Do nosso estudo concluímos que é imperativo que se comece a escutar o que as pessoas com deficiência têm a dizer sobre a sua sexualidade: as suas experiências, os seus desejos e as suas necessidades. Apesar de continuarem a existir muitas barreiras para a expressão sexual destas pessoas, no entanto, é encorajador saber que este assunto é cada vez mais discutido. Mas, ainda há muito fazer. Para além do estudo, análise e discussão desta problemática é necessário que a sociedade crie, para as pessoas com deficiência, condições efectivas para a vivência da sua sexualidade.

Em termos pessoais, este trabalho permitiu-me abrir novos horizontes, levando-me a respeitar a pessoa com deficiência mental como um ser humano completo, com a mesma dignidade e valor inerente a todo o Homem. Por outro lado, fez-me repensar a minha prática pedagógica no sentido de fornecer a estas pessoas uma educação sexual mais humana e que contribua para a sua felicidade e desenvolvimento harmonioso integral.

BIBLIOGRAFIA

- ALBARELO, Luc, et al, (1997), *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências sociais*, Lisboa, Gradiva.
- ALLEN, A. (1995). *Ideias gerais sobre a sexualidade dos deficientes*. In I. Félix, A M. Marques. (Ed.), *E nós... Somos diferentes? Sexualidade e Educação Sexual na Deficiência Mental*, Lisboa, Associação para o Planeamento da Família. 11-28.
- ALONSO, Miguel Ángel Verdugo, BERMEJO, Bélen G., (2001), *Atraso Mental*, Amadora, McGraw-Hill.
- APF, (2005), *Programa de desenvolvimento pessoal e social para crianças, jovens e adultos portadores de Deficiência Mental*, Lisboa, APF.
- BARBOSA, Maria do Carmo (1995), *A experiência de educação sexual no centro de educação de crianças deficientes – Mira Sintra*. In : I. Félix & A.M. Marques, *E Nós... Somos Diferentes*, Lisboa, Associação para o Planeamento da Família. 101-119.
- BAUTISTA, R. (1997). *Necessidades Educativas Especiais*, Lisboa, Dinalivro.185-207.
- CARMO, H. & Ferreira M. M. (2008), *Metodologia da Investigação*, Lisboa, Universidade Aberta.
- CLAUDINO, Adelaide do Amparo, (1997), *A orientação para a formação profissional de jovens com deficiência mental*, Lisboa, Secretariado Nacional Para a Reabilitação Integração Das Pessoas Com Deficiência.
- DELORS, Jacques (coord.), (1996), *Educação: um tesouro a descobrir. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI*, Edições Asa.
- FERREIRA, Ana Mafalda, LAPA, Ana Cristina, *A auto-estima em crianças e jovens portadores de deficiência mental* (2005). In APF, *Programa de desenvolvimento pessoal e social para crianças, jovens e adultos portadores de Deficiência Mental*, Lisboa, APF, p. 11-38.
- FODDY, W. (1996), *Como Perguntar. Teoria e Prática da Construção de Perguntas em Entrevistas e Questionários*, Oeiras, Celta.
- FONSECA, Vítor, (2001), *Cognição e Aprendizagem*, Lisboa, Âncora Editora.
- FRADE, A. et al. (2001), *Educação Sexual na Escola*, Lisboa, Texto Editora.

- GUERRA, Isabel Carvalho (2006), *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo - Sentidos e Formas de Uso*, Lisboa, Editora Principia.
- LOUREIRO, M. A. S. (1997) *Agora que já não sou criança: Programa de Educação Sexual para Jovens com Deficiência Mental Moderada*. Lisboa: cadernos SNR nº 7, Secretariado Nacional de Reabilitação.
- M.S., Terri Couwenhoven,(2007) *Teaching Children with Down Syndrome about their bodies, boundaries, and sexuality, A guide for parents and professionals*, United States of America, Woodbine House.
- MARQUES, M.M., et al. (2002), *Educação Sexual no 1º Ciclo*, Lisboa, Texto Editora.
- MARQUES, Manuel Marques, FORRETA, Fátima, *Educação sexual: conceito, objectivos e estratégias* (2005). In APF, *Programa de desenvolvimento pessoal e social para crianças, jovens e adultos portadores de Deficiência Mental*, Lisboa, APF, p. 39-54.
- MARTINS, A. (1995), *A Dimensão Afectivo-Sexual na Pessoa Deficiente - um modelo de intervenção*, In : I. Félix & A.M. Marques, *E Nós... Somos Diferentes*, Lisboa, Associação para o Planeamento da Família. 101-119.
- MINISTÈRIO DA EDUCAÇÃO, DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE, (2001) *Promover a Saúde da Juventude Europeia*, Mem Martins, Editorial do Ministério da Educação.
- MINISTÈRIO DA EDUCAÇÃO, MINISTÉRIO DA SAÚDE, APF (2000), *Educação sexual em meio escolar – Linhas Orientadoras*, Lisboa, Ministério da Educação.
- MOREIRA, J. M. (2004), *Questionário: Teoria e Prática*, Coimbra, Almedina.
- PACHECO, Domingo Bautista, VALENCIA, Rosário Paradas, (1997), “A criança com Síndrome de Down”, in BAUTISTA, Rafael (orgs.), *Necessidades Educativas Especiais*, Lisboa, Dinalivro.
- PAN, José Ramón Amor (1997), *Afectividad y sexualidad en la persona con deficiencia mental*. Madrid, Universidad Pontificia.
- PEREIRA, Maria Manuela Melo de Carvalho (2006), *Guia de educação sexual e prevenção do abuso*, Coimbra. Pé de Página Editores.
- QUIVY, R. e Campenhoudt, L. V. (1992), *Manual de Investigação em Ciências Sociais* Lisboa: Gradiva.

RAMOS, Maria de Lurdes Pereira, (2005) *Sexualidade na diversidade, Atitudes de Pais e Técnicos face à Afectividade e Sexualidade da Jovem com Deficiência Mental*, Lisboa, Secretariado Nacional de Reabilitação.

SAMPEDRO, Maria Fernández, et al., (1997), “A Deficiência Mental”, in BAUTISTA, Rafael (org.), *Necessidades Educativas Especiais*, Lisboa, Dinalivro.

SPROVIERI, Maria Helena S., Assumpção Jr, Francisco B., (2005), *Deficiência Mental, Sexualidade e Família*, Editora Manole Lda; 1ª ed.

TRONCOSO, Maria Victoria, CERRO, Maria Mercedes del (2004), *Síndrome de Down: Leitura e Escrita*, Porto, Porto Editora.

Legislação e outras Fontes:

ALBUQUERQUE, Marta, VICENTE Susana Isabel (2007), *A sexualidade na deficiência mental profunda - um estudo descritivo sobre atitudes de pais e profissionais*, Portal dos Psicólogos, [http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0367.pdf] disponível em 32/06/09.

ALBUQUERQUE, Paloma Pegolo de, (2007) *A sexualidade como aspecto inclusivo: uma proposta de Intervenção para pais e professores de jovens com deficiência mental* Universidade Federal de S. Carlos, [http://www.btdt.ufscar.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1862], disponível em 02/02/09.

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA (1984), Lei nº 3/84 de 24 de Março, DR – I Série nº 71, 24-03-84, p. 981-983.

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA (1986), *Lei de Bases do Sistema Educativo*, Lei nº 46/86, de 14 de Outubro, com as alterações introduzidas pela Lei nº 115/97, de 19 de Setembro e Lei nº 49/2005, de 31 de Agosto, republicada no DR:I Série A nº 166, 05-08-31, p. 5122-5138.

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA (1999), Lei nº 120/99 de 11 de Agosto DR: I Série-A nº 186, 11-08-99, p. 5232-5234.

CARNEIRO, Maria Sylvia Cardoso, (2007), *Deficiência mental como produção social: uma discussão a partir de histórias de vida de adultos com Síndrome de Down*, [http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/10829/000601510.pdf?sequence=1] disponível em 04/05/09.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO Parecer nº 6/2005, DR: II SÉRIE nº 226, 24 – 11- 2005, p. 16462 – 16470, *Educação sexual nas escolas*.

- CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, Parecer n.º 2/2009, DR: 2.ª série, n.º 78, 22-04-2009, p. 16262 – 16265, *Parecer sobre os projectos de lei relativos ao regime de aplicação da Educação Sexual nas escolas.*
- FREITAS, Lúcia de Fátima Mota Ferreira, *Do que eles se lembram! Representações dos Pré-Escolares acerca da Sexualidade Humana*, Revista Educação Sexual em Rede, n.º 2, Outubro 2005 / Janeiro 2006, p. 5-13.
- GLAT, R.. (1992). *A sexualidade da pessoa com deficiência mental*, Revista Brasileira de Educação Especial, 1 (1), 65-74.
[http://www.marilia.unesp.br/abpee/homepageabpee04_06/artigos_em_pdf/revista1numero1pdf/r1_art06.pdf] disponível em 25/06/09.
- MAIA, A., ARANHA, M., (2005). *Relatos de professores sobre manifestações sexuais de alunos com deficiência no contexto escolar*, Interação em Psicologia, 2005, 9(1), p. 103-116
[<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/psicologia/article/view/3290/2634>], disponível em 03/05/09.
- MAIA, Ana Cláudia Bortolozzi, CAMOSSA, Denise do Amaral, (2002), *Relatos de jovens deficientes mentais sobre a sexualidade através de diferentes estratégias*, [<http://sites.ffclrp.usp.br/paideia/artigos/24/08.pdf>] disponível em 12/05/09.
- MELO, Marcos Ribeiro de (2005), *A sexualidade de estudantes deficientes mentais: experiências de professoras do ensino fundamental em Sergipe*, periodicos.udesc, [http://www.google.pt/search?hl=pt-PT&lr=&q=%22de+Melo%22+%22SEXUALIDADE+*+ESTUDANTES+DEFICIENTES%22], disponível em 01/07/09.
- MORAES, Sylvania Carpes (2006), *As representações dos professores sobre a sexualidade dos alunos com Síndrome de Down*, [www.cipedya.com/web/FileDownload.aspx?IDFile=162329]
- MOREIRA, Lília M.A., GUSMÃO, Fábio A.F., *Aspectos genéticos e sociais da sexualidade em pessoas com síndrome de Down*, Rev Bras Psiquiatr 2002;24(2):94-9 [<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24n2/a11v24n2.pdf>], disponível em 09/03/09.
- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (1989), Decreto-lei n.º 286/89 de 29 de Agosto, DR: I série, n.º 198, 28-08-09, p. 3638- 3644.
- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (2000) Decreto-Lei n.º 259/2000 de 17 de Outubro - Medidas de promoção da Educação Sexual, da Saúde Reprodutiva e do Planeamento Familiar. DR: I Série - A, n.º 240, 17- 10- 2000 , p. 5784-5786.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (2008), Decreto-Lei n.º 3/2008 de 7 de Janeiro, DR: I Série, nº 4, 08-01-07, p. 154-164, alterado pela Lei nº 21/2008, de 12 de Maio, DR: I Série, nº 91, 08-05-12, p. 2519-2521.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, GTES (Grupo de Trabalho da Educação Sexual) (2007), *Relatório Final*, [http://sitio.dgdc.min-edu.pt/saude/Documents/GTES_RELATORIO_FINAL.pdf] disponível em 02/06/09.

PINHEIRO, Silvia Nara Siqueira (2004), *Sexualidade e deficiência mental: revisando pesquisas*, *Psicol. esc. educ.*, dez. 2004, vol.8, no.2, p.199-206, [<http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/pee/v8n2/v8n2a08.pdf>], disponível em 23/06/09.

Projecto de lei n.º 660/X (2009) Estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar.
[http://www.liberdadeeducacao.org/doc_familia/projectoleieducacaosexual.pdf] disponível em 28/06/09.

RAMALHO, Maria José, (2008), *Educação Sexual em Portugal*, Revista Educação Sexual em Rede, nº 4, Outubro, p. 18-19.

RAMIRO, Lúcia, *et al*, *Factores de sucesso da Educação Sexual em meio escolar*, Revista Educação Sexual em Rede, Nº 3, Janeiro 2008, p. 8-13.

SANTOS, Waldir Carlos Santana dos, BARTALOTTI, Celina Camargo (2002), *Diferenças, deficiências e diversidade - um olhar sobre a deficiência mental*, O Mundo Da Saúde, São Paulo, ano26 v. 26 nº3 Jul./Set. 2002, [[bvsm.sau.gov.br/bvs/is_digital/is_0203/pdfs/IS23\(2\)054.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/is_digital/is_0203/pdfs/IS23(2)054.pdf)], disponível em 03/05/09

SOARES, A.H.R. *et al.*, (2008), *A qualidade de vida de jovens portadores de Espinha Bífida*, Ciência e Saúde Colectiva, Dezembro, Vol. 13, Suplemento 2, Rio de Janeiro, [<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/630/63009626.pdf>] disponível em 01/07/09.

VASCONCELOS, Marcio M., *Retardo mental*, Jornal de Pediatria - Vol. 80, Nº2 (Supl), 2004, pág.71-82.
[<http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n2s0/v80n2Sa09.pdf>], disponível em 16/03/09.

VILAR, Duarte, *A Educação sexual faz sentido no actual contexto de mudança*, Revista Educação Sexual em Rede Nº 1, Julho/Setembro 2005, p. 8-15.

ANEXO

GUIÃO DE ENTREVISTA SEMI - ESTRUTURADA

Nome: _____

Sexo: _____

Grau de escolaridade: _____

Idade: _____

I Dimensão: afectividade, emoções e sentimentos

1. O que é, para ti, a amizade?
2. Quem são os teus amigos?
3. Como é que os teus pais mostram que gostam de ti?
4. Como é que os namorados mostram que gostam um do outro?

II Dimensão: sentimentos em relação ao namoro

5. O que é namorar?
6. Tens, ou já tiveste namorado(a)?

III Dimensão: sentimentos em relação ao casamento e maternidade/paternidade

7. Gostavas de te casar?
8. Gostavas de ter filhos?

IV Dimensão: conhecimentos sobre reprodução humana e funcionamento do corpo

9. Sabes como se fazem os bebés?
10. Sabes como nascem os bebés?
11. Sabes o que é o esperma e o óvulo?

12. Sabes o que é o período (menstruação)?

V Dimensão: conhecimentos sobre contraceção e as Doenças Sexualmente

Transmissíveis.

13. Sabes o que são métodos contraceptivos?

14. Para que serve a pílula?

15. Para que serve o preservativo?

16. Sabes o que é a Sida?

VI Dimensão: valores e atitudes quanto a relacionamentos sexuais

17. O que é ter relações sexuais?

18. A partir de que idade podes ter relações sexuais?

VII Dimensão: Percepção sobre autonomia pessoal/ intimidade

19. Tomas banho sozinho(a)?

20. Escolhes as tuas roupas?

VIII Dimensão: Percepção sobre o abuso sexual

21. Deixas que alguém mexa no teu corpo?

22. O que farias se alguém tentasse ter relações sexuais contigo?

IX Dimensão: Educação sexual (Quem a forneceu, dúvidas e necessidades)

23. Quem já te deu informações sobre sexualidade?

24. A tua família ou amigos falam-te sobre sexualidade?

25. O que gostavas que te explicassem sobre a sexualidade?