



FACULDADE DE CIÊNCIAS DO DESPORTO E EDUCAÇÃO FÍSICA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

FILIPA OLIVEIRA PINHO DA SILVA

VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA MENTAL
PROFUNDA:
PERSPECTIVA DOS PAIS E DOS PROFISSIONAIS

COIMBRA

2012

FILIPA OLIVEIRA PINHO DA SILVA

**VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA MENTAL
PROFUNDA:**

PERSPECTIVA DOS PAIS E DOS PROFISSIONAIS

Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra com vista à obtenção do grau de mestre em Exercício e Saúde em Populações Especiais.

Orientadora: Professora Doutora Susana Isabel Vicente Ramos

COIMBRA

2012

AGRADECIMENTOS

A todos aqueles que contribuíram, de uma maneira ou de outra, para que esta Tese de Mestrado fosse possível, deixo aqui o meu mais sincero agradecimento.

Primeiro quero agradecer à minha orientadora, Professora Doutora Susana Isabel Vicente Ramos, por ter aceite orientar esta tese e por ser um pilar fundamental na realização da mesma: pela sua disponibilidade e flexibilidade, pela preocupação e interesse demonstrado, pelas suas correcções e sugestões, pela organização e responsabilidade.

À Cooperativa de Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Oliveira de Azeméis por possibilitar a continuidade do meu trabalho, autorizando a aplicação dos questionários. A destacar a Dr^a. Paula Nogueira, pela colaboração prestada e disponibilidade, que permitiu a concretização desta tese.

Às pessoas que prescideram do seu tempo para preencher os questionários.

À minha família, em especial à minha irmã, amiga e ombro das minhas lamentações, pelo seu apoio incondicional, pelos imensos conselhos e pelo modo como faz com que eu veja que para tudo há uma solução, e que as coisas não são assim tão más e tão complicadas como parecem.

Aos meus amigos, em particular à Mariana e à Ana, pelas sugestões, pelo espírito crítico e pelas palavras amigas que se tornaram contribuições valiosas para este trabalho.

Em último lugar, mas não menos importante, ao meu namorado Alexandre, que me acompanhou ao longo deste trabalho e que não me deixou desistir. Pela incansável paciência e compreensão, pela força e motivação. Por nunca ter deixado de acreditar em mim, pela dedicação e por me fazer rir nas horas mais difíceis.

Mais uma vez um muito obrigada a todos por tudo isto e por todos outros pequenos detalhes que jamais serão esquecidos.

***“Aqueles que têm uma deficiência mental
partilham muitos dos sentimentos e
energias do resto da população, mas
habitualmente têm sido deixados na
ignorância no que respeita ao modo de
viverem com eles de uma forma
socialmente aceite”.***

(Craft & Craft, 1988)

RESUMO

Quando se discute sexualidade verificamos que este conceito é ainda considerado um tabu e está impregnado de mitos e crenças. Mas quando este tema é acompanhado de deficiência mental os estigmas e preconceitos aumentam, gerando constrangimentos, comportamentos conservadores e atitudes repressivas. Consequentemente, os familiares e os Profissionais que trabalham com pessoas portadoras de deficiência mental profunda muitas vezes não sabem como reagir e como abordar este tema. Este trabalho tem como objectivo conhecer as atitudes dos Pais e dos Profissionais face à sexualidade de uma pessoa com deficiência mental profunda. Colaboraram neste estudo 35 Profissionais e 38 Pais da Cooperativa de Educação e Reabilitação para Cidadãos Inadaptados de Oliveira de Azeméis (CERCIAZ), perfazendo um total de 73 sujeitos. Foram utilizados dois questionários, um para Profissionais e outro para os Pais. O questionário dos Profissionais, de Ivone Félix, para além dos dados sóciodemográficos, é constituído por uma escala de atitudes face à sexualidade da pessoa com deficiência mental (SMRAI – *Sexuality and Mentally Retarded Attitudes Inventory*). O questionário para os Pais, de António Martins, conta também com questões sóciodemográficas, sendo de natureza unicamente descritiva, tendo sido criada de modo específico para uma amostra de Pais com filhos portadores de deficiência mental de uma dada instituição. Verificamos que os Pais apresentam atitudes conservadoras face à sexualidade da pessoa portadora de deficiência mental, enquanto que os Profissionais adoptam atitudes liberais. No primeiro grupo (Pais) foram encontradas diferenças estatisticamente significativas unicamente em função do género, enquanto que no segundo grupo (Profissionais) obtivemos diferenças estatisticamente significativas em função do género, do estado civil, do nível sócio económico, da religião e no facto de ter ou não um familiar com deficiência.

Palavras-chave: Atitudes. Deficiência Mental. Deficiência Mental Profunda. Pais. Profissionais. Sexualidade.

ABSTRACT

When discuss sexuality, we found that this concept is still considered a taboo and is impregnated in myths and beliefs. But when this subject is accompanied by mental disability, stigmas and prejudices increase, generating constraints, conservative behaviors and repressive attitudes. Consequently, the family and Professionals who works with people carriers of profound intellectual disabilities often do not know how to react and how to address this issue. This work aims to know the attitudes of Parents and Professionals towards sexuality of a person with profound mental disability. Collaborated in this study 35 Professionals and 38 Parents of Cooperative Education and Rehabilitation for Citizens Unadapted from Oliveira de Azeméis (CERCIAZ), making a total of 73 subjects. Two questionnaires were used, one for Professionals and another for Parents. The Professionals questionnaire, of Ivone Félix, in addition to sociodemographic data, consists of a scale of attitudes towards sexuality of people with mental disability (SMRAI - Sexuality and Mentally Retarded Attitudes Inventory). The questionnaire for parents, of António Martins, also counts with sociodemographic questions, being of descriptive nature, having been created specifically for a sample of parents with children with mental disabilities in a given institution. We found that Parents have conservative attitudes towards sexuality of mentally disabled person, while the Professionals have liberal attitudes. In the first group (Parents) were found statistically significant differences only in function to the gender, while the second group (Professionals) we obtained statistically significant differences in function of the gender, the marital status, the socio economic level, the religion and in the fact of have or not a family member with disabilities.

Keywords: *Attitudes. Mental Disability. Profound Mental Disability. Parents. Professionals. Sexuality.*

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização da Amostra de Profissionais e Pais	44
Tabela 2 – Tabela de Frequências: Questionário para os Pais	54
Tabela 3 – Tabela de Frequências: Escala SMRAI - Questionário para os Profissionais	56
Tabela 4 - Tabela de Frequências (simplificada): Escala SMRAI - Questionário Profissionais-Escala.....	59
Tabela 5 - Tabela de Frequências das Atitudes dos Profissionais Face à Sexualidade na Deficiência Mental Profunda	64
Tabela 6 - <i>Alpha</i> de <i>Cronbach</i> da Escala Total e Para as Duas Sub-escalas da SMRAI	65

LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS

AAMR	<i>American Association on Mental Retardation</i>
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
CERCIAZ	Cooperativa de Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Oliveira de Azeméis
CONT.	Continuação
DM	Deficiência Mental
DMP	Deficiência Mental Profunda
DSM-IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 4th edition</i>
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
ONU	Organização Nações Unidas
QI	Quociente de Inteligência
SMRAI	<i>Sexuality and Mentally Retarded Attitudes Inventory</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>
n	Frequência
%	Porcentagem
\bar{X}	Média
Dp	Desvio Padrão
α	<i>Alpha de Cronbach</i>

ÍNDICE

Resumo	IV
<i>Abstract</i>	V
Lista de Tabelas	VI
Lista de Abreviaturas/Siglas	VII
Índice	VIII
Introdução	1
Parte 1 - Enquadramento Teórico	
● Capítulo I - Considerações Sobre a Deficiência Mental	7
1.1- Breve Evolução Histórica da Deficiência Mental	7
1.2- Definição de Deficiência Mental	11
1.3 - Sistemas de Apoio	12
1.4 - Correntes da Deficiência Mental	14
1.5- Classificação da Deficiência Mental	15
1.6 - Etiologia da Deficiência Mental	17
● Capítulo II – Considerações Sobre a Sexualidade	20
2.1 - Aspectos Gerais	20
2.2 – Desenvolvimento Psico-sexual	21
2.3 – Construção da Identidade Sexual	23
2.4 – Breve Evolução da Sexualidade na Deficiência	25
2.5 - Direitos Sexuais da Pessoa Portadora de Deficiência Mental	26
2.6 – Sexualidade e Deficiência Mental	27
2.7 – Limitações da Vivência da Sexualidade da Pessoa com Deficiência Mental	29
2.8 – Abusos Sexuais	31
2.9 – Esterilização	32
2.10 – Sexualidade e Religião	33

• Capítulo III – Atitudes	35
3.1 – Atitudes: Conceito	35
3.2 – Atitudes Face à Sexualidade na Deficiência Mental	36
3.3 – Atitudes dos Pais e Profissionais Face à Sexualidade na Deficiência Mental	38
 Parte 2 – Estudo Empírico	
• Capítulo IV - Metodologia	43
4.1 Objectivos do Estudo	43
4.2 Caracterização da Amostra	43
4.3 Variáveis	48
4.4 Instrumentos Utilizados	49
4.5 Procedimentos	51
4.6 Procedimentos Estatísticos	52
• Capítulo V – Apresentação de Resultados	54
5.1 Resultados Obtidos dos Pais	54
5.2 Resultados Obtidos dos Profissionais	56
5.3 Diferenças Estatisticamente Significativas	66
5.3.1 Análise Intragrupal (Pais)	66
5.3.2 Análise Intragrupal (Profissionais)	67
• Capítulo VI – Discussão de Resultados	74
• Capítulo VII – Conclusão	80
• Capítulo VIII – Limitações do Estudo e Sugestões para Futuras Investigações	82
 Bibliografia	 84

ANEXOS

Os anexos, referentes ao trabalho, podem ser consultados no Cd.

- Anexo 1 – Tabela de Frequência: Caracterização da Amostra dos Pais.
- Anexo 2 – Tabela de Frequências: Caracterização da Amostra dos Profissionais.
- Anexo 3 – Questionário para os Profissionais.
- Anexo 4 – Pedido de Autorização e Resposta para a Aplicação da Escala de Atitudes.
- Anexo 5 – Questionário para os Pais.
- Anexo 6 – Carta para os Pais da CERCIAZ.
- Anexo 7- Tabela de Frequências (Questionários dos Pais).
- Anexo 8 - Tabela de Frequências (Questionários dos Profissionais).
- Anexo 9 - Tabela de Frequências: Atitudes dos Profissionais face à Deficiência Mental Profunda.
- Anexo 10 – Valores de *Alpha de Cronbrach*.
- Anexo 11 – Tabela de Frequências para os Restantes Itens (Questionário dos Profissionais).
- Anexo 12 – Diferenças Estatisticamente Significativas (Pais)
- Anexo 13 - Diferenças Estatisticamente Significativas (Profissionais)

INTRODUÇÃO

Por ser um assunto que interfere com a sensibilidade e intimidade das pessoas, as questões relativas à sexualidade são, ainda hoje, consideradas tabu. Torna-se um assunto mais delicado e um tanto problemático quando se relaciona sexualidade com deficiência.

Esta temática da sexualidade na pessoa portadora de deficiência dá lugar a expressões múltiplas e vem sempre acompanhada de mitos, que acometem a sociedade em geral tornando a sexualidade na pessoa com deficiência um assunto preconceituoso. A sociedade pensa que os direitos sexuais são exclusivos das pessoas saudáveis, jovens e fisicamente atraentes. Por conseguinte, qualquer comportamento que se desvie das normas sexuais, ou seja, diferente do ideal, é considerado como anormal (Weeks, 1995). A palavra deficiência por si só sugere a ideia de falha, defeito, e, quando se refere ao termo deficiência mental (DM) a sociedade tende a considerar este conceito como falha mental, percebendo unicamente a deficiência do indivíduo, onde as suas capacidades são completamente subestimadas, acreditando até que estes indivíduos são desprovidos de afectos, uma vez que se afastam dos padrões ditos normais impostos pela sociedade. Glat (1992) refere que as pessoas ditas excepcionais não são obrigatoriamente excepcionais nos seus impulsos e desejos sexuais, elas têm as mesmas necessidades, as mesmas experiências e as mesmas emoções humanas, ou seja, a pessoa portadora de deficiência tem exactamente as mesmas necessidades, sentimentos, desejos e impulsos que as pessoas ditas normais; contudo, as pessoas reprimem e condenam a sexualidade, principalmente na DM, duvidando que estas tenham sexualidade, e, caso tenham, é bastante exacerbada.

A sexualidade é culturalmente definida e influenciada por familiares, amigos, religião, leis, costumes, conhecimentos e ecónomia (Roy, 2006); é um direito fundamental e saudável de todo o ser humano. Se esta for bem orientada aumenta a auto-estima, melhora o desenvolvimento e equilíbrio afectivo e facilita a capacidade de relacionar-se, possibilitando que este se torne uma parte integrante da sociedade.

Os Pais muitas vezes não sabem como lidar com a sexualidade dos filhos ditos “normais”, contudo as dificuldades sentidas tendem a aumentar quando a mesma realidade é aplicada aos filhos com DM. Assim, o pensamento que os Pais têm sobre o sexo em si e sobre estes indivíduos irá afectar socialmente as suas atitudes (Seltzer, 1984).

O nascimento de uma criança com DM provoca uma alteração de comportamentos no seio familiar, podendo levar à culpa, tristeza, medo, raiva, negação, rejeição, dúvida e a uma certa impotência. É aqui que a família possui um papel essencial, uma vez que representa a relação de maior grau de complexidade existente sobre o carácter humano, devido à enorme carga emocional das relações entre os seus membros (Rey & Martinez, 1989). Segundo Morello (1999), citado por Amaral (2004), a família é uma réplica da sociedade mas em menor escala, que é guiada por regras procedentes de um legado histórico-cultural. Ela é a base primária no processo de socialização e tem um papel influente na construção de valores, nomeadamente no desenvolvimento psico-sexual.

Concepções estereotipadas de feminilidade e masculinidade são sentidas por ambos os sexos como uma “sensação de sufoco” e de pressão social para cumprirem o papel que lhes compete: o homem (cuja sexualidade é mais centrada nos órgãos genitais) tem um papel activo, é, tradicionalmente, visto como um ser forte, auto-confiante, bem sucedido, viril e que tem um bom desempenho sexual (Shakespeare, 1999); a mulher, segundo o mesmo autor, é considerada passiva, é adaptada ao papel de esposa e de mãe, é um ser frágil e ingénuo. Como a sexualidade feminina é mais focada sobre o seu corpo em geral, a mulher com deficiência vai afastar-se do modelo belo, porque passa a existir por parte da sociedade um desprezo pelo seu corpo devido à sua diferença e por tudo o que ele significa. O homem com deficiência, por sua vez, já não é visto como uma figura máscula, visto que este apresenta limitações sexuais. Então, a sua condição torna-se a sua particularidade, em que é realçado a sua deficiência e não a pessoa em si. Segundo França-Ribeiro (1995), conforme citado em Leme e Cruz (2008), é importante que todo o indivíduo se sinta homem ou mulher para que a sua personalidade seja construída saudavelmente. Contudo, como não conseguem cumprir os papéis

estabelecidos como normativos, impostos pela sociedade, inicia-se, assim, a exclusão, a segregação e a discriminação. Desta maneira, não é o seu quociente de inteligência (QI) que os vai impedir de desfrutar de uma vida amorosa plena e satisfatória, mas sim a infantilização e a segregação social (Glat, 1992). Perante esta visão negativa da sociedade, a maioria dos pais adopta comportamentos superprotectores em relação aos seus filhos, limitando o contacto e as vivências sociais, o que pode comprometer significativamente as necessidades afectivas destas pessoas. Por falta de informação, por receio que os seus filhos sejam vítimas de abuso sexual, por medo de uma gravidez indesejada ou uma doença sexualmente transmissível, por repulsa, ou até mesmo por vergonha de manifestarem a sua sexualidade em público, os pais consideram inadequado e preferem ignorar ou até mesmo proibir estas atitudes de motivação sexual.

Estes comportamentos vistos como sexualmente inadequados, muitas vezes, são encarados como problemas que precisam de ser orientados, em vez de serem considerados como manifestações de carência. Como tal, as práticas masturbatórias, muitas vezes, são a única “saída” que os indivíduos com poucas oportunidades sociais têm de se manifestarem sexualmente (Koller, 2000). Muitos Pais preferem não abordar este assunto com os seus filhos, uma vez que receiam despertar a sua sexualidade (Assumpção & Sprovieri, 2005), podendo observar comportamentos sexuais nos seus filhos (Tissot, 2009). Contudo, por outro lado, para alguns Pais, esse despertar da curiosidade sobre a sexualidade é encarado como sinónimo de saúde e de progresso, em oposição à realidade da deficiência (Cardoso, 2000), uma vez que se os seus filhos apresentam determinados comportamentos iguais aos demais adolescentes, estão mais próximos da realidade dos ditos “normais”. Segundo Gherpelli (1995) os homens frequentemente satisfazem os seus desejos sexuais com prostitutas, por incentivo dos próprios Pais; esta situação não acontece com as mulheres, porque os Pais consideram que elas devem permanecer puras e ingénuas. Como já referimos, as mulheres com DM são consideradas pela sociedade a viver em corpos que se desviam da norma e assexuadas na natureza. Além disso, elas são constantemente vistas como infantis e percebidas como não tendo necessidades sexuais, ou de

serem fisicamente incapazes de encontros sexuais, ou até mesmo de serem totalmente incapazes de atrair alguém (Prillentsky, 2004).

Concomitantemente, a gravidez nas mulheres com DM torna-se um ponto impensável, uma vez que é retirado, ou melhor dizendo, não pode ser retirado o que nem sequer foi cedido, que é o direito de exercer o papel de mãe, ou seja, estas mulheres são vistas como receptoras de cuidados e não como prestadoras dos mesmos (Olsen & Clarke, 2003).

As pessoas com DM têm direito a expressarem-se sexualmente, assim como obter informação sobre os corpos e sobre sexo. As interações e as relações interpessoais entre pessoas com deficiência ocorrem em menor número do que as pessoas sem deficiência, pelo que a informação pode ser, muitas vezes, limitada ou até errada. Mas com educação adequada, apoio e um maior acesso a situações sociais, as pessoas com DM são capazes de ter uma vida sexual (Eastgate, 2008).

Os Profissionais exercem um papel também fundamental na educação sexual do indivíduo com DM. Contudo, estes sentem-se muitas vezes despreparados e condicionados pelas próprias regras institucionais, ou pela inexistência destas. Por esse motivo, decidem agir conforme as suas próprias ideias e atitudes (Ramos, 2005) e o facto de terem sido educados de uma forma moralmente castradora, no que diz respeito a este assunto, transmitem muitas vezes sem se aperceberem este mesmo comportamento (Félix & Marques, 1995). Deste modo, as atitudes dos Profissionais são o reflexo das suas crenças e dos seus valores.

Como a sexualidade humana é parte integrante da pessoa, é importante descobrir as diferenças no próprio corpo, identificar as diferenças entre o homem e a mulher, conhecer a maneira mais correcta de se tocarem sem se magoarem a eles próprios ou ao parceiro, ter noção do que se deve fazer ou não em público para a intimidade ser preservada, saber que eles podem e têm o direito de dizer não, abordar temas como métodos contraceptivos, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez e aborto. Uma vez que estas pessoas têm uma vida social mais restrita, têm menos meios do que as pessoas sem deficiência para obter informações sobre este tema, logo apresentam comportamentos socialmente inadequados. Os estudos de Amaral *et al.* (1994), e de Paula *et al.* (2005), citados por Leme e Cruz (2008), demonstram que, as

peças com DM, quando orientadas correctamente podem saber como praticar a sua sexualidade respeitando, assim, as normas sociais. Deste modo, é necessário eliminar a curiosidade esclarecendo toda e qualquer dúvida, estabelecer limites e explicar que a sexualidade é um direito fundamental e saudável de todo o ser humano. Por isso, é de extrema importância a aliança dos Pais e dos Profissionais, sendo necessário trabalharem em conjunto para não existir discrepâncias de opiniões e conselhos, ajudando-os a reconhecer as suas necessidades e os seus desejos.

Segundo Basso (1991), referido por Bastos e Deslandes (2005), o desenvolvimento sexual está intimamente relacionado com o desenvolvimento global do indivíduo e, conseqüentemente é visto como um elemento constitutivo da personalidade. Refere também que a expressão sexual é muito mais que factores biológicos, estando, também, delimitada por valores socioculturais.

Teoricamente, os Profissionais e os Pais reconhecem que as pessoas com deficiência têm o direito de se manifestarem sexualmente; na prática, contudo, as suas convicções e as suas crenças conservadoras continuam a conduzir as suas atitudes para a negação daquilo que afirmam pensar (Evans et al., 2009).

Estas questões sobre sexualidade e deficiência têm frequentemente apresentado um desafio para as pessoas com deficiência, Pais e Profissionais. Assim sendo, o objectivo geral da presente investigação consiste em conhecer as atitudes dos Pais e as atitudes dos Profissionais face à sexualidade de uma pessoa com deficiência mental profunda (DMP). Este estudo surge para conhecer em que medida é que os Pais e os Profissionais se encontram preparados para responder às relações afectivas e sexuais do portador de DMP, uma vez que ambos desempenham um papel fundamental na vida da pessoa com DM, devendo em conjunto proporcionar o mesmo tipo de oportunidades e possibilidades, tanto para as pessoas sem deficiência como para as pessoas com deficiência.

Mais especificamente, este estudo terá como objectivos específicos:

- Conhecer as atitudes dos Pais face à sexualidade do seu filho com DMP;
- Conhecer as atitudes dos Profissionais face à sexualidade da pessoa com DMP.

O presente trabalho está dividido em duas partes. A primeira parte refere-se ao enquadramento teórico e a segunda parte diz respeito ao estudo empírico. A primeira parte encontra-se dividida em 3 capítulos: no primeiro capítulo são efectuadas algumas considerações sobre a DM, nomeadamente: a evolução histórica do conceito de DM, a sua definição, assim como os seus sistemas de apoio, correntes, classificação e etiologia; no segundo capítulo procura-se estabelecer o enquadramento conceptual sobre a sexualidade da pessoa portadora de deficiência mental, especificamente: alguns aspectos gerais sobre a sexualidade, o desenvolvimento psico-sexual, a construção da identidade sexual, os direitos sexuais destas pessoas, a evolução da sexualidade na deficiência, a sexualidade e a DM, limitações da vivência da sexualidade nestas pessoas, os abusos sexuais, a esterilização e a sexualidade/religião; no terceiro capítulo são revistos os conceitos sobre as atitudes dos Pais e Profissionais face à sexualidade da pessoa com DM. A segunda parte é constituída pela metodologia (capítulo IV), em que descrevemos os objectivos do nosso estudo, a caracterização da amostra, as variáveis, quais os instrumentos utilizados e os procedimentos efectuados; pela apresentação de resultados (capítulo V), discussão dos resultados obtidos (capítulo VI), conclusão (capítulo VII) e limitações do estudo e sugestões para futuras investigações (capítulo VIII). Terminamos com a bibliografia.

PARTE 1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I – CONSIDERAÇÕES SOBRE A DEFICIÊNCIA MENTAL

1.1 - Breve Evolução Histórica da Deficiência Mental

Segundo Daniels (1981), Edwards (1997), Omote (1994), Pernick (1997) e Siebers (2008), conforme citado em Maia (2009), a deficiência é uma construção social, apesar de se expressar individualmente, ou seja, a sua representação adquire características diferentes tendo em conta o contexto social e histórico, em que os julgamentos sociais se tornam a base que consideram o corpo ou o comportamento disfuncional e “anormal”, algo atípico e “deficiente”.

No final do século XV, as pessoas com deficiência eram consideradas doentes, ou seja, eram vistas como um problema médico e não como um problema espiritual. No século XVIII, existiam várias terminologias para denominar as pessoas com deficiência e só a partir do século XIX, com a expansão do cristianismo, se realizaram estudos científicos sobre DM. Segundo os historiadores, o que se tem do período anterior é incoerente relativamente à concepção e caracterização da deficiência (Patton et al., 1990). No século XX, a DM é perspectivada de uma outra forma, em que surge uma disparidade de conceitos sobre esta deficiência.

Como o rótulo “atrasado mental” é repleto de crenças negativas e pode ser considerado inadequado ou até ofensivo para aqueles indivíduos que preferem termos que não estejam tão carregados de pré-julgamentos (Levy & Packman, 2004), a *American Association on Mental Retardation* (AAMR) decidiu alterar o nome, para eliminar estas palavras numa tentativa de eliminar assim o preconceito agregado a este termo. Gelb (2002) e Shalock (2002), citado por Panek e Smith (2005), sugeriram um novo conceito para substituir atraso mental tal como "Deficiência/ Incapacidade Intelectual", assim como Smith (2002) e Walsh (2002), também citados por Panek e Smith (2005), que indicaram também uma nova concepção para "Deficiência de Desenvolvimento" e Deficiência ou Atraso "Cognitivo-Adaptativo", respectivamente. Em alguns países, o termo atraso mental tem sido

amplamente rejeitado em favor de incapacidade de aprendizagem ou deficiência intelectual (Panek & Smith, 2005) visto que o atraso mental é considerado por alguns como pejorativo. Contudo, mesmo que os conceitos sejam alterados, a sociedade vai colocar como sempre um rótulo, uma classificação para etiquetar o homem com DM de “diferente”. Ou seja, sempre vai existir a dualidade do homem “normal”, “saudável” comparativamente ao homem “anormal”, “coitadinho” e “doente”, acabando por inferiorizar este.

Segundo Lowenfeld (1973), ao longo da história, a deficiência tem sido perspectivada de quatro formas distintas, que se relacionam com as atitudes perante os deficientes: Separação, Protecção, Emancipação, Integração.

Na fase separação, como refere o nome, os deficientes eram separados das pessoas ditas “normais”, sendo abandonados ao relento e condenados à morte, porque não correspondiam aos parâmetros de beleza; eram encarados com superstição e de uma forma discriminativa, uma vez que acreditavam que eram possuídos pelo demónio e espírito maléficos.

A fase protecção foi uma época de tentativa para proteger as pessoas com deficiência, em que eram recolhidas para asilos e hospitais onde eram assistidas. A comunidade acreditava que o facto de proteger a pessoa com deficiência tinha como garantia a não punição de Deus. Contudo, surge depois uma nova visão sobre deficiência: esta é vista como demoníaca, é considerada um castigo de Deus.

O surgir da Revolução Francesa permitiu o reconhecimento dos direitos das pessoas portadoras de deficiência, sendo consideradas úteis e produtivas. Surgem as primeiras explicações e classificações dos diferentes tipos de deficiência (Marques et al., 2001). Esta época diz respeito à emancipação.

O último período refere-se à integração, em que a pessoa independentemente da sua deficiência, tem as mesmas possibilidades e oportunidades de realização que as pessoas sem deficiência.

A natureza psicopatológica da DM teve início no século XIX, quando Pinel adicionou o “idiotismo” à classificação de alienação mental na sua obra clássica. Esse “idiotismo” não era compreendido como loucura, traduzia por si carência ou insuficiência intelectual. Esta classificação foi adoptada e ampliada por Esquirol que considerava “imbecilidade” ou “idiotia” consequências de causas maturacionais. Esquirol diferenciou demência (doença mental) de

imbecilidade e idiotia (DM), em que neste último acreditava que os órgãos responsáveis pelas actividades intelectuais nunca se desenvolveram normalmente (Pessotti, 1999). Porteus e Della Volta (s.d), citado por Ramos (2005), consideram a debilidade uma insuficiência mental que impede o indivíduo de satisfazer as exigências individuais e sociais da vida. Brock e Buchanan (1990) consideram que uma pessoa pode ser ou não capaz de efectuar certas tarefas, porém as determinações de competência é que devem ser sempre julgadas pela determinada tarefa ou decisão de causa. Bourguignon (1994) defende que a DM por si só não determina incompetência; pois as pessoas definidas como “deficientes mentais” formam um variado grupo de pessoas com uma gama extensa de habilidades mentais e sociais que apenas diferem das pessoas ditas "normais" em grau. Algumas pessoas portadoras de DM podem ter alguma dificuldade com concepções abstractas ou com a comunicação, no entanto, elas também podem ser completamente capazes de resolver problemas pelo uso de estratégias eficientes que diferem das pessoas “normais” (Bourguignon, 1994).

Segundo Szymansky e Crocker (1989), referidos por Albuquerque e Ramos (2007), a AAMR refere a DM como o funcionamento intelectual geral abaixo da média, com origem no período de desenvolvimento e associa-se a um prejuízo no comportamento adaptativo. Contudo esta definição foi revista por Grossman (1983), citado por Albuquerque e Ramos (2007), que considerou DM como um funcionamento intelectual geral significativamente inferior à média, que existe concomitantemente com défices de condutas adaptativas e que se manifesta durante o desenvolvimento. Ou seja, na primeira definição a deficiência mental é traduzida por um funcionamento geral abaixo da média, relacionado a lesões no comportamento adaptativo; na definição de Grossman, o funcionamento geral inferior à média é considerado tanto no comportamento intelectual como no comportamento adaptativo (Ramos, 2005).

A DM não é uma doença, mas sim um resultado de um processo patológico desenvolvido no cérebro, que se caracteriza por limitações ou incapacidades nas funções intelectual e adaptativa (Sadock & Sadock, 2008).

Por se tratar de um problema bastante complexo, por ter várias determinações e dimensões, a DM não se pode circunscrever a uma só definição (Albuquerque, 2000), ou seja, como o conceito de DM nem sempre foi

unânime, e sem uma definição objectiva e universalmente aceite de DM, a qualidade de vida destas pessoas, assim como o conhecimento científico podem ser comprometidos (Zigler et al., 1984)

Contudo, a definição mais corrente é realizada pelo Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), 1996) que inclui três critérios para o diagnóstico de DM:

- Funcionamento intelectual significativamente abaixo da média: $QI \leq 70$, aplicado individualmente.
- Défice ou prejuízo no funcionamento adaptativo presente (ou seja, a eficácia da pessoa para satisfazer os normas esperadas para a sua idade e o seu grupo cultural) em pelo menos duas das seguintes áreas: comunicação, cuidado pessoal, vida domiciliar, habilidades sociais/inter-pessoais, uso de recursos da comunidade, auto-orientação, habilidades académicas funcionais, trabalho, lazer, saúde e segurança.
- O início ocorre antes dos 18 anos.

Segundo World Health Organization (WHO), conforme citado em Ramos (2005), de acordo com a Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens, a deficiência designa-se por qualquer perda ou irregularidade da estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatómica; a incapacidade é qualquer limitação ou falta (resultante de uma deficiência) de aptidão para efectuar uma determinada actividade numa situação considerada normal para o ser humano, representando, assim, a condição de uma desvantagem sofrida por um certo indivíduo proveniente de uma deficiência ou de uma incapacidade, que restringe ou impede o desempenho de uma actividade considerada normal para esse indivíduo, tendo em conta a idade, o sexo e os factores sócio-culturais (Nações Unidas, 1983). Deste modo, Ramos (2005) sugere que quando aplicamos estes conceitos à realidade da DM, verificamos que a deficiência apresenta o funcionamento intelectual deficitário; a incapacidade, por sua vez, menciona o comportamento resultante da DM e a desvantagem representa as dificuldades da integração social destas pessoas. Para mesma autora, quando falamos de uma pessoa com deficiência temos tendência a identificá-la com determinadas

particularidades que colocam essa mesma pessoa numa posição de desvantagem, relativamente aos outros, numa dada tarefa (Ramos, 2005).

1.2 - Definição de Deficiência Mental

Muitas pessoas confundem DM com doença mental, pelo que é importante esclarecer estes dois conceitos. A doença mental inclui as perturbações que afectam o funcionamento e comportamento emocional, social e intelectual; caracteriza-se por reacções emocionais que não são consideradas apropriadas, estando envolvidas por padrões e graus de gravidade, por distorções (e não por deficiência) da compreensão e da comunicação e por um comportamento social errado e não por incapacidade de adaptação (Cobb & Mittler, 2005). A definição de DM que reúne mais consenso, é proposta pela AAMR (1992) e consiste no seguinte: a DM refere-se a limitações substanciais no funcionamento intelectual geral abaixo da média, coexistindo com limitações relacionadas em duas ou mais das seguintes áreas do comportamento adaptativo: comunicação; tomar conta de si; vida doméstica; capacidades sociais; uso dos recursos da comunidade; autodeterminação; saúde e segurança; funcionamento académico, lazer e trabalho, sendo que a deficiência mental se manifesta antes dos 18 anos.

São necessárias quatro preposições essenciais para a aplicação da definição acima descrita (AAMR, 1992):

- Uma avaliação válida considera a diversidade cultural e linguística, bem como as diferenças nos factores comunicacionais e comportamentais.
- A presença de restrições no comportamento adaptativo ocorre na comunidade típica dos seus pares e é inerente às necessidades de suporte individual.
- As limitações adaptativas específicas relacionadas com a DM coexistem com aspectos positivos noutros comportamentos adaptativos ou aptidões pessoais.

- Com os serviços próprios, por um período a definir e de acordo com as necessidades individuais, o funcionamento da vida da pessoa com deficiência mental irá evoluir visivelmente.

1.3 - Sistemas de Apoio

A funcionalidade da pessoa com DM está relacionada com o nível intelectual, com as suas competências adaptativas, e com os envolvimento onde actuam em conjunto e incorporam-se socialmente. A funcionalidade depende, também, dos apoios concedidos à pessoa e vice-versa; surge, assim, um sistema de sub-classificação de intensidades e padrões de suporte em quatro níveis (AAMR, 1992). Então, segundo a sua intensidade o apoio pode ser:

- Intermitente: caracteriza-se por um suporte de natureza episódica, de curto prazo e pode ser de baixo ou elevado nível de intensidade (ex.: perda de emprego; crise médica aguda).
- Limitado: caracteriza-se por uma intensidade de suporte consistente mas limitada no tempo (ex.: transição da escola para a formação profissional).
- Extensivo: o suporte é a longo termo, caracteriza-se por um envolvimento regular pelo menos em alguns meios e não é limitado no tempo.
- Permanente: o suporte caracteriza-se por ser constante em todos os meios e relaciona-se com a manutenção mínima da qualidade de vida.

Esta alteração proposta pela AAMR acentua, assim, a interacção entre a pessoa e o meio ambiente físico, que por sua vez, se deve adaptar às necessidades especiais dessa pessoa, promovendo-lhe o apoio intermitente, limitado, extensivo ou permanente de que ela necessita para funcionar nas 10 áreas de habilidades adaptativas. Esta mudança baseia-se na crença de que a aplicação correcta dos apoios necessários pode melhorar as capacidades funcionais da pessoa com DM (Luckasson et al., 1992). Ou seja, quando necessários e aplicados de modo correcto, os apoios além de favorecerem a estimulação do desenvolvimento e à aprendizagem da pessoa com DM ao longo da sua vida, são, também, essenciais na forma como a pessoa responde às demandas ambientais (Carvalho & Maciel, 2003).

Em 2002, a AAMR revê o modelo e apresenta um novo conceito de DM, com a designação de atraso mental, que é definido como uma deficiência caracterizada por limitações significativas no funcionamento intelectual e no comportamento adaptativo, como expresso nas habilidades práticas, sociais e conceituais, com início antes dos dezoito anos de idade (Luckasson et al., 2002). Este modelo para além de apresentar o facto da necessidade de apoios poder influenciar o funcionamento do indivíduo, considera, também, o funcionamento individual, as dimensões de desenvolvimento e os sistemas de apoio. Este modelo abrange 5 dimensões: habilidades intelectuais; comportamento adaptativo; participação, interacção e papéis sociais; saúde e contexto. A primeira dimensão apresenta as habilidades intelectuais, em que a inteligência é concebida como capacidade geral, incluindo raciocínio, planeamento, solução de problemas, pensamento abstracto, compreensão de ideias complexas, rapidez de aprendizagem e aprendizagem por meio da experiência (Luckasson et al., 2002). A segunda dimensão diz respeito ao comportamento adaptativo, que consiste no conjunto de habilidades conceituais, sociais e práticas adquiridas pelas pessoas para as exercer diariamente (AAMR, 2006). Segundo o mesmo autor, esta dimensão encontra-se estruturada em três grupos: as habilidades conceituais (referem-se à comunicação, conceito de dinheiro e capacidade de autonomia; as habilidades sociais (relação interpessoal, responsabilidade, auto-estima, credibilidade, ingenuidade, cumprir regras e leis); e as habilidades práticas (estão relacionadas com as actividades diárias e, conseqüentemente, de autonomia). A terceira dimensão, refere-se à participação, interacções e papéis sociais, segundo Albuquerque e Ramos (2007), destaca a importância da participação na vida comunitária. As mesmas autoras, no que diz respeito à saúde, que é a quarta vertente, consideram as condições de saúde física e mental como aspectos influentes no funcionamento de qualquer pessoa, que podem facilitar ou inibir as suas realizações. A última dimensão reporta-se aos contextos, nomeadamente as circunstâncias em que a pessoa vive. Esta dimensão encontra-se rodeada por três níveis (AAMR, 2006): pelo ambiente social imediato (inclui a pessoa e a sua família); pelo ambiente social próximo (inclui os vizinhos, a comunidade e escola); e pelo ambiente sócio-cultural (inclui a sociedade, a cultura e as leis)

A DM não é, assim, uma característica individual nem específica, mas sim um estado de funcionamento próprio que se inicia na infância; é multidimensional e é afectada pelos sistemas de apoio, devendo, por isso, ser amplamente analisada em todas as suas características (AAMR, 2006).

1.4 - Correntes da Deficiência Mental

A DM é definida fundamentalmente por três correntes (Bautista, 1997):

- Corrente Psicológica ou Psicométrica:

Considera a pessoa com DM todo o indivíduo que apresenta um défice ou uma diminuição nas suas capacidades intelectuais (medida através de testes e expressa em termos de QI). Os principais impulsionadores desta corrente foram Binet e Simon, fundadores da Psicologia Diferencial.

- Corrente Sociológica ou Social:

Considera a pessoa com DM aquela que manifesta, em maior ou menor medida, certa dificuldade em adaptar-se ao meio social em que vive e conseguir uma vida autónoma.

- Corrente Médica ou Biológica:

Considera a pessoa com DM aquela que tem um substrato biológico, anatómico ou fisiológico e manifesta-se durante o período de desenvolvimento do indivíduo, sensivelmente até aos 18 anos.

No entanto, existem mais duas correntes, a corrente comportamentalista e pedagógica. A primeira corrente destaca o factor ambiental e a sua influência sobre a DM, em que o défice mental é considerado como um défice de comportamento, como resultado da interacção de quatro factores (Bautista, 1997):

- Factores biológicos do passado (genéticos, pré-natais, peri-natais e pós-natais).
- Factores biológicos actuais (drogas ou fármacos, cansaço ou *stress*).
- História anterior de interacção com o meio (reforço).
- Condições ambientais presentes ou acontecimentos actuais.

A corrente pedagógica considera a pessoa com DM o indivíduo que tem, uma maior ou menor dificuldade, no acompanhamento da aprendizagem e necessita, por isso, de apoios e de adaptações curriculares, que possibilitem ao indivíduo seguir o decurso normal de ensino.

1.5 - Classificação da Deficiência Mental

O nível de funcionamento intelectual é obtido através de testes de inteligência padronizados que avaliam a capacidade de raciocínio.

Os resultados dos testes psicométricos apesar de fornecerem uma informação ligeira sobre o nível de desenvolvimento, não podem esclarecer a natureza da deficiência, nem indicar quais os métodos apropriados para a superar (Leontiev, 1978, referido por Albuquerque & Ramos, 2007). São vários os factores que podem influenciar os testes, nomeadamente: perturbações mentais e estados físicos gerais que podem coexistir com a DM (DSM-IV, 1994), a motivação, o tempo, o lugar de realização e a subjectividade de quem classifica, podendo causar efeitos negativos que irão se refletir na educação do indivíduo (Vieira & Pereira, 1996).

Existem quatro níveis de DM, segundo Grossman (1977), e a sua equivalência em QI: ligeiro, moderado, severo e profundo. A classificação dos diferentes níveis de DM passa a efectuar-se, também, por proposta da AAMR, em função do estabelecimento de níveis de correspondência entre o critério psicométrico e o do comportamento adaptativo (Claudino, 1997). Em que o nível ligeiro é equivalente à designação educável do ponto de vista pedagógico; no nível moderado os indivíduos são considerados treináveis do ponto de vista pedagógico; o nível severo representa os indivíduos dependentes e o nível profundo refere-se à situação de vida com apoio e de não autonomia.

1.5.1 - Nível ligeiro

Este nível constitui cerca de 85% da população com DM e abrange pessoas com um QI que varia entre 50-55 a aproximadamente 70 (DSM-IV, 1994). Desenvolvem competências sociais e de comunicação até aos 5 anos e

as áreas sensório-motoras são minimamente afectadas; a sua deficiência só será perceptível em idades posteriores; contudo, são autónomos do ponto de vista social e vocacional, podendo viver normalmente na comunidade com os apoios apropriados (DSM-IV, 1994).

1.5.2 - Nível moderado

Este nível constitui aproximadamente 10% dos sujeitos e abrange pessoas com um QI que varia entre 35-40 a 50-55 (DSM-IV, 1994). Inclui indivíduos com considerável atraso na aprendizagem, em que, frequentemente, apresentam problemas motores visíveis. Por outro lado, este indivíduo adapta-se facilmente aos programas sistematizados, à criação de hábitos de higiene, bem como à inserção social na família, na escola e na comunidade (Rosadas, 2001). O nível de desenvolvimento da comunicação é variável: algumas das pessoas afectadas podem participar em conversas simples, enquanto outras têm apenas capacidades básicas de comunicação. Algumas não aprendem a comunicar-se verbalmente, contudo são capazes de compreender instruções simples e podem aprender a usar sinais gestuais. A epilepsia e os distúrbios neurológicos e físicos também são comuns, todavia a maioria dos indivíduos neste nível são capazes de andar sem ajuda (WHO, 1998).

1.5.3 - Nível severo

Este nível constitui 3% a 4% da população e abrange pessoas com um QI que varia entre 20-25 a 35-40 (DSM-IV, 1994). As pessoas nesta categoria apresentam um desenvolvimento motor seriamente comprometido ou com outros défices associados, que assinala a presença de danos clinicamente significativos ou de mau desenvolvimento do sistema nervoso central (WHO, 1998). Geralmente, este indivíduo apresenta distúrbios ortopédicos e sensoriais, assim como muita dificuldade na comunicação e mobilidade; no entanto ao praticar actividades condicionadas e repetitivas pode alcançar certos resultados (Gorgatti & Costa, 2005), ou seja, as pessoas inseridas neste nível têm capacidade para realizar tarefas simples desde que sejam supervisionadas (American Psychiatric Association (APA), 1994).

1.5.4 - Nível profundo

Este nível constitui cerca de 1% a 2% das pessoas com DM e abrange pessoas com um QI inferior a 20 ou 25 (DSM-IV, 1994). Estes indivíduos, muitas vezes, têm problemas físicos associados à DM, nomeadamente problemas sensoriais (deficiência visual, auditiva) ou ortopédicos (derivados da falta ou da deformação de estruturas corporais); são, também, completamente dependentes e apresentam limitações extremamente acentuadas na aprendizagem (Rosadas, 2001). A maioria não tem mobilidade ou caso a tenha encontra-se severamente comprometida; são incontinentes e capazes no máximo de apenas formas muito rudimentares de comunicação não-verbal (WHO, 1998). Desta forma, a pessoa com DMP encontra-se restringida às suas vivências corporais; contudo, o desenvolvimento motor, a capacidade de comunicação e de auto-cuidado podem melhorar com treino apropriado (APA, 1994).

1.6 - Etiologia da Deficiência Mental

Cerca de 1% da população é diagnosticada com DM (APA, 2000) e aproximadamente 3% da população tem um QI inferior a 70, entre os quais uma causa de DM pode ser estabelecida em menos de metade dos casos (Flint et al., 1995). A DM pode ter como causa uma série de factores ambientais, genéticos ou múltiplos. Acredita-se, também, que factores comportamentais ou sociais como a pobreza, a desnutrição, as drogas maternas e o uso de álcool, bem como a privação de estímulo grave possam contribuir para a DM (McLaren & Bryson, 1987).

Segundo Grossman (1973), conforme citado em Ramos (2005), a AAMR identificou nove disposições principais como agentes causadores da DM:

- 1) Infecção e intoxicação.
- 2) Trauma ou agente físico.

- 3) Metabolismo ou nutrição.
- 4) Doença cerebral grave.
- 5) Influência pré-natal desconhecida.
- 6) Anomalia cromossômica.
- 7) Distúrbios de gestação.
- 8) Atraso decorrente de distúrbios psiquiátricos.
- 9) Influências ambientais.

Portanto, a DM pode advir de variadas causas e factores de risco, podendo ser subdividida em quatro factores: factores pré-natais, perinatais, pós-natais e causas desconhecidas, a que faremos uma breve referência.

1.6.1. Factores pré-natais

Incidem desde a concepção até ao início do trabalho de parto. A DM pode ser resultado do feto não se desenvolver de forma correcta dentro da mãe; além disso, as causas pré-natais incluem infecções congénitas, tais como: citomegalovírus, toxoplasmose, herpes, sífilis, rubéola e o HIV, febre materna prolongada no primeiro trimestre, exposição a anticonvulsivos ou álcool e fenilcetonúria materna não tratada (Strømme & Hagberg, 2007). A ocorrência de complicações durante o parto de um bebé prematuro, o nascer com extremo baixo peso, ou a exposição pós-natal ao chumbo pode também causar DM (Piecuch et al., 1997).

1.6.2. Factores perinatais

Incidem no início do trabalho de parto até o 30º dia de vida do bebé. As causas perinatais envolvem a gravidez tardia (complicações da gravidez, doenças maternas como: doenças cardíacas, doenças renais, diabetes e disfunção placentária), o parto (prematividade grave, de muito baixo peso, asfixia ao nascimento, difícil e/ou complicado parto e trauma de nascimento) e

a fase neonatal (refere-se às primeiras 4 semanas de vida do bebé, e pode ocorrer septicemia, icterícia grave, hipoglicemia) (Kolevzon et al., 2007).

1.6.3. Factores pós natais

Incidem do 30º dia de vida até o final da adolescência. Estes factores incluem desnutrição, desidratação grave, infecções virais e bacteriológicas, tumores cerebrais, anoxia, intoxicações provocadas por produtos químicos, medicamentos, pesticidas, insecticidas e hemorragias cerebrais (Bautista, 1997).

1.6.4. Causas desconhecidas

Infelizmente, em aproximadamente 30 a 50 % dos casos, a etiologia não é identificada, mesmo após avaliação diagnóstica completa (Cury et al., 1997).

Neste capítulo pretendemos esclarecer o conceito de DM, de tal modo que procurámos fazer uma breve abordagem histórica sobre a mesma, apresentámos a definição que reúne mais consenso e enunciámos os 3 critérios do diagnóstico da DM (funcionamento intelectual inferior à média, limitações significativas no comportamento adaptativo e início antes dos 18 anos); distinguímos os diferentes tipos de apoio que podem ser prestados a estes indivíduos (intermitente, limitado, extensivo e permanente), assim como as suas principais correntes (psicológica, sociológica e médica); classificámos os diferentes níveis (ligeiro, moderado, severo e profundo) e por último fizemos uma breve referência às variadas causas (factores pré, peri e pós natais) da DM.

CAPÍTULO II - CONSIDERAÇÕES SOBRE A SEXUALIDADE

2.1 – Aspectos Gerais

A sexualidade é uma das particularidades mais significativas das pessoas e emerge ao longo da infância para todas as crianças sem discriminar a capacidade de cada uma delas (Woodard, 2004).

A sexualidade está presente desde o princípio da existência do indivíduo: o recém-nascido chega ao mundo já com a sua sexualidade, em que as sensações sexuais acompanham o seu desenvolvimento durante a fase de amamentação e na fase infantil (Freud, 1958). Os impulsos e as manifestações sexuais podem ser verificados através da observação de fetos, bebês e crianças. As próprias imagens ultrassonográficas de grávidas (a partir da 17^o semana de gestação), mostram erecção peniana nos meninos (Calderone, 1985) e as meninas desde o nascimento apresentam lubrificação vaginal (Albuquerque & Ramos, 2007).

O acto de chupar, morder, reter e eliminar o conteúdo fecal e a manipulação dos órgãos genitais apresentam uma carga de sensações eróticas (Langer, 1981). A sexualidade torna-se, assim, uma característica intrínseca da vida humana: sem sexualidade, não há vida humana; então a sexualidade deve, portanto, ser considerada um direito essencial e um aspecto central da identidade de cada indivíduo (Cuskelly & Gilmore, 2007). De acordo com Boyle (1994), a sexualidade é fundamental na experiência humana, é uma parte central de quem somos e auxilia a construir a nossa visão de nós mesmos. Contudo, segundo Giami (2000), citado por Bastos & Deslandes (2005), a sociedade cria uma visão ilusória da sexualidade da pessoa portadora de DM a partir de um leque de representações relativas à monstruosidade e à anormalidade, sendo responsabilidade das famílias e dos profissionais o controlo da sua manifestação. A sexualidade entre pessoas com ou sem DM, difere das condições cognitivas e adaptativas que, por sua vez, irão determinar a capacidade do indivíduo para apreender, compreender e elaborar códigos sociais para a adaptação social e emocional do seu comportamento sexual (Almeida, 2009).

É essencial frisar que, apesar desta temática envolver a conduta sexual do indivíduo, o acto sexual e a reprodução, não podemos esquecer que abrange, também, todas as situações prazerosas, ou seja, é a procura da satisfação através de gestos, comunicação, toques e afectos. É o desejo, a nossa relação com o próprio corpo, é o pensamento das nossas sensações e sentimentos de natureza sexual. Segundo WHO (1998), referido por Costa e Oliveira (2011), é uma necessidade básica e uma característica da pessoa que não pode ser separada dos outros aspectos da vida; a sexualidade não significa o mesmo que coito e não se restringe à fase orgástica: é muito mais do que isso, é a energia que motiva a procura do amor, é o contacto e a intimidade que se expressa no modo de sentir e no modo das pessoas tocarem e serem tocadas. A sexualidade influencia pensamentos, sentimentos, acções e interacções, bem como a saúde física e a saúde mental.

2.2 - Desenvolvimento Psico-sexual

Freud (2006), citado por Costa e Oliveira (2011), na sua época, chocou a sociedade ao considerar que a sexualidade nos acompanha desde o nascimento até a morte e que afinal as crianças não eram seres assexuados. Freud vê a libido como uma energia sexual, e considera-a a razão da sobrevivência do indivíduo (Corey, 1991).

Segundo a teoria de Freud de 1905, as partes da personalidade desenvolvem-se através de uma série de estágios psico-sexuais (conforme citado por Costa & Oliveira, 2011), em que cada estágio é caracterizado por várias demandas de gratificação sexual e por diferentes maneiras de alcançar essa mesma gratificação. Há cinco estágios, nomeadamente: 1) fase oral (ocorre desde o nascimento até sensivelmente aos 2 anos) - tem como zona erógena a boca, ou seja, a cavidade oral e os lábios, que são o primeiro foco da energia da libido; esta fase está relacionada com a alimentação, em que a degustação e a sucção tornam-se uma actividade gratificante. 2) Fase anal (aproximadamente entre os 2 e os 4 anos) - tem como zona erógena o ânus, em que a criança começa a controlar os esfíncteres, tendo uma obsessão pela retenção ou expulsão das fezes. A aquisição do controlo fisiológico é uma

descoberta de uma nova fonte de prazer. 3) Fase fálica - (inicia-se por volta dos 4 até aos 6 anos) a região genital é a zona erógena da criança. Esta ganha interesse e curiosidade sobre os seus genitais e sobre os genitais dos outros. É neste estágio que há uma descoberta das diferenças anatómicas entre os sexos, e quando tal acontece os rapazes têm receio de perder o pénis e as raparigas desejam ter um. Esta fase é caracterizada também pela ocorrência do complexo de Édipo, em que a rapariga se aproxima do pai e sente ódio da mãe, enquanto o rapaz na sua aproximação à mãe vê o pai como uma ameaça. 4) Fase de latência (ocorre dos 6 aos 12 anos) - é um período de repressão dos desejos sexuais e impulsos erógenos. Neste período a criança é direccionada para outras actividades, como áreas intelectuais e de interacções sociais, existindo uma pausa na evolução da sexualidade. 5) O último estágio designa-se Genital (a partir dos 12 anos aos 18 anos) - é constituído pelo atingir do desenvolvimento adulto.

O crescimento físico e a maturação sexual são características proeminentes da adolescência (Murphy & Young, 2005) que é uma fase da vida complicada e apresenta inúmeros desafios para os jovens fazerem o seu caminho para a vida adulta. Contudo, para os adolescentes com deficiência, o processo pode tornar-se ainda mais difícil, uma vez que eles lidam com as suas próprias mudanças psicossociais num ambiente que muitas vezes não os apoia (Gordon et al., 2004). Estes adolescentes podem experienciar desvalorização, devido ao desvio das normas sociais nas características avaliadas, tal como culturalmente se define beleza física ou o nível de capacidade funcional (Gatens-Robinson & Rubin, 2001).

As crianças com DM têm um desenvolvimento psico-sexual igual ao de uma criança dita normal. No seu estudo, Katz refere que as crianças com DM necessitam apenas de mais tempo para passar de um estágio ao outro (Loureiro, 2001).

2.3 - Construção da Identidade Sexual

No que diz respeito à identidade sexual, esta é inicialmente determinada logo ao nascimento pelo genótipo, todavia, a aprendizagem e a socialização exercem uma grande influência na forma como a criança percebe a sua sexualidade (Gomes *et al.*, 1987). A sexualidade passa, assim, a ser um aspecto essencial da personalidade e do senso de si mesmo, oferecendo uma porta de entrada para a intimidade que inclui sentimentos de conforto, segurança, apoio, amor e afecto (Howard-Barr *et al.*, 2005).

Como a sexualidade está impressa no ser humano desde o seu nascimento, é necessário aprovar comportamentos que não dificultem o bem-estar do indivíduo durante o desenvolvimento da sua própria sexualidade. Deste modo, o processo pessoal de construção da identidade sexual é facilitado.

A identidade sexual é o modo como o indivíduo percebe o seu próprio género, ou seja, é a aprendizagem de comportamentos relativos ao seu sexo. Por vezes, medos e atribuições imprecisas podem levar à evasão ou à rejeição por parte dos colegas ao interagir com os adolescentes com deficiência. Além disso, as percepções das pessoas com deficiência e sexualidade muitas vezes incluem muitos equívocos (Kelly, 2001).

Assim sendo, pensamos ser importante referir as diferentes fases do desenvolvimento da sexualidade da criança com DM (até atingir a vida adulta) para compreendermos e estabelecermos os tais comportamentos facilitadores na construção da identidade sexual.

- Crianças até aos 3 anos:

Nesta fase os genitais são envolvidos por um deslumbramento da parte das crianças, que obtêm prazer através da exploração corporal. Alguns já são capazes de compreender a diferença entre o conceito público e privado, contudo os Pais podem sentir a necessidade de distinguir concretamente estes dois termos usando conceitos que os seus filhos sejam capazes de compreender, como "estar com os outros" ou "estar sozinho" (National Information Center for Children and Youth with Disabilities (Nichcy), 1992).

- Crianças com idades compreendidas entre os 3-5 anos:

Os Pais, nesta fase, devem ensinar os nomes das diferentes partes corporais aos seus filhos, incluindo, também, os órgãos sexuais. Há uma curiosidade, da parte das crianças, não só sobre os seus corpos mas, também, pelo dos outros (Nichcy, 1992). São capazes de distinguir anatomicamente os sexos e por envolverem-se em jogos sexuais podem compreender os comportamentos relativos ao sexo masculino e feminino (Silva, 2007).

As crianças com DM por serem mais susceptíveis ao abuso sexual devem aprender desde pequenas que têm o direito de desejarem ser tocadas ou como não (Nichcy, 1992).

- Crianças com idades compreendidas entre os 5-8 anos:

Há um interesse acrescido, das crianças, para adquirir conhecimentos sobre vários assuntos. A socialização, nesta faixa etária, torna-se mais relevante, em que se deve reforçar a sua auto-estima mediante o seu crescimento e o seu desenvolvimento (Nichcy, 1992).

Segundo *National Guidelines Task Force* (1991), referido por Nichy (1992), outros aspectos podem ser abordados neste período, tais como: identificar correctamente as partes corporais, assim como as suas funções; diferenciar o género; tomada de decisão e as suas consequências; noção de amizade, amor e respeito; assim como de responsabilidade social e valores morais; deve ser ensinado, também, como evitar e dar a conhecer o abuso sexual e ainda aprender a masturbação como um acto privado e não público. Segundo o mesmo autor, os Pais devem, nesta faixa etária, preparar os seus filhos para não encararem com espanto as alterações físicas e biológicas resultantes da puberdade.

- Crianças com idades compreendidas entre os 8-11 anos:

Nesta fase a imagem corporal pode ser um problema, visto que estão cada vez mais preocupados com o que os outros pensam deles. Tanto os Pais como os Profissionais devem dar espaço para que a criança possa, assim,

expressar os seus sentimentos (Nichcy, 1992). O mesmo autor refere que devem ser dadas mais informações sobre a reprodução, a gravidez, doenças sexualmente transmissíveis e valores a ter na tomada de decisão; o abuso sexual deve ser novamente referido, assim como a masturbação.

Os adolescentes com DM muitas vezes, não se encontram preparados para as mudanças físicas que irão sofrer, podendo conduzir a problemas de saúde mental e problemas comportamentais (Schwier & Hingsburger, 2000). Daí ser importante prevenir as crianças para as futuras alterações corporais.

- Adolescência (12 -18 anos):

Como o grau de independência e as oportunidades sociais podem ser mais restritas para estes jovens é necessário que tenham momentos de privacidade. Deste modo, há uma evolução no seu desenvolvimento, uma vez que a família e a sociedade ao respeitarem estas crianças, elas conseguem compreender o significado de intimidade e do respeito ao próximo (Silva, 2007)

Nesta fase, a sexualidade deve ser encarada com responsabilidade e os assuntos de natureza sexual têm o seu tempo e lugar adequado, por isso, para alguns, têm de ser reforçados os conceitos de público e privado (Nichcy, 1992). Deve ser abordado, neste período, o namoro, a intimidade e o amor; como prevenir a gravidez e as doenças sexualmente transmissíveis; a influência do álcool e das drogas na tomada de decisão e a responsabilidade da paternidade/maternidade (Nichcy, 1992). O início da fase adulta marca o término das alterações biológicas e fisiológicas.

2.4 - Breve Evolução da Sexualidade na Deficiência

Na década de 1960 uma mudança filosófica ocorreu no modo como as pessoas com deficiência mental eram vistas e tratadas, os "direitos" das pessoas com deficiência tornaram-se formalmente consagrados pela ONU na década de 1970. Esta declaração sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência conferiu o direito de autonomia individual e da pessoa,

independentemente da própria deficiência. Reflectindo essa mudança de paradigma, foram convocadas três reuniões significativas no início de 1970, onde a sexualidade das pessoas com DM foi formalmente discutida como um conceito para além da esterilização, segregação e/ou de eugenia (United Nations, 1975).

Assim, a década de 1970 foi centrada principalmente sobre o "direito de" e a necessidade para a educação sexual. A década de 1980 representou uma continuidade e consolidação dos programas de educação sexual com um crescente reconhecimento dos "direitos" reprodutivos. Como a área dos apoios sexuais para pessoas com DM se tornou mais proeminente, os serviços de deficiência começaram a reflectir esta via: a adopção de políticas e procedimentos formais. Na década de 1990, ocorreu uma grande mudança de paradigma como a verdade desconfortável das pessoas com DM como vítimas e agressores de abuso sexual (McCarthy, 1999). Este mesmo autor, também sugeriu que a década de 1990, se mudou em direcção a um foco positivo sobre relações de pessoas do mesmo sexo, relações de poder de género, consciência étnica e cultural e o trabalho de prevenção do HIV. No século XXI, Cambridge (2001) citou o desenvolvimento de edições especiais de revistas científicas relacionadas com questões sexuais e deficiência mental como parte de um discurso contínuo. Este discurso é moldado pela consciência permanente de abuso sexual, a articulação dos "direitos" e temas emergentes, tais como HIV, o consentimento e a sexualidade de homens e mulheres com DM (Cambridge et al., 2003).

2.5 - Direitos Sexuais da Pessoa Portadora de Deficiência Mental

Craft (1987) identificou seis principais direitos relacionados à sexualidade das pessoas com DM:

1º O direito de crescer, o que significa principalmente ser tratado com respeito e dignidade, adequado à sua condição de adultos.

2º O direito de saber, para ter acesso a tanta informação sobre os seus corpos e emoções e as de outras pessoas, formas adequadas de expressão sexual como eles podem absorver.

3º O direito à sua sexualidade, de uma forma que lhes permite fazer, manter e quebrar relacionamentos.

4º O direito de ser protegido contra o abuso sexual, em que a sociedade deve desenvolver políticas que iriam assegurar o relatório e o processo legal de tais casos.

5º O direito de expressar a sua sexualidade, mesmo que esta expressão não esteja de acordo com as atitudes e crenças pessoais dos seus educadores formais ou informais.

6º O direito de viver em ambientes humanos que lhes permitiria usar comportamentos socialmente adequados no local apropriado.

2.6 - Sexualidade e Deficiência Mental

As pessoas com deficiência são vistas sob um prisma paternalista e consideradas como crianças que necessitam de protecção, totalmente vazias ou indignas de impulsos sexuais e, como resultado, a sua sexualidade é considerado um assunto tabu. Assim, as relações entre os parceiros deficientes e não deficientes podem encontrar resistência social considerável (Hahn, 1981).

O portador de DM tem, como qualquer outra pessoa, o direito de expressar a sua sexualidade; é, portanto, não uma questão de generosidade dos mentalmente competentes para conceder às pessoas com deficiência mental este direito. Em essência, isto significa que todas as formas de sexualidade são para ser aceites, que são compatíveis com a dignidade humana (Held, 1992). Contudo, historicamente, as pessoas com DM foram caracterizadas como sendo negadas aos seus direitos sexuais. O comportamento preconceituoso e discriminatório da sociedade em geral percebe as pessoas com DM como “socialmente incompetentes”, “sexualmente desviantes” e “comportamentalmente desordenados” (Antonak et al., 1989).

Outros estudos sobre DM consideram estas pessoas como “moralmente doentias” e “sexualmente incontroláveis” (Bernstein, 1990); como “sexualmente anormais” (Katz & Lazcano-Ponce, 2008), “infantis” e “ingénuas” (Milligan & Neufeldt, 2001); e como “inocentes abençoados” que necessitam de protecção do impulso sexual (Blatt, 1987). Um outro mito bastante usual e generalizado refere-os como “assexuados” (Tharinger et al., 1990; Schor, 1987; Sundram & Stavis, 1994; Levy & Packman, 2004) ou como “eternas crianças” (Craft, 1983; Pueschel & Scola, 1988; Rhodes, 1993; Karellou, 2003). Ironicamente, um outro mito comum é que as pessoas com DM estão constantemente em busca da satisfação sexual ou têm anormalmente alto desejo sexual (Furey, 1994; Schor, 1987). A representação social abrange assim dois factores contraditórios, por um lado são considerados assexuados – têm ideia que a pessoa portadora de DM é desprovida de sexo, infantil e angelical, ou seja, não desenvolveram o interesse pela sua própria sexualidade, nem pela sexualidade dos outros (Swango-Wilson, 2008) e por outro lado são considerados hipersexuados – acreditam que têm uma sexualidade exagerada, exibicionista e animalesca. Este tipo de comportamento conduz a pessoa com DM para o isolamento, segregação e ignorância sobre os aspectos da sua sexualidade. Com base nos estereótipos, o desenvolvimento e a expressão saudável e normal da sexualidade nestes indivíduos é comprometida. Estes conceitos erróneos talvez ocorram devido ao facto dos indivíduos com deficiência mental serem pensados como tendo um juízo social limitado e, portanto, não têm capacidades para se envolverem em relações sexuais responsáveis (Maureen et al., 2001), apesar da sua função sexual estar tipicamente intacta.

A conduta sexual difere conforme o nível de deficiência apresentado pelos adolescentes. Aqueles que apresentam um grau profundo e severo não possuem uma autonomia e independência (Assumpção & Sprovieri, 2005), logo tal como em outras áreas, também no aspecto sexual os seus comportamentos e aquisições são limitados (Félix & Marques, 1995). Segundo os mesmos autores, as pessoas com DMP têm manifestações sexuais simples e auto-satisfatórias, e, por outro lado, mais desinibidas. Os classificados como nível moderado, possuem alguma possibilidade de relacionamentos interpessoais, porém, normalmente, com pouca duração e pouco específicos. Já aqueles que estão num nível mental ligeiro, parecem possíveis de ter relações interpessoais

com uma duração considerada normal e estável (Assumpção & Sprovieri, 2005). Apesar do nível de DM poder influenciar a capacidade de manifestar e de experienciar vínculos afectivo-sexuais, o problema deste indivíduo não se encontra na sua condição biológica ou no seu défice intelectual, mas sim no modo como a sociedade se comporta com a sexualidade no portador de DM. Ou seja, os problemas da sexualidade no indivíduo com deficiência não são causados pela deficiência em si mesma, mas pela maneira como as pessoas são vistas e tratadas (Shakespeare, 2003).

2.7 – Limitações da Vivência da Sexualidade da Pessoa com Deficiência Mental

Desde os anos 1970 a emergência de um discurso de direitos em torno da normalização e de papéis socialmente valorizados tem enfatizado que as pessoas com DM têm "os mesmos direitos fundamentais" que as outras pessoas (*Disability Discrimination Act*, 1992), incluindo o seu direito para expressar a sua sexualidade através de relacionamentos (McCabe, 1999).

A sexualidade é um aspecto essencial da personalidade e do senso de si mesmo, oferece uma porta de entrada para a intimidade que inclui sentimentos de conforto, segurança, apoio, amor e afecto. Para as pessoas com deficiência mental, as expressões da sexualidade podem tornar-se controversas (Whitehouse & McCabe, 1997).

As pessoas portadoras de DM são "obrigadas" a depararem-se muitas vezes com limitações de ordem social. Como a pessoa com deficiência mental se distancia dos padrões normalizados estabelecidos pela sociedade, é-lhe vedado o direito à sua sexualidade, uma vez que este comportamento só é "digno" daqueles que se inserem nessas categorias sociais; preferem separar ou retirar a sexualidade deste indivíduo do que tentar perceber que esta manifestação é abrangente a todo o ser humano, é um processo integrante de cada um de nós. Crescem, assim, sentimentos de repulsa, e receio envolvidos em preconceitos, que conseqüentemente irão repercutir-se no desenvolvimento psicosexual da pessoa com DM.

Segundo Duh (1999), os indivíduos com deficiência enfrentam mais dificuldade em conseguir a intimidade do que a população em geral, uma vez que são escassos os momentos de privacidade que lhes permitem criar vínculos afectivos com os demais, ou seja, apresentam interações e relações sociais limitadas devido ao facto de serem submetidos à superprotecção dos pais e de serem alvo de vigia na instituição. Quando estas pessoas são encontradas em manifestações públicas de afecto, ou a exhibir comportamentos masturbatórios na presença de outrem são, a maior parte das vezes, repreendidos pelo que estão a fazer e não pelo lugar em si. As pessoas ditas “normais” sentem-se incomodadas, e, por esta razão, criam a ideia de que a pessoa portadora de DM só pensa em sexo, tem a sua sexualidade bastante exacerbada assim como a masturbação é excessiva. Ora se a sexualidade faz parte de cada um de nós, e cada um a vivencia à sua maneira, a pessoa com deficiência não é excepção: responde a muitos dos mesmos estímulos sexuais e situações como fazem as pessoas sem DM (Mitchell et al., 1978). O que é necessário compreender é que pelo facto de estas pessoas serem acompanhadas a todo o instante, sendo poucos os momentos em que estão sozinhas, não criam a capacidade de estabelecer barreiras entre o que é público e o que é privado, pelo que, desde muito precocemente, esta deve ser uma questão a treinar, tal como acontece com o controlo dos esfíncteres, a alimentação ou mesmo o local onde dormem (Félix & Marques, 1995).

Um outro factor limitante refere-se ao facto de estas pessoas não terem a mesma facilidade em aceder a locais sociais que as restantes pessoas sem DM. As suas vidas são limitadas às condições familiares e institucionais, dificultando a sua normal integração na comunidade que resulta em comportamentos sociais impróprios, ou seja, como não têm as mesmas oportunidades e facilidades que os demais no estabelecer de convivências sociais, a própria socialização não é realizada de um modo correcto, pelo que assumem posturas que não são adequadas publicamente.

Em geral estes sujeitos não recebem educação e orientação sexual adequadas ou suficientes por parte dos Pais e Profissionais e como consequência, pode haver comprometimento do conhecimento em todas as áreas da sexualidade (McCabe, 1999; Servais et al., 2002; Galea et al., 2004; Murphy & O'Callaghan, 2004; citados por Healy et al., 2009), resultando num

aumento do risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis e aumento do risco de gravidez não planeada em comparação com aqueles que não têm DM (Cambridge, 1999; McCabe, 1999; Cheng & Udry, 2005; conforme citado em Healy et al., 2009). Szollos e McCabe (1995), citados por Bazzo et al. (2007), mostraram que os indivíduos com deficiência têm muitas vezes conhecimentos sexuais parciais, imprecisos e contraditórios, acreditando, por exemplo, que a relação sexual visa ferir as mulheres, que as mulheres podem dar à luz sem estarem grávidas, que a masturbação causa lesões, que os homens menstruam e que, no sexo heterossexual, o pênis normalmente penetra no ânus da mulher.

As pessoas com DM têm os mesmos direitos que os indivíduos sem deficiência. Segundo Yale, Rogers e Rogers (1998), referidos por Brown & Pirtle (2008), eles têm o direito de trabalhar, fazer amigos e serem parte integrante da comunidade, e, como tal, também têm o direito de tomar decisões sobre o seu comportamento sexual.

Podemos, então, afirmar que os problemas que estes indivíduos enfrentam são de ordem adaptativa e não de ordem biológica (Almeida, 2009), ou seja, o problema não está necessariamente nas pessoas com DM, mas no espaço de vida que a sociedade lhes oferece (Glat, 1992).

2.8 - Abusos Sexuais

Segundo Reynolds (1997) e *Child Abuse Prevention and Treatment Act* (2003), citados por Levy e Packman (2004), o abuso sexual refere-se a um acto forçado ou coagido da actividade sexual que pode consistir em toques indesejados ou relação sexual, exposição a materiais sexualmente explícitos ou actos sexuais, ou exibicionismo. Ou seja, um indivíduo deve demonstrar resistência activa ao ataque ou outras circunstâncias de responsabilidade reduzida, como a inconsciência, loucura, deficiência ou maturidade insuficiente para fazer uma escolha (Burt & Estep, 1981). Há um reconhecimento crescente de que as pessoas com deficiência, incluindo crianças e adolescentes com DM são particularmente vulneráveis ao abuso sexual (Levy & Packman, 2004;

Eastgate, 2005; Akbas et al., 2009). Estima-se que indivíduos com DM são vítimas em 4-10 vezes a taxa da população em geral (Morano, 2001) e mais de 90% irão sofrer algum tipo de abuso sexual durante as suas vidas (Furey, 1994).

Segundo Rosen (1984), citado por Nichy (1992), as pessoas com DM são mais susceptíveis a este tipo de violência devido a vários factores, tais como: as limitações físicas que complicam a legítima defesa; as limitações cognitivas que dificultam a avaliação da situação (segura ou perigosa); a vulnerabilidade devido ao escasso conhecimento sobre a sexualidade e sobre as relações humanas, incluindo a noção dos conceitos público e privado; a informação limitada sobre o abuso sexual; a impulsividade, a reduzida auto-estima, e fracas capacidades no poder de decisão, assim como a falta de momentos sociáveis que conduzem ao isolamento e há fragilidade. Contudo as pessoas com DM podem apresentar dificuldades adicionais para referir o abuso sexual, nomeadamente: dificuldades de comunicação, sentimentos de culpa, ameaça de abandono, separação potencial da família e tolerância de abuso a fim de ser aceite, receber recompensas ou, simplesmente, afeição (Furey, 1994; Tharinger, 1990).

2.9 - Esterilização

A liberdade sexual restrita foi realizada por uma série de medidas, incluindo a esterilização involuntária, abortos forçados, a pressão de submeter-se a laqueação das trompas, histerectomia, uso excessivo de contraceptivos de acção prolongada e perda da guarda da criança (Prillentsky, 2004).

Alguns Pais consideram a esterilização porque julgam que a conduta irrefletida das suas filhas vai resultar em abuso sexual ou que assim diminuiu o impulso sexual; outros receiam o fardo emocional e económico de criar um neto; pensam que a deficiência é transmitida para a próxima geração e receiam, também, o estigma social sobre a gravidez das suas filhas uma vez que consideram que o controlo e a supervisão não foi suficiente, culpabilizando, deste modo, os Pais (Roy, 2006). Estas preocupações são frequentemente combinadas com a crença de que a criança ou jovem adulto

nunca seria capaz de sustentar um casamento ou cuidar de uma criança (Patterson-Keels et al., 1994). Este mesmo autor sugere que cerca de metade dos Pais com filhos com DM tenham considerado ou iriam considerar a esterilização para o seu filho.

Apesar de muitos defensores apoiarem a proibição da esterilização involuntária, eles argumentam que, para ser coerentes com os princípios de normalização, os adultos com DM devem ter o direito de escolher a serem esterilizados, se eles forem capazes de tomar uma decisão informada e livre (Bass, 1978). A esterilização oferece tranquilidade à família, em que a vida sexual do filho portador de deficiência deixa de ser um assunto inquietante e perturbador para os Pais; contudo, a esterilização não oferece protecção contra o abuso sexual ou actividade sexual (Petchesky, 1979).

2.10 - Sexualidade e Religião

A sexualidade é fundada sobre preconceitos sexuais antigos, é um tema abordado de diversificadas maneiras entre as diferentes religiões. Desde a infância, por medo adquirido ou infligido, que o indivíduo aprende a perceber o sexo como pecado, algo nefasto e de origem pecaminosa. Este sentimento de pessimismo sexual perdura até aos dias de hoje.

A história da Igreja manifesta a dificuldade de compreensão e aceitação do facto de Deus se ter feito homem e ter assumido todas as dimensões da condição humana, vivendo em tudo igual a nós, excepto no “pecado” (Semen, 2006). O relacionamento sexual era expressamente proibido numa diversidade de situações quotidianas, como por exemplo, quando a mulher estava menstruada, até 40 dias após o nascimento dos filhos, enquanto dava de amamentar, durante a gravidez, entre outras (Greenberg et al., 1992). Na idade Média, a Igreja incentivava a castidade e o celibato, impondo estritas normas de conduta moral e social. Só a partir da segunda metade do século XVIII, o comportamento espontâneo deixa de ser inibido, ainda que discretamente as pessoas tomem nas suas mãos a condução das suas vidas (Costa, 2003). Ou seja, a igreja desenvolve um discurso repressivo sobre o corpo e a sexualidade (Semen, 2006).

A partir desta visão pejorativa, a sexualidade é considerada um tabu, um mal necessário, que deveria ser “fiscalizado”. A sexualidade promove o bem-estar emocional e psicológico do ser humano, contudo, partiu dos antigos conceber o sexo como fonte de auto-satisfação imediata, a procura do prazer. Por essa razão, sexualidade e religião são conflituosas e exclusivas: uma dispensa a outra. Quem vive intensamente a experiência religiosa dispensa a sexualidade e vice-versa (Santo, 1987). Só a partir do princípio do século XX é que a sexualidade passa a ser percebida como algo que não ocorre a partir do período em que ocorrem mudanças físicas e fisiológicas (puberdade), mas sim desde o início da vida de cada um de nós.

A religião cristã considera o corpo como sacramento da pessoa e não como um objecto; por outras palavras, considera a sexualidade inerente ao corpo, ou seja, antes de visualizar a sexualidade percebe primeiro o corpo e o que este significa. Advém, então, deste pensamento a recusa da satisfação sexual, compreendendo o sexo, única e exclusivamente, para procriação da espécie humana. Por esta mesma razão, esta religião do corpo condena por exemplo, o uso de preservativos ou qualquer outro método anticoncepcional, assim como comportamentos sexuais que se desviem dos padrões considerados “normais”. Resultando em sentimento de vergonha, e marginalização. Esta sociedade tende a ser mais preconceituosa quando se refere a mulheres, a pessoas com deficiência ou homossexuais: para nos aproximarmos à imagem e semelhança de Deus, a expressão sexual tem e deve ser escondida.

Neste capítulo abordamos, inicialmente, os aspectos gerais subjacentes ao tema da sexualidade, assim como os diferentes estágios psico-sexuais e as várias fases do desenvolvimento sexual da criança com DM até atingir a fase adulta; unimos os dois conceitos: sexualidade e DM, em que mencionamos os principais direitos sexuais dos indivíduos com DM, referimos também os principais factores que dificultam o normal desenvolvimento sexual destas pessoas, e decidimos, desta forma, fazer uma breve referência aos abusos sexuais e à esterilização; terminamos com o tema sexualidade e religião.

CAPÍTULO III: ATITUDES

3.1 - Atitudes: Conceito

A atitude é uma tendência, relativamente estável e duradoura, que possibilita que a pessoa tenha um certo comportamento em relação a pessoas, objectos, instituições ou acontecimentos (Chaplin, 1981), ou seja, é uma espécie de avaliação criada pelo indivíduo em que irá reagir positiva ou negativamente, em relação a determinado assunto.

Os valores influenciam as atitudes, e estas, naturalmente, influenciam o comportamento (Homer & Kahle, 1988), e conseqüentemente, podem influenciar o estilo de supervisão e as decisões tomadas das pessoas que trabalham com indivíduos com DM (Brantlinger, 1988).

Segundo Rosenberg e Hovland (1960), referidos por Moliner e Tafani (1997), as respostas de um sujeito sobre um objecto de atitude podem ser divididas em três classes: cognitivo (as respostas referem-se às informações ou crenças que o sujeito tem sobre o objecto da atitude), afectivo (as respostas referem-se aos sentimentos ou emoções que desperta no sujeito) e comportamental (as respostas referem-se aos comportamentos ou às intenções comportamentais que o sujeito exhibe com respeito a ele. Ou seja, a atitude é construída por três aspectos: pelo sujeito que manifesta a atitude, pelo objecto perante o qual a atitude é manifestada, e pelo contexto em que a atitude é manifestada (Ramos, 2005). Então, por exemplo, quando um sujeito expressa a sua opinião sobre determinado objecto, Moscovici (1961), citado por Moliner e Tafani (1997), refere que o sujeito já construiu, antecipadamente, algum tipo de representação sobre o mesmo objecto.

As atitudes podem ser favoráveis ou desfavoráveis relativamente a pessoas, objectos ou acontecimentos. Todo o juízo ou valor que desenvolvemos estão intimamente ligados a factos antecedentes. Desta maneira, há quatro funções primordiais das atitudes (Katz, 1974, referido por Albuquerque & Ramos, 2007):

- **Conhecimento:** as atitudes ajudam as pessoas a compreender o mundo envolvente, organizando o seu complexo sistema de estímulos e tornando-o mais simples.

- Ego defensivo: as atitudes ajudam os sujeitos a proteger a sua auto-estima, visto que podem “encobrir” verdades sobre os outros ou sobre si próprios.
- Adaptativa: as atitudes permitem atingir e manter o ajustamento social e evitar as distâncias sociais.
- Expressão de valores: as atitudes ajudam os sujeitos a expressar os seus valores fundamentais ao reflectir a individualidade de cada indivíduo, ou seja, as suas crenças, valores, normas e sentimentos.

3.2 - Atitudes Face à Sexualidade na Deficiência Mental

Glat (1992) refere que todos aqueles que se afastam dos padrões de normalidade estabelecidos pela sociedade, não são incluídos no grupo social uma vez que não se identificam com o mesmo. Assim os indivíduos “diferentes” são colocados à margem sofrendo a discriminação dos “normais”. A sociedade vê a pessoa com DM numa posição inferior, em que acreditam que esta não é capaz de obedecer e cumprir às expectativas “normais” de vida (Foster-Fishman et al., 2007). Além disso, as atitudes das pessoas ditas “normais” face à sexualidade das pessoas com DM tem sido historicamente desfavorável (Lesseliers & Van Hove, 2002), talvez porque, segundo Spiecker e Steutel (2002), citados por Brown e Pirtle (2008), muitas vezes os indivíduos com DM não são considerados como sendo adultos. Contudo, estas atitudes têm progredido ao longo do tempo (Yool, et al., 2003; Cuskelly & Bryde, 2004).

Segundo alguns autores (conforme citado em Hamilton, 2009), as pessoas com DM são vistas como:

- Pessoas que não têm desejo de ter actividade sexual.
- Pessoas que não podem (biologicamente) funcionar na área sexual.
- Pessoas que falta o discernimento necessário apropriado que será responsável pelo seu comportamento sexual.

Deste modo, Monat-Haller (1986), citado por Brown e Pirtle (2008), refere que a expressão da sexualidade é assim inibida, restrita, e definida por regras sociais que não reconhecerá facilmente a população como tendo

deficiência mental positiva, e desenvolvimento sexual responsável. Assim, segundo Kempton (1983), citado por Félix (2003) e Morgenstern (1980), referido por Ramos (2005), as diferentes atitudes face à sexualidade das pessoas portadoras de deficiência mental podem ser reduzidas a três categorias:

- Eternas Crianças:

Uma primeira atitude considera as pessoas portadoras de DM como eternas crianças, merecedoras de piedade, pelo que devem ser tratadas com benevolência. Esta atitude paternalista considera a sexualidade nas pessoas portadoras de DM como inexistente; se existe, apesar de tudo, há que negá-la e sublimá-la.

- Seres Sub-Humanos:

Uma segunda atitude considera-as como seres humanos inacabados ou grosseiros. Assim, as pessoas com DM são seres sub-humanos, mais próximos dos instintos dos animais do que dos seres humanos e devem, por isso, permanecer reclusas. Quando ocorrem comportamentos sexuais, as reacções são, na generalidade, de medo e de repulsa.

- Pessoas em Desenvolvimento:

Esta terceira atitude, considera as pessoas com DM como pessoas em desenvolvimento, muito mais lento que o normal mas, em desenvolvimento. Esta atitude valoriza os comportamentos sexuais das pessoas portadoras de DM, considerando-as pessoas em desenvolvimento, propondo plenos direitos em todas as áreas da vida, incluindo a sexual.

3.3 - Atitudes dos Pais e Profissionais Face à Sexualidade na Deficiência Mental

Segundo Kempton (1983), citado por Félix (2003), tanto a sexualidade como a DM desponta atitudes variadas, por parte dos Pais e dos Profissionais, que tendem a reprimir a sexualidade das pessoas portadoras de DM. A normalização tem proporcionado aos indivíduos com deficiência momentos para poderem usufruir do prazer das práticas sexuais (Chamberlain et al., 1984). No entanto, devido a esta normalização, segundo estes mesmos autores, os Pais e Profissionais receiam o aumento do risco de abuso sexual, doenças sexualmente transmissíveis, assim como uma gravidez indesejada.

São alguns os estudos que têm considerado as atitudes dos Pais e dos Profissionais face à DM (Brown, 1994; Owen et al., 2000; Oliver et al., 2002; Cuskelly & Bryde, 2004; Bazzo et al., 2007; Hosseinkhanzadeh et al., 2012). Estes estudos concluíram que os Profissionais e os Pais adoptam atitudes diferentes; os profissionais, tipicamente, apresentam comportamentos razoavelmente liberais (Bazzo et al., 2007; Cuskelly & Bryde, 2004), enquanto que os Pais têm opiniões menos positivas, ou seja, mais conservadoras (Brown, 1994; Rose & Jones, 1994; Cuskelly & Bryde, 2004), em que os Pais com maior idade tendem a ser os mais conservadores nos seus pontos de vista (Rose & Jones, 1994). Tal conflito de atitudes, entre Profissionais e Pais, é susceptível de conduzir alguma confusão às pessoas portadoras de DM.

Os Pais, apesar de compreenderem a importância de fornecer educação sexual aos seus filhos, muitas vezes têm um excessivo cuidado e evitam ou atrasam esse assunto até aos anos do ensino médio (Isler et al., 2009). Este motivo é justificado através dos receios dos Pais de gerar ideias que podem levar à experimentação, à negação do desenvolvimento de sexualidade dos seus filhos; também a falta de conhecimentos e habilidades sobre a melhor forma de apresentar este tipo de informação estão entre os muitos obstáculos que os Pais enfrentam no papel de educador sexual (Ballan, 2001). Além disso, os Pais podem não se sentir à vontade usando os termos específicos anatómicos e descrições gráficas que podem ser necessários para alguém com DM entender a mecânica da actividade sexual (Hingsburger, 1990). É comum que os Pais estejam preocupados com a perda da inocência dos seus filhos ou que seja estimulada a curiosidade sobre o sexo (Smith et al., 1995). Este

mesmo autor considera que alguns Pais de crianças com DM pensam que educá-las sobre a sexualidade irá promover um comportamento sexual; outros Pais assumem que o seu filho com DM é um ser assexuado e por isso, não necessita de educação sexual. Contudo, a educação sexual é essencial para dar a conhecer a sexualidade à criança, e conseqüentemente, para o seu correcto desenvolvimento (Guest, 2000). Os Pais têm dificuldade em compreender que apesar de fornecerem ou não informação sobre este tema, os seus filhos vão ter sentimentos de cariz sexual iguais aos adolescentes ditos “normais” (Greydanus et al., 2002).

Como os Pais evitam falar sobre sexualidade, os seus filhos portadores de DM não irão receber informação adequada. As pessoas com deficiência não têm um conhecimento tão vasto como o resto da comunidade sobre a temática da sexualidade, muito pelo contrário, têm falta deste. Isto acontece porque muitas vezes são afastados dos outros da sua idade; uma vez que não têm oportunidades sociais como os demais para misturar-se nas suas actividades e conseguir, assim, aprender sobre a sua sexualidade, ou ter uma experiência sexual (Berman et al., 1999). Portanto, é evidente a falta de educação sexual (Ballan, 2001) e, conseqüentemente, os indivíduos com DM podem ter um entendimento comprometido de consentimento sexual (McCarthy & Thompson, 1997; O’Callaghan & Murphy, 2007; conforme citados por Healy et al., 2009).

Dukes e McGuire (2009), referido por Healy et al. (2009), mostraram que a educação sexual adaptada e prestada de forma individual ao individuo com DM resulta numa melhoria na tomada de decisão sobre relações sexuais. No entanto, apenas metade das pessoas com DM recebem realmente educação sexual (Murphy, 2003; Murphy & O’Callaghan, 2004; citados por Healy et al., 2009).

Os Pais quando fornecem informações sobre a sexualidade sentem, várias vezes, que não têm conhecimento apropriado para tal e acabam por possuir valores diferentes sobre a realidade da sexualidade dos seus filhos (Ballan, 2001). Os Pais estão, assim, diante de duas possibilidades: podem aceitar as mudanças provenientes da puberdade, dentro, claro, da realidade da deficiência e lidar de maneira adaptada com ela ou considerá-los anjos, puros e assexuados, de modo que a sua expressão sexual seja omitida, procurando, assim, evitar os problemas que qualquer mudança provoca, embora, com isso,

impeçam também a expressão de uma das formas de humanidade (Assumpção & Sprovieri, 2005).

Por sua vez os Profissionais foram identificados, por McCarthy e Thompson (1997), Walcott (1997) e Wilcox (2001), citados por Swango-Wilson (2008), como importantes para as experiências sociais e de identidade sexual formada pelo indivíduo com DM. São raras as vezes em que os Profissionais deixam a pessoa portadora de DM sozinha, desta forma, apesar de estar fora do contexto familiar, o seu desenvolvimento quer social como sexual encontra-se limitado. Consequentemente, segundo Shepperdson (1995) e Halstead (2002), citados por Swango-Wilson (2008), também limita a capacidade de tomada de decisão social, referente às relações boas e más. Contudo, por vezes, as atitudes face à sexualidade variam na própria equipa, e como tal, para Keitner e Grof (1981), citados por McConkey e Ryan (2001), as pessoas com DM têm que adaptar-se às diversas atitudes da equipa, acrescentando assim a confusão a um problema já em si complexo.

Nas décadas de 70 e 80 alguns estudos (Meyen & Tetish, 1971; Deisher, 1973; Mulhern, 1975; Mitchell, Doctor & Butler, 1978; Saunders, 1979; Shaddock, 1979; Walter, 1980; Sebba, 1981; Adams, Tallon & Alcorn, 1982, conforme citados por Félix, 2003), concluíram que a frustração sexual das pessoas portadoras de DM contribuiu, de forma significativa, para os seus problemas de adaptação:

- Na maioria das instituições, a única expressão da sexualidade permitida é a masturbação e todos os outros comportamentos sexuais são recusados e considerados inaceitáveis, incluindo o mero contacto superficial.
- Os directores têm atitudes mais liberais do que os prestadores de cuidados directos; no entanto, não se compreende a discrepância entre estas atitudes, mais tolerantes e a realidade concreta das instituições.
- As atitudes dos Profissionais em contacto directo com as pessoas portadoras de DM são mais conservadoras do que as dos especialistas.
- As atitudes dos Profissionais face à sexualidade das pessoas portadoras de DM constituem, maioritariamente, um reflexo dos seus valores pessoais;
- As atitudes dos Profissionais dependem de factores como a idade, o nível de formação e tipo de ocupação.

Portanto, a maioria dos Profissionais aceitam certos comportamentos sexuais nos indivíduos com DM, nomeadamente: a masturbação, abraços e beijos breves (Owen et al., 2000). Contudo, o mesmo autor, refere que a desaprovação aumenta quanto maior o grau de intimidade do contacto sexual das pessoas com DM. Apesar de existir certa “permissão” nos comportamentos sexuais, em geral, os Profissionais consideram que as pessoas com DM não devem ser encorajadas para a prática sexual (Craft & Craft, 1981), uma vez que temem um comportamento sexual inadequado e a incapacidade de cumprir com os padrões sociais de comportamento sexual (Heyman & Huckle, 1995; Lumley & Scotti, 2001).

O corpo desempenha um papel essencial da obtenção da consciência de si mesmo, uma vez que a sexualidade é relação, contacto, satisfação e sofrimento, na maioria das vezes vivida por meio do corpo (Assumpção & Sprovieri, 2005).

As práticas sociais, dadas pelos Profissionais, possibilitam que as pessoas com DM limitem o seu espaço pessoal, em que aprendem a distinguir quais os comportamentos certos e errados que podem transgredir essa linha pessoal (McConkey & Ryan, 2001). Apesar disso, Craft (1994), citado por McConkey & Ryan (2001), considera que os Profissionais podem influenciar de um modo inconsciente o comportamento da pessoa com DM (através do ambiente social que é estabelecido e das palavras proferidas como das não proferidas).

As atitudes dos Profissionais em relação à sexualidade das pessoas com DM parecem estar relacionadas com factores como: a idade (Murray & Minnes, 1994; Oliver et al., 2002; Cuskelly & Bryde, 2004), em que foram encontradas atitudes mais conservadoras nas pessoas com mais idade (Oliver, 2002; Cuskelly & Bryde, 2004); a sua profissão (Murray & Minnes, 1994), em que as atitudes mais liberais estão relacionadas quanto maior o nível de formação (Murray & Mines, 1994) e naqueles que não têm contacto directo com a DM (Murray et al., 1995, citados por Bazzo et al., 2007); e segundo Brantlinger (1983) e Trudel e Desjardins (1992), referidos por Auno e Feldman (2002), a religião, o tipo de instituição, o número de vezes que estão com os seus clientes também são factores influentes nas atitudes. Além disso, as atitudes dos Profissionais foram consideradas mais desfavoráveis no que diz

respeito à sexualidade das pessoas com DM do que para a sexualidade das pessoas com outros tipos de limitação (Dupras et al., 1984; Trudel & Desjardins, 1992, citados por Aunos & Feldman, 2002). Os homens e as mulheres apresentam atitudes praticamente semelhantes face à sexualidade e deficiência (Cuskelly & Bryde, 2004; Cuskelly & Gilmore, 2007, Kamapalan & Li, s.d).

As crianças com DM aprendem o comportamento sexual apropriado através da repetição e modelos (Ballan, 2001), e como resultado, as pessoas com DM tendem a reflectir as atitudes negativas dos Profissionais e dos familiares (Cuskelly & Bryde, 2004). Não podemos esquecer que a sexualidade é importante para a saúde física, psicológica e social do indivíduo (Lunsky & Konstantareas, 1998), e se for debatida, várias vezes, de uma forma aberta as conversas tornam-se simples e claras, em que as informações são transmitidas, para todos, de um modo eficiente e fácil (Murphy & Young, 2005).

Neste capítulo, primeiramente, abordámos o conceito de atitude para depois referímos as atitudes face à sexualidade na DM, em que estas pessoas, basicamente, são vistas como eternas crianças, sub-humanas ou pessoas em desenvolvimento; terminámos com as atitudes dos Pais e Profissionais face à sexualidade na DM, em que, resumidamente, as atitudes podem ser influenciadas pela idade, tipo de instituição em que trabalham, profissão e religião; pelos estudos encontrados verificámos que os Pais adoptam atitudes mais conservadoras e protectoras, enquanto que os Profissionais tendem a apresentar comportamentos liberais sendo mais indulgentes.

PARTE 2 - ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO IV - METODOLOGIA

4.1 - Objectivos do Estudo

Com o presente estudo pretendemos conhecer as atitudes dos Pais e as atitudes dos Profissionais face à sexualidade do indivíduo com DMP.

4.2 - Caracterização da Amostra

A Cooperativa de Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Oliveira de Azeméis (CERCIAZ) é constituída por um total de 47 Profissionais (9 homens e 38 mulheres) e 139 tutores legais (85 homens e 54 mulheres). Neste estudo utilizamos a designação Pais, mas não podemos esquecer que apesar de desempenharem o papel de pais são na realidade tutores legais, ou seja, podem ser os pais biológicos, algum familiar ou mesmo pessoas nomeadas pelo tribunal que ficaram responsáveis pelo indivíduo em questão. A amostra do estudo foi constituída por 35 Profissionais e 38 Pais de sujeitos da CERCIAZ, perfazendo um total de 73 sujeitos.

Tabela 1 – Caracterização da Amostra de Profissionais e Pais						
	Profissionais			Pais		
		N	%		n	%
		35	74,4%		38	27,3%
Idade (anos)	\bar{X} =35,60 DP=13,415			\bar{X} =50,11 DP=12,141		
[20-30[		14	40,0		3	7,8
[30-40[		9	25,9		5	13,1
[40-50[		8	23,1		8	20,9
[50-60[		2	5,8		16	42,0
[60-70[		1	2,9		4	10,4
[70-80[		1	2,9		2	5,2
Sexo						
Feminino		26	74,3		17	44,7
Masculino		9	25,7		21	55,3
Estado Civil						
Solteiro(a)		15	42,9		7	18,4
Casado(a)		15	42,9		25	65,8
Viúvo(a)		-	-		3	7,9
Separado/Divorciado(a)		2	5,7		2	5,3
União de facto		3	8,6		1	2,6
Habilitações Literárias						
Sem escolaridade		1	2,9		8	21,1
Ensino Básico		3	8,6		16	42,1
Ensino Secundário		18	51,4		14	36,8
Ensino Superior		13	37,1		-	-
Formação base						
Professor/a		1	2,9		-	-
Psicólogo/a		1	2,9		-	-
Técnico/a de Serviço Social		2	5,7		-	-
Terapeuta Ocupacional		1	2,9		-	-
Fisioterapeuta		2	5,7		-	-
Outro		28	80,0		-	-
Nível sócio-económico						
≤ 350€		9	25,7		6	15,8
351 a 500€		3	8,6		13	34,2
501 a 750€		11	31,4		12	31,6
751 a 1000€		3	8,6		4	10,5
+ de 1000€		9	25,7		2	5,3

Cont. Tabela 1 – Caracterização da Amostra de Profissionais e Pais						
	Profissionais			Pais		
		n	%		n	%
Religião		35	74,4%		38	27,3%
Católica		33	94,3		38	100,0
Evangelista		2	5,7		-	-
Praticante						
Sim		21	60,0		25	65,8
Não		14	40,0		13	34,2
Número de filhos						
1		-	-		5	13,2
2		-	-		21	55,3
3		-	-		8	21,1
4		-	-		2	5,3
5		-	-		1	2,6
8		-	-		1	2,6
Número de filhos com deficiência						
1		-	-		33	86,8
2		-	-		4	10,5
4		-	-		1	2,6
Tipo de deficiência						
Inata		-	-		36	94,7
Adquirida		-	-		2	5,3
Ordem do deficiente na fratria						
1º		-	-		18	47,4
2º		-	-		15	39,5
3º		-	-		1	2,6
1º e 3º		-	-		1	2,6
4º e 5º		-	-		1	2,6
1º, 2º, 3º e 4º		-	-		1	2,6
2º e 6º		-	-		1	2,6
Tempo de integração na instituição (anos)						
1		-	-		1	2,6
2		-	-		1	2,6
3		-	-		2	5,3
5		-	-		1	2,6
7		-	-		2	5,3
8		-	-		2	5,3
9		-	-		1	2,6
10		-	-		3	7,9
11		-	-		2	5,3
12		-	-		3	7,9

Cont. Tabela 1 – Caracterização da Amostra de Profissionais e Pais						
	Profissionais			Pais		
		n	%		n	%
		35	74,4%		38	27,3%
13		-	-		1	2,6
15		-	-		2	5,3
18		-	-		1	2,6
19		-	-		1	2,6
20		-	-		7	18,4
22		-	-		1	2,6
23		-	-		1	2,6
24		-	-		1	2,6
27		-	-		1	2,6
30						
32		-	-		1	2,6
23 e 12		-	-		1	2,6
22, 20, 19 e 18		-	-		1	2,6
Tempo de trabalho na área (anos)						
< 1 ano		10	28,6		-	-
1		1	2,9		-	-
3		2	5,7		-	-
7		1	2,9		-	-
10		3	8,6		-	-
11		3	8,6		-	-
13		2	5,7		-	-
14		1	2,9		-	-
18		1	2,9		-	-
19		1	2,9		-	-
20		4	11,4		-	-
21		2	5,7		-	-
22		2	5,7		-	-
26		1	2,9		-	-
27		1	2,9		-	-
Contacto com o deficiente (horas/semana)						
5		1	2,9		-	-
6		1	2,9		-	-
11		2	5,7		-	-
25		1	2,9		-	-
35		12	34,3		-	-
37		4	11,4		-	-
38		8	22,9		-	-
40		6	17,1		-	-
Familiar com deficiência						
Sim		7	20,0		-	-
Não		28	80,0		-	-
Tipo de deficiência						
Profunda		2	5,7		-	-
Ligeira		5	14,3		-	-

Na tabela 1 podemos verificar que a amostra do nosso estudo é constituída por 73 sujeitos: 35 Profissionais e 38 Pais. Relativamente à **idade** dos Profissionais podemos afirmar que esta tem uma média de 35,60 anos e um desvio padrão de 13,415 anos, em que a maioria dos sujeitos pertence à classe [20-30[anos ($n=14=40,0\%$). A idade dos Pais apresenta uma média de 50,11 anos e um desvio padrão de 12,141 anos, em que a maioria dos sujeitos tem uma idade que se enquadra na classe [50-60[anos ($n=16=42,0\%$). De um modo geral, podemos então constatar que os Profissionais são mais jovens do que os Pais.

Relativamente à variável **sexo**, no grupo dos Profissionais existe um predomínio de elementos do sexo feminino comparativamente ao sexo masculino ($n=26=74,3\%$ e $n=9=25,7\%$, respectivamente); e no grupo dos Pais há um maior número de elementos do sexo masculino ($n=21=55,3\%$) do que do sexo feminino ($n=17=44,7\%$).

Nos Profissionais predomina o **estado civil** de solteiro e de casado com a percentagem de 42,9% ($n=15$), enquanto que nos Pais predomina um único estado civil que é o de casado ($n=25=65,8\%$).

No que diz respeito à **escolaridade** 51,4% dos Profissionais ($n=18$) frequentou o ensino secundário, enquanto que no grupo dos Pais verifica-se uma maior percentagem com o ensino básico ($n=16=42,1\%$), sendo que no grupo de Profissionais, no que concerne à formação base, 80,0% ($n=28$) corresponde a outras (em que a maioria são enfermeiros e auxiliares).

Relativamente ao **nível sócio-económico**, observamos que o intervalo mais frequente é o de 501 a 750€ para os Profissionais ($n=11=31,4\%$), enquanto o intervalo mais frequente para os Pais é o de 351 a 500€ ($n=13=34,2\%$). Nesta variável ocorreu uma não resposta por parte do grupo dos Pais.

Em relação à variável **religião**, verifica-se um predomínio da religião Católica nos dois grupos: no grupo Profissionais a percentagem é de 94,3% ($n=33$), sendo que 5,7% ($n=2$) correspondem à religião Evangelista. No grupo de Pais, a percentagem é de 100,0% ($n=38$) para a religião Católica. Relativamente à prática da Religião verificou-se uma percentagem semelhante em ambos os grupos ($n=21=60\%$ nos Profissionais e $n=25=65,8\%$ nos Pais).

Relativamente ao **número de filhos**, 55,3% dos Pais (n=21) têm dois filhos e em 86,8% dos casos (n=33) existe um filho com deficiência. A deficiência é inata em 94,7% dos casos (n=36), e em 5,3% (n=2) é adquirida, sendo de realçar que em 47,4% dos casos (n=18), o primeiro filho nasce com esta patologia.

O **tempo de integração na instituição** varia entre 1 a 32 anos, em que 18,4% dos Pais (n=7) refere que os filhos estão integrados há 20 anos.

Em relação ao **tempo de trabalho dos Profissionais na área da deficiência**, este varia entre o número de meses até 27 anos, em que 28,6% dos Profissionais (n=10) efectua a sua actividade profissional há menos de 1 ano.

O **número de horas semanais** em que os Profissionais estão em contacto com a pessoa com deficiência é de 35 horas (n=12=34,3%), variando entre 5 e 40 horas.

Quanto à existência de um **familiar portador de deficiência mental**, 80,0% dos Profissionais (n=28) não tem e 20,0%(n=7) tem um familiar portador de deficiência, em que em 14,3% dos casos (n=5) apresentam deficiência mental ligeira e 5,7% dos casos (n=2) apresentam deficiência mental profunda.

Encontram-se no anexo 1 (Pais) e 2 (Profissionais) as tabelas de frequência para cada um destes itens.

4.3 - Variáveis

No nosso estudo usamos como variável dependente as atitudes face à sexualidade na DM e como variáveis independentes consideramos a idade, o género, as habilitações literárias, o estado-civil, e o nível sócioeconómico. Consideramos, também, a variável religião nos dois questionários (Pais e Profissionais) por julgarmos ser um factor influente nas atitudes face à sexualidade. No grupo dos Pais consideramos outras variáveis, nomeadamente: o número de filhos, o número de filhos com deficiência, o tipo de deficiência, a ordem do deficiente na fratria e o tempo de integração do filho na instituição; no grupo dos Profissionais as variáveis são: a formação de base, os anos de actividade profissional na deficiência, o número de horas, por

semana, de contacto com o deficiente, a existência de familiares com deficiência e o tipo de deficiência.

4.4 - Instrumentos Utilizados

Para a recolha de dados utilizamos dois questionários, um para os Pais e outro para os Profissionais, ambos de auto-preenchimento e de resposta rápida. Por se tratar de um assunto delicado, privilegiamos o anonimato, por respeito à intimidade de cada um, e permitindo, assim, liberdade de resposta.

O questionário aplicado aos Pais é da autoria do Dr. António Martins, Psicólogo, licenciado pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa. Este encontra-se dividido em duas partes: a primeira parte refere-se à caracterização sócio demográfica e inclui dados sóciodemográficos, nomeadamente: idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, nível socioeconómico, número de filhos, religião e dados referentes à deficiência (número de filhos com deficiência, tipo de deficiência, ordem do deficiente na fratria, e o tempo de integração do filho na instituição); a segunda parte diz respeito ao “pensamento” dos Pais em relação à sexualidade dos filhos portadores de DM. Para as suas respostas têm 3 opções: concordo, nem concordo/nem discordo e discordo. Nesta parte o questionário original era constituído por 17 itens, contudo excluímos os últimos 4 itens por se direccionarem à instituição para a qual o questionário foi inicialmente elaborado, perfazendo assim um total de 13 itens. Este questionário é unicamente descritivo, e, por ter sido desenvolvido e aplicado num local institucional para Pais com filhos com deficiência mental, não está “ajustado” para a população portuguesa.

O questionário dos Profissionais que utilizámos foi desenvolvido por Ivone Félix, e encontra-se também dividido em duas partes: a primeira parte refere-se à caracterização sócio demográfica e inclui dados sóciodemográficos: idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, formação, nível socioeconómico, religião e dados referentes à deficiência, tais como: tempo de trabalho na área, contacto com a pessoa com deficiência, existência ou não de

um familiar com deficiência e tipo de deficiência. A segunda parte é composta por uma Escala de Atitudes – *Sexuality and Mentally Retarded Attitudes Inventory* (SMRAI) que estuda as atitudes dos Profissionais face à sexualidade das pessoas portadoras de DM. Esta escala é constituída por 40 itens, perfazendo duas sub-escalas: a primeira avalia as atitudes dos Profissionais face à sexualidade em geral (itens 1, 2, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 14, 17, 18, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 31 e 37) e a segunda avalia as atitudes dos Profissionais face à sexualidade das pessoas com DM (itens 3, 4, 8, 12, 13, 15, 16, 19, 23, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 38, 39 e 40). A escala é do tipo *Likert* de 5 pontos: 1 = Concordo totalmente; 2 = Concordo; 3= Indeciso/a; 4 = Discordo; 5 = Discordo totalmente. Depois do seu preenchimento, é possível avaliar as atitudes de cada sujeito através de quatro categorias através da seguinte escala:

- Entre 40 e 80: atitude muito conservadora;
- Entre 81 e 120: atitude conservadora;
- Entre 121 e 160: atitude liberal;
- Entre 161 e 200: atitude muito liberal.

Contudo, para obter esta pontuação, é necessário alterar os valores da escala, modificando a pontuação de alguns itens, nomeadamente: (2, 5, 7, 8, 12, 13, 15, 16, 18, 19, 29, 32, 36, 39 e 40, em que o valor 5 (discordo completamente) passa a 1 (concordo completamente), o valor 4 (discordo) passa a 2 (concordo), o valor 2 (concordo) passa a 4 (discordo) e o valor 1 (concordo completamente) passa a 5 (discordo completamente)).

Brantlinger, autora da escala, em 1983 encontrou um valor de Alpha de Cronbach=0,95, e Holmes e Rose, em 1991 (conforme citado em Albuquerque e Ramos, 2007), um valor de 0,883. Mais tarde, em 1994, Murray e Mines analisaram a consistência interna da sub-escala que avalia as atitudes dos profissionais face à sexualidade das pessoas com DM (Alpha de Cronbach=0,85). Esta escala foi traduzida e adaptada por Ivone Domingues Félix a partir da versão inglesa, que a analisou quanto à validade interna. Por não saber se a escala tinha sido utilizada numa população nacional calculou os valores de Alpha de Cronbach para a escala total ($\alpha=0,8862$) e para as duas sub-escalas: atitudes face à sexualidade em geral ($\alpha=0,8073$) e atitudes face à sexualidade das pessoas com DM ($\alpha=0,8170$).

4.5 - Procedimentos

A partir do interesse inicial sobre o tema: “Vivência da sexualidade no deficiente mental – Atitudes dos Pais e atitudes dos Profissionais”, seguiu-se uma pesquisa bibliográfica com certos parâmetros de busca, nomeadamente: sexualidade, DM e atitudes, para assim recolher conhecimentos disponíveis na área. Através desta pesquisa, verificámos que é reduzida a existência de estudos nesta área, dificultando, assim, o nosso estudo.

Após esta etapa, procedemos à procura de uma associação ou instituição para aplicar os questionários para avaliar as atitudes dos Pais e Profissionais face à sexualidade da pessoa portadora de DM. A aplicação da escala de atitudes para os Profissionais (Anexo 3) foi previamente autorizada pela autora a 31 de Outubro de 2011 (Anexo 4). Não conseguimos contactar o autor do questionário dos Pais (Anexo 5), logo não obtivemos a sua autorização para a sua aplicação; apesar do sucedido consideramos importante continuar com o nosso trabalho utilizando estes questionários para os Pais.

Por ser totalmente vantajoso, optámos pela CERCIAZ, uma vez que se encontra na nossa área de residência; solicitámos de um modo informal (não sendo necessário um pedido formalizado assinado pela aluna e pela orientadora) a sua permissão para proceder à entrega dos questionários. Concedida a autorização a 4 de Outubro de 2011, a CERCIAZ requereu apenas uma carta escrita para entregar aos Pais, explicando o motivo do questionário e solicitando a sua colaboração a 11 de Outubro de 2011 (Anexo 6).

Em seguida, procedemos à entrega dos questionários a 8 de Novembro de 2011 e a recolha final foi feita a 30 Março de 2012.

4.6 – Procedimentos Estatísticos

A análise dos dados foi realizada através do programa SPSS 17 (*Statistical Package for Social Sciences*). Na caracterização da amostra para Pais e Profissionais construímos tabelas de frequência com o número de observações e a percentagem correspondente para cada uma das variáveis independentes. Nas variáveis de natureza quantitativa (idade) consideramos a média como medida de tendência central e o desvio padrão como a medida de dispersão.

Tanto no questionário dos Pais (cujas respostas são “concordo”, “nem concordo/nem discordo”, e “discordo”) como dos Profissionais (cujas respostas são “concordo totalmente”, “concordo”, “indeciso(a)”, “discordo” e “discordo totalmente”), ambos com variáveis de natureza qualitativa, construímos uma tabela de frequências para cada uma registando de igual modo o número de observações e a respectiva percentagem. Contudo, como a tabela dos questionários dos Profissionais era muito complexa, decidimos simplificar a mesma construindo uma nova tabela de frequências; assim, optámos por analisar em conjunto as respostas “concordo/concordo totalmente” e “discordo/discordo totalmente”, em que tendo como base a primeira tabela de frequência dos profissionais somamos os respectivos números de observações e percentagens.

Seguidamente procedemos à apresentação dos resultados obtidos, segundo a classificação de Ivone Félix relativo às atitudes dos Profissionais face à DMP. Calculámos as pontuações para cada um dos 35 Profissionais com os respectivas modificações nos valores de alguns itens (nº 2, 5, 7, 8, 12, 13, 15, 16, 18, 19, 29, 32, 36, 39 e 40, em que o valor 5 (discordo completamente) passa a 1 (concordo completamente), o valor 4 (discordo) passa a 2 (concordo), o valor 2 (concordo) passa a 4 (discordo) e o valor 1 (concordo completamente) passa a 5 (discordo completamente)). Depois somámos individualmente cada um dos resultados, e, conforme as pontuações e classificações já estabelecidas, categorizamos os resultados e efectuamos uma tabela de frequências com o número de observações e respectiva percentagem para cada classificação

Posteriormente, para verificar a sua consistência interna, calculámos o Alpha de Cronbach para as duas sub-escalas (sub-escala de atitudes face à sexualidade em geral e sub-escala de atitudes face à sexualidade na deficiência) e para a escala total, segundo Bryman e Cramer (1993), o valor de 0,60 como um bom valor de consistência interna.

Verificámos, também, a existência de diferenças estatisticamente significativas através da utilização do teste T de student independente em função das variáveis independentes.

CAPÍTULO V - APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

5.1 – Resultados Obtidos dos Pais

Tabela 2 – Tabela de Frequências: Questionário para os Pais						
Itens	Concordo		Nem Concordo/Nem Discordo		Discordo	
	n	%	n	%	n	%
1: É difícil falar sobre o assunto da afectividade/sexualidade porque é um tema muito delicado?	10	26,3	22	57,9	6	15,8
2: Sob o ponto de vista das relações afectivas, o meu filho é muito infantil.	20	52,6	15	39,5	3	7,9
3: Quando o nosso filho se agarra às pessoas aos beijinhos, penso que é apenas uma manifestação de ternura.	26	68,4	10	26,3	2	5,3
4: Os nossos filhos têm direito a viver a sua vida afectiva.	25	65,8	9	23,7	4	10,5
5: Os nossos filhos têm direito a viver a sua sexualidade.	21	55,3	11	28,9	6	15,8
6: Em casa devemos falar neste assunto com os nossos filhos	19	50,0	12	31,6	7	18,4
7: Os programas de televisão (telenovelas e filmes) têm, no que respeita, à afectividade/sexualidade, um efeito maléfico sobre os nossos filhos.	13	34,2	19	50,0	6	15,8
8: Quando os nossos filhos manifestam, verbalmente ou por atitudes, interesse sobre as cenas que vêm na televisão, devemos repreendê-los	10	26,3	15	39,5	13	34,2
9: Não devemos deixar ver aos nossos filhos as revistas do tipo “Correio da Manhã” que mostram fotografias seminuas.	6	15,8	19	50,0	13	34,2
10: Quando os nossos filhos são encontrados a masturbarem-se, devem ser imediatamente repreendidos.	8	21,1	13	34,2	17	44,7
11: Em relação à mesma situação anterior, penso que devemos não ligar.	14	36,8	14	36,8	10	26,3
12: Ainda em relação à situação da questão 10, penso que devemos falar com eles e introduzir algumas regras que orientem esse comportamento.	21	55,3	12	31,6	5	13,2
13: Quando os nossos filhos estabelecem relações afectivas preferenciais com um colega do sexo oposto, penso que esta relação deverá ser incentivada.	10	26,3	18	47,4	10	26,3

Na tabela 2 (questionário aplicado aos Pais) podemos observar que 57,9% (n=22) dos Pais nem concorda/nem discorda com o item: “É difícil falar sobre o assunto da afectividade/sexualidade porque é um tema muito delicado?”. 52,6% (n=20) dos Pais consideram que “os seus filhos são infantis sob o ponto de vista das relações afectivas” e 68,4% (n=26) pensam ser uma “manifestação de ternura quando os filhos se agarram às pessoas aos beijinhos”. Há uma concordância relativamente ao “direito dos filhos viverem a sua vida afectiva” (n=25=65,8%) e “a sua sexualidade” (n=21=55,3%) e 50,0% (n=19) pensa que “devem abordar estes temas em casa”. No que concerne aos programas de televisão, 50,0% (n=19) nem concorda/nem discorda que “têm um efeito maléfico sobre os seus filhos no que diz respeito à afectividade e sexualidade”. Em relação aos itens “quando os nossos filhos manifestam, verbalmente ou por atitudes, interesse sobre as cenas que vêem na televisão, devemos repreendê-los” e “não devemos deixar ver aos nossos filhos as revistas do tipo “Correio da Manhã” que mostram fotografias seminuas”, 39,5% dos Pais (n=15) e 50,0% (n=19), respectivamente, nem concorda/nem discorda com este facto. Considerando o tema da masturbação, 44,7% (n=17) discorda que “os filhos devem ser imediatamente repreendidos quando são encontrados a masturbar-se” e 36,8% (n=14) dos Pais concorda que “não devem ligar quando há este tipo de comportamento” e também 36,8% (n=14) não tem um parecer concreto. Ainda em relação a esta situação, 55,3% (n=21) pensa que “deve falar com os seus filhos e introduzir algumas regras que orientem esse comportamento”. E, por último, no que diz respeito “às relações afectivas preferenciais dos seus filhos com um colega do sexo oposto”, 47,4% (n=18) não tem um parecer concreto.

Encontram-se em anexo (7) as tabelas de frequência para cada um destes itens.

5.2 – Resultados Obtidos dos Profissionais

Tabela 3 – Tabela de Frequências: Escala SMRAI - Questionário para os Profissionais -										
Itens	Concordo Totalmente		Concordo		Indeciso(a)		Discordo		Discordo Totalmente	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1: Hoje em dia há demasiada educação sexual nas escolas.	1	2,9	1	2,9	3	8,6	24	68,6	6	17,1
2: A masturbação é um comportamento saudável.	9	25,7	17	48,6	5	14,3	4	11,4	-	-
3: Os profissionais deveriam impedir os utentes de se masturbarem.	1	2,9	-	-	4	11,4	9	25,7	21	60,0
4: Se um homem e uma mulher portadores de deficiência mental forem encontrados a ter relações sexuais devem ser mantidos separados.	2	5,7	-	-	6	17,1	21	60,0	6	17,1
5: As relações sexuais entre pessoas não casadas são aceitáveis.	8	22,9	20	57,2	2	5,7	4	11,4	1	2,9
6: Um programa de educação sexual provocaria mais actividade sexual entre os jovens.	1	2,9	2	5,7	2	5,7	23	65,7	7	20,0
7: A homossexualidade é aceitável desde que haja consentimento mútuo entre os parceiros.	12	34,3	14	40,0	4	11,4	5	14,3	-	-
8: Qualquer pessoa, portadora ou não de deficiência mental, tem o direito de ter filhos.	7	20,0	7	20,0	11	31,4	9	25,7	1	2,9
9: Se uma pessoa menor for a uma consulta por causa de uma doença sexualmente transmissível, deve comunicar-se esse facto aos pais.	11	31,4	11	31,4	2	5,7	6	17,1	5	14,3
10: Responder a todas as questões sobre sexo que as crianças colocam pode criar-lhes uma preocupação excessiva sobre esse tema.	-	-	5	14,3	1	2,9	17	48,6	12	34,3
11: Deveria existir um controlo mais eficaz do conteúdo dos filmes, revistas e livros.	4	11,4	17	48,6	9	25,7	5	14,3	-	-
12: Os jovens portadores de deficiência mental necessitam de ter momentos para se encontrar em privado com pessoas do sexo oposto.	11	31,4	18	51,4	5	14,3	-	-	1	2,9
13: Deveriam ser permitidos comportamentos homossexuais entre pessoas portadoras de deficiência mental.	6	17,1	7	20,0	17	48,6	2	5,7	3	8,6
14: O acesso fácil pelos jovens aos métodos contraceptivos tem causado a corrupção da sua moral sexual.	-	-	5	14,3	5	14,3	11	31,4	14	40,0

**Cont. Tabela 3 – Tabela de Frequências: Escala SMRAI
- Questionários para os Profissionais -**

Itens	Concordo Totalmente		Concordo		Indeciso(a)		Discordo		Discordo Totalmente	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
15: Desde que não magoem outras pessoas, as pessoas portadoras de deficiência mental têm o direito de viver a sua vida sexual como desejarem.	15	42,9	12	34,3	7	20,0	1	2,9	-	-
16: As pessoas portadoras de deficiência mental deveriam ter acesso a métodos contraceptivos quando o desejassem	14	40,0	13	37,1	5	14,3	3	8,6	-	-
17: A educação sexual deveria ser feita de forma separada para rapazes e para raparigas.	-	-	4	11,4	1	2,9	8	22,9	22	62,9
18: Os métodos contraceptivos deveriam ser explicados aos jovens antes de serem sexualmente activos.	20	57,1	11	31,4	2	5,7	2	5,7	-	-
19: As pessoas portadoras de deficiência mental têm o direito de fazer escolhas próprias quanto à sua vida sexual.	16	45,7	11	31,4	6	17,1	1	2,9	1	2,9
20: Antes de dar informação sobre contracepção a raparigas com menos de 18 anos, os serviços de planeamento familiar deveriam exigir a autorização dos pais.	2	5,7	7	20,0	1	2,9	16	45,7	9	25,7
21: As posições usadas nas relações sexuais nunca deveriam ser abordadas, mesmo que os utentes fizessem perguntas sobre esse assunto.	4	11,4	2	5,7	4	11,4	10	28,6	14	40,0
22: Os factos relacionados com as drogas, a sexualidade e o álcool deveriam ser ensinados ao mesmo tempo.	4	11,4	14	40,0	4	11,4	7	20,0	6	17,1
23: As pessoas portadoras de deficiência mental têm, em geral, desejos sexuais superiores ao habitual.	-	-	7	20,0	6	17,1	12	34,3	10	28,6
24: É perigoso falar sobre sexo a algumas pessoas.	1	2,0	3	8,6	8	22,9	11	31,4	12	34,3
25: Os homens têm mais desejo sexual do que as mulheres.	1	2,9	1	2,9	6	17,1	14	40,0	13	37,1
26: Em geral, a permissividade sexual pré-matrimonial resulta, mais tarde, em problemas conjugais.	-	-	1	2,9	4	11,4	13	37,1	17	48,6
27: As pessoas homossexuais não deveriam ser autorizadas a ensinar em escolas públicas.	1	2,9	2	5,7	1	2,9	11	31,4	20	57,1
28: Deveria preocupar-me com a possibilidade de um utente homossexual poder influenciar os outros.	3	8,6	5	14,3	4	11,4	9	25,7	14	40,0

**Cont. Tabela 3 – Tabela de Frequências: Escala SMRAI
- Questionário para os Profissionais -**

Itens	Concordo Totalmente		Concordo		Indeciso(a)		Discordo		Discordo Totalmente	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
29: Nas instituições para pessoas portadoras de deficiência mental deveriam existir espaços para os comportamentos privados dos utentes.	11	31,4	11	31,4	8	22,9	3	8,6	2	5,7
30: As mulheres portadoras de deficiência mental são mais promíscuas do que as mulheres em geral.	-	-	3	8,6	12	34,3	5	14,3	14	40,0
31: Um adulto casado que se masturba, de forma esporádica, tem, provavelmente, uma relação conjugal perturbada.	2	5,7	3	8,6	9	25,7	14	40,0	7	20,0
32: A maioria dos adultos portadores de deficiência mental buscará sempre alguma maneira de obter prazer sexual	4	11,4	19	54,3	9	25,7	1	2,9	2	5,7
33: As pessoas que não têm capacidade para viver sozinhas não se deveriam casar	3	8,6	9	25,7	6	17,1	6	17,1	11	31,4
34: As instituições deveriam manter os utentes de cada sexo tão separados quanto possível	-	-	-	-	2	5,7	8	22,9	25	71,4
35: As pessoas portadoras de deficiência mental têm um desejo sexual menos intenso do que as outras pessoas	-	-	-	-	4	11,4	15	42,9	16	45,7
36: Deveriam existir lares residenciais para pessoas portadoras de deficiência mental casadas	7	20,0	6	17,1	8	22,9	9	25,7	5	14,3
37: A homossexualidade deveria ser legalmente proibida	-	-	2	5,7	4	11,4	8	22,9	21	60,0
38: Nas instituições, os profissionais deveriam impedir os comportamentos homossexuais	3	8,6	3	8,6	7	20,0	13	37,1	9	25,7
39: O Estado deveria fornecer, gratuitamente, métodos contraceptivos aos utentes das residências para pessoas portadoras de deficiência mental	13	37,1	14	40,0	7	20,0	1	2,9	-	-
40: As pessoas portadoras de deficiência mental têm o direito a ter relações sexuais, se assim o desejarem	18	51,4	12	34,3	13	37,1	2	5,7	-	-

Dada à extensão da tabela 3 (questionário aplicado aos Profissionais) optámos por não fazer qualquer comentário, porém podemos encontrar em anexo (8) as tabelas de frequência para cada um dos itens. Decidimos fazer uma nova tabela (4) para simplificar estes resultados, em que analisamos em

conjunto as respostas: “concordo/concordo totalmente” e “discordo/discordo totalmente” para facilitar, assim, a sua análise.

**Tabela 4 – Tabela de Frequências (simplificada): Escala SMRAI
- Questionário para os Profissionais -**

Itens	Concordo/		Discordo/	
	Concordo Totalmente		Discordo Totalmente	
	n	%	n	%
1: Hoje em dia há demasiada educação sexual nas escolas.	2	5,8	30	85,7
2: A masturbação é um comportamento saudável.	26	74,3	4	11,4
3: Os profissionais deveriam impedir os utentes de se masturbarem.	1	2,9	30	85,7
4: Se um homem e uma mulher portadores de deficiência mental forem encontrados a ter relações sexuais devem ser mantidos separados.	2	5,7	27	77,1
5: As relações sexuais entre pessoas não casadas são aceitáveis.	28	80,1	5	14,3
6: Um programa de educação sexual provocaria mais actividade sexual entre os jovens.	3	8,6	30	85,7
7: A homossexualidade é aceitável desde que haja consentimento mútuo entre os parceiros.	26	74,3	5	14,3
8: Qualquer pessoa, portadora ou não de deficiência mental, tem o direito de ter filhos.	14	40,0	10	28,6
9: Se uma pessoa menor for a uma consulta por causa de uma doença sexualmente transmissível, deve comunicar-se esse facto aos pais.	22	62,8	11	31,4
10: Responder a todas as questões sobre sexo que as crianças colocam pode criar-lhes uma preocupação excessiva sobre esse tema.	5	14,3	29	82,9
11: Deveria existir um controlo mais eficaz do conteúdo dos filmes, revistas e livros.	21	60,0	5	14,3
12: Os jovens portadores de deficiência mental necessitam de ter momentos para se encontrar em privado com pessoas do sexo oposto.	29	82,8	1	2,9
13: Deveriam ser permitidos comportamentos homossexuais entre pessoas portadoras de deficiência mental.	13	37,1	5	14,3
14: O acesso fácil pelos jovens aos métodos contraceptivos tem causado a corrupção da sua moral sexual.	5	14,3	25	71,4
15: Desde que não magoem outras pessoas, as pessoas portadoras de deficiência mental têm o direito de viver a sua vida sexual como desejarem.	27	77,2	1	2,9
16: As pessoas portadoras de deficiência mental deveriam ter acesso a métodos contraceptivos quando o desejassem.	27	77,1	3	8,6

**Cont.Tabela 4 – Tabela de Frequências (simplificada): Escala SMRA
- Questionário para os Profissionais -**

Itens	Concordo/		Discordo/	
	Concordo Totalmente		Discordo Totalmente	
	n	%	n	%
17: A educação sexual deveria ser feita de forma separada para rapazes e para raparigas.	4	11,4	30	85,8
18: Os métodos contraceptivos deveriam ser explicados aos jovens antes de serem sexualmente activos.	31	88,5	2	5,7
19: As pessoas portadoras de deficiência mental têm o direito de fazer escolhas próprias quanto à sua vida sexual.	27	77,1	2	5,8
20: Antes de dar informação sobre contracepção a raparigas com menos de 18 anos, os serviços de planeamento familiar deveriam exigir a autorização dos pais.	9	25,7	25	71,4
21: As posições usadas nas relações sexuais nunca deveriam ser abordadas, mesmo que os utentes fizessem perguntas sobre esse assunto.	6	17,1	24	68,6
22: Os factos relacionados com as drogas, a sexualidade e o álcool deveriam ser ensinados ao mesmo tempo.	18	51,4	13	37,1
23: As pessoas portadoras de deficiência mental têm, em geral, desejos sexuais superiores ao habitual.	7	20,0	22	62,9
24: É perigoso falar sobre sexo a algumas pessoas.	4	10,6	23	65,7
25: Os homens têm mais desejo sexual do que as mulheres.	2	5,8	27	77,1
26: Em geral, a permissividade sexual pré-matrimonial resulta, mais tarde, em problemas conjugais.	1	2,9	30	85,7
27: As pessoas homossexuais não deveriam ser autorizadas a ensinar em escolas públicas.	3	8,6	31	88,5
28: Deveria preocupar-me com a possibilidade de um utente homossexual poder influenciar os outros.	8	22,9	23	65,7
29: Nas instituições para pessoas portadoras de deficiência mental deveriam existir espaços para os comportamentos privados dos utentes.	22	62,8	5	14,3
30: As mulheres portadoras de deficiência mental são mais promíscuas do que as mulheres em geral.	3	8,6	19	54,3
31: Um adulto casado que se masturba, de forma esporádica, tem, provavelmente, uma relação conjugal perturbada.	5	14,3	21	60,0
32: A maioria dos adultos portadores de deficiência mental buscará sempre alguma maneira de obter prazer sexual.	23	65,7	3	8,6
33: As pessoas que não têm capacidade para viver sozinhas não se deveriam casar.	12	34,3	17	48,5
34: As instituições deveriam manter os utentes de cada sexo tão separados quanto possível.	-	-	33	94,3
35: As pessoas portadoras de deficiência mental têm um desejo sexual menos intenso do que as outras pessoas.	-	-	31	88,6
36: Deveriam existir lares residenciais para pessoas portadoras de deficiência mental casadas.	13	37,1	14	40,0

Cont.Tabela 4 – Tabela de Frequências (simplificada): Escala SMRAI - Questionário para os Profissionais -				
Itens	Concordo/		Discordo/	
	Concordo Totalmente		Discordo Totalmente	
	n	%	n	%
37: A homossexualidade deveria ser legalmente proibida.	2	5,7	29	82,9
38: Nas instituições, os profissionais deveriam impedir os comportamentos homossexuais.	6	17,2	22	62,8
39: O Estado deveria fornecer, gratuitamente, métodos contraceptivos aos utentes das residências para pessoas portadoras de deficiência mental.	27	77,1	1	2,9
40: As pessoas portadoras de deficiência mental têm o direito a ter relações sexuais, se assim o desejarem.	30	85,7	2	5,7

Na tabela 4, no item 1 podemos observar que 85,7% (n=30) dos Profissionais discorda com o facto de “existir demasiada educação sexual nas escolas” e 5,8% (n=2) concorda. Relativamente ao item 2, 74,3% (n=26) dos Profissionais considera “a masturbação um comportamento saudável”, enquanto que 11,4 % (n=4) tem uma opinião contrária e 85,7% (n=30) discorda que “devem impedir os utentes de se masturbarem” e 2,9% (n=1) concorda. No item “se um homem e uma mulher portadores de DM forem encontrados a ter relações sexuais devem ser mantidos separados”, 77,1% (n=27) dos sujeitos discorda com este facto, enquanto que 5,7% (n=2) concorda. No 5º item, 80,1% (n=28) dos inquiridos “aceita as relações sexuais entre pessoas não casadas”, enquanto 14,3% (n=5) não aceita. Do grupo de Profissionais, 85,7% (n=30), discorda sobre o facto de que “a educação sexual provoca mais actividade sexual entre os jovens”, enquanto que 8,6% (n=3) concorda. 74,3% (n=26) considera a “homossexualidade aceitável desde que haja consentimento mútuo entre os parceiros”, porém 14,3% (n=5) não tem a mesma opinião. Relativamente ao “direito da pessoa, portadora ou não de DM ter filhos”, 40,0% (n=14) dos Profissionais concorda e 28,6% (n=10) discorda. No item 9, “se uma pessoa menor for a uma consulta por causa de uma doença sexualmente transmissível, deve comunicar-se esse facto aos pais”, 62,8% (n=22) dos

sujeitos concorda com este facto, enquanto que 31,4% (n=11) não concorda. No item 10, 82,9% (n=29) dos Profissionais discorda que “a resposta a todas as questões sobre sexo que as crianças colocam pode criar-lhes uma preocupação excessiva sobre este tema”, por outro lado 14,3% (n=5) concorda. No item 11, 60,0% (n=21) dos sujeitos considera que “deveria existir um controlo mais eficaz do conteúdo dos filmes, revistas e livros”, enquanto que 14,3% (n=5) pensa o contrário. Em relação ao facto de “os jovens portadores de DM necessitarem de momentos para se encontrar em privado com pessoas do sexo oposto”, 82,8% (n=29) dos Profissionais concorda e 2,9% (n=1) discorda. No item 13, 37,1% (n=13) dos inquiridos considera que “deveriam ser permitidos comportamentos homossexuais entre pessoas portadoras de DM”, enquanto que 14,3% (n=5) não pensa o mesmo. Relativamente ao “acesso fácil pelos jovens aos métodos contraceptivos serem a causa da corrupção da sua moral sexual”, 14,3% (n=5) dos sujeitos concorda com este facto e 71,4% (n=25) discorda. No que diz respeito ao item 15, 2,9% (n=1) dos sujeitos discorda e 77,2% (n=27) considera que “as pessoas portadoras de DM têm o direito de viver a sua vida sexual como desejarem, desde que não magoem outras pessoas”. No item 16, 77,1% (n=27) dos Profissionais pensa que “as pessoas portadoras de DM devem de ter acesso a métodos contraceptivos quando o desejassem”, enquanto que 8,6% discorda (n=3). Também a maior parte dos Profissionais (n=30=85,8%) discorda que “a educação sexual deveria ser feita de forma separada para rapazes e raparigas”, em que somente 11,4% (n=4) concorda com este facto. No que diz respeito aos métodos contraceptivos, 88,5% (n=31) dos sujeitos considera que “deveriam ser explicados aos jovens antes de serem sexualmente activos”, enquanto que 5,7% (n=2) discorda. Também, 77,1% (n=27) dos sujeitos “concorda que as pessoas portadoras de DM têm o direito de fazer escolhas quanto à sua vida sexual”, contrariamente a 5,8% (n=2). 71,4% (n=25) dos inquiridos pensa que “antes de dar informação sobre contracepção a raparigas com menos de 18 anos, os serviços de planeamento familiar deveriam exigir a autorização dos pais”, contudo 25,7% (n=9) não pensa o mesmo. No item “as posições usadas nas relações sexuais nunca deveriam ser abordadas, mesmo que os utentes fizessem perguntas sobre esse assunto”, temos que 68,6% (n=24) dos Profissionais discorda e 17,1% concorda. No item 22, 51,4% (n=18) dos

Profissionais considera que “os factos relacionados com as drogas, a sexualidade e o álcool deveriam ser ensinados ao mesmo tempo”, enquanto que 37,1% (n=13) discorda. No item seguinte, 62,9% (n=22) dos sujeitos discorda com o facto de “as pessoas portadoras de DM terem desejos sexuais superiores ao habitual”, enquanto que 20,0% (n=7) concorda e também 65,7% (n=23) não considera “ser perigoso falar sobre sexo a algumas pessoas”, enquanto que 10,6% (n=4) considera ser perigoso. No item 25, 77,1% (n=27) dos Profissionais discorda que “os homens têm mais desejo sexual do que as mulheres” e 5,8% (n=2) concorda, assim como 85,7% (n=30) discorda que “a permissividade sexual pré-matrimonial resulta, mais tarde, em problemas conjugais” e apenas 2,9% (n=1) concorda. No item “as pessoas homossexuais não deveriam ser autorizadas a ensinar em escolas públicas” temos 88,5% (n=31) de sujeitos que discorda com este facto e 8,6% (n=3) concorda. No 28 item, 22,9% (n=8) dos Profissionais preocupam-se com “a possibilidade de um utente homossexual poder influenciar os outros”, enquanto que 65,7% (n=23) não se preocupam. Relativamente às instituições para pessoas portadoras de DM, 62,8% (n=22) dos Profissionais é a favor de espaços para os comportamentos privados dos utentes”, enquanto que 14,3% (n=5) é contra. No item 30, 8,6% (n=3) dos sujeitos pensa que “as mulheres portadoras de DM são mais promíscuas do que as mulheres em geral” e 54,3% (n=19) não pensa da mesma maneira. No que diz respeito ao item 31, 60,0% (n=21) dos inquiridos discorda que “um adulto casado que se masturba, de forma esporádica, tem uma relação conjugal perturbada”, porém 14,3% (n=5) concorda. No item 32, 65,7% (n=23) dos Profissionais considera que a maioria dos adultos portadores de deficiência mental buscará sempre alguma maneira de obter prazer sexual, e somente 8,6% (n=3) não concorda. No item “as pessoas que não têm capacidade para viver sozinhas não se deveriam casar”, temos 48,5% (n=17) de sujeitos que discorda com este facto e 34,3% (n=12) concorda. Nos seguintes dois itens: “as instituições deveriam manter os utentes de cada sexo tão separados quanto possível” e “as pessoas portadoras de DM têm um desejo sexual menos intenso do que as outras pessoas”, obtemos 94,3% (n=33) e 88,6% (n=31) de sujeitos que, respectivamente, discorda com estes factos. 40,0% (n=14) dos sujeitos discorda com “a existência de lares residenciais para pessoas portadoras de deficiência mental casadas”, enquanto

37,1% concorda. Relativamente à homossexualidade, 82,9% (n=29) dos Profissionais discorda com o facto que “deveria ser legalmente proibida” e 5,7% (n=2) concorda. No que diz respeito aos comportamentos homossexuais, 17,2% (n=6) dos sujeitos pensa que “deveriam ser impedidos” e 62,8% (n=22) discorda. No item 39, 77,1% (n=27) dos Profissionais é a favor do “Estado fornecer, gratuitamente, métodos contraceptivos aos utentes das residências para pessoas portadoras de DM” e 2,9% (n=1) é contra. Por último, 85,7% (n=30) dos sujeitos concorda que “as pessoas portadoras de DM têm o direito a ter relações sexuais, se assim o desejarem” e 5,7% (n=2) discorda com este facto.

Apresentamos, agora, os resultados obtidos segundo a classificação de Ivone Félix relativo às atitudes dos Profissionais face à DMP.

Tabela 5 – Tabela de Frequências das Atitudes dos Profissionais Face à Deficiência Mental Profunda			
Pontuação	n	%	Classificação
40 – 80	0	0,0	Atitude muito conservadora
81 – 120	4	11,4	Atitude conservadora
121 – 160	16	45,7	Atitude liberal
161 - 200	15	42,9	Atitude muito liberal

Segundo a tabela anterior, podemos verificar que existem quatro tipos de atitudes face à sexualidade do indivíduo com DMP, nomeadamente: atitude muito conservadora (pontuação 40-80), atitude conservadora (pontuação 81-120), atitude liberal (pontuação 121-160) e atitude muito liberal (pontuação 61-200). Deste modo, num total de 35 Profissionais observamos que 45,7% apresentam atitudes liberais, 42,9% mostram atitudes muito liberais e apenas 11,4% revelam atitudes conservadoras relativamente à sexualidade das pessoas portadoras de DMP.

Encontra-se em anexo (9) a tabela de frequência das atitudes dos Profissionais face à DMP.

Posteriormente, apresentamos os valores de Alpha de Cronbach da escala total e das duas sub-escalas (sub-escala de atitudes face à sexualidade em geral e sub-escala de atitudes face à sexualidade na deficiência).

Tabela 6 - Alpha de Cronbach da Escala Total e das duas Sub-escalas da SMRAI

Escala	Itens	Nº de Itens	Alpha de Cronbach
Sub-escala de atitudes face à sexualidade em geral	1, 2, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 14, 17, 18, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 31, 37	20	0,650
Sub-escala de atitudes face à sexualidade na deficiência	3, 4, 8, 12, 13, 15, 16, 19, 23, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 38, 39, 40	20	0,718
Escala Total	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40	40	0,758

Na tabela 6, podemos observar o Alpha de Cronbach da sub-escala de atitudes face à sexualidade em geral ($\alpha = 0,650$), da sub-escala de atitudes face à sexualidade na deficiência ($\alpha = 0,718$) e da escala total ($\alpha = 0,758$). Podemos considerar que esta escala apresenta uma boa consistência interna, uma vez que de acordo com Bryman e Cramer (1993), um bom valor do α seria valores iguais ou superiores a 0,6.

Encontra-se em anexo (10) os valores de Alpha de Cronbach. Optámos por colocar os restantes 6 itens do questionário dos Profissionais em anexo (11), uma vez que a própria autora da escala não incluiu estes itens na escala de atitudes, contudo podem fornecer informações relevantes para a discussão dos resultados.

5.3 – Diferenças Estatisticamente Significativas

Utilizámos o Teste T de student independente para verificar no grupo de Pais (Anexo 12) quer de Profissionais (Anexo 13), a existência de diferenças estatisticamente significativas nas respostas aos itens do questionário em função das variáveis consideradas como independentes, tal como referidas anteriormente.

5.3.1 - Análise Intragrupal (Pais)

- Género

Através do teste t de Student para amostras independentes, e considerando como nível de significância o valor de 0,05, verificamos a existência de diferenças estatisticamente significativas em função do sexo em 3 itens: “Os nossos filhos têm direito a viver a sua sexualidade” ($p=0,040$), em que as mulheres apresentam uma maior média (1,52 com um desvio padrão de 0,717) do que os homens (média de 1,38 com um desvio padrão de 0,669), “Não devemos deixar ver aos nossos filhos as revistas do tipo “Correio da Manhã” que mostram figuras seminuas” ($p=0,003$), em que os homens apresentam uma média superior (2,47 com um desvio padrão de 0,601) do que as mulheres (média de 1,82 com um desvio padrão de 0,635) e “Quando os nossos filhos são encontrados a masturbarem-se, devem ser imediatamente repreendidos” ($p=0,035$), em que os homens apresentam uma maior média (2,47 com um desvio padrão de 0,679) do que as mulheres (média de 1,94 com um desvio padrão de 0,826).

- Habilitações Literárias:

Através dos resultados obtidos através da análise da variância observámos que as atitudes face à sexualidade na deficiência mental não variam em função das habilitações literárias, uma vez que não há diferenças estatisticamente significativas ($p>0,05$) entre o nível de escolaridade face às atitudes relativas à sexualidade na DM.

- Estado Civil:

Não conseguimos aplicar o teste t porque um dos grupos tem menos de 2 casos (união de facto=1 sujeito), sendo que o *output* refere “Post hoc tests are not performed because at least one group has fewer than two casea”.

- Nível Sócioeconómico:

Através dos resultados obtidos através da análise da variância observámos que as atitudes face à sexualidade na deficiência mental não variam em função do nível sócioeconómico, uma vez que não há diferenças estatisticamente significativas ($p>0,05$) entre o rendimento mensal face às atitudes relativas à sexualidade na DM.

- Religião:

Através dos resultados obtidos através do Teste T de Student observámos que as atitudes face à sexualidade na DM não variam em função da religião, uma vez que não há diferenças estatisticamente significativas ($p>0,05$) entre ser praticante ou não de religião face às atitudes relativas à sexualidade na DM.

5.3.2 – Análise Intragrupal (Profissionais)

- Género:

Através do teste t de Student para amostras independentes, e considerando como nível de significância o valor de 0,05, verificamos a existência de diferenças estatisticamente significativas em função do sexo em 3 itens: “As posições usadas nas relações sexuais nunca deveriam ser abordadas, mesmo que os utentes fizessem perguntas sobre esse assunto” ($p=0,032$), em que as mulheres apresentam uma maior média (4,12 com um desvio padrão de 1,092) do que os homens (média de 3,00 com um desvio padrão de 1,732), “Um adulto casado que se masturba, de forma esporádica,

tem, provavelmente, uma relação conjugal perturbada” ($p=0,045$), em que os homens apresentam uma média superior (4,22 com um desvio padrão de 0,833) do que as mulheres (média de 3,38 com um desvio padrão de 1,099) e “A maioria das pessoas portadoras de DM que eu conheço não tem capacidade para tomar decisões sobre questões de natureza sexual” ($p=0,031$), em que os homens apresentam uma maior média (3,39 com um desvio padrão de 1,364) do que as mulheres (média de 2,73 com um desvio padrão de 1,313).

- Estado Civil

Através da análise da variância e dos testes *post-hoc*, e considerando como nível de significância o valor de 0,05, verificamos a existência de diferenças estatisticamente significativas em função do estado civil em 16 itens: “Hoje em dia há demasiada educação sexual nas escolas” ($p=0,034$), verificando-se estas diferenças entre solteiro e separado/divorciado ($p=0,021$); “Um programa de educação sexual provocaria mais actividade sexual entre os jovens” ($p=0,001$), observando-se diferenças entre solteiro e separado/divorciado ($p=0,001$), casado e separado/divorciado ($p=0,012$), e entre separado/divorciado e união de facto ($p=0,005$); “Qualquer pessoa, portadora ou não de DM, tem o direito de ter filhos” ($p=0,006$), existindo diferenças entre solteiro e casado ($p=0,003$); “Se uma pessoa for a uma consulta por causa de uma doença sexualmente transmissível, deve comunicar-se esse facto aos pais” ($p=0,000$), verificando-se diferenças entre solteiro e casado ($p=0,001$) e entre solteiro e união de facto ($p=0,020$); “Responder a todas as questões sobre sexo que as crianças colocam pode criar-lhes uma preocupação excessiva sobre esse tema” ($p=0,000$), em que há diferenças entre solteiro e casado ($p=0,022$), solteiro e separado/divorciado ($p=0,001$) e entre separado/divorciado e casado ($p=0,027$); “O acesso fácil pelos jovens aos métodos contraceptivos tem causado a corrupção da sua moral sexual” ($p=0,013$), existindo diferenças entre solteiro e casado ($p=0,008$); “Os métodos contraceptivos deveriam ser explicados aos jovens antes de serem sexualmente activos” ($p=0,020$), observando-se diferenças entre solteiro e casado ($p=0,034$); “Antes de dar informação sobre contracepção a raparigas com menos de 18 anos, os serviços de planeamento familiar deveriam exigir a

autorização dos pais” ($p=0,000$), verificando-se diferenças entre solteiro e casado ($p=0,000$); “Os homens têm mais desejo sexual do que as mulheres” ($p=0,012$), em que há diferenças entre solteiro e casado ($p=0,009$); “As pessoas homossexuais não deveriam ser autorizadas a ensinar em escolas públicas” ($p=0,016$), existindo diferenças entre solteiro e separado/divorciado ($p=0,042$); “Um adulto casado que se masturba, de forma esporádica, tem provavelmente, uma relação conjugal perturbada” ($p=0,001$), observando-se diferenças entre solteiro e casado ($p=0,010$), solteiro e separado/divorciado ($p=0,013$), casado e união de facto ($p=0,031$) e separado/divorciado e união de facto ($p=0,010$); “As pessoas que não têm capacidade para viver sozinhas não se deveriam casar” ($p=0,002$), em há diferenças entre solteiro e casado ($p=0,002$); “As pessoas portadoras de DM têm um desejo sexual menos intenso do que as outras pessoas” ($p=0,002$), verificou-se diferenças entre solteiro e casado ($p=0,007$), e entre solteiro e união de facto ($p=0,018$); “Deveriam de existir lares residenciais para pessoas portadoras de DM casadas” ($p=0,014$), observando-se diferenças entre solteiro e casado ($p=0,011$); “Eu sinto que estou bem informado/a sobre os factos e comportamentos de natureza sexual” ($p=0,004$), existindo diferenças entre solteiro e casado ($p=0,013$) e “Considera que a sua formação de base contemplou a aquisição de conhecimentos e de competências no domínio da sexualidade?” ($p=0,012$), observando-se diferenças entre solteiro e união de facto (0.009).

- Habilitações Literárias

Não conseguimos aplicar o teste t porque um dos grupos tem menos de 2 casos (sem escolaridade=1 sujeito), sendo que o *output* refere “Post hoc tests are not performed because at least one group has fewer than two casea”.

- Formação de Base:

Não conseguimos fazer o teste t, porque há grupos com menos de 2 casos (professor, psicólogo e terapeuta ocupacional= 1 sujeito), sendo que o *output* refere “Post hoc tests are not performed because at least one group has fewer than two casea”.

- Nível Sócioeconómico:

Através da análise da variância e dos testes *post-hoc*, e considerando como nível de significância o valor de 0,05, verificamos a existência de diferenças estatisticamente significativas em função do rendimento mensal em 14 itens: “Qualquer pessoa, portadora ou não de DM, tem o direito de ter filhos” ($p=0,08$), observando-se diferenças entre rendimento mensal até 350€ e de 351 a 500€ e de 501 a 750€ ($p= 0,035$ e $0,008$ respectivamente); “Se uma pessoa menor for a uma consulta por causa de uma doença sexualmente transmissível, deve comunicar esse facto aos pais” ($p= 0,000$), existindo diferenças entre rendimento mensal até 350€ e de 351 a 500€, de 501 a 750€, de 751 a 1000€ e + de 1000€ ($p= 0,017$; $0,000$; $0,001$ e $0,000$ respectivamente); “Responder a todas as questões sobre sexo que as crianças colocam pode criar-lhes uma preocupação excessiva sobre esse tema” ($p= 0,000$), verificando-se diferenças entre o rendimento mensal até 350€ e de 351 a 500€ ($p= 0,000$) e de 501 a 750€ ($p= 0,011$), e entre 351 a 500€ e + de 1000€ ($p= 0,001$); “O acesso fácil pelos jovens aos métodos contraceptivos tem causado a corrupção da sua moral sexual” ($p=0,001$), existindo diferenças entre o rendimento mensal até 350€ e de 351 a 500€ ($p=0,038$), de 501 a 750€ ($p=0,012$), e de 751 a 1000€ ($p=0,038$). Verificando-se também entre 351 a 500€ e + de 1000€ ($0,038$), entre 501 a 750€ e + de 1000€ ($p=0,012$) e entre 751 a 1000€ e + de 1000€ ($p=0,038$); “Os métodos contraceptivos deveriam ser explicados aos jovens antes de serem sexualmente activos” ($p= 0,004$), havendo diferenças entre o rendimento mensal até 350€ e de 351 a 500€ ($p=0,002$), entre 351 a 500€ e de 501 a 750€ ($p=0,027$); “Antes de dar informação sobre contracepção a raparigas com menos de 18 anos, os serviços de planeamento familiar deveriam exigir a autorização dos pais” ($p= 0,027$), observando-se diferenças entre o rendimento mensal até 350€ e de 501 a 750€ ($p=0,029$); “As pessoas portadoras de DM têm, em geral, desejos sexuais superiores ao habitual” ($p= 0,37$), existindo diferenças entre o rendimento mensal até 350€ e de 501 a 750€ ($p=0,023$); “Os homens têm mais desejo sexual do que as mulheres” ($p= 0,001$), havendo diferenças entre o rendimento mensal até 350€ e de 351 a 500€ ($p=0,001$), de 501 a 750€

($p=0,009$) e entre 351 a 500€ e + de 1000€ ($p=0,036$); “Em geral, a permissividade sexual pré-matrimonial resulta, mais tarde, em problemas conjugais” ($p= 0,005$), observando-se diferenças entre o rendimento mensal até 350€ e de 351 a 500€ ($p=0,002$) e entre 351 a 500€ e de 501 a 750€ ($p=0,046$); “As pessoas homossexuais não deveriam ser autorizadas a ensinar em escolas públicas” ($p= 0,001$), existindo diferenças entre o rendimento mensal até 350€ e de 351 a 500€ ($p= 0,001$) e entre 351 a 500€ e + de 1000€ ($p= 0,003$); “As pessoas que não têm capacidade para viver sozinhas não se deveriam casar” ($p= 0,000$), verificando-se diferenças entre o rendimento mensal até 350€ e de 501 a 750€ ($p= 0,000$) e de 751€ a 1000€ ($p= 0,019$) e entre 501 a 750€ e + de 1000€ ($p= 0,004$); “As pessoas portadoras de DM têm um desejo sexual menos intenso do que as outras pessoas” ($p= 0,001$), existindo diferenças entre o rendimento mensal até 350€ e de 351 a 500€ ($p= 0,008$) e de 501 a 750€ ($p= 0,018$) e de 751 a 1000€ ($p= 0,008$); “Deveriam existir lares residenciais para pessoas portadoras de DM casadas” ($p= 0,002$), havendo diferenças entre o rendimento mensal até 350€ e de 501 a 750€ ($p= 0,002$) e + de 1000€ ($p= 0,009$) e “Eu sinto que estou bem informado/a sobre os factos e comportamentos de natureza sexual” ($p= 0,003$), observando-se diferenças entre o rendimento mensal até 350€ e de 351 a 500€ ($p= 0,006$) e de 501 a 750€ ($p= 0,043$) e de 751 a 1000€ ($p= 0,033$).

- Religião

Através do teste t de Student para amostras independentes, e considerando como nível de significância o valor de 0,05, verificamos a existência de diferenças estatisticamente significativas em função de ser praticante/não praticante de religião em 9 itens: “Os profissionais deveriam impedir os utentes de se masturbarem” ($p=0,032$), em que os praticantes apresentam uma maior média (4,66 com um desvio padrão de 0,483) do que os não praticantes (média de 4,00 com um desvio padrão de 1,240); “Um programa de educação sexual provocaria mais actividade sexual entre os jovens” ($p= 0,003$), em que os praticantes apresentam uma média superior (4,28 com um desvio padrão de 0,462) do que os não praticantes (média de 3,42 com um desvio padrão de 1,089); “Responder a todas as questões sobre

sexo que as crianças colocam pode criar-lhes uma preocupação excessiva sobre esse tema” ($p=0,007$), em que os praticantes apresentam uma maior média (4,38 com um desvio padrão de 0,589) em relação aos não praticantes (média de 3,50 com um desvio padrão de 1,224); “Os métodos contraceptivos deveriam ser explicados aos jovens antes de serem sexualmente activos” ($p=0,020$), em que os não praticantes têm uma média superior (2,00 com um desvio padrão de 1,109), enquanto que os praticantes têm uma média inferior (1,33 com um desvio padrão de 0,483); “As pessoas portadoras de DM têm o direito de fazer escolhas próprias quanto à sua vida sexual” ($p=0,037$), em que os não praticantes apresentam uma média superior (2,28 com um desvio padrão de 1,204) do que os praticantes (média de 1,57 com um desvio padrão de 0,746); “Os homens têm mais desejo sexual do que as mulheres” ($p=0,013$), em que os praticantes apresentam uma maior média (4,38 com um desvio padrão de 0,669) em relação aos não praticantes (média de 3,57 com um desvio padrão de 1,157); “Em geral, a permissividade sexual pré-matrimonial resulta, mais tarde, em problemas conjugais” ($p= 0,017$), em que os praticantes têm uma média superior (4,57 com um desvio padrão de 0,507) do que os não praticantes (3,92 com um desvio padrão de 0,997); “As pessoas homossexuais não deveriam ser autorizadas a ensinar em escolas públicas” ($p= 0,016$), em que os praticantes apresentam uma média superior (4,66 com um desvio padrão de 0,483), enquanto que os não praticantes têm uma média inferior (3,86 com um desvio padrão de 1,350) e “Eu sinto que estou bem informado/a sobre os factos e comportamentos de natureza sexual” ($p= 0,041$), os não praticantes apresentam uma maior média (2,64 com um desvio padrão de 0,928) relativamente aos praticantes (média de 2,00 com um desvio padrão de 0,836).

- Familiar com ou sem deficiência:

Através do teste t de Student para amostras independentes, e considerando como nível de significância o valor de 0,05, verificamos a existência de diferenças estatisticamente significativas em função de ter ou não um familiar com deficiência em 6 itens: “Hoje em dia há demasiada educação sexual nas escolas” ($p= 0,013$), em que as pessoas que não têm um familiar

portador de deficiência apresentam uma maior média (4,10 com um desvio padrão de 0,566) do que os que têm um familiar portador de deficiência (média de 3,28 com um desvio padrão de 1,253); “Um programa de educação sexual provocaria mais actividade sexual entre os jovens” ($p= 0,005$), em que as pessoas que não têm um familiar portador de deficiência apresentam uma maior média (4,14 com um desvio padrão de 0,650) do que as pessoas que têm um familiar com deficiência (média 3,14 com um desvio padrão de 1,214); “Os métodos contraceptivos deveriam ser explicados aos jovens antes de serem sexualmente activos” ($p= 0,014$), em que as pessoas que têm um familiar portador de deficiência apresentam uma média superior (2,28 com um desvio padrão de 1,380) do que aqueles que não têm um familiar com deficiência (média de 1,42 com um desvio padrão de 0,572); “Antes de dar informação sobre contracepção a raparigas com menos de 18 anos, os serviços de planeamento familiar deveriam exigir a autorização dos pais” ($p=0,022$), em que as pessoas que não têm um familiar portador de deficiência apresentam uma maior média (3,89 com um desvio padrão de 1,100) enquanto que os que têm um familiar com deficiência apresentam uma menor média (2,71 com um desvio padrão de 1,380); “Um adulto casado que se masturba, de forma esporádica, tem, provavelmente, uma relação conjugal perturbada” ($p=0,042$), em que as pessoas que não têm um familiar com deficiência apresentam uma média superior (3,78 com um desvio padrão de 0,994) relativamente àqueles que têm um familiar com deficiência (média 2,85 com um desvio padrão de 1,214) e “Eu estou à vontade para responder a perguntas sobre a maior parte dos comportamentos sexuais” ($p=0,015$), em que os que têm um familiar portador de deficiência apresentam uma maior média (3,00 com um desvio padrão de 1,290) do que os que não têm um familiar com deficiência (média de 2,00 com um desvio padrão de 0,816).

CAPÍTULO VI - DISCUSSÃO DE RESULTADOS

O objectivo primordial deste estudo é conhecer as atitudes dos Pais e Profissionais face à sexualidade da pessoa com DMP. E apesar de algumas dificuldades sentidas, como a existência de poucas referências bibliográficas relativas a esta temática, pensamos ter atingido esse nosso objectivo, sendo de lembrar que os resultados obtidos não têm como objectivo ser generalizados.

Relativamente aos resultados obtidos através dos questionários dos Pais, e tendo como referência o questionário original, verificámos semelhanças nos resultados, nomeadamente nos itens 2 (“Sob o ponto de vista das relações afectivas, o meu filho é muito infantil”), 3 (“Quando o nosso filho se agarra às pessoas aos beijinhos, penso que é apenas uma manifestação de ternura”), 4 (“Os nossos filhos têm direito a viver a sua vida afectiva”), 5 (“Os nossos filhos têm direito a viver a sua sexualidade”), 6 (“Em casa devemos falar neste assunto com os nossos filhos”), 10 (“Quando os nossos filhos são encontrados a masturbarem-se, devem ser imediatamente repreendidos”), 12 (“Ainda em relação à situação da questão 10, penso que devemos falar com eles e introduzir algumas regras que orientem esse comportamento”) e 13 (“Quando os nossos filhos estabelecem relações afectivas preferenciais com um colega do sexo oposto, penso que esta relação deverá ser incentivada”).

Verificámos que, apesar de concordarem que os seus filhos têm direito a viver a sua vida afectiva e a sua sexualidade, e de saberem que devem falar sobre este assunto com os seus filhos, não têm no geral uma opinião formada sobre quais as atitudes a ter mediante o interesse, as questões e o comportamento sexual dos seus filhos. Ou seja, na teoria adoptam comportamentos permissivos, mas aquando da aplicação destes princípios, na prática, não têm uma atitude concreta, não sabendo como reagir. Os Pais apresentam, assim, atitudes conservadoras, o que pode ser corroborado segundo Ballester (2005), que refere que 90 % dos pais estão preocupados com possíveis consequências da prática da sexualidade e, conseqüentemente, requerem que os profissionais estejam atentos para que os seus filhos não manifestem condutas sexuais, e que vigiem os comportamentos masturbatórios

para evitar qualquer tipo de abuso sexual. Os Pais mantêm esta atitude, apesar de reconhecer a nível teórico os princípios da integração e normalização.

Os Pais programam uma vida cheia de vitórias e ambições para os seus filhos, projectam os seus próprios sonhos que nunca foram realizados. Há, assim, um sentimento de perda face ao filho com deficiência, que, por vezes, se direcciona para uma atitude de rejeição ou de não aceitação desse mesmo filho; e por ser a atitude socialmente melhor aceite, os Pais optam frequentemente pela superprotecção dos seus filhos (Félix & Marques, 1995), segundo estes autores, eles tendem a negar a sexualidade dos seus filhos, em que uns não sabem como reagir relativamente às manifestações de cariz sexual dos mesmos, alguns adoptam atitudes punitivas e repressoras face à relação afectiva e outros apresentam um certo silêncio cúmplice e preconceituoso relativamente aos comportamentos sexuais.

No grupo de Pais encontramos diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) apenas ao nível do género, em que as mães se encontram melhor preparadas para responder às necessidades dos seus filhos portadores de DM do que os pais, ou seja, verificamos que as mães têm uma atitude mais positiva no que diz respeito à prática da sexualidade dos seus filhos. Esta situação talvez ocorra, porque estas mães têm uma maior disponibilidade e participação na educação e desenvolvimento dos seus filhos do que os pais, percebendo melhor o seu filho como um ser dotado de desejos, isto faz com que estejam mais atentas às dificuldades diárias dos seus filhos, quer seja ao limitado contacto social, à escassa informação e/ou às restritas experiências, o que conduz, por sua vez, a uma atitude mais positiva por parte das mães.

No que diz respeito aos resultados obtidos dos questionários dos Profissionais, encontramos três das quatro possíveis atitudes face à sexualidade da pessoa com DMP, tais como: atitudes conservadoras (11,4%), atitudes liberais (45,7%) e atitudes muito liberais (42,9%). Estes resultados vão ao encontro do estudo de Félix (2003) e de Bazzo et al. (2007) que encontraram nos Profissionais atitudes moderadamente liberais, assim como no estudo de Holmes (1998), citado por Félix (2003), que aplicou a escala de atitudes SMRAI a 46 Profissionais de diversas áreas (enfermeiros, terapeutas ocupacionais, pessoal administrativo e outros) de um hospital, tendo concluído

que a maioria dos Profissionais tinha uma atitude razoavelmente liberal face à actividade sexual das pessoas com deficiência. Igualmente nos estudos de Jonhson e Davies (1989), conforme citado em Albuquerque e Ramos (2007), os resultados indicam que os Profissionais apresentam atitudes liberais relativamente à sexualidade da pessoa portadora de DM.

Encontramos diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) em cinco variáveis. Relativamente ao género verificamos que as mulheres têm atitudes menos favoráveis no que diz respeito à abordagem dos utentes sobre posições sexuais. Julgamos que se deva ao facto de não se sentirem à vontade para conversar directamente sobre este assunto com os seus clientes. Possivelmente, não sabem como lidar e/ou reagir, não sabem contornar esta questão sem que sintam invasão da sua intimidade sexual enquanto mulher. Enquanto que os homens consideram que as pessoas com DM não têm capacidade para tomar decisões de cariz sexual, assim como a pessoa casada que tem práticas masturbatórias frequentes deve-se à sua relação conjugal que é perturbada. Os profissionais do sexo masculino apresentam assim comportamentos menos positivos no que diz respeito a estes aspectos. Ou seja, os profissionais homens apresentam uma certa inquietação sobre este assunto, especialmente nos aspectos do permitido, do prazeroso e do humano (Pieczkowski, 2007). Portanto, as mulheres profissionais têm ligeiramente atitudes mais positivas do que os homens.

Também há diferenças estatisticamente significativas na variável estado civil, em que os Profissionais solteiros têm atitudes mais favoráveis relativamente aos profissionais em união de facto, divorciado/separado, e casado. Segundo Rollins (1989), conforme citado em Cuskelly e Gilmore (2007), a idade e a escolaridade estão correlacionadas com as atitudes de expressão sexual, em que as pessoas mais novas e com maior nível de formação adoptam atitudes mais liberais. Ou seja, uma possível explicação talvez seja o facto das pessoas que são solteiras apresentarem menor idade e certo nível de formação do que as pessoas pertencentes às outras três categorias. Assim, se têm menos idade e mais formação, geralmente, têm uma mentalidade mais “aberta”, são mais flexíveis e criativos. Antes a escola era vista como a única fonte de informação, onde poucas pessoas tinham acesso, mas actualmente as novas tecnologias permitem a aquisição e

desenvolvimento de conhecimento. As pessoas com uma certa idade não estão tão preparadas para as constantes mudanças socioculturais, ou seja, não se encontram receptivas às inovações, preferindo ignorá-las por pensarem que são desnecessárias, ou simplesmente porque não as conhecem ou não as dominam.

Os Profissionais têm de se adaptar às necessidades de cada um e não optar pela estagnação, têm obrigatoriamente de se actualizar.

Relativamente ao nível socioeconómico, foram observadas atitudes mais positivas quanto maior o rendimento mensal. Podemos deduzir que as pessoas que têm um maior nível sócioeconómico têm um maior grau de formação, pelo que adoptam comportamentos mais permissivos. Curiosamente, encontramos também que as pessoas com um rendimento mensal até 350€ têm igualmente atitudes favoráveis, uma vez que a maioria dos Profissionais tem como formação base enfermagem e tem menor idade que os restantes Profissionais; conseqüentemente, apresentam valores mais aceitáveis como referimos anteriormente.

No que diz respeito à variável religião, os inquiridos deste questionário são maioritariamente católicos, em que os não praticantes mostraram-se melhor informados sobre os comportamentos sexuais, tendo opiniões mais favoráveis sobre a sexualidade da pessoa com deficiência mental do que os praticantes. Segundo Kamapalan e Li (s.d.) podemos ser influenciados por crenças pessoais com base em relações religiosas. Contudo, convém referir que falar sobre sexualidade da pessoa portadora de DM não implica falar sobre relações sexuais. Apesar de alguns ambicionarem relações sexuais, outros podem apenas ter interesse em compartilhar a sua vida com outra pessoa, que simplesmente pode reduzir-se a uma relação de amizade ou de mera companhia (Ribeiro, 2001). A razão dos praticantes terem atitudes mais negativas talvez se deva ao facto de terem medo de quebrar um princípio religioso que é imposto pela igreja. A igreja percepçiona a sexualidade não como fonte de prazer e bem-estar mas apenas para a procriação em que o acto conjugal deve ser apenas no contexto do matrimónio. Não aceita a homossexualidade, masturbação, o uso do preservativo, ou seja, tudo que se afaste da realidade da reprodução em si é inculido como moralmente incorrecto. A igreja preocupa-se apenas com a alma e esquece o corpo, peo

que os católicos praticantes tendem a ver a sexualidade como um tabu, um pecado.

Encontrámos também diferenças estatisticamente significativas no facto de ter ou não um familiar com deficiência. No nosso estudo, os Profissionais que têm um familiar portador de deficiência encontram-se mais preparados para responder sobre comportamentos sexuais, estando mais inseridos no contexto da sexualidade. Estes, ao contrário dos Profissionais que não têm um familiar com deficiência, apresentam uma opinião mais positiva sobre a masturbação, consideram também que a educação sexual é reduzida, e é necessário a explicação dos métodos contraceptivos antes dos jovens serem sexualmente activos, assim como informação dos mesmos a raparigas com menos de 18 anos mesmo sem autorização dos Pais. Estes resultados são contrariados pelo estudo realizado por Pinheiro e Leal (2005), que tinham como objectivo conhecer as atitudes dos técnicos de reabilitação face à sexualidade dos jovens portadores de DM. Estas autoras concluíram que as atitudes dos Profissionais técnicos e não técnicos são influenciadas se tiverem filhos portadores de DM, constatando que adoptavam atitudes mais negativas relativamente à sexualidade/afectividade. Uma das razões para o qual os Profissionais que têm um familiar com deficiência terem atitudes positivas talvez aconteça porque uma vez que estas pessoas estão mais próximas da realidade da deficiência/sexualidade, estão mais sensíveis a este assunto aceitando a sexualidade como uma parte constituinte do individuo, uma vez que os Profissionais apenas auxiliam, apoiam e orientam tanto a pessoa com deficiência como a família, e não executam o seu trabalho para substituir o papel dos pais, irmãos, avós... Enquanto que se os mesmos tiverem no seio familiar alguém com deficiência, ganham uma nova perspectiva sobre esta temática, porque além dos laços de sangue há o vínculo afectivo, ou seja, há uma ligação permanente. Por esta relação contínua, os Profissionais que têm um familiar com deficiência tendem a perceber com um cuidado acrescido as frustrações, angústias e restrições a que são frequentemente submetidos. Estes Profissionais aprendem a considerar a vontade própria do indivíduo, tornam-se mais liberais e benéficos, que são aspectos importantes na reestruturação emocional do familiar com deficiência.

Terminamos, referindo que não foi fácil fazer a discussão dos resultados obtidos, dada a escassez de bibliografia referente a esta temática, pelo que reflectimos e tentámos dar a nossa opinião.

CAPÍTULO VII - CONCLUSÃO

A sexualidade é considerada, ainda nos dias de hoje, um assunto tabu e está repleta de pensamentos erróneos, mas quando se fala de sexualidade na DM os preconceitos estão presentes no pensamento e no olhar da sociedade, uma vez que tende a ver a pessoa com deficiência como uma pessoa incapaz, inválida e imperfeita devido à sua própria limitação intelectual; por medo, ignorância, ou dúvidas são criados estigmas que delimitam a sexualidade da pessoa com deficiência. Quando se unem estes dois conceitos, a primeira inverdade está relacionada com o facto das pessoas percepcionarem a DM como uma doença, a segunda é confundirem sexualidade com genitalidade. Deste modo, é necessário distinguir estes conceitos: a deficiência mental não é uma doença, mas sim uma condição, uma característica da pessoa que pode ser causada antes, durante ou após o nascimento; por sua vez, a sexualidade é muito mais que genitalidade (consiste nos órgãos genitais da pessoa), está relacionada com os sentimentos, com o modo como cada um de nós se exterioriza e exprime. Assim, a genitalidade não se limita à sexualidade da pessoa e vice-versa.

Urge valorizar a sexualidade da pessoa portadora de DM como uma parte integrante do indivíduo e não como uma parte excluída. Os Pais tendem a ter atitudes protectoras e consideram os seus filhos como assexuados; alguns Pais não se sentem preparados para responder às necessidades dos seus filhos, outros recusam-se a dar informação porque simplesmente foram educados dessa maneira, outros não fornecerem informação aos seus filhos por receio de despertar a curiosidade sobre este tema e conduzir a uma possível gravidez, abuso sexual ou uma doença sexualmente transmissível. Também há Pais que transferem essa responsabilidade para os Profissionais que trabalham diariamente com os seus filhos, de educá-los e informá-los relativamente a este assunto.

Os Profissionais não apresentam atitudes tão conservadoras, contudo o modo como lidam com esta temática é definida pela maneira como estes foram educados e pelas suas crenças. Estes, ao contrário dos Pais, tendem a considerar as pessoas com DM como tendo uma sexualidade exacerbada.

No nosso estudo concluímos que os Pais adoptam atitudes conservadoras, enquanto que os Profissionais tendem a ter atitudes liberais face à sexualidade na pessoa portadora de DM. Obtivemos diferenças estatisticamente significativas no grupo de Profissionais ao nível do género, estado civil, nível sócio-económico, religião e no facto de ter ou não um familiar com deficiência, ou seja, os Profissionais que apresentaram atitudes mais favoráveis relativamente à sexualidade da pessoa com DMP são as mulheres (com uma atitude ligeiramente mais positiva do que os homens), solteiros, pessoas com maior nível sócioeconómico, católicos não praticantes e pessoas com um familiar com deficiência. No grupo de Pais verificamos diferenças estatisticamente significativas apenas ao nível do género, em que as mães se encontram melhor preparadas para responder às necessidades afectivas e sexuais dos seus filhos.

Com este trabalho verificámos ser de extrema importância a existência de programas de educação sexual, que orientem, informem e conscientizem de forma adequada os filhos, Pais e Profissionais. Deste modo, poderiam terminar as expressões discriminatórias, assim como os constrangimentos, as dúvidas, a falta de conhecimento, os receios e as angústias.

É necessário que os Pais e Profissionais trabalhem em conjunto para promover o correcto crescimento interpessoal e equilíbrio afectivo da pessoa portadora de DM, aumentando, assim, a sua auto-estima e qualidade de vida emocional e sexual.

A sexualidade está presente, de várias formas, em cada um de nós, e a pessoa com DMP não é excepção...

CAPÍTULO VIII

LIMITAÇÕES DO ESTUDO E SUGESTÕES PARA FUTURAS INVESTIGAÇÕES

Como já referimos anteriormente, consideramos como uma limitação ao nosso estudo a existência de poucas referências bibliográficas relativas a esta temática, dificultando, assim, a nossa pesquisa.

Consideramos que o questionário dos Pais deveria incluir o grau de parentesco para com a pessoa com DM, porque apesar deste questionário ser dirigido aos Pais, muitos familiares ou outros tutores legais tornam-se responsáveis por estas pessoas e exercem o mesmo papel dos Pais; conseqüentemente, este facto pode ser um indicador influente nas atitudes face à sexualidade dos indivíduos com DM.

Constatámos outra limitação: o uso e aplicação dos questionários. No início pensamos ser vantajoso trabalhar com questionários, não só porque permitem o anonimato, mas porque também não há influência dos inquiridos com os responsáveis pelo estudo. O facto dos inquiridos responderem apenas no momento que lhes pareça mais apropriado, que pensámos ser uma vantagem inicialmente, revelou-se uma desvantagem aquando da recolha dos mesmos. O grupo de Pais demorou muito tempo no preenchimento e entrega dos questionários, o que provocou, para além de várias deslocações à instituição, uma paragem prolongada no nosso trabalho. Relativamente ao grupo de Profissionais, tivémos dificuldades no preenchimento do mesmo, uma vez que consideraram determinados itens “impregnados” de preconceitos ou simplesmente mal formulados. Por esta razão não sabemos se os Profissionais inquiridos responderam àquilo que realmente pensam e sentem, ou se responderam de acordo com o que pensavam ser as nossas expectativas.

No que concerne a futuras investigações, pensamos ser pertinente a existência de um estudo que aborde as atitudes dos Pais comparativamente às atitudes dos Profissionais sobre a sexualidade da pessoa portadora de DM do sexo feminino e masculino, permitindo desmistificar quais as atitudes dos Pais e dos Profissionais consoante o género do indivíduo. Seria necessário também

a existência de estudos sobre a DMP, uma vez que os existentes referem apenas a DM no geral, não fazendo distinção entre os diferentes níveis da mesma.

Julgamos, também, ser relevante a existência de um estudo que compare as atitudes das pessoas sem deficiência com as atitudes das pessoas com DM relativamente à sexualidade, assim, deste modo, poderíamos verificar quais as dificuldades, comportamentos e pensamentos que cada grupo apresenta face à sexualidade.

4. BIBLIOGRAFIA

Akbas, S., Turla, A., Karabekiroglu, K., Pazvantoglu, Keskin, T & Boke, O. (2009). Characteristics of sexual abuse in a sample of turkish children with and without mental retardation: Referred for legal appraisal of the psychological repercussions. *Sex Disabil*, 27, 205–213.

Albuquerque, M. C. (2000). *A criança com deficiência mental ligeira*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.

Albuquerque, M., & Ramos, S. (2007). A sexualidade na deficiência mental profunda – Um estudo descritivo sobre as atitudes de pais e profissionais. *Psicologia*, obtido em 2 de Agosto de 2011 (em www.psicologia.com.pt).

Amaral, M.C. (2004). *Sexualidade e deficiência mental: Impacto de um programa de orientação para famílias*. Dissertação de Mestrado. São Carlos: Programa de Pós-Graduação em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos.

Almeida, P.A.P. (2009). *A educação sexual na deficiência mental*. Pós-graduação. Porto: Escola Superior de Educação Paula Frassinetti. Obtido em 12 de Maio de 2012 (em repositorio.esepf.pt).

American Association on Mental Retardation. (1992). *Mental Retardation*. Definition, classification and systems of supports. (9th Ed.), Washington: Library of Congress.

American Association on Mental Retardation. (2006). *Retardo mental: Definição, classificação e sistemas de apoio*. Porto Alegre: Artmed.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4th ed.). Washington: DC.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision.). Washington, DC: Author.

Antonak, R.F., Fiedler, C.R., & Mulick, J.A. (1989). Misconceptions relating to mental retardation. *Mental Retardation*, 27, 91-97.

Assumpção, J.R., Francisco, B., & Sprovieri, M.H. (2005). *Deficiência mental: Sexualidade e família*. Barueri, SP: Manole.

Aunos, M. Feldman, M.A. (2002). Attitudes towards sexuality, sterilization and parenting rights of persons with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 15, 285–296.

Ballan, M. (2001). Parents as sexuality educators for their children with developmental disabilities. *Siecus Report*, 29, 3, 14–19.

Ballester, E. (2005). El desarrollo de la sexualidad en la deficiencia mental. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 19, 3, 327-343.

Bass, M.D. (1978). Surgical contraception: A key to normalization and prevention. *Mental Retardation*, 16, 339–404.

Bastos, O.M., & Deslandes, S.F. (2005). Sexualidade e o adolescente com deficiência mental: Uma revisão bibliográfica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10, 2, 389-397.

Bautista, R. (1997). *Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: Dinalivro.

Bazzo, G., Nota, L., Soresi, S., Ferrari, L., & Minnes, P. (2007). Attitudes of social service providers towards the sexuality of individuals with intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20, 110–115.

Berman, H., Harris, D., Enright, R., Gilpin, M., Cathers, T., & Bukovy, G. (1999). Sexuality and the adolescent with a physical disability: Understandings and misunderstandings. *Issues Compr. Pediatr. Nurs*, 22, 183– 196.

Bernstein, N.R. (1990). Sexuality in adolescent retardates. In M.Sugar (Ed.), *Atypical adolescence and sexuality*. New York: Norton, 44-56.

Blatt, B. (1987). *The conquest of mental retardation*. Austin, TX: Pro-Ed.

Bourguignon, H.J. (1994). Mental retardation: The reality behind the label. *Camb Q Healthc Ethics*, 3, 179–194.

Boyle, P.S. (1994). Rehabilitation counselors as providers: The issue of sexuality. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 25, 6–9.

Brantlinger, E. (1988). Teacher's perceptions of the sexuality of their secondary students with mild retardation. *Education and Training in Mental Retardation*, 23, 24-27.

Brock, D.W., & Buchanan, A.E. (1990). *Deciding for others: The ethics of surrogate decision-making*. New York: Cambridge University Press.

Brown, H. (1994). An ordinary sexual life?: A review of the normalisation principle as it applies to sexual options of people with learning disabilities. *Disability & Society*, 9, 123–145.

Brown, R.D., & Pirtle, T. (2008). Beliefs of professional and family caregivers about the sexuality of individuals with intellectual disabilities: Examining beliefs using a Qmethodology approach. *Sex Education*, 8,1, 59-75.

Bryman, A., & Cramer, D. (1993). *Análise de dados para Ciências Sociais*. Oeiras: Celta Editora.

Burt, M.B., & Estep, R.E. (1981). Who is a victim? Definitional problems in sexual victimization. *Victimology*, 6, 15-28.

Calderone, M.S. (1985). Adolescent sexuality: Elements and genesis. *Pediatrics*, 4, 699-703.

Cambridge, P. (2001). Sexuality under scrutiny. *Tizard Learn. Disabil. Rev.* 6,1, 2–3.

Cambridge, P., Carnaby, S., & McCarthy, M. (2003). Responding to masturbation in supporting sexuality and challenging behaviour in services for people with learning disabilities. *J. Learn. Disabil.* 7,3, 251–266.

Cardoso, M.H.C. (2000). *A herança arcaica de um modelo: História, medicina... e a Síndrome de Down*. Tese de doutoramento. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz.

Carvalho, E.N.S., & Maciel, D.M.M. (2003). Nova concepção de deficiência mental segundo a American Association on Mental Retardation – AAMR: sistema 2002. *Temas em Psicologia da SBP*, 11, 2, 147–156.

Chamberlain, A., Rauh, J., Passer, A., McGrath, M., & Burket, R. (1984). Issues in fertility control for mentally retarded female adolescents: I. sexual activity, sexual abuse, and contraception. *Pediatrics*, 73, 4, 445-450.

Chaplin, J. (1981). *Dicionário de Psicologia*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.

Claudino, A.A. (1997). *A orientação para a formação profissional de jovens com deficiência intelectual*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.

Cobb, H.V., & Mittler, P. (2005). *Diferenças significativas entre deficiência e doença mental: Uma tomada de decisão*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.

Corey, G. (1991). *Theory and practice of counseling and psychotherapy*. California: Brooks and Cole Publishing Company Pacific Grove, 96–97.

Costa, A.L. (2003). História da sexualidade. In *Enciclopédia Verbo Luso-Brasileira de Cultura*. Lisboa: Edição Séc. XX1, 26.

Costa, E.R., & Oliveira, K.E. (2011). A sexualidade segundo a teoria psicanalítica freudiana e o papel dos pais neste processo. *Revista Electrónica do Curso de Pedagogia do Campus Jataí*, 2, 11.

Craft, A. (1983). Sexuality and mental retardation: A review of the literature. In *Sex education and counselling for mentally handicapped people*, ed. M. Craft, and A. Craft. Tunbridge Wells: Costello.

Craft, A. (1987). *Mental handicap and sexuality: Issues and perspectives*. Costello: Tunbridge Wells.

Craft, A., & Craft, M. (1981). Sexuality and mental handicap: A review. *British Journal of Psychiatry* 139, 494–505.

Craft, A., & Craft, M. (1988). *Sex and the mentally Handicapped: A guide for parents and Cares*. London: Routledge.

Curry, C., Stevenson, R., Aughton, D., Byrne, J., Carey, J.C., Cassidy, S., Cunniff, C., Graham, J.M. Jr, Jones, M.C., Kaback, M.M., Moeschler, J., Schaefer, G.B., Schwartz, S., Tarleton, J., & Opitz, J. (1997). Evaluation of mental retardation: Recommendations of a consensus conference. *American Journal of Medical Genetics*, 72, 468-477.

Cuskelly, M., & Bryde, R. (2004). Attitudes towards the sexuality of adults with an intellectual disability: Parents, support staff and a community sample. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 29, 255–264.

Cuskelly, M., & Gilmore, L. (2007). Attitudes to sexuality questionnaire (Individuals with an intellectual disability): Scale development and community norms. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 32, 214–221.

Disability Discrimination Act. (1992). *Australian human rights and equal opportunity commission*. Canberra, ACT: Australian Government.

DSM-IV. (1994). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. 4ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.

DSM-IV. (1996). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. 4ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.

Duh, J. (1999). Sexual knowledge, attitudes, and experiences of high school students with and without disabilities in Taiwan. *Educ Training Ment Retard Dev Disabil.*, 34,3, 302-311.

Eastgate, G. (2005). Sex, consent and intellectual disability. *Aust Fam Physician. Review*, 34,3,163–6.

Eastgate, G. (2008). Sexual health for people with intellectual disability. *Salud Publica Mexico*, 50, 2, 255–259.

Evans, D.S., McGuire, B.E., Healy, E., & Carley, S.N. (2009). Sexuality and personal relationships for people with an intellectual disability. Part I: Service-user perspectives. *Journal of Intellectual Disability Research*. 53, 11, 905–912.

Félix, I. (2003). As atitudes dos profissionais face à sexualidade das pessoas portadoras de deficiência mental. *Sexualidade e Planeamento familiar*, 37, 18-23.

Félix, I., & Marques, A.M. (1995). *E nós... somos diferentes? Sexualidade e Educação Sexual na Deficiência Mental*. Lisboa: APF.

Flint, J., Wilkie, A.O.M., Buckle, V.J., Winter, R.M., Holland, A.J., & McDermid, H.E. (1995). The detection of sub telomeric chromosomal rearrangements in idiopathic mental retardation. *Nature Genet*, 9, 132-140.

Foster-Fishman, P., Jimenez, T., Valeni, M., & Kelley, T. (2007). Building the next generation of leaders in the disabilities movement. *Disability & Society*, 22, 4, 341–56.

Freud, G.S. (1958). A organização genital infantil. In *Obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Delta, 9, 107-177.

Furey, E. M. (1994). Sexual abuse of adults with mental retardation: Who and where. *Ment Retard*, 32(3), 173–180.

Gatens-Robinson, E., & Rubin, S.E. (2001). Societal values and ethical commitments that influence rehabilitation service delivery behavior. In S. E. Rubin & R. T. Roessler (Eds.), *Foundations of the vocational rehabilitation process* (5th ed.). Austin, TX: Pro-Ed.

Gherpelli, M.H.B.V. (1995). *Diferente, mas não desigual: A sexualidade no deficiente mental*. São Paulo: Editora Gente.

Glat, R. (1992). A sexualidade da pessoa com deficiência mental. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 1,1, 65-74.

Gomes, F.A., Albuquerque, A., & Nunes, J.S. (1987). *Sexologia em Portugal*. (1ª Volume). Lisboa: Texto Editora.

Gordon, P.A., Tschopp, M.K., & Feldman, D. (2004). Addressing issues of sexuality with adolescents with disabilities. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 21, 5, 513-527.

Gorgatti, M.G., & Costa, R.F. (2005). *Atividade física adaptada*. São Paulo: Manole.

Greenberg, J.S., Bruess, C.E., & Mullen, K.D. (1992). *Sexuality insight and issues*. United States of America: Brown & Benchmark Publishers.

Greydanus, D. E., Rimsza, M. E., & Newhouse, P. A. (2002). Adolescent sexuality and disability. *Adolesc Med: State Art Rev*, 13,2, 223–247.

Grossman, H. J. (1977). *Manual on terminology and classification in mental retardation*. Washington: American Association on Mental Deficiency.

Guest, G. V. (2000). Sex education: A source for promoting character development in young people with physical disabilities. *Sexuality and Disability*, 18, 137–142.

Hahn, H. (1981). The social component of sexuality and disability: Some problems and proposals. *Sex Disability*, 4, 220–233.

Hamilton, C.A. (2009). Now I'd like to sleep with Rachael: Researching sexuality support in a service agency group home. *Disabil Soc*, 24,3, 303–315.

Healy, E., Mcguire, B.E., Evans, D.S., & Carley, S.N. (2009). Sexuality and personal relationships for people with an intellectual disability. Part I: Service-user perspectives. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53, 11, 905-12

Held, M.D. (1992). Ethical aspects of sexuality of persons with mental retardation. *Sexuality and Disability*, 10, 4, 237-243.

Heyman, B., & Huckle, S. (1995). Sexuality as a perceived hazard in the lives of adults with learning difficulties. *Disability & Society*, 10, 139–155.

Hingsburger, D. (1990). *I contact: Sexuality and people with developmental disabilities*. Mountville, PA: Vida Publishing.

Homer, P.M., & Kahle, L.R. (1988). A structural equation test of the value-attitude: Behavior Hierarchy. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54,4, 638-646.

Hosseinkhanzadeh, A.A., Taher, M., & Esapoor, M. (2012). Attitudes to sexuality in individuals with mental retardation from prespectives of their parents and teachers. *International Journal of Sociology and Anthropology*, 4,4, 134–146.

Howard-Barr, E.M., Rienzo, B.A., Pigg, R.M., & James, D. (2005). Teacher beliefs, professional preparation, and practices regarding exceptional students and sexuality education. *The Journal of School Health* 75, 3, 99–104.

Isler, A., Beytut, D., Tas, F., & Conk, Z. (2009). A study on sexuality with the parents of adolescents with intellectual disability. *Sex. Disabil*, 27,4, 229–237.

Kamapalan, L., & Li, J. (s.d). *Staff attitudes towards the sexuality of adults with an intellectual disability*. Movement for the intellectual disabled of Singapore: Singapore.

Karellou, J. (2003). Laypeople's attitudes towards the sexuality of people with learning disabilities in Greece. *Sexuality and Disability*, 21,1, 65 – 84.

Katz, G., & Lazcano-Ponce, E. (2008). Sexuality in subjects with intellectual disability: An educational intervention proposal for parents and counselors in developing countries. *Salud Publica Mexico*, 50,2, 239–254.

Kelly, G. (2001). *Sexuality today: The human perspective* (7th ed.). Boston: McGraw Hill.

Koller, R. (2000). Sexuality and adolescents with autism. *Sex. Disabil.*, 18,2, 125–135.

Kolevzon, A., Gross, R., & Reichenberg, A. (2007). Prenatal and perinatal risk factors for autism: A review and integration of findings. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 161,4, 326-333.

Langer, M. (1981). *Maternidade e sexo*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Leme, C.V., & Cruz, E.M. (2008). Sexualidade e síndrome de Down: Uma visão dos pais. *Arq Ciênc Saúde*, 15,1, 29-37.

Lesseliers, J., & Van Hove, G. (2002). Barriers to the development of intimate relationships and the expression of sexuality among people with developmental disabilities: Their perceptions. *Res Prac Pers Severe Disabil*, 27,69–81.

Levy, H., & Packman, W. (2004). Sexual abuse prevention for individuals with mental retardation: Considerations for genetic counselors. *J. Genet. Couns.*, 13,3,189–205.

Loureiro, M.A.S. (2001). *As representações das mães sobre a sexualidade dos adolescentes com e sem deficiência mental*. Tese de Mestrado. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação.

Lowenfeld, B. (1973). History of the education of visually handicapped children. In: B. Lowenfeld, (Ed), *The visually handicapped child in school*. New York: American Foundation for the Blind, 1-25.

Luckasson, R., Coulter, D.L., Polloway, E.A., Reiss, S., Schalock, R.L., Snell, M.E., Spitalnik, D.M. & Stark, J.A. (1992). *Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports* (9th ed.). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W.H.H., Coulter, D. L., Craig, E.M., Reeve, A., & Snell, M.E. (2002). *Mental retardation: Definition, classification, and systems of support*. Washington, DC: *American Association on Mental Retardation*.

Lumley, V.A., & Scotti, J.R. (2001). Supporting the sexuality of adults with mental retardation: Current status and future directions. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 3, 2, 109–19.

Lunsky, Y., & Konstantareas, M. (1998). The attitudes of individuals with autism and intellectual disability towards sexuality. *Educ. Train. Intellect. Disabil. Dev. Disabil.*, 33, 24–33.

Maia, A.C.B. (2009). A importância das relações familiares para a sexualidade e a autoestima de pessoas com deficiência física. *Psicologia*, obtido em 12 de Maio de 2012 (em www.psicologia.com.pt).

Marques, U.M., Castro, J.A.M., & Silva, M.A. (2001). Actividade Física Adaptada: Uma visão crítica. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 1, 1, 73-79.

Maureen, S., Milligan, M.S., & Aldred, H.N. (2001). The myth of asexuality: A survey of social and empirical evidence. *Sexuality and Disability*, 19, 2.

McCabe, M. (1999). Sexual knowledge, experience and feelings among people with disability. *Sex. Disabil.* 17, 57–170.

McCarthy, M. (1999). *Sexuality and women with learning disabilities*. London: Jessica Kingsley.

McConkey, R., & Ryan, D. (2001). Experiences of staff dealing with client sexuality in services for teenagers and adults with intellectual disability. *J. Intellect. Disabil. Res.* 45, 83–87.

McLaren, J., & Bryson, S.E. (1987). Review of recent epidemiological studies in mental retardation: Prevalence, associated disorders, and etiology. *American Journal of Mental Retardation*, 92, 243-254.

Milligan, S., & Neufeldt, A. (2001). The myth of asexuality: A survey of social and empirical evidence. *Sex. Disabil.* 19,2, 91–109.

Mitchell, L., Doctor, R.M., & Butler, D.C. (1978). Attitudes of caretakers toward the sexual behavior of mentally retarded persons. *American Journal of Mental Deficiency*, 83, 289-296.

Moliner, P., & Tafani, E. (1997). Attitudes and social representations: a theoretical and experimental approach. *European Journal of Social Psychology*, 27, 687-702.

Morano, J.P. (2001). Sexual abuse of mentally retarded patients: Medical and legal analysis for the primary care physician. *Prim. Care Companion J. Clin. Psychiatry*, 3,3, 126–135.

Murray, J.L. & Minnes, P. (1994). Staff attitudes towards the sexuality of persons with intellectual disabilities. *Australia and New Zealand Journal of Developmental Disabilities*, 19, 45–52.

Murphy, N., & Young, P.C. (2005). Sexuality in children and adolescents with disabilities. *Dev. Med. Child Neurol*, 47, 640–644.

Nações Unidas. (1983). *Programa mundial de acção relativo às pessoas deficientes*. Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação.

National Information Center for Children and Youth with Disabilities. (1992). *Sex Educ Child youth Disabil*, 1,3,1-27.

Oliver, M.N., Anthony, A., Leimkuhl, T.T., & Skillman, G.D. (2002). Attitudes toward acceptable socio-sexual behaviors for persons with mental retardation: Implications for normalization and community integration. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 37, 193–201.

Olsen, R., & Clarke, H. (2003). *Parenting and disability: Disabled parents' experiences of raising children*. Bristol: The Policy Press.

Owen, F.A., Griffiths, D.M., Feldman, M.A., Sales, C. & Richards. D.A. (2000). Perceptions of acceptable boundaries of persons with developmental disabilities and their careproviders. *Journal on Developmental Disabilities*, 7, 34–49.

Panek, P., & Smith, J. (2005). Assessment of terms to describe mental retardation. *Res Dev Disabil*, 26,565-576.

Patterson-Keels, L., Quint, E., Brown, D., Larson, D., & Elkins, T.E. (1994). Family views on sterilization for their mentally retarded children. *J Reprod Med*, 39, 701–706

Patton, J. R., Payne, J. S., & Beirne-Smith, M. (1990). *Mental Retardation*. Ohio, USA: Merrill Publishing Company.

Pessotti, I. (1999). *Os nomes da loucura*. São Paulo: Editora 34.

Petchesky, R.P. (1979). Reproduction, ethics, and public policy: The federal sterilization regulations. *Hastings Cent Rep*, 9, 29–41.

Piecuch, R.E., Leonard, C.H., Cooper, B.A., & Sehring, S.A. (1997). Outcome of extremely low birth weight infants (500 to 999 grams) over a 12-year period. *Pediatrics*, 100, 633-9.

Pieczkowski, T.M.Z. (2007). *Educação sexual de pessoas com deficiência mental*. *Revista de Educação Especial*. Obtido em 10 Junho de 2012 (em <http://coralx.ufsm.br/revce/ceesp/2007/02/a7.htm>)

Pinheiro, A.L.C., & Leal, I. (2005). Sexualidade na deficiência mental. *Integrar*, 31 -38.

Prillentensky, O. (2004). *Motherhood and disability: Children and choices*. New York: Palgrave MacMillan.

Pueschel, S.M., & Scola, P.S. (1988). Parents' perceptions of social and sexual functions in adolescents with Down's syndrome. *J Ment Defic Res*, 32, 215–220.

Ramos, M.L.P. (2005). *Sexualidade na diversidade – atitudes de pais e técnicos face à afetividade e sexualidade da jovem com deficiência mental*, Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.

Rey, E.G., & Martinez, A.M. (1989). *La personalidad: Su educación y desarrollo*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.

Rhodes, R. (1993). Mental retardation and sexual expression: An historical perspective. *J. Soc. Work Hum. Sex*, 8,2, 1–27.

Ribeiro, H.C.F. (2001). Sexualidade e os portadores de deficiência mental. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 7,2, 11-27.

Rosadas, S.C. (2001). Atividade física e esportiva para portadores de deficiência mental. In: *Lazer, atividade física e esporte para portadores de deficiência*. Serviço Social da Indústria, Ministério do Esporte e Turismo, Brasília.

Rose, J., & Jones, C. (1994). Working with parents. In A. Craft (Ed.), *Practice issues in sexuality and intellectual disability*. London: Routledge, 23 - 49.

Roy, M. (2006). Sexuality and people with intellectual disabilities. *The psychiatry of intellectual disability*, 10, 121- 132.

Sadock, B., & Sadock, V. (2008). *Manual conciso de psiquiatria clínica*. (2ªEd.). São Paulo: Artmed.

Santo, M.E. (1987). Sexualidade e religião. In F.A. Gomes, A. Albuquerque, & J.S. Nunes. *Sexologia em Portugal*. II Volume. Lisboa: Texto Editora.

Schor, D. P. (1987). Sex and sexual abuse in developmentally disabled adolescents. *Semin Adolesc Med*, 3,1, 1–7.

Schwieber, K. M., & Hingsburger, D. (2000). *Sexuality: Your sons and daughters with intellectual disabilities* (1st ed.). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.

Seltzer, M.M. (1984). Correlates of community opposition to community residences for mentally retarded persons. *American Journal of Mental Deficiency*, 89, 1-8.

Semen, Y. (2006). *A sexualidade segundo João Paulo II*. Estoril: Principia.

Shakespeare, T. (1999). The sexual politics of disabled masculinity. *Sexuality and Disability*, 17,1, 53-64.

Shakespeare, T. (2003). I haven't seen that in the Kama Sutra: *The sexual stories of disabled people*. In: Weeks, J., Holl, J., Waites, M. (eds.) *Sexualities and society: A Reader*. Cambridge: Polity Press.

Silva, M.C.P. (2007). *Sexualidade começa na infância: Para pais, educadores e profissionais da saúde*. São Paulo: Casa do psicólogo

Smith, K., Wheeler, B., Pilecki, P., & Parker, T. (1995). The role of the pediatric nurse practitioner in educating teens with mental retardation about sex. *J Pediatr Health Care*, 9,2, 59–66.

Strømme, P.; & Hagberg, G. (2007). Aetiology in severe and mild mental retardation: Population-based study of Norwegian children. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 42,2, 76-86.

Sundram, C.J., & Stavis, P.F. (1994). Sexuality and mental retardation: Unmet challenges. *Ment Retard*, 32,4, 255–264.

Swango-Wilson, A. (2008). Caregiver perceptions and implications for sex education for individuals with intellectual and developmental disabilities. *Sex Disabil*, 26, 167–174.

Tharinger, D., Burrows, C., & Millea, S. (1990). Sexual abuse and exploitation of children and adults with mental retardation and other handicaps. *Child Abuse Negl*, 14, 301–312.

Tissot, C. (2009). Establishing a sexual identity: Case studies of learners with autism and learning difficulties. *Autism*, 13,6, 551–566.

United Nations. (1975). *Declaration on the rights of disabled persons*. United Nations: Office of the High Commissioner.

Vieira, F., & Pereira, M. (1996). *Se houvera quem me ensinara...* Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Weeks, J. (1995). History, desires, and identities. In: Parker, R., Gagnon, J. (eds.) *Conceiving Sexuality*. New York: Routledge, 33–50.

Whitehouse, M.A., & McCabe, M.P. (1997). Sex education programs for people with intellectual disability: How effective are they? *Education Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 32, 3, 229–40.

WHO. (1998). *Primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders*. Geneva: World Health Organization.

Woodard, L.J. (2004). Sexuality and disability. *Clin. Fam. Pract.*, 6, 941–954.

Zigler, E., Balla, D., & Hodapp, R. (1984). On the definition and classification of mental retardation. *American Journal of Mental Deficiency*, 89, 215-230.

Yool, L., Langdon, P.E., & Garner, K. (2003). The attitudes of medium-secure unit staff toward the sexuality of adults with learning disabilities. *Sexuality and Disability*, 21, 137 – 150.